



BILL & MELINDA
GATES foundation

PLANIFICATION FAMILIALE POST AVORTEMENT : UNE COMPOSANTE CLEF DES SOINS POST AVORTEMENT

Déclaration de consensus : Fédération internationale de gynécologie et obstétrique (FIGO),
Confédération internationale des sages-femmes (ICM), Conseil international des infirmières (CII),
Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID),
L'alliance du ruban blanc (ARB), Département pour le développement International (DFID),
et Bill & Melinda Gates Foundation

1er novembre 2013

Nous nous engageons et nous sollicitons l'ensemble des programmes en charge des femmes de tout âge ayant subi un avortement pour :

- Faire en sorte que le counseling et les services de planification familiale volontaire fassent partie intégrante des soins post-avortement, quel que soit le cadre
- Responsabiliser et servir les femmes de tout âge ayant subi un avortement afin de prévenir des grossesses non désirées et d'autres avortements
- Fournir des informations sur l'espacement optimal entre les grossesses pour les femmes qui souhaitent une grossesse afin d'obtenir des avantages sanitaires cruciaux, telles que la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Nous reconnaissons que la planification familiale post-avortement est une stratégie efficace pour aider les pays à tenir leurs engagements dans le cadre l'Objectif N°5 du Millénaire pour le développement ; FP2020 ; Une promesse renouvelée et la Session Spéciale de l'Assemblée des Nations Unies sur le SIDA (UNGASS).

La Fédération Internationale de gynécologie et obstétrique (FIGO), la Confédération Internationale des sages-femmes (ICM), et le Conseil International des Infirmières (CII) se sont engagés à collaborer pleinement entre toutes les professions afin d'optimiser l'offre de planification familiale post-avortement, et par cette déclaration, d'autres partenaires se joignent à elles pour atteindre l'objectif d'accès universel à la planification familiale volontaire post-avortement.

Qu'est-ce que la planification familiale post-avortement et pourquoi est-elle importante?

Chaque année, environ 44 millions de femmes de tout âge subissent un avortement provoqué. Elles ont toutes besoin d'informations sur la planification familiale et les services de contraception volontaire. Depuis 1994, tous les systèmes de soins post-avortement comprennent deux services essentiels dans la définition de ce type de soins : traitement associé au counseling et prestation de services de planification familiale.

A l'échelle internationale, environ **210 millions de femmes tombent enceintes chaque année. Parmi elles,**

- **135 millions** accouchent d'un enfant vivant
- **80 millions** ont des grossesses non planifiées
- **44 millions** subissent un avortement provoqué dont **22 millions** sont à risque.
- **31 millions** ont des avortements spontanés (fausse-couches) ou des enfants morts-nés
- **47 000 femmes meurent** en raison d'un avortement à risque, ce qui représente 13% des décès.^{1,2}

Les services de planification familiale post-avortement doivent être mis à disposition des femmes immédiatement après un avortement provoqué ou spontané, voire un traitement lié à des complications, car la fécondité revient très rapidement. La contraception volontaire post-avortement est recommandée pour réduire les grossesses non planifiées et les avortements à répétition afin de limiter les risques d'effets négatifs sur la santé maternelle et périnatale au cours des grossesses suivant un avortement provoqué ou spontané (fausse-couche).^{3,4}

Qui a besoin de planification familiale?

Des millions de femmes ne peuvent contrôler les circonstances dans lesquelles elles tombent enceintes, et lorsqu'elles sont confrontées à une grossesse non désirée, bon nombre d'entre elles ont recours à un avortement sans risque ou à risques. Les femmes qui subissent une grossesse non désirée ont souvent déjà subi un avortement, ^{5,6,7} en revanche, beaucoup de ces femmes n'ont pas accès à des contraceptifs efficaces et ne se voient pas offrir immédiatement des services de planification familiale, alors que les femmes qui ont subi un avortement courent le risque d'une grossesse presque immédiatement après l'intervention.⁸ Dans 12 pays d'Asie centrale et d'Europe orientale, le taux d'avortement a radicalement baissé simultanément à l'augmentation de l'utilisation de contraceptifs efficaces.⁹

Les femmes qui subissent des avortements spontanés doivent également avoir accès à une contraception post-avortement. Certaines femmes souhaitent de nouveau tomber enceintes, et les données actuelles indiquent que l'espacement des grossesses d'au moins 6 mois après un avortement spontané est associé à une amélioration des issues de grossesse.^{4,9}

Quels sont les résultats obtenus par l'offre de services de planification familiale post-avortement ?

Le counseling et les services de planification familiale sont offerts immédiatement après l'avortement, quelle qu'en soit la méthode, avant que la femme ne quitte l'établissement, permet d'améliorer rapidement les taux d'acceptation de la contraception post-avortement, de 0-10% avant la mise en œuvre du programme, à 50-80% une ou deux années après.^{3,10} Le counseling sur la contraception volontaire et les méthodes contraceptives devraient être disponibles au même moment et au même endroit que celui où la femme est prise en charge.

Réduire les coûts et optimiser le temps de travail du personnel

La mise à disposition d'une contraception post-avortement est pertinente d'un point de vue financier à la fois pour la personne, pour l'institution et pour faire gagner du temps au personnel.¹¹ Au Nigeria, par exemple, l'accès à l'avortement sans risque est très limité, le coût du traitement des complications de l'avortement est quatre fois plus élevé que le coût de services de planification familiale pour prévenir ces avortements.¹²

Engagement pour une action en faveur de l'accès universel à la planification familiale post-avortement

La FIGO, l'ICM et l'CII se sont engagés à faire en sorte que leurs membres s'impliquent pour la mise en œuvre du counseling et des services de planification familiale de haute qualité.¹³ Ces professionnels de santé et les

Points clefs du consensus

- A l'échelle internationale, une grossesse sur trois (75 millions) se termine soit par un avortement provoqué (44 millions), soit par un avortement spontané ou l'accouchement d'un enfant mort-né (31 millions).^{1,2}
- Le besoin non satisfait en matière de planification familiale est une des principales causes des avortements provoqués.^{5,6,9}
- Les femmes ayant subi un avortement sont à risque d'une nouvelle grossesse quasi-immédiatement.⁸
- Toutes les femmes qui ont subi un avortement devraient bénéficier de counseling sur la planification familiale post-avortement volontaire ainsi que des services de planification familiale sur le site où leurs soins sont dispensés, y compris un large éventail de méthodes.^{3,12,13,14}
- L'adoption de la planification familiale post-avortement est élevée (50-80%) lorsque des services de qualité sont offerts avant la sortie de l'établissement médical.^{3,10,15,16}
- La mise à disposition universelle d'un accès à la contraception post-avortement volontaire doit être la norme de pratique pour les médecins, les infirmières et les sages-femmes.¹³
- L'organisation de services visant à assurer l'accès au counseling sur la planification familiale volontaire et au choix de méthodes contraceptives peut permettre un gain économique et de temps de personnel et de sauver des vies. Cela peut également permettre aux femmes de décider si et quand elles souhaitent avoir des enfants.^{11,12,17}
- La FIGO, l'ICM, et l'CII ont pris l'engagement de collaborer pleinement entre les différentes professions afin d'optimiser les soins post-avortement.¹³
- Il est nécessaire d'agir auprès des responsables politiques et des gouvernements afin d'obtenir des services de planification familiale post-avortement de qualité, de promouvoir le partage des tâches, de renforcer la formation professionnelle et de réduire les besoins non satisfaits en matière de planification familiale.¹³

organisations partenaires soutenant cette déclaration, reconnaissent tout autant la nécessité de planification familiale pour les femmes en post-partum et se sont engagés à renforcer les services de contraception comme un élément essentiel des soins en postpartum et post-avortement.^{3,18} Cette action est motivée par le fait que la planification familiale et l'espace des naissances réduisent le nombre de grossesses non planifiées et d'avortements, ainsi que la morbidité et la mortalité parmi les femmes, les nouveau-nés, les nourrissons et les enfants.^{5,7,9,10,18,19}

« Si une femme vient à l'hôpital alors qu'elle a subi un avortement [provoqué], nous avons déjà échoué une fois en ne l'aidant pas à éviter une grossesse non désirée ou au mauvais moment. Si elle quitte la structure sans avoir les moyens d'empêcher une autre grossesse non désirée à l'avenir, alors nous aurons échoué une deuxième fois. »

—*Cynthia Steele Verme*
1994, *Postabortion Care (PAC)*
Consortium, Conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD), Le Caire

INTERVENTIONS NECESSAIRES

Organiser les services pour optimiser les résultats

Plusieurs approches organisationnelles se sont avérées efficaces pour dispenser des soins post-avortement de qualité.^{3,15,16,20} Il s'agit entre autres :

- De faire en sorte que les institutions fournissent un espace adapté pour les soins post-avortement, notamment pour le traitement, le counseling et les services de contraception avant que la femme ne quitte l'établissement,
- De s'assurer que les fournitures et équipements nécessaires à la contraception soient disponibles sur le point de service
- De recourir aux sages-femmes, infirmières, et personnels de santé formés pour conseiller les patientes
- De former les médecins, sages-femmes et infirmières en groupe en tant qu'équipes, à l'administration de soins post-avortement notamment le partage des tâches si les réglementations locales le permettent
- De documenter les résultats par méthode contraceptive choisie, comprenant le nombre et le pourcentage de femmes bénéficiant d'une méthode de contraception avant de quitter la structure
- D'impliquer les hommes dans la prise de décision concernant la planification familiale en donnant des conseils sur la planification familiale aux couples

Fournir un large éventail de méthodes contraceptives aux patientes en post-avortement

Pour être efficaces, les programmes doivent assurer une offre adaptée et un large éventail de méthodes contraceptives dans les salles de traitement, incluant notamment des méthodes temporaires à longue durée d'action. La plupart des méthodes contraceptives peuvent être initiées en post-avortement immédiat. La formation et l'emploi d'un nombre supplémentaire de sages-femmes dédiées à l'offre de méthodes contraceptives à longue durée d'action et réversibles hautement efficaces, telles que le dispositif intra-utérin (DIU) et les implants hormonaux, en s'assurant qu'ils aient bien l'autorité légale pour fournir ces méthodes, permettront de renforcer l'accès à un large éventail de méthodes contraceptives.^{7,14}

Assurer un counseling qualifié

La période suivant l'avortement est un moment où l'impact de l'intervention des professionnels de santé sur les résultats de santé reproductive est majeur.²¹ Le counseling qualifié est particulièrement important pour les femmes les plus jeunes dont la première interaction avec le système de santé se produit à l'occasion de soins post-avortement. En Afrique, 25% des avortements à risque concernent les femmes âgées de 15 à 19 ans.²² Les professionnels formés, notamment les sages-femmes et le personnel de salle, doivent soutenir toutes les femmes qui ont subi un avortement provoqué afin de les aider à prendre les meilleures décisions par rapport à leurs projets en matière de santé et de reproduction.

Soutenir la poursuite d'une contraception post-intervention

Pour renforcer la poursuite contraceptive, les femmes de tout âge devraient bénéficier d'un programme pour obtenir des fournitures contraceptives en continu et/ou pour des visites de suivi. Elles devraient pouvoir disposer d'instructions écrites simples sur l'utilisation de la méthode adoptée, avec des informations concises sur avantages et sur les effets secondaires les plus courants. Idéalement, cette information devrait être donnée avant le début du traitement, car le stress, la sédation et l'anesthésie peuvent entraîner une mauvaise compréhension, voire l'oubli.

Assurer le plaidoyer et le leadership pour l'accès universel à la planification familiale post-avortement

Un effort conjoint entrepris par les professionnels de la santé, les responsables politiques, les organisations confessionnelles et les gouvernements peuvent assurer des pratiques optimales pour le counseling et services de planification familiale notamment la répartition adéquate de responsabilités entre les médecins, les sages-femmes et les agents de santé communautaires. La consolidation de l'éducation pré-service pour les médecins, sages-femmes et

infirmières leur permettra de mieux se préparer à assurer les missions de counseling sur la contraception et au fonctionnement des services intégrés. Si les objectifs de l'amélioration de la qualité des soins, des besoins en planification familiale et de gain de temps du personnels cela peut être un avantage pour tous, les coûts sont réduits et les vies préservées.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2011). *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6è Edition*. Genève.
2. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw S, et Bankole A. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 379(9816):625–632.
3. High Impact Practices in Family Planning (HIP). (2012). Postabortion family planning: strengthening the family planning component of postabortion care. Washington, DC: USAID. Disponible sur : www.fphighimpactpractices.org/resources/postabortion-family-planningstrengthening-family-planning-component-postabortion-care.
4. OMS. (2006). *Report of a WHO technical consultation on birth spacing. Geneva, Switzerland, 13-15 June 2005*. Genève.
5. Smith R, Ashford L, Gribble J, et Clifton D. (2009). *Family planning saving lives. 4th Edition*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
6. Jones RK, Singh S, Finer LB, and Frohwirth LF. (2006). *Repeat abortion in the United States*. Occasional Report 29. New York: Guttmacher Institute.
7. Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, et Secura, GM. (2012). Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet Gynecol* 120(6):1291–1297.
8. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. (2000). The timing of the “fertility window” in the menstrual cycle: day-specific estimates from a prospective study. *BMJ* 321(727):1259–1262.
9. Westoff, CF (2005). *Recent trends in abortion and contraception in 12 countries*. DHS Analytical Studies, No. 8. Princeton: Princeton University; et Calverton, MD: ORC Macro.
10. USAID. (2007). *What works: A policy and program guide to the evidence on family planning, safe motherhood, and STI/HIV/AIDS interventions. Module 2: Postabortion care*. Washington, DC. Disponible sur : www.postabortioncare.org/research/Compendium.pdf.
11. Vlassoff M, Shearer J, Walker D, and Lucas H. (2008). *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: Evidence and estimation challenges*. IDS Research Report 59. Brighton, UK: Institute of Development Studies, University of Sussex. Disponible sur : www.ids.ac.uk/files/dmfile/RR591.pdf.
12. Lule E, Singh S, et Chowdhury SA. (2007). *Fertility regulation behaviors and their costs: Contraception and unintended pregnancies in Africa and Eastern Europe and Central Asia*. Washington, DC: Banque mondiale.
13. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), International Confederation of Midwives (ICM), International Council of Nurses (ICN), et U.S. Agency for International Development (USAID). (2009). *Family planning: a key component of post abortion care*. Washington, DC.
14. Roberts H, Silva M, et Xu S. (2010). Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception* 82(3):260–265.
15. Rasch V, Massawe S, Mchomvu Y, Mkamba M, et Bergstrom S. (2004). A longitudinal study on different models of post-abortion care in Tanzania. *Acta Obstet Gynecol Scand* 83(6):570–575.
16. Billings DL, Fuentes VJ, et Perez-Cuevas R. (2003). Comparing the quality of three models of postabortion care in public hospitals in Mexico City. *Int Fam Plan Perspect* 29(3):112–120.
17. United Nations. (1995). *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. A/CONF.171/13/Rev.1. New York. Disponible sur : http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_eng.pdf.
18. Maternal and Child Health Integrated Program. (2012). *Statement for collective action for postpartum family planning*. Washington, DC. Téléchargé le 5 août 2013, sur <http://www.mchip.net/ppfp/>.
19. Rasch V, Huber D, et Akande EO. (2007). *Report of the Postabortion Care Technical Advisory Panel*. Washington DC: USAID.
20. Rasch V et Lyaruu M. (2005). Unsafe abortion in Tanzania and the need for involving men in postabortion contraceptive counseling. *Stud Fam Plann* 36(4):301–310.
21. Williamson LM, Parks A, Wight D, Petticrew M, et Hart GJ. (2009). Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries: a systematic review of qualitative research. *Reproductive Health* 6:3 doi:10.1186/1742-4755-6-3. Disponible sur : www.reproductive-health-journal.com/content/6/1/3.
22. Shah I et Ahman E. (2004). Age patterns of unsafe abortion in developing country regions. *Reprod Health Matters* 12(24 Suppl):9–17. Disponible sur : www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp/2012/Figures/figure_pg35.pdf. Consulté le 16 septembre 2013.

Des ressources complémentaires sont disponibles sur le site Web de Postabortion Care : www.postabortioncare.org