

Planification familiale après avortement: guide pratique à l'intention des responsables de programmes



DIVISION DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE

G u i d e p r a t i q u e

WHO/RHT/97.20
Dist. : GENEVE
Dep. : ANOUK

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948 est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Au sein de l'OMS, les professionnels de la santé de quelques 190 pays échangent des connaissances et des données d'expérience en vue de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Grâce à la coopération technique qu'elle pratique avec ses Etats Membres ou qu'elle stimule entre eux, l'OMS s'emploie à promouvoir la mise sur pied de services de santé complets, la prévention et l'endiguement des maladies, l'amélioration de l'environnement, le développement des ressources humaines pour la santé, la coordination et le progrès de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que la planification et l'exécution des programmes de santé.

Le vaste domaine où s'exerce l'action de l'OMS comporte des activités très diverses: développement des soins de santé primaires pour que toute la population puisse y avoir accès; promotion de la santé maternelle et infantile; lutte contre la malnutrition; lutte contre le paludisme et d'autres maladies transmissibles, dont la tuberculose et la lèpre; coordination de la stratégie mondiale de la lutte contre le SIDA; la variole étant d'ores et déjà éradiquée, promotion de la vaccination de masse contre un certain nombre d'autres maladies évitables; amélioration de la santé mentale; approvisionnement en eau saine; formation de personnels de santé de toutes catégories.

Il est d'autres secteurs encore où une coopération internationale s'impose pour assurer un meilleur état de santé à travers le monde et l'OMS collabore notamment aux tâches suivantes: établissement d'étalons internationaux pour les produits biologiques, les pesticides et les préparations pharmaceutiques; application du Règlement sanitaire international; révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes; rassemblement et diffusion d'informations statistiques sur la santé.

Reflets des préoccupations et des priorités de l'Organisation et de ses Etats Membres, les publications de l'OMS fournissent des informations et des conseils faisant autorité, visant à promouvoir et protéger la santé et à prévenir et combattre la maladie.

© Organisation mondiale de la Santé, 1999

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Planification familiale après avortement: guide pratique à l'intention des responsables de programmes



DIVISION DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE

WHO/RHT/97.20
DISTR.: GÉNÉRALE
ORIG.: ANGLAIS

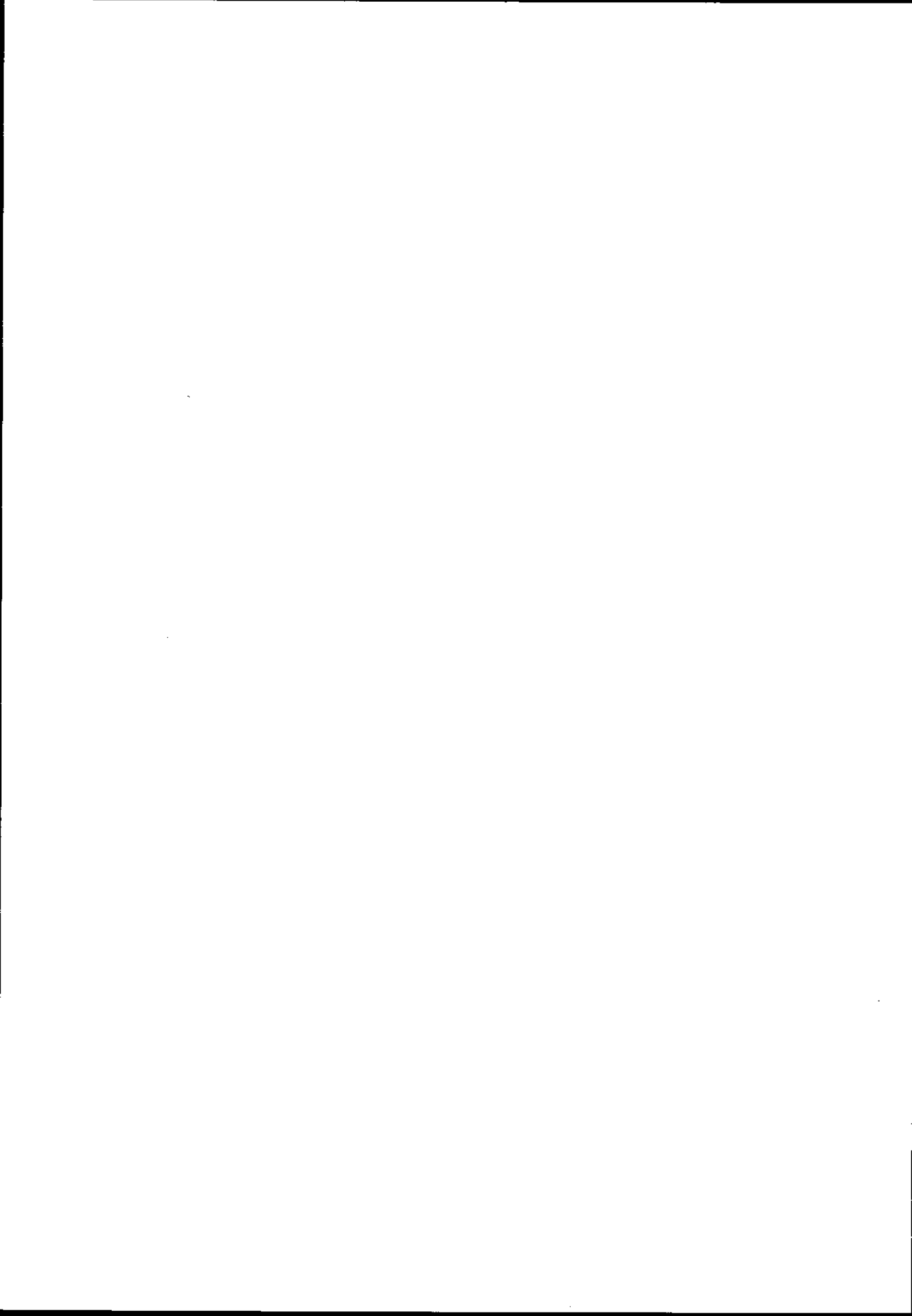


TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	v	
PREFACE	vi	
COMMENT UTILISER CET OUVRAGE	viii	
CHAPITRE 1		
INTRODUCTION	1	
1.1 Ampleur du problème	1	
1.2 Définitions	2	
1.3 Avortement et notion d'utilisatrice des services de planification familiale	3	
1.4 Nécessité de mesures immédiates	3	
1.5 Services de base	3	
1.6 Différence entre les besoins de la planification familiale post-partum et post-abortum	4	
1.7 Contraception et grossesses non désirées	5	
1.8 Les possibilités au niveau du traitement d'urgence des avortements	7	
1.9 Les possibilités au niveau des services de planification familiale	7	
1.10 Les possibilités au niveau des services qui pratiquent des interruptions de grossesse	7	
1.11 Une approche globale	8	
CHAPITRE 2		
QUALITE DES SOINS	11	
2.1 Introduction	11	
2.2 Quand offrir les conseils et services de planification familiale	11	
2.3 Choix de méthodes	13	
2.4 Information et conseil	13	
2.5 Compétence technique	15	
2.6 Relations interpersonnelles	15	
2.7 Continuité des soins grâce à la relation entre les services	16	
CHAPITRE 3		19
ASPECTS CLINIQUES	19	
3.1 Introduction	19	
3.2 Aspects cliniques individuels	19	
3.3 Retour rapide de la fécondité	20	
3.4 Recommandations d'ordre clinique	20	
3.5 Contraception en présence de complications	21	
3.5.1 Infection post-abortive confirmée ou présumée	21	
3.5.2 Lésions traumatiques des voies génitales	22	
3.5.3 Hémorragies et anémie grave	22	
3.6 Quand commencer la contraception	23	
3.7 Avortement au deuxième trimestre	23	
3.8 Contraception après avortement et MST/VIH	24	

CHAPITRE 4

LE CONSEIL : ROLE DES DIRECTEURS DE SERVICES	27
4.1 Introduction	27
4.2 Eléments de base d'une séance de conseil	27
4.3 Rôle de l'administrateur	28
4.4 Conseil individualisé de qualité	29
4.4.1 Les cas où la femme souffre ou est soumise à un stress important	30
4.4.2 Les cas où la femme désire une nouvelle grossesse, et à quel moment	30
4.4.3 Le cas d'une femme ayant déjà utilisé une méthode contraceptive	31
4.4.4 Le partenaire ou un autre membre de la famille doit-il participer à la séance de conseil ?	31
4.5 Ressources locales en matière de planification familiale	31
4.6 Situations particulières	32
4.6.1 La stérilisation à des fins contraceptives dans le cadre des soins liés à l'avortement	32
4.6.2 La planification familiale post-abortum chez les femmes VIH-positives	34
4.6.3 La planification familiale chez les femmes ayant subi plusieurs avortements	34
4.6.4 Les besoins spéciaux des adolescentes	35

CHAPITRE 5

LES POINTS COMMUNS DE L'APPROCHE PAR SERVICES	39
5.1 Aspects communs	39
5.1.1 Types de programmes de traitement	39
5.1.2 Types de programmes de planification familiale	41
5.1.3 Programmes d'interruption de grossesse et de régulation menstruelle	41
5.2 Locaux	41
5.3 Matériel et fournitures	42
5.4 Parcours médical et informatif des clientes	42
5.5 Personnel	43
5.5.1 Dotation en personnel	43
5.5.2 Attitude du personnel	43
5.5.3 Supervision du personnel	43
5.6 Formation	44
5.7 Surveillance et évaluation	45
5.8 Liaison interservices et orientation-recours	46
5.9 Coût	48

CHAPITRE 6	51
SERVICES DE TRAITEMENT D'URGENCE APRES AVORTEMENT	51
6.1 Types de programmes de traitement	51
6.1.1 Hôpitaux tertiaires/premier niveau de recours	51
6.1.2 Niveau primaire du système de santé	52
6.2 Locaux	52
6.3 Matériel et fournitures	52
6.4 Parcours médical et informatif des clientes	53
6.5 Personnel	55
6.5.1 Dotation en personnel	55
6.5.2 Attitude du personnel	56
6.5.3 Supervision du personnel	56
6.6 Formation	56
6.7 Surveillance et évaluation	56
6.8 Liaison interservices et orientation-recours	57
6.9 Coût	57

CHAPITRE 7

SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE	59
7.1 Types de programmes de planification familiale	59
7.2 Ce que peuvent faire les directeurs de programmes de planification familiale	61
7.2.1 Consultations de planification familiale des hôpitaux	61
7.2.2 Centres de soins de santé primaires	62
7.2.3 Dispensaires de planification familiale des organisations non gouvernementales ..	62
7.2.4 Agents des services communautaires	63
7.2.5 Programmes de marketing social	64
7.2.6 Prestataires privés	64
7.3 Locaux	64
7.4 Matériel et fournitures	64
7.5 Parcours médical et informatif des clientes	65
7.6 Personnel	65
7.6.1 Dotation en personnel	65
7.6.2 Supervision du personnel	66
7.7 Formation	66
7.8 Surveillance et évaluation	66
7.9 Liaison interservices et orientation-recours	66
7.10 Coût	66

CHAPITRE 8

SERVICES PRATIQUANT LES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE ET LA REGULATION

MENSTRUELLE	69
8.1 Services pratiquant les interruptions de grossesse	69
8.2 Services pratiquant la régulation menstruelle	69
8.3 Prestations à fournir	69
8.4 Locaux	70
8.5 Matériel et fournitures	70
8.6 Parcours médical et informatif des clientes	70
8.7 Personnel	71
8.7.1 Dotation en personnel	71
8.7.2 Supervision du personnel	71
8.8 Formation	72
8.9 Surveillance et évaluation	72
8.10 Liaison interservices et orientation-recours	72
8.11 Coût	73

CHAPITRE 9

LES POLITIQUES ET LA PLANIFICATION FAMILIALE POST-ABORTUM	75
9.1 Le rôle des responsables politiques	75
9.2 Le rôle des directeurs de programmes	75

Annexe 1

Utilisation des méthodes contraceptives après un avortement, par ordre d'efficacité	77
---	----

Annexe 2

Facteurs intervenant dans le choix d'une méthode de planification familiale post-abortum	78
--	----

Annexe 3

Taux d'échec de la contraception, Etats-Unis d'Amérique	79
---	----

Annexe 4

Liste de contrôle pour l'évaluation et la supervision des compétences en matière de conseil	80
---	----

Annexe 5

Suggestions pour l'observation des séances de conseil	81
---	----

REMERCIEMENTS

Ce document a été préparé par le personnel de la Division de la Santé reproductive (Appui technique) de l'Organisation mondiale de la Santé.

L'Organisation mondiale de la Santé souhaite exprimer ses plus vifs remerciements à la Fondation Mellon et au Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) pour leur soutien financier grâce auquel l'élaboration, la production et la distribution de ce document ont été possibles.

L'Organisation mondiale de la Santé souhaite remercier également les International Projects Assistance Services (IPAS), Carrboro, NC, Etats-Unis d'Amérique, pour leur contribution à la rédaction et à la préparation éditoriale de ce document.

De nombreux experts de divers pays ont examiné ce document et ont fait part de précieux commentaires en vue de son amélioration, en particulier : Dr Paul Blumenthal, Etats-Unis d'Amérique; Dr Kassam Mahomed, Zimbabwe; Dr José David Ortiz Mariscal, Mexique; Dr Alberto Rizo, Colombie; Dr SO Shittu, Nigeria; Mme Cynthia Steele Verme, Etats-Unis d'Amérique; Mme Sudha Tewari, Inde, et Mme Ninuk Widyantoro, Indonésie.

PREFACE

Paragraphe 8.25 du Plan d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (ICPD)

L'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. Tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressées 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 arrêtées 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 remédier aux complications découlant d'un avortement. Après un avortement, les services de conseil, d'éducation et de planification familiale devraient être offerts rapidement, ce qui contribuera également à éviter des avortements répétés.¹

Les présentes directives sont destinées à aider les directeurs des programmes de soins liés à l'avortement et/ou de planification familiale à compléter leurs connaissances sur les besoins particuliers à la planification familiale post-abortum et fournissent des suggestions pratiques sur les moyens de créer ou d'améliorer les liens entre tous ces services. De plus, les responsables politiques, au niveau local et national, doivent clairement comprendre que la planification familiale après avortement est un problème de santé publique prioritaire et qu'il faut intégrer les services correspondants dans les programmes nationaux. Quelles que soient leurs convictions personnelles en ce qui concerne l'avortement, ils doivent modifier les politiques quand elles constituent un obstacle à la prestation de services de planification familiale post-abortum, attribuer des ressources humaines et financières aux programmes, et obtenir le soutien des pouvoirs publics et des hauts responsables.

Les femmes qui ont interrompu leur grossesse dans des conditions dangereuses, non hygiéniques et souvent illégales et celles qui l'ont fait dans un cadre légal, ont le même besoin aigu de services de planification familiale. Ces femmes qui ont fait la preuve de leur détermination à ne pas avoir d'enfant, se retrouvent pourtant exposées à un risque élevé de nouvelle grossesse, ce qui peut conduire, tout au moins celles du premier groupe, à de nouveaux avortements dangereux. En étendant les services de planification familiale à toutes les femmes qui ont avorté, on contribuera de façon notable à la prévention des avortements dangereux et à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles dans le monde entier.

¹ L'Organisation mondiale de la Santé approuve cette déclaration. Les présentes directives doivent être interprétées et appliquées en ce sens.

Le but de ce manuel est d'apporter des informations aux responsables politiques et aux directeurs, pour qu'ils puissent promouvoir une compréhension mutuelle et la coordination des services dans les domaines suivants :

- la nécessité de la planification familiale post-abortum et d'identifier les obstacles à la prestation des services et des soins;
- l'influence de la conception, de la gestion et de la prestation sur la qualité et l'acceptabilité des services de planification familiale offerts aux femmes ayant avorté;
- si, selon l'état médical des femmes après un avortement, les méthodes contraceptives et le conseil peuvent être appropriés ou non;
- l'influence des facteurs psychosociaux liés à l'avortement sur le conseil en planification familiale, le choix de la méthode et l'utilisation effective de celle-ci;
- comment modifier et coordonner les services existants (services de traitement d'urgence des complications dues à l'avortement et services de planification familiale) pour améliorer la qualité des soins et assurer que les patientes prennent des décisions en connaissance de cause;
- comment stimuler la coopération entre les différents acteurs qui fournissent des services de planification familiale post-abortum.

COMMENT UTILISER CET OUVRAGE

Les directives contenues dans le présent ouvrage sont destinées aux responsables des établissements de traitement des complications post-abortives, des programmes de planification familiale et des services pratiquant des interruptions de grossesse. Les cinq premiers chapitres contiennent des informations d'ordre général utiles à ces trois catégories : le chapitre 1 explique pourquoi les services de planification familiale post-abortum sont nécessaires, le chapitre 2 montre l'intérêt d'une approche basée sur la qualité des soins, le chapitre 3 expose les aspects cliniques intéressant la contraception post-abortum, le chapitre 4 envisage les questions relatives au conseil, et le chapitre 5 décrit les besoins en organisation et logistique pour la planification familiale post-abortum dispensée dans tous les types d'établissements.

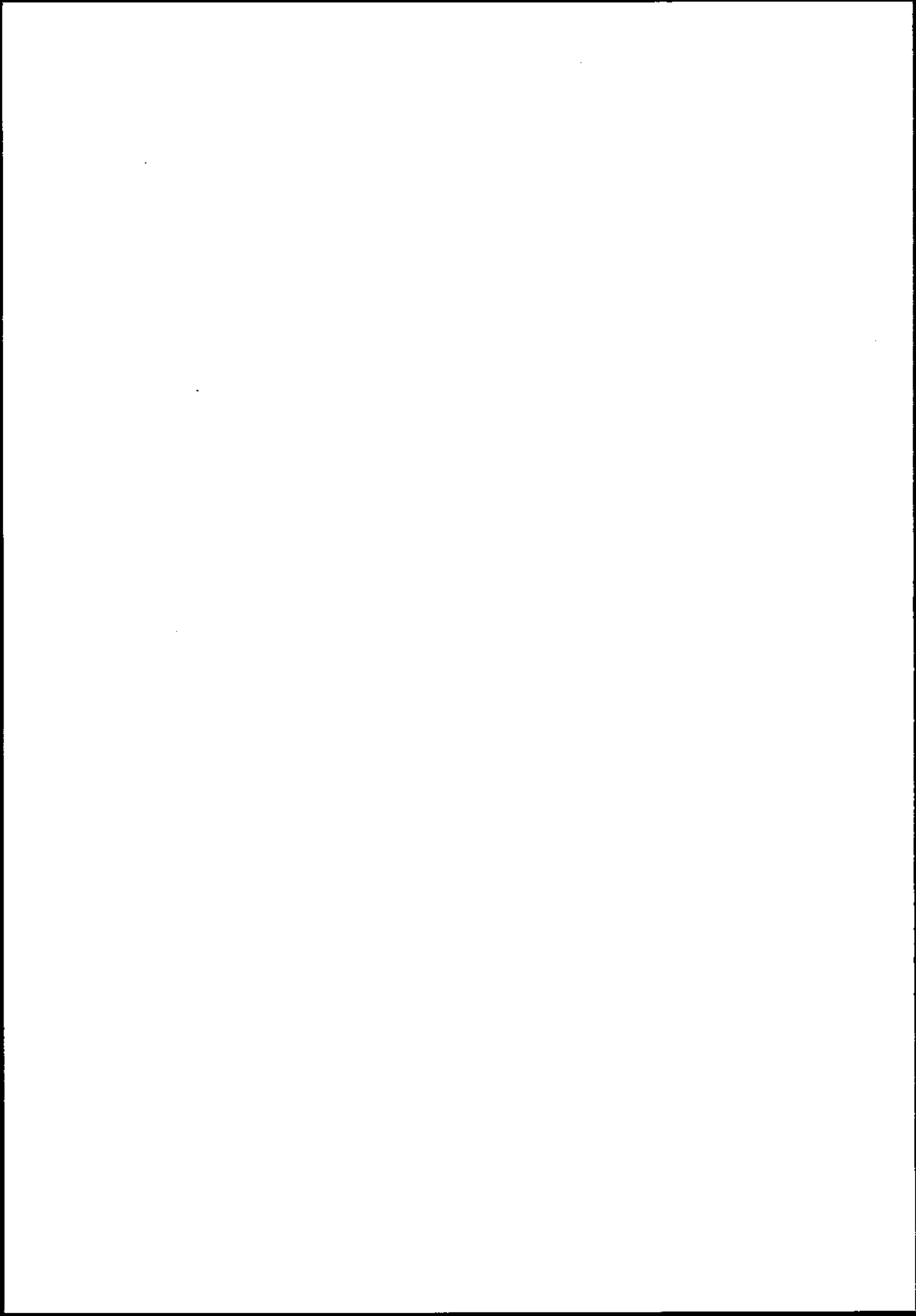
Nous recommandons à tous les responsables de lire les cinq premiers chapitres. Les chapitres 6, 7 et 8 portent sur les spécificités des divers cadres dans lesquels sont assurés les services de planification familiale post-abortum. Les directeurs des services de traitement d'urgence des complications post-abortives s'intéresseront par exemple davantage au chapitre 6, et ceux des services de planification familiale au chapitre 7. Le chapitre 8 contient des informations qui s'adressent surtout aux directeurs des services pratiquant des interruptions de grossesse. Enfin, le chapitre 9 expose le rôle des décideurs en matière de fourniture de services de planification familiale et les mesures qu'ils peuvent prendre pour encourager des réformes au niveau politique.

Ces directives, bien que non exhaustives, couvrent l'ensemble des points importants de l'élaboration des programmes que les responsables doivent envisager et/ou mettre en application pour assurer des services de planification familiale post-abortum de qualité dans leurs établissements respectifs.

Bibliographie de la préface

Organisation mondiale de la Santé. *Complications des avortements: Directives techniques et gestionnaires pour la prévention et le traitement*, Genève: OMS, 1997.

Wolf, M. et Benson, J. Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Report of a Bellagio Technical Working Group. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Supplement, 1994.



CHAPITRE 1

INTRODUCTION

1.1 Ampleur du problème

Bien que les taux de prévalence de la contraception aient considérablement augmenté au cours des trente dernières années, on estime à 26-53 millions le nombre d'avortements qui sont encore pratiqués chaque année dans le monde (Henshaw & Morrow, 1990). Les avortements dangereux - effectués par des personnes non qualifiées et dans de mauvaises conditions d'hygiène hors du milieu médical - sont responsables de la mort de 50 000 à 100 000 femmes par an (Organisation mondiale de la Santé, 1993). La plupart de ces décès évitables se produisent dans les pays en développement (voir tableau 1).

Le grand nombre de femmes qui recourent à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions nous rappelle impérativement que celles-ci doivent avoir accès à un choix étendu de méthodes de planification familiale pour pouvoir contrôler leur fécondité en toute sécurité (Salter et al. 1996). Que tant de femmes risquent la mort ou de graves lésions pour interrompre des grossesses et s'exposent aux conséquences sociales ou judiciaires de cet acte, montre à quel point elles désirent désespérément les éviter ou les différer. Nombre des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité entraînent des complications nécessitant un traitement en milieu médical, hospitalier ou autre. Malheureusement, il est rare que le séjour à l'hôpital fournisse à ces femmes les connaissances et les moyens qui leur permettraient d'éviter la répétition de l'enchaînement rapports sexuels non protégés-grossesse non désirée-avortement dangereux, qui se termine si souvent par la mort, des lésions graves ou des séquelles durables.

Les femmes qui ont subi un avortement et qui risquent une nouvelle grossesse non désirée représentent un groupe important dont les besoins en matière de planification familiale ne sont pas satisfaits. Alors que les programmes en cette matière sont axés sur des femmes appartenant à d'autres groupes à haut risque, il n'existe que peu d'exemples où ils aient cherché avec succès à atteindre les femmes traitées pour des complications à la suite d'un avortement dangereux. De plus, bien que ces dernières décennies aient vu d'importants progrès dans l'accès aux services de planification familiale, il reste de nombreuses régions où ceux-ci ne peuvent être utilisés que par une fraction infime de la population. Ils sont alors souvent de qualité médiocre et ne sont ni conçus ni proposés de façon à répondre aux intérêts et aux besoins de leurs utilisatrices et utilisateurs.

Le groupe de travail de Bellagio sur les réponses à apporter aux besoins en matière de planification familiale après avortement a déclaré que toutes les femmes ayant avorté devaient pouvoir avoir accès à un vaste choix de méthodes contraceptives, à une information correcte, à des conseils prodigués avec tact, et à une orientation sur des services spécialisés (Wolf & Benson, 1994). Le groupe s'est accordé sur le fait que les services de soins liés à l'avortement et les services de planification familiale partageaient la responsabilité morale de combler les lacunes dans ce domaine. Même lorsque l'avortement est soumis à une réglementation stricte, les services de planification familiale post-abortum peuvent et doivent exister. Le fait que la pratique des interruptions de grossesse soit limitée dans un pays ne doit pas priver les femmes y ayant eu recours de conseils et de services en matière de régulation des naissances ultérieures, bien au contraire. Les programmes destinés à aider toutes celles qui ne souhaitent pas de nouvelle grossesse permettront de réduire ces morts inutiles et évitables que provoquent des interventions réalisées dans des conditions dangereuses.

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire en 1994 a approuvé un plan d'action dénonçant les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité. Ce plan souligne entre autres la nécessité d'un haut niveau de qualité tant pour le traitement des complications post-abortives que pour les conseils et services en matière de

planification familiale. Cette recommandation a été réitérée par la Quatrième conférence mondiale sur les femmes, tenue à Beijing en 1995.

Tableau 1

**Estimation du risque de décès dû à un avortement dangereux
(Monde entier et Régions)**

Région	Nombre d'avortements dangereux (000s)**	Nombre de décès dus aux avortements dangereux**	Taux de létalité par 100 avortements dangereux	Risque de décès
Total mondial	20 000	70 000	0,4	1 sur 300
Pays plus développés*	2340	600	0,03	1 sur 3700
Pays moins développés	17 620	69 000	0,4	1 sur 250
Afrique	3740	23 000	0,6	1 sur 150
Amérique latine	4620	6000	0,1	1 sur 800
Asie *	9240	40 000	0,4	1 sur 250
Europe	260	100	0,04	1 sur 2600
Océanie *	20	<100	0,2	1 sur 400
Ex-URSS	2080	500	0,03	1 sur 3900

Chiffres arrondis pouvant ne pas donner le total correspondant

* Le Japon, l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont été exclus des estimations régionales mais sont inclus dans le total des pays développés.

** D'après les projections des Nations Unies établies en 1990 pour les naissances.

Source: Organisation mondiale de la Santé. *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion*, 2nd edition. Genève: OMS, 1993.

1.2 Définitions

Le terme "avortement" désigne l'interruption de la grossesse, quelle qu'en soit la cause, avant que le fœtus soit apte à la vie extra-utérine. Un "avortement spontané" survient sans intervention, et un "avortement provoqué" indique qu'une intervention a été pratiquée dans le but d'interrompre la grossesse (OMS, 1997). L'avortement provoqué peut être pratiqué en milieu médical conformément à la législation et aux normes sanitaires en vigueur, ou en dehors du système médical. Il peut être dangereux selon la façon dont il est pratiqué; quoi qu'il en soit, toutes les formes d'avortement peuvent être dangereuses par leurs conséquences et en fonction des soins reçus par la femme.

Dans le cas des femmes qui se présentent dans un service des urgences pour des complications liées à un avortement, que celui-ci soit spontané ou provoqué, le diagnostic le plus souvent posé est celui d'avortement incomplet. Les termes "avortement incomplet" ou "rétention des produits de conception" signifient que la grossesse n'est plus viable car si certains tissus foeto-placentaires ont été expulsés, d'autres sont restés dans l'utérus. Ces résidus doivent être évacués afin de réduire les risques d'infection et d'autres complications graves.

1.3 Avortement et notion d'utilisatrice des services de planification familiale

Toute femme sexuellement active en âge de procréer, quels que soient sa situation familiale, son âge, son revenu, son niveau d'études ou sa religion, peut avoir un avortement, spontané ou provoqué, à un moment quelconque de sa vie. Trois caractéristiques sont communes aux femmes qui cherchent à avorter (clandestinement ou légalement) : 1) elles sont sexuellement actives; 2) elles ont fait la preuve de leur volonté de ne pas avoir d'enfant au moment de cette grossesse; et 3) elles sont confrontées à une possibilité de nouvelle grossesse non désirée. De plus, comme un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions peut être traumatisant sur le plan physique, affectif et psychologique, il importe, et ceci est un principe incontournable, de s'assurer que les femmes qui ont avorté soient traitées avec le même respect et la même attitude impartiale et libre de jugement que n'importe quelle autre utilisatrice des services de planification familiale.

1.4 Nécessité de mesures immédiates

Pour les femmes qui ne veulent pas redevenir enceintes peu après un avortement ou qui, pour des raisons de santé, doivent retarder une nouvelle grossesse, le besoin d'une méthode contraceptive efficace est immédiat, car l'ovulation se produit classiquement dans les deux à quatre semaines qui suivent une interruption de grossesse, et 75% des femmes ont une nouvelle ovulation dans les six semaines (Lahteenmaki, 1993; Lahteenmaki, 1980; Vorherr, 1973; Boyd & Holmstron, 1972). Ainsi, une femme qui a des rapports sexuels non protégés peut se retrouver enceinte quelques semaines après un avortement, avant même le retour des règles. Pour aider les femmes qui ne le veulent pas, les programmes doivent proposer des conseils et des services soit immédiatement après l'avortement, au moment du traitement des complications, soit lors d'un rendez-vous pris le plus tôt possible dans un centre spécialisé.

1.5 Services de base

Il existe trois catégories de personnels capables d'offrir des services de planification familiale aux femmes qui viennent d'avorter : 1) ceux qui sont chargés du traitement des complications dues aux avortements; 2) les agents des organismes de planification familiale; et 3) ceux qui appartiennent à des unités médicales pratiquant les interruptions de grossesse. Un effort coordonné entre ces trois groupes est nécessaire pour assurer un large accès à ces services.

Les personnels qui traitent les femmes souffrant de complications post-abortives et/ou pratiquent les interruptions de grossesse jouent un rôle essentiel et doivent *au strict minimum* fournir les informations de base sur le retour de la fécondité et l'existence de moyens de contraception sûrs et efficaces.

Dans toute la mesure du possible, le conseil et les services de planification familiale devront être offerts conjointement aux interruptions de grossesse ou aux traitements de leurs complications de façon qu'une méthode contraceptive appropriée puisse être utilisée immédiatement par la femme qui le désire. Il existe cependant des cas où cela n'est pas possible et qu'il est préférable de différer le recours à des services de planification familiale. Dans ce cas, il faut pouvoir disposer sur place de méthodes provisoires comme les préservatifs, les spermicides, les contraceptifs injectables et les contraceptifs oraux.

Ce que toute femme ayant avorté doit savoir

- une ovulation peut se produire très peu de temps après l'avortement, avant même le retour des règles, avec pour risque une grossesse immédiate et non désirée;
- s'il existe un accès, sur place ou dans un service spécialisé, à des méthodes contraceptives efficaces afin d'éviter de nouvelles grossesses non désirées;
- s'il existe et où se trouvent des services locaux de planification familiale pour le réapprovisionnement en contraceptifs, l'accès à des méthodes à long terme ou définitives, et le suivi.

L'information sur une méthode contraceptive et sa mise en route ne sont que les premières étapes de la prévention des grossesses non désirées et des avortements dangereux qui en sont la conséquence. Les services de planification familiale des secteurs public ou privé jouent un rôle essentiel en aidant les femmes à apprendre à utiliser correctement la méthode choisie; ils peuvent en outre proposer des méthodes de longue durée et des méthodes définitives, un suivi, la possibilité de changer de méthode, et le renouvellement des contraceptifs.

Dans certains cas, les services d'interruption de grossesse sont une pratique lucrative et de ce fait n'incitent pas toujours leur personnel à promouvoir la régulation de la fécondité. Il n'en demeure pas moins que les responsables de tels services ont le devoir professionnel d'offrir des possibilités de planification familiale aux femmes qui viennent avorter. Par contre elles ne doivent jamais avoir un caractère coercitif, et l'interruption de grossesse ne doit jamais être subordonnée à l'acceptation du principe de la contraception ou d'une méthode particulière.

1.6 Différence entre les besoins de la planification familiale post-partum et post-abortum

Dans de nombreux pays, la planification familiale après avortement (post-abortum) est intégrée dans un programme destiné aux femmes qui viennent d'accoucher (post-partum). En pratique, cependant, ces programmes sont plus axés sur ces dernières et négligent celles qui souffrent de complications dues à l'avortement. En regroupant les services post-partum et post-abortum, on réduit ou escamote les différences entre ces deux groupes de femmes, et celles qui viennent d'avorter sont traitées comme si elles venaient d'accoucher. Même si le post-partum et le post-abortum ont des points communs, ces périodes diffèrent par un certain nombre de facteurs dont il faut tenir compte si l'on veut mettre au point des programmes efficaces. Le tableau 2 décrit les différences entre les femmes en période de post-partum et de post-abortum.

Peut-être la distinction la plus importante, du point de vue de la planification familiale, entre les femmes en période de post-partum et celles qui souffrent de complications post-abortives tient au fait que ces dernières sont confrontées à un problème médical immédiat, aigu et susceptible de mettre leur vie en danger : une femme souffrant de ce type de complications est à la fois une "patiente" du point de vue médical et une "cliente" de la planification familiale.² En outre, une femme qui vient d'avorter sera de nouveau féconde à brève échéance tandis que le retour de la fécondité est plus long chez la femme qui vient d'accoucher, surtout si elle allaite. Ajoutons que les femmes qui souffrent de complications post-abortives peuvent n'entrer dans le système de soins qu'une seule fois, au moment du traitement, alors que les accouchées reviennent pour des visites de contrôle et des examens du nouveau-né. Enfin, les

² Dans le présent document, le terme "patiente" sert à désigner une femme qui subit une interruption de grossesse ou qui est traitée pour des complications d'avortement. Lorsqu'une femme fait appel à un conseil ou des services en matière de planification familiale (quel que soit son cas), le terme "cliente" est utilisé.

jeunes mères bénéficient en général d'un réseau étendu d'entraide familiale et sociale alors que la femme qui vient d'avorter ne bénéficie souvent d'aucun soutien.

Les responsables doivent savoir que la simple existence d'un programme de planification familiale mixte post-partum/post-abortum est rarement suffisante pour répondre aux besoins de ces deux groupes de femmes.

1.7 Contraception et grossesses non désirées

De nombreuses méthodes contraceptives sûres et efficaces ont été mises au point; pourtant, même avec l'utilisation de plus en plus répandue de ces moyens modernes, chaque année des milliers de femmes subissent encore des grossesses non désirées. Celles-ci, avec les avortements qu'elles induisent, montrent l'échec de la planification familiale : échec de la méthode contraceptive utilisée, difficulté de l'accès aux services de planification familiale, ou échec du programme destiné à aider les femmes et les couples dans l'utilisation d'une méthode qui leur convienne.

L'échec de la méthode contraceptive entraîne des grossesses, le plus souvent non désirées; aucune méthode, quelle que soient les circonstances, n'a une efficacité de 100% et la probabilité d'échec augmente avec le temps (Tietze & Bongaarts, 1975; Tietze, 1974). Certains couples peuvent interrompre une méthode faute de suivi ou de réapprovisionnement en contraceptifs, tandis que d'autres ne savent pas l'utiliser correctement. Certaines femmes peuvent arrêter une méthode dont la pratique est inacceptable pour elles ou leur partenaire. Ces situations peuvent être dues à l'insuffisance du choix proposé et/ou à l'influence, soit du prestataire de services, soit du système de santé qui favorise ou déconseille telle ou telle méthode. Des femmes sont parfois découragées d'utiliser des méthodes contraceptives efficaces à cause de barrières médicales superflues, telles que le fait d'exiger un examen hématologique ou l'insertion d'un dispositif intra-utérin (DIU) pendant leurs règles.

Comme de plus en plus de femmes et de couples désirent contrôler leur fécondité mais estiment ne pas avoir accès à des méthodes convenables, le nombre des grossesses non désirées et des avortements ne peut qu'augmenter. Il importe donc que le personnel des services d'interruption de grossesse et de planification familiale soit conscient du fait que les grossesses non désirées peuvent résulter de différentes situations en matière de contraception. Dans certains cas, même des femmes qui utilisent une méthode contraceptive peuvent devoir faire face à une grossesse non désirée. Les programmes de planification familiale post-abortum doivent aider les femmes à identifier les causes qui les ont conduites à cette situation et les aider à trouver une stratégie afin d'éviter qu'elle ne se reproduise. Les concepteurs des programmes se doivent de traiter les problèmes tels que le manque d'accès à la planification familiale, les barrières médicales qui freinent l'utilisation des contraceptifs et la nécessité d'un conseil de qualité. Si des services améliorés peuvent grandement réduire l'incidence des grossesses non désirées et des avortements provoqués, il peut être nécessaire que les autorités politiques adoptent des mesures appropriées et développent des services aptes à répondre d'une façon humaine et attentive au problème de l'échec de la contraception.

Tableau 2

Facteurs affectant la planification familiale post-partum et post-abortum

Post-partum	Post-abortum
Facteurs liés au système de santé	
<p>Les occasions de conseil ou de services en matière de planification familiale peuvent être plus nombreuses quand la femme a de multiples contacts avec le système de santé</p> <p>Des soins liés à la planification familiale peuvent être dispensés à la maternité</p> <p>Il est généralement plus simple, en matière de planification familiale, de faire le suivi de femmes en période de post-partum</p> <p>Les soins sont dispensés dans un but préventif</p> <p>Les prestataires ont en général une attitude positive et encourageante envers les mères</p>	<p>Les occasions de conseils ou de services en matière de planification familiale sont très rares car la femme n'a en général qu'un seul contact avec le système de santé, et ne revient que rarement pour des visites de contrôle</p> <p>Les soins sont dispensés dans les services des urgences ou de gynécologie ou la planification familiale ne fait pas partie des activités régulières</p> <p>Les femmes en période de post-abortum sont généralement plus difficiles à suivre</p> <p>Les soins sont dispensés dans un but curatif et dans un contexte de crise</p> <p>Le personnel soignant manque souvent de sensibilité et peut avoir une attitude réprobatrice envers les femmes qui ont subi un avortement</p>
Facteurs cliniques	
<p>Le retour des règles est différé, surtout si la femme allaite</p> <p>L'allaitement au sein empêche d'utiliser certaines méthodes contraceptives hormonales</p>	<p>Retour rapide de l'ovulation et des règles</p> <p>Les complications dues à un avortement dangereux peuvent influencer sur le choix de la méthode contraceptive et sur le moment le plus opportun de sa mise en route</p>
Facteurs psychosociaux/culturels	
<p>La femme s'assume elle-même en tant que mère</p> <p>Il existe des systèmes de solidarité envers les mères</p> <p>Un certain nombre de pratiques ont pour effet de retarder les risques d'une nouvelle grossesse après un accouchement</p> <p>La femme ayant fait la preuve de sa fécondité voit son rôle social confirmé</p> <p>Les femmes peuvent envisager que le risque de nouvelle grossesse est différé</p>	<p>On connaît mal les sentiments intimes qu'ont les femmes vis-à-vis d'elles-mêmes et de l'avortement quand elles sont dans cette situation</p> <p>Après un avortement, la femme trouve difficilement l'aide dont elle peut avoir besoin</p> <p>On connaît mal les pratiques qui suivent un avortement</p> <p>Du point de vue social, la femme ayant avorté n'a pas vraiment apporté la preuve de son aptitude à la maternité</p> <p>Les femmes peuvent ne pas se rendre compte du retour presque immédiat de la fécondité</p>

Source: Benson, J. et al. *Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Framing the Questions*. Carrboro, NC: IPAS, 1992.

1.8 Les possibilités au niveau du traitement d'urgence des avortements

Le recours aux services de planification familiale quand il y a nécessité de traiter d'urgence des complications dues à l'avortement, présente des avantages certains par rapport à une consultation ultérieure ou au recours à un autre service, mais pose quelques problèmes particuliers. Par exemple, le traitement des complications post-abortives peut être, pour certaines femmes la seule ou l'une des seules occasions d'un contact avec le système de soins de santé; il faudra donc la saisir pour répondre à l'ensemble des besoins de ces femmes. En revanche, il est difficile d'offrir des services préventifs du type planification familiale dans des unités de soins d'urgence, surtout s'il existe un manque de coordination entre les diverses catégories de services.

En travaillant en collaboration étroite avec le personnel des dispensaires de planification familiale, les responsables peuvent trouver la manière d'utiliser le plus efficacement possible les ressources permettant la mise à disposition de services de planification dans l'établissement de soins. Par exemple, tous les responsables peuvent coordonner leurs efforts pour mettre en place des services de traitement des complications dues à l'avortement au sein des dispensaires de planification familiale, ou prévoir que du personnel de ces dispensaires se rende régulièrement dans les unités de traitement d'urgence pour visiter les femmes qui viennent d'avorter. Ils devront également faire connaître aux femmes l'existence de services de planification familiale dans leur communauté afin qu'elles puissent bénéficier d'un suivi. On trouvera au chapitre 6 des renseignements détaillés sur la façon d'offrir des services de planification familiale dans le cadre des services de traitement d'urgence des complications de l'avortement.

1.9 Les possibilités au niveau des services de planification familiale

En cette matière, ce sont les directeurs de programmes qui jouent un rôle essentiel pour que les femmes bénéficient de conseils, de méthodes et d'un suivi consécutivement à un avortement. Une coordination entre les dispensateurs des services de planification familiale et ceux des traitements d'urgence des complications post-abortives, est le préalable indispensable qui assure, aux femmes concernées, l'accès aux premiers services. Dans les pays où l'avortement est légal, les directeurs des services de planification familiale doivent faire un effort pour que leurs programmes prolongent les activités des services d'interruption de grossesse.

Le rôle essentiel des programmes de planification familiale est d'identifier les besoins non satisfaits en cette matière et d'y répondre. Comme les femmes qui avortent constituent à l'évidence un groupe dont les besoins dans ce domaine ne sont pas satisfaits, les dispensaires de planification familiale eux-mêmes seraient un endroit tout indiqué pour traiter les avortements incomplets et pratiquer les interruptions de grossesse. Le traitement des complications peut être assuré par les dispensaires de planification familiale de certains pays, s'ils disposent du personnel et de l'équipement nécessaires, sont accessibles 24 heures sur 24 et s'il existe un système fonctionnel d'orientation-recours. Outre le fait qu'ils améliorent l'accès à des soins de qualité en matière abortive dans le cadre de la légalité, ces services augmentent la probabilité que les femmes ayant avorté puissent avoir, par la suite, accès à des conseils, des services et une orientation adaptée. Le chapitre 7 donne des informations détaillées sur la façon de fournir des services post-abortum dans le cadre d'un dispensaire de planification familiale existant.

1.10 Les possibilités au niveau des services qui pratiquent des interruptions de grossesse

La plupart des femmes qui désirent se faire avorter le font pour mettre un terme à une grossesse non planifiée ou non désirée, et par conséquent sont intéressées par le contrôle de leur fécondité. Il en est de même pour les femmes qui demandent une intervention de régulation menstruelle³ et, de ce fait, sont

³ Bien que sa définition varie selon les pays, le terme "régulation menstruelle" est en général utilisé pour désigner l'évacuation utérine précoce à la suite d'un retard de règles, souvent même sans attendre le résultat d'un test de grossesse.

exposées à un risque de grossesse non désirée. Quant à celles qui subissent un avortement thérapeutique, elles peuvent également souhaiter empêcher une nouvelle grossesse qui serait dangereuse pour leur santé. Enfin, certaines femmes recourent à l'avortement parce qu'elles ne trouvent aucune des méthodes de contraception disponibles acceptable ou efficace. Dans tous ces cas, les besoins des femmes en matière de contraception sont spécifiques et il faut y répondre.

Le conseil en planification familiale est largement accepté quand il est intégré aux services d'interruption de grossesse. Par sa nature volontaire, cette dernière intervention offre fréquemment des opportunités pour proposer des services de planification familiale. Il existe cependant chez les femmes qui recourent à un tel avortement provoqué ou à une intervention de régulation menstruelle des besoins particuliers dont les responsables de programmes doivent tenir compte pour que les activités de conseil et de services soient efficaces. On trouvera au chapitre 8 des informations détaillées sur la façon d'offrir des services de planification familiale dans un établissement pratiquant des interruptions de grossesse.

1.11 Une approche globale

Les programmes de planification familiale après avortement doivent être offerts à toutes les femmes de façon équitable, quels que soient leur âge, leur situation familiale ou leur appartenance ethnique, et doivent être capables de répondre à divers problèmes de santé, par exemple les infections des voies génitales⁴, les soins prénatals, ou la recherche et le traitement d'une stérilité. Il est important que les administrateurs, les décideurs et les prestataires de services aient une vision globale de la santé reproductive, y compris en matière de planification familiale après un avortement, afin de réduire l'importance des avortements dangereux, d'améliorer la santé des femmes et de leurs partenaires ainsi que de favoriser des maternités sans risque. Les spécialistes de la planification familiale ne peuvent ignorer des questions aussi importantes que les moyens et les limites de la contraception, les avortements, qu'ils soient à risques ou non, les grossesses non désirées et la répétition de celles-ci. Les services de traitement d'urgence des complications dues à l'avortement doivent, non seulement traiter les cas où celles-ci sont la conséquence de méthodes dangereuses, mais également répondre aux besoins des femmes en matière de services préventifs de régulation des naissances. Les spécialistes des interruptions de grossesse et de la régulation menstruelle doivent être conscients de leurs responsabilités qui sont de fournir des conseils et des services de planification familiale à leurs patientes.

⁴ De nombreuses infections des voies génitales sont transmises par voie sexuelle.

Bibliographie du chapitre I

Benson, J. et al. *Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Framing the Questions*. Carrboro, NC:IPAS, 1992.

Boyd, E.F. Jr. and Holmstrom, E.G. Ovulation Following Therapeutic Abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 113(4):469, 1972.

Henshaw, S.K. and Morrow, E. *Induced Abortion: A World Review, 1990 Supplement*. New York:Alan Guttmacher Institute, 1990.

Lahteenmaki, P. Postabortal Contraception. *Annals of Medicine*, 25:185-189, 1993.

Lahteenmaki, P. Return to Ovulation after Abortion and after Discontinuation of Oral Contraceptives. *Fertility and Sterility*, 34(3):246-249, 1980.

OMS/FNUAP/FISE. Déclaration conjointe : Aspects médico-sanitaires de la reproduction chez les adolescents : une stratégie pour l'action. OMS, Genève, 1989 [An, Fr, Es]; et La santé des jeunes : un défi, un espoir. OMS, Genève, 1994 [An, Fr, Es].

Organisation mondiale de la Santé. *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion*, 2nd edition. Genève:OMS, 1993.

Organisation mondiale de la Santé. *Complications des avortements. Directives techniques et gestionnaires pour la prévention et le traitement*. Genève:OMS, 1997.

Organisation mondiale de la Santé. *Formation aux techniques de conseil en sexualité, procréation et santé des adolescents. Guide de l'animation*. WHO/ADH/93.3, Genève:OMS, 1993

Paxman, J.M. et al. The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America. *Studies in Family Planning*, 24(4):205-226, 1993.

Salter C, Johnston H.B. and Hengen N. New Directions in Emergency care: Saving Women's Lives. *Population Reports*, Series L, No. 10. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, October 1996.

Tietze, C. The "Problem" of Repeat Abortions. *Family Planning Perspectives*, 6(3):148-150, 1974.

Tietze, C. and Bongaarts, J. Fertility Rates and Abortion Rates: Simulations of Family Limitations. *Studies in Family Planning*, 6(5):114-120, 1975.

Vorherr, H. Contraception after Abortion and Post Partum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 117(7):1002, 1973.

Wolf, M. and Benson J. Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Report of a Bellagio Technical Working Group. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Supplement, 1994.

CHAPITRE 2

QUALITE DES SOINS

2.1 Introduction

Les services de planification familiale après avortement doivent concevoir, gérer, évaluer et délivrer ce que demandent les clientes, en tenant compte de leurs besoins, de leurs intérêts et de leurs points de vue. L'objectif des directeurs est donc de fournir des services qui aident les clientes à contrôler leur fécondité efficacement et en toute sécurité. Tous les directeurs de programmes, les responsables politiques et les prestataires de services doivent savoir que des programmes de mauvaise qualité peuvent entraîner des grossesses non désirées, à cause, par exemple d'un choix limité de méthodes proposées, d'un conseil inadapté ou d'un manque d'affinités entre les prestataires et les clientes. Les prestataires de ces services se doivent de comprendre les effets que peuvent générer l'expérience de l'avortement sur une femme et son partenaire, ainsi que la manière dont les soins sont perçus par les femmes, si elles sont satisfaites ou non des services offerts.

Depuis quelques années, on cherche davantage à trouver les composantes qui font l'efficacité des services, la qualité de leur gestion et à définir des indicateurs et des techniques qui en permettent la mesure. Bruce (1989) a défini les éléments de qualité que se doivent de fournir les services de planification familiale, tandis que Leonard & Winkler (1991) ont examiné les problèmes de qualité des soins liés à l'avortement. Le document *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale* (WHO/FRH/FPP/96.9) indique comment réviser les politiques et pratiques de la planification familiale conformément à des critères d'acceptabilité médicale et cela en tenant compte des données scientifiques les plus récentes. Benson et son équipe (1992) ont établi un cadre, adapté des travaux de Bruce (1989), pour la prise en charge des problèmes particuliers que pose la planification familiale post-abortum.

Il importe en tout premier lieu de s'assurer qu'il existe des services offrant une planification familiale post-abortum sûre et efficace. Ensuite, les responsables devront se pencher sur la qualité des soins délivrés par ces services. Le présent chapitre propose un exposé sur les éléments en rapport avec la qualité des soins en planification familiale après avortement, c'est-à-dire:

- quand offrir le conseil et les services;
- le choix des méthodes les mieux adaptées;
- l'information et le conseil;
- la compétence technique du personnel;
- les relations entre les personnes concernées; et
- la continuité des soins grâce à la relation entre les services.

2.2 Quand offrir les conseils et services de planification familiale

Le meilleur moment pour offrir des services de planification familiale aux femmes après un avortement fait l'objet de maintes discussions. Doivent-ils être proposés pendant que la femme est traitée pour des complications post-abortives, ou est-il préférable de lui fixer un rendez-vous pour une consultation ultérieure ? Il est vraisemblable qu'une femme qui a eu une grossesse non désirée, qui a cherché à l'interrompre et a reçu un traitement suite à des complications souffrira et sera soumise à un stress important; il est d'autre part très probable qu'elle se retrouvera dans un service des urgences surpeuplé

avec une agitation trop importante pour y trouver l'endroit tranquille nécessaire à une discussion confidentielle. A l'évidence ce n'est ni l'endroit ni le moment idéal pour recevoir information et conseils et prendre une décision de planification familiale en toute connaissance de cause. Cependant, si la femme quitte l'hôpital sans avoir bénéficié de conseils et de services, elle risquera un retour rapide de sa fécondité et une nouvelle grossesse non désirée.

Le meilleur moment pour offrir un conseil et des services en matière de planification familiale après un avortement est conditionné par un équilibre entre trois facteurs:

- **L'offre d'une contraception rapide et efficace face à la possibilité d'une grossesse immédiate et non désirée.** Afin d'éviter ce risque, la femme ou son partenaire doit l'utiliser dès la reprise des rapports sexuels.
- **La fourniture d'un conseil de bonne qualité afin d'aider la femme à prendre elle-même une décision en matière de planification familiale et à choisir une méthode qu'elle pourra utiliser efficacement tant qu'elle le souhaitera.** Cette décision, en particulier lorsqu'il faut choisir une méthode de longue durée ou définitive, doit être prise à un moment où la femme est dans un état de santé supportable et n'est pas soumise à un stress important.
- **L'utilisation opportune de l'occasion qui se présente.** Même si pendant qu'elle subit un traitement de complications post-abortives le moment n'est pas idéal pour une séance de conseil, la question est de savoir si la femme aura d'autres occasions d'en bénéficier ainsi que de services. Aura-t-elle accès à une planification familiale apte à lui fournir la méthode de son choix après avoir quitté l'hôpital sans en avoir bénéficié ? Ne subira-t-elle pas de pressions de la part de personnes ou de circonstances qui l'empêcheront de recourir aux services disponibles ?

Le meilleur moment pour offrir un conseil et des services en matière de contraception varie selon la femme et selon les possibilités de l'établissement. Il est clair qu'aucun établissement assurant un traitement convenable aux femmes souffrant de complications post-abortives ne peut ignorer la nécessité des services de planification familiale. Un éventail complet de ces services peut être proposé dans bon nombre d'établissements alors que d'autres peuvent n'avoir que des moyens plus limités et ne pas être en mesure de fournir des conseils pleinement efficaces. Avant leur sortie, les femmes devraient au minimum et quel que soit le type d'établissement, avoir reçu et assimilé les informations suivantes :

- une ovulation peut se produire très peu de temps après l'avortement, avant même le retour des règles, avec pour risque une grossesse immédiate et non désirée;
- s'il existe un accès, sur place ou dans un service spécialisé, à des méthodes contraceptives efficaces afin d'éviter de nouvelles grossesses non désirées;
- s'il existe et où se trouvent des services locaux de planification familiale pour le réapprovisionnement en contraceptifs, l'accès à des méthodes de longue durée ou définitives, et le suivi.

Les établissements pratiquant des interruptions volontaires de grossesse se doivent d'offrir sur place des conseils et des méthodes en matière de planification familiale post-abortum, et cela dans le cadre d'une approche intégrée du traitement et de la prévention; cependant, le droit à l'interruption de grossesse ne doit pas être subordonné à l'acceptation du principe de la contraception ou d'une méthode particulière.

Si une femme en traitement ne souhaite ni redevenir enceinte immédiatement ni choisir une méthode contraceptive sur le moment, elle doit se sentir libre de revenir et se voir proposer un rendez-vous ou indiquer l'adresse des services de planification familiale qu'elle pourra consulter dans sa communauté.

2.3 Choix de méthodes

Il a été démontré que lorsqu'on offre un choix de méthodes à des femmes, celles qu'elles choisissent sont souvent sensiblement différentes de celles prévues pour elles par les spécialistes (Piotrow, 1993). En outre, si on offre à la femme un éventail de méthodes et que celles-ci lui soient clairement expliquées, elle utilisera avec efficacité et sûreté celle qu'elle aura choisi librement et toute connaissance de cause (Piotrow, 1993). Par ailleurs, un choix insuffisant de méthodes peut amener à des grossesses non désirées si les femmes décident d'abandonner une méthode qu'elles jugent inacceptable pour elles-mêmes ou leur partenaire. Les programmes de planification familiale, et en particulier ceux qui s'appliquent au post-abortum, doivent donc proposer une large sélection de méthodes pour répondre aux besoins divers et changeants de leur clientèle.

Il n'existe aucune raison médicale de limiter le nombre des méthodes contraceptives mises à la disposition des femmes, que ce soit après un traitement de complications post-abortives ou après une interruption volontaire de grossesse. Toutes les méthodes sont envisageables après un avortement à condition qu'il soit tenu compte des résultats de l'examen clinique de la femme, que les contre-indications éventuelles soient soigneusement passées en revue et qu'elle reçoive une information sérieuse (voir chapitre 3). Son état de santé, ses préférences, son aptitude à utiliser une méthode donnée, et les possibilités de suivi sont des facteurs déterminants pour un bon choix.

Dans de nombreux endroits, le nombre de méthodes contraceptives proposées après un avortement est limité car les prestataires ignorent l'utilisation de certaines méthodes recommandables en période de post-abortum, ou ont des préventions contre elles. Le système médical peut lui-même imposer des barrières à l'utilisation de certains moyens, par défaut d'information, existence de quotas ou utilisation de protocoles inadaptés. Par exemple, si un protocole de contraception post-partum est appliqué à une situation de post-abortum, une femme qui vient d'avorter peut se voir refuser son choix de méthode contraceptive en raison des recommandations basées sur l'allaitement ou la taille de l'utérus. A l'évidence, de telles pratiques réduisent inutilement les possibilités offertes aux femmes qui essaient d'éviter une nouvelle grossesse.

Le principe du choix éclairé signifie que c'est la cliente, et non le conseiller, qui doit en fin de compte choisir d'utiliser ou non la contraception et, dans le premier cas, choisir sa méthode en connaissance de cause et en ayant reçu toute l'information nécessaire.⁵ Le rôle du prestataire est de fournir à la femme une information objective sur les risques, les avantages, les effets secondaires et l'utilisation correcte de toutes les méthodes disponibles ou qui l'intéressent, et de l'aider à identifier ce qui, dans sa situation, pourrait avoir une influence sur le succès de la contraception.

2.4 Information et conseil

L'information et les conseils dispensés après un avortement doivent posséder toutes les caractéristiques requises par un service de planification familiale de bonne qualité (tableau 3). De plus, ces conseils doivent permettre à la femme d'identifier ce qui a entraîné sa grossesse et d'y remédier. L'objectif est de

⁵ Le consentement éclairé est l'accord de la cliente d'utiliser une contraception ou de subir une intervention médicale [...] volontairement, en toute connaissance de cause et en ayant reçu toute l'information requise. Ce concept est souvent associé à un formulaire de consentement éclairé, couramment utilisé pour obtenir l'accord écrit de la cliente, bien que la signature d'un tel formulaire ne garantisse pas la réalité de ce consentement. En effet, celui-ci peut ne pas avoir été donné librement et en pleine connaissance de cause, car un formulaire peut être signé en ignorant le contenu, sous la pression ou en ayant reçu une information inadéquate. [...] Comme le formulaire de consentement éclairé sert à informer la cliente et permettre son libre choix une fois sa décision prise, sa signature ne doit intervenir qu'à l'issue de la séance de conseil, après que les besoins, les options et les opinions de la cliente aient été examinés et qu'elle ait fait son choix. Le fait de simplement répondre aux critères d'information en matière de consentement éclairé ne remplace pas la séance de conseil (Neamatalla & Harper, 1990).

lui fournir l'information dont elle a besoin pour prendre une décision consciente en matière de planification et de choisir la méthode qui lui convient le mieux. Les patientes traitées pour des complications post-abortives ou qui ont subi une interruption de grossesse doivent connaître parfaitement les informations essentielles destinées à toutes celles qui se trouvent dans le même cas (voir chapitre 1, section 1.5). Les premières doivent en outre savoir quelles sont les répercussions éventuelles sur leur aptitude future à la procréation.

Les femmes qui désirent éviter ou différer une grossesse doivent savoir qu'il existe plusieurs méthodes pour elles ou leurs partenaires, même si elles n'ont pas besoin d'une information détaillée sur chacune; elles doivent connaître: les méthodes de courte durée, à long terme et définitives ainsi que celles qui protègent contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) y compris l'infection par le VIH. Par exemple, si une personne déclare être intéressée par des contraceptifs injectables - peut-être parce qu'elle connaît quelqu'un qui les utilise - il peut être utile de l'informer sur les autres méthodes de contraception hormonale. Ce type d'information spécialisée en réponse à un intérêt manifeste doit être fourni en plus des conseils de base.

Tableau 3

Éléments d'un conseil de qualité en matière de planification familiale

- Les besoins de la cliente sont toujours prioritaires.
- L'objectif est que les clientes prennent une décision informée, librement consentie et dûment pesée.
- Les responsabilités des divers personnels impliqués dans les activités de conseil sont clairement définies.
- Les conseillers et leurs supérieurs hiérarchiques ont reçu une bonne formation.
- Le conseil est pratiqué dans un cadre confortable qui préserve l'intimité et la confidentialité.
- Les conseillers disposent du matériel d'appui nécessaire et ont appris à l'utiliser.
- Les registres sont simples et faciles à tenir, tout en fournissant au programme l'information nécessaire pour la surveillance de la qualité du conseil.
- Les conseillers sont régulièrement supervisés, dans un but constructif et non critique.
- Les conseillers ont le soutien total des directeurs des programmes de planification familiale et des décideurs, qui se traduit par l'attribution de ressources suffisantes pour la formation et la supervision du personnel ainsi que pour les besoins en locaux et en matériel.
- Pour vérifier si le système fonctionne correctement, le programme réalise périodiquement des études spéciales sur ses activités de conseil (par exemple pour évaluer les connaissances et le niveau de satisfaction des clientes).

Source: Neamatalla, G.S. and Harper, P.B. *Family Planning Counselling and Voluntary Sterilization*. New York: Association for Voluntary Surgical Contraception, 1990.

L'agent de santé chargé du conseil doit interroger les femmes sur les méthodes contraceptives qu'elle ont pu avoir utilisé par le passé, surtout quand elles ont avorté. On s'intéressera particulièrement au cas des femmes pratiquant une contraception au moment où elles sont tombées enceintes. Si elles choisissent la même méthode après l'avortement, le conseiller doit déterminer où sont les problèmes, donner des informations sur la façon d'utiliser correctement la méthode, ou en suggérer une autre; et si une femme n'utilisait aucune méthode contraceptive lorsqu'elle est devenue enceinte, il faut savoir pourquoi. On voit donc que certaines grossesses non désirées sont dues à un échec de la méthode elle-même, tandis que d'autres sont dues à une utilisation incorrecte. Il est également possible que des femmes aient abandonné une méthode en raison d'effets secondaires inacceptables ou de l'impossibilité de renouveler leurs

contraceptifs. L'expérience antérieure d'une contraception *doit* impérativement être prise en compte afin d'aider la femme à choisir une méthode qu'elle puisse utiliser correctement.

La plupart des agents de santé, moyennant une formation, peuvent exercer une activité de conseiller, et les administrateurs peuvent organiser cette formation pour le personnel en contact avec les femmes qui viennent d'avorter. Tous doivent savoir quelles sont les ressources en planification familiale qui existent dans la communauté de résidence des patientes. Certains établissements de soins reçoivent surtout des patientes venant de régions voisines. D'autres, en reçoivent qui ont dû parcourir de longues distances et il est peu probable qu'elles reviennent pour les visites de contrôle. Il est donc essentiel que les conseillers tiennent à jour leurs connaissances des services de planification familiale des secteurs public et privé disponibles dans les communautés locales ou plus éloignées de façon à pouvoir orienter efficacement toutes les clientes venues dans leur établissement.

2.5 Compétence technique

Le terme "compétence technique" est utilisé dans le présent document pour désigner la capacité des membres de l'équipe de soins de santé à donner des conseils et à fournir des prestations de services de planification familiale auprès des femmes qui viennent d'avorter. La compétence technique fait partie intégrante de la qualité des services en tant qu'élément de base de leur sécurité.

La compétence technique repose essentiellement sur les qualifications et les connaissances de chacun des membres de l'équipe; cependant, les qualifications seules ne la garantissent pas. La formation et l'encadrement du personnel, la surveillance, l'analyse des statistiques des résultats du service, l'élaboration et le respect de protocoles appropriés, ainsi que la communication des observations au personnel sont des mécanismes qui favorisent la compétence technique de l'équipe tout entière. La fourniture de services adéquats aux femmes qui ont avorté implique, le plus souvent, à la fois le personnel des services de traitement d'urgence des complications post-abortives et celui des services de planification. Outre leurs propres compétences dans leur domaine, ces derniers doivent connaître les principes et les techniques de bases du traitement et les répercussions que ces complications peuvent entraîner sur l'utilisation des méthodes contraceptives. Quant au personnel des services d'urgence, il ne voit souvent que l'aspect curatif du traitement; il doit donc apprendre à rechercher une approche plus préventive de façon à pouvoir offrir efficacement des services de planification familiale dans ces circonstances; il devra donc recevoir une formation sur le conseil, les méthodes et l'orientation en matière de planification familiale.

Il est nécessaire de disposer des protocoles de prestation de services les plus à jour afin d'assurer que les femmes ne se voient pas proposer des méthodes inadaptées et puissent, au contraire avoir accès à celles qui leur sont le plus appropriées. Les directives pour la planification familiale après avortement doivent tenir compte des particularités cliniques et physiologiques du post-abortum. C'est pour cela que les prestataires de services doivent recevoir une formation initiale et des cours de recyclage dans le domaine des méthodes contraceptives applicables pendant cette période. Les responsables peuvent améliorer le niveau de compétence technique en vérifiant que les protocoles sont appropriés, que le personnel les comprend et les suit et en surveillant le degré d'efficacité avec laquelle les services sont assurés.

2.6 Relations interpersonnelles

Toute personne s'adressant à des services de soins de santé, curatifs ou préventifs, doit être traitée de façon professionnelle et sans préjugés. L'attitude du prestataire influe profondément sur l'affinité avec la patiente, le conseil et le choix d'une méthode. Il arrive qu'il ait une attitude réprobatrice face à une femme qui a avorté ou à celles qui le désirent, à cause, peut-être, de ses propres sentiments et convictions vis-à-vis de cette pratique. Un traitement punitif pour les femmes qui ont recours à l'avortement peut être répandu là où l'avortement est limité par la loi, mais la même attitude existe aussi dans des régions où la législation est plus libérale. Il importe que les prestataires gardent à l'esprit que ces femmes ont besoin de

soins et d'une aide à la planification familiale, car elles y ont droit, dès qu'il s'agit de questions de santé. Les prestataires ne doivent pas laisser leurs opinions personnelles interférer avec leur capacité à exercer leur activité de façon impartiale. Ils doivent veiller à l'absence de jugement de valeur dans leurs relations avec toutes les patientes quels que soient leur âge, leur situation familiale et leur appartenance ethnique, et qu'il s'agisse du premier avortement ou du énième. Le conseil en planification familiale exige un échange ouvert d'information dans le but d'aider les femmes à choisir une méthode qui soit adaptée à leur situation personnelle. Une telle communication n'est, évidemment, pas possible si le prestataire s'érige en juge.

2.7 Continuité des soins grâce à la relation entre les services

Tous les services de planification familiale doivent viser à promouvoir la continuité des soins, c'est-à-dire s'assurer que les femmes auront accès à une série de services qui répondront à leurs besoins spécifiques en matière de santé reproductive et de planification familiale. Pour cela, les agents et les systèmes de soins de santé doivent traiter la femme en tant que personne particulière et s'intéresser autant à ses besoins physiques qu'affectifs en matière de santé reproductive. Il faut donc que les prestataires et les administrateurs connaissent les services disponibles dans la communauté et les obstacles qui en empêchent l'accès, afin de les surmonter.

Le travail des organismes de planification familiale après avortement ne s'arrête pas au moment où une femme a choisi une méthode et commencé à l'utiliser. La continuité des soins signifie que la femme doit pouvoir accéder à des services et des sources d'approvisionnement qui lui permettront de continuer avec la méthode qu'elle a choisie, de recevoir un traitement en cas de complications, de répondre aux questions qu'elle peut se poser au sujet de sa méthode, d'en changer et d'arrêter la contraception. Pour mettre en place une telle continuité, il importe de proposer à la femme un rendez-vous dans une clinique de planification familiale ou dans un autre établissement près de chez elle.

Les prestataires doivent être capables de fournir à la femme, sur place ou en l'orientant sur un service spécialisé, une gamme étendue de services, comme le diagnostic ou le traitement des infections génitales, des maladies sexuellement transmissibles, de l'infection due au VIH, le dépistage du cancer, les soins prénatals, le traitement de la stérilité ainsi que des services sociaux appropriés.

Bibliographie du chapitre 2

Benson, J. et al. Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Framing the Questions, *Issues in Abortion Care*, 2. Carrboro, NC:IPAS, 1992.

Bruce, J. Fundamental Elements of the Quality of Care: A Sample Framework. *Working Papers No. 1*. New York: The Population Council, 1989.

Leonard, A.H. and Winkler, J. A Quality of Care Framework for Abortion Care. *Advances in Abortion Care*, 1(1). Carrboro, NC:IPAS, 1991.

Neamatalla, G.S. and Harper, P.B. *Family Planning Counselling and Voluntary Sterilization*, New York: Association for Voluntary Surgical Contraception, 1990.

Piotrow, P.T. Counselling for Better Contraception. *Integration*, 37(September):26-31, 1993.

CHAPITRE 3

ASPECTS CLINIQUES

3.1 Introduction

Les questions cliniques abordées dans les services de planification familiale après avortement sont en général de même nature que dans les services courants. Ils doivent donc répondre aux mêmes normes, à savoir :

- une bonne information sur le choix proposé;
- l'évaluation des facteurs de risque;
- le choix des méthodes;
- le conseil;
- la possibilité d'offrir des méthodes à long terme ou définitives et un suivi.

De même, les critères permettant l'utilisation des méthodes choisies doivent être respectés. Le lien entre planification familiale et services de soins liés à l'avortement ne dispense en aucun cas d'offrir des services de qualité.

Les responsables doivent en outre savoir qu'en matière de planification familiale, les femmes ayant subi un avortement ont des besoins particuliers auxquels leurs services doivent s'efforcer de répondre. Le présent chapitre examine les facteurs spécifiques ou déterminants de la planification familiale post-abortum, et donne des détails sur ceux dont il faut tenir compte en fonction des besoins et de la situation de la cliente.

3.2 Aspects cliniques individuels

Les femmes qui souffrent de complications suite à un avortement se distinguent de la plupart des clientes des services de planification familiale par des problèmes médicaux particuliers. La majorité de ces femmes ont eu un avortement incomplet, et certaines d'entre elles présentent des complications graves qui peuvent même mettre leur vie en danger; les plus importantes sont :

- des infections allant d'infections pelviennes locales à un état infectieux généralisé (sans compter le risque, non négligeable, d'une infection non encore symptomatique);
- des traumatismes tels que des blessures internes mineures, des perforations utérines et des traumatismes intra-abdominaux pouvant nécessiter une intervention chirurgicale immédiate;
- des hémorragies ou des saignements vaginaux abondants;
- un état de choc.

Après un avortement au premier trimestre sans complications, toutes les méthodes, sauf les naturelles (abstinence périodique, retrait) sont utilisables. Même en présence de complications, la plupart des femmes ont le choix entre diverses méthodes. Les prestataires et les administrateurs doivent savoir jusqu'à quel point les atteintes cliniques influencent l'utilisation des diverses méthodes contraceptives et veiller à ce que les protocoles de planification post-abortum n'empêchent pas inutilement l'accès des femmes à la méthode de leur choix.

3.3 Retour rapide de la fécondité

Une femme peut redevenir enceinte presque immédiatement après un avortement. Le problème de la planification familiale se pose donc d'urgence. Si l'avortement est spontané, la femme peut souhaiter redevenir enceinte rapidement et, s'il n'y a pas de problème médical (par exemple des fausses couches à répétition, une anémie nutritionnelle, ou des saignements utérins irréguliers qui peuvent conduire à adresser la patiente à un service de traitement de la stérilité ou à demander des tests complémentaires) il n'y a aucune raison de l'en dissuader. Pour la plupart des femmes, au contraire, l'avortement est volontaire et traduit un désir de ne pas retomber enceinte dans un proche avenir. Ce qui n'empêche pas certaines d'entre elles de ne pas souhaiter prendre de décision en matière de contraception pendant qu'elles sont soignées. D'autres choisissent une méthode qui ne peut être utilisée immédiatement en raison de facteurs cliniques ou autres. Quoi qu'il en soit, toutes doivent se voir proposer une méthode provisoire et être adressées à un service qui se chargera d'assurer le renouvellement des contraceptifs ou de fournir une méthode à long terme ou définitive.

Retour physiologique de la fécondité après un avortement

Les recherches sur les taux d'hormones associés à la grossesse et à l'ovulation montrent que celles qui sont associées à la grossesse disparaissent rapidement, et que le cycle hormonal conduisant à l'ovulation reprend rapidement après un avortement : 75% des femmes ont une ovulation dans les six semaines qui suivent un avortement et souvent, dans les deux semaines après un avortement au premier trimestre et dans les quatre semaines si celui-ci a eu lieu au deuxième trimestre (Boyd & Holstrom, 1972; Vorherr, 1973; Lahteenmaki, 1980; Lahteenmaki, 1993).

Au premier trimestre, les taux d'estrogènes et de progestérone retombent aux niveaux pré-gestationnels dans les quelques jours qui suivent l'avortement (Lahteenmaki, 1993). Les autres taux d'hormones se réajustent de même très rapidement : la réponse ovarienne à l'hormone folliculostimulante (FSH) a lieu dans les 4 à 9 jours alors que la disparition de la gonadotrophine chorionique humaine (HCG) est plus lente et prend 38 jours. Ces ajustements permettent une ovulation dans les 2 à 3 semaines suivant l'interruption de la grossesse (Lahteenmaki, 1993; Vorherr, 1973). Par contre, le retour de la fécondité après un accouchement prend en moyenne 4 à 6 mois si la femme allaite (Vorherr, 1973).

3.4 Recommandations d'ordre clinique

Les prestataires doivent se familiariser avec les précautions à prendre chez une femme qui avorte ou qui est traitée pour des complications :

- le traitement des affections aiguës graves est prioritaire dans le traitement des femmes présentant des complications;
- une contraception ne peut être envisagée que lorsque l'état de santé est stabilisé;
- les rapports sexuels sont déconseillés jusqu'à ce que les saignements aient cessé, que les signes d'infection (le cas échéant) ou d'autres complications aient disparu;
- la femme doit immédiatement consulter en cas d'apparition de certains signes anormaux: écoulement vaginal nauséabond, fortes douleurs abdominales, saignements continus, fièvre élevée. Le diagnostic et le traitement rapides d'une complication susciteront une confiance générale dans les soins liés à l'avortement;
- les critères d'utilisation des différentes méthodes contraceptives doivent être respectés;

- après un avortement, l'éventail complet des méthodes contraceptives peut être envisagé pour autant que la cliente ait été convenablement examinée et soit capable de faire un choix éclairé;
- si la femme choisit une méthode de planification familiale naturelle, celle-ci ne doit pas être considérée comme fiable avant le retour de règles régulières.

3.5 Contraception en présence de complications

Le choix d'une méthode appropriée à une femme donnée dépend des problèmes cliniques liés à l'avortement, ou à ses complications lorsqu'il est pratiqué dans des conditions dangereuses. Une décision, en matière de planification familiale, prise sans tenir compte de ses besoins individuels, ne lui sera d'aucun secours pour empêcher de nouvelles grossesses non désirées (Leonard & Ladipo, 1994). L'état clinique de la femme qui a reçu un traitement post-abortum d'urgence doit être pris en compte (voir sections 3.5.1-3.5.3). On trouvera à l'annexe 1 une liste des méthodes contraceptives avec des recommandations sur leur emploi après un avortement (Leonard & Winkler, sous presse). L'annexe 2 donne une liste des facteurs (cliniques, personnels et liés à la prestation de services) associés à la contraception après avortement. Les taux d'échec observés avec les diverses méthodes sont indiqués à l'annexe 3.

3.5.1 Infection post-abortive confirmée ou présumée

Pour nombre de femmes venant se faire soigner à la suite d'un avortement incomplet, le prestataire peut ne pas être en mesure de déterminer si et comment celui-ci a été provoqué, et la femme peut refuser ou ne pas être capable d'en donner les détails. De même, il peut être impossible d'exclure une infection des voies génitales ou une maladie sexuellement transmissible même en l'absence de symptômes.

Le risque d'infection doit être apprécié en tenant compte du désir de la femme d'une protection contraceptive immédiate et de la possibilité qu'elle a de revenir bénéficier de services supplémentaires. Chacune constitue un cas particulier, et souvent, le choix d'une méthode provisoire peut se révéler une bonne solution en attendant que tous les doutes quant à une éventuelle infection soient levés.

L'utilisation de certaines méthodes doit prendre en considération la présence d'une possible infection, car celle-ci, qu'elle soit due à la rétention des produits de conception, à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions d'hygiène, ou à une autre cause, modifie l'efficacité de certaines méthodes contraceptives. Le soignant doit garder à l'esprit que même si elle n'apparaît pas au moment du traitement, une infection peut évoluer rapidement par la suite surtout si l'avortement a été pratiqué dans des conditions non aseptiques. Dans les cas où une infection est déclarée ou présumée il faut:

- différer toute intervention de stérilisation féminine jusqu'à ce que l'on ait la preuve qu'il n'y a pas d'infection ou que celle-ci soit totalement guérie;
- ne pas insérer de DIU tant que les conditions précitées ne sont pas remplies.
- Toute autre méthode peut être envisagée immédiatement.

Dans tous les cas d'infection confirmée ou présumée, le prestataire doit conseiller à la patiente d'éviter les rapports sexuels jusqu'à ce que l'infection ait disparu. Si, malgré cela, l'abstinence absolue semble impossible, la femme peut choisir d'utiliser l'une des techniques suivantes:

- les implants de NORPLANT®⁶;

⁶ Au moment de la publication de ce document, NORPLANT® était le seul implant contraceptif disponible dans le commerce.

- les contraceptifs injectables;
- les contraceptifs oraux;
- les préservatifs (masculins/féminins);
- les mousses, gelées, comprimés ou films spermicides;
- la vasectomie (pour le partenaire).

3.5.2 Lésions traumatiques des voies génitales

Certaines des femmes qui consultent pour un traitement d'urgence peuvent présenter des lésions traumatiques des voies génitales, comme des brûlures, perforations, déchirures du col ou lacérations. Dans ces cas, il faut:

- différer toute stérilisation féminine jusqu'à ce que la lésion soit guérie; cependant, si une intervention de chirurgie abdominale est nécessaire, on peut alors pratiquer la stérilisation en même temps à condition que cela n'entraîne pas de risque supplémentaire;
- ne pas insérer de DIU avant que toute perforation ou autre lésion utérine grave soit guérie;
- l'utilisation de contraceptifs mécaniques et de spermicides peut être limitée par l'étendue et la localisation de la lésion.
- Toute autre méthode peut être envisagée immédiatement.

3.5.3 Hémorragies et anémie grave

Des hémorragies capables d'entraîner une anémie grave sont souvent les séquelles d'un avortement dangereux. Dans ce cas, il faut en premier lieu stabiliser l'état de la patiente et ne pas lui donner de méthode contraceptive avant la fin des pertes de sang. En cas d'anémie grave, tout ce qui risque d'augmenter ou de prolonger celles-ci doit être évité. Dans ces circonstances sont à proscrire:

- la stérilisation féminine;
- les DIU inertes ou en cuivre.

En cas d'anémie grave liée à un avortement, on peut utiliser les méthodes suivantes:

- les implants de NORPLANT®;
- les contraceptifs injectables;
- les DIU libérant de la progestérone;
- les contraceptifs oraux (bénéfiques lorsque le taux d'hémoglobine est bas);
- les diaphragmes, capes cervicales, éponges vaginales;
- les préservatifs (masculins/féminins);
- les mousses, gelées, comprimés ou films spermicides;

- la vasectomie (pour le partenaire).

3.6 Quand commencer la contraception

Outre le fait de s'assurer qu'un contraceptif donné est compatible avec l'état médical d'une femme, il faut savoir à quel moment on peut débiter son administration. Souvent le personnel applique à tort des directives qui ne sont pas toujours adaptées à des femmes venant d'avorter. Par exemple les directives qui préconisent de différer la prise de contraceptifs oraux pendant le post-partum, du fait de l'allaitement entre autres, sont quelquefois appliquées à des femmes en période de post-abortum; au contraire, une femme qui a choisi, après un avortement provoqué ou un traitement de complications post-abortives, de prendre des contraceptifs oraux, doit commencer immédiatement. On trouvera aux annexes 1 et 2 des recommandations sur le moment auquel commencer une contraception en fonction des diverses méthodes.

3.7 Avortement au deuxième trimestre

L'état clinique et physiologique de la femme observé après un avortement est similaire que celui-ci ait lieu au premier ou au deuxième trimestre, cependant il existe quelques différences qui influenceront la mise en route ou l'utilisation de certaines méthodes. La différence la plus importante du point de vue de la contraception est la taille plus grande de l'utérus au deuxième trimestre, et son involution (retour à la taille normale) plus lente qu'après un avortement au premier trimestre (elle peut prendre de 4 à 6 semaines). Ce facteur est très important pour la mise en place de contraceptifs mécaniques, l'insertion correcte d'un DIU et la localisation des trompes de Fallope pour pratiquer une stérilisation.

Les systèmes de contraception post-partum ne conviennent pas pour un avortement au premier ou au deuxième trimestre car il existe des différences physiologiques et cliniques entre ces deux situations. Par exemple, certaines directives concernant la contraception post-partum reposent sur des facteurs comme la lactation, qui ne s'applique évidemment pas au post-abortum, ou encore, l'hypercoagulabilité post-partum, qui n'intervient pas encore au deuxième trimestre de la grossesse. Les possibilités applicables à la planification post-partum étant plus limitées, elle ne doivent par conséquent pas influencer sur le choix, plus large, des méthodes post-abortum.

Chez une femme ayant avorté au deuxième trimestre :

- le personnel qui pratique la stérilisation doit tenir compte des changements de la taille de l'utérus et de la position des trompes de Fallope;
- il faut différer de six semaines la pose d'un diaphragme ou d'une cape cervicale;
- la mise en place d'un DIU immédiatement après le traitement doit être faite par un spécialiste, car un positionnement correct au fond de l'utérus est crucial pour réduire le risque de perforation ou d'expulsion.

Une anomalie excessive de la coagulation, par exemple lorsqu'il y a rétention foetale, entraîne l'obligation de prendre des précautions avant toute intervention chirurgicale. Des antécédents ou des signes évocateurs de coagulopathie constituent une contre-indication. Ce risque est toutefois rare au deuxième trimestre et les contraceptifs oraux, bien que n'étant pas la meilleure méthode, peuvent en général être utilisés.

En l'absence supposée de complications suite à un avortement au deuxième trimestre, les méthodes suivantes sont utilisables:

- les implants de NORPLANT®;

- les contraceptifs injectables;
- les DIU (à condition de disposer d'un personnel expérimenté, car un positionnement correct au fond de l'utérus est crucial pour réduire le risque de perforation ou d'expulsion);
- les contraceptifs oraux;
- les préservatifs (masculins/féminins);
- les mousses, gelées, comprimés ou films spermicides;
- la vasectomie (pour le partenaire).

Evidemment, si la patiente présente l'une des complications mentionnées dans le présent chapitre, il est impératif de suivre les recommandations concernant les méthodes à utiliser dans ces circonstances.

3.8 Contraception après avortement et MST/VIH

Le risque de contracter une maladie sexuellement transmissible ou une infection par le VIH (MST/VIH) doit être évalué chez toutes les utilisatrices des services de planification familiale après avortement. Il faut les informer que les seules méthodes contraceptives qui offrent une protection contre les MST/VIH sont les préservatifs masculins et féminins et, dans une moindre mesure, les spermicides. Les préservatifs sont la seule méthode de protection reconnue contre la transmission du virus de l'immunodéficience humaine et du SIDA (VIH/SIDA). Associés aux spermicides, ils peuvent réduire de façon significative le risque concomitant de grossesse non désirée et de transmission de MST/VIH. Suivant les cas, les femmes peuvent choisir le préservatif pour se protéger des MST/VIH en complément d'une autre méthode contraceptive plus efficace.

Bibliographie du chapitre 3

Boyd, E.F. Jr. and Holmstrom, E.G. Ovulation Following Therapeutic Abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 113(4):469, 1972.

Lahteenmaki, P. Postabortal Contraception. *Annals of Medicine*, 25:185-189, 1993.

Lahteenmaki, P. Return of Ovulation after Abortion and After Discontinuation of Oral Contraceptives. *Fertility and Sterility*, 34(3):246-249, 1980.

Leonard, A.H. and Ladipo, O.A. Post-Abortion Family Planning. Factors in Individual Choice of Contraceptive Methods. *Advances in Abortion Care*, 4(2). Carrboro, NC:IPAS, 1994.

Leonard, A.H. and Winkler, J. Postabortion Family Planning: A Woman's Informed Choice Today can Prevent and Unwanted Pregnancy. *Advances in Abortion Care*, 6(1). Carrboro, NC:IPAS [sous presse].

Organisation mondiale de la Santé. *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale*. Genève, WHO/FRH/FPP/96.9, 1996.

Vorherr, H. Contraception after Abortion and Post Partum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 117(7):1002, 1973.

CHAPITRE 4

LE CONSEIL : ROLE DES DIRECTEURS DE SERVICES

4.1 Introduction

Conseiller les patientes est un travail essentiel pour tout service de planification post-abortum de bonne qualité. Il incombe aux chefs de service des urgences prenant en charge les complications dues à l'avortement ou de ceux qui pratiquent des interruptions de grossesse, de s'assurer que des conseils adaptés sont dispensés aux femmes afin qu'elles puissent prendre de leur plein gré et en connaissance de cause une décision concernant les questions de planification familiale. Le cas des femmes qui viennent d'avorter est particulier à cause du stress physique et affectif provoqué par une grossesse non désirée et son interruption. En outre, le personnel des dispensaires et hôpitaux étant très occupé ne prend pas souvent le temps de les conseiller. C'est donc le devoir des chefs de service de s'assurer que des conseils de qualité ont été dispensés, sinon, les femmes risquent d'être de nouveau exposées aux risques de grossesses non désirées et d'avortements dangereux.

Le conseil consiste en un dialogue entre le praticien et sa cliente. Il implique un échange et ne se borne pas à informer sur les méthodes contraceptives, même si cette information est indispensable (Subcommittee on Quality Indicators in Family Planning Service Delivery, 1990). Il doit être centré sur les problèmes de la femme et leur résolution afin de l'aider à surmonter les obstacles qui l'empêchent d'utiliser la contraception. D'après un conseiller ayant de l'expérience dans ce domaine, "il faut être plus attentif au choix et à la personnalisation de l'information et mieux aider la femme à en comprendre les principes avant de prendre une décision, lui rendra peut-être un meilleur service que de lui fournir une information plus détaillée" (Beresford, 1979). Les responsables doivent avoir une bonne connaissance des principaux domaines à aborder lors des séances de conseil, y former leur personnel et contrôler la qualité des prestations.

4.2 Eléments de base d'une séance de conseil

Le conseil après avortement doit aborder les mêmes sujets que dans le cadre de la planification familiale simple et, en plus, porter sur certains points particuliers au post-abortum. Pour être de bonne qualité il doit remplir les conditions suivantes :

- tenir compte de l'état médical et affectif de la patiente, comme indiqué à la section 4.4.1;
- l'informer du retour rapide de sa fécondité et examiner les causes de la grossesse non désirée (peur des effets secondaires de la contraception, inexistence de services de planification familiale, opposition du partenaire, etc.). Ces points sont particulièrement importants. Comme en simple planification familiale, on parlera avec la femme de ses projets d'avenir en matière de procréation et de ses besoins particuliers en ce qui concerne la régulation des naissances (par exemple si elle désire attendre un certain temps avant d'être de nouveau enceinte, ou si son partenaire ne peut ou ne veut utiliser une méthode correctement). La séance de conseil doit aussi aborder toutes les questions que la femme peut se poser au sujet de sa sexualité et de sa fécondité, ainsi que des questions d'ordre culturel, social ou religieux en rapport avec l'utilisation d'une méthode contraceptive. On trouvera aux sections 4.4.2, 4.4.3 et à l'annexe 2 de plus amples informations à ce sujet (Leonard & Ladipo, 1994);
- fournir des informations sur les méthodes contraceptives, en tenant compte de l'état médical et de la situation actuelle de la femme, et de ses propres préférences. On expliquera comment utiliser chaque méthode, son efficacité, ses risques et avantages, ce qu'il faut faire en cas d'effets secondaires, où s'adresser pour le renouvellement des contraceptifs et le suivi (Fisher, 1992). Que la cliente

choisisse une méthode provisoire comme la contraception orale ou le préservatif, ou une méthode de longue durée ou définitive, il faut lui indiquer l'endroit près de chez elle ou elle peut s'adresser pour le renouvellement des contraceptifs ou tout autre service en matière de planification (voir au chapitre 3 et à la section 4.5 des renseignements complémentaires sur les méthodes de planification familiale et leur suivi);

- donner des informations sur la possibilité d'accéder à d'autres services de santé. Les conseillers doivent remarquer si d'autres problèmes liés à la reproduction se posent, par exemple un risque de MST/VIH, et être capables d'adresser la femme à un service compétent pour diagnostic et traitement.

La qualité du dialogue avec la patiente conditionne la qualité du conseil lui-même. Les femmes se sentiront mieux comprises si le conseiller crée une atmosphère sécurisante. Il doit être capable :

- d'établir une bonne communication avec la cliente de façon que celle-ci se sente à l'aise pour poser des questions et parler de ses problèmes;
- de faire preuve de compétences en communication : écouter la cliente, poser des questions, donner des exemples, confirmer ce qu'elle ressent, le tout en utilisant un langage clair et compréhensible;
- de donner à la cliente la possibilité de poser des questions, d'obtenir des réponses et de prendre une décision. Son rôle est de guider la femme et de lui permettre de prendre une décision adaptée à son état de santé et à sa situation personnelle. Elle doit également pouvoir décider elle-même si elle désire que son partenaire ou quelqu'un d'autre soit présent à la séance de conseil (voir section 4.4.4).

4.3 Rôle de l'administrateur

Pour mettre en place un conseil de planification familiale post-abortum de qualité, les administrateurs doivent veiller à ce que les conditions ci-dessous soient remplies (Benson, Gringle & Winkler, 1996) :

- Le conseil doit avoir lieu dans un endroit privé, de préférence une pièce dont on peut fermer la porte. A défaut ou si la femme ne peut quitter le secteur post-opératoire, on utilisera un rideau pour préserver au moins l'intimité visuelle.
- L'administrateur doit déterminer et proposer le moment opportun pour la séance de conseil, avant et/ou après l'interruption de grossesse ou le traitement de complications post-abortives. Le moment choisi doit dépendre de l'état physique et psychologique de la patiente, de l'organisation des services et des autres tâches du personnel. Des séances de groupe permettent de donner des informations de base à plusieurs femmes en même temps, ce qui permet d'uniformiser les informations et de réduire le temps à consacrer au conseil individuel, surtout dans les services pratiquant les interruptions de grossesse. Cependant les séances individuelles et personnalisées seront toujours nécessaires pour aider la femme à faire le bilan de sa situation personnelle.
- Lors des séances de conseil, les clientes et les conseillers devront avoir à leur disposition des matériels tels que des brochures, des échantillons de contraceptifs ainsi que des chevalets de conférence (flip charts). Les responsables des services qui ne délivrent pas habituellement de consultations de planification familiale peuvent se procurer ces matériels éducatifs auprès des associations locales de planning familial, du ministère de la Santé ou de services hospitaliers spécialisés.
- Au minimum, le conseiller doit pouvoir accéder facilement à un stock de base de pilules contraceptives et de préservatifs pour que la cliente puisse repartir avec les premiers éléments d'une

méthode contraceptive de son choix, si elle le désire. Il faut aussi disposer d'un choix plus vaste de méthodes pour répondre aux besoins individuels des femmes afin de les satisfaire et favoriser la poursuite de la contraception. De même que pour les matériels éducatifs, on peut se procurer les fournitures nécessaires pour les différentes méthodes auprès de la consultation de planification familiale de l'hôpital, des agences locales de planning familial ou d'autres sources.

- Les directeurs sont responsables de la sélection du personnel chargé des activités de conseil. Il leur faudra définir les descriptions de poste, interviewer les candidats et observer leur sens du contact avec les clientes. Les conseillers ou conseillères peuvent être des infirmiers, des travailleurs sociaux, et/ou des personnels non médicaux possédant des compétences spéciales en matière de conseil. Les directeurs doivent assurer que le personnel choisi assure le conseil auprès de toutes les patientes venant d'avorter et que des personnes qualifiées sont capables de le remplacer en cas d'absence.
- Tout le personnel en contact avec les patientes doit avoir reçu une formation orientée dans le sens des problèmes qui peuvent être abordés, même s'il n'est pas directement affecté au conseil. Cette orientation doit comprendre les principes de base du conseil, par exemple comment établir une communication avec la cliente tout en la respectant et comment parler des méthodes contraceptives utilisables après un avortement. Le personnel chargé du conseil devra recevoir une formation complémentaire portant sur les connaissances théoriques, la technique des jeux de rôles, et participera sous contrôle à des séances de conseil effectives. Un film vidéo sur le conseil en planification familiale post-abortum, *Put Yourself In Her Shoes*, produit par le Johns Hopkins Center for Communication Programs, est une aide précieuse. Les directeurs devront savoir quelles sont les organisations qui peuvent recommander des formateurs : associations locales de planning familial ou autres organisations non gouvernementales, programmes du ministère de la Santé, dispensaires spécialisés des hôpitaux, organisations féminines locales, etc...
- Une fois les conseillers sélectionnés et formés, et les services opérationnels, les directeurs surveilleront la qualité du travail assuré par une supervision en cours de séance; pour cela diverses techniques sont à leur disposition. On trouvera au chapitre 5 des renseignements complémentaires sur la supervision.
- Des modèles simples de dossiers à remplir doivent être établis afin de faciliter le contrôle des activités de conseil. Ils peuvent contenir des informations sur l'état clinique de la patiente, sa situation personnelle, la méthode choisie et les services auxquels elle a été adressée. Cela peut aller d'une simple fiche avec des données sur la cliente et l'établissement de soins qu'elle a fréquenté à un véritable dossier de santé. Les responsables doivent prendre des mesures pour assurer la confidentialité des dossiers qui ne doivent être accessibles qu'aux personnes ayant des raisons valables de les consulter. Parfois, la tenue des dossiers est plus importante et prend plus de temps que le conseil lui-même. Dans ce cas le personnel doit être invité à n'enregistrer que le minimum de données nécessaires pour assurer le bon déroulement du programme et faire en sorte que le conseil reste prioritaire.

4.4 Conseil individualisé de qualité

Une hypothèse simpliste sur le problème des grossesses non désirées suppose que les femmes ne savent pas utiliser les méthodes contraceptives ou qu'elles ne sont pas intéressées par elles. En réalité, beaucoup de ces grossesses sont due à plusieurs facteurs de nature médico-sociale, et la décision de se faire avorter peut résulter de tout un ensemble de raisons, dont le moment auquel survient la grossesse, les difficultés économiques de la famille, une relation peu stable avec le partenaire et/ou des pressions extérieures.

Un conseil de qualité aide à identifier les raisons qui ont conduit à la grossesse non désirée, et permet à la femme de prendre une décision et d'établir un plan adapté à sa situation. Les facteurs suivants sont à prendre en compte pour adapter le conseil aux besoins personnels de chaque femme.

4.4.1 Les cas où la femme souffre ou est soumise à un stress important

La femme peut ressentir diverses sortes d'émotions, au moment où elle prend la décision d'avorter, pendant l'avortement lui-même et/ou lors du traitement de complications. Il peut s'agir de peur, d'anxiété, de culpabilité et en fin de compte de soulagement d'avoir surmonté une situation de crise. La souffrance physique est également à prendre en considération. Ces situations peuvent entrer en ligne de compte au moment d'une prise de décision, même informée et volontaire, et peser sur l'intérêt pour le conseil et sur l'aptitude à choisir une méthode contraceptive et à l'utiliser correctement. Les choix concernant les méthodes de longue durée ou définitives sont particulièrement importantes dans ce cas (voir section 4.6). De plus, le déroulement des soins liés à l'avortement peut réduire le temps nécessaire pour prendre une décision en toute connaissance de cause. Le conseiller doit évaluer les motivations de la femme à recevoir des conseils; si elle est hésitante, il doit lui donner un rendez-vous pour une date ultérieure ou l'adresser à un service local de planification familiale, et en attendant, lui fournir une méthode provisoire. Lorsqu'on s'adresse à une femme qui souffre physiquement ou moralement, il faut avoir à l'esprit les points suivants:

- le choix d'une méthode provisoire peut être la meilleure solution (contraceptifs oraux ou mécaniques chez la femme, contraceptifs injectables, préservatifs masculins ou féminins et spermicides);
- les méthodes à long terme (par exemple DIU et NORPLANT®) et définitives (stérilisation féminine) avec leurs coûts et les possibilités de trouver un service disponible près de chez la patiente peuvent être discutées si celle-ci est intéressée. Ces options exigent toutefois que la femme ait largement la possibilité d'approfondir les différentes possibilités et reçoive des conseils exhaustifs;
- les décisions concernant une méthode à long terme ou définitive ne doivent être prises que lorsque la femme remplit les conditions énoncées ci-dessus et ne souffre plus.

4.4.2 Les cas où la femme désire une nouvelle grossesse, et à quel moment

Le conseiller doit absolument saisir les souhaits de la femme en matière de procréation, que ce soit dans l'immédiat ou à plus longue échéance. Elle peut vouloir ou non utiliser une contraception après avoir avorté. Certaines femmes qui ont eu un avortement spontané peuvent vouloir retomber rapidement enceintes. D'autres, au contraire, souhaiteront différer une nouvelle grossesse ou définitivement l'éviter. Quel que soit le choix, le conseiller doit comprendre les intentions et les projets de la patiente avant de lui recommander une contraception. Il doit tenir compte des points suivants :

- la femme doit être sérieusement informée des différentes options, des risques de la grossesse par rapport aux risques de la contraception, et du moment auquel elle redeviendra féconde;
- il ne faut jamais insister pour imposer une contraception à une femme qui n'en désire pas;
- si une femme n'est pas sûre de vouloir utiliser une contraception, il faut l'aider à y voir clair dans ses intentions avant de lui proposer des méthodes contraceptives appropriées;
- si une femme souhaite une grossesse mais que son état médical l'oblige à la différer, il faut lui fournir une méthode contraceptive provisoire;

- une femme qui désire différer ou éviter toute nouvelle grossesse doit se voir proposer un éventail complet de méthodes contraceptives.

4.4.3 Le cas d'une femme ayant déjà utilisé une méthode contraceptive

Si une grossesse non désirée peut survenir chez une femme qui n'utilise aucune méthode contraceptive, beaucoup d'autres qui se font avorter, se sont trouvées enceintes à cause d'un échec de la contraception: échec de la méthode elle-même ou erreur du système qui s'est trompé de méthode. Quelle que soit la situation d'origine, celle-ci peut persister et au cas où le conseiller n'en tient pas compte, le problème risque de réapparaître. Les points suivants doivent donc être examinés en cas d'échec de la contraception :

- toutes les méthodes contraceptives doivent être envisagées;
- l'échec de la contraception doit être analysé afin d'en trouver les causes;
- toute méthode qui a posé des problèmes ou qui s'est révélée inefficace doit être déconseillée ou n'être redonnée qu'après un conseil approfondi;
- les conflits affectifs, la pression sociale, la relation avec le partenaire et les sentiments de la femme face à la sexualité peuvent influencer sur l'utilisation correcte d'une méthode;
- toute femme doit recevoir la méthode de son choix, sauf en cas de contre-indications médicales;
- le mode d'emploi de la méthode doit être fourni de façon claire et concise, et, pour vérifier que la femme l'a bien compris, on le lui fait répéter dans son langage personnel.

4.4.4 Le partenaire ou un autre membre de la famille doit-il participer à la séance de conseil ?

La confidentialité est une règle impérative dans le domaine que nous traitons, et est primordiale pour la femme, qu'elle avorte ou prenne des décisions relatives à sa planification familiale. Au cours de la séance de conseil, la femme peut informer du refus de son partenaire d'utiliser des préservatifs ou d'utiliser une méthode particulière voire toute forme de contraception. Le conseiller aura alors besoin de savoir quelles sont la nature et les raisons de cette attitude pour aider la femme à prendre une décision. Il lui faut envisager les possibilités suivantes :

- faire participer le partenaire au choix d'une méthode appropriée, à condition que la femme le désire;
- conseiller le choix d'une méthode capable de préserver la confidentialité; et
- protéger la confidentialité même si la femme choisit une méthode sans l'avis de son partenaire ou d'un autre membre de la famille.

4.5 Ressources locales en matière de planification familiale

La possibilité pour une femme d'utiliser une méthode correctement et durablement dépend en partie des ressources de la communauté où elle vit. Une femme ayant avorté peut devoir accomplir un long trajet pour faire soigner des complications. Pour assurer la continuité des soins, le personnel médical doit déterminer exactement quels sont les besoins en soins post-abortifs et en planification familiale, en fonction des possibilités accessibles. Pour proposer une méthode appropriée, les agents de la planification familiale doivent donc connaître les services auxquels la femme pourra recourir une fois rentrée chez elle.

Les méthodes de longue durée ou définitives peuvent être inadaptées quand les femmes n'ont pas accès aux soins indispensables en cas de complications. Par contre, ces méthodes (DIU, NORPLANT®, stérilisation) peuvent être une option valable pour celles qui n'ont pas la possibilité de renouveler leurs pilules ou leurs préservatifs. Le coût est également déterminant pour l'accès aux services : il peut, dès le début, être la cause de non utilisation ou d'abandon de la contraception et poser de graves problèmes dans les cas d'interruption sûre de grossesse ou de traitement des complications, si la femme ne peut ou ne veut y accéder pour des raisons financières. Les prestataires doivent savoir quelles sont les possibilités les moins coûteuses que proposent les services locaux de planification familiale.

4.6 Situations particulières

4.6.1 La stérilisation à des fins contraceptives dans le cadre des soins liés à l'avortement

La question de la stérilisation comme méthode de contraception définitive chez les femmes qui avortent doit être examinée avec soin. Les responsables doivent être conscients que les femmes qui envisagent une stérilisation doivent donner leur consentement en toute connaissance de cause; ceci est indispensable pour être sûr que le stress qui précède et qui suit un avortement et/ou le traitement de complications n'entraîne pas une décision impulsive de la patiente de se faire stériliser. Dans certaines circonstances, il vaut mieux déconseiller cette solution à cause de l'influence du stress physique et psychologique. Dans d'autres circonstances, le conseil et le consentement avant l'opération permettent d'effectuer la stérilisation en même temps, ce qui évite de répéter le danger lié à l'anesthésie et élimine avec une quasi-certitude le risque d'une nouvelle grossesse non désirée. Dans les services de traitement d'urgence des complications le problème du consentement est particulièrement délicat, car il est difficile d'apprécier jusqu'à quel point la patiente est bien informée; il faut chercher la moins mauvaise des solutions entre: ses désirs réels, la qualité des informations qu'elle avait reçues avant de donner son consentement ainsi que les risques de nouvelle grossesse non désirée et de nouvel avortement. Les prestataires doivent, dans tous les cas, être certains que le consentement est véritablement libre et pris à partir d'une information rigoureuse.

Bien que les règles générales souffrent des exceptions, les directeurs doivent s'assurer que le conseil, les services et l'orientation permettent à la patiente de choisir la stérilisation ou toute autre méthode en pleine connaissance de cause. Chaque femme doit recevoir un conseil attentif et adapté à sa propre situation. Pour information complémentaire, les administrateurs sont invités à lire "Family Planning Counselling and Voluntary Sterilization" (Neamatalla & Harper, 1990).

Si une femme exprime le désir de se faire stériliser au moment de l'interruption de grossesse ou du traitement de complications, il faut d'abord examiner son état clinique. S'il n'y a pas de contre-indications (par exemple une infection), le conseiller doit répondre aux questions posées dans le tableau 4, et évaluer ainsi le bien-fondé d'une méthode définitive.

Tableau 4

Liste de questions à poser dans un conseil post-avortum consacré à la contraception définitive

Question	Recommandation	Justification
La femme est-elle sous sédatifs ou récupère-t-elle d'une anesthésie ?	La stérilisation n'est probablement pas appropriée. Le conseiller doit fournir une méthode provisoire avec son mode d'emploi et indiquer à quel moment et où la femme peut s'adresser pour se faire stériliser.	Un consentement informé légitime ne peut être obtenu si la femme est sous sédatifs ou récupère d'une anesthésie. Cela peut aussi exclure les stérilisations pratiquées pendant le traitement des complications post-avortives.
La femme souffre-t-elle physiquement ?	La stérilisation n'est probablement pas appropriée. Le conseiller doit fournir une méthode provisoire avec son mode d'emploi et indiquer à quel moment et où la femme peut s'adresser pour se faire stériliser.	Un consentement informé légitime ne peut être obtenu si la femme souffre physiquement. Cela peut aussi exclure les stérilisations pratiquées pendant le traitement des complications post-avortives.
La femme est-elle soumise à un stress affectif important ?	La stérilisation n'est probablement pas appropriée. Le conseiller doit fournir une méthode provisoire avec son mode d'emploi et indiquer à quel moment et où la femme peut s'adresser pour se faire stériliser.	Un consentement informé légitime ne peut être obtenu si la femme est soumise à un stress affectif important. Cela exclut habituellement les stérilisations pratiquées pendant le traitement des complications post-avortives.
La femme a-t-elle décidé <u>avant</u> d'avorter qu'elle ne voulait plus avoir d'enfants ?	La stérilisation au moment de l'avortement peut être une bonne solution si la femme est pleinement informée et a fait son choix en toute liberté ou, mieux encore, si la décision est prise conjointement par elle-même et son partenaire.	Les femmes qui ont eu largement le temps et l'occasion d'envisager une contraception définitive avant le stress d'un avortement peuvent souvent donner leur consentement éclairé au moment de l'interruption de grossesse ou du traitement des complications. Si la décision en faveur d'une stérilisation intervient trop peu de temps avant l'avortement, le conseiller doit fournir une méthode provisoire avec son mode d'emploi et indiquer à la femme quand elle peut se faire stériliser et où elle peut s'adresser.
Une fois rentrée chez elle, la femme aura-t-elle accès à des services pratiquant les stérilisations ?	En l'absence de telles possibilités, la stérilisation au moment de l'interruption de grossesse ou du traitement des complications peut être la solution appropriée, à condition que la femme soit pleinement informée et ait fait son choix en toute liberté.	Les femmes viennent souvent de loin pour se faire avorter. Les conseillers doivent savoir où se trouvent les services pratiquant les stérilisations et autres services de planification familiale accessibles aux patientes qui viennent d'avorter. Il peut ne pas y avoir de services de stérilisation près de chez elles. Dans ces cas, le désir de la femme de recevoir une contraception définitive au moment des soins liés à l'avortement et son aptitude à donner un consentement éclairé doivent être étudiés face au risque d'une nouvelle grossesse non désirée.

4.6.2 La planification familiale post-abortum chez les femmes VIH-positives

L'infection par le VIH et le SIDA font peser une grave menace sur la santé et la longévité des femmes en âge de procréer. La transmission périnatale du VIH est bien connue; dans les pays en développement, elle touche 30 à 35% des nouveau-nés de mères VIH-positives (Organisation mondiale de la Santé, 1992). On ignore si les femmes qui se savent atteintes par ce virus cherchent plus souvent que les autres à se faire avorter, mais on peut raisonnablement supposer qu'une femme qui vient d'avorter et qui sait quelle est séropositive ressentira différemment d'une autre le stress physique, affectif, social et psychologique de l'avortement pour les raisons suivantes :

- la récupération physique chez une femme VIH-positive peut être difficile, longue ou même impossible, surtout si elle a besoin d'un traitement suite à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité;
- le personnel peut être réticent à assurer les soins par peur de la contamination;
- une femme dont l'état est connu de ses proches ou de sa communauté peut être, en plus, victime d'une réprobation générale;
- la femme qui a décidé d'avorter par peur de transmettre le VIH à son enfant peut se sentir gravement dévalorisée.

Le personnel offrant des services de planification familiale post-abortum à des clientes dont la séropositivité vis-à-vis du VIH est connue doit être conscient de ces facteurs particuliers et être prêt à fournir des informations, des conseils et des services plus spécifiques, et/ou à adresser la cliente à un service compétent. Si ces conditions ne peuvent être parfaitement remplies, la cliente doit au minimum comprendre que :

- les rapports sexuels avec un partenaire non infecté comporteront obligatoirement un risque de contamination et que la seule protection possible est l'usage du préservatif (masculin ou féminin), de préférence associé à un spermicide;
- les préservatifs doivent être correctement utilisés à chaque rapport sexuel;
- l'utilisation de préservatifs et d'un spermicide pour éviter l'infection n'empêche pas d'utiliser simultanément une autre méthode capable d'offrir une meilleure protection contre les grossesses non désirées;
- toute future grossesse menée à terme peut donner naissance à un enfant VIH-positif.

4.6.3 La planification familiale chez les femmes ayant subi plusieurs avortements

Cette situation entraîne un conseil spécialement adapté. Dans la plupart des cas, le prestataire ne connaît pas les antécédents de sa patiente en matière d'avortement, sauf si elle les lui fournit. Dans ce cas il doit savoir que des circonstances très différentes peuvent avoir provoqué ces diverses interventions. Par exemple, une femme ayant avorté, une fois dans l'adolescence puis une autre fois à 35 ans a, selon toute probabilité fait face à deux situations sans rapport entre elles. De plus, les femmes usant d'une méthode contraceptive peuvent avoir ce type de problème à cause soit d'un échec de la méthode employée, soit d'interruptions brèves de la contraception pour raisons personnelles ou de difficultés d'accès à des services compétents.

Les difficultés couramment rencontrées au cours de l'utilisation des méthodes de planification familiale doivent être identifiées si on veut essayer de les résoudre. Par exemple, si c'est l'impossibilité de se

procurer régulièrement des contraceptifs oraux qui entraîne des arrêts de la méthode et des grossesses non prévues, le conseiller et la cliente doivent chercher des options contraceptives plus satisfaisantes et plus fiables. Ce qui est particulièrement important, c'est d'indiquer des services accessibles où s'adresser en cas de problèmes.

4.6.4 Les besoins spéciaux des adolescentes

La sexualité des adolescentes conduisant à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses pose des problèmes très graves et malheureusement, souvent négligés. Les adolescentes enceintes très jeunes sont plus exposées à un risque de fausse couche et, tout naturellement, elles chercheront plus souvent que les femmes adultes à se faire avorter, pour les raisons suivantes :

- L'adolescente enceinte, célibataire, craint davantage qu'une adulte le rejet social associé à la maternité hors mariage.
- Il est souvent difficile aux jeunes filles de résister aux pressions, voire aux contraintes sexuelles exercées par les hommes, adultes ou adolescents.
- Une adolescente qui mène une grossesse hors mariage à son terme peut être obligée d'abandonner ses études.
- Les adolescentes ont moins de possibilités que les adultes d'avoir accès à des informations, à une contraception et à des services de planification familiale pour des raisons juridiques ou culturelles et par peur d'une réprobation intense à propos de leur vie sexuelle.
- Les adolescentes ont moins de possibilités d'accéder à des informations sur l'interruption de grossesse et moins de moyens matériels pour avorter sans danger lorsque l'accès à celle-ci est très réglementé; même lorsqu'il est plus libéral, elles tenteront plus souvent d'avorter seules ou de recourir à des avorteurs non qualifiés.
- Les adolescentes qui font appel à un milieu médical autorisé se présenteront souvent à un stade plus avancé de leur grossesse, avec pour conséquences un risque accru de complications.
- Du fait de la nature souvent clandestine de l'avortement et de l'absence de soutien de la part du partenaire sexuel ou des parents, les adolescentes risquent de souffrir d'isolement et de stress affectif.

Tableau 5
Mesures en faveur de la santé reproductive des adolescentes

1. Offrir aux adolescentes un accès à l'information et à des services de santé reproductive, y compris en matière de conseil et d'avortement lorsque celui-ci est légal.
2. Donner aux prestataires de soins une formation à la sexualité et aux besoins des adolescentes afin d'éviter les avortements et de permettre aux adolescentes de se protéger contre les relations sexuelles non désirées et les grossesses. (Voir *Formation aux techniques de conseil en sexualité, procréation et santé des adolescents. Guide de l'animation*, WHO/ADH/93.3, Genève, 1993 [Fr, An, Es])
3. Offrir aux adolescentes des services efficaces et accessibles tenant compte de leurs besoins spéciaux comme l'intimité et la confidentialité.
4. Fournir des conseils et un accès à des options contraceptives qui assurent une protection maximale contre les grossesses non désirées et les MST/VIH.
5. Promouvoir des politiques, une législation et des réglementations qui permettent aux adolescentes non mariées sexuellement actives d'accéder à des contraceptifs, à des services de planification familiale et à une protection contre les MST/VIH.
6. Etablir des liens entre les divers services de santé qui traitent des besoins des adolescentes en matière de santé reproductive : planification familiale, soins maternels, services des MST/VIH.
7. Etablir des liens entre les services de santé reproductive et les programmes communautaires d'information, d'éducation et de communication.
8. Faire participer des adolescentes responsables (y compris des jeunes conseillères spécialement formées et supervisées) à la planification, à la mise en oeuvre et à l'évaluation de services de santé utiles.

Bibliographie du chapitre 4

- Beresford, T. Abortion Counselling. In Zatuchni G.I., Sciarra, J.J. and Speidel, J.J. Eds. *Pregnancy Termination: Procedures, Safety and New Developments*. Hagerstown, Maryland:Harper & Row Publishers, 1979.
- Fisher, A., et al. *Guidelines and Instruments for a Family Planning Situation Analysis Study*. New York:The Population Council, 1992.
- Johns Hopkins Center for Communication Programs. *Put Yourself in Her Shoes*. Baltimore, MD; Johns Hopkins Center for Communication Programs. 1996.
- Leonard, A.H. and Ladipo, O.A. Post-Abortion Family Planning. Factors in Individual Choice of Contraceptive Methods. *Advances in Abortion Care*, 4(2). Carrboro, NC:IPAS, 1994.
- Leonard, A.H. and Winkler, J. Postabortion Family Planning: A Woman's Informed Choice Today can Prevent and Unwanted Pregnancy. *Advances in Abortion Care*, 6(1). Carrboro, NC:IPAS [sous presse].
- Neamatalla, G.S. and Harper, P.B. *Family Planning Counselling and Voluntary Sterilization*. New York:Association for Voluntary Surgical Contraception, 1990.
- Organisation mondiale de la Santé. *Pandémie de VIH/SIDA : Situation actuelle et tendances futures. Récapitulation*. Genève:OMS, 1992.
- Subcommittee on Quality Indicators in Family Planning Service Delivery. Report submitted to USAID Task Force on Standardization of Family Planning Programme Performance Indicators, October, 1990.

CHAPITRE 5

LES POINTS COMMUNS DE L'APPROCHE PAR SERVICES

5.1 Aspects communs

On trouvera dans les prochains chapitres une description détaillée des trois types de services liés à l'avortement et à ses suites : services de traitement d'urgence des complications liées à l'avortement (chapitre 6); services de planification familiale (chapitre 7); services pratiquant les interruptions de grossesse et la régulation menstruelle (chapitre 8). Les responsables de chaque type de programme doivent mettre en place et superviser plusieurs composantes interdépendantes de la prestation de services :

- les locaux;
- le matériel;
- les fournitures;
- le parcours des clientes à l'intérieur des services;
- le personnel (effectifs et organigramme, comportement, supervision);
- sa formation;
- sa surveillance et son évaluation;
- les liens entre les services et l'orientation des clientes;
- les coûts.

Si chacune de ces composantes présente des aspects spécifiques suivant le service concerné, il existe des points communs au niveau des approches, qui intéressent tous les responsables. Le présent chapitre porte sur les points communs et les chapitres suivants sur les aspects spécifiques des trois types de services.

5.1.1 Types de programmes de traitement

L'accès aux interruptions de grossesse pratiquées en milieu médical, donc dans de bonnes conditions de sécurité, est souvent limité par la loi ainsi que par la pratique dans nombre de pays en développement. En conséquence, la plupart des femmes qui viennent à l'hôpital pour des soins post-abortifs le font pour des complications suite à des manœuvres abortives pratiquées dans des conditions dangereuses. Le traitement d'un avortement incomplet consiste habituellement à provoquer l'évacuation des tissus restés dans l'utérus afin de stopper les hémorragies et l'infection; mais il peut y avoir d'autres complications. Ces soins d'urgence peuvent être assurés dans divers établissements: des hôpitaux tertiaires (premier niveau de recours) aux simples dispensaires de soins de santé primaires et de planification familiale, les soins fournis pouvant être ambulatoires ou avec hospitalisation, selon l'organisation du système et les services dispensés. Ces traitements des complications post-abortives ainsi que les services de planification familiale après avortement doivent être intégrés dans le système général de soins de santé, chaque niveau assurant un traitement correspondant aux compétences et aux ressources dont il dispose.

Le tableau 6 indique les types de soins avec le personnel et l'équipement nécessaires pour assurer les services à chaque niveau du système de santé. On trouvera des détails sur la prise en charge clinique des

complications post-abortives à différents niveaux du système de soins de santé dans *Prise en charge clinique des complications de l'avortement : guide pratique* (WHO/FHE/MSM/94.1)

Tableau 6
Soins d'urgence pour les avortements dispensés à chaque niveau des services de santé

Niveau	Personnel possible	Soins
Communautaire	Membres de la communauté ayant une formation de base en santé, accoucheuses traditionnelles, guérisseurs	Reconnaissance des signes et symptômes d'un avortement et de ses complications Transfert rapide dans un service de santé
Primaire	Agents de santé, infirmiers (ères), sages-femmes diplômées, généralistes	Activités ci-dessus plus : <ul style="list-style-type: none"> - examens physique et pelvien simples - diagnostic du stade de l'avortement - réanimation et préparation pour le traitement ou le transfert - détermination du taux d'hémoglobine/de l'hématocrite - transfert, le cas échéant <i>Si on dispose de personnel qualifié et du matériel nécessaire, les activités supplémentaires suivantes peuvent être assurées à ce niveau :</i> <ul style="list-style-type: none"> - mise en route des traitements essentiels : antibiothérapie, perfusion et ocytociques - évacuation utérine au premier trimestre - traitement élémentaire de la douleur (bloc paracervical, analgésie et sédation simples)
Premier niveau de recours	Infirmiers (ères), sages-femmes diplômées, médecins généralistes, spécialistes formés en gynécologie et en obstétrique	Toutes les activités ci-dessus plus : <ul style="list-style-type: none"> - évacuation utérine en urgence au deuxième trimestre - traitement de la plupart des complications - tests de compatibilité et transfusion - anesthésie locale et générale - laparotomie et chirurgie indiquée (y compris pour les grossesses extra-utérines à condition de disposer de personnel qualifié) - diagnostic et transfert en cas de complications graves (septicémie, péritonite ou insuffisance rénale)
Niveaux secondaire et tertiaire	Infirmiers (ères), sages-femmes diplômées, médecins généralistes, gynécologues et obstétriciens	Toutes les activités ci-dessus plus : <ul style="list-style-type: none"> - évacuation utérine au besoin - traitement des complications graves (perforation intestinale, tétanos, insuffisance rénale, gangrène gazeuse, septicémie grave) - traitement d'une coagulopathie

Source : Organisation mondiale de la Santé. *Complications des avortements : Directives techniques et gestionnaires pour la prévention et le traitement*. Genève: OMS, 1997.

5.1.2 Types de programmes de planification familiale

Les services de planification familiale sont diversement organisés, et chaque programme peut y incorporer un département de planification post-abortum. Bien que non exhaustive, la liste ci-dessous couvre les principales catégories de services de planification familiale rencontrées dans le monde :

- les consultations de planification familiale intégrées à un hôpital;
- les centres de soins de santé primaires;
- les dispensaires de planification familiale des organisations non gouvernementales (ONG);
- les services basés sur le bénévolat d'intérêt local ou communautaire;
- les campagnes de marketing social;
- les prestataires privés – médecins, infirmiers et autres.

5.1.3 Programmes d'interruption de grossesse et de régulation menstruelle

Alors que la loi est souvent restrictive vis-à-vis de l'avortement pour raisons personnelles, il existe dans presque tous les pays des dispositions légales qui définissent les limites de l'avortement provoqué. Celles-ci sont très variables, et peuvent aller de restrictions sévères limitant les interruptions de grossesse légales aux circonstances dans lesquelles la vie de la mère est en jeu, à celles pratiquées sur simple demande. Là où l'avortement n'est pas illégal, il doit être pratiqué dans les meilleures conditions de sécurité possibles.

Les services d'interruption de grossesse et de régulation menstruelle sont assurés dans divers types d'établissements publics ou privés tels qu'hôpitaux, dispensaires spécialisés, dispensaires de planification familiale ou centres de médecine générale et/ou reproductive. Comme dans de nombreux cas ces interventions sont programmées et non pratiquées en urgence, elles sont en général effectuées en ambulatoire. Celles, réalisées à un stade plus avancé de la grossesse ou dans un but thérapeutique (par exemple si la vie de la mère est en danger) peuvent nécessiter une hospitalisation.

5.2 Locaux

L'administrateur qui souhaite créer un service de planification familiale post-abortum doit disposer des installations suivantes :

- un endroit où les matériels éducatifs ou destinés à la contraception puissent être rangés en sécurité;
- un local isolé où les conseillers puissent s'entretenir en privé avec les femmes ;
- un espace permettant des opérations de contraception quand celles-ci sont dispensées sur place (par exemple la pose d'un DIU).

Même s'il n'est pas nécessaire d'avoir des locaux spéciaux, il est indispensable que la patiente bénéficie d'une confidentialité absolue afin de poser les questions qu'elle veut et parler librement. On peut utiliser un bureau rarement occupé, un coin non utilisé d'une salle d'examen, ou même un couloir ou un banc à l'extérieur pourvu que la conversation ne puisse être entendue par personne. Le rôle des responsables est de rendre leur personnel attentif à l'importance de ces problèmes, et de trouver plusieurs endroits convenables, afin qu'il y en ait toujours un de disponible.

Les matériels contraceptifs et éducatifs doivent être stockés dans un endroit défini et, son inventaire soigneusement tenu à jour afin d'être sûr qu'ils ne se perdent pas et sont accessibles à tout moment. On trouvera dans d'autres publications des directives sur le stockage du matériel destiné aux méthodes contraceptives (Management Sciences for Health, 1992a).

5.3 Matériel et fournitures

Les centres de planification familiale, les organisations communautaires bénévoles et les prestataires privés n'ont besoin que de quelques matériels et fournitures supplémentaires pour pouvoir offrir des services de planification post-abortum. Par contre, les dispensaires et les centres de planification qui envisagent de s'adjoindre des services d'interruption de grossesse et/ou de traitement des complications devront se procurer du matériel et des fournitures supplémentaires. Le manuel de l'OMS *Complications des avortements : directives techniques et gestionnaires pour la prévention et le traitement* donne aux directeurs de ces services une liste complète et spécifique du matériel et des fournitures nécessaires pour le traitement des complications liées à l'avortement (OMS, 1997).

Les directeurs doivent, au minimum, mettre à la disposition des clientes quelques méthodes provisoires comme des préservatifs, des contraceptifs oraux estro-progestatifs, des spermicides et des contraceptifs injectables et en avoir des quantités suffisantes pour le secteur qu'ils couvrent. Cela, afin de permettre aux femmes qui ne sont pas prêtes à prendre une décision pour le long terme de disposer d'une couverture contraceptive dès leur sortie de l'établissement. Il est donc indispensable que ces méthodes soient disponibles partout où sont pratiquées des interruptions de grossesse et autres prestations liées à l'avortement.

Les établissements qui envisagent la pose de DIU (stérilets) et/ou d'implants de NORPLANT® devront se procurer les fournitures et le matériel nécessaires; leurs administrateurs sont invités à consulter la série OMS sur les méthodes contraceptives et leurs critères de choix (OMS, [sous presse] [a]; OMS, [sous presse] [b]; OMS, 1994; OMS, 1990; OMS, 1991; OMS, 1989a; OMS, 1989b; OMS, 1987; OMS, 1996).

5.4 Parcours médical et informatif des clientes

Le parcours des patientes/clientes dans l'hôpital ou le dispensaire doit être organisé rationnellement afin d'éviter les longues attentes ou l'engorgement de certains secteurs. Les organisateurs devront déterminer à quel moment du processus général de planification familiale post-abortum devront être proposés le conseil, les services et l'orientation.

Ils devront effectuer une analyse simple du parcours des clientes dans l'établissement et en suivre systématiquement un petit échantillon représentatif pour déterminer quel sera le moment le plus favorable pour le conseil et la fourniture de méthodes. Il vaut mieux que ce genre d'étude soit menée avant la mise en place des services; une fois que ceux-ci sont opérationnels, il faut s'attacher à déceler les éventuelles phases du parcours ayant tendance à bloquer. Des indications sur la manière de réaliser une telle analyse sont exposées dans *The Family Planning Manager* (Management Services for Health, 1992b), et sur la façon de suivre les patientes ayant subi un avortement dans *A Guide to Assessing Resource Use for the Treatment of Incomplete Abortion* (Abernathy et al., 1993). En suivant un petit groupe de patientes avant et après l'organisation du service de planification familiale (conseil et méthodes contraceptives), les organisateurs connaîtront le temps passé par les patientes à chacune des étapes du cursus en question. Un conseil en planification familiale proposé à un moment où la patiente est dans une période d'attente forcée (par exemple pendant le repos qui suit une évacuation utérine) est souvent propice à la fourniture d'informations au moyen d'imprimés, d'affiches ou de vidéos. On peut aussi faire des présentations interactives en groupe que l'on fait suivre de séances de conseil individuelles.

5.5 Personnel

5.5.1 Dotation en personnel

Le choix du personnel chargé des soins dans le domaine traité ici, dépend de la direction. Pour être efficace, il faudra faire en sorte qu'il soit accessible en tout temps. Les administrateurs doivent savoir que le conseil, les méthodes contraceptives et le suivi occasionneront un surcroît de travail au personnel concerné. Ils devront donc trouver des réponses à ce problème, par exemple : 1) en répartissant les responsabilités dans d'autres domaines entre plusieurs membres du personnel; 2) en faisant appel à du personnel supplémentaire; 3) en cherchant des moyens plus efficaces pour atteindre les femmes concernées (par exemple en organisant des séances d'information de groupe).

Les services de planification familiale après avortement doivent être considérés comme faisant partie des soins liés à l'avortement incombant normalement au personnel et non comme une activité "supplémentaire" plus ou moins facultative. Les avantages et les inconvénients des différentes modalités d'organisation ou de répartition du personnel selon les divers cadres sont examinés dans les chapitres suivants.

5.5.2 Attitude du personnel

L'attitude correcte du personnel envers les femmes qui ont avorté est indispensable à une bonne qualité des soins. Il est, en effet, peu probable que des femmes qui sont traitées avec réprobation ou mépris reviennent pour des soins ultérieurs. Les responsables doivent être conscients que leurs propres convictions au sujet de l'avortement et de la sexualité, ainsi que celles de leur personnel, peuvent influencer les relations avec les patientes. Ils devront donc prendre des mesures pour développer une attitude encourageante à l'égard des patientes/clientes chez leur personnel, par exemple :

- le conduire à tout mettre en oeuvre pour développer une approche préventive des soins de santé;
- le former et le superviser en insistant sur le respect dû aux patientes/clientes;
- l'informer sur le rôle que jouent les avortements dangereux dans la mortalité maternelle et sur la nécessité de la planification familiale après avortement pour réduire celle-ci;
- organiser des séances destinées à le sensibiliser à la nécessité de faire preuve de professionnalisme dans la fourniture des services de planification familiale post-abortum;
- lui donner l'occasion d'exprimer ses sentiments vis-à-vis de l'avortement;
- lui fournir des informations sur l'opinion qu'ont les clientes au sujet des services rendus afin qu'il puisse en tenir compte et améliorer ses prestations en fonction des désirs des utilisatrices.

5.5.3 Supervision du personnel

C'est l'une des tâches les plus importantes des directeurs des services. Le processus doit en être encourageant, positif et constructif et ne pas être perçu comme une "surveillance". Une fois que l'on saura comment et par qui les services seront organisés, la direction cherchera à superviser son personnel de la façon adaptée en prenant les mesures suivantes :

- s'assurer que les rôles et les responsabilités de chacun soient clairement précisés par écrit, compris et suivis;
- préparer un calendrier pour la formation initiale et le recyclage éventuel;

- organiser des ateliers pour aider le personnel à gérer le stress généré par son travail;
- organiser une rotation des activités de façon que chaque membre bénéficie tour à tour de périodes moins stressantes;
- avoir des discussions ouvertes sur ce qui va bien ou moins bien dans le service;
- utiliser plusieurs techniques différentes de supervision.

Ces dernières peuvent être :

- **L'observation des séances de conseil.** On trouvera à l'annexe 4 une liste de contrôle pour l'évaluation des compétences relationnelles du conseiller, et à l'annexe 5 des suggestions sur la manière de procéder pour observer une séance de conseil.
- **L'entretien avec les clientes immédiatement après une séance de conseil.** Les personnes qui supervisent peuvent interroger brièvement les clientes, au moyen d'un questionnaire type, pour connaître leur opinion sur la qualité du conseil et des autres services proposés. Ces entretiens doivent préserver l'anonymat, sans identifier la femme. On peut trouver des exemples de questionnaires dans diverses publications (en anglais : Otsea et al. [sous presse]; AVSC International, 1995). Il est conseillé de prévoir des questions appelant des réponses détaillées (par exemple : Que changeriez-vous à ces services ? ou Comment parleriez-vous de ces services à une amie ?) et d'autres avec des réponses concises (par exemple oui/non; très bon/moyen/mauvais). La première catégorie permet aux femmes d'exprimer leurs avis sur des points qui ne sont pas couverts par le questionnaire. Les résultats des entretiens devront être discutés avec le personnel et utilisés pour cerner les problèmes et en trouver les solutions.
- **L'auto-évaluation par les conseillers.** Les conseillers peuvent être réunis par les administrateurs pour résoudre les problèmes et faire part de leurs expériences, des séances qui se sont bien passées ou au contraire de celles qui ont été particulièrement difficiles. Les conseillers peuvent souvent fournir eux-mêmes des solutions aux problèmes identifiés.
- **L'examen des dossiers.** Il permet de vérifier qu'ils sont complets, que les méthodes proposées sont les bonnes et d'obtenir des statistiques sur les patientes.

5.6 Formation

Comme la planification familiale après avortement est encore rarement intégrée aux services de contraception ou d'interruption de grossesse, les responsables devront y former leur personnel, même celui qui n'est pas directement impliqué dans ces activités. Dans certains cas, les membres des services de traitement d'urgence des complications n'ont reçu qu'une formation limitée, voire nulle, sur les méthodes et le conseil en planification familiale. De leur côté, ceux de la planification familiale ne sont pas au courant des besoins des femmes qui viennent d'avorter. Les directeurs doivent s'assurer que :

- le personnel de toutes les équipes assiste à une séance d'information sur les objectifs de la planification familiale post-abortum, sur les méthodes contraceptives et sur les techniques de conseil;
- en cas de changement de personnel, la formation des nouveaux membres soit prévue;
- une formation continue et des séances de recyclage soient offerts à tous selon les besoins.

La formation plus approfondie des conseillers et des fournisseurs de méthodes contraceptives devra porter sur les points suivants :

- les compétences en communication;
- les raisons qui poussent les femmes à avorter et la nécessité d'une planification familiale post-abortum;
- le conseil dans un service des urgences ou autre établissement de ce type;
- la nécessité et les modalités de l'obtention du consentement éclairé;
- l'information minimale à fournir aux femmes qui ont eu un avortement;
- les techniques contraceptives les mieux adaptées à la suite d'un avortement;
- des informations et des adresses pour le suivi de la planification familiale et pour les autres besoins en matière de santé reproductive;
- des techniques de conseil adaptées aux établissements où sont dispensés les services de planification en question;
- des séances de conseil effectives, sous supervision.

Les administrateurs peuvent demander au ministère de la Santé ou aux associations locales de planning familial de leur indiquer des formateurs sur place. Pour le personnel non familiarisé avec la situation médico-sociale des femmes ayant avorté, on peut demander la participation de représentants des écoles de médecine ou des services hospitaliers de gynécologie-obstétrique aux activités de formation. De plus, l'IPAS a préparé un guide pratique à l'usage des formateurs, rassemblant divers documents utiles pour le conseil en planification familiale post-abortum (*Postabortion Family Planning : A Curriculum Guide for Improving Counselling and Services*, IPAS, 1996).

5.7 Surveillance et évaluation

La surveillance et l'évaluation ne sont pas nécessairement des tâches fastidieuses. Des dossiers existants tels que les registres, statistiques du service, dossiers des patientes et listes de contrôle courantes, utilisés tels quels ou modifiés, sont à même de fournir des indications précieuses. Les directeurs qui souhaitent mettre en place un système simple de surveillance pour leurs services de planification familiale post-abortum doivent procéder comme suit :

- choisir les informations de base ou de routine qui permettront d'évaluer la qualité et/ou prendre des décisions relatives à la gestion;
- établir une méthode simple de collecte systématique des renseignements de base sur les services fournis;
- impliquer le personnel en partageant, avec lui, les informations tirées des activités de surveillance et d'évaluation.

La surveillance doit porter sur les questions suivantes :

- **Le conseil** : le moment choisi est-il approprié en considération de l'état de la patiente qui vient d'avorter ? (elle peut être dans un état de détresse physique et/ou psychique et ne désire pas ou se sent incapable de discuter de planification familiale).

- **Les méthodes contraceptives** : les protocoles et les pratiques peuvent-ils être utilisés pendant le post-abortum ?
- **Le dialogue patiente-prestataire** : la confidentialité, l'intimité et la pudeur des patientes sont-elles préservées ?
- **L'organisation des services** : la planification post-abortum est-elle efficacement intégrée dans les services d'avortement ou de planification familiale ordinaire ?
- **La formation des prestataires** : reçoivent-ils une formation et des cours de recyclage en matière de planification familiale post-abortum (conseil, méthodes, orientation) ?

La surveillance doit s'exercer régulièrement et à intervalles rapprochés. Toutes les personnes impliquées dans cette activité doivent comprendre que la collecte d'informations n'est pas une fin en soi : la quantité et la nature des informations recueillies doivent être utilisées pour améliorer les services. Les entretiens avec les patientes doivent être soigneusement préparés à l'avance, y compris la formulation des questions. Il en est de même pour les entretiens avec le personnel qui doivent être précis et bien ciblés. Celui-ci doit participer à toutes les étapes du processus en question, qu'il s'agisse de modifier une liste de contrôle pour les services de planification familiale, de surveiller divers éléments des services ou d'utiliser les résultats obtenus pour résoudre des problèmes particuliers. Les responsables au plus haut niveau médical ou administratif doivent, tout naturellement, participer au processus de surveillance. Mais, les infirmiers, les travailleurs sociaux, les employés de bureau et les réceptionnistes sont tous impliqués dans les relations avec les patientes et peuvent, de ce fait, fournir des informations sur la manière dont les services sont proposés et comment ils peuvent être améliorés.

Le document OMS *Studying Unsafe Abortion : A Practical Guide* donne des renseignements complémentaires sur la surveillance et l'évaluation des services. Il existe de nombreuses publications qui expliquent comment conduire une évaluation globale ou axée sur certains aspects de la prestation de services (Aga Khan Health Services and University Research Corporation Center for Human Services, 1993; Dwyer et al., 1991; Garcia-Núñez, 1992; Jain, 1992; Management Sciences for Health, 1993a; Management Sciences for Health, 1993b; Management Sciences for Health, 1992a; Management Sciences for Health, 1992b; Management Sciences for Health, 1992c; Management Sciences for Health, 1992d).

5.8 Liaison interservices et orientation-recours

Le rôle des directeurs consiste, entre autres, à s'assurer que les patientes ont été orientées sur des services où elles pourront se réapprovisionner en contraceptifs et qu'elles bénéficieront d'un suivi en matière de planification familiale dans leur communauté. Un responsable dont les services ne pratiquent pas la planification familiale doit veiller à ce que les femmes ont suffisamment compris les informations concernant le retour de leur fécondité, l'existence de méthodes contraceptives sûres et efficaces, et qu'elles sont adressées à une personne ou un service compétent, soit dans l'établissement même, soit dans leur communauté d'origine.

Il existe plusieurs façons d'exercer cette responsabilité. Par exemple, tenir à jour une liste des institutions et ressources locales en matière de planification familiale et l'afficher, indiquer le nom et l'adresse de celles qui sont proches de chez la patiente. De plus, il est important de l'adresser à d'autres services de santé reproductive en raison de la variété des problèmes qu'elle peut rencontrer; les services spécialisés dans les interruptions de grossesse, sont rarement suffisants à eux seuls pour répondre aux besoins généraux en matière de santé.

L'orientation après un avortement exige le secret. Dans certains pays, les programmes publics et ceux qui les financent demandent le nom des patientes pour tenir des statistiques sur les consultations de recours. Cette pratique détruit la confidentialité et la confiance qui lui est associée, et en fin de compte nuit aux programmes de prestation de services. Les directeurs doivent rappeler à leur personnel la nécessité du secret et de faire en sorte que l'intimité de la patiente soit préservée.

Quand les femmes sont adressées à un autre dispensateur de services de planification familiale, elles doivent, auparavant, recevoir une information médicale par oral et/ou par écrit à propos de l'utilisation de certaines méthodes et la marche à suivre en cas de complications. Il faut leur faire comprendre qu'il est important de donner des renseignements complets sur leurs antécédents en matière de reproduction et sur leur situation médicale actuelle, ceci afin de choisir une méthode contraceptive appropriée. Elles peuvent alors décider de communiquer ou non ces informations au prestataire de l'établissement où elles iront.

Les directeurs doivent se préoccuper de trouver, au sein de la communauté où ils se trouvent, d'autres ressources offrant des services de santé reproductive, c'est-à-dire :

- **Les services généraux de santé afin de traiter des maladies comme le paludisme ou la tuberculose.** Il peut s'agir de centres de soins de santé primaires, de dispensaires publics de santé maternelle et infantile/planification familiale, de dispensaires des organisations non gouvernementales (ONG), et de médecins privés.
- **Des fournisseurs pour le renouvellement des méthodes contraceptives provisoires.** Il peut s'agir, en plus des services précités, de services communautaires bénévoles et/ou de fournisseurs commerciaux.
- **Du personnel proposant des méthodes de longue durée ou définitives et le suivi de la contraception.** On le trouve dans les centres de soins de santé primaires, de dispensaires publics de santé maternelle et infantile/planification familiale, de dispensaires des organisations non gouvernementales (ONG), et de médecins privés.
- **Des services de gynécologie, par exemple le diagnostic et le traitement des MST et des infections génitales, le dépistage du cancer, le diagnostic et le traitement des troubles menstruels, etc.** On les trouve dans les dispensaires de santé maternelle et infantile/planification familiale (publics et ceux des ONG) et/ou chez les médecins privés.
- **Des spécialistes des avortements spontanés à répétition et capables de diagnostiquer et traiter la stérilité.** On peut les rencontrer dans les services hospitaliers de gynécologie-obstétrique, les dispensaires des organisations non gouvernementales et/ou chez les médecins privés.
- **Des services d'obstétrique pour les soins prénatals.** Ils peuvent être utiles pour les femmes qui désirent redevenir enceintes rapidement. Les soins prénatals sont habituellement dispensés dans les centres de soins de santé primaires, les dispensaires de santé maternelle et infantile/planification familiale et par les médecins privés.
- **A propos de la violence conjugale.** Elle peut provoquer une grossesse non désirée. On peut orienter les patientes sur des centres spécialisés pour femmes, des services sociaux, des services juridiques ou autres services de conseil du secteur public.

Pour assurer une orientation de qualité, les responsables doivent connaître le genre de services qu'ils peuvent trouver dans leur environnement ou dans des établissements plus éloignés, ainsi que leur coût et leur localisation. Il n'est pas inutile de donner à la patiente des renseignements écrits sur les possibilités auxquelles elle pourra recourir une fois rentrée chez elle.

5.9 Coût

L'organisation de conseils et de services de planification familiale dans un établissement qui existe déjà aura des conséquences financières, non seulement pour l'établissement lui-même, mais également pour la patiente. Les coûts de mise en place de nouveaux services de planification familiale post-abortum comprennent entre autres :

- la formation du personnel déjà présent au conseil et à la prestation de services en planification familiale;
- le recrutement d'un personnel spécialement affecté à ces services;
- l'achat de fournitures pour les méthodes contraceptives, auquel s'ajoute le coût des formulaires de notification et des matériels éducatifs à distribuer aux patientes;
- l'aménagement d'un espace pour les séances de conseil individuelles.

Il est plus rentable de fournir des services qui évitent les grossesses non désirées que de traiter en urgence les complications obstétricales dans un établissement urbain central (Maine, 1991). Certes, la planification familiale n'éliminera totalement ni les grossesses non désirées ni les avortements, mais des programmes qui permettent aux femmes d'accéder à des conseils et des services de planification familiale post-abortifs auront un impact positif incontestable. Toutefois, de nombreux pays sont confrontés à de graves difficultés économiques qui augmentent le coût des services de santé et des méthodes contraceptives. Même dans certains établissements publics qui assuraient traditionnellement la gratuité des soins, une participation financière est maintenant demandée.

Les administrateurs du secteur public peuvent estimer qu'ils ont peu de moyens de contrôle sur le coût des services, mais ils doivent cependant savoir qu'une grossesse non désirée peut être due en premier lieu au coût de plus en plus élevé des méthodes contraceptives. Il faut donc :

- trouver des services bien situés où les femmes puissent être envoyées pour obtenir des services contraceptifs abordables;
- former le personnel à ce type d'orientation;
- contrôler l'information donnée aux patientes.

Dans certains endroits, l'existence de services complets de santé reproductive attire suffisamment de clientes pour permettre d'offrir des services de planification familiale à un coût moins élevé qu'ailleurs. En général, cependant, les administrateurs devront insister sur les économies et l'amélioration de la qualité des prestations que peuvent réaliser des programmes de planification familiale post-abortum.

Bibliographie du chapitre 5

Abernathy, M. et al. A Guide to Assessing Resource Use for the Treatment of Incomplete Abortion. Carrboro, NC:IPAS, 1993.

Aga Khan Health Services and University Research Corporation Center for Human Services. *Primary Health Care Management Advancement Programme*, Modules 1-9. Washington, D.C.:Aga Khan Foundation, 1993.

AVSC International. *COPE (Client Oriented Provider Efficient) Services: A Process and Tools for Quality Improvement in Family Planning and Other Reproductive Health Services*. New York:AVSC International, 1995.

Benson, J., Gringle, R. and Winkler, J. Preventing Unwanted Pregnancy: Management Strategies to Improve Postabortion Care. *Advances in Abortion Care*, 5(1), Carrboro, NC:IPAS, 1996.

Dwyer, J. et al. COPE; A Self-Assessment Technique for Improving Family Planning Services. *AVSC Working Paper*, #1, April 1991.

Garcia-Núñez, J. *Improving Family Planning Evaluation: A Step-by-Step Guide for Managers and Evaluators*. West Hartford, Connecticut:Kumarian Press, Inc., 1992.

Jain, A.K., ed. *Managing Quality of Care in Population Programmes*. West Hartford, Connecticut:Kumarian Press, Inc., 1992.

Maine, D. *Safe Motherhood Programmes: Options and Issues*. New York: Center for Population and Family Health, Columbia University, 1991.

Management Sciences for Health. Analysing Costs for Management Decisions. *The Family Planning Manager*, 2(2), March/April 1993a.

Management Sciences for Health. Using CQI to Strengthen Family Planning Programmes. *The Family Planning Manager*, 2(1), January/February 1993b.

Management Sciences for Health. Improving Contraceptive Supply Management. *The Family Planning Manager*, 1(4), September/October 1992a.

Management Sciences for Health. Reducing Client Waiting Time. *The Family Planning Manager*, 1(1), March/April 1992b.

Management Sciences for Health. Using Maps to Improve Services. *The Family Planning Manager*, 1(5), November/December 1992c.

Management Sciences for Health. Using Service Data: Tools for Taking Action. *The Family Planning Manager*, 1(2), May/June 1992d.

Organisation mondiale de la Santé. *Studying Unsafe Abortion: A Practical Guide*. Genève:WHO/RHT/MSM/96.25, 1996.

Organisation mondiale de la Santé. *La contraception intra-utérine – Guide du technicien et du gestionnaire*. Genève:OMS, [sous presse] [a].

Organisation mondiale de la Santé. *Technical and Managerial Guidelines for Oral Contraceptives*. Genève:OMS, [sous presse] [b].

Organisation mondiale de la Santé. *Complications des avortements: Directives techniques et gestionnaires pour la prévention et le traitement*, Genève:OMS, 1997.

Organisation mondiale de la Santé. *Prise en charge clinique des complications de l'avortement : Guide pratique*. (WHO/FHE/MSM/94.1). Genève:OMS, 1994.

Organisation mondiale de la Santé. *Stérilisation féminine : Guide du prestataire de services*. Genève:OMS, 1994.

Organisation mondiale de la Santé. *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale : Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. Genève:WHO/FRH/FPP/96.9, 1996.

Organisation mondiale de la Santé. *Les contraceptifs injectables : Leur rôle en planification familiale*. Genève:OMS, 1990.

Organisation mondiale de la Santé. *Implants contraceptifs sous-cutanés Norplant : Directives concernant les aspects techniques et gestionnaires*. Genève:OMS, 1991.

Organisation mondiale de la Santé. *Les méthodes naturelles de planification familiale: Guide pour la prestation de services*. Genève:OMS, 1989a.

Organisation mondiale de la Santé. *La vasectomie : Guide à l'intention du technicien et du gestionnaire*. Genève:OMS, 1989b.

Organisation mondiale de la Santé. *Contraception mécanique et spermicides : Leur rôle en planification familiale*. Genève:OMS, 1987.

Otsea, K., Benson, J. and Measham, D. *A Manual for Self-Assessment of the Quality of Postabortion Care*. Carrboro, NC:IPAS, [sous presse].

Winkler, J. and Gringle, R. Eds. *Postabortion Family Planning: A Curriculum Guide for Improving Counselling and Services*. IPAS, 1996.

CHAPITRE 6

SERVICES DE TRAITEMENT D'URGENCE APRES AVORTEMENT

6.1 Types de programmes de traitement

Le traitement de l'avortement incomplet et d'autres complications est assuré par pratiquement tous les systèmes de santé du secteur public. D'autres établissements comme les hôpitaux privés ou ceux des missions peuvent également le faire. Ce chapitre donne des renseignements sur la façon dont les responsables de ces services peuvent incorporer des prestations de planification familiale après avortement dans leurs activités (Greenslade et al., 1994).

6.1.1 Hôpitaux tertiaires/premier niveau de recours

De nombreux hôpitaux ou centres de santé primaires n'assurent pas le traitement des complications post-abortives et envoient les femmes dans un hôpital de niveau tertiaire. Cela peut être dû au manque de personnel qualifié ou à l'impression que les femmes qui sont dans cette situation ont besoin de compétences et d'installations plus importantes. Un traitement au premier niveau de recours ou même dans un centre de soins de santé primaires serait toutefois plus avantageux pour bien des femmes. Celles qui se font avorter dans des établissements de soins tertiaires se rendent en général d'abord au service des urgences d'un hôpital, où elles sont admises et soignées en salles d'opération plus ou moins importantes, et vont ensuite dans un service de gynécologie ou de repos post-opératoire.

Bien que la méthode la plus sûre pour l'évacuation utérine au premier trimestre de la grossesse soit l'aspiration, de nombreux hôpitaux pratiquent encore le curetage instrumental (= dilatation et curetage) en cas d'avortement incomplet. Cette méthode exige souvent une anesthésie générale ou une forte sédation et comporte un risque plus important de complications, rendant les femmes davantage dépendantes d'un hôpital de niveau tertiaire pour le traitement des complications post-abortives (Greenslade et al., 1993); par contre, il est possible de pratiquer sans danger les aspirations en milieu moins équipé, car elles peuvent être réalisées en dehors d'une salle d'opération et avec un minimum d'analgésie (OMS, 1997).

Dans nombre de grands hôpitaux, les admissions pour traitement de complications liées à un avortement représentent un pourcentage important des activités des unités de gynécologie (jusqu'à 60% des ressources d'un service de gynécologie-obstétrique) (Bolivian Ministry of Social and Public Health, 1976; Liskin, 1980), avec pour conséquence un surcroît de travail et une attitude négative de la part du personnel. Lorsque ce traitement s'accompagne d'une hospitalisation, il est possible d'offrir des conseils et services de planification familiale pendant le repos post-opératoire, avant que la femme ne quitte l'hôpital. Malheureusement, le personnel des services de traitement d'urgence des complications n'est souvent ni équipé ni compétent dans ce domaine et, souvent, ne dispose pas des fournitures utiles à la contraception.

Le traitement d'urgence des complications peut aussi se pratiquer en ambulatoire. Un séjour plus court à l'hôpital présente des avantages pour la femme comme pour le système de soins de santé, mais ne facilite pas la planification familiale post-abortum. Les hôpitaux du premier niveau de recours ne disposent pas toujours d'unités autonomes de gynécologie ou d'obstétrique mais presque toujours d'une salle d'opération pour les interventions mineures. Les femmes qui se rendent dans ce type d'établissements pour une interruption de grossesse, passent d'abord par le service des consultations externes puis sont envoyées dès que possible en salle d'opération. Comme de nombreux hôpitaux manquent de personnel, une certaine attente est possible. Toutefois, le traitement est souvent plus rapide dans les petits hôpitaux car le nombre des avortements pratiqués y est plus faible que dans les établissements tertiaires.

Quel que soit le contexte, l'inconvénient majeur réside dans la séparation médicale et administrative entre services, ceux qui traitent les urgences et ceux de la planification familiale. Qui plus est, le personnel peut estimer, dans les deux cas, que la planification post-abortum n'est pas de son ressort. Pour mettre à disposition une telle prestation, les directeurs devront organiser une coordination ou établir un système efficace d'orientation-recours entre ces services. Comme il n'existe pas d'endroit idéal pour la planification après des complications post-abortives, il faudra envisager d'offrir à la fois les soins liés à l'avortement et la planification familiale en divers emplacements du même établissement afin d'en faciliter l'accès. Par exemple, les services de soins post-abortifs s'installeront dans la consultation de planification familiale ou, au contraire, on formera le personnel des services de gynécologie aux activités de planification familiale.

6.1.2 Niveau primaire du système de santé

Peu de systèmes de santé offrent le traitement des complications post-abortives au niveau primaire. Dans les centres disposant de tels services, un personnel spécialement formé assure le traitement de l'avortement dans les cas où les complications ne sont pas graves et adresse les autres à un établissement de niveau supérieur. Beaucoup de ces établissements primaires utilisent l'aspiration pour l'évacuation utérine qui peut être pratiquée rapidement et sans risque, avec une analgésie minimale. Ces centres disposent souvent aussi de services de planification familiale, ce qui facilite le lien avec celle qui s'applique au post-abortum tout en permettant d'assurer les activités de suivi. La décentralisation des services de traitement d'urgence des suites d'avortement vers les établissements de base, lorsqu'ils disposent d'un personnel qualifié, du matériel et des fournitures nécessaires, a pour effet non seulement d'améliorer l'accès des femmes à des soins en rapport avec l'avortement mais également d'augmenter leurs chances de bénéficier de services de planification familiale post-abortum.

6.2 Locaux

Si les services de contraception peuvent être assurés dans le même secteur que le traitement d'urgence des complications post-abortives, il faut prévoir un emplacement pour le rangement des contraceptifs et du matériel éducatif. Les moyens ne manquent pas pour faire de l'information sur la contraception même quand l'espace fait défaut, par exemple, placer des affiches dans la salle d'attente et les divers locaux à usage médical. Des membres du personnel peuvent également venir parler avec les femmes avant ou après le traitement. Dans ce cas, il ne faut pas oublier de mettre à sa disposition des chevalets de conférence, des matériels imprimés ou audiovisuels pour lui faciliter le travail, ainsi qu'envisager d'agrandir les salles d'attente pour permettre au partenaire ou à la famille de la patiente de l'accompagner si elle le désire.

On peut aussi aider les femmes qui viennent d'avorter en leur indiquant clairement, au moyens de signes ou de panneaux, où se trouvent les locaux de la planification familiale où elles doivent se rendre après leur sortie. Ceci est valable pour les hôpitaux dans lesquels les services purement médicaux et ceux de l'information sont dispersés, mais également, pour les services de traitement des complications de l'avortement qui n'ont pas sur place de services de planification familiale.

6.3 Matériel et fournitures

Le matériel et les fournitures nécessaires pour assurer les services de planification familiale sont les mêmes pour les unités de traitement d'urgence des complications que pour n'importe quel autre service de planification familiale. Ce qui les différencie concerne l'approvisionnement, le réapprovisionnement et le stockage des fournitures et matériels éducatifs. Les services de planification familiale n'étant généralement pas délivrés dans le cadre du traitement des urgences, ces unités de soins n'ont en général pas de stocks de contraceptifs. C'est aux responsables de s'arranger pour avoir toujours sous la main un stock de produits pour une contraception temporaire, même si un éventail plus complet de méthodes est proposé ailleurs; en effet, si une femme ne peut se décider pour une méthode précise, le prestataire pourra

lui proposer, à titre provisoire, des préservatifs, des spermicides, des contraceptifs oraux ou injectables et lui indiquer où s'adresser plus tard. Les mesures à prendre dans ce cas sont les suivantes :

- prévoir une coordination avec les services de planification familiale de l'hôpital ou de l'établissement de soins afin de mettre en place un mécanisme d'approvisionnement et de réapprovisionnement en fournitures;
- prévoir des matériels écrits ou picturaux sur la contraception, à l'intention des femmes qui savent lire ou non, et qu'elles pourront, ensuite, garder chez elles;
- avoir en stock toutes les méthodes disponibles, car un choix plus diversifié entraîne une meilleure utilisation;
- élaborer et mettre en œuvre des protocoles relatifs aux aspects cliniques et à la gestion de l'utilisation des contraceptifs et des matériels éducatifs.

Pour les patientes qui choisissent une méthode contraceptive de longue durée (implants de NORPLANT® ou DIU) après les soins post-abortifs, celle-ci pourra être mise en place juste après le traitement si :

- le matériel et les fournitures nécessaires sont stockés dans le secteur de traitement;
- la cliente a été conseillée et a donné son consentement éclairé;
- un prestataire qualifié a exclu toute contre-indication médicale.

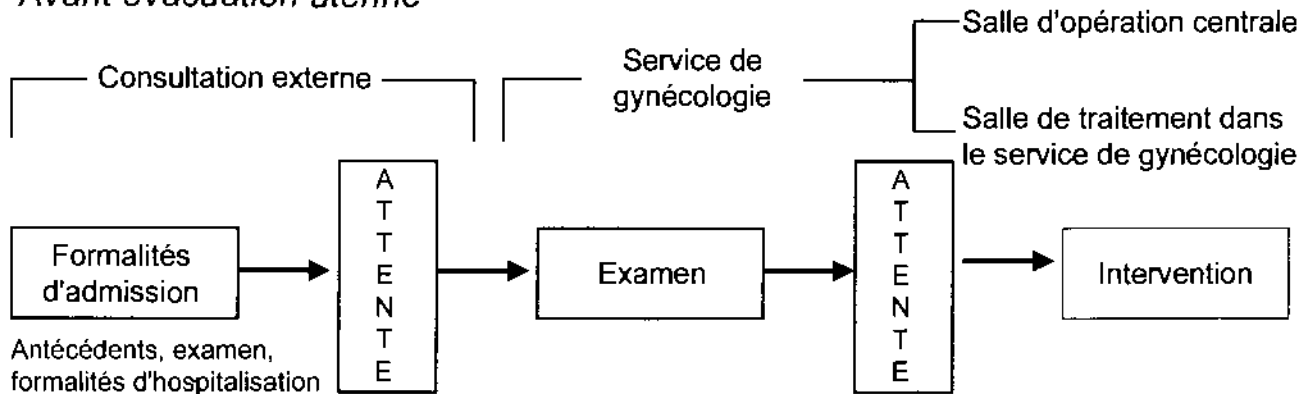
Les services de soins post-abortifs qui n'ont pas de stocks de fournitures pour les méthodes contraceptives doivent s'en procurer, car cette aide supplémentaire, qui n'entraîne que peu de changements, permet en revanche d'élargir considérablement les possibilités de contraception immédiate. Lorsque cela n'est pas possible, les directeurs peuvent mettre en place des systèmes d'information permettant d'adresser, immédiatement, la cliente à un prestataire de tels services.

6.4 Parcours médical et informatif des clientes

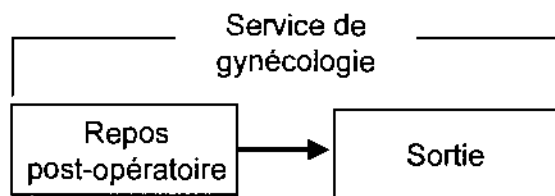
Dans les services des urgences des hôpitaux, le personnel est souvent surchargé et doit faire face à de multiples problèmes dans une atmosphère d'activité intense et, les femmes qui doivent recevoir des soins immédiats pour des complications à la suite d'un avortement, ne sont pas toujours traitées aussi rapidement qu'il le faudrait (Abernathy et al. , 1993). Dans certains hôpitaux, elles peuvent attendre plusieurs heures avant d'être soignées. Ces retards peuvent avoir diverses autres causes : l'attitude négative vis-à-vis de l'avortement de certains professionnels de la santé qui se répercute sur les femmes qui viennent se faire soigner pour des complications; à l'exception des cas graves nécessitant des soins immédiats, de nombreux services des urgences réservent des plages horaires pour le traitement des complications post-abortives, plutôt que de les soigner dès qu'elles se présentent; certains hôpitaux n'ont qu'un médecin parmi leur personnel qui puisse assurer ces soins, et la femme qui se présente quand il est absent ou occupé, devra attendre. Ces attentes de plusieurs heures perturbent le parcours hospitalier des patientes, provoquent une surcharge du service des admissions ou des hospitalisations, et augmentent le risque de nouvelles complications.

La première tâche d'un directeur est d'essayer de faciliter ce parcours et d'en décongestionner les étapes cruciales (voir section 5.4). La figure 1 présente un diagramme du circuit que doit suivre une patiente dans l'hôpital avant l'introduction de services de planification familiale; après celle-ci, il faudra préparer un nouveau diagramme et évaluer le temps que passe la patiente à chaque étape du processus de traitement et de conseil.

Avant évacuation utérine



Après évacuation utérine



S'il y a des périodes d'attente avant ou après le traitement des suites d'avortement, les prestataires pourront en profiter pour proposer une information sur la planification familiale aux femmes dont l'état n'est pas suffisamment grave pour les empêcher de participer à une séance de groupe. Celles souffrant de complications graves devront naturellement attendre que leur état s'améliore; quant à celles qui souffrent de stress psychologique et de problèmes médicaux moins graves mais non négligeables, elles peuvent ne pas être en état de comprendre de nouvelles informations. De toute façon, les séances d'information collective ne dispensent pas du conseil individuel pour évaluer les besoins particuliers de la patiente et lui permettre de poser des questions ou de faire part de ses préoccupations.

Voici quelques exemples de que le responsable peut utiliser pour tirer parti des périodes d'attente pré- ou post-opératoires :

- mettre dans les salles d'attente ou de repos post-opératoire des matériels audiovisuels (par exemple un lecteur vidéo) montrant la gamme des méthodes contraceptives disponibles avec leurs caractéristiques;
- mettre à la disposition des patientes des brochures qu'elles pourront étudier pendant l'attente et emporter à la maison;
- organiser la visite d'un conseiller en planification familiale pour faire un exposé aux femmes pendant les périodes d'attente;
- organiser, dans les services de traitement d'urgence des complications, par ces mêmes conseillers ou des infirmières en gynécologie, des séances individuelles de conseil à l'intention des femmes en période de repos post-opératoire et avant qu'elles ne quittent l'établissement.

Les services en ambulatoire sont en règle générale plus efficaces que lorsqu'il y a hospitalisation, en raison des plus faibles temps d'attente et de la durée réduite du séjour. De plus, une femme traitée dans ce système sous analgésie légère sera plus en mesure de parler de ses besoins et souhaits en matière de contraception; au contraire celle qui a subi une anesthésie générale ou une sédation puissante ne pourra parler de contraception que lorsque les effets des médicaments auront disparu.

Il existe d'autres manières d'améliorer le parcours des patientes et de relier les services de soins post-abortifs à ceux de planification familiale, par exemple installer un service de soins post-abortifs au dispensaire de planification familiale, où un personnel qualifié, du matériel et des fournitures sont disponibles pendant les heures d'ouverture, à la condition que ce service soit relié à un hôpital et fonctionne en consultation externe. En dehors des heures d'ouverture du dispensaire, la continuité des soins devra être assurée par des permanences disponibles 24 heures sur 24 à l'hôpital. Le directeur peut organiser efficacement l'orientation-recours entre le secteur de traitement et la consultation de planification familiale de l'hôpital. Un système qui peut se révéler efficace consiste à distribuer aux femmes traitées pour des complications post-abortives une carte de rendez-vous leur donnant droit à une consultation gratuite au dispensaire de planification familiale.

Les femmes orientées sur des services de planification familiale peuvent influencer le parcours des autres clientes de l'établissement. Par exemple, si celles qui ont subi un avortement incomplet sont traitées pendant une plage horaire déterminée puis envoyées immédiatement au service de planification familiale, celui-ci pourra ne pas être en mesure d'absorber cette surcharge brutale de travail. Une coordination entre les directeurs des différents services est donc indispensable pour que le personnel sache quand arriveront ces patientes supplémentaires et puisse les prendre en charge dans les meilleurs délais.

6.5 Personnel

6.5.1 Dotation en personnel

Pour être sûr que la planification familiale post-abortum est convenablement pratiquée au moment du traitement d'urgence de complications, les directeurs doivent décider quels membres du personnel assureront ce service; ce peut être :

- le personnel des soins post-abortifs d'urgence déjà en place;
- du personnel supplémentaire qui consacra exclusivement son temps à cette occupation;
- le personnel qui assure les services de conseil à la consultation de planification familiale courante de l'établissement;
- des volontaires spécialement formés désireux de donner de leur temps aux femmes qui ont avorté.

Le personnel soignant des femmes qui viennent d'avorter peut souvent répondre à leurs besoins en matière de planification familiale, car il connaît déjà le contexte médical de l'avortement et a eu l'occasion d'établir des rapports avec elles. Il faut cependant tenir compte de certains points lorsqu'on utilise ce personnel pour assurer le conseil et les services de planification familiale :

- il peut être dans l'impossibilité de se charger d'un travail supplémentaire, ou ne pas le désirer;
- sa rotation rapide peut rendre difficile une formation dans ce domaine;
- les établissements qui assurent le traitement d'urgence des complications 24 heures sur 24 devront affecter et former davantage de personnel dans le cadre de la planification familiale;

- le personnel des services des urgences a une approche axée sur l'aspect curatif et peut avoir besoin d'être rendu attentif aux aspects préventifs de la planification familiale post-avortum.

La possibilité d'"emprunter" du personnel de services de planification familiale situés dans un autre secteur de l'établissement ou extérieurs à celui-ci peut être envisagée. Par exemple, certains hôpitaux disposent de conseillers en planification familiale qui assurent le service aux accouchées dans le département d'obstétrique, ceux-ci pourraient aussi visiter les femmes qui viennent d'avorter. Cependant, lesdits conseillers doivent savoir que les patientes soignées pour des complications suite à un avortement n'auront pas les mêmes besoins, sur le plan médical et psychologique, que les accouchées, et devront donc adapter le conseil en conséquence (voir section 1.6 et tableau 2).

Si l'on recourt au personnel des dispensaires de planification familiale pour assurer les services en contraception après avortement, les visites des conseillers doivent être organisées en dehors des heures d'ouverture des dispensaires, ou pendant les week-ends et jours fériés.

6.5.2 Attitude du personnel

Si le personnel des services de traitement d'urgence post-avortifs ne perçoit pas la planification post-avortum comme une priorité, il y a un risque de nuire à la communication indispensable à un conseil de qualité. Pour faire face à ce problème, les responsables devront prendre des mesures exposées à la section 5.5.2.

6.5.3 Supervision du personnel

Le responsable des services de traitement d'urgence des complications post-avortives peut faire en sorte que ses patientes reçoivent les meilleurs services de planification familiale possibles, compte tenu des ressources disponibles, en prévoyant l'organisation de tels services, ainsi que leur dotation en personnel. Ils peuvent trouver utile l'institution d'un système de contrôle de la qualité qui facilitera la supervision. Outre les suggestions mentionnées à la section 5.5.3, ce peut être un examen périodique des dossiers des patientes et des registres des interventions afin de vérifier si les services de planification familiale post-avortum sont régulièrement dispensés.

6.6 Formation

Dans de nombreux cas, le personnel des services de traitement post-avortif n'a jamais reçu de formation aux méthodes de planification familiale ni aux techniques du conseil. Il importe que ces agents de santé se familiarisent avec celles-ci pour les adapter aux femmes qui viennent d'avorter. Ils auront donc besoin d'une formation spécialisée pour développer leurs connaissances et leurs compétences (voir section 5.6). Leurs administrateurs pourront contacter les programmes de planning familial du secteur public ou privé pour organiser cette formation initiale et ce recyclage. On trouvera dans *Postabortion Care: A Reference Manual for Improving Quality of Care*, publié par le Postabortion Care Consortium, 1995, des directives cliniques et gestionnaires pour les services de traitement d'urgence et leurs liens avec la planification familiale.

6.7 Surveillance et évaluation

Les dossiers existants tels que registres, statistiques des services, notes prises lors d'entretiens téléphoniques, dossiers médicaux et listes de contrôle courantes peuvent être utilisés directement ou après modification pour donner des informations utiles à la surveillance et à l'évaluation (voir section 5.7).

Un des moyens permettant de surveiller la planification post-avortum, consiste à incorporer, dans les registres des interventions médicales les informations sur la contraception fournies au moment du

traitement; quand une patiente choisit une méthode pendant cette période, celle-ci doit être notée dans le registre. Si une femme a utilisé une méthode dans le passé, il faut l'indiquer afin d'identifier les origines de l'échec de la contraception. Qu'il y ait ou non conseil, les modalités de dispensation des méthodes contraceptives doivent être contrôlées, que la femme en choisisse une ou non.

Les éléments de la fourniture d'une planification familiale post-abortum de qualité doivent servir de guide pour élaborer un protocole d'évaluation des services (voir chapitre 2). Si cela est possible, des formulaires existants seront adaptés de façon à inclure une évaluation des services délivrés post-abortum. Des entretiens avec des patientes devront avoir lieu à intervalles réguliers pour tester le degré d'intérêt suscité par ces services. Le personnel des centres de planification familiale peut être utilisé périodiquement pour aider à l'évaluation des prestations fournies dans le cadre des unités de traitement d'urgence.

6.8 Liaison interservices et orientation-recours

Si le service de traitement des complications ne s'occupe pas de planification familiale, son responsable devra organiser un système d'orientation-recours et s'assurer que les femmes sont bien envoyées là où elles seront convenablement prises en charge, que ce soit dans l'établissement médical ou au sein de leur communauté. Les prestataires devront être conscients de la nécessité d'indiquer aux femmes où elles peuvent être suivies soit pour une contraception de longue durée soit pour le renouvellement des fournitures ou produits, et également en cas de complications. Le personnel des services de soins post-abortifs devra veiller à ne pas divulguer que la femme a avorté sauf si cette information est indispensable pour les soins qu'elle devra recevoir. Il importe particulièrement de s'efforcer de déterminer les besoins des patientes en ce qui concerne les autres domaines de la santé, de leur donner tous les soins possibles et de les orienter de façon appropriée.

6.9 Coût

Les budgets des hôpitaux tendent à être répartis par départements, chacun de ceux-ci recevant les fonds nécessaires à son financement. Quand le conseil et les services de planification familiale relèvent d'un autre département que les services de traitement d'urgence, ces derniers peuvent avoir des difficultés à obtenir le financement nécessaire pour couvrir le coût du personnel supplémentaire et des fournitures contraceptives s'ils désirent s'adjoindre une composante de planification familiale. Leurs directeurs devront donc déterminer quelles seront les dépenses qui ne seront pas couvertes par le budget existant et négocier des adaptations avec l'administration de l'hôpital et la consultation de planification familiale. Cependant, l'installation d'un service de planification post-abortum n'exige pas de coûteuses augmentations de l'infrastructure, des fournitures et du personnel, et des investissements même minimes peuvent entraîner une amélioration sensible de l'accessibilité desdits services.

Les responsables des services de traitement d'urgence doivent être conscients du coût des contraceptifs pour les femmes, et s'efforcer de faire en sorte que toutes celles qui quittent l'hôpital ont eu accès aux informations et aux services qu'elles désiraient. Il existe plusieurs moyens de réduire le coût ultérieur de la contraception, par exemple, donner aux femmes soignées post-abortum des bons pour une visite au centre de planification familiale ou pour une méthode gratuite, et offrir un transport gratuit pour se rendre dans un autre établissement ayant des services de contraception.

Que les services soient fournis dans le secteur des urgences ou par la consultation de planification familiale du même hôpital, la possibilité pour les femmes de recevoir des conseils et de se procurer des méthodes contraceptives avant de quitter l'hôpital sera en fin de compte bénéfique aussi bien pour elles-mêmes que pour l'établissement de santé.

Bibliographie du chapitre 6

Abernathy, M. et al. *A Guide to Assessing Resource Use for the Treatment of Incomplete Abortion*. Carrboro, NC:IPAS, 1993.

Bolivian Ministry of Social and Public Health. Diagnóstico de la Situación de la Salud Materno-Infantil. In International Planned Parenthood Federation. *Abortion – Cost of Illegality*. *People*, 3(28), 1976.

Greenslade, F. et al. *Manual Vacuum Aspiration: A Summary of Clinical & Programmatic Experience Worldwide*. Carrboro, NC:IPAS, 1993.

Greenslade, F. et al. Post-Abortion Care: A Women's Health Initiative to Combat Unsafe Abortion. *Advances in Abortion Care*, 4(1). Carrboro, NC:IPAS, 1994.

Liskin, L.S. Complications of Abortion in Developing Countries. *Population Reports*, Series F, 7(106), 1980.

Organisation mondiale de la Santé. *Complications des avortements: Directives techniques et questionnaires pour la prévention et le traitement*, Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1997.

Postabortion Care Consortium, Winkler et Al. Eds. *Postabortion Care: A Reference Manual for Improving Quality of Care*, 4(1). Postabortion Care Consortium, 1995.

CHAPITRE 7

SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

7.1 Types de programmes de planification familiale

La mise à disposition de programmes de planification familiale au service des femmes qui ont avorté est indispensable; des mesures simples et bon marché peuvent être prises pour les atteindre, et pourtant, il n'existe souvent aucun lien entre les services de soins liés à l'avortement et ceux de la planification familiale. Cependant, pour des responsables, créer ces liens, c'est rendre service à un grand nombre de femmes et par conséquent améliorer la qualité de leurs programmes.

Le tableau 7 présente les caractéristiques des principaux types de programmes de planification familiale, par ordre décroissant d'importance des liens existants ou potentiels avec les services de soins liés à l'avortement. En d'autres termes, les consultations de planification familiale des différents organismes de santé, hôpitaux, centres de soins de santé primaires et dispensaires de planification familiale des ONG devront avoir fortement intérêt à coordonner leurs services avec ceux des soins liés aux avortements. Par contre, bien que les services communautaires et les programmes de marketing social offrent de bonnes ressources pour le réapprovisionnement en fournitures contraceptives, et que les prestataires privés puissent offrir des méthodes pour la contraception de longue durée ou définitive, il est souvent plus difficile de les relier directement aux services de soins liés aux avortements. On trouvera par conséquent ci-après des informations plus détaillées sur les trois premiers fournisseurs de services : les consultations des hôpitaux, les centres de soins de santé primaires et les dispensaires des ONG.

Tableau 7
Types de programmes de planification familiale

Lieu et personnel	Services disponibles	Méthodes contraceptives généralement disponibles
Consultations de planification familiale des hôpitaux		
Lieu : hôpitaux du secteur public ou autres. Personnel: peut comprendre des infirmiers(ères), infirmières-sages-femmes, travailleurs sociaux et conseillers. Des médecins peuvent être disponibles dans une certaine mesure.	En général, conseil et services de planification familiale en ambulatoire. Eventuellement services gynécologiques (par ex. dépistage du cancer et des MST). Eventuellement services de planification familiale post-partum (par ex. le personnel peut se rendre régulièrement à la maternité). Peuvent recevoir les femmes adressées par les établissements de niveau primaire.	Méthodes provisoires telles que préservatifs, contraceptifs oraux ou injectables. Méthodes à long terme et définitives telles que DIU, implants de Norplant® et stérilisation féminine.

Lieu et personnel	Services disponibles	Méthodes contraceptives généralement disponibles
Centres de soins de santé primaires		
<p>Lieu: centres de soins de santé primaires du secteur public.</p> <p>Personnel: peut comprendre des infirmiers(ères) ou des infirmières-sages-femmes, des techniciens. Pas de médecins sur place, mais visites régulières possibles (chaque semaine ou chaque mois).</p>	<p>Services de santé maternelle et infantile (par ex. soins aux nourrissons, vaccinations).</p> <p>Planification familiale.</p> <p>Peuvent fournir des méthodes aux services bénévoles.</p>	<p>Méthodes provisoires telles que préservatifs, contraceptifs oraux ou injectables.</p> <p>Méthodes à long terme (par ex. DIU) peuvent être disponibles pendant les heures où un personnel qualifié est sur place, et/ou les femmes peuvent être adressées à un autre établissement.</p>
Dispensaires de planification familiale des ONG (par ex. associations de planning familial ou autres organisations privées).		
<p>Lieu: n'importe où, mais plus souvent dans les zones urbaines.</p> <p>Personnel: le personnel paramédical, les infirmiers(ères) et infirmières-sages-femmes peuvent assurer la plupart des soins; des médecins peuvent être disponibles sur place.</p>	<p>Services de planification familiale.</p> <p>Peuvent offrir d'autres services en matière de santé reproductive (par ex. soins prénatals, dépistage et traitement des MST).</p> <p>Peuvent adresser les femmes à d'autres services et réciproquement.</p>	<p>Méthodes provisoires telles que préservatifs, contraceptifs oraux ou injectables.</p> <p>Méthodes à long terme et définitives telles que DIU, implants de Norplant®, stérilisation féminine et masculine.</p> <p>Peuvent offrir toutes les méthodes disponibles ou adresser les clientes à d'autres services pour des méthodes comme la stérilisation chirurgicale.</p>
Services bénévoles dans la communauté		
<p>Lieu: au sein de la communauté; font souvent partie d'un vaste programme organisé par le secteur public ou privé.</p> <p>Personnel: membres de la communauté ayant reçu une formation au conseil et aux services.</p>	<p>Information sur la planification familiale.</p> <p>Vendent ou distribuent gratuitement des méthodes provisoires.</p> <p>Peuvent fournir d'autres services de santé.</p>	<p>Méthodes provisoires telles que préservatifs, contraceptifs oraux ou injectables.</p> <p>Peuvent orienter les clientes sur des services spécialisés pour les méthodes à long terme ou définitives.</p>
Programmes de marketing social		
<p>Lieu: commerces (par ex. pharmacies, marchés); les programmes sont souvent mis en oeuvre à l'échelon national et s'appuient sur des études de marché sur les préférences des consommateurs et les moyens financiers dont ils disposent.</p> <p>Personnel: pharmaciens, vendeurs ayant reçu une formation.</p>	<p>Vendent des méthodes contraceptives.</p> <p>Fournissent habituellement une information au moyen d'affiches, de brochures, de prospectus, etc.</p>	<p>Méthodes provisoires telles que préservatifs, contraceptifs oraux ou injectables si le personnel est convenablement formé.</p> <p>Peuvent adresser les clientes aux programmes de planification familiale pour les méthodes à long terme et définitives.</p>
Prestataires privés		
<p>Lieu: en général zones urbaines.</p> <p>Personnel: médecins privés; plus rarement, infirmières-sages-femmes indépendantes.</p>	<p>Eventail de services variable.</p>	<p>Les médecins peuvent fournir une gamme complète de méthodes ou adresser la patiente à un spécialiste dans certains cas.</p> <p>Les infirmières-sages-femmes, moyennant une formation, peuvent offrir presque toutes les méthodes et orienter les patientes.</p>

7.2 Ce que peuvent faire les directeurs de programmes de planification familiale

Les responsables de la planification familiale peuvent, en prenant quelques mesures, créer ou améliorer leurs programmes post-abortum. Dans les cas suivants il leur faudra se familiariser avec les techniques médicales liées à l'avortement :

- ils souhaitent intégrer de tels services aux leurs;
- un établissement traitant l'avortement leur demande de l'aider à mettre en place une organisation complémentaire en planification familiale.

Ces questions sont également traitées dans les chapitres 6 et 8.

7.2.1 Consultations de planification familiale des hôpitaux

Même si les services de planification familiale et ceux qui traitent en urgence les complications dues aux avortements sont habituellement séparés sur les plans matériels et administratifs, la présence de ces deux services dans un même hôpital offre des possibilités de liaison entre eux. Lorsque l'effectif est suffisant, traiter les complications dans les locaux de la planification familiale permet de s'assurer que les patientes quittent l'hôpital avec les moyens d'éviter une nouvelle grossesse.

Les directeurs des consultations de planification familiale peuvent :

- s'adresser au personnel soignant les urgences post-abortives dans leur établissement;
- réunir les personnels compétents des deux services pour discuter des moyens les plus efficaces de mettre en place des services de planification post-abortum;
- mettre au point, dans ces deux services, des protocoles périodiquement réactualisés concernant, les méthodes contraceptives après un avortement, le conseil, l'orientation-recours et la gestion des services;
- former les personnels à l'utilisation de ces protocoles;
- identifier les obstacles qui s'opposent à l'établissement de liens entre les services et chercher comment les surmonter;
- désigner des membres du personnel qui visiteront en routine le secteur de traitement et y fourniront des services de conseil et d'orientation;
- inviter les patientes des services de traitement à se rendre à la consultation de planification familiale.

Lesdits directeurs peuvent également interroger les femmes traitées dans les services des urgences sur leurs besoins en matière de planification familiale, quand elles sortent de l'hôpital. Par exemple, savoir si elles veulent être informées sur une méthode particulière et/ou orientées sur un service dans leur communauté ? Si elles désirent avoir la possibilité de faire venir leur partenaire à la séance de conseil ? Si elles préfèrent parler de contraception avant ou après le traitement ? Quand la patiente sait lire et écrire, elle peut remplir un questionnaire ou un formulaire concernant son expérience de l'avortement et proposer des suggestions. Les résultats de ces entretiens doivent être discutés avec les personnels des différents services et permettre de trouver le moyen le plus efficace d'offrir des services post-abortifs.

Les matériels d'information existants doivent être mis à la disposition des patientes pour qu'elles apprennent à utiliser correctement les méthodes, avec possibilité d'en changer, et l'endroit de leur communauté où elles peuvent se procurer des contraceptifs.

7.2.2 Centres de soins de santé primaires

Ce sont souvent les premiers et les plus proches endroits, où se rendent les femmes pour recevoir des services de planification familiale et faire soigner leurs enfants. Cependant, ils assurent rarement le traitement des complications post-abortives et les personnes qui ont besoin de ce type de soins sont envoyées à un hôpital ou un dispensaire de niveau supérieur qui ne s'occupe pas toujours de planification familiale.

Les directeurs des centres de soins de santé primaires peuvent :

- mettre en place une formation et des services, pour le traitement éventuel de l'avortement incomplet en l'absence d'autres complications;
- former le personnel à évaluer l'état de la patiente et, en cas de complications, voir s'il y a lieu de la transférer;
- élaborer des protocoles cliniques et gestionnaires pour la planification familiale post-abortum;
- former le personnel à l'utilisation de ces protocoles;
- fournir des services de planification familiale;
- proposer une orientation permettant d'obtenir ailleurs les méthodes non disponibles sur place.

On peut aussi utiliser les brochures qui existent déjà sur le sujet et sont destinées à l'usage des patientes. Les agents locaux des services communautaires doivent évidemment recevoir une formation sur les besoins en matière de contraception après un avortement, même si en général les femmes, dans ce cas, hésitent à leur parler de ce sujet; lors d'une orientation, il faut toujours respecter la règle de la confidentialité.

L'intégration du traitement des complications post-abortives dans le cadre des soins de santé primaires est l'un des moyens les plus efficaces d'assurer un traitement rapide suivi d'un conseil et de services de planification familiale.

7.2.3 Dispensaires de planification familiale des organisations non gouvernementales

Ces organismes ont des possibilités de toucher les femmes ayant avorté que les autres n'ont pas. Ils disposent souvent d'une souplesse qui leur permet de mettre en œuvre de nouvelles approches, et peuvent donc faire la démonstration d'une planification familiale post-abortum de qualité. Un responsable peut mettre en place un programme de planification post-abortum avec les mesures suivantes :

- contacter les personnels des services de traitement d'urgence des complications post-abortives pour élaborer, avec lui, ce programme;
- former le personnel des dispensaires aux besoins particuliers de la planification post-abortum : contraception spécifique; besoins des femmes en matière de conseil; processus d'orientation-recours; confidentialité des services.

La collaboration entre les prestataires de soins post-abortifs et de planification familiale comportera les activités suivantes :

- former le personnel des services des urgences post-abortives à la planification familiale, aux méthodes contraceptives et au conseil;
- assurer qu'au minimum un stock de fournitures pour des méthodes de contraception provisoires est disponible dans le service traitant des complications;
- aider à l'élaboration de protocoles cliniques et questionnaires pour la planification post-abortum;
- charger un agent de planification familiale d'effectuer des visites régulières dans le service des urgences post-abortives;
- donner aux femmes qui viennent d'avorter une carte de rendez-vous pour des services de planification familiale.

Bien qu'il s'agisse là des étapes nécessaires pour renforcer les programmes de planification familiale post-abortum des ONG spécialisées dans ce sujet, il en existe beaucoup d'autres, capables d'étendre le champ d'action du programme ou de le rendre plus efficace. Par exemple, mener des enquêtes simples auprès des clientes des organisations de planification familiale pour déterminer les types de services d'interruption de grossesse et de planification post-abortum qui auraient leurs préférences. Les résultats pourraient être utilisés pour développer ou modifier les services existants.

Une autre option consiste à fournir et faire connaître ces services à des groupes souvent négligés par les programmes habituels, les adolescentes, les femmes des régions rurales et les VIH-séropositives. Des enquêtes bien ciblées à l'intérieur des communautés permettent de connaître les besoins particuliers de ces groupes et de proposer des matériels efficaces d'information, d'éducation et de communication en fonction des résultats.

Les programmes de proximité sont une autre alternative; par exemple, mettre en place une sensibilisation aux techniques de la contraception pour des prestataires privés, spécialisés dans les soins liés à l'avortement. Les fournitures pour les méthodes contraceptives devront leur être données ou vendues afin qu'ils puissent à leur tour les mettre à la disposition de leurs clientes.

Enfin, en diffusant les résultats de modèles efficaces de planification familiale post-abortum, on peut aider d'autres programmes à s'améliorer de la même façon. L'expérience acquise par les dispensaires de planification familiale des ONG peut aussi faire progresser les programmes du secteur public.

Là où l'avortement n'est pas interdit par la loi, les organisations de planning familial peuvent pratiquer des interruptions de grossesse et/ou des interventions de régulation menstruelle afin de contribuer à la sécurité de l'avortement. Le traitement des complications post-abortives est une autre possibilité, qui peut être envisagée quel que soit le contexte légal (Postabortion Care Consortium, 1995).

7.2.4 Agents des services communautaires

Les agents des services d'intérêt local ou communautaire sont une ressource de première importance en matière de fourniture de méthodes temporaires et d'orientation. Leurs responsables doivent s'assurer que :

- les agents sont formés aux méthodes de planification familiale post-abortum, au conseil et à l'orientation des patientes;
- ils connaissent les ressources locales en ce qui concerne la santé reproductive à tous les échelons du système, pour pouvoir adresser les femmes aux services aptes à traiter leurs besoins.

Les agents des services communautaires et leurs superviseurs doivent aussi se fixer des objectifs d'amélioration de la qualité. Par exemple, si des agents souhaitent aider prioritairement les femmes à utiliser correctement les méthodes contraceptives et à en gérer les effets secondaires, il faudra axer leur formation et la manière de les superviser sur la façon d'aider au mieux les femmes et les couples à utiliser avec succès la méthode qu'ils ont choisie, y compris en leur indiquant où se réapprovisionner au niveau local.

7.2.5 Programmes de marketing social

Les activités de marketing social peuvent être étendues aux femmes qui ont avorté. Les programmes devront, au minimum, présenter :

- une information sur la planification familiale post-abortum dans les matériels promotionnels;
- une formation des pharmaciens, des intervenantes en marketing social et autres sur les besoins en planification familiale de ces clientes.

En insistant sur l'utilisation correcte de la contraception et sur la marche à suivre en cas d'effets secondaires, on aidera les femmes à éviter une grossesse et on s'assurera qu'elles continuent à utiliser la méthode choisie.

Les concepteurs des programmes de marketing social peuvent contacter les responsables des services de soins liés à l'avortement, car il est important que ces derniers sachent où on peut se procurer les méthodes contraceptives à l'intérieur d'une communauté, y compris chez des distributeurs du secteur privé. Toutes ces adresses pourront faire partie de l'information donnée aux clientes.

7.2.6 Prestataires privés

Les fournisseurs de contraceptifs appartenant au secteur privé comprennent les gynécologues-obstétriciens, les généralistes, les infirmières-sages-femmes, et autres professionnels de santé. Ils devront chercher à s'informer sur les aspects cliniques, sociaux et autres de la prise en charge des clientes en post-abortum et ensuite, informer le personnel des urgences post-abortives du secteur public qu'ils sont en mesure de fournir des services de planification familiale. Leur formation pourra être assurée par des associations médicales ou de soins infirmiers.

7.3 Locaux

Dans les consultations de planification familiale des hôpitaux, les centres de soins de santé primaires et les dispensaires des ONG, il existe des endroits prévus pour distribuer les méthodes contraceptives et stocker les fournitures et une salle pour l'insertion des DIU et/ou des implants de NORPLANT®. On peut aussi y trouver un emplacement pour la stérilisation chirurgicale et une salle réservée pour les séances de conseil.

Il importe que les contraceptifs soient stockés en lieu sûr. Cependant, si l'usage de la clé du local est réservé à une seule personne, l'absence de celle-ci, par exemple les week-ends, peut empêcher l'accès aux produits : il faut donc trouver un juste milieu entre la sécurité des stocks et leur disponibilité en tout temps.

7.4 Matériel et fournitures

Les établissements de planification familiale peuvent, avec peu de changements au niveau du matériel et des fournitures, assurer des services aux femmes qui viennent d'avorter. Pour les traitements des avortements incomplets ou les interruptions légales de grossesse, il faut disposer d'instruments

spécifiques. On en trouvera des listes dans les documents et publications de l'OMS indiqués à la fin de ce chapitre.

7.5 Parcours médical et informatif des clientes

Le personnel des dispensaires et consultations de planification familiale a déjà probablement eu parmi ses clientes, et souvent sans le savoir, des femmes ayant avorté. Pour ceux de ces services qui souhaitent s'étendre au traitement de l'avortement incomplet et/ou à l'interruption volontaire de grossesse là où elle n'est pas interdite, certaines transformations sont nécessaires. Une analyse du parcours des patientes dans l'établissement, comme décrit au chapitre 5, facilite l'adjonction de services de traitement des suites d'avortement aux programmes déjà existants.

Certains services de traitement des urgences post-abortives recevant un grand nombre de patientes doivent les inscrire sur une liste d'attente, les interventions d'évacuation utérine étant regroupées en une ou deux séances quotidiennes. Bien qu'adoptée dans certains hôpitaux, ce n'est pas une bonne solution car elle allonge les délais et augmente le risque de complications. De plus, au cas où après les interventions, le personnel de la consultation de planification familiale emmène le groupe de femmes traitées dans son service pour le conseil et la fourniture de méthodes contraceptives, ledit service subit un afflux de clientes à certaines heures. Enfin, comme certaines femmes peuvent se sentir gênées d'être ainsi facilement identifiées comme ayant avorté, il faudra essayer de leur trouver une place individuelle dans l'agenda de la consultation pour préserver la confidentialité.

7.6 Personnel

7.6.1 Dotation en personnel

Pour que les services existants puissent atteindre efficacement les femmes qui ont eu un avortement, il faut que les services et le conseil en planification post-abortum, et donc que le personnel soit à disposition en permanence. Les établissements de planification familiale sont habituellement ouverts pendant certaines heures les jours de semaine seulement. Par contre les services de traitement d'urgence fonctionnent 24 heures sur 24. Il faut donc remédier à cette différence et s'assurer que les services de conseil, de fourniture de méthodes et d'orientation-recours en planification familiale soient accessibles à toutes les femmes qui consultent pour des suites d'avortement, quel que soit le lieu et l'heure. Par exemple, si une infirmière ou un conseiller en planification familiale de l'hôpital ne peut venir au service des urgences que les jours de semaine, il est nécessaire que pour le reste du temps, le personnel des urgences soit formé et puisse assurer le service de planification familiale post-abortum. Inversement, si une consultation de planification familiale décide de fournir des services de soins en n'étant ouverte que les jours de semaine, il lui faudra organiser le transfert des femmes qui ont besoin de soins d'urgence en dehors de ces périodes.

Les établissements qui proposent de nouveaux services soit de planification familiale soit de soins liés à l'avortement devront penser à leurs besoins en personnel. Ils peuvent charger certains membres de leur personnel des activités de conseil et de services, y compris pour assurer les remplacements en cas de besoin. Par exemple, une consultante en planification familiale d'un hôpital, s'occupant également du service des urgences post-abortives devra organiser ses visites de façon à voir toutes les patientes (ou tout au moins, le maximum à chaque fois) tout en s'assurant que son service continue à fonctionner sans interruption.

Les responsables de la planification familiale d'un hôpital, ceux des services courants et ceux qui s'occupent des femmes qui viennent d'avorter, doivent prévoir que la charge de travail du personnel concerné augmentera. Si par exemple un conseiller en planification familiale se rend régulièrement dans le service des urgences pour s'entretenir avec les patientes, son absence peut alourdir les responsabilités des autres membres de son service. Les stratégies suivantes permettent de surmonter ces difficultés : 1)

répartir les responsabilités entre plusieurs personnes; 2) demander du personnel supplémentaire; 3) chercher les moyens les plus efficaces pour atteindre les femmes (par exemple en organisant des séances d'information collective).

De nombreux établissements ne reçoivent qu'un nombre limité de patientes ayant besoin de soins liés à l'avortement, c'est le cas des hôpitaux de district ou des centres de santé ruraux qui ne traitent souvent qu'un ou deux cas de ce type par semaine. Il n'empêche que quel qu'en soit le nombre, la fourniture de services de planification post-abortum lors des soins liés à l'avortement est une priorité pour le personnel chargé de la planification familiale.

7.6.2 Supervision du personnel

Il est nécessaire de superviser fréquemment le personnel et ce, quelles que soient les prestations de planification familiale offertes. En effet, on peut supposer que les superviseurs qui accordent une place importante aux services de planification familiale post-abortum et qui font partager cette vision à leur personnel fourniront des services de qualité. On trouvera de plus amples informations à la section 5.5.3.

7.7 Formation

La planification familiale post-abortum étant souvent une nouveauté pour les programmes de planification familiale, le personnel devra bénéficier de séances de recyclage. Celles-ci insisteront sur les points essentiels et ce qui est valable pour toutes les clientes. On devra veiller à donner une formation de ce type à tout nouveau membre dès qu'il entre en fonctions. De même, le personnel des dispensaires et consultations qui s'adjoignent des nouveaux services de soins liés à l'avortement aura besoin d'une formation aux problèmes cliniques et de gestion ainsi qu'aux processus de conseil pour les patientes des services d'interruption de grossesse programmée et/ou d'urgence. On trouvera de plus amples informations à la section 5.6.

7.8 Surveillance et évaluation

Pour évaluer la qualité des services, il existe plusieurs techniques : on peut, par exemple, ajouter le suivi après avortement aux formulaires et protocoles déjà utilisés pour la surveillance de routine. La planification familiale post-abortum devra aussi être périodiquement évaluée. La mise en œuvre de mécanismes de surveillance et d'évaluation de la qualité des services devra se faire dès la création de nouveaux services d'interruption de grossesse programmée ou de nouveaux traitements.

7.9 Liaison interservices et orientation-recours

Le recours à d'autres services est important en raison de la nature plurifactorielle de la santé de la femme. Une orientation efficace doit faire partie intégrante du conseil en planification familiale post-abortum bien que cela pose souvent des problèmes. Le personnel de planification familiale doit apprendre à reconnaître les besoins de ses clientes en matière de santé reproductive et autres, et être capable de les envoyer vers les services compétents de leur communauté. Cette orientation ne peut se faire que si les prestataires connaissent les ressources extérieures à leur propre service et s'informent convenablement des besoins et des problèmes de la cliente.

7.10 Coût

Les directeurs d'établissements privés, comme les dispensaires des ONG, doivent veiller à ce que le coût des interruptions de grossesse et de la planification familiale post-abortum ne soit pas un obstacle à l'accès des femmes à ces services. Certains établissements appliquent des tarifs modulables en fonction de la situation de la cliente; pour d'autres, la fourniture d'un éventail complet de services de santé reproductive permet de soutenir matériellement les services de planification familiale.

Les établissements de planification familiale peuvent avoir des difficultés à obtenir une aide financière supplémentaire quand ils décident d'assurer un service de planification post-abortum, particulièrement les programmes du secteur public dont les ressources financières sont limitées.

Quel que soit le cadre de ces services, cependant, l'extension des services actuels de planification familiale aux femmes en période de post-abortum ne devrait pas entraîner de dépenses majeures; de fait, une proportion notable des clientes actuelles des services de planification familiale ont déjà avorté ou risquent de le faire à l'avenir. En améliorant l'accès aux services de planification familiale post-abortum, on améliorera la qualité globale des programmes de planification familiale. En fin de compte, offrir des services contraceptifs est moins onéreux pour le système de santé et pour la société dans son ensemble que de traiter des femmes souffrant de complications dues à un avortement.

Bibliographie du chapitre 7

Organisation mondiale de la Santé. *Complications des avortements: Directives techniques et gestionnaires pour la prévention et le traitement*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997.

Postabortion Care Consortium, Winkler et Al. Eds. *Postabortion Care: A Reference Manual for Improving Quality of Care*, 4(1). Postabortion Care Consortium, 1995.

CHAPITRE 8

SERVICES PRATIQUANT LES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE ET LA RÉGULATION MENSTRUELLE

8.1 Services pratiquant les interruptions de grossesse

Dans presque tous les pays il existe des conditions légales pour l'avortement provoqué. Elles sont toutefois très variables, certains pays les limitant aux cas où il faut sauver la vie de la mère, d'autres les autorisant en cas de grossesse à la suite d'un viol ou d'un inceste et/ou de probabilité d'anomalies fœtales. D'autres dispositions autorisent l'avortement pour diverses raisons d'ordre médical, en cas d'échec de la contraception, pour des raisons socio-économiques et/ou sur demande de la femme. Dans les limites du cadre légal en vigueur, les prestataires de soins ont l'obligation de fournir des services sans risque. Les directeurs peuvent consulter le bulletin technique de l'IPAS, *Early Abortion Services : New Choices for Providers and Women*, pour de plus amples informations sur les technologies applicables à ces services (Winkler et al., 1996).

Il arrive, que dans certains contextes, les responsables des services pratiquant les interruptions de grossesse ne soient pas toujours motivés pour promouvoir des approches préventives telles que la planification familiale. Cependant, il incombe au personnel, à tous les niveaux de la hiérarchie, de s'assurer que les femmes ayant eu un avortement provoqué bénéficient aussi de services de planification familiale, sans que ces deux types de services aient toutefois un caractère coercitif. L'interruption de grossesse ne doit jamais être subordonnée à l'acceptation d'une contraception en général ou d'une méthode en particulier.

8.2 Services pratiquant la régulation menstruelle

Même si la grossesse n'est pas confirmée, de nombreuses femmes demandent une intervention de régulation menstruelle car elles craignent d'être enceintes. Cette intervention ayant quelques points communs avec l'avortement provoqué, les membres de ces services doivent veiller à ce que les femmes obtiennent dans le cadre de ces soins les moyens d'éviter une grossesse non désirée.

8.3 Prestations à fournir

Le conseil avant avortement destiné à donner aux femmes la possibilité de faire un choix pleinement informé fait partie intégrante des services d'interruption de grossesse et de régulation menstruelle. Les responsables doivent s'assurer que le fait d'inclure le conseil et les services de planification familiale dans les services d'interruption de grossesse ou ceux de régulation menstruelle est compris comme fondamental par le personnel. Comme, en général, les interventions sont programmées, il y a davantage d'occasions d'offrir des services de planification familiale au moment de l'interruption de grossesse que lors du traitement de complications. Dans ces interventions, la femme n'est en général ni malade ni sous sédatifs puissants, elle est pleinement consciente et peut donc être réceptive aux conseils. Souvent, elle choisira une méthode contraceptive avant l'intervention, laquelle pourra donc être mise en route immédiatement après.

Les femmes qui ont une grossesse non désirée et qui cherchent à se faire avorter font montre d'une détermination à contrôler leur fécondité. Toutefois, aussi bien dans les cas où la grossesse était non désirée, que dans ceux où elle était prévue, leur état psychologique rendra difficile de décider sur le moment le choix de la méthode contraceptive la plus appropriée, surtout pour celles qui envisagent une contraception de longue durée. Les conseillers en planification familiale doivent donc être attentifs à l'état affectif des femmes et au fait que le choix d'une méthode doit se faire librement et en toute connaissance de cause.

Les circonstances particulières qui conduisent une femme à interrompre sa grossesse ou à faire appel à des services de régulation menstruelle peuvent également influencer sur le choix de la méthode qui sera adoptée après l'intervention. Les conseillers doivent donc tenir compte de la situation particulière de chaque patiente. Par exemple, une femme qui a subi un échec de la contraception doit, au moment de l'interruption de grossesse, bénéficier d'un conseil destiné à vérifier les insuffisances de l'information concernant la méthode actuellement utilisée, savoir si elle désire la conserver, et l'aider, si nécessaire, à en choisir une plus appropriée. Les conseils destinés aux femmes chez qui les grossesses, actuelles ou ultérieures, comportent de très graves risques pour la santé répondent à des besoins différents, et donc, doivent être axés sur des méthodes hautement efficaces qui les protégeront de tous risques supplémentaires. Enfin, si les établissements où sont pratiqués les interruptions de grossesse et les régulations menstruelles ne disposent pas de services de planification familiale, les patientes devront être adressées là où elles pourront obtenir le renouvellement des contraceptifs et un suivi.

8.4 Locaux

Les interruptions de grossesse et la régulation menstruelle ont l'avantage d'être programmables à l'avance, ce qui limite l'engorgement des unités et permet une meilleure utilisation de l'espace, contrairement aux services de traitement d'urgence des complications. L'aménagement des locaux doit montrer que l'on respecte la patiente comme l'intervention (Hern, 1990). S'il n'est pas nécessaire de disposer d'une pièce séparée pour le conseil, il faut, cependant, prévoir un espace privé, même exigü, pour que la femme se sente suffisamment à l'aise et parle ouvertement de ses besoins en matière de contraception. Les locaux permettant d'assurer des services de planification familiale dans un établissement pratiquant les interruptions de grossesse sont les mêmes que partout ailleurs. Les méthodes contraceptives de longue durée, pose de DIU ou implants de NORPLANT®, peuvent être appliquées dans la salle des interventions. Pour les autres méthodes, comme les contraceptifs oraux et les préservatifs, ainsi que les matériels éducatifs, il faudra de l'espace de rangement.

8.5 Matériel et fournitures

Le matériel et les fournitures nécessaires pour les services de planification familiale après un avortement provoqué ou une régulation menstruelle sont les mêmes que dans les autres cas; il est donc nécessaire d'offrir un éventail complet de méthodes contraceptives et de matériels éducatifs là où sont pratiquées ces interventions.

8.6 Parcours médical et informatif des clientes

L'interruption de grossesse ou la régulation menstruelle se pratiquent, généralement, sur rendez-vous, permettant ainsi davantage de souplesse dans l'organisation des séances de conseil. Les directeurs de services doivent insister sur les points suivants :

- lorsque les patientes ont rendez-vous, prévoir un temps suffisant pour le conseil avant et après l'intervention;
- lors de chaque intervention d'interruption de grossesse ou de régulation menstruelle, le conseil en planification familiale doit être disponible;
- en milieu hospitalier, les services de planification peuvent se trouver dans un autre secteur de l'hôpital; les patientes doivent y être adressées;
- dans la mesure du possible, les services d'interruption de grossesse doivent être coordonnés avec ceux de la planification familiale et être disponibles le même jour, au même endroit ou à proximité.

Dans certains établissements, les services d'interruption de grossesse et de régulation menstruelle ne fonctionnent que certains jours de la semaine et les conseillers n'ont besoin d'être présents que ces jours-là. En d'autres cas, des séances d'information en petits groupes, associées à des séances individuelles, permettent d'atteindre plus facilement les femmes.

Dans tous les établissements qui offrent un large éventail de soins en santé reproductive destinés à l'ensemble des patientes, celles qui viennent pour une interruption de grossesse ou une régulation menstruelle peuvent être intégrées dans le planning des soins, si ces interventions ne sont pas illégales. Ces plannings devront être préparés avec soin afin de choisir le moment le plus opportun pour proposer des prestations de conseil et de services en planification familiale.

8.7 Personnel

8.7.1 Dotation en personnel

Pour que la planification familiale soit correctement assurée au moment de l'interruption de grossesse ou de la régulation menstruelle les responsables choisiront l'une des options suivantes :

- utiliser le personnel des services d'interruption de grossesse;
- utiliser le personnel de la consultation de planification familiale;
- recruter du personnel supplémentaire qui sera exclusivement chargé de la planification post-abortum.

Les dispensaires spécialisés dans les interruptions de grossesse et la régulation menstruelle disposent souvent de personnel expérimenté en planification familiale qui peut, aussi, assurer les services post-abortum. De même, les membres chargés des consultations pré-avortement sont capables de prendre en charge le conseil et les services de planification familiale. Enfin, il arrive que ce soit les soignants eux-mêmes qui conseillent les patientes en planification post-abortum. Dans les cas où les interruptions de grossesse et les régulations menstruelles sont assurés par un dispensaire de planification familiale, celui-ci devra, évidemment, disposer de conseillers expérimentés pour les patientes en post-abortum.

En milieu hospitalier, il n'y a pas forcément de conseillers à la fois expérimentés et disponibles lors des interruptions de grossesse. Les directeurs des services concernés doivent, alors, s'arranger avec la consultation de planification familiale pour que les femmes bénéficient d'un conseil post-abortum avant de quitter l'établissement. Par exemple, on peut prévoir un accord aux termes duquel le personnel de consultation se rend dans le service des interventions pour tenir des séances de conseil certains jours, à certaines heures, en fonction des moments où les opérations sont pratiquées.

8.7.2 Supervision du personnel

Tous les protocoles de prestation de planification post-abortum doivent inclure une clause garantissant que l'interruption de grossesse n'est en aucun cas subordonnée à l'acceptation par la femme d'une méthode de contraception. Par ailleurs, obtenir la simple signature d'un formulaire de consentement éclairé ne garantit pas un choix librement consenti et informé. La supervision du personnel doit démontrer que les femmes reçoivent une information adaptée et ont réellement la possibilité de choisir librement et en pleine connaissance de cause.

De par leur nature les services pratiquant les interruptions de grossesse sont souvent controversés; ceci peut avoir pour conséquence, une rotation rapide du personnel. Les mesures suivantes peuvent aider à résoudre ce problème :

- organiser des ateliers de développement du personnel pour aider celui-ci à gérer le stress généré par son travail;
- distribuer les responsabilités à tour de rôle aux divers membres du personnel de façon que chacun ait périodiquement des activités moins stressantes;
- instituer des mesures de protection appropriées pour le personnel.

8.8 Formation

Le personnel recevra une formation initiale et des cours de recyclage en planification familiale de base, contraception post-abortum, techniques de conseil et orientation-recours. Quant aux nouveaux membres, ils auront en plus, une formation aux politiques et procédures relatives à ces services, en vigueur dans l'établissement (National Abortion Federation, 1988).

Les femmes qui demandent une interruption de grossesse ou une régulation menstruelle peuvent ressentir diverses émotions allant de la détresse au soulagement, et auxquelles il est important que le personnel soit capable de répondre de façon appropriée. Dans ce cas, une formation au conseil en période de crise affective peut être utile (voir chapitre 4).

8.9 Surveillance et évaluation

Comme pour les services de planification familiale post-abortum offerts dans les autres contextes, la surveillance des activités du personnel des services d'interruption de grossesse et de régulation menstruelle peut être utilisée pour discuter avec lui des moyens d'améliorer les programmes. Pour être utile, cette surveillance doit utiliser un relevé régulier des données de base figurant sur les fiches ou les dossiers des patientes, l'observation de séances de conseil et des entretiens avec les femmes à l'issue de celles-ci, ainsi que des discussions techniques avec le personnel.

La direction d'une consultation ou d'un dispensaire de planification familiale peut procéder à une évaluation globale des services de planification familiale offerts dans un service d'interruption de grossesse. Il est possible de prendre pour modèle les stratégies d'évaluation adoptées par des organisations favorisant la prestation de services d'interruption de grossesse de haute qualité. L'acceptation de la contraception et les taux de poursuite des méthodes lors des visites de suivi peuvent être utilisés comme indicateurs de l'efficacité du conseil. Toutes ces évaluations ne doivent cependant pas servir à établir des quotas ou, au contraire à utiliser des méthodes coercitives pour faire accepter la contraception. De toute façon les entretiens avec les patientes qui donnent leur point de vue sur la qualité des services sont un des éléments clé de toute évaluation globale.

8.10 Liaison interservices et orientation-recours

Pour que les femmes continuent à utiliser une méthode, en changeant ou l'arrêtent selon leur désir, les responsables doivent s'assurer qu'elles ont été orientées vers les ressources en planification familiale et en autres soins de santé reproductive qui existent dans leur environnement.

Le conseil pratiqué au moment de l'interruption de grossesse concerne en général le court terme. Cependant, la femme peut encore se poser des questions concernant l'avortement, la contraception, ou la sexualité, qui exigent un conseil plus étendu. Par exemple, les femmes qui ont eu un avortement provoqué à la suite d'un viol ou d'un inceste peuvent avoir besoin d'un suivi psychologique plus intensif que celles qui ont avorté pour d'autres raisons. Dans de tels cas, les prestataires doivent savoir orienter la femme sur les services compétents.

8.11 Coût

Proposer des services de planification familiale au moment de l'interruption de grossesse est une méthode rentable. La femme qui se voit proposer une méthode de planification familiale au moment de l'intervention n'a pas besoin de revenir pour choisir un mode de contraception. De nombreux dispensaires qui reconnaissent la planification familiale comme complément indispensable de l'interruption de grossesse l'incluent automatiquement dans le montant de l'intervention (Margolis et al., 1974).

Bibliographie du chapitre 8

Hern, W. *Abortion Practice*. Philadelphia, Pennsylvania: J.B. Lippincott Company, 1990.

Margolis, A. et al. Contraception after Abortion. *Family Planning Perspectives*, 6:56, 1974.

National Abortion Federation. *Standards for Abortion Care*. Washington, D.C.: National Abortion Federation, 1988.

Winkler, J., Blumenthal, P.D. and Greenslade, F.C. Early Abortion Services: New Choices for Providers and Women. *Advances in Abortion Care*. Carrboro, NC: IPAS, 1996.

CHAPITRE 9

LES POLITIQUES ET LA PLANIFICATION FAMILIALE POST-ABORTUM

9.1 Le rôle des responsables politiques

Bien que cet ouvrage soit axé sur la gestion des prestations de services de planification familiale post-abortum selon les divers types d'établissements de soins de santé, il est beaucoup plus facile pour les directeurs et les prestataires de les mettre en application de façon durable si elles sont appuyées par une politique en faveur de l'avortement sans risque et de la planification familiale post-abortum (IPAS, 1996). C'est le rôle des responsables politiques de réexaminer et de réformer rapidement les politiques qui entravent l'accès des femmes à des services de planification post-abortum de qualité.

Quel que soit le contexte social ou légal d'un tel débat, il existe en ce qui concerne la planification post-abortum des réformes que les responsables du choix des politiques peuvent entreprendre dans le but de promouvoir la santé des femmes. Tout d'abord il est indispensable de reconnaître l'importance cruciale du lien entre la santé des femmes et les soins post-abortifs, et que tout service d'interruption de grossesse est incomplet s'il n'est pas accompagné d'efforts en faveur d'une planification familiale efficace. Parmi les changements nécessaires, nombreux sont ceux qui n'exigent pas d'investissement financier majeur. La conception des locaux, l'installation d'endroits où l'intimité des patientes soit préservée, et la coopération avec les services de planification familiale existant déjà, peuvent être réalisés à peu de frais. Quelques changements demanderont davantage de ressources, en particulier la formation du personnel qui est capitale, et exigera la coordination des services à tous les niveaux du système de santé.

Une décision politique autorisant des agents de santé à un niveau inférieur, mais ayant reçu une formation adéquate, à assurer des soins d'urgence en cas d'avortement, peut être très utile. Chaque année, d'innombrables femmes meurent de complications post-abortives, faute d'accès à un traitement sûr et dispensé à temps. Une décentralisation des services au niveau des communautés pourrait réduire dans d'importantes proportions la morbidité et la mortalité maternelles liées à l'avortement (par exemple en réduisant le temps du trajet jusqu'au service le plus proche et en facilitant les occasions de suivi). Ce processus devrait aussi faciliter les liaisons entre services de planification familiale et services de traitement d'urgence des complications post-abortives, puisque le conseil en planification familiale et l'approvisionnement en fournitures contraceptives sont habituellement fournis dans la communauté où vivent les femmes et non dans un hôpital tertiaire situé à des kilomètres de chez elles.

Les responsables politiques se doivent aussi d'intervenir pour diminuer les restrictions qui gênent l'accès des femmes aux services dont elles ont besoin, par exemple l'interdiction de fournir des contraceptifs aux adolescentes; ce qui est particulièrement lourd de conséquences pour ces jeunes femmes qui démontrent leur besoin de planification familiale en prenant le risque d'un avortement dangereux et, à la suite duquel, on refuse les moyens d'éviter de futures grossesses non désirées. L'information et les services en matière de planification familiale doivent donc être accessibles à toutes les femmes quel que soient leur âge, leur situation de famille ou leur appartenance ethnique, et cela doit se traduire par des décisions politiques. Enfin, les décideurs devront encourager le travail des responsables et des agents des services de planification familiale.

9.2 Le rôle des directeurs de programmes

Les directeurs de programmes doivent jouer un rôle moteur dans ces mouvements de réforme. Bien que les changements au niveau des services préconisés dans le présent ouvrage puissent, souvent, être accomplis avant l'évolution au niveau des politiques, il n'en demeure pas moins qu'un environnement positif dans ce domaine facilitera grandement la tâche des directeurs. De plus, ceux-ci sont particulièrement bien placés pour conseiller les décideurs, car ils connaissent les problèmes inhérents à la prestation des services et les changements qui permettraient de les surmonter.

Bibliographie du chapitre 9

IPAS. *Initiatives in Reproductive Health Policy*, 1(2). Carrboro, NC:IPAS, 1996.

Annexe 1
Utilisation des méthodes contraceptives après un avortement, par ordre d'efficacité

ETAT CLINIQUE	UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES
PAS DE COMPLICATIONS	<p>Ne pas attendre avant d'utiliser une méthode. La plupart peuvent être utilisées immédiatement, il n'existe aucune contre-indication pour les méthodes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> DIU (au cuivre ou libérant du lévonorgestrel) pilules (progestatives ou estroprogestatives) contraceptifs injectables (progestatifs ou estroprogestatifs) implants de Norplant® méthodes mécaniques (diaphragme, cape cervicale, spermicides, préservatifs) stérilisation féminine ou masculine <p>Attendre le retour de cycles réguliers avant d'utiliser une méthode de planification familiale naturelle (méthode Ogino, abstinence périodique).</p>
<p>INFECTION (confirmée ou présumée)</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit, signes d'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité ou d'hygiène • soit, signes ou symptômes d'état infectieux • soit, impossibilité d'exclure une infection 	<p>Différer la stérilisation féminine ou la pose d'un DIU jusqu'à la certitude qu'il n'y a pas d'infection, ou que celle-ci soit guérie. Donner une méthode provisoire et fixer un rendez-vous pour une nouvelle visite ou une consultation dans un service spécialisé.</p> <p>Toute autre méthode peut être envisagée.</p>
<p>TRAUMATISMES génitaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • perforation utérine • traumatisme vaginal ou cervical grave • brûlures chimiques 	<p>Différer la stérilisation féminine jusqu'à guérison de la lésion. Si une intervention de chirurgie abdominale est nécessaire pour traiter la lésion et s'il n'y a pas d'autre risque, la stérilisation peut être pratiquée en même temps. Différer la pose d'un DIU jusqu'à ce que la perforation utérine ou autre lésion grave soit guérie. Donner une méthode provisoire et fixer un rendez-vous pour une nouvelle visite ou une consultation dans un service spécialisé.</p> <p>Les lésions touchant le vagin ou le col peuvent limiter l'utilisation des méthodes mécaniques féminines ou des spermicides.</p> <p>Toute autre méthode peut être envisagée.</p>
<p>HEMORRAGIE ET ANEMIE GRAVE</p> <p>L'hémorragie doit avoir cessé avant que l'on puisse envisager une méthode contraceptive.</p>	<p>Différer la stérilisation féminine en raison du risque de nouvelles pertes de sang. Donner une méthode provisoire et fixer un rendez-vous pour une nouvelle visite ou une consultation dans un service spécialisé.</p> <p>L'utilisation de DIU au cuivre, provoquant des pertes de sang plus importantes, peuvent en limiter l'emploi chez les femmes gravement anémiques.</p> <p>Toute autre méthode peut être envisagée.</p>
<p>AVORTEMENT AU DEUXIEME TRIMESTRE</p> <p>En cas de trouble important de la coagulation, par exemple en cas d'avortement incomplet, un traitement spécifique peut être nécessaire avant toute intervention chirurgicale.</p>	<p>Attendre 6 semaines avant d'utiliser un diaphragme ou une cape cervicale.</p> <p>La localisation des trompes de Fallope peut être plus difficile si l'intervention de stérilisation féminine a lieu avant que l'utérus reprenne sa position normale.</p> <p>Le risque d'expulsion d'un DIU peut être augmenté par la pose immédiate après un avortement au deuxième trimestre.</p> <p>Toute autre méthode peut être envisagée.</p>

D'après : Leonard and Winkler, Postabortion Family Planning: A Woman's Informed Choice Today Can Prevent an Unwanted Pregnancy. *Advances in Abortion Care* 6(1), IPAS (sous presse).

Annexe 2

Facteurs intervenant dans le choix d'une méthode de planification familiale post-abortum ¹

Possibilités de l'établissement, du prestataire et de la communauté	Questions à examiner	Recommandations
Conseil et choix informé librement consenti : - opportunités - emplacements assurant l'intimité.	Les services des urgences peuvent être trop surpeuplés avec une trop grande effervescence pour assurer l'intimité nécessaire à un choix informé. Ne pas donner de méthode contraceptive à long terme ou définitive sans un conseil adéquat.	Prévoir un emplacement et du temps pour le conseil Si un conseil adéquat n'est pas possible, proposer des méthodes provisoires (contraceptifs oraux, préservatifs, spermicides, contraceptifs mécaniques féminins ou contraceptifs injectables), ET Donner un rendez-vous ou adresser la femme à un service spécialisé pour un conseil plus approfondi concernant les autres méthodes.
Choix de méthodes contraceptives	Ne pas limiter l'éventail proposé. Sinon, on priverait certaines femmes des méthodes les plus adaptées à leur cas ou de celles qu'elles préfèrent.	Mettre un large éventail de méthodes à la disposition des femmes. Eviter l'influence des prestataires pour ou contre une méthode particulière en les informant le plus complètement possible sur l'utilisation de toutes les méthodes.
Liens avec les ressources en planification familiale dans la communauté	Avant de recommander une méthode, tenir compte des possibilités d'accès de la femme à des consultations de suivi et au renouvellement des contraceptifs.	Vérifier que les conseillers et les prestataires connaissent les ressources en planification familiale dans toute la région desservie. Etablir des liens pour l'orientation-recours entre les diverses ressources en planification familiale ou entre ces services et les services de soins liés à l'avortement.

¹ Adapté de : Leonard, A.H. and Ladipo O.A. Post-Abortion Family Planning: Factors in Individual Choice of Contraceptive Methods. *Advances in Abortion Care*, 4(2). Carrboro, North Carolina: IPAS, 1994.

Annexe 3
Taux d'échec de la contraception, Etats-Unis d'Amérique

Méthode	% de femmes ayant une grossesse accidentelle pendant la première année d'utilisation		% de femmes continuant à utiliser la méthode au bout d'un an ³
	Utilisation standard ¹	Utilisation parfaite ²	
Aucune	85	85	
Spermicides	21	6	43
Abstinence périodique	20		67
Ogino		9	
Détection de l'ovulation		3	
Sympto-thermique		2	
Températures		1	
Retrait	19	4	
Cape cervicale			
Multipare	36	26	45
Nullipare	18	9	58
Eponge vaginale			
Multipare	36	20	45
Nullipare	18	9	58
Diaphragme	18	6	58
Préservatif			
Féminin	21	5	56
Masculin	12	3	63
Pilule	3		72
Progestatif seul		0,5	
Estroprogestatif		0,1	
DIU			
Progestérone T	2,0	1,5	81
Cuivre T 380A	0,8	0,6	78
LNg 20	0,1	0,1	81
Depo-Provera	0,3	0,3	70
Norplant (6 capsules)	0,09	0,09	85
Stérilisation féminine	0,4	0,4	100
Stérilisation masculine	0,15	0,10	100

¹ Parmi les couples "standard" qui commencent à utiliser une méthode (pas nécessairement pour la première fois), pourcentage de ceux chez lesquels une grossesse accidentelle survient pendant la première année d'utilisation, quand celle-ci n'est pas interrompue pour une raison quelconque.

² Parmi les couples qui commencent à utiliser une méthode (pas nécessairement pour la première fois), et qui l'utilisent parfaitement (à la fois régulièrement et correctement), pourcentage de ceux chez lesquels une grossesse accidentelle survient pendant la première année d'utilisation dans les cas où ils n'interrompent pas la méthode.

³ Parmi les couples qui cherchent à éviter une grossesse, pourcentage de ceux qui continuent à utiliser une méthode au bout d'un an.

Annexe 4

Liste de contrôle pour l'évaluation et la supervision des compétences en matière de conseil

La liste de contrôle ci-dessous doit être utilisée, soit pour l'auto-évaluation de l'agent qui dispense les conseils, soit en liaison avec l'observation par un évaluateur extérieur. Ce dernier doit avoir une bonne expérience des techniques de conseil. La liste de contrôle peut être modifiée et adaptée pour coïncider avec le programme de formation utilisé dans le cours de base.

Pour juger des capacités d'écoute, l'évaluateur doit observer si le conseiller :

- Voit les patientes dans un endroit tranquille et confortable.
- Accepte les patientes comme elles sont; traite chacune d'elles comme une personne à part entière.
- Ecoute ce que les patientes disent et est attentif à la façon dont elles le disent; observe le ton de la voix, le choix des mots, l'expression du visage et les gestes.
- S'identifie à la patiente quand elle parle.
- Se tait parfois pour laisser la patiente réfléchir, poser des questions et parler.
- Ecoute attentivement la patiente au lieu de penser à ce qu'il va dire ensuite.
- Répète de temps à autre ce qui a été dit pour s'assurer que les deux parties sont d'accord.
- Est confortablement assis, évite les gestes qui risquent de distraire et regarde la patiente en face.

Pour juger des compétences à poser des questions, l'évaluateur doit vérifier si le conseiller :

- Utilise un ton de voix qui témoigne de son intérêt, de sa préoccupation et de sa bienveillance.
- Ne pose qu'une question à la fois et attend la réponse.
- Pose des questions qui permettent à la patiente d'exprimer ses besoins.
- Pose des questions à réponse libre auxquelles on ne peut pas répondre simplement par oui ou par non, de façon à encourager la communication.
- Utilise des mots comme "et alors ?", "et puis ?" ou "vraiment ?" pour encourager la patiente à continuer.
- Evite les questions commençant par "pourquoi ?" qui pourraient indiquer qu'il émet un jugement.
- Pose la même question sous plusieurs formes pour s'assurer que la patiente a bien compris un point particulier.

Source : Adapté de Lettenmaier, C & Gallen, M. Why Counselling Counts. *Population Reports*, Series J, No.36, 1987.

Annexe 5

Suggestions pour l'observation des séances de conseil

Avant le début de la séance

1. Limiter le nombre d'observateurs à un ou deux au maximum par séance de conseil. Il n'est pas inutile de venir à plusieurs séances pour observer le comportement du conseiller avec différentes clientes.
2. Le directeur ou le superviseur devra informer le conseiller à l'avance qu'il assistera à la séance et lui en fournira les motifs (par exemple pour apporter un appui et une assistance technique, identifier les besoins en formation ou en appui technique, étudier comment le conseil pourrait être mieux intégré ou reproduit dans d'autres programmes, etc.). Il est préférable de ne pas présenter l'observation comme un test d'aptitude du conseiller mais comme une occasion d'apprendre quels sont les points forts et les faiblesses du conseil, d'apporter appui et assistance, et/ou de répondre à des questions.
3. L'observateur devra expliquer au conseiller que celui-ci devra conduire la séance comme s'il était seul et qu'ils pourront avoir un entretien après le départ de la cliente.

Pendant la séance

1. L'observateur (ou le conseiller) devra demander l'accord de la cliente pour que la séance soit observée et en indiquer les raisons (par exemple pour étudier comment améliorer les services ou le conseil dans ce dispensaire), et l'assurer que la confidentialité sera respectée totalement.
2. L'observateur devra essayer d'être le plus discret possible pendant la séance (par exemple en s'asseyant à l'écart du conseiller et de la cliente). Il ne devra pas interrompre la séance sauf si une information vitale est mal présentée ou si des difficultés surgissent. Dans presque tous les cas, il est préférable que l'observateur s'abstienne d'intervenir, car cela risquerait de ruiner la crédibilité de la séance auprès de la cliente et sa confiance dans le conseiller.
3. Une liste de contrôle peut être utilisée comme aide-mémoire pour les points à vérifier, mais il vaut mieux que l'observateur ne prenne pas de notes pendant l'observation. Cela risquerait de perturber à la fois la cliente et le conseiller et de le distraire de l'appréciation globale de la prestation. Il pourra noter ses impressions après la fin de la séance.

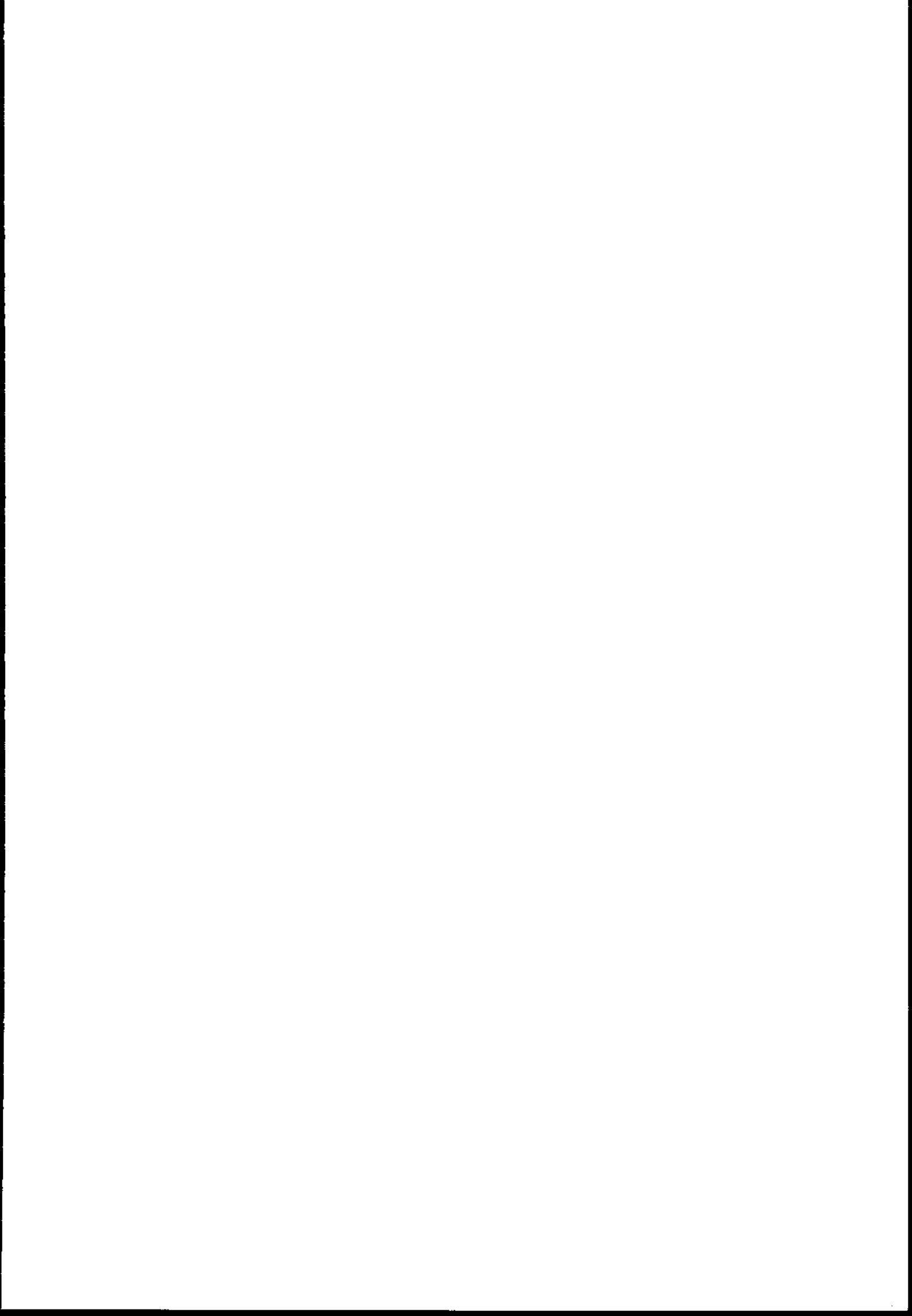
Après la séance

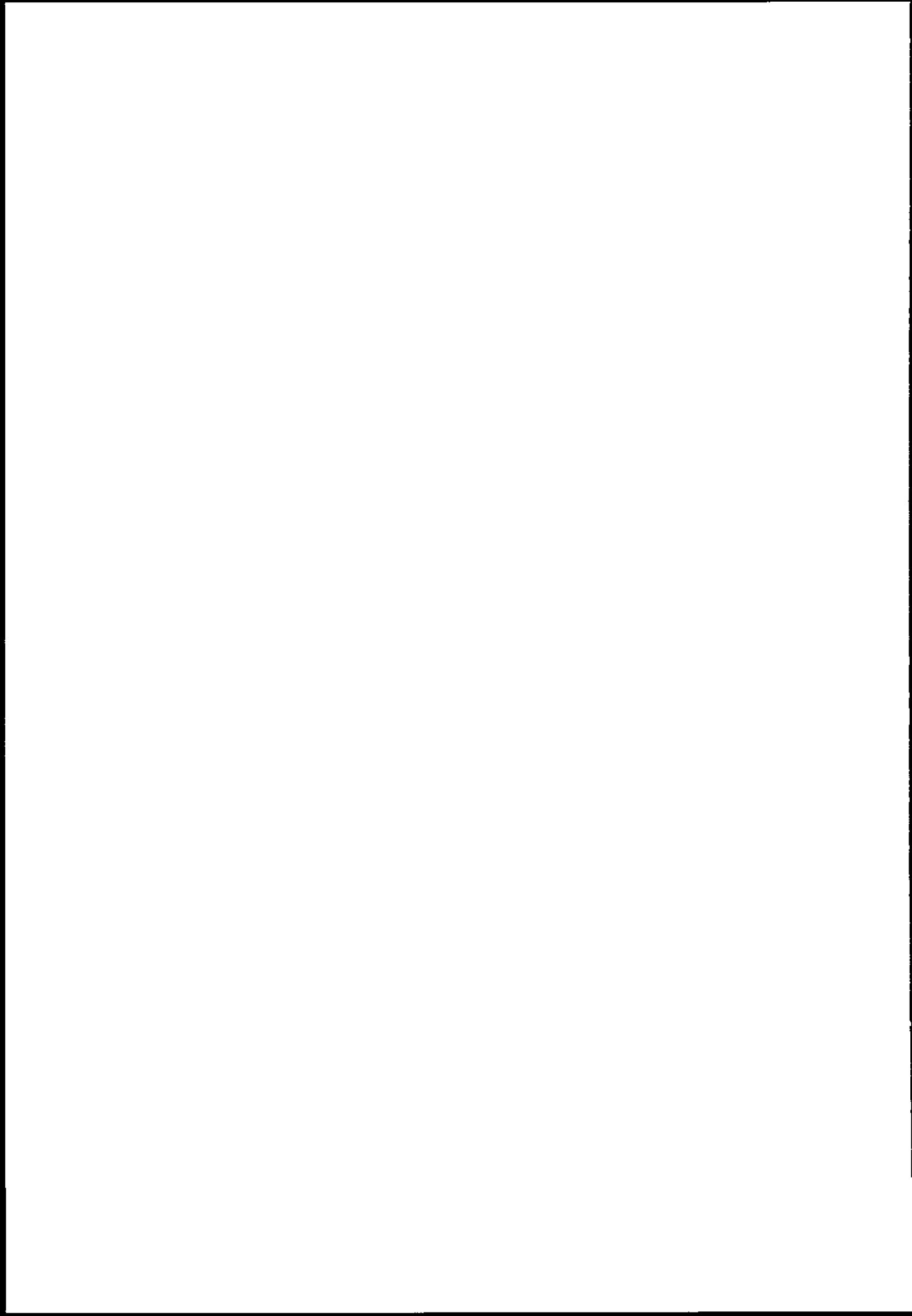
1. L'observateur devra commencer par demander au conseiller ce qu'il pense de la séance, il fera des commentaires positifs sur les compétences et les connaissances du conseiller et finira par des suggestions d'amélioration. Si le conseiller a besoin de compléments techniques sur l'information qu'il doit présenter, on pourra lui donner (ou lui indiquer) une documentation appropriée.
2. L'observation est aussi une occasion de parler avec les conseillers d'autres aspects qui peuvent avoir une influence sur leur travail. Le conseil est-il compris et soutenu par les autres membres du personnel ? Ont-ils des suggestions sur la façon d'améliorer, d'étendre ou d'intégrer les activités de conseil ? Perçoivent-ils des besoins d'appui supplémentaire, par exemple en formation ou en matériels d'information ? A quels obstacles se heurtent-ils et ont-ils des suggestions sur la façon de les surmonter ?

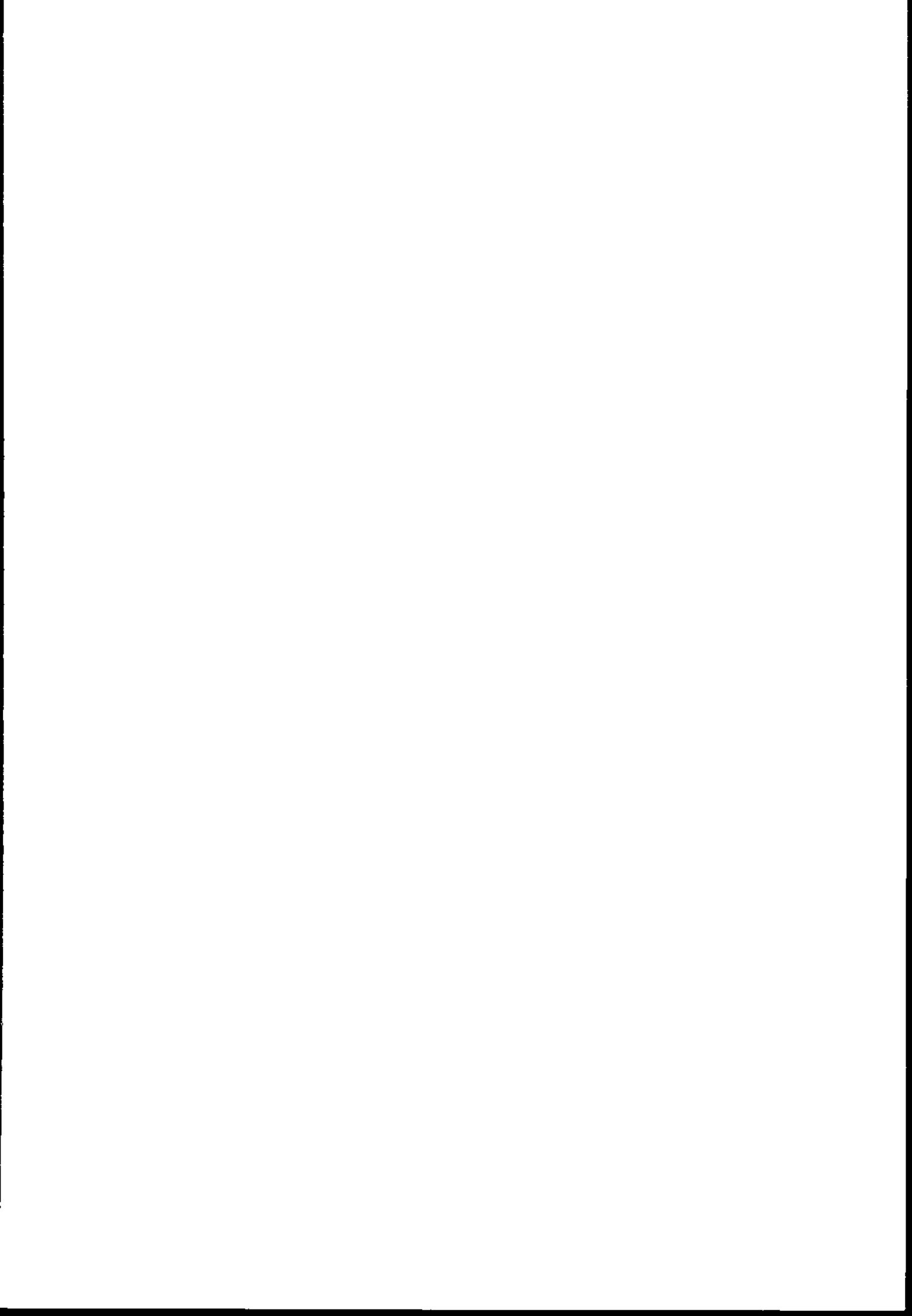
Ne pas oublier...

La présence d'un observateur pendant la séance de conseil peut être gênante pour le conseiller comme pour la cliente. La cliente peut être réticente à parler ouvertement de questions très personnelles. Le conseiller peut être tendu du fait de se sentir surveillé et se demander comment les résultats seront utilisés. L'observateur doit mettre le conseiller et la cliente à l'aise en expliquant son rôle, en faisant preuve de respect et de sensibilité et en considérant cet exercice comme un moyen d'apprendre quelque chose d'eux plutôt que de les juger ou de jouer au professeur.

Source : Adapté de : Verme, C.S. " Observation as an Approach to Evaluating Counselling ". A Workshop to Build Better Counselling Evaluation for Family Planning Providers. Baltimore, Maryland: March 31-April 1, 1992.







Matériels d'information de planification familiale

Allaitement et espacement des naissances : Ce que les agents de santé doivent savoir. Disponible en anglais, arabe, espagnol et français. WHO/MCH/FP/88.1

Choix de méthodes contraceptives : Guide théorique et pratique. Disponible en anglais, espagnol et français. ISBN 92 4 154459 7. CHF 32/USD 28.80; dans les pays en développement CHF 22.40

Choix de méthodes contraceptives appropriées : Ce que les agents de santé doivent savoir. Disponible en anglais, espagnol et français. WHO/MCH/FPP/93.3

Contraception mécanique et spermicides : Leur rôle en planification familiale. Disponible en anglais, espagnol et français. ISBN 92 4 156101 7. CHF 15/USD 13.50; dans les pays en développement CHF 10.50

La stérilisation féminine : Ce que les agents de santé doivent savoir. Disponible en anglais, espagnol et français. WHO/FHE/FPP/92.2

La distribution communautaire de contraceptifs : Guide à l'intention des administrateurs de programmes. Disponible en anglais, espagnol et français. ISBN 92 4 154475 9. CHF 32/USD 28.80; dans les pays en développement CHF 22.40

La vasectomie : Ce que les agents de santé doivent savoir. Disponible en anglais, espagnol et français. WHO/FHE/FPP/94.3

La contraception intra-utérine : Guide du technicien et du gestionnaire (sous presse). Disponible en anglais, espagnol et français.

La planification familiale naturelle : Ce que les agents de santé doivent savoir. Disponible en anglais, espagnol et français. WHO/MCH/FPP/93.2

La vasectomie : Guide à l'intention du technicien et du gestionnaire. Disponible en anglais, espagnol et français. ISBN 92 4 154218 7. CHF 22/USD 19.80; dans les pays en développement CHF 15.40

Les méthodes naturelles de planification familiale : Guide pour la prestation de services. Disponible en anglais et français. ISBN 92.4 1542411. CHF 16/USD 14.40; dans les pays en développement CHF 11.20

Les contraceptifs injectables: Leur rôle en planification familiale. Disponible en

anglais, espagnol et français. ISBN 92 4 154402.3. CHF 21/USD 18.90; dans les pays en développement CHF 14.70

Les bénéficiaires pour la santé de la planification familiale. Disponible en anglais, espagnol et français. WHO/FHE/FPP/95.11

Les accoucheuses traditionnelles : Déclaration conjointe OMS/FNUAP/UNICEF. Disponible en anglais, espagnol et français. ISBN 92 4 156150 5. CHF 9/USD 8.10; dans les pays en développement CHF 6.30

Implants contraceptifs sous-cutanés Norplant : Directives concernant les aspects techniques et gestionnaires. Disponible en anglais et français. WHO/MCH/89.17. CHF 16/USD 14.40; dans les pays en développement CHF 11.20

Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale : Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Disponible en anglais et français. WHO/FRH/FPP/96.9. CHF 20/USD 18; dans les pays en développement CHF 14.

Stérilisation féminine : Guide du prestataire de services. Disponible en anglais, espagnol et français. ISBN 92 4 154434 1. CHF 41/USD 36.90; dans les pays en développement CHF 28.70

Sauf indication contraire, tous les matériels cités sont disponibles gratuitement à l'adresse suivante :
Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
Tél. 41 22 791 21 11
Télécopie 41 22 791 07 46
Télex 27821

Matériels d'information de maternité sans risque

Coverage of maternity care : A listing of available information. WHO/RHT/MSM/96.28

Detecting pre-eclampsia : A practical guide – Using and maintaining blood pressure equipment. WHO/MCH/MSM/92.3. CHF 10

Éléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours. ISBN 92 4 1544244. CHF 14/USD 12.60; dans les pays en développement USD 9.80. Disponible en anglais et français.

Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle. Nouvelle méthodologie OMS/UNICEF. WHO/FRH/MSM/96.11. Disponible en anglais et français

Hypertensive disorders of pregnancy : report of the WHO/MCH Interregional Collaborative Study. Février 1991. WHO/MCH/91.4

Instaurer la santé reproductive pour tous. WHO/FHE/95.6. Disponible en anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe

La pratique des sages-femmes : Evaluation, développement et mobilisation de soins de qualité. Vancouver 1993. WHO/FHE/MSM/94.13

La prévention des anomalies dans la durée du travail : Guide pratique. Le partogramme. Parties I-IV. WHO/FHE/MSM/93.8-93.11

La fiche maternelle tenue à domicile : Comment la mettre au point, l'adapter et l'évaluer. ISBN 92 4 154464 3. CHF 20; dans les pays en développement CHF 14. Disponible en anglais et français

Le dossier mère-enfant : Guide pour une maternité sans risque. WHO/FHE/MSM/94.11. Disponible en anglais et français. CHF 15; dans les pays en développement CHF 10.50

Management of the sick newborn. Report of a Technical Working Group. Ankara, juin 1995. WHO/FRH/MSM/96.12

Maternal and perinatal infections : a practical guide. WHO/MCH/91.10. CHF 15 dans les pays en développement CHF 10.50

Measuring reproductive morbidity : Report of a technical working group. Août 1989. WHO/MCH/90.4

Midwifery education : Action for Safe Motherhood: Report of a collaborative pre-congress workshop. Kobe, Japon, octobre 1990. WHO/MCH/91.3

Sauf indication contraire, tous les matériels cités sont disponibles gratuitement à l'adresse suivante :
Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
Tél. 41 22 791 21 11
Télécopie 41 22 791 07 46
Télex 27821

Prise en charge clinique des complications de l'avortement : guide pratique. WHO/FHE/MSM/94.1. Disponible en anglais et français. CHF 10

Social and cultural issues in human resources development for maternal health and safe motherhood: Report of a working group meeting. Stockholm, mai 1991. WHO/MCH/MSM/91.4

Soins à la mère et au nouveau-né dans le centre de santé : guide pratique. WHO/FHE/MSM/94.2. Disponible en anglais et français. CHF 10

Soins essentiels au nouveau-né. Rapport d'un Groupe de travail technique. Trieste, avril 1994. WHO/FRH/MSM/96.13. Disponible en anglais et français

Soins prénatals et santé maternelle. Etude d'efficacité. WHO/MSM/92.4. Disponible en anglais et français CHF 15; dans les pays en développement CHF 10.50

The risks to women of pregnancy and childbearing in adolescence : A selected annotated bibliography. WHO/MCH/89.5

Unsafe abortion - Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. WHO/RHT/MSM/97.16

Les complications de la grossesse et de l'accouchement provoquent chaque année la mort d'un demi-million de femmes, pour la grande majorité dans les pays en développement. Plus de quatre millions de nouveau-nés meurent aussi chaque année, le plus souvent à la suite de grossesses et d'accouchements mal pris en charge. Des millions de femmes et de nouveau-nés encore sont atteints à vie dans leur santé.

Les avortements dangereux et leurs complications sont une cause majeure de décès et de maladie maternels. L'accès à la contraception et son utilisation correcte peuvent contribuer à éviter des grossesses non désirées et à réduire le fardeau des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité.

Par l'intermédiaire de son programme de santé reproductive, l'Organisation mondiale de la Santé cherche à alléger les souffrances des femmes, de leurs enfants et de leurs familles.

Le programme de santé reproductive de l'OMS a pour but général de renforcer la capacité des pays à permettre à chacun de promouvoir et protéger sa propre santé et celle de son partenaire dans le domaine de la sexualité et de la reproduction, et d'avoir accès en cas de besoin à des soins de santé reproductive de qualité. A cette fin, le programme s'est fixé quatre objectifs pour guider les activités de l'OMS dans le domaine de la santé reproductive. Ces objectifs sont destinés à assurer que les femmes et les hommes puissent exercer leurs droits en matière de sexualité et de reproduction, afin de:

- 1) bénéficier d'un développement sexuel optimal et accéder à des relations équitables, responsables, et à une vie sexuelle épanouie;
- 2) avoir le nombre d'enfants désiré, sans risque pour la santé, si et quand ils le décident;
- 3) éviter la maladie et l'incapacité liées à la sexualité et à la reproduction et recevoir des soins appropriés en cas de besoin;
- 4) être à l'abri de la violence et d'autres pratiques nocives liées à la sexualité et à la reproduction.

Si vous souhaitez en savoir plus sur la Division OMS de la Santé reproductive, écrivez à l'adresse suivante:

Division de la Santé reproductive (Appui technique)
Organisation mondiale de la Santé
1211 Genève 27
Suisse