



# PLANIFICATION FAMILIALE : UN ELEMENT FONDAMENTAL DES SOINS POST-AVORTEMENT

Déclaration de Consensus : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), Confédération Internationale de Sages-femmes (ICM), Conseil International de Sages-femmes, et l'Agence Américaine pour le Développement International

25 Septembre 2009

*«Si la femme que nous soignons suite à des complications liées à un avortement est là parce qu'elle n'a pas pu obtenir de moyen de contraception, alors cela signifie que nous l'avons laissée tomber à deux reprises.» (1994, Consortium Post-Avortement, Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), Le Caire)*

## CONTEXTE

Sur les 205 millions de grossesses recensées à travers le monde chaque année, 80 millions ne sont pas prévues. Parmi ces grossesses, 42 millions donnent lieu à un avortement – légal pour 22 millions et illégal pour 20 millions.<sup>1, 2, 3</sup> Les avortements à risque représentent 13% des morts maternelles à travers le monde et près de 25% d'entre eux dans certains pays.

Les femmes ont en général recours à l'avortement pour un certain nombre de raisons comme la réduction de la taille de la famille, la volonté de retarder la grossesse, l'échec d'un moyen de contraception ou à la suite d'un viol.<sup>4</sup> Les avortements provoqués légalement ou illégalement sont essentiellement causés par le fait que les besoins en termes de planification familiale ne soient pas satisfaits.<sup>5</sup> Les femmes qui ont subi un avortement provoqué sont une population à haut risque pour ce qui est des avortements provoqués multiples.<sup>6</sup> Pour ces femmes et pour toutes les femmes, la planification familiale doit être volontaire, elle doit être mise à leur disposition facilement et les informations doivent être compréhensibles et concises.

## Points de Consensus Clefs

- Une grossesse sur trois recensée à travers le monde – soit plus de 70 millions – se termine par un avortement, spontané ou provoqué.
- L'absence de réponse au besoin de planification familiale représente une des causes principales des avortements provoqués.
- Les femmes ayant subi un avortement courent le risque d'une autre grossesse dans les 2 ou 3 semaines qui suivent l'intervention.
- L'ensemble des femmes qui ont subi un avortement doivent volontairement bénéficier de conseils en matière de planification familiale à la suite d'un avortement.
- Un large éventail de méthodes de contraception, y compris les méthodes de longue durée, doit être fourni et accompagné d'instructions écrites simples.
- L'adoption de la planification familiale post-avortement est élevée lorsque des services de qualité sont mis à la disposition des patientes avant l'autorisation de sortie de la structure médicale.
- L'accès universel à la planification familiale post-avortement doit être une norme pour les médecins, infirmières et sages-femmes.
- La réorganisation des services peut permettre de réduire les coûts, de gagner du temps et de sauver des vies.
- Les professionnels de la santé de la FIGO, de l'ICM, et de l'ICN doivent jouer un rôle particulier en plaidant auprès des responsables politiques et gouvernements pour assurer l'instauration de services de planification familiale post-avortement de qualité, le partage des responsabilités, la consolidation de l'éducation professionnelle et l'amélioration de la situation sanitaire.

Beaucoup de femmes ne bénéficient pas de services de planification familiale post avortement immédiats, même si elles risquent une grossesse dans les 2–3 semaines qui suivent. De plus, 31 millions de femmes subissent des avortements spontanés chaque année. Bien que beaucoup de ces femmes souhaitent réparer la grossesse perdue, les experts recommandent un laps de temps de six mois après un avortement spontané résultant d'une grossesse désirée afin d'obtenir des résultats optimum lors d'une nouvelle grossesse.<sup>7</sup>

Par conséquent, toutes les femmes devraient bénéficier de conseils et de services de planification familiale après un avortement — spontané ou provoqué — indépendamment du mode d'avortement ou d'extraction utilisé.

### **Le recours à la planification familiale est élevé à la suite immédiate d'un avortement**

Lorsque l'assistance psychologique et les services de planification familiale sont offerts après tout type de traitement post avortement, le taux d'acceptation est élevé. De nombreuses études ont montré que lorsque l'on prête attention à la programmation qui inclut les mises à jour des technologies contraceptives pour les prestataires, la réorganisation des services en vue de l'assistance psychologique en matière de planification familiale et l'administration de méthodes avant l'autorisation de sortie de la structure, et lorsque les contraceptifs sont mis à disposition au moment de la prestation de service, les taux d'acceptation de la contraception post-avortement peuvent augmenter rapidement, en passant de 0-10% avant les interventions liées au programme à 50-80% dans l'année voire les deux années qui suivent la mise en œuvre.<sup>7</sup> Par conséquent, les méthodes de planification familiale doivent être fournies au moment où les services post-avortements sont fournis, avant que la patiente ne quitte la structure.

### **Les femmes ayant des besoins incontestables**

La femme qui subit un avortement provoqué exprime par ses actions son désir d'éviter la grossesse et l'accouchement — certaines au péril de sa vie. Les professionnels de la santé ont l'occasion et l'obligation d'offrir des services de planification familiale efficaces. Les jeunes femmes dont les premiers contacts avec le système sanitaire ont généralement pour but de bénéficier de soins post-avortement, ont besoin de conseils avisés. Des prestataires attentifs sont nécessaires pour soutenir toutes les femmes qui ont subi un avortement provoqué afin de les aider à prendre les meilleures décisions concernant leur santé et à entreprendre une action appropriée. La période suivant l'avortement est un moment difficile et les professionnels de la santé doivent saisir cette occasion pour avoir un impact non négligeable sur la santé reproductive.<sup>8</sup>

### **Réduction des coûts et optimisation du temps du personnel**

Les services de planification familiale post-avortement visant à prévenir les avortements répétés sont pertinents d'un point de vue financier pour l'individu concerné et pour l'institution, en effet, ils permettent au personnel de gagner du temps.<sup>9</sup> Par exemple, au Nigéria où la possibilité de bénéficier d'un avortement sans risque est limitée, le coût du traitement des complications liées à l'avortement est quatre fois plus élevé que la mise en place de services de planification familiale dont le but est de prévenir ces avortements.<sup>10</sup> Dans 12 pays d'Asie centrale et d'Europe de l'est, l'ensemble des taux d'avortement a considérablement baissé alors que le recours à des méthodes de contraception efficaces s'est accru.<sup>11</sup>

### **La vision pour un accès universel à la planification familiale post-avortement**

La Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), la Confédération Internationale de Sage-femme (ICM) et le Conseil International d'Infirmières (ICN) se sont engagés à faire en sorte que nos membres plaident en faveur de conseils et services de haute qualité en matière de planification familiale post-avortement. L'accès universel à la planification familiale post-avortement et post-partum est tout à fait pertinent et il doit être envisagé comme un élément majeur de nos soins, en vertu des indices qui montrent que la planification familiale et l'espacement des grossesses contribuent à réduire le nombre de grossesse non prévues et le besoin d'avortement de même qu'ils limitent la morbidité et la mortalité chez les femmes, les nouveau-nés, les nourrissons et les enfants.

***L'accès universel à la planification familiale post-avortement doit devenir une norme en matière de soins publics ou privés pour les médecins, les infirmières et les sages-femmes. Nous assurerons une collaboration totale entre professions afin d'optimiser la prestation de services de planification familiale post-avortement.***

## **INTERVENTIONS NECESSAIRES**

### **Réorganisation des services**

Il a été clairement prouvé que la réorganisation des services en vue des soins post-avortement et les conseils et services en matière de planification familiale 24h sur 24, sept jours sur sept, améliore l'adoption de la planification familiale post-avortement. Plusieurs approches différentes des prestations de services se sont avérées fructueuses<sup>3, 12, 13, 14</sup>, il s'agit de :

- a. Faire en sorte que les institutions fournissent des locaux séparés pour les soins post-avortement, y compris les conseils et services en matière de planification familiale avant que la femme ne quitte la structure
- b. Avoir recours aux infirmières et au personnel pour conseiller les patientes
- c. Former les médecins et les sages femmes ensemble en tant qu'équipes pour fournir des soins post-avortement
- d. Inclure les hommes dans la prise de décision sur la planification familiale en donnant des conseils aux couples

### **Fournir un large éventail de méthodes de planification familiale pour les clientes ayant subi un avortement**

Des systèmes efficaces doivent être instaurés pour assurer la mise à disposition adaptée d'un large éventail de méthodes de contraception, y compris les méthodes temporaires et de longue durée dans les salles de consultation. La plupart des méthodes de planification familiale peuvent être lancées à la suite immédiate de l'avortement. La formation et l'emploi de davantage de sages-femmes et infirmières pour fournir des méthodes de planification familiale de longue durée consolideront l'accès à toute une gamme de méthodes.

### **Conseils en matière de contraception pour les clientes bénéficiant de conseils et de tests dépistage du VIH après un avortement**

Dans les cadres où la prévalence du VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) est élevée, les conseils et services dispensés après l'avortement doivent être liés au VIH et au dépistage et traitements d'IST et ils doivent inclure des conseils relatifs aux préservatifs.<sup>15</sup>

### **La continuité contraceptive après un avortement**

Pour renforcer la continuité contraceptive, les femmes doivent bénéficier d'un plan pour obtenir des méthodes de contraception en continu et/ou des visites de suivi. Elles doivent avoir des instructions écrites simples pour l'utilisation de leur méthode contraceptive, de même que des informations concernant les effets secondaires courants et les avantages.

### **Le leadership assuré par les professionnels de la santé permet d'accroître l'accès à la planification familiale post-avortement**

Les médecins, les sages-femmes et infirmières jouent un rôle particulier en plaidant en faveur des femmes qui ont subi un avortement et en faisant en sorte que les services de qualité en matière de planification familiale post-avortement soient mis en place et assurés. Un leadership est nécessaire de la part de FIGO, de l'ICM et l'ICN pour assurer des pratiques optimales pour les conseils et services de planification familiale post-avortement, y compris le partage de responsabilités appropriées entre les médecins, sages-femmes, infirmières et professionnels de la santé. Le renforcement de la formation préalable à la mise en place des services pour les médecins, sages-femmes et infirmières les préparera à donner des conseils et assurer des services de planification familiale. Les responsables politiques et les gouvernements doivent être attentifs aux professionnels de la santé et doivent tenir compte des données qui confirment l'amélioration de la formation professionnelle, la réorganisation des services, et la prestation de services de planification familiale,

surtout lorsqu'elle a lieu dans les mêmes locaux que les services post-avortement. Lorsque la qualité des soins s'améliore, des vies sont préservées, le personnel gagne du temps, les coûts sont réduits et tout le monde en bénéficie.

## Références

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). 2007. *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. Fifth Edition*. Genève: OMS.
2. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, et Shah IH. 2007. *Induced abortion: estimated rates and trends worldwide*. *Lancet* 370(9595):1338–1345.
3. Rasch V, Huber D, et Akande EO. 2007. *Report of the Postabortion Care Technical Advisory Panel*. Washington, DC: U.S. Agency for International Development (USAID).
4. Guttmacher Institute. 2007. *Facts About the Unmet Need For Contraception in Developing Countries*. New York.
5. Smith R, Ashford L, Gribble J, et Clifton D. 2009. *Family Planning Saves Lives. Fourth Edition*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
6. Jones RK, Singh S, Finer LB, et Frohwirth LF. 2006. *Repeat Abortion in the United States*. Occasional Report 29. New York: Guttmacher Institute.
7. 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. [www.infoforhealth.org/pac/research/CompendiumFPHIVSTI.pdf](http://www.infoforhealth.org/pac/research/CompendiumFPHIVSTI.pdf).
8. 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. [www.reproductive-health-journal.com/content/6/1/3](http://www.reproductive-health-journal.com/content/6/1/3).
9. Vlassoff M, Shearer J, Walker D, et Lucas H. 2008. *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*. IDS Research Report No. 59. University of Sussex, Brighton: Institute of Development Studies.
10. 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: World Bank.
11. Westoff CF. 2005. *Recent trends in abortion and contraception in 12 countries*. DHS Analytical Studies, 8. Calverton, MD: ORC Macro.
12. 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 Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 83(6):570–575.
13. Billings DL, Fuentes VJ, et Perez-Cuevas R. 2003. Comparing the quality of three models of postabortion care in public hospitals in Mexico City. *International Family Planning Perspectives*, 29(3):112–120.
14. Rasch V et Lyaruu M. 2005. Unsafe abortion in Tanzania and the need for involving men in postabortion contraceptive counseling. *Studies in Family Planning*, 36(4):301–310.
15. Rasch V, Yambesi F, et Massawe S. 2006. Postabortion care and voluntary HIV counselling and testing—an example of integrating HIV prevention into reproductive health services. *Tropical Medicine and International Health*. 11(5):697–704.

Des sources supplémentaires sont disponibles sur le site Internet des Soins Post-avortement: [www.postabortioncare.org](http://www.postabortioncare.org) ([www.infoforhealth.org/pac/](http://www.infoforhealth.org/pac/)).

Ce document a été traduit et publié par le Projet RESPOND (Accord de coopération N°. GPO-A-00-08-00007-00), grâce au soutien de l'Agence Américaine pour le Développement International. La révision technique de la traduction a été assurée par la Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO).