

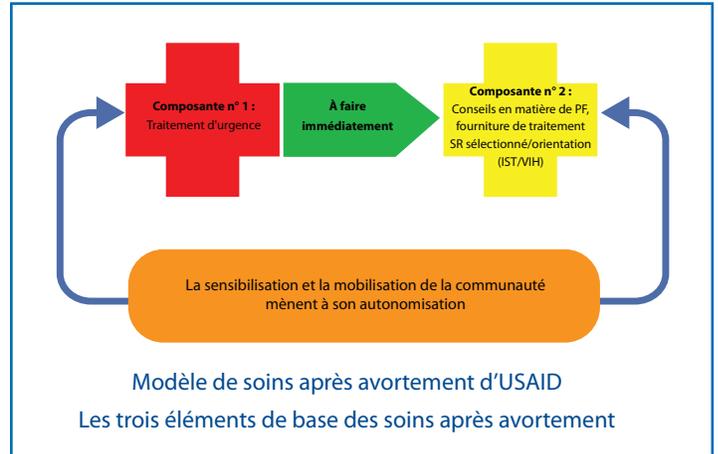
Quelle est la pratique à haut impact constatée en matière de prestation de services de planification familiale ?

Donner les conseils et l'information ainsi que les services de planification familiale au moment et à l'endroit même où les femmes reçoivent des services liés à un avortement spontané ou provoqué.

Contexte

Les bénéficiaires de soins après avortement sont des femmes et des jeunes filles qui ont de toute évidence besoin de planification familiale. Même si une femme souhaite avoir un enfant au plus vite, les directives de l'OMS préconisent d'attendre au moins six mois après un avortement (ou interruption volontaire de grossesse, IVG) avant de retomber enceinte (OMS, 2006). Les soins après avortement comprennent trois éléments : 1) un traitement d'urgence des complications liées à un avortement spontané ou provoqué ; 2) la fourniture de conseils et de services de planification familiale et, lorsque les ressources humaines et financières sont disponibles, l'évaluation et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) ainsi que des conseils en matière de VIH et/ou l'orientation vers un dépistage des femmes ayant avorté ; et 3) renforcer le pouvoir des communautés par le biais de leur sensibilisation et de leur mobilisation (USAID, 2004). Il existe aujourd'hui des preuves solides qu'il est possible, acceptable et efficace de fournir des services de planification familiale en parallèle et au même endroit que des services après avortement. Malgré cela, un grand nombre de femmes quittent les centres après un avortement sans qu'il leur ait été offert des conseils et des informations ou des services de planification familiale. Cet document de synthèse souligne l'importance de renforcer la planification familiale en tant qu'élément indissociable des services après avortement et montre ce que cet élément peut apporter aux programmes nationaux.

La planification familiale après avortement est l'une des « pratiques à haut impact dans la planification familiale » (PHI) recensées par un groupe consultatif technique d'experts internationaux. Lorsqu'elles sont déployées à grande échelle et institutionnalisées, les pratiques à haut impact permettent de maximiser les investissements en faveur d'une stratégie complète de planification familiale (USAID, 2011). Pour en savoir plus sur les autres pratiques à haut impact, voir <https://www.fphighimpactpractices.org/fr/apercu/>.



« Si une femme vient nous voir pour des complications après avortement parce qu'elle n'a pas pu obtenir de contraception, nous avons manqué à nos obligations. Si elle repart sans planification familiale, nous avons manqué à nos obligations une seconde fois. »

Verme, 1994

Pourquoi cette pratique est-elle importante ?

Quelles que soient les conditions dans lesquelles ils sont pratiqués, les avortements ainsi que les fausses couches (appelées aussi « avortements spontanés ») sont courants. En 2008, 21 % des grossesses (soit 44 millions) à travers le monde ont été volontairement interrompues. Près de la moitié d'entre elles étaient considérées à risques (Sedgh et al., 2012). On estime qu'une grossesse sur quatre se solde par une fausse couche au cours des six premières semaines (Wilcox et al., 1999).

Les besoins non satisfaits en termes de planification familiale sont nombreux parmi les bénéficiaires de soins après avortement. D'après une dizaine d'études menées dans ce domaine, près de 20 % des femmes bénéficiant de services après avortement déclarent avoir déjà avorté. Selon cinq études pour lesquelles des données sont disponibles, plus d'un quart des femmes concernées (27 %) voulaient attendre au moins deux ans avant d'avoir d'autres enfants. En outre, alors que plus de la moitié des bénéficiaires de soins après avortement se déclaraient intéressées à utiliser la contraception (dix études), un quart d'entre elles seulement (27 %) quittent l'établissement qui les a soignées avec une méthode contraceptive (six études) (Kidder et al., 2004).

Les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité sont une cause majeure de morbidité et de mortalité maternelles dans les pays en développement. Malgré les efforts déployés à l'échelle mondiale, 47 000 femmes sont mortes en 2008 des suites des complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité. Par ailleurs, le taux mondial de décès maternels liés à des avortements à risque reste inchangé, soit 13 % (OMS, 2011). Les conséquences peuvent être plus graves pour les populations défavorisées. D'après plusieurs études, les taux de complications et de mortalité associées à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité sont plus élevés chez les femmes dont le statut socio-économique est faible (Briozzo et al., 2004 ; Chowdhury et al., 2007 ; Gasman et al., 2006 ; Korejo et al., 2003). En 2008, presque toutes les IVG pratiquées en Afrique se déroulaient dans de mauvaises conditions de sécurité (Sedgh et al., 2012) et 41 % de ces avortements à risque concernaient des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans dans les pays en développement (Shah et Ahman, 2012).

Les femmes présentent un risque de grossesse presque aussitôt après un avortement. La fertilité se rétablit dans la semaine qui suit l'avortement (Wilcox et al., 2000). Or, des services de planification familiale prodigués à temps peuvent prévenir une grossesse ultérieure non désirée.

L'espacement des naissances est important pour la santé des femmes et des enfants. À la suite d'une fausse couche ou d'un avortement provoqué, les femmes devraient attendre au moins six mois avant de retomber enceintes, afin de réduire les risques d'anémie maternelle, de rupture prématurée des membranes, de poids insuffisant à la naissance et d'accouchement prématuré lors de la grossesse suivante (OMS, 2006).

Quel est son impact ?

La planification familiale après avortement augmente à l'acceptation de la contraception dans divers milieux. Des études réalisées dans plusieurs régions du monde révèlent que la proportion de femmes ayant avorté qui quittent l'établissement de santé avec la méthode contraceptive de leur choix augmente lorsque la composante de planification familiale des soins après avortement est renforcée (tableau 1, page suivante).

La planification familiale après avortement réduit le nombre de grossesses imprévues et d'avortements à répétition. D'après plusieurs études, la fourniture de services de planification familiale dans le cadre de soins après avortement peut accroître le recours à la contraception et réduire les avortements à répétition. Au Zimbabwe, par exemple, les femmes qui interrompaient leur grossesse devaient normalement se procurer des méthodes contraceptives auprès d'un établissement de santé maternelle et infantile des environs pour un prix modique. Les bénéficiaires de services après avortement standard couraient ainsi 3 fois plus de risques de tomber enceintes au cours des 12 mois suivant une IVG que les clientes qui avaient reçu des services et des méthodes de planification familiale gratuitement et sur place, compte tenu de leur situation matrimoniale, de leur désir d'avoir un autre enfant et de l'utilisation de méthodes contraceptives par le passé (Johnson et al., 2002). Les agents de mise en œuvre du programme soulignent que la fourniture de conseils et de l'information supplémentaires en matière de planification familiale lors des visites de suivi est un facteur important de prévention des avortements à répétition (Johnson et al., 2002 ; Savelieva, et al., 2003).

Tableau 1. Pourcentage de bénéficiaires de soins après avortement qui reçoivent une méthode contraceptive avant et après le renforcement des services de planification familiale

Pays (N/N*)	Avant intervention (n)	Après intervention (n*)	Références
Argentine (205/209)	40 % (82)	65 % (134)	Romero et al., 2010
Burkina Faso (330/456)	57 % (188)	83 % (378)	Frontiers, 2000
Cambodge (1 085/1 970)	15 % (158)	40 % (792)	Delvaux et al., 2008
Éthiopie (2 301/2 231)	31 % (709)	78 % (1 746)	Alemayehu et al., 2009
Ghana (-/323)	-	52 % (168)	Billings et al., 1999
Kenya ¹ (481/319)	<1 % (3)	48 % (154)	Solo et al., 1999
Malawi (-/464)	-	80 % (373)	Lema et Mpanga, 2000
Népal (-/282)	-	70 % (194)	Malla et al., 1997
Pérou ² (99/102)	31 % (31)	59 % (60)	Benson et Huapaya, 2002
Sénégal (318/543)	10 % (32)	25 % (138)	CEFOREP, 1998
Tanzanie ³ (-/752)	-	70 % (525)	Wanjiru et al., 2007
Tanzanie (-/788)	-	90 % (708)	Rasch et al., 2004
Turquie (-/342)	-	81 % (277)	Ortayli et al., 2001
Turquie (4 100/3 623)	65 % (2 665)	98 % (3 514)	Senlet et al., 2001
Zimbabwe (903/1 009)	34 % (307)	92 % (928)	Mahomed et al., 1997

N/N* : taille totale des échantillons respectifs des groupes avant et après intervention.

n/n* : nombre de femmes des groupes avant et après intervention qui utilisent une méthode contraceptive.

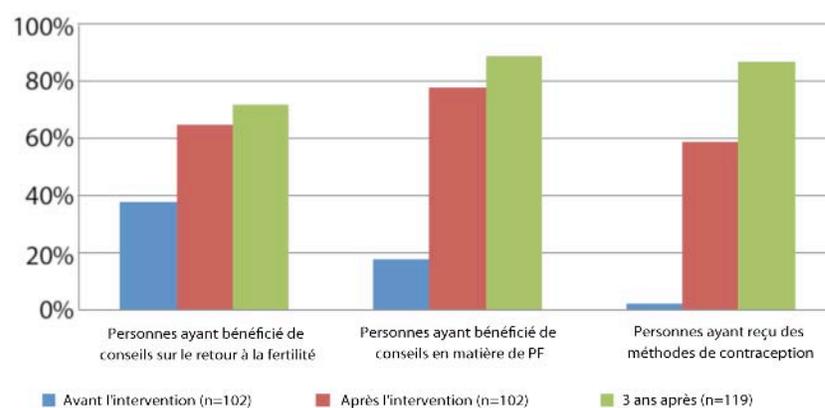
¹ Les indicateurs d'utilisation de méthodes contraceptives avant et après l'intervention ont été calculés à partir de toutes les patientes de soins après avortement qui ont bénéficié de services de planification familiale de la part : 1) de l'équipe de gynécologues du service de gynécologie ; 2) de l'équipe du centre de planification familiale intervenant dans le service de gynécologie ; et 3) des prestataires extérieurs d'un centre de planification familiale.

² Les résultats avant intervention comprennent un petit nombre de femmes qui avaient recours à une méthode de planification familiale dans les 30 jours suivant leur départ de l'hôpital. D'après les chercheurs, avant l'intervention, « la majorité [des femmes] s'arrêtaient au centre de planification familiale immédiatement après avoir reçu leur autorisation de sortie, avant même de quitter l'hôpital ». Les résultats après intervention comptabilisent uniquement les femmes ayant bénéficié d'une méthode de planification familiale avant leur sortie.

³ Deux établissements ont été retirés de l'analyse, car ils ne fournissaient pas de conseils et de méthodes de planification familiale sur place.

La planification familiale après avortement contribue à la pérennisation et à l'institutionnalisation des conseils et des services dans ce domaine au fil du temps. Au Pérou et en Turquie, des études montrent que les établissements qui ont renforcé la composante de planification familiale des soins après avortement ont maintenu, voire élargi, leurs services et conseils en matière de planification familiale longtemps après la fin de l'assistance technique (Benson et Huapaya, 2002 ; Senlet et al., 2001). Au Pérou, plus de 80 % des clientes ont reçu une méthode de planification familiale avant de quitter l'établissement trois ans après la fin de l'assistance technique de départ (figure 1).

Figure 1. Pourcentage de clients de soins après avortement qui ont reçu à des services de planification familiale avant de quitter l'établissement de santé (Pérou)



Source : Benson et Huapaya, 2002

Mode d'emploi : conseils pratiques tirés des expériences de mise en œuvre

- **Fournissez des services de planification familiale en même temps et à l'endroit même où les femmes bénéficient de services après avortement.** Ceci entraîne une meilleure acceptation de la contraception par rapport aux femmes référées vers des services et des produits de contraception. D'après une étude menée au Kenya dans le cadre de laquelle trois modèles de fourniture de planification familiale après avortement ont été testés, le modèle consistant à le counseling et des méthodes de planification familiale dans le service même était le plus efficace, le plus acceptable et le plus applicable (Solo et al., 1999). Des études menées au Cambodge et en Tanzanie ont également révélé que les bénéficiaires de soins après avortement traités dans des établissements disposant de services de planification familiale sur place étaient beaucoup plus susceptibles d'accepter une méthode contraceptive que celles qui étaient traitées dans des établissements orientant les femmes vers des centres de planification familiale extérieurs (McDougall et al., 2009 ; Wanjiru et al., 2007). Selon des directives relatives à la planification familiale, « aider une femme à adopter une méthode contraceptive efficace est une tâche essentielle des soins après avortement qui ne devrait pas être reportée aux visites de suivi » (Hatcher et al., 2009, p. 666).
- **Assurez un environnement qui protège la dignité des femmes venues bénéficier des services de soins après avortement.** Prenez les mesures nécessaires (formation des prestataires, exercices de clarification des valeurs, etc.) pour que les femmes soient traitées avec respect et pour éviter toute stigmatisation ou négligence.
- **Garantissez un accès équitable aux services de planification familiale, quelle que soit la méthode d'évacuation utérine employée.** Les méthodes contraceptives qu'il est possible d'utiliser après une évacuation utérine chirurgicale ou médicale sont les mêmes, et la plupart peuvent être appliqués dès le jour du traitement d'un avortement incomplet, à quelques exceptions près¹. D'après certaines données factuelles, la probabilité que les clientes bénéficient de services et de conseils de planification familiale peut varier selon la méthode d'évacuation utérine employée (Nielsen et al., 2009). Il est important que l'ensemble des prestataires et des établissements accueillant des femmes pour un avortement incomplet offre des services et des conseils de planification familiale immédiats et sur place dans le cadre des soins après avortement (Rasch et al., 2004), quelle que soit la méthode d'évacuation utérine utilisée.
- **Prenez en compte le coût pour les clientes et leurs motivations.** Une étude menée à Perm (Russie) a constaté que les coûts liés à un avortement étaient nettement inférieurs aux coûts liés à l'utilisation d'un contraceptif pendant un an (Savelieva et al., 2003). Or, cette observation ne tient pas compte du coût social ou de la charge supplémentaire (financière ou en termes de temps) pour le système de santé. L'étude souligne cependant l'importance d'offrir des conseils de qualité permettant de mieux cerner les motivations personnelles et les coûts (financiers et sociaux) pour les clientes, afin de les aider à prendre des décisions avisées en ce qui concerne la contraception de leur choix après un avortement.
- **Élargissez la gamme de méthodes contraceptives proposées.** D'après les recommandations de l'OMS, en l'absence de complications une femme qui vient d'avorter peut aussitôt utiliser, sans courir de risque, un large éventail de méthodes contraceptives : préservatifs, spermicides, contraceptifs oraux, contraception d'urgence, injectables, dispositifs intra-

Considérations relatives au déploiement à grande échelle

Pour étendre et institutionnaliser les pratiques à haut impact, assurez-vous que des réformes pourront être entreprises dans les domaines suivants :

- financement
- politiques et directives, notamment pour la délégation des tâches
- systèmes d'information sur la santé
- besoins en logistique et en approvisionnement
- sensibilisation de la communauté
- communication sur la santé
- supervision
- formation

¹ Il est possible de poser un stérilet aussitôt après une IVG. En cas de complications après avortement, un stérilet peut être posé dès lors que toute infection ou lésion de l'appareil génital a été écartée. Après un traitement médical (misoprostol), il est conseillé d'attendre pour s'assurer que la femme n'est plus enceinte avant la pose d'un stérilet. La ligature des trompes, qui doit être décidée au préalable, peut être réalisée le jour de l'évacuation chirurgicale de l'utérus, sauf en cas d'infection ou de pertes de sang importantes. En l'absence de données concernant le délai de réalisation d'une ligature des trompes après un traitement au misoprostol, il est conseillé de la programmer lors d'une visite de suivi.

utérins (stérilets), implants, stérilisation masculine ou féminine, etc.² (OMS, 2010). En proposant des méthodes variées, vous augmenterez l'utilisation des services de planification familiale. Au Honduras, lorsque les méthodes contraceptives proposées se sont diversifiées, le pourcentage de bénéficiaires de soins après avortement quittant les établissements de santé avec une méthode contraceptive est passé de 13 % à 54 % (Medina et al., 2001). Au Cambodge, la probabilité qu'une cliente reparte avec une méthode contraceptive est beaucoup plus élevée dans les établissements qui proposent plus de quatre méthodes que dans ceux qui en proposent moins (42 % contre 14 % respectivement) (McDougall et al., 2009).

- **Donnez aux clientes le moyen de bénéficier d'un approvisionnement continu en contraceptifs et d'un soutien permanent.** Après qu'une femme commence à utiliser une méthode contraceptive, assurez-vous que les femmes sont en mesure de se réapprovisionner et de recevoir un soutien continu ; cela favorisera la prise régulière de contraceptifs. Les prestataires doivent également fournir aux femmes des documents d'information, d'éducation et de communication, notamment des instructions sur la manière d'utiliser la méthode de leur choix.
- **Encouragez les prestataires de niveau intermédiaire à fournir des services de soins après avortement.** Plusieurs pays (dont le Kenya, le Mozambique, le Népal, l'Ouganda, le Sénégal et la Tanzanie) ont démontré que des prestataires de niveau intermédiaire formés et compétents pouvaient fournir des services de soins après avortement en toute sécurité, y compris des soins d'urgence (par aspiration manuelle ou Misoprostol), des conseils en matière de planification familiale, la fourniture de méthodes de contraception et des conseils en matière d'IST, de VIH/sida et de nutrition. Dans les régions reculées ou mal desservies, les prestataires de niveau intermédiaire, tels que les sages-femmes et le personnel infirmier, sont plus accessibles que les médecins. En outre, il ressort de certaines études qu'il est plus facile d'intégrer la planification familiale aux services après avortement lorsque les sages-femmes sont responsables de tous les services de santé reproductive (Kiggundu, 1999).
- **Aborder les obstacles culturels et organisationnels à l'utilisation de la planification familiale.** Une étude menée en Égypte a constaté que les bénéficiaires de soins après avortement étaient peu nombreuses à recourir à la planification familiale, même dans les établissements qui proposaient des méthodes contraceptives sur place (Youssef et al., 2007). Les auteurs de cette étude ont souligné que les prestataires du service de maternité n'étaient pas suffisamment motivés et incités à fournir des services de planification familiale, que le renouvellement rapide du personnel diminuait l'efficacité des modèles de prestation de services et que les femmes n'avaient pas le pouvoir de prendre des décisions en matière de planification familiale sans que les hommes ne soient impliqués (Youssef et al., 2007). Le fait de dispenser une formation afin de sensibiliser la direction et le personnel de l'établissement à l'importance de la planification familiale après avortement peut toutefois améliorer l'attitude des prestataires (Cobb et al., 2001).

Éléments des programmes performants en matière de planification familiale après avortement

- Les champions assurent le leadership permettant de modifier l'organisation des services.
- La direction et le personnel des établissements sont sensibilisés à l'importance de la planification familiale après avortement.
- Les services sont organisés de manière à faciliter l'offre des services de la planification familiale et à associer les partenaires masculins avec le consentement des patientes.
- Les descriptions de postes sont modifiés au besoin pour améliorer l'accès à la planification familiale après avortement.
- Les directives relatives à la fourniture de services et les protocoles cliniques sont alignés sur les normes internationales.
- Des systèmes d'information, de prévision et d'achats et une chaîne d'approvisionnement sont établis ou mis à jour pour garantir un approvisionnement constant en méthodes contraceptives, en documents d'information, d'éducation et de communication et en consommables.

² Les méthodes fondées sur la connaissance des périodes de fertilité, à l'instar de la méthode des jours fixes, sont déconseillées aux femmes au cours du cycle qui suit l'avortement. Elles peuvent commencer à utiliser les méthodes basées sur le calendrier après le retour de leurs menstruations.

Facteurs d'échec de la fourniture de services de planification familiale après avortement

- Compétences et connaissances insuffisantes du personnel des services de santé maternelle en matière de planification familiale.
 - Approvisionnement irrégulier en méthodes contraceptives.
 - Préjugés ou résistance des prestataires concernant la prestation de services de planification familiale aux bénéficiaires de soins après avortement en raison de stigmatisation liés à l'avortement ou d'obstacles culturels.
 - Femmes ne pouvant prendre de décisions concernant l'utilisation de méthodes contraceptives.
 - Obstacles médicaux inutiles à la prestation des services de planification familiale.
 - Échec des tentatives de cohésion entre les équipes dédiées à la santé maternelle et à la planification familiale.
-
- **Engagez les hommes et les réseaux de soutien.** Souvent, les femmes souhaitent que leur partenaire, leur conjoint ou une personne de confiance soit présent(e) pour recevoir des conseils concernant les soins après avortement. De même, beaucoup d'hommes veulent être mieux informés sur l'état de leur partenaire pendant les soins après avortement ou sur la planification familiale (Solo et al., 1999). Le fait de le counseling aux partenaires, avec le consentement des clientes, au sujet des soins de suivi, des effets secondaires et des complications des méthodes contraceptives ou encore du rétablissement de la fertilité, peut favoriser l'utilisation de la contraception et renforcer le soutien physique, matériel et affectif des bénéficiaires de soins après avortement pendant leur convalescence (Abdel-Tawab et al., 1999).
 - **Impliquez les agents de santé communautaires.** Une étude menée au Kenya a révélé qu'en formant des agents de santé communautaires pour qu'ils sensibilisent l'opinion publique au sujet des soins après avortement et conseillent les femmes en matière de planification familiale, on pouvait à la fois augmenter le nombre de bénéficiaires de services après avortement et d'utilisatrices de méthodes contraceptives. Dans 90 % des cas, les bénéficiaires de soins après avortement avaient été envoyées par des agents de santé communautaires (Magak et Mukenge, 2003).

Outils et ressources

Site d'information sur les soins après avortement, disponible en français, en anglais, en espagnol et en russe

www.postabortioncare.org

VSI Contraceptive Guide for Postabortion Care Services, une référence au format livre de poche pour les cliniciens

http://vsinnovations.org/assets/files/Resources/VSI_Contraceptive%20Pocket%20Guide.pdf

Pour en savoir plus sur les pratiques à haut impact dans la planification familiale (PHI), contactez l'équipe dédiée d'USAID à l'adresse : www.fphighimpactpractices.org/contact/.

Bibliographie

- Abdel-Tawab N., Huntington D., Hassan E. O., Youssef H., Nawar L., Effects of husband involvement on postabortion patients' recovery and use of contraception in Egypt, dans : Huntington D., Piet-Pelon N. J., (dir.) *Postabortion care: lessons from operations research*, New York : Population Council, 1999, p. 16-37.
- Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), *Postabortion care strategy*, Washington : USAID, 2004.
- Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), *Pratiques à Haut Impact dans la Planification Familiale*, Washington : USAID, 2011.
- Alemayehu T., Otsea K., GebreMikael A., Dagne S., Healy J., Benson J., Abortion care improvements in Tigray, Ethiopia: using the Safe Abortion Care (SAC) approach to monitor the availability, utilization and quality of services, Rapport final relatif à un projet mis en œuvre dans 50 établissements de santé publics pendant deux ans, Chapel Hill, Caroline du Nord, Ipas, 2009.
- Benson J., Huapaya V., *Sustainability of postabortion care in Peru*. New York : Population Council, mai 2002, 45 pages.
- Billings D., Victor A., Baird T., Taylor J., Ababio K., Ntow S., Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana, dans : Huntington D., Piet-Pelon N. (dir.), *Postabortion care: lessons from operations research*, New York : Population Council, 1999, p. 141-158.
- Briozzo L., Rodriguez F., Leon I., Vidiella G., Ferreiro G., Pons J. E., Unsafe abortion in Uruguay, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, avril 2004, vol. 85, n° 1, p. 70-73.
- Centre Régional de Formation, de Recherche et de Plaidoyer en Santé de la Reproduction (CEFOREP), *Introduction des soins obstétricaux d'urgence et de la planification familiale pour les clientes présentant des complications liées à un avortement incomplet*, Dakar : CEFORP, 1998.
- Chowdhury M. E., Botlero R., Koblinsky M., Saha S.K., Dieltiens G., Ronsmans C., Determinants of reduction in maternal mortality in Matlab, Bangladesh: a 30-year cohort study, *Lancet*, 13 oct. 2007, vol. 370, n° 959, p. 1320-1328.
- Cobb L., Putney P., Rochat R., Solo J., Buono N., Dunlop J., Vandenbroucke M., *Global evaluation of USAID's postabortion care program*, Washington : POPTECH, 2001.
- Delvaux T., Soeur S., Rathavy T., Crabbé F., Buvé A., Integration of comprehensive abortion-care services in a Maternal and Child Health clinic in Cambodia, *Tropical Medicine and International Health*, août 2008, vol. 13, n° 8, p. 962-969.
- Frontiers in Reproductive Health, *Burkina Faso postabortion care: upgrading postabortion care benefits patients and providers*, OR Summary 3, Washington : Frontiers in Reproductive Health, 2000.
- Gasman N., Blandon M. M., Crane B. B., Abortion, social inequity, and women's health: obstetrician-gynecologists as agents of change. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, sept. 2006, vol. 94, n° 3, p. 310-316.
- Hatcher R. A., Trussell J., Nelson A. L. (dir.) *Contraceptive technology*, 19e édition, New York : Ardent Media, Inc., 2009.
- Johnson B. R., Ndhlovu S., Farr S. L., Chipato T., Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception. *Studies in Family Planning*, juin 2002, vol. 33, n° 2, p. 195-202.
- Kidder E., Sonneveldt E., Hardee K., *Who receives PAC services? Evidence from 14 countries*, Washington : The Futures Group, 2004.
- Kiggundu C., Decentralizing integrated postabortion care in Uganda: a pilot training and support initiative for improving the quality and availability of integrated RH service, Kampala, Ouganda, ministère de la Santé, PRIME, Ipas et DISH, 1999.
- Korejo R., Noorani K. J., Bhutta S., Sociocultural determinants of induced abortion, *Journal of the College of Physicians and Surgeons – Pakistan*, mai 2003, vol. 13, n° 5, p. 260-262.
- Lema V. M., Mpanga V., Post-abortion contraceptive acceptability in Blantyre, Malawi, *East African Medical Journal*, sept. 2000, vol. 77, n° 9, p. 488-493.
- Magak K., Mukenge M., COBAC: Community-based Abortion Care midterm evaluation, Western Kenya, Pacific Institute for Women's Health, 2003.
- Mahomed K., Healy J., Tandom S., Family planning counselling - a priority for post abortion care, *The Central African Journal of Medicine*, juil. 1997, vol. 43, n° 7, p. 205-207.
- Malla K., Kishore S., Padhye S., Hughes R., McIntosh N., Tietjen L., Establishing postabortion care services in Nepal, *Journal of Nepal Medical Association*, 1997, vol. 35, p. 104-110.
- McDougall J., Fetters T., Clark K. A., Rathavy T., Determinants of contraceptive acceptance among Cambodian abortion patients, *Studies in Family Planning*, juin 2009, vol. 40, n° 2, p. 123-132.
- Medina R., Vernon R., Mendoza I., Aguilar C., *Expansion of postpartum/postabortion contraception in Honduras*, New York : Population Council, 2001.
- Nielsen K. K., Lusiola G., Kananma J., Bantamby J., Kikumbih N., Rasch V., Expanding comprehensive postabortion care to primary health facilities in Geita District, Tanzania; *African Journal of Reproductive Health*, juin 2009, vol. 13, n° 2, p. 129-138.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, 4^e édition, Genève : OMS, 2010.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), [Report of a WHO technical consultation on birth spacing](#), Genève, Suisse, 13-15 juin 2005, Genève : OMS, 2006.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), [Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008](#), 6e édition, Genève : OMS, 2011.

Ortayli N., Bulut A., Nablant H., The effectiveness of preabortion contraception counselling, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2001, vol. 74, n° 3, p. 281-285.

Rasch V., Massawe S., Yambesi E., Bergstrom S., Acceptance of contraceptives among women who had an unsafe abortion in Dar es Salaam, *Tropical Medicine and International Health*, mars 2004, vol. 9, n° 3, p. 399-405.

Romero M., Zamberlin N., Gianni M. C., [La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos](#), *Salud Colectiva*, 2010, vol. 6, n° 1, p. 21-35.

Savelieva I., Pile J. M., Sacci I., Loganathan R., [Postabortion family planning operations research study in Perm, Russia](#), New York : Population Council, 2002.

Sedgh G., Singh S., Shah I. H., Ahman E., Henshaw S., Bankole A., Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, *Lancet*, fév. 2012, vol. 379, n° 9816, p. 625-632.

Senlet P., Cagatay L., Ergin J., Mathis J., [Bridging the gap: integrating family planning with abortion services in Turkey](#), *Perspectives internationales sur le Planning Familial*, juin 2001, vol. 27, n° 2, p. 90-95.

Shah I. H. et Ahman E., Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women, *Reproductive Health Matters*, 2012, vol. 20, n° 39, p. 169-173.

Solo J., Billings D., Aloo-Obunga C., Ominde A., Makumi M., Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya, *Studies in Family Planning*, mars 1999, vol. 30, n° 1, p. 17-27.

Verme C. S., Postabortion care: a global health issue [vidéo], Nahitchevsky G., Webb Productions, producteur, Washington : Postabortion Care Consortium (AVSC International, Fédération internationale pour la planification familiale, International Projects Assistance Services, JHPIEGO Corporation, Pathfinder International), 1994. Une vidéo : 12 min., format NTSC.

Wanjiru M., Askew I., Munguti N., Ramarao S., Homan R., Kahando R., Pile J.M., [Assessing the feasibility, acceptability and cost of introducing comprehensive post abortion care in health centres and dispensaries in rural Tanzania](#), *Rapport final*, New York : Population Council, 2007.

Wilcox A. J., Dunson D., Baird D. D., The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ*, 18 nov. 2000, vol. 321, n° 7271, p. 1259-1262.

Wilcox A.J., Baird D.D., Weinberg C.R., Time of implantation of the conceptus and loss of pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, 10 juin 1999, vol. 340, n° 23, p. 1796-1799.

Youssef H., Abdel-Tawab N., Bratt J., [Linking family planning with postabortion services in Egypt: testing the feasibility, acceptability and effectiveness of the two models of integration](#), New York : Population Council, 2007.

Référence suggérée :

Pratiques à Haut Impact dans la Planification Familiale (PHI), *Planification familiale après avortement : renforcer la composante de planification familiale dans les soins après avortement*. Washington : USAID, nov. 2012. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.fphighimpactpractices.org/fr/briefs/planification-familiale-apres-avortement/>

Remerciements : La première version de ce document a été rédigée par Julie Solo et Shawn Malarcher. Nous tenons à remercier Bridgit Adamou, Halida Akhert, Hashina Begum, Linda Casey, Fabio Castaño, Maureen Corbett, Carolyn Curtis, Selamawit Desta, Brenda Doe, Mario Festin, Karen Foreit, Jennifer Friedman, Judith Fullerton, Sarah Harbison, Nuriye Hodoglugil, Roy Jacobstein, Nathalie Kapp, Cate Lane, Ricky Lu, Imran Mahmud, Cat McKaig, Erin Mielke, Deborah Murray, Nuriye Ortayli, Emma Ottolenghi, Juncal Plazaola-Castaño, Chelsea Polis, Samaya Ramarao, Tatiana Rastrigina, Suzanne Reier, Ilka Rondinelli, Marcela Rueda, Ruwaida Salem, Boniface Sebikali, Shelley Snyder, Cathy Solter, Jeff Spieler, Patricia Stephenson, Holley Stewart, Sara Stratton, John Townsend et Lynn van Lith pour leur analyse critique et leurs commentaires très utiles.

Cet aide-mémoire PHI a été approuvé par : l'Agence des États-Unis pour le développement international, EngenderHealth, la Fédération internationale pour la planification familiale, le Fonds des Nations Unies pour la Population, Futures Group, l'Institut de la Santé Reproductive de Georgetown University, IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs, Management Sciences for Health, Marie Stopes International, Pathfinder International, Population Council, Population Services International, Postabortion Care Consortium et Venture Strategies Innovations.

Traduction en français par UNFOA.

Le Partenariat PHI est un partenariat diversifié, axé sur les résultats, composé d'une gamme d'intervenants et d'experts ayant de perspectives variées. Les opinions exprimées et le langage employé dans ses publications ne représentent pas nécessairement ceux des organisations coparrainantes, ni des partenaires de soutien.



Novembre 2012