



Travaux de recherche sur les SAA

Lorsque les pays démarrent ou étendent à plus grande échelle des programmes de soins après avortement, il est très important que les interventions reposent sur des preuves. Le compendium « Qu'est-ce qui a fait ses preuves: Un guide de politiques et de programmes sur les preuves concernant les soins après avortement. » est le fondement sur lequel repose ces programmes. La compilation du compendium s'est faite à l'aide de plus de 400 documents de 1994 à

2004 reposant sur des données probantes qui ont de solides preuves comparées au niveau de preuve de Gray. Gray (1997) indique les cinq niveaux de solidité graduelle de la recherche. La recherche pour soutenir ces pratiques est donnée dans le tableau suivant.

Ci-après, nous présentons une liste des pratiques essentielles qui sont de solides preuves et qui devraient être intégrées à votre programme de soins après avortement. Une liste de résultats pertinents de la recherche est donnée dans chaque guide d'évaluation pour les Politiques, les Directives de prestation de services et la Formation pour aider à revoir la

recherche et à inclure les pratiques reposant sur des données probantes lors de la rédaction ou de la révision de ces documents.

Niveau de preuve Gray

Type	Solidité de la preuve
I	Solides preuves provenant d'au moins un examen systématique de multiples essais aléatoires bien conçus avec cas-témoins.
II	Solides preuves provenant d'au moins un essai aléatoire bien conçu, cas-témoins, de taille adéquate.
III	Preuves provenant d'essais bien conçus sans randomisation, un seul groupe pré-post, cohorte, séries chronologiques ou études appariées cas-témoins.
IV	Preuves d'études bien conçues non expérimentales de plusieurs centres ou groupes de recherche.
V	Opinions d'autorités respectées en fonction de preuves cliniques, études descriptives ou rapports de comités d'experts.

« Qu'est-ce qui a fait ses preuves : Un guide de politiques et de programmes sur les preuves concernant les soins après avortement. » se trouve dans son intégralité sur le CD ci-joint et sur le site web : www.postabortioncare.org. Une liste récapitulative des données probantes se trouve au verso du compendium de recherche.

SOLIDES PREUVES

Traitement d'urgence

- L'aspiration (électrique, pompe à pied, aspiration manuelle intra-utérine) est aussi efficace que le curetage pour le traitement de l'avortement incomplet.
- L'aspiration (électrique et aspiration manuelle intra-utérine) est associée à des saignements moindres que le curetage,
- L'utilisation de l'AMIU pour les SAA, comparée au curetage, de pair avec des changements dans les protocoles et un modèle de prestation de services amélioré peut nettement réduire les coûts des soins dans la plupart des cas.
- L'utilisation du misoprostol pour évacuer l'utérus après une interruption de grossesse tout au début peut:
 - ▶ évacuer complètement l'utérus de 50% à 96% du temps, si administré par voie orale ou vaginale et est plus efficace que le traitement abstentionniste pour diminuer le besoin d'une intervention chirurgicale.
 - ▶ être administré par voie orale, sub-linguale ou vaginale avec de bons résultats. Les combinaisons optimales de dose/voie d'administration n'ont pas été fermement établies.
 - ▶ avoir des effets secondaires comprenant les frissons, la fièvre, les nausées, les vomissements, la diarrhée et les maux de tête, mais ils sont en générale bénins et s'arrêtent d'eux-mêmes.
 - ▶ Causer légèrement plus de pertes de sang chez les femmes qui connaissent une interruption de grossesse du premier trimestre comparées aux femmes traitées par évacuation chirurgicale, mais la différence n'est pas significative du point de vue clinique.

Prise en charge de la douleur

- Les femmes ont besoin de prise en charge de la douleur pour le traitement d'urgence avec le curetage et l'AIU
- Les preuves sur l'efficacité de l'anesthésie paracervicale utilisant 1% de lidocaïne indiquant une diminution de la douleur sont de caractère conflictuel.
- Ni la technique d'anesthésie paracervicale, ni le soutien psychologique seul ne sont suffisants pour prendre en charge la douleur des patientes des SAA sous traitement par voie d'AMIU.
- L'utilisation de l'analgésie systémique avec curetage pour des avortements incomplets avec col dilaté jusqu'à 14 semaines est sans risque, efficace, avec une plus faible probabilité de transfusion de sang et n'exige pas l'utilisation d'une salle d'opération.
- L'utilisation de l'anesthésie générale avec curetage par aspiration entraîne un risque accru de perte de sang, lésions cervicales, perforation de l'utérus avec tous les risques d'hémorragie abdominale que cela comporte.

Counseling et services de planification familiale après avortement

- Un counseling et des services en planification familiale après l'avortement diminuent les avortements répétés.
- L'utilisation d'infirmiers-conseillers dévoués en PF comparé à des aiguillages en PF pour contraceptifs peut augmenter l'acceptation immédiate de la contraception pour les patientes des SAA.
- Les modèles de prestation des SAA qui offrent counseling et méthodes de planification familiale au même endroit où la femme obtient un traitement d'urgence peuvent augmenter la proportion de femmes qui quittent l'établissement avec une méthode contraceptive; arriver à un nombre moindre de grossesses non planifiées et à un nombre moindre d'avortements répétés un an plus tard.
- Les femmes qui subissent un avortement provoqué ou spontané et souhaitent à nouveau tomber enceintes devraient attendre au moins six mois avant de tomber à nouveau enceintes pour réduire l'incidence de l'anémie maternelle, de la rupture prématurée des membranes, de l'insuffisance pondérale à la naissance et de la naissance prématurée lors de la grossesse suivante.
- L'utilisation du DIU immédiatement après un avortement est sans risque.

Participation du partenaire masculin au counseling et à la prestation de services de planification familiale

- Les politiques d'hôpital qui interdisent l'entrée des hommes dans les services obstétricaux et gynécologiques freinent la participation des hommes et découragent l'engagement de ces derniers dans la santé de leur famille.
- Un grand nombre de femmes souhaitent que leur mari/partenaire soit présent pour le counseling, soit informé de leur état, du traitement qu'elles reçoivent, des soins de suivi dont elles ont besoin ainsi que des méthodes de planification familiale qu'elles ont l'intention d'utiliser.
- Un grand nombre de partenaires masculins souhaitent plus d'informations sur l'état de leur partenaire pendant les SAA et davantage d'informations sur la planification familiale.
- Le fait d'apporter un counseling aux maris des patientes SAA sur les soins de suivi, le retour de la fécondité et la planification familiale peut augmenter la pratique de la planification familiale et le soutien physique, matériel et affectif pour les patientes des SAA pendant la récupération.

Réduction de l'incidence des avortements spontanés

- Les femmes courent un risque accru d'avortement spontané si elles :
 - ▶ Ont subi une violence physique pendant la grossesse.
 - ▶ Sont séropositives à VIH.
 - ▶ Souffrent de paludisme pendant la grossesse.
 - ▶ Fument ou sont exposées au tabac pendant la grossesse.
 - ▶ Ont des taux élevés de consommation de caféine pendant la grossesse.
 - ▶ Ont une vaginose bactérienne
 - ▶ Sont exposées à la contamination environnementale, dont les pesticides et les fongicides.

Abus, séquelles psychologiques

- Les femmes peuvent indiquer des effets psychologiques négatifs après un avortement spontané ou provoqué
- Entre 27% et 39% de femmes qui souhaitent un avortement ont été les victimes d'abus à un moment donné pendant leur vie

Formation des prestataires pour les SAA : formation en cours d'emploi

- Fournir des mises à jour en technologie contraceptive, des ateliers de counseling et une formation en cours d'emploi sur les SAA peut:
 - ▶ augmenter le nombre de patientes SAA indiquant qu'elles ont reçu une information importante sur leurs soins et les options en matière de planification familiale
 - ▶ augmenter le nombre de patientes SAA qui quittent l'établissement avec une méthode de planification familiale, indépendamment du fait qu'un curetage ou une AMIU ait été pratiqué
 - ▶ améliorer la qualité des soins
- La formation augmente la satisfaction des médecins face à l'AMIU
- La formation des sages-femmes portant sur le counseling en planification familiale, IST/VIH et nutrition à l'intention des patientes SAA (en plus des autres tâches des sages femmes en matière de SAA, notamment le traitement d'urgence à l'aide de l'AMIU) peut renforcer le counseling sur ces thèmes

Questions sur les systèmes de prestation de services de SAA

- En permettant à des sages-femmes formées de fournir les services de SAA (utilisant l'AMIU), on aide à élargir l'accès aux services SAA.
- Les politiques sanitaires modifiées, des protocoles et directives de prestation de services mis au point et distribués sur les SAA et la réorganisation de services sont nécessaires pour institutionnaliser les SAA dans le milieu hospitalier ou pour fournir les SAA dans le cadre des consultations externes.
- Les services de SAA sont nécessaires, même là où l'avortement est légal. .

DOCUMENT RECOMMANDÉ

Nom du document: Qu'est-ce qui a fait ses preuves : Un guide de politiques et de programmes sur les preuves concernant les soins après avortement

Date: Février 2007

Récapitulatif: Ce guide est un récapitulatif des preuves qui documentent l'efficacité des diverses interventions. Les modules apportent des informations complémentaires sur l'information biomédicale provenant d'études cliniques de la bibliothèque de la santé reproductive de l'OMS, de la Collaboration Cochrane. Ce guide vient également s'ajouter au travail continu sur les meilleures pratiques en santé reproductive. Il s'inspire de rapports inédits complétant la recherche publiée dans des publications annotées par des collègues au vu de la quantité limitée de littérature publiée sur les SAA. L'information biomédicale est comprise dans la mesure où elle est pertinente pour les divers aspects programmatiques. Les modules dans ce guide classent ces interventions selon qu'elles sont efficace, modernes et à jour mais pas encore suffisamment étayées par des preuves et par interventions qui ne sont pas efficaces. Ce guide traite de questions relatives aux politiques et programmes concernant la santé reproductive. La plupart des données probantes dans ce guide proviennent d'études faites dans des pays en développement. Par ailleurs, lorsque de telles études de recherche n'étaient pas disponibles, les données de pays développés ont été incluses. Ce guide sera utile à ceux qui formulent des directives pour les meilleures pratiques.

Contenu pertinent SAA

I. Traitement d'urgence

- A. Intimité et confidentialité dans l'anamnèse et le bilan physique
- B. Dépistage
- C. Traitement médical

II. Counseling et prestation de services de planification familiale, évaluation et traitement des IST, counseling en VIH et/ou orientation pour conseils et dépistage en VIH

- A. Counseling pour traitement post-urgence (avant, pendant et après le traitement)
- B. Engagement des hommes dans le counseling et la prestation de services de PF
- C. Evaluation et traitement des IST
- D. Counseling et traitement lié au VIH
- E. Autres aspects du counseling concernant les soins après avortement

III. Habilitation communautaire par le biais de la sensibilisation et de la mobilisation communautaires

- A. Promotion sanitaire pour les SAA
- B. Réduire l'incidence des avortements provoqués et spontanés peut réduire le recours aux SAA

(continued)

Contenu pertinent pour les SAA (suite)

IV. Questions liées aux politiques, programmes et systèmes des SAA

- A. Formation des prestataires pour les SAA
- B. Questions liées aux systèmes pour la prestation des services de SAA
- C. Elargir l'accès aux soins, différents types d'établissements qui fournissent des SAA
- D. Vérifier la qualité des soins (utilisation de techniques d'amélioration)
- E. PSAA pour les femmes dans des pays où l'avortement est légal et disponible
- F. Intégration des SAA aux services obstétricaux d'urgence à tous les niveaux du système de santé, y compris dans les formations sanitaires
- G. Expansion et pérennisation
- H. Contributions hors formation à la mise en place et au renforcement des SAA

Liste récapitulative des données probantes