



**Qu'est-ce qui a fait ses preuves :
Un Guide de politiques et de programmes
sur les preuves concernant les**

Soins après avortement

Février 2007

Table des Matières

Remerciements.....	v
Liste des abréviations.....	vii
Introduction à la série de modules du présent Guide.....	1
Résumé analytique des soins après avortement.....	5
Note sur la position du Gouvernement des Etats-Unis face aux soins après avortement	9
Introduction aux soins après avortement.....	11
I. Traitement d'urgence.....	15
A. Caractère privé et confidentiel de l'anamnèse et du bilan physique	
B. Dépistage	
C. Traitement médical	
II. Counseling et prestation de services de planification familiale ; évaluation et traitement des IST et conseils et dépistage du VIH/orientation-recours pour les services de conseils et dépistage.....	63
A. Counseling pour le traitement d'urgence (Counseling avant, pendant et après le traitement)	
B. Participation du partenaire au counseling et à la prestation des services de planification familiale	
C. Evaluation et traitement des IST	
D. Counseling et traitement du VIH	
E. Autres aspects du counseling lié aux soins après avortement	
III. Habilitation de la communauté grâce à la sensibilisation et à la mobilisation communautaires	109
A. Promotion sanitaire pour les SAA	
B. Réduire l'incidence de l'avortement spontané peut également réduire la nécessité d'avoir recours aux SAA	
IV. Aspects sur le plan politiques, programmes et systèmes se rapportant à la prestation des soins après avortement.....	145
A. Formation des prestataires de soins en matière de SAA	
B. Aspects systémiques pour la prestation des services de SAA	
C. Elargir l'accès aux soins, types d'établissements qui fournissent des SAA	
D. Assurer la qualité des soins (utilisation sur place de techniques d'amélioration de la qualité)	
E. SAA pour les femmes dans les pays où l'avortement est autorisé par la loi et où les services liés à l'avortement sont disponibles	
F. Intégration des SAA aux services des soins obstétricaux d'urgence à tous les niveaux du système de soins de santé, y compris au sein de l'établissement de santé	
G. Expansion et pérennisation	
H. Contributions autres que la formation à la mise en place et au renforcement des SAA	

Liste récapitulative de données probantes.....	193
Approches clés à adopter dans les SAA.....	205
Annexes.....	209
Glossaire des termes et définitions.....	217
Références.....	221

Remerciements

Ce module a été mis au point grâce au soutien du Groupe de Travail des Soins Après Avortement de l'USAID, sous la direction de Carolyn Curtis, CNM, MSN, FACNM ; infirmière/sage-femme certifiée/ Spécialiste en Santé publique. Membres du Groupe de Travail des Soins Après Avortement : Mary Vandembroucke, James Griffin, Sarah Harbison, Amy Leonard, Gary Cook, Lily Kak, Mary Ellen Stanton, Patricia Stephenson, Willa Pressman, Khadijat Mojidi, Sandra Jordan, Barbara Seligman, Mary Jo Lazear, Marguerite Farrell, Lindsay Stewart, Julie Chitty, Maureen Norton, Shawn Malarcher, Lois Schaefer, Patricia MacDonald, Pamela Mandel et Dana Vogel.

Le Groupe de Travail SAA de l'USAID tient également à remercier les organisations membres du Consortium SAA qui ont apporté de nombreux documents pour l'étude et pour son travail et ses efforts en vue de sauver la vie de milliers de femmes grâce à la formation et à la mise en œuvre de programmes de soins après avortement dans le monde entier.

Le Groupe de Travail des Soins Après Avortement souhaite remercier les personnes suivantes, qui sont les auteurs de ce module : Martha Wood, MPH, Emma Ottolenghi, MD, Celeste Marin, MPH, Emily Sonneveldt, MPH, Jenny Yuen, MPH, Elizabeth Kidder, MPH, Merrick Wright, MPH, Arzum Ciloglu, DrPH, et Jessica St. John, MPH, MBA. Les auteurs tiennent à remercier Carolyn Curtis, Betty Farrel et Marcela Agular pour leur soutien et encouragement pour ce module, ainsi que Karen Hardee, Kay Willson et Claire Wingfield pour leur assistance en matière de recherche et d'aide éditoriale.

Nous tenons également à faire mention des personnes suivantes qui ont revu ce module et qui ont fait des commentaires fort utiles : Jean Ahlborg (EngenderHealth) ; E. Oluwole Akande (Organisation mondiale de la Santé, à la retraite) ; Marcos Arevalo (Université Georgetown) ; Deborah Billings (IPAS) ; Barbara Crane (IPAS) ; Judith Fullerton (Consultante privée) ; Anita Gibson (USAID/Népal) ; Douglas Huber (Management Sciences for Health) ; Enriquito Lu (JHPIEGO) ; Rebecca Lundgren (Université Georgetown) ; Celeste Marin (Frontiers) ; John Quinley (USAID/Népal) ; Susana Rance (IPAS/Bolivie) ; Vibeke Rasch (Fédération internationale des Obstétriciens et Gynécologues) ; Irina Savelieva (USAID/Russie) ; Elizabeth Schoenecker (USAID/Washington) ; Fatim Tall Thiam (Management Sciences for Health/Sénégal) ; Katherine Turner (IPAS) ; Helena von Hertzen (Organisation mondiale de la Santé) ; et Mary Nell Wagner (EngenderHealth).

Ce module est une composante du Dossier mondial d'informations sur les SAA qui comprend également des politiques, directives et matériel de communication se rapportant aux SAA.

Liste des abréviations

SP	Soins prénatals
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
ASC	Agent de santé communautaire
CIDA	Agence canadienne pour le Développement international
CLADEM	Comité de l'Amérique latine et des Caraïbes pour la Défense des Droits de la Femme
CRLP	Centre pour la Loi et la Politique en matière de Reproduction
D&C	Dilatation et curetage
EDS	Enquête démographique et de santé
DMPA	Depot-medroxyprogesterone acetate
SOE	Soins obstétricaux essentiels
SOU	Soins obstétricaux d'urgence
AEIU	Aspiration électrique intra-utérine
FHI	Family Health International
PF/SR	Planification familiale/santé de la reproduction
VSS	Violence sexo-spécifique
hCG	Gonadotrophines chorioniques humaines
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VIH-1	Virus de l'immunodéficience humaine (Sous-type, non-B)
IARC	International Agency for Research on Cancer (Agence internationale pour la Recherche sur le Cancer)
IMSS	Mexican Institute of Social Security (Institut mexicain de Sécurité Sociale)
IOM	Institut de Médecine
DIU	Dispositif intra-utérin
JHPIEGO	Organisation à but non lucratif affiliée à Johns Hopkins University
SMI	Santé maternelle et infantile
TMM	Ratio/taux de mortalité maternelle
MS	Ministère de la Santé
TMAE	Transmission mère-à-enfant du VIH/SIDA
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine
OB/GYN	Obstétrique et gynécologie
CO	Contraception orale
RO	Recherche opérationnelle
SAA	Soins après-avortement
HPP	Hémorragie du post-partum
MST	Maladie sexuellement transmissible
IST	Infection sexuellement transmissible
AT	Accoucheuse traditionnelle
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement international
CDV	Conseils et désistage volontaires
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Introduction à la série de modules du présent Guide

Les décideurs et les planificateurs de programme ont devant eux toute une panoplie de données et preuves lorsqu'ils conçoivent des interventions de santé de la reproduction. La priorité accordée actuellement à ce qu'on appelle les « meilleures pratiques » a pour intention d'évaluer les données probantes sur les programmes et interventions et à mettre en relief celles qui sont les plus efficaces. Au vu des modiques ressources pour la santé de la reproduction et de la demande croissante pour les services, les priorités des programmes doivent reposer sur des interventions efficaces. La majorité de la recherche scientifique et biomédicale sur les interventions de santé de la reproduction est écrite pour des chercheurs et très peu est destinée spécialement aux décideurs. Le présent guide est rédigé à l'intention des décideurs et des planificateurs de programme qui conçoivent les interventions de santé de la reproduction et qui doivent décider parmi les interventions prioritaires. Les organisations qui apportent une assistance aux programmes dans le monde entier peuvent également trouver utile ce guide.

Ce guide, *Qu'est-ce qui a fait ses preuves : Un guide de politiques et de programmes sur les preuves concernant les soins après avortement*, est un récapitulatif des données probantes qui documentent l'efficacité des diverses interventions. Ce guide sera utile à tous ceux qui formulent des directives pour les meilleures pratiques.

Les modules du guide apportent des informations complémentaires à l'information biomédicale provenant d'études cliniques dans la Bibliothèque de

Santé de la Reproduction de l'OMS fondée sur la Collaboration Cochrane.¹

Si les examens de la Collaboration Cochrane sont des méta-analyses d'essais cliniques aléatoires, il existe pourtant un grand nombre de problèmes de santé dans les pays en développement qui ne se prêtent pas à l'examen fait à l'aide de cette méthodologie. Le présent guide vient également enrichir le travail fait actuellement sur les meilleures pratiques en santé de la reproduction.

Ce guide sur les SAA, contrairement au volume qui l'accompagne sur la Maternité sans Risques (Gay et al., 2003), repose essentiellement sur des rapports inédits venant compléter la recherche publiée dans des revues avec annotations de collègues au vu du volume limité de littérature publiée sur les SAA. L'information biomédicale est incluse dans la mesure où elle est pertinente aux fins programmatiques.

Par ailleurs, les modules dans ce guide classent les interventions en fonction de celles qui sont efficaces, celles qui pourraient être à la pointe du progrès mais pour lesquelles il n'existe pas encore suffisamment de preuves et les interventions courantes qui ne sont pas efficaces. Ce guide traite d'aspects, aux niveaux politiques et programmes, se rapportant à la santé de la reproduction. La plupart des preuves citées dans le guide sont tirées d'études faites dans des pays en développement. Et lorsqu'une telle recherche n'était pas disponible, des

¹ La Collaboration Cochrane, ressource internationale pour la médecine factuelle dans toutes les spécialités est un examen tenu à jour des essais aléatoires cas-témoins (PANOS, 2001). L'information sur la Collaboration Cochrane et la Bibliothèque connexe de Santé de la Reproduction de l'OMS est disponibles à www.cochrane.org or www.update-software.com.

preuves des pays développés ont été données.

Contrairement à la Collaboration Cochrane, les auteurs n'ont pas réanalysé les données sur les interventions, classé les niveaux de preuve ou présenté une analyse des implications des données. Un grand nombre d'études à grande envergure, dont certains essais aléatoires cas-témoins sont mentionnés pour certaines interventions et pour d'autres, la recherche à l'appui provient d'une seule étude utilisant une petite taille d'échantillons. Conjointement avec les articles d'examen, les études originales sont citées, tel qu'indiqué dans l'examen. On a cherché à utiliser les études originales et les sources primaires mais, si l'original n'a pas été localisé, les auteurs ont utilisé les articles d'examen. Les preuves des articles d'examen sont notées clairement (par exemple, x cité dans y).

Gray (1997) indique les cinq niveaux de solidité graduelle de la recherche :

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.

Les preuves disponibles dans ce guide se rangent essentiellement dans le niveau de solidité III ; bien que certaines preuves des niveaux I, II, IV et V soient également données. Les preuves présentées dans ce guide proviennent de la meilleure recherche disponible sur les interventions de santé de la reproduction que les auteurs ont pu réunir au moment où chaque module a été publié. Dans la liste des « données probantes, » les auteurs ont noté si la preuve était « solide » ou si la question se rapportant aux SAA demandait une recherche supplémentaire (par exemple, « il faut faire plus de recherche »). La colonne « Type Gray » se rapporte à la solidité graduelle en fonction de l'échelle de Gray.

Ce guide des SAA traite des questions de coût et de viabilité. Contrairement au volume qui l'accompagne sur la Maternité sans Risques (Gay et al., 2003), qui ne traite pas des questions relatives au coût, à l'équité et à la viabilité, les données sur les SAA fournissent des indications financières claires. Les études des SAA comportant des données sur les coûts sont comprises dans ce guide.

Ce module est organisé de la manière suivante :

- Introduction récapitulant les questions d'importance critique.
- Les interventions, présentées sous forme de tableau, avec un récapitulatif des données probantes se rapportant aux interventions dans la colonne à gauche et des détails sur la recherche pertinente étayant l'intervention ou la politique dans la colonne à droite. Les interventions sont indiquées dans la table des matières du module et sont organisées en fonction des trois composantes centrales de la nouvelle stratégie SAA de l'USAID : 1) traitement d'urgence ; 2) counseling

et services de planification familiale avec prestation de services choisis de santé de la reproduction (évaluation et traitement des IST et counseling pour le VIH et/ou orientation pour le test de dépistage du VIH) ; et 3) habilitation communautaire via la sensibilisation et la mobilisation communautaires.

- Questions relatives aux politiques et aux programmes (par exemple, accès aux soins et qualité des soins).
- Ressources sur le Web pour la conception de programme.
- Références et manuels cliniques.
- Index annoté des interventions.

Il est important de noter que des SAA de haute qualité sont un ensemble de services comportant bien des aspects : réorganisation des services ; méthodes de prévention des infections ; information de la patiente et consentement informé pour le traitement d'urgence et la prise en charge de la douleur ; information et counseling de la patiente concernant les complications possibles et les soins de suivi à domicile ; counseling et services de planification familiale avec information sur le retour de la fécondité ; information et services se rapportant aux IST/VIH/SIDA ; et habilitation/responsabilisation communautaires via sensibilisation et mobilisation pour prendre en charge ces questions. Les composantes IST/VIH/SIDA et sensibilisation communautaire sont des aspects nouveaux dans les soins après-avortement et, par conséquent, un nombre moindre d'interventions sont comprises dans ces volets.

Les références à un certain nombre d'interventions et études importantes des SAA sont répétées dans un certain nombre de sections de ce module, par exemple, dans les sections sur le traitement d'urgence, le counseling, la formation et les politiques.

Des mises à jour régulières seront données dans le document en ligne disponible sur www.postabortioncare.org ou www.postabortioncare.com

De plus, une version CD-ROM de ce guide sera préparée.

Résumé analytique

Ce guide examine la recherche se rapportant aux interventions dans le domaine des soins après-avortement.

Les soins après-avortement (SAA) comportent trois composantes centrales : a) traitement d'urgence pour les complications liées aux avortements spontanés ou provoqués ; b) counseling en planification familiale et espacement des naissances et prestation de services de planification familiale avec services choisis de santé de la reproduction (évaluation et traitement des IST, counseling pour le VIH et orientation/réalisation des tests de dépistage du VIH) pour éviter d'autres grossesses non planifiées ou qui surviennent au mauvais moment et qui peuvent entraîner des avortements provoqués répétés ; et c) habilitation et responsabilisation communautaires par le biais de la sensibilisation et mobilisation de la communauté. Les SAA sont une intervention adéquate pour tous les pays, quel que soit le statut légal entourant l'avortement dans ce pays. De nombreuses études documentent les faits suivants :

Soins d'urgence

L'aspiration intra-utérine (AIU) et la dilatation et le curetage (D&C) sont des méthodes chirurgicales efficaces pour le traitement d'urgence des SAA. L'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), méthode d'AIU utilisée le plus couramment dans les pays en développement, coûte moins cher que le curetage, suite essentiellement aux coûts de l'anesthésie générale utilisée pour la D&C (frais généraux pour le séjour hospitalier, utilisation des services d'urgence, des services obstétricaux chirurgicaux et des services de gynécologie pour la récupération et la

sortie de l'hôpital ; frais accrus pour le personnel ; coût des médicaments pour l'anesthésie ; prise en charge de la douleur ; transfusions de sang ; contraceptifs ; médicaments au moment de la sortie de l'hôpital ; coût des fournitures et coût des services d'autres départements).

- Il n'est pas nécessaire de former tous les prestataires à la méthode AIU avant de l'inclure à d'autres composantes des SAA. Les programmes qui fournissent le curetage devraient donner la même attention à l'information de la patiente, au counseling et aux méthodes de planification familiale pour les clientes qui ont eu un curetage avant qu'elles ne quittent l'hôpital—plutôt que d'attendre jusqu'à ce que l'AIU (généralement AMIU) soit disponible dans les formations sanitaires.
- Des médicaments contre la douleur doivent être donnés pour l'AMIU même si elle est réalisée sous anesthésie locale.
- Divers niveaux de prestataires de soins ont reçu une formation et sont tout à fait qualifiés pour fournir l'AMIU.

Counseling et services pour la planification familiale et les IST/VIH

- Des services de haute qualité pour la planification familiale et la santé de la reproduction permettent de diminuer le nombre de grossesses non souhaitées, d'où une réduction des femmes qui consultent les services pour avortement de grossesses non souhaitées (Marston et Cleland, 2003 cités dans Gillespie, 2004).

- Il est de toute première importance que les femmes qui consultent les services de SAA reçoivent l'information et les méthodes contraceptives qui leur permettront à elles-mêmes et à leur partenaire de planifier leur grossesse.
- Il est de toute première importance que les SAA soient reliés à d'autres interventions sur le plan de la santé de la reproduction et que les directives sur les SAA soient communiquées à grande échelle (Farrell, 2004; FHI, 2004).
- Les femmes et les hommes doivent savoir qu'il est très important d'utiliser immédiatement une méthode contraceptive dès que reprennent les relations sexuelles pour éviter une autre grossesse non planifiée.
- Le Misoprostol, administré par voie orale ou vaginale, a fait l'objet d'importantes études en tant qu'option pour une évacuation chirurgicale de l'utérus. Bien que légèrement moins efficace que l'AIU ou le curetage, cela pourrait aider à étendre les services à des centres de santé de niveau inférieur tant que les clientes se trouvent sous suivi adéquat et que les liens pour un aiguillage nécessaire sont mis en place en cas d'échec du traitement.
- Le counseling et les services de planification familiale dispensés au même endroit que le traitement d'urgence permettent d'augmenter le nombre de femmes qui quittent l'établissement avec une méthode de planification familiale.

Sensibilisation, mobilisation et habilitation de la communauté

- Les femmes, quand on leur demande, souhaitent souvent que leurs partenaires

reçoivent également un counseling sur les SAA.

- Les agents de santé communautaires (ASC) et les volontaires de la santé peuvent trouver les femmes enceintes, leur donner des informations et les encourager à se rendre à l'hôpital en cas d'urgence. Ils peuvent éduquer la communauté pour lui apprendre les facteurs à risques et les signes de danger et d'alarme pendant la grossesse et fournir également des informations sur la contraception. Les ASC peuvent dispenser certaines méthodes contraceptives. Par ailleurs, il faut faire plus de recherche sur la meilleure manière de faire participer les agents de santé communautaires aux SAA.

Questions se rapportant aux politiques et programmes

- Les politiques qui donnent aux sages-femmes la possibilité de réaliser les aspirations manuelles intra-utérines permettent d'augmenter l'accès à tous les volets des soins après-avortement. Fournir des services d'aspiration intra-utérine au niveau des soins primaires permet également d'élargir l'accès géographique au traitement d'urgence et autres services de SAA.
- La formation des prestataires de soins en matière de counseling permet d'augmenter la satisfaction des patientes des SAA face au traitement d'urgence, au counseling en planification familiale et services de PF et permet d'augmenter le nombre de femmes qui choisissent une méthode contraceptive après un traitement d'urgence. Par ailleurs, la formation des prestataires permet également d'améliorer la qualité des SAA.

- La réduction de la transmission du VIH et de l'incidence du paludisme chez les femmes enceintes, ainsi que la réduction du contact à la contamination environnementale et à la violence physique permettent de diminuer l'incidence des fausses couches.
- La réorganisation des services de SAA, l'application des changements de politiques et la communication des protocoles reçus pour soutenir la réorganisation des services permet d'arriver à des économies de coût.

Un grand nombre d'interventions prometteuses pour les SAA n'ont pas été étayées par des études, surtout dans les contextes des pays en développement. Par ailleurs, il existe bien des aspects au niveau des soins après-avortement qu'il faut traiter pour réduire la mortalité et la morbidité et pour lesquels aucune intervention efficace n'a été conçue ou documentée. Voici certains de ces aspects :

- La prise en charge médicale des SAA doit encore être évaluée dans les contextes des pays en développement. Les résultats des recherches faites dans les pays développés indiquent qu'il est important que les clientes soient observées de près et qu'elles aient un accès facile aux services D&C pour le traitement d'urgence.
- Des protocoles sont nécessaires pour la fourniture de médicaments contre la douleur.
- Des stratégies doivent être adoptées pour responsabiliser et mobiliser les

communautés de sorte à ce que les femmes, leur partenaire et leur communauté soient au courant de l'avortement à risques et connaissent les signes de danger d'un avortement incomplet ou d'une fausse couche. Par ailleurs, l'accès reste problématique aux SAA dans les contextes où l'avortement est illégal et pratiqué dans des conditions dangereuses.

- Il faut lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des femmes séropositives-VIH ou les femmes vivant avec le SIDA et qui ont besoin de SAA et des messages doivent être donnés sur la manière d'utiliser des condoms pour prévenir la transmission du VIH pour les femmes qui consultent les services de SAA.
- Il n'existe que peu d'interventions traitant des besoins des jeunes alors que celles-ci courent également le risque d'avoir besoin des SAA.
- Il faut étudier et documenter quelle est exactement la formation avant l'emploi et en cours d'emploi qui sera la plus efficace pour les SAA.
- Les SAA peuvent être étendus au niveau national et pourtant, bien des efforts restent à faire pour élargir l'accès à toutes les composantes des SAA dans le monde, quelle que soit la méthodologie pour le traitement d'urgence (curetage, AIU ou prise en charge médicale).

Note sur la position du Gouvernement des Etats-Unis face aux soins après avortement

Déclaration de soutien pour les soins après avortement

C'est la ferme intention du Président qu'aucune restriction (ou assistance de planification familiale) ne limite les organisations du traitement des maladies causées par les avortements légaux ou illégaux, par exemple, les soins après avortement.

Déclaration de la Maison Blanche sur la politique de Mexico, 22 janvier 2001

L'assistance de l'USAID sur le plan de la planification familiale connaît un certain nombre de restrictions liées à l'avortement dont celles mentionnées dans la politique de Mexico. Ces restrictions n'interdisent pas l'assistance de l'USAID pour les soins après avortement. Un communiqué de presse de la Maison Blanche annonçant la réinstallation, par le Président Bush, de la Politique de Mexico le 22 janvier 2001 indique que, « [c]est la ferme intention du Président qu'aucune restriction ne limite les organisations du traitement des maladies causées par les avortements légaux ou illégaux, par exemple, les soins après avortement . »

Les fonds PF/SR de l'USAID peuvent être utilisés pour soutenir les soins après avortement, que l'avortement ait été obtenu légalement ou illégalement, bien que les fonds de l'USAID ne puissent pas être utilisés pour acheter les trousseaux d'aspiration manuelles intra-utérines, quel que soit l'objectif. Les ONG étrangères peuvent également réaliser et encourager les soins après-avortement sans que cela n'affecte leur recevabilité de l'assistance de l'USAID pour

la planification familiale. (Source : Direction de l'USAID sur la définition et l'utilisation des fonds pour les programmes de survie de l'enfant et de santé et Initiative mondiale de lutte contre le VIH/SIDA, mise à jour 2004, 22 juillet 2004).

Le Gouvernement des Etats-Unis ne soutient pas les avortements provoqués, que ce soit par la méthode AMIU ou une autre méthode. Ce module traite pourtant de recherche sur l'avortement provoqué financé par des sources autres que le Gouvernement américain. Cette recherche n'est incluse que pour présenter l'examen le plus complet des travaux de recherche effectués sur les soins après avortement. La référence à une telle recherche n'influence aucunement la position du gouvernement contre l'avortement provoqué.

Introduction aux soins après-avortement

Accord international sur les SAA

Les complications imputables à l'avortement sont au titre des principales raisons pour lesquelles les femmes viennent consulter les soins obstétricaux d'urgence. Les soins après avortement (SAA) englobent le traitement d'urgence des complications liées aux avortements spontanés ou provoqués, le counseling pour la planification familiale et l'espacement des naissances, ainsi que la fourniture de méthodes de planification familiale pour la prévention d'autres grossesses non planifiées ou mal espacées qui pourraient entraîner d'autres avortements provoqués. Les SAA comprennent également des services tels que le dépistage des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/SIDA.

Ces 10 dernières années, les SAA ont pris une place plus importante dans les programmes de santé de la reproduction, surtout depuis la Conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994, où pratiquement 180 pays ont convenu que, quelle que soit la position officielle d'un pays sur la légalité d'un avortement :

« 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, des services de conseil, d'éducation et de planification familiale devraient être offerts rapidement, ce qui contribuera également à éviter des avortements répétés.

« L'amélioration des SAA permettra de traiter le problème de l'avortement à risques, de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et d'améliorer la santé de la

reproduction des femmes. Les SAA peuvent être dispensés dans n'importe quel pays, même si la loi interdit l'avortement puisqu'il s'agit de traiter une femme après un avortement provoqué ou spontané » (Solo, 2000: 45). De plus, des SAA de qualité représentent une manière simple, efficace et rentable de diminuer les taux de mortalité maternelle (AED, 2003: 21).

L'ampleur du problème

D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 67 000 femmes du monde entier, surtout des pays en développement, meurent chaque année suite à des complications d'avortement qui ne sont pas traitées ou qui sont mal traitées. Ce chiffre, qui probablement sous-estime les véritables statistiques, représente 13% de tous les décès liés à la grossesse et ce n'est probablement que la partie visible de l'iceberg, puisqu'un grand nombre de femmes en plus vivent avec les morbidités qui en découlent, dont des douleurs chroniques, des inflammations pelviennes chroniques et la stérilité, autant de suites d'un avortement incomplet. De graves problèmes sociaux sont également causés ou aggravés par ces maladies. La plupart des décès et infirmités imputables aux complications de l'avortement peuvent être évités (AGI, 1999 ; OMS, 1998 ; OMS, 2003 cité dans Corbett et Turner, 2003).

Le système de santé et les SAA

Un grand nombre de services nationaux de santé consacrent un pourcentage élevé de lits dans les établissements de troisième et second niveaux au grand nombre de femmes qui ont besoin d'un traitement d'urgence après avortement. En Afrique subsaharienne, jusqu'à 50% des lits des services gynécologiques sont occupés par

des patientes souffrant de complications liées à l'avortement (UNICEF, 1997 cité dans Dabash, 2003). L'avortement incomplet est la complication la plus courante de l'avortement traitée dans les hôpitaux en Bolivie. D'après les services officiels de santé, 47% à plus de 50% des lits d'hôpitaux dans les services gynécologiques des hôpitaux de niveaux secondaire et tertiaire sont occupés par des femmes hospitalisées pour complications imputables à l'avortement (Billings et al., 2003b). Dans certains pays, plus de la moitié de toutes les dépenses obstétricales/gynécologiques des hôpitaux publics sont effectuées pour le traitement des femmes souffrant de complications liées à l'avortement (Rance, 1994; Banque mondiale, 1994). Les complications pour lesquelles les femmes se présentent dans les services de santé sont « la septicémie, l'hémorragie, le traumatisme génital et abdominal, le tétanos, les perforations de l'utérus et l'empoisonnement suite à des plantes locales abortives » (Institut de Médecine, 2003: 49).

Une femme sur quatre qui a recours à l'avortement vit dans des pays où l'avortement est interdit ou autorisé uniquement pour sauver la vie de la femme (Rahman et al., 1998 cité dans Corbett et Turner, 2003). Lorsque l'avortement est entouré de restrictions légales ou n'est pas accessible ou même s'il est autorisé par la loi, un grand nombre de femmes avec des grossesses non souhaitées provenant du manque de contraception ou de l'échec de la contraception se tournent vers l'avortement clandestin et souvent à risques et, dans de nombreux cas, souffrent de complications exigeant des soins médicaux d'urgence (Huntington et al., 1998).

« Les femmes obtenant des soins après-avortement représentent un groupe divers, mais toutes ont des besoins psychologiques et physiologiques urgents. Toutes souffrent de saignement. Celles qui ont provoqué

l'avortement craignent les conséquences d'être découvertes et souhaitent à tout prix que leur grossesse non souhaitée ait été interrompue. Celles qui ont eu une fausse couche—surtout celles qui ont souhaité la grossesse—traversent la douleur de la perte » (Abdel-Tawab et al., 2002: 191-192). Des entretiens avec des patientes des soins après avortement dans le cadre d'un projet réalisé en Egypte montrent que le problème qu'elles confrontaient en premier était celui de la « survie physique » (Abdel-Tawab et al., 2002).

Les femmes où l'avortement est légal, par exemple, en Inde et en Russie, ont également besoin d'un accès aux SAA (Johnson et al., 2003). Même lorsque l'avortement légal est réalisé dans des formations sanitaires sans risques, certaines femmes connaîtront des complications. Une étude faite à Perm, en Russie, sur des femmes qui avaient eu des avortements dans des établissements de santé constate que 17% des femmes ont dû revenir à l'établissement pour une complication après avortement et que 7% ont été hospitalisées (Savelieva et al., 2003). Les femmes qui souffrent d'avortement spontané ou de fausse couche—15% des femmes enceintes, d'après les estimations—peuvent également connaître des complications exigeant un suivi médical (Laferla, 1986 et Hammerslogh, 1992 cités dans Nielson, 1997).

Le Consortium SAA

En 1993 était mis en place le Consortium SAA avec des membres de l'AVSC International (à présent EngenderHealth), de l'Ipas, de l'IPPF, de la Corporation JHPIEGO et de Pathfinder International. Le Consortium continue à fonctionner comme un réseau comptant dans ses rangs plus de 15 organisations.

En 1994, l'Ipas a mis au point le modèle original des soins après avortement, *Éléments essentiels des SAA*, qui a adopté par la suite par l'USAID et le Consortium SAA. Ce modèle novateur insiste sur le fait qu'il s'agit non seulement de répondre aux besoins d'urgence d'une femme mais également à les aider à éviter d'autres grossesses non souhaitées ou mal espacées et de prendre en charge d'autres problèmes au niveau de la santé de la reproduction. Le modèle SAA, tel qu'il est connu actuellement, précise trois éléments essentiels :

- Traitement d'urgence pour les complications de l'avortement spontané ou provoqué ;
- Counseling et services de planification familiale après avortement ; et
- Liens entre les soins d'urgence et autres services de santé de la reproduction, par exemple, prise en charge des IST.

Le Consortium SAA a ajouté deux éléments en 2002 pour transformer le modèle SAA, essentiellement médical, en modèle de santé publique (Equipe spéciale communautaire du Consortium des Soins Après-Avortement, 2002) :

- Counseling adapté aux besoins émotionnels et physiques de chaque femme ; et
- Partenariats entre la communauté et le personnel soignant.

Gouvernement des Etats-Unis et position de l'USAID face aux SAA

Actuellement, « plus de la moitié de la population du monde en développement vit dans des pays où il existe du moins une certaine activité au niveau des SAA » (Cobb et al., 2001: 13). L'USAID qui, depuis le début des années 90, soutient les activités SAA dans plus de 30 pays, retient les soins après-avortement comme une priorité sur le

plan de la santé de la reproduction (EngenderHealth et Ipas, 2001). Le soutien apporté aux programmes des SAA par le Gouvernement des Etats-Unis est indiqué dans la déclaration faite en janvier 2001 par le Secrétaire de Presse de la Maison Blanche réinstallant la politique de Mexico : « ...c'est la ferme intention du Président qu'aucune restriction ne limite les organisations du traitement des maladies causées par les avortements légaux ou illégaux, par exemple, les soins après avortement » (voir <http://www.whitehouse.gov/news/releases/20010123.html>). Cette position est couverte par des politiques précédentes qui ont reçu un ferme soutien du Congrès.

Le soutien de l'administration a encore été souligné davantage par l'Administrateur adjoint de l'USAID dans un courriel qui a été envoyé dans le monde entier à tous les responsables USAID de la population, de la santé et de la nutrition, en date du 10 septembre 2001. Le mémoire faisait savoir que « L'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID)/ Centre de la Population, Santé et Nutrition accorde une grande importance à la prévention des avortements grâce à l'utilisation de la planification familiale, sauvant la vie de femmes qui souffrent de complications liées à l'avortement à risques et orientant ces femmes vers les services volontaires de planification familiale et autres services de santé de la reproduction, aidant à éviter ainsi d'autres avortements. Les soins après-avortement doivent être un volet clé, tant des programmes de maternité sans risques que de ceux de planification familiale. »

(USAID. 2003. Directives sur la définition et l'utilisation des fonds des programmes de survie de l'enfant et de santé, mise à jour 2003—Final, 23 mai).

En 2003, s'inspirant d'une évaluation de son programme mondial des SAA en 2001

(Cobb et al., 2001), l'USAID a revu son modèle des soins après avortement et a formulé un plan stratégique de cinq ans basé sur des indicateurs pour les SAA. Ces documents sont le fondement des activités de l'USAID en vue de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et les avortements répétés, soutenant pour cela un accès élargi à des services SAA de qualité dans les années à venir. L'USAID a adopté les principes proposés par le Consortium SAA dans les *Eléments essentiels des soins après-avortement* et a maintenu un modèle rationalisé en intégrant les partenariats entre la communauté et le personnel soignant dans les trois composantes centrales tout en maintenant le counseling adapté aux besoins émotionnels et physiques de chaque femme comme partie intégrante de tous ces services de soins après avortement de haute qualité. Les trois composantes essentielles de la Stratégie des SAA de l'USAID (USAID, 2003) sont les suivantes :

- Traitement d'urgence pour les complications de l'avortement spontané ou provoqué ;
- Counseling et services de planification familiale après avortement, évaluation et traitement des IST et counseling pour le VIH et/ou orientation pour le test de dépistage du VIH ; et
- Responsabilisation communautaire via la sensibilisation et la mobilisation communautaires.

Bailleurs de fonds internationaux et SAA

Un certain nombre d'autres bailleurs de fonds, dont le Département du Développement international du Royaume-Uni et l'UNFPA, soutiennent également les SAA. De nombreux pays connaissent à présent l'importance des SAA pour sauver la vie des femmes. Par exemple, les directives de santé de la reproduction et les normes pour les prestataires de services de 1997 du Gouvernement du Kenya indiquent que, « le

rapide traitement des complications imputables à l'avortement est une partie importante des soins de santé qui devrait être disponible dans chaque hôpital de district » (cité dans Cobb et al., 2001: 7).

Il entre clairement dans la mission de santé publique de répondre aux besoins des femmes qui connaissent des complications liées à l'avortement. Les femmes ont besoin des soins d'urgence nécessaires pour éviter le décès et l'infirmité, ainsi que de l'information et des services pour prendre des décisions pour leur santé et celle de leur famille.

Le module « Qu'est-ce qui a fait ses preuves-SAA »

Ce document décrit ce qui est connu sur les interventions en matière de SAA et traite des leçons retenues par de multiples études faites essentiellement depuis 1990. Il se base sur des publications annotées par des collègues et la littérature Gray. Il est organisé en sections décrivant les interventions qui ont obtenu des résultats positifs, celles qui ne se sont pas avérées efficaces ainsi que des pratiques courantes qui sont soit inutiles, soit nuisibles. Les interventions qui ont fourni des preuves sur les services des SAA sont divisées dans les trois composantes de la Stratégie des SAA de l'USAID.

Le module précise également les lacunes de connaissance exigeant davantage de recherche sur les SAA, notamment les soins pour les femmes séropositives-VIH, les réfugiées et les femmes exposées à l'exploitation et au trafic sexuel. Il se penche sur d'autres aspects tels que la création de la demande et les contributions communautaires pour les services de SAA. Pour les données probantes entourant chaque intervention, l'échelle de solidité de Type Gray (I à V) est indiquée et pour chaque intervention, un récapitulatif est fait de la solidité des preuves.

Depuis 1994, des programmes de SAA ont été démarrés dans au moins 40 pays du monde dont 30 reçoivent des fonds de l'USAID (Cobb et al., 2001). Ce module permettra aux responsables des programmes

et décideurs d'utiliser les preuves en vue d'élargir et d'améliorer la qualité et l'accès aux programmes. De plus, il sera une ressource importante dans des pays qui n'ont pas encore introduit de programme de SAA.

I. Traitement d'urgence

I. Traitement d'urgence

Introduction

Le traitement des complications imputables à une fausse couche ou à un avortement provoqué est la raison plus fréquente pour laquelle les femmes viennent obtenir des soins après avortement (SAA). La plupart des femmes qui viennent consulter pour des complications après avortement ont des hémorragies vaginales. Le saignement est généralement causé par des produits de la conception qui sont encore attachés au revêtement utérin ou à un avortement incomplet. Face à ces complications, il faut évacuer ou retirer ces produits restants dans l'utérus. Le risque de décès est particulièrement élevé pour des femmes nécessitant des SAA qui n'obtiennent pas de « traitement peu après l'hospitalisation » (Goyaux et al., 2001: 570).

Actuellement, la principale méthode utilisée pour évacuer la cavité utérine est celle de la dilatation et du curetage, souvent appelée curetage ou D&C et l'aspiration intra-utérine (AIU). Le choix de la méthode qui sera utilisée dans tel cas ou tel établissement dépend des protocoles, du nombre de semaines de grossesse et de la disponibilité du matériel et des fournitures ainsi que du personnel qualifié. L'OMS recommande l'aspiration comme la technique la plus sûre pour l'évacuation utérine.

Récemment, l'OMS a fait savoir que la technique chirurgicale préférée pour un avortement jusqu'à 12 semaines de grossesse est celle de l'aspiration intra-utérine et que, « Dans les endroits où est pratiqué le curetage, tous les efforts devraient être faits pour remplacer cette méthode par l'aspiration intra-utérine afin d'améliorer l'innocuité et la qualité des soins. Dans les endroits où le curetage continue à être utilisé, les responsables doivent vérifier que sont appliquées les bonnes techniques de

prise en charge de la douleur et que le personnel est formé adéquatement et bénéficie d'une pratique clinique supervisée suffisante pour maintenir ses compétences. » (OMS, 2003: 34).

Le curetage est généralement réalisé en salle d'opération de la part d'un prestataire spécialisé en chirurgie (médecin/chirurgien) sous anesthésie générale. Elle consiste à dilater l'ouverture du col à l'aide d'instruments en métal gradués et d'évacuer le contenu de l'utérus à l'aide d'un instrument en métal en forme de fourchette (curette).

L'AIU peut être réalisée dans les consultations externes ou dans un centre de santé ou une salle d'opération, dans un établissement de niveau inférieur par un prestataire bien informé utilisant une analgésie préévacuation et une anesthésie locale. Aussi, pour l'AIU, le séjour hospitalier est-il moins long, d'où des coûts plus faibles pour le système et la cliente.

Il existe deux méthodes pour exécuter l'AIU : aspiration électrique intra-utérine (AEIU) et aspiration manuelle intra-utérine (AMIU). Dans les deux cas, le col est dilaté à l'aide d'instruments en plastique ou en métal et l'utérus est évacué en utilisant une canule en plastique en appliquant suffisamment de pression pour aspirer tous les produits restants de la conception (Solter et al., 2000).

- a) L'AEIU utilise une pompe électrique.
- b) L'AMIU utilise une grande seringue qui produit une aspiration suffisante par une série de valves. L'avantage de l'AMIU, c'est que cette méthode ne nécessite pas d'électricité, que le matériel est portable et qu'il est facilement nettoyé pour une autre

utilisation. De plus, il existe moins de risques d'hémorragie, d'infection et de traumatisme comparé à l'AEIU.

- c) L'OMS recommande d'apporter une formation en AIU pour le traitement de l'avortement incomplet aux médecins, sages-femmes et aux assistants médicaux (OMS, 1994).

Les deux techniques, curetage et AIU, ne comportent pas de risques, mais on cherche de plus en plus à passer du curetage à l'AIU puisque cette dernière méthode entraîne moins de complications et peut être exécutée à des niveaux plus périphériques, sans salle d'opération. A l'aide de changements dans les politiques hospitalières et grâce à l'utilisation de l'analgésie systématique à la place de l'anesthésie générale, il est possible d'exécuter le curetage comme méthode de consultation externe ambulatoire dans les hôpitaux. L'AMIU reste pourtant la méthode recommandée par l'OMS.

Tel que noté dans le Document stratégique de l'USAID sur les soins après-avortement, si l'AMIU comporte moins de risques, revient moins cher et est aussi efficace que le curetage pour traiter les complications après avortement, l'AMIU ne signifie pourtant pas SAA. Si l'AMIU n'est pas disponible, le curetage est une méthode efficace pour fournir des soins d'urgence pouvant sauver la vie de la patiente (p. 15).

Les recherches plus récentes se sont concentrées sur l'utilisation de la prise en charge médicale de l'avortement incomplet en utilisant le misoprostol prostaglandine synthétique administré par voie orale ou vaginale. A ce jour, la recherche porte sur

des femmes qui ont eu des fausses couches bien que les dernières recherches soient faites sur son emploi pour des femmes avec un avortement provoqué incomplet. Le misoprostol peut être utilisé dans le traitement d'urgence de l'avortement incomplet dans le cadre des établissements périphériques disposant d'un personnel formé à un niveau inférieur et à l'aide de systèmes établis de supervision et d'orientation. La recherche sur le misoprostol est indiquée dans la Section I.C.3 du présent module.

I.A. Caractère privé et confidentiel de l'anamnèse et du bilan physique

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Les femmes ont besoin d'intimité et de confidentialité lors de la prise d'antécédents et de l'examen physique</p> <p><i>Suffisamment de preuves pour agir. Une étude</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude en Bolivie (1993), qui interviewait 30 patientes des SAA dans quatre hôpitaux, constate que les femmes souhaitent intimité et confidentialité lors de la prise de leurs antécédents et de leur examen physique. (Rance, 1994: 6). 	IV

I.B. Dépistage

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
I.B. Dépistage pendant le traitement d'urgence	<ul style="list-style-type: none">Aucune étude liée aux SAA trouvée sur ce thème.	

I.C Traitement médical

I.C.1. AIU et curetage

Selon un examen de Cochrane de 2002, « L'aspiration intra-utérine peut être faite sans qu'il faille une salle d'opération entièrement équipée et tout le personnel opératoire puisqu'elle peut être réalisée avec ou sans électricité, sous anesthésie locale. Aussi, peut-elle être effectuée dans des contextes avec des ressources limitées, économisant du temps et de l'argent et probablement avec un minimum de complications. Si on élimine le besoin de transport vers un établissement mieux équipé, on diminue la gravité d'une infection ou la perte de sang ainsi que le besoin subséquent de transfusion » (Forna et Gulmezoglu, 2003: 5). Il est très important de vérifier que tout le matériel utilisé pour le traitement d'urgence des complications liées à l'avortement est stérilisé avant d'être réutilisé pour diminuer tout risque de transmission du VIH, du paludisme ou autres bactéries pouvant être la cause de septicémie.

Les deux méthodes, curetage et AIU, sont sûres et efficaces. « Des études de grande envergure dans les années 70 ont montré que les taux des complications totales et majeures de l'aspiration électrique intra-utérine représentaient la moitié de celles du curetage, bien que de faibles taux de complications aient été constatés pour les deux méthodes » (Koontz et al., 2003: 8). Certaines des complications se rapportant au curetage ne sont pas dues à la méthode elle-même mais davantage à l'utilisation de l'anesthésie générale qui entraîne une relaxation des muscles, y compris pour l'utérus. Cette relaxation des muscles augmente le risque de perforation et d'hémorragie suite au manque de constriction des vaisseaux sanguins utérins et autres complications.

Koontz et al. (2003) mentionne les éléments suivants du total des coûts des méthodes de curetage : 1) coûts généraux liés à l'hospitalisation en service d'urgence (bilan initial), service obstétrical chirurgical (méthode) et service gynécologique (service post-opératoire et sortie d'hôpital) ; 2) coût du personnel dispensant les soins ; 3) coût des médicaments donnés pendant l'hospitalisation dont anesthésie, médicaments contre la douleur, transfusion de sang, contraception, médicaments au moment de la sortie et autres médicaments données à la patiente ; 4) coût des fournitures et désinfection (avec estimations séparées pour le curetage et l'AMIU) ; 5) coût de l'équipement utilisé pour chaque procédure AMIU (avec le coût du matériel du curetage estimé à zéro) ; et 6) coûts des services d'autres départements qui ont été calculés en fonction des ressources utilisées par chaque patient, telles que laboratoire, repas, ultrasons ainsi que ressources utilisées plus rarement telles que radiographies, électrocardiogrammes et consultations de médecine interne.

Tel qu'indiqué dans cette section, la plupart des études comparatives sur les méthodes du traitement d'urgence se rapportant aux SAA comparent l'AMIU et le curetage. Certes, l'AMIU et l'AIU comportent un risque plus faible de morbidité, mais certaines complications n'en demandent pas moins que soit utilisé le curetage.

I.C.I.A.— AMIU, AIU et curetage : efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ L'AMIU est une méthode aussi sûre que le curetage pour le traitement de l'avortement incomplet du premier trimestre (<i>une étude, suffisamment de preuves pour agir</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude longitudinale prospective (1990–1991) faite à Harare, au Zimbabwe, constate que l'AMIU était aussi sûre que le curetage pour le traitement de l'avortement incomplet, avec 0,7% entraînant des évacuations incomplètes avec l'AMIU et 0% entraînant des évacuations incomplètes avec le curetage. Le curetage tend à être utilisé lorsqu'une femme présente un cas plus compliqué. Par exemple, 17% avaient des septicémies, comparé à 11% pour celles qui ont eu une AMIU. Lors du suivi, seules 0,3% de celles qui avaient eu une AMIU avaient de vives douleurs, comparé à 2,7% de celles traitées par voie de curetage. Dans cette étude, 834 femmes ont été traitées avec l'AMIU et 589 femmes ont été traitées avec le curetage pour le traitement de l'avortement incomplet. Seules ont été incluses des femmes avec des grossesses de moins de 12 semaines, tel que déterminé par l'examen bimanuel de la taille de l'utérus. Au moment de la sortie, les patientes ont reçu un rendez-vous dans deux semaines et ont été examinées pour les complications après la procédure. Des visites à domicile ont été faites pour celles qui ne sont pas revenues au suivi. Les médecins ont assisté à un stage de formation de cinq jours sur l'AMIU, avec utilisation d'analgésiques pour la douleur. Sur une période de trois mois, des données ont été collectées sur 1 000 patientes traitées pour les SAA avec le curetage ; un an après le début de l'étude, les mêmes données ont été collectées sur 834 patientes des SAA traitées avec l'AMIU, dont 589 avaient été incluses à l'analyse car elles se trouvaient à moins de 12 semaines de grossesse. Les résultats étaient basés sur les évaluations faites au suivi deux semaines après (Mahomed et al., 1994). 	III

I.C.I.A AMIU, AIU et Curetage : efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Les femmes qui ont eu des interventions AMIU ont eu moins de pertes de sang sept jours après l'évacuation que les femmes qui ont eu un curetage (<i>suffisamment de preuves pour agir ;une étude</i>).</p> <p>➤ Les femmes traitées par AIU pour l'avortement incomplet ont eu des interventions plus courtes, avaient une incidence nettement moindre de pertes de sang et moins de douleurs modérées à graves que les femmes traitées par curetage. (<i>Solides preuves, une étude, un examen</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude (année non spécifiée) auprès de 300 patientes des soins après avortement traitées par l'AMIU à Nairobi, au Kenya, indique que l'utilisation de l'AMIU diminue nettement les saignements après sept jours post-évacuation, comparé à celles qui ont été traitées par la D&C. On a demandé aux patientes traitées par l'AMIU de rester dans le service pendant six heures pour observation après évacuation et ensuite, elles ont pu rentrer chez elles, alors que le séjour hospitalier pour les patientes D&C était de un à trois jours. Des résultats cliniques, sept jours après l'évacuation, indiquent que 70,3% des femmes traitées par l'AMIU n'avaient pas de signes de saignement vaginal alors que cette proportion s'élevait à 64,6% pour le groupe traité par la D&C. De plus, 3,3% des patientes AMIU ont eu des saignements comparé à 5,6% des patientes D&C (Kizza et al., 1990). • Une étude aléatoire en Afrique du Sud auprès de 357 femmes avec des avortements incomplets constate que celles qui ont été traitées par AIU avaient eu une incidence nettement moindre de perte de sang, une procédure plus rapide et moins de douleurs que celles qui avaient été traitées par curetage (Verkuyl et Crowther, 1993). • Un examen de la Collaboration Cochrane fait de deux essais (Tan et al, 1969 et Verkuyl et Crowther, 1993) constate que l'aspiration intra-utérine comparée au curetage est corrélée, de manière statistiquement significative, avec des pertes de sang moins abondantes, un nombre moindre de femmes avec des pertes de sang supérieures ou égales à 100 ml et un nombre moindre de femmes avec des niveaux d'hémoglobine après opération inférieurs à 10 g/dl. Comparées aux femmes traitées par curetage, un nombre moindre de femmes traitées par aspiration intra-utérine ont signalé des douleurs modérées à graves. De plus, la durée des techniques AIU était plus courte que le curetage. Les essais étaient relativement petits : 193 femmes dans l'étude de Tan, 1969 et 357 dans l'étude de Verkuyl, 1993 (Tan et al., 1969; Verkuyl et Crowther, 1993 revus dans Forna et Gulmezoglu, 2003). 	III

I.C.I.A— AMIU, AIU et Curetage : efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Les taux de complications sont plus faibles avec l'AMIU (solides preuves—deux études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de 12 888 procédures AMIU dans 21 pays constate un taux de complications immédiates de 0,8 pour 100 procédures et pas de décès (Laufe, 1977 cité dans Baird and Flinn, 2001). • Une étude auprès de 1 896 femmes en Ethiopie, d'août 1993 à avril 1995, compare l'efficacité de l'AMIU à celle du curetage. Les complications immédiates, telles que perforation, hémorragie, choc et infection étaient nettement plus élevées dans le groupe curetage, alors que la nausée et les vomissements se présentaient plus souvent dans le groupe AMIU. Toutes les patientes AMIU ont indiqué moins de douleurs que les patientes du curetage. L'AMIU s'est avérée plus facile pour les petites tailles d'utérus que le curetage et n'a pas provoqué de lésions du revêtement endométrial (Lukman et al., 1996). 	<p>II</p> <p>I</p> <p>III</p>

I.C.I.A AMIU, AIU et Curetage : efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ L'utilisation de l'analgésie systémique avec le curetage pour les 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 (solides preuves—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un essai clinique aléatoire prospectif en 1992 en Afrique du Sud comparant 142 patientes traitées par curetage pour avortement incomplet sans complications avec analgésie systémique de fentanyl et midazolam au curetage avec anesthésie générale constate que l'utilisation de l'analgésie systémique de fentanyl et midazolam est sûre, efficace et acceptable, comportant un risque nettement plus petit de recours à la transfusion de sang. L'utilisation de l'analgésie systémique ne demande pas l'utilisation d'une salle d'opération mais « il existe pourtant le danger de dépression respiratoire et, par conséquent, la pièce où est pratiquée la procédure doit disposer d'une unité de réanimation et d'un oxymètre de pouls pour le suivi continu de la saturation en oxygène » (de Jonge et al., 1994: 483). Quatre-vingt-dix-sept des 99 patientes disponibles pour leur visite de suivi de six semaines ont indiqué qu'elles étaient contentes de ne pas avoir eu besoin de l'anesthésie générale et seules deux l'auraient préférée. 	I
<p>➤ L'utilisation de l'anesthésie générale avec le 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 (solides preuves—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude aux Etats-Unis comparait l'innocuité du curetage par aspiration chez 36 430 femmes à qui on avait administré une anesthésie locale et 17 725 femmes à qui on avait administré une anesthésie générale. Les taux de complications pour les deux groupes étaient les mêmes. Toutefois, les femmes à qui on avait administré une anesthésie générale avaient des taux plus élevés d'hémorragie, de blessures cervicales et de perforation de l'utérus. L'anesthésie locale était associée à une morbidité fébrile et convulsive accrue (Grimes et al., 1979; Greenslade et al., 1993b cités dans Baird et Flinn, 2001). 	IV

I.C.I.A AMIU, AIU et Curetage : efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ L'utilisation de l'AMIU pour les SAA à la place du curetage peut diminuer la durée du séjour hospitalier comparé à la D&C (solides preuves-sept études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite auprès de 339 patientes après avortement à Oaxaca, au Mexique (année non spécifiée) constate que l'introduction de l'AMIU avait permis de diminuer la durée du séjour hospitalier, de 20,7 à 17,4 heures. Suivant le protocole hospitalier, on n'a pas cherché à déterminer si l'avortement était spontané ou provoqué. Avant l'intervention, l'AMIU n'était pas utilisée puis son utilisation a augmenté à 78,1% après l'intervention. Le curetage était la technique la plus utilisée avant l'intervention, à raison de 89,6% puis a diminué à 20,8%. L'utilisation combinée du curetage et de l'AMIU était de 10,4% avant l'intervention puis a diminué à 1,1%. Les directives ont été modifiées pour stipuler l'utilisation de l'AMIU sous anesthésie locale si l'utérus de la patiente était plus petit que 12 cm. Toutes les salles d'opération sont devenues fonctionnelles 24 heures par jour pour diminuer les temps d'attente (Langer et al., 2002; Langer et al., 1999; Brambila et al., 1999). • Une évaluation rapide en 1991 au Kenya et au Mexique constate que l'AMIU demande un séjour hospitalier moins long que le curetage. Des données ont été collectées de janvier à juin 1991 dans quatre hôpitaux du Kenya et cinq hôpitaux du Mexique en utilisant l'observation directe pour noter le temps et les ressources du début à la fin des séjours hospitaliers des patientes. Toutes les femmes participant à l'étude avaient des avortements incomplets avec une taille de l'utérus de moins de 13 semaines. L'étude prévoyait d'observer au moins 15 femmes dans chaque hôpital mais vu le faible nombre de patientes, cela n'a pas été possible dans tous les hôpitaux. Parmi les hôpitaux du Kenya, celui qui compte la durée moyenne la plus longue pour l'AMIU (23,9 heures) était 42% plus court que l'hôpital avec le séjour moyen le plus court pour le curetage (40,9 heures). Au Mexique, dans le seul hôpital réalisant l'AMIU et le curetage, les patientes AMIU sont restées en moyenne 45% de temps en moins que les patientes du curetage (11,4 heures comparé à 20,6, respectivement) (Johnson et al., 1993). 	<p>III</p> <p>III</p>

I.C.I.A— AMIU, AIU et curetage : efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ L'utilisation de l'AMIU pour les SAA à la place du curetage peut diminuer la durée du séjour hospitalier comparé à la D&C (solides preuves-sept études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude d'intervention (1996–1998) dans un hôpital de référence à Lima, au Pérou, a examiné et éprouvé un modèle dans le cadre duquel tous les services de SAA ont été fournis dans une salle d'urgence en obstétrique/gynécologie, dans le cadre des consultations externes. Les médecins ont reçu une formation portant sur l'AMIU et l'amélioration des méthodes cliniques, le counseling sur les soins médicaux et la planification familiale, ainsi que la fourniture de méthodes contraceptives. Avant l'intervention, les patientes passaient la majorité de leur temps (une moyenne de 20,1 heures, soit 60% du séjour) dans le service d'obstétrique et de gynécologie suivant la technique du curetage). Après l'intervention, le temps de récupération a été diminué à 2,7 heures. Cela est passé à 3,5 heures trois ans plus tard puisqu'à l'occasion, les patientes ont été hospitalisées jusqu'à ce que les frais aient été payés. L'étude originale a utilisé un plan pré/post-intervention sans groupe-témoin. Une évaluation de suivi des mêmes résultats a été faite en 2000–2002 pour juger de la viabilité de l'intervention sans assistance de l'extérieur. La durée moyenne du séjour avant l'intervention était de 3,3 heures, passant à 6,4 heures après l'intervention et la moyenne est restée relativement constante à 6,7 heures trois ans plus tard. Dans la collecte de données : examen des registres chirurgicaux de 455 patientes, antécédents cliniques et entretiens à la sortie de 323 patientes, étude des temps et mouvements de 52 patientes dès l'arrivée dans la salle d'urgence jusqu'au départ, 17 inventaires aléatoires des fournitures et du matériel et 13 entretiens approfondis avec des prestataires de soins et des décideurs (Benson et Huapaya, 2002). 	III
	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude d'intervention de 1999 à 2001 réalisée dans les trois plus grandes maternités de la Bolivie constate que la durée moyenne de l'hospitalisation pour les femmes traitées par l'AMIU était nettement plus faible que pour le curetage. Avant l'intervention, les femmes traitées par curetage étaient hospitalisées en moyenne 34 heures à La Paz, 34,3 heures à Santa Cruz et 38,6 heures à Sucre. La durée moyenne du séjour après l'intervention était de 10,7 heures avec l'AMIU (diminution de 68%) et de 49,1 heures en utilisant le curetage à La Paz, 4,4 heures en utilisant l'AMIU (diminution de 87%) et 26,2 heures en utilisant le curetage à Santa Cruz, et 19,9 heures en utilisant l'AMIU (diminution de 48%) et 45,9 heures en utilisant le curetage à Sucre. La différence provenait essentiellement de la réduction dans le temps de récupération nécessaire pour l'AMIU sous anesthésie locale comparé au curetage sous anesthésie générale. Par ailleurs, le temps de traitement était légèrement plus faible avec l'AMIU et le temps d'attente avant le traitement pour les femmes avec AMIU a baissé d'environ deux heures dans les trois hôpitaux, passant à 1,7–3,5 heures après l'intervention, alors que ce temps est resté constant ou a augmenté pour les femmes traitées par curetage qui ont attendu de 3,4 heures (Santa Cruz) à 22,4 heures (Sucre). L'étude pré/post-intervention a été réalisée dans les maternités de La Paz, Santa Cruz et Sucre. Suite aux différences aux niveaux de l'infrastructure, de la taille, du personnel, ainsi que des caractéristiques de la population, des comparaisons ont été faites entre les résultats avant et après l'intervention au sein de l'hôpital, mais non pas entre les hôpitaux. L'intervention portait sur la réorganisation 	III

I.C.I.A— AMIU, AIU et curetage : efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<p>des services aux soins ambulatoires ; la formation SAA sur l'information et le counseling (état de santé, méthode d'évacuation de l'utérus, contraception après avortement et soins après avoir quitté l'hôpital), ainsi que sur les technologies adéquates et la performance technique ; et le recyclage et la supervision constructive. Les données ont été collectées par le biais de 935 entretiens à la sortie avec les patientes, 269 entretiens de suivi après trois mois avec les clientes, 439 observations des clientes, examen de 768 dossiers cliniques, 47 entretiens avec les prestataires de soins, 204 questionnaires pour les prestataires de soins, 138 entretiens avec des partenaires masculins et 424 observations de la circulation des clientes pour évaluer les coûts (Billings et al., 2003b).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une étude au Sénégal, faite de 1997 à 1998, qui a permis de former les prestataires de soins en matière d'AMIU pour traiter les patientes pour complications liées à l'avortement constate que la durée moyenne de l'hospitalisation a nettement diminué dans tous les trois hôpitaux de l'étude, malgré une grande variation entre les hôpitaux. Lors de la phase préintervention, le curage était utilisé pour traiter 52,8% des patientes et le curetage et l'AEIU ont été utilisés pour 43,7% et 3,5% des patientes, respectivement. Après l'intervention de formation des prestataires en matière d'AMIU, l'utilisation du curage, du curetage et de l'AEIU a diminué à 24,9%, 23,8% et 0%, respectivement, alors que l'AMIU était utilisée pour 51,4% des patientes. Toutes les formes de traitement ont été dispensées dans l'hôpital. Après le changement dans le protocole de traitement en faveur de l'AMIU, les séjours hospitaliers moyens ont pratiquement diminué de moitié dans deux des hôpitaux, passant de 40 heures à 21 heures dans un hôpital et de 73 heures à 39 heures dans l'autre hôpital. Le troisième hôpital avait des séjours moyens bien plus longs avant et après l'intervention, mais n'en a pas moins diminué le séjour de 136 heures (ou 5,7 jours) à 104 heures (ou 4,3 jours). Les médecins, infirmières et sages-femmes dans les trois CHU de Dakar ont suivi une formation portant sur la prise en charge clinique des complications liées à l'avortement dont l'AMIU et la prévention des infections, la planification familiale et le counseling. Pour mesurer l'impact de l'intervention, les chercheurs de cette étude pré/post-intervention ont interviewé 320 patientes et 204 prestataires de soins avant l'intervention et 543 patientes et 175 prestataires de soins après l'intervention. Une étude des temps et mouvements a été faite pour évaluer les coûts de 35 patientes (Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction et Clinique Gynécologique et Obstétricale CHU A. le Dantec, 1998). 	III

I.C.I.B—AMIU, AIU et curetage : comparaisons des coûts

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ L'utilisation de l'AMIU pour les SAA, comparée au curetage, associée à des changements dans les protocoles et à une prestation de services améliorée peut nettement réduire les coûts des soins dans la plupart des cas (solides preuves—neuf études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite en 1999 sur l'introduction de l'AMIU pour traiter l'avortement incomplet dans un hôpital régional du Salvador constate que l'utilisation de l'AMIU, comparée au curetage, ainsi que les changements connexes dans le protocole ont permis de nettes économies de coût de l'ordre de 13% (Koontz et al., 2003). <i>Voir Annexe I, Koontz et al, pour une description de l'intervention.</i> • Une étude faite à Oaxaca, au Mexique, (année non spécifiée) constate que l'utilisation de l'AMIU a permis de diminuer le coût moyen des SAA de presque 32%. L'utilisation du curetage coûte 264,47\$ par patiente, comparée à 180,22\$ si on utilise l'AMIU. Ces coûts comprennent les coûts de l'intervention (coûts du projet), des fournitures (par exemple, seringues), du temps de la formation, de la supervision et du suivi. « Les résultats de cette étude montrent que l'amélioration du modèle de prestation de services permet de nettes économies des coûts tout en améliorant parallèlement la qualité des soins pour les patientes recevant un traitement après avortement » (Brambila et al., 1999: 121). Du point de vue de la technique utilisée pour l'évacuation de l'utérus, l'AMIU a été utilisée 0% puis est passée à 78,1% après l'intervention. Le curetage avant l'intervention était la technique la plus utilisée, à raison de 89,6% et a diminué à 20,8% et une combinaison du curetage et de l'AMIU était de 10,4% avant l'intervention, diminuant à 1,1%. La durée des séjours hospitaliers a été diminuée de l'ordre de 36%. Du point de vue de la technique à utiliser, les directives ont été modifiées stipulant le protocole de l'AMIU sous anesthésie locale si l'utérus de la patiente était inférieur à 12 cm. Enfin, toutes les salles d'opération sont devenues fonctionnelles 24 heures par jour pour réduire les temps d'attente (Langer et al., 2002 et Langer et al., 1999). <i>Voir Annexe I, Langer et al, pour une description de l'intervention.</i> 	<p>III</p> <p>III</p>

I.C.I.B—AMIU, AIU et curetage : comparaisons des coûts

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ L'utilisation de l'AMIU pour les SAA, comparée au curetage, associée à des changements dans les protocoles et à une prestation de services améliorée peut nettement réduire les coûts des soins dans la plupart des cas (<i>solides preuves—neuf études</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude d'intervention de 1999 à 2001 faite dans trois grandes maternités de la Bolivie constate que le traitement des femmes avec l'AMIU coûte nettement moins cher que le traitement par curetage. Les composantes des coûts qui ont été prises en compte par l'étude étaient les suivantes : frais liés au personnel (salaires et avantages), médicaments, fournitures et hospitalisation. Ces composantes ont été évaluées à l'aide de l'analyse sur la circulation des clientes, l'observation d'un échantillon de patientes dès l'arrivée à la sortie de l'hôpital. Les coûts avant l'intervention pour les femmes traitées avec le curetage s'élevaient dans une fourchette allant de 59,35\$US à Santa Cruz à 88,77\$US à Sucre. Les coûts du traitement avec l'AMIU après l'intervention étaient 45% plus faibles à Sucre (48,74\$US), 62% plus faibles à La Paz (24,92\$US) et 75% plus faibles à Santa Cruz (15,67\$US). La baisse des coûts était essentiellement due à la durée d'hospitalisation nettement plus courte et, par ailleurs, les frais du personnel ont diminué de moitié ou plus dans les trois hôpitaux et les coûts des médicaments et des fournitures ont légèrement diminué à La Paz et à Santa Cruz. L'intervention a eu des résultats mitigés sur le coût de traitement du curetage. Dans les deux hôpitaux, les coûts ont augmenté de 11% et de 26% après l'intervention suite à une hospitalisation plus longue, alors qu'à Santa Cruz, les coûts ont diminué de 18% pour le curetage, comparés à 75% pour le traitement par AMIU. L'étude pré/post-intervention a été réalisée dans des maternités à La Paz, Santa Cruz, et Sucre (Billings et al., 2003b). <i>Voir Annexe I, Billings et al., 2003b Bolivie, pour une description de l'intervention.</i> 	<p>III</p>

I.C.I.B—AMIU, AIU et curetage : comparaisons des coûts

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ L'utilisation de l'AMIU pour les SAA, comparée au curetage, associée à des changements dans les protocoles et à une prestation de services améliorée peut nettement réduire les coûts des soins dans la plupart des cas (<i>solides preuves—neuf études</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une évaluation rapide en 1991 au Kenya et au Mexique constate que l'AMIU utilise moins de ressources et exige un séjour hospitalier moins long que le curetage. L'étude a analysé les différences dans les coûts liés à l'AMIU et au curetage pour le traitement des avortements incomplets du premier trimestre. Des données ont été collectées de janvier à juin 1991 dans quatre hôpitaux du Kenya et dans cinq hôpitaux du Mexique en utilisant l'observation directe pour documenter le temps et les ressources, du début à la fin des séjours hospitaliers des patientes. Toutes les femmes participant à l'étude avaient eu un avortement incomplet avec une taille de l'utérus correspondant à moins de 13 semaines de grossesse. Le protocole demandait que l'AMIU ne soit pas réalisée pour des grossesses de plus de 12 semaines. Le plan de l'étude prévoyait l'observation d'au moins 15 femmes de chaque hôpital, mais cela n'a pas été possible en raison du petit nombre de patientes dans tous les hôpitaux. Les composantes des coûts étudiés étaient les frais du personnel, les médicaments et l'hospitalisation. Le coût dans les quatre hôpitaux kenyans s'élevaient dans une fourchette allant de 2,94\$US à 5,24\$US pour l'AMIU (différence de 23%) et de 3,99\$US à 15,25\$US pour le curetage (différence de 66%). Dans l'hôpital mexicain qui réalisait l'AMIU et le curetage, le coût moyen pour une cliente AMIU était de 65,73\$US, 17% de moins que l'hôpital avec le coût le plus faible pour le curetage (79,23\$US) et 72% de moins que l'hôpital avec le coût le plus élevé pour le curetage (235,90\$US). Les frais hospitaliers représentaient la proportion la plus grande du total des coûts et, pourtant, même en excluant les frais d'hospitalisation, le coût de l'AMIU reste inférieur au coût du curetage. Les frais du personnel se situent au second rang des coûts les plus importants (Johnson et al., 1993). 	<p>III</p>

I.C.I.B—AMIU, AIU et curetage : comparaisons des coûts

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ L'utilisation de l'AMIU pour les SAA, comparée au curetage, associée à des changements dans les protocoles et à une prestation de services améliorée peut nettement réduire les coûts des soins dans la plupart des cas (<i>solides preuves—neuf études</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite en 1992 en Tanzanie constate que l'AMIU est plus efficace par rapport aux coûts que le curetage. Les données sur 199 patientes (107 traitées par AMIU et 92 traitées par curetage), collectées de septembre à novembre 1992 au centre médical Muhimbili, indiquent que les coûts directs et l'utilisation de ressources pour l'AMIU étaient 61% de moins que pour le curetage. Les coûts des médicaments, transfusions et seringues étaient 93,1% de moins pour les patientes AMIU (80,7 comparé à 1 171,1 shillings tanzaniens (Tshs)); le coût direct total était inférieur de 50%; le temps d'attente avant l'intervention était inférieur de 55,1% de l'AMIU (3,8 heures comparé à 8,5 heures); la durée de l'intervention était inférieure de 46,4% pour l'AMIU (10,2 minutes comparé à 19 minutes); et la durée des séjours hospitaliers était inférieure de 40,5% pour l'AMIU (10,7 heures comparé à 18 heures). «En principe, les temps d'attente plus longs avant l'intervention sont liés à l'incidence plus grande d'avortements septiques et de choc hémorragique comme complications immédiates... Plus l'intervention est longue, plus le coût est élevé» (Magotti et al., 1995: 250). L'équipement AMIU a été acheté pour l'étude mais l'équipement du curetage qui existait déjà dans l'hôpital n'a pas été inclus dans le total des coûts directs. Par ailleurs, la valeur d'amortissement mensuelle pour les deux ensembles d'équipement, en fonction de la valeur de remplacement, était analogue (1 250 Tshs pour l'équipement AMIU et 1 500 Tshs pour l'équipement du curetage.) Les frais d'hospitalisation, qui représentent également une partie importante des coûts médicaux, n'ont pas été inclus à cause de l'absence d'une politique claire sur la fixation des tarifs. Les patientes faisant partie de l'étude souffraient d'un avortement incomplet au moment de la collecte de données avec des tailles d'utérus de moins de 16 semaines de grossesse. L'AMIU a été réalisée des jours de nombre pair et le curetage des jours de nombre impair. Une patiente AMIU a eu besoin d'une seconde évacuation de l'utérus (Magotti et al., 1995). 	<p>III</p>

I.C.I.B—AMIU, AIU et curetage : comparaisons des coûts

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ L'utilisation de l'AMIU pour les SAA, comparée au curetage, associée à des changements dans les protocoles et à une prestation de services améliorée peut nettement réduire les coûts des soins dans la plupart des cas (solides preuves—neuf études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude quasi-expérimentale faite en 1994 dans un hôpital américain constate que les coûts de l'AMIU sont inférieurs à ceux du curetage. Les données collectées sur toutes les patientes présentant un avortement incomplet, de janvier 1990 à juillet 1992, montrent que l'utilisation de l'AMIU a permis de diminuer les frais hospitaliers de l'ordre de 41% (827\$US comparé à 1 404\$US), les coûts de l'anesthésie de l'ordre de 93%, les frais d'admission de l'ordre de 92% et les dépenses liées aux fournitures stériles de 54%. L'étude constate que « l'élimination du personnel et de la salle d'opération, à coût élevé... permettent une nette réduction des coûts dans sacrifier pour autant les normes des soins cliniques (Blumenthal et al., 1994: 266). De janvier 1990 à septembre 1991, les patientes chez lesquelles on a soupçonné un avortement incomplet avec des tailles d'utérus inférieures ou égales à 12 semaines de grossesse ont été traitées par curetage en salle d'opération. D'octobre 1991 à juillet 1992, les patientes souffrant d'avortement incomplet (nombre de semaines de grossesse non connu) ont été traitées par l'AMIU dans la salle d'examen du service gynécologique ou dans le corridor de la salle de travail ou dans la salle d'intervention. Les coûts ont été comparés à l'aide des factures de frais hospitaliers par rubrique (Blumenthal et Remsburg, 1994). • Dans l'année qui a suivi, une étude faite à Nairobi, au Kenya, où l'AMIU a été introduite à grande échelle, auprès de 3 000 patientes, on a estimé que les économies étaient de l'ordre de 5,1 millions Ksh. (300 000\$US) réalisées parce qu'on n'a pas utilisé la salle d'opération ni le curetage sous anesthésie. Cette quantité est équivalente à la somme des salaires d'environ 200 infirmiers par an (Kizza et al., 1990). 	<p>III</p> <p>III</p>
<p>➤ La transition du curetage à l'AMIU augmente au début le coût suite à une meilleure qualité des soins et au coût accru des fournitures et médicaments (demande une recherche supplémentaire —une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite en Egypte constate une augmentation de 8% dans le coût total par patiente dans un hôpital et une augmentation de 32% dans un autre hôpital après être passé du curetage à l'AMIU, à cause des augmentations du coût des fournitures et des médicaments liés à l'utilisation de l'AMIU. Ces augmentations n'ont pas été compensées par des réductions dans la durée du séjour hospitalier. « Ces augmentations sont dues à l'utilisation inefficace des fournitures médicales et des médicaments contre la douleur lors de la préintervention, et aux améliorations dans la qualité des soins après l'intervention, demandant une utilisation plus importante de fournitures médicales. » (Nawar et al., 1999: 136). 	<p>III</p>

I.C.I.B—AMIU, AIU et curetage : comparaisons des coûts

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ L'AMIU peut être exécutée en toute sécurité dans une structure de soins de santé primaires mais le système de transfert doit être en place pour celles qui ont besoin d'un niveau de soins plus élevés (<i>suffisamment de preuves pour agir—une étude</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de recherche opérationnelle (2001–2003) dans des centres de santé au Sénégal constate que 57% des patientes des SAA ont été traitées par voie d'AMIU dans les 14 mois suivant l'introduction de cette technique. Cette étude pré/post-intervention a introduit un modèle SAA intégré axé sur trois éléments dans 18 centres de soins de santé primaires dans deux régions rurales au Sénégal pour étudier s'il était possible de rendre les services plus accessibles aux femmes dans les zones rurales et formuler des normes de soins au niveau national pour les services de SAA. Suivant l'intervention, 460 patientes ont été traitées pour complications liées à l'avortement dans les sites de l'étude. Parmi ces patientes, 326 femmes se trouvaient à moins de 14 semaines de grossesse et pouvaient donc recevoir le traitement AMIU et 266, soit 57%, ont été traitées par l'AMIU. Trente-quatre femmes, soit 10% de celles présentant les conditions requises pour l'AMIU, ont eu de graves complications telles que fermeture du col et ont été transférées à un hôpital de district de niveau secondaire. Il est important de noter que toutes les patientes après avortement ne peuvent pas être traitées par l'AMIU. Dans le cadre de cette étude, 134 des 400 femmes nécessitant des soins étaient au-delà du premier trimestre, recommandé par l'OMS comme la limite pour l'utilisation de l'AMIU (Dabash, 2003). <i>Voir Annexe I, Dabash 2003, Sénégal, pour une description de l'intervention.</i> 	<p>III</p>

I.C.2.B Aspiration à l'aide d'une pompe à pied : Efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ L'AMIU et l'aspiration à l'aide d'une pompe à pied sont des techniques l'une aussi efficace que l'autre pour l'évacuation utérine suivant un avortement incomplet du premier ou du second trimestre (<i>demande une recherche supplémentaire—une étude</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une analyse comparative prospective en Afrique du Sud auprès de femmes ayant eu soit une AMIU, soit une aspiration à l'aide d'une pompe à pied suivant un avortement incomplet du premier ou du second trimestre constate que les deux méthodes étaient tout aussi efficaces l'une que l'autre pour l'évacuation utérine. La pompe à pied Menox (Menox AB, Göteborg, Suède) était utilisée. Soixante-cinq femmes ont reçu une AMIU et 56 une aspiration à l'aide d'une pompe à pied. Le volume des produits de la conception obtenu dans les deux groupes étaient analogues. Quatre femmes dans le groupe AMIU et une femme dans le groupe FSE avaient besoin d'antibiotiques. Dans deux cas, les femmes qui auraient dû recevoir une FSE ont eu besoin d'une AMIU car la valve de la pompe était bouchée. Dans quatre cas, les femmes soignées par AMIU ont eu besoin d'un curetage à cause de seringues défectueuses ou matériel incomplet. (Gaertner et al., 1998). 	III

I.C.2.B—Aspiration à l'aide d'une pompe à pied : comparaison de coûts

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
Aspiration à l'aide d'une pompe à pied : comparaison de coûts	<ul style="list-style-type: none">Aucune donnée se rapportant aux SAA trouvée sur ce thème.	

I.C.3 Misoprostol pour les SAA : efficacité et innocuité

Le misoprostol est une prostaglandine E1 analogue à celle approuvée par l'Administration de l'Alimentation et des Médicaments des Etats-Unis pour la prévention et le traitement de l'ulcère gastrique lors de l'utilisation à long terme de médicaments anti-inflammatoires sans stéroïdes. Vu qu'il contracte l'utérus, le misoprostol est utilisé actuellement dans son emploi non conforme pour diverses indications obstétricales et gynécologiques (Goldberg et al 2001).

Des études qui se sont penchées sur son éventuelle utilisation pour évacuer l'utérus lors d'une interruption de grossesse tout au début (avortement spontané incomplet ou rétention fœtale) démontrent l'efficacité, l'innocuité et l'acceptabilité du misoprostol pour cette indication (Beucher et al 2003). Les effets secondaires sont généralement bénins, de courte durée et liés à la dose. Ces effets se présentent sous forme de frissons, fièvre, nausées, vomissements, diarrhée et maux de tête. Les effets secondaires gastro-intestinaux sont plus courants avec l'administration par voie orale qu'avec l'administration par voie vaginale. Les saignements sont accrus par rapport à la prise en charge chirurgicale, mais sans grande différence. La douleur doit être soulagée par des analgésiques. Des questions subsistent quant à la dose optimale et la meilleure voie d'administration (Winikoff 2005).

La plupart des essais publiés sur la prise en charge médicale de l'interruption de grossesse tout au début ont été réalisés dans des pays industrialisés dans des établissements bien équipés, mais l'éventuelle utilisation du misoprostol pour les SAA pourrait bien être envisagée dans des contextes aux ressources limitées où les soins chirurgicaux ne sont pas toujours disponibles (Winikoff 2005). Le misoprostol est relativement peu cher, a une longue durée de conservation, est stable à la chaleur et ne demande pas de conditions spéciales de stockage. Le traitement à base de misoprostol peut remplacer l'acte chirurgical et semble acceptable aux femmes dans les endroits où il a été proposé (Zhang et al., 2005 ; Ngoc et al., 2004). Les études indiquent que l'utilisation du misoprostol à la place de la chirurgie dans un contexte de consultations externes réduit le coût des services (Graziosi et al., 2005).

Malgré des résultats encourageants, la prise en charge médicale comporte plusieurs inconvénients. Un certain nombre de femmes traitées avec le misoprostol auront quand même besoin d'évacuation chirurgicale suite à l'échec de traitement. Les taux de traitement réussi sont plus élevés avec des périodes d'observation plus longues et, par conséquent, on se préoccupe des éventuelles pertes au suivi (Weeks et al., 2005). Il est important de se rappeler que toutes les clientes des SAA ne présenteront pas les conditions requises pour un traitement médical. Par exemple, le traitement médical à base de misoprostol, selon une source (Ipas, 2004) est une contre-indication lorsque la patiente est allergique aux prostaglandines, lorsqu'elle utilise un DIU (avant le retrait) ou s'il existe des signes d'endométrite, de septicémie ou de grossesse extra-utérine. Dans le cadre d'études cliniques, les femmes avec des signes d'anémie grave (cliniques ou de laboratoire) ne présentaient pas les conditions recevables pour une évacuation médicale à cause du risque petit certes, mais réel, d'hémorragie (Ipas, 2004). En dernier lieu, il est probablement possible de contrôler plus rapidement les problèmes de saignement à l'aide d'une intervention chirurgicale (Ipas, 2004). Aussi, la prise en charge médicale doit-elle être considérée comme une option possible dans un système de services de SAA qui comprend un étroit suivi et un accès à des services chirurgicaux à un niveau supérieur.

I.C.3. A - Misoprostol pour les SAA : Efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ L'utilisation du misoprostol pour évacuer l'utérus après une interruption de grossesse tout au début peut complètement évacuer l'utérus en réduisant le besoin d'avoir recours à une évacuation chirurgicale (solides preuves, deux études).</p>	<p style="text-align: center;"><i>Misoprostol comparé au traitement abstentionniste et à la prise en charge chirurgicale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une méta-analyse a été faite de 13 essais cliniques aléatoires cas-témoins qui faisaient la comparaison entre le misoprostol et le curetage, le misoprostol et le traitement abstentionniste ou le traitement abstentionniste et le curetage pour une interruption de grossesse tout au début. Les données combinées chez les femmes avec rétention fœtale, avec traitement abstentionniste ou traitées avec du misoprostol indiquent des taux d'évacuation complète de 28% (49/173 ; fourchette 14%-47%) et de 81% (242/298 ; fourchette 60%-83%) respectivement. Chez les femmes avec un avortement incomplet, ces taux sont de l'ordre de 94% (31/33 ; fourchette 80%-100%) et de 99% (75/76 ; fourchette 99%-100%) respectivement. Aussi bien le traitement abstentionniste que le traitement à base de misoprostol réduisent le recours à l'évacuation chirurgicale pour une interruption de grossesse tout au début, mais pour les femmes avec rétention fœtale, le misoprostol semble bien plus efficace que le traitement abstentionniste (Graziosi et al., 2004). • Cette étude faite au Danemark de 1999 à 2000 compare le traitement de l'avortement spontané par voie de traitement abstentionniste, ou 400 mcg de misoprostol par voie vaginale ou encore l'évacuation chirurgicale. Soixante-six-huit femmes ont été recrutées et évaluées à nouveau après un traitement, les 8^e et 14^e jours. L'évacuation de l'utérus a été réussie chez 14/17 (82%) des femmes dans le groupe du traitement abstentionniste ; chez 28/31 (90%) des femmes dans le groupe du traitement à base de misoprostol ; et 29/30 (97%) des femmes dans le groupe de la prise en charge chirurgicale (Gronlund et al., 2002). 	<p style="text-align: center;">II</p> <p style="text-align: center;">II</p>
<p>➤ Le traitement médical d'interruption de grossesse tout au début en utilisant le</p>	<p style="text-align: center;"><i>Misoprostol comparé au traitement abstentionniste ou au placebo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cet essai aléatoire, cas-témoins, en Afrique du Sud a recruté 104 femmes avec interruption de grossesse 	<p style="text-align: center;">II</p>

I.C.3. A - Misoprostol pour les SAA : Efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>misoprostol est plus efficace que le traitement abstentionniste pour réduire le recours à l'évacuation chirurgicale. (Solides preuves, quatre études)</p>	<p>et les a réparties dans deux groupes : soit 600 mcg de misoprostol, soit un placebo par voie vaginale. Les doses ont été répétées si l'évacuation n'était pas complète le lendemain. Le 7^e jour, les femmes qui n'avaient pas eu d'évacuation complète des contenus de l'utérus ont reçu une évaluation chirurgicale. Le taux de réussite dans le groupe de misoprostol était de 88,5% comparé à 44,2% dans le groupe de placebo. Il n'existait aucune différence significative dans les taux de réussite entre les deux groupes pour les femmes avec un avortement incomplet (100% contre 85,7%). Par contre, les femmes avec une rétention fœtale avaient un taux de réussite bien plus élevé avec le misoprostol (87%), comparé au placebo (29%) (Bagratee et al., 2004).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cet essai aléatoire, cas-témoins, à Hong Kong a recruté 60 femmes avec interruption de grossesse. Les femmes dans le groupe médical ont reçu 400 mcg de misoprostol par voie vaginale les 1^{er}, 3^e et 5^e jours. Le groupe témoin n'a reçu qu'un traitement abstentionniste. Le résultat final a été évalué le 15^e jour. Quatre-vingt-trois pour cent des femmes dans le groupe du misoprostol ont évité l'évacuation chirurgicale, comparé à 48% dans le groupe témoin (Ngai et al., 2001) • Cette étude aléatoire, cas-témoins, au Canada a recruté 50 femmes avec rétention fœtale. Les femmes ont reçu soit une ou deux doses de 800 mcg de misoprostol par voie vaginale, soit un placebo. Le résultat a été évalué une semaine après l'administration du misoprostol. Quatre-vingts pour cent des femmes dans le groupe du misoprostol et 16% des femmes dans le groupe du placebo ont eu une expulsion réussie de produits de la conception et n'ont pas eu besoin d'intervention chirurgicale (Wood et Brain, 2002). • Cette étude observationnelle prospective à Hong Kong a recruté 252 femmes avec avortement incomplet. Toutes les femmes ont d'abord été traitées de manière abstentionniste. Deux semaines après le diagnostic initial, les femmes qui avaient encore des produits retenus de la conception ont reçu 400 mcg de misoprostol par voie orale toutes les 4 heures pour un total de 3 doses. Elles ont de nouveau été évaluées le lendemain matin pour voir si l'évacuation était complète. Cent quarante et une femmes avaient des produits retenus lors du suivi de deux semaines et ont été traitées avec du misoprostol. Sur ces femmes, 88 (62%) n'ont pas eu besoin d'intervention chirurgicale (Chung et al., 1995). 	

I.C.3. A - Misoprostol pour les SAA : Efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Le misoprostol, donné par voie orale ou vaginale pour le traitement d'une interruption de grossesse tout au début peut évacuer complètement l'utérus dans 50 à 96% du temps, réduisant le recours à l'acte chirurgical. (Solides preuves, huit études).</p>	<p style="text-align: center;"><i>Misoprostol comparé au traitement chirurgical</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cet essai aléatoire, cas-témoins, aux Etats-Unis, a recruté 652 femmes avec interruption de grossesse du premier trimestre, pour recevoir soit 800 mcg de misoprostol par voie vaginale, soit une aspiration à un taux de 3 à 1. le groupe de misoprostol a reçu un traitement le premier jour, une seconde dose le 3^e jour si l'expulsion était incomplète et une aspiration le 8^e jour si l'expulsion était toujours incomplète. Parmi les femmes qui ont terminé l'essai en fonction du protocole, 84% traitées avec du misoprostol et 97% traitées par aspiration avaient une évacuation utérine complète au 8^e jour (Zhang et al., 2005). • Cet essai aléatoire, cas-témoins, à Hong Kong, a recruté 635 femmes et a comparé l'efficacité du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet à celui de l'évacuation chirurgicale. Les femmes dans le groupe misoprostol ont reçu 400 mcg de misoprostol par voie orale toutes les 4 heures jusqu'à une dose maximale de 1200 mcg. Le lendemain, on a examiné si l'évacuation était complète. Sur les 371 femmes qui ont reçu du misoprostol, 159 (50%) ont expulsé les produits de la conception et n'ont pas eu besoin d'intervention chirurgicale (Chung et al., 1999). • Cet essai aléatoire, cas-témoins, en Ouganda, a recruté 330 femmes avec avortement incomplet sur diagnostic clinique et les a réparties dans deux groupes : soit aspiration manuelle intra-utérine, soit 600 mcg de misoprostol par voie orale pour une évacuation utérine complète. Un suivi a été fait le 14^e jour. Le misoprostol a permis une évacuation utérine complète chez 96,3% des cas disponibles. Pratiquement 30% des femmes dans les deux groupes de l'essai ont été perdues au suivi (Weeks et al., 2005). • Cet essai aléatoire, cas-témoins, au Royaume-Uni, de 80 femmes a permis de comparer l'évacuation chirurgicale au traitement médical avec 800 mcg de misoprostol par voie vaginale pour interruption de grossesse tout au début. Cette étude regroupait des femmes avec avortement incomplet et rétention fœtale. Le suivi a été fait 10 jours après l'administration du traitement. Le misoprostol a réussi chez 82,5% (33/40) partientes. Aucune des patientes dans le groupe chirurgical n'avait besoin d'une évacuation répétée (Demetroulis et al., 2001). 	<p style="text-align: center;">II</p>

I.C.3. A - Misoprostol pour les SAA : Efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Le misoprostol, donné par voie orale ou vaginale pour le traitement d'une interruption de grossesse tout au début peut évacuer complètement l'utérus dans 50 à 96% du temps, réduisant le recours à l'acte chirurgical. (Solides preuves, huit études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cet essai aléatoire, cas-témoins, en Afrique du Sud, a recruté 50 femmes avec avortement incomplet qui ont reçu soit un traitement médical avec une seule dose de 400 mcg de misoprostol par voie orale, soit un curetage chirurgical. Le résultat a été évalué 12 heures après l'administration de misoprostol. Après 12 heures, seules 3 (13%) des femmes dans le groupe de misoprostol avaient une évacuation complète de l'utérus (deJonge et al., 1995). • Cet essai aléatoire, cas-témoins, en Afrique du Sud, a recruté 94 femmes avec avortement incomplet qui ont reçu 600 mcg de misoprostol par voie vaginale ou par curetage chirurgical. Le taux de réussite du traitement médical était de 91,5% ; un tiers des femmes (15 sur 47) avaient des évacuations utérines complètes après une dose seulement de misoprostol et 8,5% avaient besoin d'une intervention chirurgicale pour retirer les produits restants de la conception après 1 semaine suite à l'échec de traitement. Le taux de réussite dans le groupe chirurgical était de 100%. Les femmes dans le groupe médical avaient une durée plus longue de saignements et avaient davantage besoin d'analgésie. Un plus grand nombre de femmes qui avaient reçu un traitement médical le choisiraient à l'avenir que celles dans le groupe chirurgical (Moodliar et al., 2005). • Cet essai aléatoire, cas-témoins, aux Etats-Unis, a recruté 50 femmes qui ont reçu soit un traitement chirurgical, soit un traitement médical avec 800 mcg de misoprostol par voie vaginale, dose qui pouvait être répétée à 24 heures et 48 heures si une quantité importante de produits de la conception restaient dans l'utérus. Le résultat a été mesuré 72 heures après l'administration de misoprostol. Soixante pour cent (15/25) des femmes dans le groupe médical ont eu une évacuation utérine complète et n'ont pas eu besoin de curetage (Muffley et al., 2002). • Cet essai aléatoire, cas-témoins, en Turquie, a recruté 80 femmes qui ont reçu soit un curetage chirurgical, soit un traitement médical avec 200 mcg de misoprostol par voie vaginale plus 200 mcg par voie orale, quatre fois par jour pour un maximum de cinq jours. Le taux de réussite était de 93,3% pour le groupe de misoprostol et 100% pour le groupe chirurgical (Sahin et al., 2001). 	<p>III</p>

I.C.3. A - Misoprostol pour les SAA : Efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Le misoprostol peut être administré par voie orale, sub-linguale ou vaginale avec de bons résultats. Les combinaisons dose/ voie optimale n'ont pas encore été établies définitivement. (Solides preuves, huit études)</p>	<p style="text-align: center;"><i>Comparaisons des doses et voies d'administration</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cet essai aléatoire, cas-témoins, en Thaïlande, a recruté 169 femmes avec avortement incomplet. Les femmes ont reçu soit une seule dose ou une dose répétée de 600 mcg de misoprostol par voie orale. Un suivi a été donné deux semaines après l'administration de misoprostol. Il n'existait aucune différence d'efficacité entre les deux traitements : 66% des femmes dans le groupe à dose unique et 70% des femmes dans le groupe à dose répétée ont eu une expulsion complète sans besoin d'intervention chirurgicale (Blanchard et al., 2004). • Ce petit essai aléatoire, cas-témoins, aux Etats-Unis, a recruté 20 femmes pour qu'elles reçoivent soit 400 mcg de misoprostol par voie orale (12 femmes), soit 800 mcg de misoprostol par voie vaginale (8 femmes) pour le traitement de l'interruption de grossesse tout au début. La dose a été répétée après 24 heures si le sac gestationnel était toujours présent. Après 24 heures en plus, les femmes qui n'avaient pas expulsé les produits de la conception ont eu une évacuation chirurgicale. Une expulsion réussie a été notée chez 25% (3/12) du groupe oral et chez 88% (7/8) du groupe vaginal (Creinin et al., 1997). • Cet essai aléatoire, cas-témoins, au Vietnam, a recruté 300 femmes présentant un avortement incomplet. Les femmes ont reçu soit une seule dose de 600 mcg, soit une dose répétée par voie orale (600 mcg x 2) de misoprostol. L'évaluation finale a été faite le 10^e jour. On n'a noté aucune différence significative dans les taux de réussite chez les deux groupes de traitement. Le misoprostol a évacué l'utérus chez pratiquement toutes les femmes (94,6%). La plupart des femmes ont noté des saignements pendant quatre jours et des douleurs et crampes qui ont duré une journée. Les femmes ont indiqué que les effets secondaires étaient tolérables (96%) et que leur expérience était satisfaisante (95%) (Nguyen et al., 2005). 	<p>III</p>

I.C.3. A - Misoprostol pour les SAA : Efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<ul style="list-style-type: none"> • Cet essai aléatoire, cas-témoins, au Vietnam, a recruté 200 femmes avec rétention fœtale confirmée par ultrasons afin qu'elles reçoivent 800 mcg de misoprostol, soit par voie orale, soit par voie vaginale. Toutes les femmes sont revues pour un suivi deux jours plus tard. L'efficacité était élevée dans les deux groupes et n'était pas significative du point de vue statistiques (orale 89% ; vaginale 92,9%) (Ngoc et al., 2004). • Cet essai aléatoire, cas-témoins, à Hong Kong, a recruté 201 femmes pour qu'elles reçoivent 800 mcg de misoprostol, soit par voie orale, soit par voie vaginale, avec une dose répétée 4 heures plus tard si les produits de la conception n'étaient pas évacués, le résultat final a été évalué le jour après le traitement. Le taux de réussite était analogue dans les deux groupes : 61,1% dans le groupe vaginal et 64,4% dans le groupe oral (Pang et al., 2001). • Cet essai aléatoire, cas-témoins, à Hong Kong, a recruté 80 femmes avec fausse couche silencieuse pour recevoir 600 mcg de misoprostol, soit par voie sub-linguale, soit par voie vaginale. La dose a été répétée toutes les trois heures pour un maximum de trois doses. Le taux de réussite dans les deux groupes était de 87,5%. La détermination finale de la réussite a été obtenue les 7^e et 43^e jours (Tang et al., 2003). • Cet essai aléatoire, cas-témoins, à Hong Kong, a recruté 180 femmes avec fausse couche silencieuse (<13 semaines) pour recevoir 600 mcg de misoprostol par voie sub-linguale toutes les trois heures pour un maximum de trois doses et ensuite, pour recevoir soit (i) un traitement analogue de misoprostol ou (ii) un traitement étendu de 400 mcg de misoprostol par voie sub-linguale tous les jours pendant une semaine. Les taux de réussite pour l'évacuation utérine complète étaient analogues dans les deux groupes : 92,2% pour le groupe traitement pareil, comparé à 93,3% pour le groupe traitement étendu. Une semaine en plus de misoprostol ne semble pas améliorer le taux de réussite ni raccourcir la durée du saignement vaginal. Il augmente par contre l'incidence de la diarrhée, mais les autres effets secondaires étaient analogues dans les deux groupes (Tang et al., 2006). • Une étude observationnelle prospective de 25 femmes avec rétention fœtale en Hongrie constate qu'une dose intra-vaginale de 200 mcg de misoprostol répétée toutes les quatre heures, pour une dose maximale de 800 microgrammes, permettait une évacuation utérine complète dans les 10 heures suivant le début du traitement pour 88% des patientes. Cinq femmes ont eu des avortements complets après avoir reçu la première dose de misoprostol, 13 après la seconde dose, quatre après la troisième et aucune après la quatrième. Trois des 25 femmes (12%) n'ont pas eu d'avortement même après l'administration des quatre doses et, par la suite, ont eu besoin d'une évacuation chirurgicale (Zalányi, 1998). 	III

I.C.3. A - Misoprostol pour les SAA : Efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ L'utilisation du misoprostol pour évacuer l'utérus après interruption de grossesse tout au début peut augmenter la satisfaction des patientes (<i>demande une recherche supplémentaire, trois études</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cet essai aléatoire, cas-témoins, de 80 femmes a décrit l'évacuation chirurgicale comparée auparavant au traitement médical avec 800 mcg de misoprostol par voie vaginale pour une interruption de grossesse tout au début. Toutes les patientes traitées de manière réussie dans le groupe de misoprostol se sont montrées satisfaites par le traitement, comparé à 58% seulement des femmes dans le groupe chirurgical (Demetroulis et al., 2001). • Cet essai aléatoire, cas-témoins, de 94 femmes a décrit le curetage chirurgical comparé auparavant au traitement médical avec 600 mcg de misoprostol par voie vaginale. Un plus grand nombre de femmes qui avaient reçu le traitement médical le recommanderait ou le choisirait à l'avenir que celles dans le groupe chirurgical (Moodliar et al., 2005). • Cet essai aléatoire, cas-témoins, de 80 femmes avec avortement spontané incomplet a décrit le curetage chirurgical comparé auparavant au traitement médical avec 200 mcg de misoprostol par voie vaginale suivis par une autre dose de 200 mcg de misoprostol par voie orale prise quatre fois par jour pour un maximum de cinq jours. Seules 2,5% des femmes dans le groupe du misoprostol n'étaient pas satisfaites avec leur traitement, comparé à 35% dans le groupe chirurgical (Sahin et al., 2001). 	III
<p>➤ Les effets secondaires du misoprostol sont 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.</p> <p>➤ Les femmes avec une interruption de grossesse du premier trimestre traitées avec du misoprostol ont légèrement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cet essai aléatoire, cas-témoins, de 80 femmes avec avortement spontané incomplet a décrit le curetage chirurgical comparé auparavant au traitement médical avec 200 mcg de misoprostol par voie vaginale suivis par une autre dose de 200 mcg de misoprostol par voie orale prise quatre fois par jour pour un maximum de cinq jours. Toutes les femmes de l'étude ont eu des crampes et des douleurs abdominales, un saignement vaginal et ont évacué des produits de la conception suite à un avortement incomplet. Les deux groupes de comparaison ont été revus après 10 jours et on a noté que les femmes dans le groupe du misoprostol avaient en moyenne 6,5 jours de saignement et le groupe avec traitement chirurgical avait eu 4,9 jours de saignement. Deux patientes qui ont eu une chirurgie (5%) et une patiente dans le groupe du misoprostol (1%) ont eu une infection pelvienne qui a été soignée par antibiotiques (Sahin et al., 2001). • Soixante-dix-sept femmes avec interruption de grossesse tout au début ont été recrutées dans cette étude de cohorte prospective et assignées de manière aléatoire, soit à 800 mcg de misoprostol par voie vaginale sec ou humide (2 ml de solution saline). On a noté leur indication concernant les saignements et l'utilisation de serviettes hygiéniques dans un journal quotidien sur une période de 	II

I.C.3. A - Misoprostol pour les SAA : Efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>plus de pertes de sang comparées aux femmes traitées par évacuation chirurgicale, mais la différence n'est pas significative du point de vue clinique.</p> <p>➤ L'utilisation du misoprostol pour le traitement d'une interruption de grossesse tout au début sans complications revient moins chère que soit le traitement abstentionniste ou l'intervention chirurgicale (demande une recherche supplémentaire)</p>	<p>deux semaines. Le taux d'hémoglobine a été évalué au moment du recrutement et deux semaines plus tard. Les femmes ont signalé des saignements et saignotements chaque jour pendant les 14 jours observés. Les journées de saignements abondants auto-évalués étaient rares (médiane 3) et se présentaient généralement immédiatement après le traitement. La diminution moyenne d'hémoglobine était de 0,5 g/dl. L'utilisation des serviettes hygiéniques était très variable et ne se rapportait pas aux changements dans l'hémoglobine (Davis et al., 2004).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cet essai aléatoire, cas-témoins, a décrit 201 femmes recrutées auparavant pour recevoir 800 mcg de misoprostol, soit par voie orale, soit par voie vaginale, avec une dose répétée quatre heures plus tard si les produits de la conception n'étaient pas évacués. On ne note aucune différence entre les groupes dans l'incidence de fièvre, de nausées ou de vomissements. L'incidence de la diarrhée était élevée dans le groupe oral. Les deux groupes ont eu des durées analogues de saignements, d'évacuation chirurgicale et de besoin d'analgésie, bien que le groupe de misoprostol vaginal ait signalé une durée légèrement plus longue de douleurs pelviennes (deux jours comparé à un jour) (Pang et al., 2001). • Cet essai aléatoire, cas-témoins, a décrit 80 femmes recrutées auparavant qui ont été assignées soit au curetage chirurgical, soit au traitement médical avec 200 mcg de misoprostol par voie vaginale plus 200 mcg par voie orale, quatre fois par jour pour un maximum de cinq jours. Le nombre moyen de jours de saignements était de 6,45 dans le groupe du misoprostol comparé à 4,9 dans le groupe du curetage. Il n'existait pas de différence significative du point de vue statistiques dans l'hémoglobine entre les deux groupes (Sahin et al., 2001). • Cet essai aléatoire, cas-témoins, a décrit l'évacuation chirurgicale comparée auparavant au traitement médical avec 800 mcg de misoprostol par voie vaginale pour l'interruption de grossesse tout au début. Le nombre de femmes qui avaient des douleurs abdominales importantes n'était pas différent parmi les groupes, pas plus que la durée ou la gravité des saignements (4,7 jours dans le groupe du misoprostol contre 4,9 jours dans le groupe du curetage). Les niveaux d'hémoglobine après le traitement étaient également comparables (Demetroulis et al., 2001). • Une analyse conçue pour simuler le résultat clinique et l'utilisation des ressources de soins de santé pour l'évacuation chirurgicale, le misoprostol et le traitement abstentionniste pour les femmes présentant un avortement spontané sans complications lors du premier trimestre de la grossesse a été réalisé en utilisant les intrants cliniques de la littérature scientifique et les analyses de coût du point de vue des prestataires de soins de santé publique à Hong Kong. Les résultats ont montré que 	

I.C.3. A - Misoprostol pour les SAA : Efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	le misoprostol était l'option la moins chère par patiente, suivi par le traitement abstentionniste et l'évacuation chirurgicale (You et Chung, 2005).	

I.C.3.B Misoprostol pour les SAA : Comparaisons des coûts

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Gray Type
Comparaisons de coûts entre le misoprostol	<ul style="list-style-type: none">Aucune donnée se rapportant aux SAA trouvée sur ce thème.	

I.C.4. Utilisation d'antibiotiques pour l'avortement incomplet

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Gray Type
<p>Utilisation d'antibiotiques prophylactiques pour l'avortement incomplet</p> <p>➤ Il n'existe pas suffisamment de preuves pour déterminer si les femmes avec un avortement incomplet doivent recevoir des antibiotiques prophylactiques de manière routinière (<i>demande une recherche supplémentaire—une étude</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la Collaboration Cochrane d'un essai (Seeras, 1989) constate qu'il n'existe pas suffisamment de données probantes pour déterminer si les femmes avec un avortement incomplet doivent recevoir systématiquement des antibiotiques prophylactiques. Aucune différence n'est constatée dans les taux d'infection après avortement, entre les groupes traitement et les groupes témoins, bien que l'observance du traitement antibiotique soit très faible : uniquement 17,4% des participantes prenaient les antibiotiques, et même ainsi, n'ont pas suivi complètement les instructions. Le groupe traitement a reçu 500 milligrammes de gélules de tétracycline quatre fois par jour pendant une semaine. L'étude a suivi 140 femmes hospitalisées pour avortement incomplet dans un hôpital de Harare, au Zimbabwe. La recherche a été faite en utilisant la stratégie de recherche Cochrane/Groupe de Régulation des Naissances, avec des recherches électroniques dans MEDLINE et POPLINE et des recherches sur mot clé dans le registres des essais cas-témoins de Cochrane (May et al., 2003). 	I

I.C.5 Prise en charge de la douleur

La prise en charge de la douleur permet de s'assurer qu'une femme traitée suite à une fausse couche ou avortement incomplet « souffre le moins d'angoisses et de douleurs possibles avec le moindre risque pour sa santé » (Margolis et al., 1993: 1). La douleur a des aspects tant physiologiques que psychologiques. Elle est prise en charge avec des médicaments soulageant la douleur physiologique et des conseils pour des aspects psychologiques de la douleur. « Sur le plan physiologique, il existe deux types de douleurs pour les patientes AMIU : l'intense douleur accompagnant la dilatation du col et la stimulation du col interne et une douleur plus diffuse dans la partie inférieure de l'abdomen avec des crampes venant des contractions de l'utérus. Les médicaments contre la douleur se rangent dans trois catégories, à savoir les analgésiques, qui soulagent la douleur dans les récepteurs de la moelle épinière et du cerveau ; les anesthésiques, qui engourdissent la sensation physique et les anxiolytiques qui ne diminuent pas la douleur mais qui réduisent l'angoisse. Les femmes ont également besoin de conseils et de réconfort. Par ailleurs, les conseils ne sauraient remplacer le soulagement de la douleur » (Solo, 2000: 45, 46, 48). Les protocoles pour le curetage demandent généralement que soit pratiquée l'anesthésie générale (OMS, 1994).

I.C.5.A Prise en charge de la douleur : Efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>Efficacité et innocuité des techniques de prise en charge de la douleur</p> <p>➤ Les femmes ont besoin d'une prise en charge pour le traitement d'urgence, y compris pour le curetage et l'AMIU (solides preuves— quatre études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite au Kenya (année non spécifiée) constate que 3% seulement des femmes qui avaient eu une AMIU et que 44% des femmes qui avaient eu un curetage avaient reçu des médicaments contre la douleur. Pratiquement toutes les patientes ont connu des douleurs et 60% les ont décrites comme des douleurs très intenses (Solo et Billings, 1997 cités dans Ringheim, 1999). • Une étude longitudinale prospective, de 1990 à 1991, faite à Harare, au Zimbabwe, constate que 38% des 834 femmes traitées par AMIU pour avortement incomplet ont indiqué de graves douleurs pendant l'intervention et que pratiquement aucune des patientes AMIU (93,6%) n'avaient reçu de médicaments contre la douleur (Mahomed et al., 1994). • Une étude de recherche opérationnelle, 2001–2003, faite au Sénégal, constate que les femmes ne reçoivent que peu, voire aucun médicament contre la douleur pendant l'AMIU. Les douleurs signalées sont élevées : 65% des femmes ont indiqué qu'elles avaient ressenti de vives douleurs et 15% ont indiqué des douleurs modérées pendant l'intervention. Ceux taux chutent après l'intervention lorsque 74% des femmes ont reçu un anesthésique local pendant le traitement. (On a prescrit des médicaments contre la douleur à pratiquement toutes les femmes et les médicaments n'étaient pas toujours disponibles ou d'un coût abordable.) Quarante pour cent des femmes après l'intervention ont indiqué de vives douleurs et 25% ont signalé des douleurs modérées pendant l'intervention, et les 35% restantes n'ont signalé aucune douleur ou des douleurs minimales (Dabash, 2003). <i>Voir Annexe I, Dabash 2003, Sénégal, pour une description de l'intervention.</i> 	<p>III</p> <p>III</p>

I.C.5.A Prise en charge de la douleur : Efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ L'utilisation de l'anesthésie paracervicale avec 1% de lignocaïne diminue nettement la douleur pour les patientes des SAA suivant un traitement par voie d'AMIU (solides preuves—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un essai clinique aléatoire, en double-aveugle, fait en 1997, au Centre Marie Stopes à Nairobi, au Kenya, constate que les patientes des SAA recevant une anesthésie paracervicale avec 1% de lidocaïne avaient nettement moins mal que les patientes avec placebo. Les évaluations de la douleur pendant et après l'opération étaient mesurées à l'aide des échelles McGills et expression du visage. Le groupe sans traitement indiquait nettement plus de douleur que le groupe traité, surtout les douleurs abdominales basses et les douleurs de dos. La douleur était surtout marquée pendant l'opération, un peu moins 30 minutes après l'opération. Pendant l'intervention AMIU, « celles dans le groupe des non-traitées étaient 10 fois plus susceptibles de connaître de graves douleurs abdominales que celles traitées avec de la lidocaïne » (Egziabher et al., 2002: 533). Suivant l'AMIU, la douleur abdominale restait modérée à grave pour 47,9% de celles recevant le placebo, alors que 31% du groupe traité ne ressentait aucune douleur abdominale et que 53,5% avait une douleur légère. Cent-quarante-deux patientes faisaient partie de l'étude. Soixante et onze patientes des SAA ont reçu une anesthésie paracervicale avec de la lidocaïne à 1% et 71 ont reçu un placebo avec de l'eau stérile. Les patientes des SAA avaient des grossesses de moins de 16 semaines sans trace d'infection (Egziabher et al., 2002). • Une étude de recherche opérationnelle, 2001–2003, faite au Sénégal, constate que les femmes ne reçoivent que peu, voire aucun médicament contre la douleur lors de l'évacuation de l'utérus. Les douleurs signalées sont élevées : 65% des femmes ont indiqué qu'elles avaient ressenti de vives douleurs et 15% ont indiqué des douleurs modérées pendant l'intervention. Ces taux chutent après l'intervention lorsque 74% des femmes ont reçu un anesthésique local pendant le traitement. (On a prescrit des médicaments contre la douleur à pratiquement toutes les femmes et les médicaments n'étaient pas toujours disponibles ou d'un coût abordable.) Quarante pour cent des femmes après l'intervention ont indiqué de vives douleurs et 25% ont signalé des douleurs modérées pendant l'intervention, et les 35% restantes n'ont signalé aucune douleur ou des douleurs minimales (Dabash, 2003). <i>Voir Annexe I, Dabash 2003, Sénégal, pour une description de l'intervention</i> 	II

I.C.5.A Prise en charge de la douleur : Efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Il n'existe pas de différence significative dans la douleur chez les patientes SAA AMIU à qui on administre une anesthésie paracervicale avec 1% de lidocaïne comparé à celles à qui on administre pas d'anesthésie. Ni la technique de l'anesthésie paracervicale ni le soutien psychologique à lui seul ne suffit pour la prise en charge de la douleur chez les patientes des SAA qui ont une AMIU (demande une recherche supplémentaire—une étude).</p> <p>➤ L'utilisation de l'analgésie systémique et de la sédation contrôlée par la patiente sont des moyens efficaces pour lutter contre la douleur lors des interventions AMIU chez les femmes</p>	<ul style="list-style-type: none"> Un essai aléatoire, cas-témoins, fait en République dominicaine en 2002, montre que les patientes des SAA recevant une AMIU et une anesthésie paracervicale signalent qu'il n'existe aucune différence significative dans l'intensité de la douleur, comparé à celles ne recevant aucune anesthésie. Un échantillon aléatoire de 215 femmes avec avortement incomplet, col ouvert et grossesses de 12 semaines ou moins ont été réparties aléatoirement dans deux groupes—un groupe recevant aucune anesthésie (108) et un groupe recevant deux injections de 5ml d'anesthésie paracervicale de lidocaïne à 1% dans la jointure col-vagin(107). Aucun analgésique n'a été utilisé ni pour l'un ni pour l'autre de ces groupes pendant l'intervention, bien que certaines participantes avec de graves douleurs avant l'opération aient reçu des analgésiques six heures avant l'intervention. Les deux groupes ont reçu conseils et soutien psychologique avant, pendant et après l'intervention. L'anxiété et la douleur ont été mesurées pendant les périodes avant l'opération, pendant l'opération et après l'opération en utilisant l'échelle visuelle analogue ainsi que par un observateur externe lors de période pendant l'intervention. Les données ont indiqué une réduction de 9% des vives douleurs dans le groupe recevant une anesthésie paracervicale, mais aucune différence significative du point de vue statistiques n'a été constatée entre les deux groupes concernant le niveau d'anxiété et la douleur avant l'opération, le niveau de douleur pendant l'opération, tel que signalé par la patiente, ni le niveau de douleur évalué par l'observateur. On a constaté que ni l'anesthésie paracervicale, ni le soutien psychologique donné parallèlement « ne suffisaient pour contrôler la douleur provenant de l'évacuation endo-utérine à l'aide de l'aspiration manuelle et que la technique de l'aspiration manuelle intra-utérine était liée à de graves douleurs chez environ 50% des patientes. » On recommande de faire d'autres études comparatives aléatoires pour « déterminer l'efficacité d'autres techniques d'anesthésie paracervicale et l'efficacité des analgésiques chez les patientes souffrant d'avortement incomplet traité à l'aide de l'aspiration manuelle intra-utérine » (Gómez, P.I. et al., 2004). Une étude faite au Royaume-Uni, de 1998 à 2000, auprès de 57 femmes constate que la douleur pendant l'AMUI peut être prise en charge de manière efficace si on utilise des médicaments systémiques contre la douleur sous contrôle de la patiente. Quarante et une femmes avec diagnostic de rétention fœtale et 16 avec avortements incomplets pendant le premier trimestre ont reçu un traitement à l'aide de l'AMIU. Huit cent microgrammes de misoprostol par voie vaginale ont été administrés à toutes les patientes trois heures avant l'intervention pour la maturation du col et une dose rectale de 100 milligrammes de diclofenac sodium ont été donnés pour la douleur. Quarante-deux femmes ont choisi l'analgésie systémique et 15 ont opté pour la sédation contrôlée par la patiente. Le taux de réussite de l'intervention était de 100% et les deux, analgésie et anesthésie contrôlée par 	<p>II</p> <p>III</p>

I.C.5.A Prise en charge de la douleur : Efficacité et innocuité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>souffrant d'un avortement spontané incomplet (<i>demande une recherche supplémentaire—une étude</i>).</p>	<p>la patiente, ont été associées à un niveau élevé de satisfaction et d'acceptabilité de la part de la patiente. Toutes les 57 femmes ont indiqué qu'elles recommanderaient l'AMIU à une amie ou à une personne de leur famille (Gazvani et al., 2004).</p>	
<p>➤ Les femmes qui ont eu des avortements spontanés sans chirurgie indiquent avoir eu besoin d'une analgésie (<i>demande une recherche supplémentaire—une étude</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite au Canada, de 1997 à 1998, avec 50 femmes qui avaient eu des avortements spontanés sans chirurgie constate que les femmes indiquent qu'elles ont besoin de médicaments contre la douleur. Sur une échelle de 0 à 10, le score moyen de la pire douleur était de 5,9 (Wiebe et Janssen, 1999). 	IV

I.C.5. B : Comparaisons des coûts des techniques de prise en charge de la douleur

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
Comparaisons des coûts des techniques de prise en charge de la douleur	<ul style="list-style-type: none">Aucune étude liée aux SAA trouvée sur ce thème.	

II. Counseling et prestation de services de PF; évaluation et traitement des IST et conseils et dépistage du VIH/orientation-recours pour les services de conseils et dépistage

II. Composante deux : Counseling et prestation de services de PF ; évaluation et traitement des IST et conseils et dépistage du VIH/orientation-recours pour les services de conseils et dépistage

Le counseling des patientes des SAA doit être complet, traitant des nombreux aspects se rapportant à la santé (dont l'information pour l'espacement des naissances) et les méthodes de planification familiale ainsi que les services disponibles de planification familiale, dépistage et traitement des IST et conseils et test de dépistage du VIH. Les femmes qui ont eu une grossesse non souhaitée doivent savoir qu'environ la moitié de toutes les femmes ont une ovulation dans les deux à trois semaines après une interruption de grossesse du premier trimestre et elles doivent donc recevoir des informations sur la contraception (Cunningham et al., 1997 cités dans Thorstensen, 2000 et Vorherr, 1973 cité dans Ortayli et al., 2001).

Le counseling en matière de planification familiale doit également donner aux femmes des informations sur les avantages de la planification familiale, ainsi qu'un choix de méthodes en leur indiquant l'impact de ce choix sur la santé, notamment les effets secondaires, les risques et les taux d'échec. Il est à regretter que ces volets importants du counseling soient souvent absents.

Une étude faite en Bolivie en 1993, dans le cadre de laquelle 30 patientes des SAA ont été interviewées dans quatre hôpitaux constate que les femmes recevaient souvent des DIU sans être informées d'autres choix de méthodes contraceptives (Rance, 1994). De plus, il faut informer les patientes des mesures qu'elles peuvent prendre pour éviter une infection après l'intervention en les informant du moment où elles peuvent reprendre sans danger l'activité sexuelle. En général, les femmes doivent recevoir des informations pour éviter d'autres complications et rester en bonne santé pendant et après les interventions des SAA, dans tous les contextes—et quel que soit le statut juridique de l'avortement. Les femmes doivent également savoir ce qu'elles peuvent faire si des complications se présentent, comment elles peuvent reconnaître les complications et quand et où elles doivent consulter les services de santé. En outre, les femmes doivent être au courant des comportements qui les exposent au risque de contracter des infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA. Les femmes qui ont eu une fausse couche et qui souhaitent tomber enceintes à nouveau doivent également savoir l'espace à respecter pour planifier une grossesse réussie.

II.A. Counseling avant, pendant et après le traitement

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Information et counseling sur les coûts de traitement des SAA ; soins de suivi à domicile et impact sur les futures grossesses influencent la satisfaction des femmes avec les SAA (demande une recherche supplémentaire—trois études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude au Burkina Faso constate que la satisfaction des patientes était nettement plus élevée après l'amélioration des services de SAA, notamment conseils sur le traitement et suivi. Presque toutes les patientes ont indiqué que les prestataires de soins avaient répondu avec empressement à leurs questions et avaient donné des explications et instructions claires avant l'intervention, 88% des patientes ont dit qu'elles satisfaites des soins qu'elles avaient reçus alors que 94% ont indiqué qu'elles étaient satisfaites après l'intervention (Ministère de la Santé, Burkina Faso, 1998). <i>Voir Annexe 1, Ministère de la Santé, Burkina Faso, pour une description de l'intervention.</i> • Une étude en Bolivie, faite en 1993, qui a interviewé 30 patientes des SAA dans quatre hôpitaux constate qu'un grand nombre d'entre elles souhaitaient une information, qu'elles n'avaient pas reçue sur leur état, le traitement qu'elles allaient suivre et les coûts financiers pour la patiente. Une femme de 27 ans, interviewée peu après avoir été hospitalisée pour hémorragie suite à un avortement incomplet, fait savoir, « Je ne sais pas ce qu'ils vont faire, je ne sais pas. Je n'ai aucune idée, mais j'ai peur » (Rance, 1994: 4). 	<p>III</p> <p>IV</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite au Canada de 1997 à 1998 auprès de 50 femmes qui avaient eu des avortements spontanés sans chirurgie constate « qu'il était extrêmement important pour ces femmes de recevoir une information suffisante. Elles souhaitaient savoir combien de saignement et de douleur elles risquaient d'avoir, comment elles pouvaient prendre soin d'elles-mêmes, si elles devaient garder les tissus, pendant combien de temps les symptômes allaient durer, ainsi que les conséquences possibles pour les futures grossesses. Elles souhaitaient être rassurées et qu'on leur dise qu'elles étaient en bonne santé. » Elles souhaitaient connaître les différentes options de traitement (Wiebe et Jannsen, 1999: 2357). Une femme a indiqué, « Mon médecin souhaitait laisser dérouler les choses naturellement, mais cela peut prendre jusqu'à deux mois....Je souhaitais en finir, comme probablement d'autres femmes elles aussi » (Wiebe et Jannsen, 1999: 2358). Les femmes qui pensaient qu'elles ne disposaient pas d'une information suffisante ont indiqué une douleur plus intense (Wiebe et Jannsen, 1999). 	<p>IV</p>

II.A. Counseling avant, pendant et après le traitement

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ En offrant counseling et méthodes de planification familiale au même endroit où la femme obtient un traitement d'urgence, on arrive à augmenter la proportion de femmes qui quittent l'établissement avec une méthode contraceptive (solides preuves—sept études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude réalisée au Kenya compare trois modèles différents de soins des SAA : 1) options contraceptives données dans le service gynécologique par le même personnel qui a dispensé les SAA ; 2) options contraceptives fournies dans le service gynécologique par les conseillers de la planification familiale ; et 3) options contraceptives fournies dans un autre centre de planification familiale par des conseillers de la planification familiale. Le Modèle 1 est celui qui permet le plus d'augmenter l'utilisation de la planification familiale puisque 92% des femmes ayant reçu un counseling et 82% des patientes des SAA quittaient l'hôpital avec une méthode, comparé aux sites du Modèle 2, où 62% ont reçu un counseling et 63% ont quitté l'hôpital avec une méthode et les sites du Modèle où 54% ont reçu un counseling et 75% ont quitté l'hôpital avec une méthode. L'intervention consiste à apporter une formation au personnel des SAA portant sur l'AMIU et la planification familiale après avortement, la distribution d'équipement et de fournitures et la réorganisation des services. Quatre cent quatre-vingt-une femmes ont été interviewées avant l'intervention et 319 ont été interviewées après l'intervention. Avant l'intervention, seules 7% des femmes avaient bénéficié d'un counseling en planification familiale, 22% avaient décidé d'utiliser la planification familiale et seules 3% avaient reçu une méthode contraceptive. Pendant la période post-intervention, 68% des femmes avaient reçu un counseling en planification familiale, 69% avaient décidé de commencer à utiliser des contraceptifs et, parmi ce nombre, presque 70% avaient obtenu une méthode avant de quitter l'hôpital (Solo et al., 1999a dans Huntington et Piet-Pelon, éditeurs, 1999; Solo et al., 1998 cités dans Billings, 1998). • Une étude faite au Burkina Faso constate que la fourniture d'un counseling et de services de planification familiale dans le même endroit où est dispensé le traitement d'urgence des SAA augmente non seulement la connaissance, mais également l'intention d'utiliser la planification familiale. Avant l'intervention, les femmes traitées pour complications liées à l'avortement étaient orientées vers un autre centre de planification familiale pour recevoir des services de planification familiale. Seules 30% des femmes ont bénéficié d'un counseling sur la planification familiale et bien que 64% aient indiqué qu'elles avaient l'intention d'utiliser la contraception, seules 57% ont reçu une méthode. Suite à l'intégration du counseling et des services de planification familiale, 94% des femmes ont indiqué qu'elles avaient reçu des conseils sur la planification familiale. Quatre-vingt-deux pour cent des femmes ont dit qu'elles avaient l'intention d'utiliser la planification familiale et 83% ont quitté l'hôpital avec une méthode. (Ministère de la Santé, Burkina Faso, 1998). <i>Voir Annexe I, Ministère de la Santé, Burkina Faso, 1998, pour une description de l'intervention.</i> 	<p>III</p> <p>III</p>

II.A. Counseling avant, pendant et après le traitement

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ En offrant counseling et méthodes de planification familiale au même endroit où la femme obtient un traitement d'urgence, on arrive à augmenter la proportion de femmes qui quittent l'établissement avec une méthode contraceptive (<i>solides preuves—sept études</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude d'intervention faite de 1996 à 1998 dans un hôpital de référence à Lima, au Pérou, a éprouvé un modèle dans le cadre duquel tous les services de SAA sont dispensés dans les services d'urgence en obstétrique/gynécologie, dans le cadre des consultations externes. Des médecins ont reçu une formation portant sur l'AMIU et des pratiques cliniques améliorées, le counseling sur les soins médicaux et la planification familiale et la distribution des méthodes contraceptives. L'étude originale a utilisé un plan pré/post-intervention sans groupe-témoin. Une évaluation de suivi des mêmes résultats a été faite en 2000-2002 pour évaluer la viabilité de l'intervention sans assistance de l'extérieur. Avant l'étude, les femmes recevant un traitement d'urgence ont été envoyées vers une autre structure sanitaire pour recevoir des services de planification familiale. Au départ, 38% des patientes ont été informées qu'elles risquaient de tomber enceintes à nouveau presque immédiatement, 18% ont reçu un counseling en planification familiale et 2% seulement sont parties avec une méthode. Dans la période post-intervention immédiate, les proportions des femmes recevant une information sur le retour de la fécondité et la planification familiale ont augmenté, passant à 65% et 78%, et 59% sont parties avec un contraceptif. Trois ans plus tard, 72% ont été informées sur le retour de fécondité. On note également de nettes augmentations dans le nombre de femmes recevant un counseling (89%) et des méthodes contraceptives (87%). Parmi celles ne recevant pas de méthode, 48% des patientes en 1997 et 18,8% des patientes en 2000 ont obtenu un rendez-vous de suivi pour la planification familiale (Benson et Huapaya, 2002). <i>Voir Annexe I, Bensen et Huapaya, 2002, Pérou, pour une description de l'intervention.</i> • Une étude descriptive auprès de 2 050 femmes, réalisée de septembre à décembre 1992 dans les hôpitaux de Harare et Parirenyatwa, au Zimbabwe, indique que la fourniture de counseling et de services de planification familiale au même endroit où les femmes étaient traitées pour complications liées à l'avortement permettait d'arriver à une proportion de 97% des femmes partant avec la méthode contraceptive qu'elles avaient choisie. Avant d'apporter un counseling sur place, seules 34% des femmes ont indiqué qu'elles repartaient chez elles avec une méthode contraceptive (Mahomed et al., 1997). 	<p>III</p> <p>III</p>

II.A. Counseling avant, pendant et après le traitement

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Le counseling des patientes en planification familiale augmentera l'adhésion à la planification familiale (solides preuves – trois études)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude d'intervention réalisée de 1997 à 1998 au Sénégal introduisant des services intégrés après avortement constate que la proportion de femmes signalant qu'elles avaient reçu des conseils sur la planification familiale a augmenté, passant de 18% à 34% après la formation. Parmi celles qui avaient été conseillées, 56% sont parties avec une méthode de contraception avant l'intervention (10% de toutes les patientes) et 76% des femmes conseillées (26% de toutes les patientes) ont quitté l'hôpital avec une méthode contraceptive après l'intervention. La formation a également augmenté la proportion de prestataires qui dispensent des services de planification familiale. Avant l'intervention, 31% des prestataires interviewés ont indiqué qu'ils conseillaient les femmes sur la planification familiale et 18% ont indiqué qu'ils fournissaient des méthodes contraceptives aux femmes. Après l'intervention, 51% des prestataires de soins ont indiqué qu'ils conseillaient les femmes et 40% ont indiqué qu'ils donnaient des méthodes contraceptives aux femmes (Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction et Clinique Gynécologique et Obstétricale CHU A. le Dantec, 1998). <i>Voir Annexe I, Centre de Formation..., 2003, Sénégal, pour une description de l'intervention.</i> 	III
	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude réalisée en 1998 auprès de 191 patientes des soins après avortement dans un hôpital de Mexico, au Mexique, auprès de l'Institut mexicain de Sécurité Sociale, constate que toutes les 75 patientes des SAA qui avaient accepté la contraception avaient reçu une information en matière de contraception, mais que parmi les 116 patientes des SAA qui n'avaient pas accepté une méthode de contraception, seules 26,7% d'entre elles avaient reçu une information contraceptive. Pour les 75 patientes des SAA qui avaient accepté la contraception, 75% ont indiqué être satisfaites de l'information qu'elles avaient reçue et toutes les 116 patientes des SAA qui n'avaient pas accepté une méthode de contraception ont indiqué que l'information contraceptive était insuffisante. L'étude a administré des questionnaires auprès des deux groupes de femmes qui se sont présentés pour les SAA : celles qui avaient accepté les contraceptives et celles qui n'en avaient pas accepté (García-Hernández et al., 2000). 	III
	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite à l'hôpital municipal de Temeke, à Dar es Salaam, de janvier 2001 à juillet 2002, s'est penchée sur le besoin en matière de contraception pour 788 femmes qui avaient eu des avortements. Les femmes ont bénéficié d'un counseling sur les risques de contracter des MST/VIH et sur les méthodes de contraception. Après le counseling, 708 des 788 femmes ont quitté l'hôpital avec une méthode contraceptive qu'elles avaient choisie. Une étude de suivi auprès de 526 femmes parmi les 708 qui avaient quitté l'hôpital avec une méthode de contraception a révélé que 86% de ces femmes utilisaient encore la méthode de contraception trois à six mois après avoir reçu un counseling après avortement (Rasch et al., 2004). 	III

II.A. Counseling avant, pendant et après le traitement

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Les femmes qui ont eu des avortements provoqués ou spontanés et qui souhaitent tomber enceintes à nouveau devraient attendre au moins 6 mois avant la prochaine grossesse afin de réduire l'incidence de l'anémie maternelle ; la rupture prématurée des membranes, l'insuffisance pondérale à la naissance et l'accouchement prématuré (<i>solides preuves—une étude</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude transversale rétrospective auprès de 258 108 femmes, faite de 1985 à 2002 en Amérique latine, constate que la naissance d'un nourrisson moins de six mois après un avortement comportait un risque plus grand pour la santé maternelle et périnatale que les femmes accouchant 18 à 23 mois après un avortement précédent. L'intervalle après l'avortement, défini comme le temps qui s'écoule entre le jour de l'avortement et le premier jour de la première période menstruelle pour une grossesse d'indice, était corrélé de manière significative à des issues indésirables telles que l'anémie maternelle, la rupture prématurée des membranes, l'insuffisance pondérale à la naissance (moins de 2500g), une grave insuffisance pondérale à la naissance (moins de 1500g), un accouchement prématuré (moins de 37 semaines de grossesse) et un accouchement très prématuré (moins de 32 semaines de grossesse). Aucune distinction n'était faite entre les femmes qui avaient des avortements spontanés et provoqués dans cette étude (Condé-Agudelo et al., 2005). 	III
<p>➤ Les services de planification familiale et de counseling réduisent les avortements répétés (<i>solides preuves—une étude</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un programme pilote visant à améliorer la prestation de planification familiale aux patientes des SAA pour éviter les avortements répétés, dans le cadre d'une seule maternité publique en Turquie, a été étendu à 10 établissements publics sur l'ensemble du pays et ensuite, à 12 structures du secteur privé et à deux hôpitaux du secteur public. D'après les premières données, « les femmes qui ont recours à l'avortement pour contrôler leur fécondité ont indiqué que le programme de planification familiale de la Turquie, malgré ses accomplissements, était incapable de répondre aux besoins contraceptifs de ses clients. » Aussi, a-t-on cherché à fournir la planification familiale aux patientes des SAA (Senlet et al., 2001: 91). Le Ministère de la Santé de la Turquie a démarré un programme pilote de planification familiale après avortement de 1991 à 1993 pour relier ces services dans un établissement choisi où un nombre important d'avortements sont effectués. Le Ministère de la Santé a mis en place des liens structurels entre les services d'avortement et de planification familiale ; a encouragé le personnel, d'abord hésitant, à fournir des services de planification familiale après les SAA en réalisant notamment une étude sur l'innocuité des insertions de DIU suivant les SAA (ne montrant aucun risque accru d'infection ou d'expulsion) et organisant une série de séminaires pour recycler le personnel en matière de technologie contraceptive et apporter une information exacte aux patientes des SAA sur la 	III

II.A. Counseling avant, pendant et après le traitement

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<p>planification familiale. Par exemple, « lorsque les femmes viennent pour la première fois au centre de santé pour confirmer leur grossesse et demander un avortement, elles assistent à une séance en groupe où l'on explique en détail chaque méthode contraceptive » (Senlet et al., 2001: 91). Lors de leur consultation pour avortement, les femmes rencontrent un conseiller de la planification familiale pour une séance privée de counseling. On a réussi à améliorer la disponibilité des méthodes contraceptives. Suite au programme pilote, l'utilisation de contraceptifs modernes parmi les patientes des services d'avortement a augmenté, passant de 65% en 1991 à 97% en 1992. Le projet pilote a permis une utilisation contraceptive plus efficace, d'où « une réduction des avortements répétés. » De 1992 à 1998, la même stratégie du projet pilote a été étendue à 10 hôpitaux publics plus grands. Ces interventions ont ensuite servi de modèles dans le programme des soins maternels et infantiles de la Turquie, « Planification familiale après avortement, » qui comprend des modules de EngenderHealth. Un questionnaire envoyé en 1999 à ces 10 structures sanitaires constate des taux d'acceptation de la planification familiale après avortement de plus de 90%. Probablement, le trait le plus frappant de cette initiative réside dans son autonomie, son auto-viabilité. En effet, l'assistance externe à tous les hôpitaux de l'initiative s'est terminée plusieurs années avant 1998 et, dans la plupart des cas, il ne s'agissait que d'une assistance technique pendant quelques mois » (Senlet et al., 2001: 92). En 1998, dans les 14 hôpitaux supplémentaires, seuls 37% des patientes des SAA avaient accepté une méthode de planification familiale et, en 2001, cette proportion était passée à 72%. L'avortement est autorisé par la loi depuis 1983 en Turquie (Senlet et al., 2001).</p>	

II.A. Counseling avant, pendant et après le traitement

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Les modèles de prestation des SAA qui fournissent sur place counseling en PF et contraceptifs peuvent obtenir les résultats suivants : a) les femmes utilisent des contraceptifs très efficaces, b) une réduction des grossesses non souhaitées, et c) une réduction des avortements répétés une année plus tard (solides preuves—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude longitudinale, faite de 1996 à 1998, qui compare les résultats de deux grands hôpitaux publics au Zimbabwe où le site de l'intervention apporte counseling sur place et accès à des contraceptifs gratuits, constate qu'un nombre bien plus important de femmes qui avaient accès à des services contraceptifs sur place suivant l'avortement utilisaient des méthodes de contraception très efficaces (contraceptifs oraux, Depo Provera, DIU, implants, méthodes barrières et stérilisation) et avaient un nombre moindre de grossesses non prévues et un nombre moindre d'avortements répétés. La proportion de femmes choisissant une méthode moderne de contraception immédiatement après les soins liés à l'avortement s'élevait à 96% dans la structure d'intervention comparée à 5% dans la structure témoin. On a noté deux fois plus de grossesses non planifiées chez les patientes dans la structure témoin pendant le suivi d'une année comparé à la structure d'intervention (96 comparé à 42). Un pourcentage plus élevé de femmes dans la structure témoin que dans celle de l'intervention avait eu un avortement répété pendant le suivi d'une année (5,3% comparé à 2,5%). Seules les femmes souhaitant remettre pendant deux ans au moins leur prochaine grossesse à partir du moment où elles ont reçu les soins après avortement et qui étaient venues à au moins un rendez-vous de suivi ont été incluses à l'étude. Suivant leur traitement pour avortement incomplet, 271 femmes dans la structure d'intervention ont reçu des services gratuits de planification familiale, sur place, avant de quitter l'établissement. Ces services portaient sur l'information et le counseling concernant la régulation des naissances à court et à long terme et les choix entre condoms, contraceptifs oraux ou l'injectable Depo Provera avant de quitter l'hôpital. Les clientes qui souhaitaient des implants, des DIU, une stérilisation ou d'autres méthodes ont été orientées vers les services compétents. Dans la structure témoin, les pratiques habituelles de sortie de l'hôpital ont été observées sans que l'on prête une attention spéciale aux besoins en matière de contraceptif après avortement de 258 femmes, alors que les contraceptifs étaient disponibles pour un prix nominal dans la maternité voisine, dans un centre de planification familiale près de la maternité et d'autres centres municipaux. Un suivi a été effectué pendant un an des femmes dans les deux structures et on a demandé aux participantes de l'étude de revenir pour des entretiens de suivi tous les trois mois. Lors du suivi, les femmes du site témoin ont reçu des informations leur indiquant où elles pouvaient obtenir des contraceptifs, mais seulement si elles le demandaient. Les femmes dans la structure d'intervention ont reçu un nouvel approvisionnement gratuit de contraceptifs ou des contraceptifs différents si elles n'étaient pas satisfaites de leur premier choix. Des visites à domicile ont été faites à environ un cinquième des femmes sur le site d'intervention si elles ne s'étaient pas présentées pour les consultations de suivi. Des tests de grossesse ont été réalisés et les tests positifs ont subi un second test pour reconfirmer les résultats (Johnson et al., 2002). 	III
<p>➤ En apportant un counseling en planification familiale, on arrive à augmenter la proportion de femmes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite au Malawi, de 1995 à 1996, constate que, sur les 464 patientes des SAA qui avaient reçu des conseils en matière de contraception, 80,4% ont accepté d'utiliser des contraceptifs après l'intervention, alors que cette proportion n'était que de 4,1% avant l'intervention. On a demandé aux patientes si elles souhaitaient recevoir davantage de conseils, d'informations et d'éducation en matière de contraception. Celles qui étaient d'accord ont reçu un counseling individuel après les soins d'urgence une fois qu'elles s'étaient remises, mais avant de quitter l'hôpital. Des informations ont été données à chaque patiente sur les 	IV

II.A. Counseling avant, pendant et après le traitement

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>qui sont d'accord pour utiliser une méthode contraceptive avant de quitter l'établissement qui a dispensé les SAA (<i>solides preuves—une étude</i>).</p> <p>➤ Une amélioration au niveau des aptitudes au counseling et des compétences cliniques permet d'augmenter la proportion de femmes qui quittent l'établissement après avoir reçu une méthode contraceptive et par ailleurs cela augmente la gamme de choix contraceptifs dont elles disposent (<i>solides preuves—une étude</i>).</p>	<p>contraceptifs disponibles, leur mode d'emploi, les critères de recevabilité et leurs effets secondaires (Lema et Mpanga, 2000).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une étude de recherche opérationnelle faite en 2001 pour étendre la planification familiale du post-partum et après avortement à cinq hôpitaux du Honduras constate que l'amélioration des aptitudes au counseling et des compétences cliniques avait permis d'augmenter la proportion de femmes quittant l'établissement avec une méthode contraceptive. Cela a également permis d'élargir la combinaison de méthodes favorisant une utilisation accrue des méthodes temporaires. En moyenne, les femmes post-avortement de l'étude étaient légèrement plus âgées, avec un nombre plus élevé de grossesses et étaient plus susceptibles d'être célibataires que les femmes qui se trouvaient à la période du post-partum. Environ un quart des femmes recevant des soins après avortement ont indiqué qu'elles avaient souhaité cette grossesse, et il s'agissait donc probablement d'un avortement spontané. Elles ont fait savoir qu'elles souhaitaient tomber enceintes à nouveau. Par ailleurs, la seule méthode contraceptive disponible immédiatement avant l'intervention était la contraception chirurgicale volontaire (CCV), qui a été choisie par 13% des femmes après avortement. L'évaluation à mi-parcours fait ressortir une tendance vers les méthodes temporaires. Seules 5% des femmes qui ont accepté une méthode contraceptive (34% des femmes après avortement) ont reçu une CCV. Le reste est parti avec des injectables (60%), des DIU (25%) ou des contraceptifs oraux (10%). Après l'intervention, 54% des patientes ont quitté l'hôpital avec une méthode. La plupart des femmes ont choisi les injectables (79%) ou les contraceptifs oraux (11%) et le restant a opté pour les condoms, les DIU ou la CCV. (Il convient de noter que toutes les 21% des femmes qui ont indiqué qu'elles souhaitaient une méthode, mais qui ne l'ont pas reçue, voulaient un DIU ou une CCV, mais les services n'ont pas pu être dispensés avant leur sortie de l'hôpital.) Cette étude est un suivi d'une recherche opérationnelle quasi-expérimentale pré/post-intervention, faite de 1996 à 1999 dans l'hôpital Escuela, le plus grand hôpital du Honduras, pour juger de l'efficacité d'une intervention visant à améliorer les services de counseling et la fourniture de méthodes de planification familiale lors du post-partum et après avortement (« événement post-obstétrical »), ainsi que l'intention d'utiliser la planification familiale chez les femmes (Medina et al., 1998). L'étude de recherche opérationnelle de 2001 a été effectuée dans cinq hôpitaux supplémentaires pour aider le MS à étendre à plus grande échelle le modèle de l'hôpital Escuela de 1999 à 2001. Un plan répété de pré/post-intervention sans groupe de comparaison a été utilisé pour évaluer l'impact de la formation de 164 prestataires de soins (médecins, infirmières, aides-infirmières, assistantes sociales et éducateurs) en matière de counseling, communication, méthodes de PF et choix informé et la formation de 65 infirmières et médecins portant sur les méthodes médicales (insertion de DIU, minilaparotomie). Equipement médical et matériel d'éducation ont été distribués aux cinq hôpitaux et centres de santé de référence et chaque hôpital a organisé des réunions trimestrielles 	<p>III</p>

II.A. Counseling avant, pendant et après le traitement

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<p>pour discuter des données les plus récentes collectées à l'aide des statistiques de services, des enquêtes auprès des patientes et dans le cadre de visites de supervision. Sur les 1 774 femmes de l'étude, 154 avaient reçu des soins après avortement. Elles ont reçu les mêmes services de PF de la part des mêmes prestataires de soins que les femmes du post-partum, exception faite qu'elles avaient un besoin plus immédiat de contraception pour éviter une autre grossesse et qu'elles pouvaient utiliser des méthodes hormonales puisqu'elles n'allaitaient pas. Les structures de l'étude ont été choisies à dessein parmi les sept hôpitaux connaissant la mortalité maternelle régionale la plus élevée du pays, les cinq hôpitaux avec les conditions les plus favorables pour une telle intervention ont été choisis et en moyenne, les hospitalisations pour les complications liées à l'avortement s'élevaient à 10% des accouchements. Des entretiens ont été organisés avec toutes les femmes sur une période de deux semaines dans le cadre de six enquêtes trimestrielles (Medina et al., 2001).</p>	
<p>➤ L'utilisation du DIU après avortement n'augmente pas l'incidence ou la gravité des complications en début d'utilisation (IPPF, 1993; Koontz et Conly, 1993 cités dans Huntington et al., 1995) (solides preuves—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude réalisée en Finlande en 1971 constate que l'insertion du DIU n'augmente ni l'incidence ni la gravité des complications précoces, ni la durée du séjour hospitalier après l'avortement. Un stérilet T-200 a été inséré immédiatement après un avortement légal chez 154 femmes. Les complications précoces pendant l'opération et lors des huit premières semaines après l'intervention ont été notées et comparé à celles d'un groupe témoin comptant 144 femmes qui n'avaient eu qu'un avortement mais pas d'insertion de DIU (Timonen et Luukkainen, 1973). • Un examen Cochrane de 2004 sur l'insertion du DIU après avortement constate que l'insertion d'un DIU immédiatement après l'avortement « est pratique et ne comporte pas de risques » (Grimes et al., 2004). L'examen portait sur neuf essais aléatoires cas-témoins (Grimes et al., 2004). 	<p>III</p> <p>II</p>

II.A. Counseling avant, pendant et après le traitement

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ L'utilisation du DIU lors de la période qui suit immédiatement l'avortement est sans risques (<i>solides preuves—une étude, un examen</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude auprès de 100 femmes avec des avortements inévitables ou incomplets du premier trimestre dans les hôpitaux généraux de l'université Al-Hussein et El-Monera en Egypte qui avaient choisi le DIU ont été sélectionnées aléatoirement pour recevoir soit une insertion du DIU immédiatement après l'avortement soit une insertion du DIU deux semaines plus tard. De plus, avant l'insertion du DIU, un counseling a été donné aux femmes insistant sur trois points essentiels : (1) le retour rapide de la fécondité montrant aux femmes qu'elles pouvaient tomber enceintes à nouveau de suite ; (2) la disponibilité des méthodes contraceptives, surtout le DIU ; et (3) l'information et le suivi en planification familiale. Les résultats montrent que, parmi les 69 femmes qui avaient reçu une insertion du DIU immédiatement après l'avortement, il n'y avait eu aucun cas de perforation ou d'infection pelvienne. Cette étude nous montre que l'insertion du DIU immédiatement après l'avortement ne comporte pas de risques et peut donc être proposée aux patientes des SAA (Moussa, 2001). • Un examen de Cochrane, fait en 2004, de l'insertion après avortement du DIU, constate que l'insertion d'un DIU immédiatement après l'avortement est « sans risques et pratique » (Grimes et al., 2004). L'examen comprenait neuf essais aléatoires cas-témoins (Grimes et al., 2004). 	<p>III</p>

II.A. Counseling avant, pendant et après le traitement

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Les femmes qui souhaitent utiliser le DIU ou les implants Norplant après un avortement trouvent que les deux méthodes contraceptives sont sans risques et très efficaces (solides preuves—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de cohorte prospective réalisée de 1996 à 1998 auprès de 150 femmes à Istanbul, en Turquie, compare les résultats concernant 50 femmes qui ont reçu un DIU, 50 femmes qui ont utilisé le Norplant et 50 qui dépendaient du retrait, également connu sous le nom de coït interrompu, immédiatement après l'avortement. Après une année, celles utilisant le Norplant avaient un taux de continuation de 95%, celles utilisant le DIU avaient un taux de continuation de 90%, mais seulement 59% des femmes avaient continué à pratiquer le retrait ou à remettre à plus tard l'utilisation de la contraception. Les taux de continuation trois ans plus tard étaient de 61,3% pour le DIU et de 60,8% pour le Norplant, mais uniquement de 34,1% pour celles utilisant des méthodes traditionnelles telles que le coït interrompu. Aucune grossesse n'a été enregistrée, ni dans le groupe des femmes utilisant le DIU, ni dans celui du Norplant, mais par contre, trois grossesses sont survenues pendant la première année chez les autres 50 femmes. Les antibiotiques et les utérotoniques ont été rarement prescrits. On a conseillé aux femmes de s'abstenir de relations sexuelles pendant deux semaines. On leur a expliqué les effets secondaires possibles et les signes de complications liés à l'avortement leur indiquant de revenir immédiatement au centre de santé si ces symptômes ou signes se présentaient. On a également demandé aux participantes de revenir à deux semaines, six semaines, six mois et un an après l'avortement et à n'importe quel moment si elles avaient besoin de consulter le personnel médical (Ortayli et al., 2001). 	<p>III</p>

II.A. Counseling avant, pendant et après le traitement

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ L'utilisation du DIU après un avortement spontané et provoqué est sans risques et très efficace (solides preuves—un examen).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude analysant la littérature sur les essais aléatoires, cas-témoins, de l'insertion du DIU après les avortements spontanés et provoqués, conclut que ces méthodes de contraception après avortement sont efficaces et sans risques. Prises ensemble, les huit études faisant partie de l'analyse dégagent 4 476 femmes-années de données. Chaque essai a comparé trois types différents de DIU dans des contextes différents, avec insertion après avortement chirurgical provoqué et insertion après curetage pour fausse couche. Un suivi a été effectué des patientes pour la majorité des études pendant une moyenne de deux ans, stade auquel les complications ont été évaluées. Dans les études analysant l'insertion après l'avortement chirurgical provoqué, les taux de complications étaient faibles, avec trois perforations observées pour 2 348 insertions, 157 expulsions, 70 grossesses intra-utérines ou extra-utérines et 12 cas d'inflammation pelvienne. L'étude évaluant l'insertion après les fausses couches constate également de faibles taux de complications avec seulement une perforation pour 1 060 insertions, 128 expulsions, 21 grossesses intra-utérines et trois cas d'inflammation pelvienne. Les deux groupes de données avaient des taux de continuation allant de 54% à 64% après un an. D'autres études entrant dans l'analyse ont observé des taux de continuation allant jusqu'à 91%. Les taux d'arrêt d'utilisation de la méthode suite à une inflammation pelvienne étaient faibles, se situant dans une fourchette allant de 0,0 à 0,8 pour 100 femmes un an après l'insertion. Les dispositifs au cuivre étaient associés à des taux d'échec plus faibles que ceux sans cuivre et les stérilets en forme de « T » étaient associés à des taux d'expulsion plus faibles que les autres. Une étude analysant les taux d'expulsion ne constate aucune différence significative entre les femmes qui ont eu une insertion de DIU immédiatement après l'avortement comparé à celles qui ont attendu trois à cinq semaines pour l'insertion de leur DIU. Par contre, 40% des femmes dans cette étude qui avaient accepté d'attendre pour l'insertion ne sont pas revenues. Enfin, l'âge gestationnel pourrait augmenter le risque d'expulsion, bien que les données soient limitées sur cette relation (Stanwood et al., 2001). 	I
<p>➤ Si les produits sont disponibles gratuitement, il est davantage probable que les patientes feront savoir qu'elles souhaitent utiliser une méthode contraceptive et qu'elles quittent effectivement l'établissement avec une méthode (solides</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de recherche opérationnelle faite de 2000 à 2003 visant à augmenter la planification familiale après avortement à Perm, en Russie, constate que les femmes qui avaient reçu gratuitement une méthode contraceptive étaient nettement plus susceptibles d'indiquer qu'elles avaient l'intention d'utiliser une méthode moderne et qu'elles avaient l'intention de commencer à utiliser immédiatement la méthode de contraception, comparé aux patientes des SAA qui n'avaient reçu qu'un counseling. Cette étude a utilisé un plan de série chronologique quasi-expérimental pour comparer deux interventions et institutionnaliser le counseling et les services de planification familiale après avortement dans les cinq structures (deux hôpitaux et trois établissements de consultations externes). Le Modèle I comprend une formation des prestataires portant sur les compétences au counseling et à la communication interpersonnelle pour la planification familiale et la mise au point/distribution d'aides professionnelles pour les prestataires de soins et de matériel pour les clientes portant sur la planification familiale après avortement. Le Modèle II comprend les mêmes volets d'intervention, mais offre en plus une fourniture initiale gratuite de trois mois pour les condoms, la pilule, le DMPA ou le DIU. Les interventions ont été évaluées en comparant les femmes assignées à chacune des interventions à un groupe « témoin » de femmes qui avaient consulté les mêmes établissements avant l'intervention. Les chercheurs ont interviewé 1 516 femmes et ont observé 40 consultations 	III

II.A. Counseling avant, pendant et après le traitement

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p><i>preuves—une étude).</i></p>	<p>entre des clientes et prestataires, avant la sortie de l'hôpital des patientes. En plus, ils ont interviewé 49 prestataires et ont organisé 1 079 entretiens de suivi à 13 mois, avec des clientes pour évaluer l'utilisation de la contraception et les grossesses ultérieures. Parmi les femmes du groupe du Modèle II qui souhaitaient utiliser une méthode de planification familiale pour remettre à plus tard une grossesse, 88% avaient l'intention d'utiliser une méthode moderne et 11% ne savaient pas si elles souhaitaient utiliser une méthode moderne ou traditionnelle. La proportion de femmes qui avaient l'intention d'utiliser une méthode moderne était nettement plus faible dans le Modèle I (69%) et les groupes témoins (67,3%) et un nombre bien plus important de femmes n'étaient pas décidées ; 28,6% des femmes du Modèle I et 31,4% des femmes du groupe témoin ne s'étaient pas décidées sur le type de la méthode. Un nombre nettement moindre de femmes qui n'avaient pas reçu de contraceptifs gratuits avaient l'intention de les utiliser immédiatement ; seulement 21% dans le groupe témoin et 15,6% du Modèle I, alors que cette proportion s'élevait à 70,8% pour les femmes du Modèle II. La plupart des femmes recevant un counseling amélioré n'avaient l'intention de commencer à utiliser qu'après la visite de suivi (55,4%) ou après le retour des règles (24,5%), alors que les femmes pré-intervention étaient partagées également entre attendre pour une visite de suivi (36,3%) et les règles (32,6%). A 12 mois après l'avortement, l'utilisation de la contraception chez les femmes dans le groupe avec uniquement counseling amélioré (Modèle I) était très analogue à celles recevant un approvisionnement initial gratuit de trois mois (Modèle II), et les deux groupes étaient nettement plus susceptibles que le groupe témoin d'utiliser une méthode moderne ou toute méthode. Un peu plus de la moitié (53,3%) des femmes du groupe témoin utilisaient une méthode moderne, comparé à 62% des femmes du Modèle I et à 66,7% du Modèle II. L'utilisation de toute méthode après un an s'élevait à 69,8% dans le groupe témoin, 77,3% dans le groupe du Modèle I et 78,3% dans le groupe du Modèle II. Si 2% dans n'importe quel groupe ont dit qu'elles avaient l'intention d'utiliser une méthode traditionnelle lors de l'entretien à la sortie, par contre, les entretiens de suivi constatent que 12% à 17% des femmes utilisaient le retrait ou la planification familiale naturelle (Savelieva et al., 2003).</p>	
<p>Le counseling et la distribution de contraceptifs gratuits dans l'établissement même suivant le traitement d'urgence permet a) d'augmenter l'utilisation de contraceptifs très efficaces, b) de diminuer le nombre de grossesses non souhaitées et c) de réduire le nombre d'avortements répétés (solides preuves—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude longitudinale, faite de 1996 à 1998, comparant les résultats de deux grands hôpitaux publics au Zimbabwe où la structure d'intervention fournissait counseling et accès sur place à des contraceptifs gratuits constate qu'un nombre nettement plus élevé de femmes qui avaient accès à des services contraceptifs sur place suivant les soins après avortement utilisaient des méthodes de contraception très efficaces (contraceptifs oraux, Depo Provera, DIU, implants, méthodes barrières et stérilisation) connaissant moins de grossesses non planifiées et moins d'avortements répétés. La proportion de femmes choisissant une méthode moderne de contraception immédiatement après les soins liés à l'avortement s'élevait à 96% dans la structure d'intervention comparé à 5% dans le site témoin. On comptait deux fois plus de grossesses non planifiées chez les patientes du site témoin pendant le suivi d'une année comparé au site d'intervention (96 comparé à 42). Un pourcentage plus élevé de femmes dans le site témoin que dans le site d'intervention avaient eu un avortement répété pendant le suivi d'une année (5,3% comparé à 2,5%) (Johnson et al., 2002). <i>Voir Annexe I, Johnson et al., 2002, Zimbabwe, pour une description de l'intervention.</i> 	<p>III</p>

II.B. Participation du partenaire masculin au counseling et à la prestation des services de planification familiale

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
---------------------------	---------------------	--------------

II.B. Participation du partenaire masculin au counseling et à la prestation des services de planification familiale

Un grand nombre des patientes des SAA ont fait savoir qu'elles souhaitent que leur mari reçoive le même counseling et la même information qu'elles reçoivent. La plupart des hommes souhaitent être mis au courant de l'état de leur partenaire et aimeraient en apprendre davantage sur la planification familiale.

<p>➤ Les politiques d'hôpital qui interdisent l'entrée des hommes dans les services obstétricaux et gynécologiques freinent la participation des hommes et découragent la l'engagement de ces derniers (solides preuves—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude réalisée dans six hôpitaux en Egypte (année non spécifiée) sur le counseling des maris des patientes des SAA constate que « Un grand nombre d'hôpitaux ferment la porte des services d'obstétrique aux hommes. Un mari interviewé pendant ce projet indique que : 'J'ai passé deux nuits dans le couloir ; ce n'était pas très confortable. Toutes les deux ou trois heures, le personnel chargé du nettoyage me demandait de me déplacer car il voulait laver le parterre.' Ces barrières font qu'il est bien difficile pour les hommes de participer même s'ils le souhaitent et un grand nombre n'auront même plus envie de rendre visite à leur épouse à l'hôpital » (Abdel-Tawab et al., 2002: 191). Cent-trente-six patientes se trouvaient dans le groupe intervention et 157 patientes dans le groupe témoin. Un counseling n'a été donné qu'aux maris des patientes qui avaient donné leur consentement. Les patientes après avortement qui avaient donné leur consentement on été assignées aléatoirement, soit au groupe d'intervention soit au groupe témoin. Les maris dans le groupe d'intervention ont reçu un counseling sur l'état médical de leur épouse alors que ce n'était pas le cas du groupe témoin. Un entretien de suivi a été réalisé avec les deux groupes de patientes un mois après la sortie de l'hôpital (Abdel-Tawab et al., 2002). 	III
<p>➤ Après avoir reçu le consentement informé de la patiente, le fait d'apporter, séparément, un counseling aux maris des patientes SAA sur les soins de suivi, le retour de la fécondité et la planification familiale peut augmenter la</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite dans six hôpitaux en Egypte constate que le counseling des maris des patientes des SAA aboutit à une plus grande augmentation de l'utilisation de la planification familiale et à un meilleur soutien affectif pour leurs épouses. Les maris qui avaient été conseillés étaient 50% plus susceptibles d'apporter un niveau élevé de soutien matériel à leur épouse, 30% étaient plus susceptibles d'apporter à leur épouse un niveau élevé de soutien affectif 60% étaient plus susceptibles d'apporter un niveau élevé de soutien pour l'utilisation de la planification familiale, si on compare aux maris qui n'avaient pas bénéficié de counseling. Lorsqu'on tient compte d'autres variables telles que la gravité des complications après avortement, les femmes qui avaient obtenu un niveau élevé affectif de la part de leur mari étaient 70% plus susceptibles d'indiquer une bonne récupération physique (moins susceptibles d'avoir des symptômes tels que la fièvre, les saignements, la douleur et la faiblesse). Les femmes qui ont indiqué avoir reçu des niveaux élevés de soutien affectif de leur mari étaient également deux fois plus susceptibles d'avoir une bonne récupération affective 	III

II.B. Participation du partenaire masculin au counseling et à la prestation des services de planification familiale

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>pratique de la planification familiale et le soutien physique, matériel et affectif pour les patientes des SAA pendant la récupération. (solides preuves—une étude).</p>	<p>que les femmes qui n'avaient pas obtenu un tel soutien de la part de leur mari. Les maris avaient été conseillés et informés du besoin de repos et de bonne nutrition de la patiente; des signes d'alarme après un avortement indiquant la nécessité de consulter les services de santé ; la possibilité d'un retour de la fécondité dans les deux semaines ; la nécessité d'utiliser une méthode de planification familiale pour éviter une autre grossesse non souhaitée et on les avait également mis au courant de l'endroit où ils pouvaient obtenir des soins supplémentaires, si nécessaire. Cent-trente-six patientes se trouvaient dans le groupe d'intervention et 157 patientes dans le groupe témoin. Le counseling a uniquement été donné aux maris des patientes qui avaient donné leur consentement. Des infirmières avaient lu la déclaration de consentement à la patiente uniquement après qu'elle avait reçu un traitement médical complet, y compris un counseling et uniquement après qu'on avait déterminé qu'elle était dans une condition physique et émotionnelle stable. Les maris avaient reçu un counseling de la part du médecin présent dans un endroit privé à l'écart de leur épouse. Trente médecins avaient suivi une journée d'orientation sur le contenu et les méthodes du counseling des maris des patientes des SAA, conjointement avec une formation sur l'utilisation de l'AMIU et du counseling des patientes. On a utilisé un plan expérimental post-test uniquement. Les patientes après avortement qui avaient donné leur consentement ont été assignées aléatoirement, soit au groupe d'intervention soit au groupe témoin. Les maris dans le groupe d'intervention ont reçu un counseling sur l'état médical de leur épouse alors que ce n'était pas le cas du groupe témoin. Un entretien de suivi a été réalisé avec les deux groupes de patientes un mois après la sortie de l'hôpital (Abdel-Tawab et al., 1999 et Abdel-Tawab et al., 2002).</p>	
<p>➤ Après avoir obtenu le consentement explicite de la patiente SAA, 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 (solides preuves—deux études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite au Kenya de 1995 à 1997 a évalué une intervention consistant à apporter une formation au personnel des SAA portant sur l'AMUI et la planification familiale après avortement, à fournir équipement et fournitures et à réorganiser les services. Dans cette étude, des entretiens ont été organisés avant l'intervention avec 481 femmes qui avaient reçu des soins après avortement et 319 femmes ont été interviewées après l'intervention. Vingt-neuf pour cent des maris ou partenaires des femmes ont été interviewés après l'intervention. Seuls 14% des hommes interviewés ont indiqué qu'ils avaient reçu des informations sur l'état de leur femme et 94% ont indiqué qu'ils auraient souhaité recevoir de telles informations. Seuls 15% des hommes avaient reçu un counseling en planification familiale. Parmi les hommes qui n'avaient pas reçu de counseling en planification familiale, 92% ont indiqué qu'ils auraient souhaité recevoir une telle information. Quatre-vingt-treize pour cent des femmes ont indiqué qu'elles auraient souhaité que leur mari reçoive une information en matière de planification familiale (Solo et al., 1999a dans Huntington et Piet-Pelon, éditeurs, 1999). Voir Annexe I, Solo et al., 1999a et Solo et al., 1998, Kenya, pour une description de l'intervention. 	IV

II.B. Participation du partenaire masculin au counseling et à la prestation des services de planification familiale

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude sur l'intervention de 1999 à 2001 faite dans un hôpital à Sucre, en Bolivie, constate que 38% des partenaires masculins interviewés n'avaient pas obtenu d'information sur l'état de santé de leur partenaire, surtout sur l'intervention d'évacuation de l'utérus (97%). Après avoir obtenu le consentement de la femme, les partenaires masculins qui étaient présents ont été interviewés sur leur rôle au niveau de l'intervention de l'avortement; leurs opinions quant à l'utilisation de la contraception au sein du couple, dont les plans pour la période après avortement ; leur compréhension de l'état de santé de la femme ; les complications possibles et les facteurs se rapportant au retour à la vie normale ; ainsi que les formes de soutien social qu'ils pouvaient offrir une fois le couple de retour chez lui. Parmi les 97 hommes qui n'ont pas été informés du tout sur l'état de santé de leur partenaire, 60% ont indiqué qu'ils auraient aimé comprendre davantage, surtout : l'intervention, les soins pour la femme après la sortie de l'hôpital, les causes possibles de problèmes de santé de la femme, les manières de vérifier que le même problème n'allait pas survenir à nouveau, ainsi que sur les méthodes contraceptives. Quatre-vingt pour cent de tous les hommes interviewés avaient encore des questions et préoccupations, se demandant notamment si la femme pouvait à nouveau tomber enceinte et quelles étaient les conséquences générales de l'intervention ou de « l'opération. » L'étude pré/post-intervention a été réalisée dans des maternités de La Paz, Santa Cruz et Sucre, mais les partenaires masculins n'ont été inclus qu'à Sucre (Billings et al., 2003b). <i>Voir Billings et al., Bolivie 2003b, Honduras, pour une description de l'intervention.</i> 	III
<p>➤ Un grand nombre de femmes souhaitent que leurs maris soient présents lors du counseling se rapportant aux SAA (solides preuves—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soixante-cinq pour cent des patientes des SAA dans une étude d'intervention au Sénégal ont indiqué qu'elles auraient aimé que leur partenaire soit présent lors du counseling en planification familiale, comparé à 32% qui ne souhaitaient pas que leur mari soit présent (les 2% restants ne savaient pas). Le niveau de soutien pour les séances de counseling en couple a changé légèrement après l'intervention, de 70% à 62%. Une des raisons poussant au counseling les hommes est d'obtenir leur soutien pour la planification familiale et également de les encourager à communiquer avec leur partenaire. Si moins de la moitié des femmes interviewées ont indiqué que leur partenaire approuvait l'utilisation de la planification familiale (44% avant l'intervention et 47% après l'intervention), un tiers par ailleurs a indiqué que leur partenaire désapprouvait (27% avant et 30% après) et presque un autre tiers n'était pas sûr (30% avant et 32% au suivi) (Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction et Clinique Gynécologique et Obstétricale CHU A. le Dantec, 1998). <i>Voir Annexe I, Centre de Formation..., 1998, Sénégal, pour une description de l'intervention.</i> 	III

II.B. Participation du partenaire masculin au counseling et à la prestation des services de planification familiale

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Un grand nombre de femmes souhaitent que leur partenaire 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 (solides preuves—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de recherche opérationnelle de 2001 visant à élargir la planification familiale lors du post-partum et après avortement dans cinq hôpitaux du Honduras constate que la plupart des femmes souhaitent que leur partenaire soit informé de leur état. Plus de 70% des femmes recevant des soins après avortement ont indiqué que leur partenaire savait qu'elles avaient été hospitalisées et plus des deux tiers des partenaires étaient présents à l'hôpital avec la patiente. La plupart des femmes souhaitaient que le personnel hospitalier informe leur partenaire du traitement qu'elles recevaient (70%), ainsi que des soins de suivi et des méthodes de planification familiale qu'ils pouvaient utiliser (80%). Cette étude s'inscrit en suivi à une recherche opérationnelle quasi-expérimentale pré/post-intervention faite de 1996 à 1999 à l'hôpital Escuela, le plus grand hôpital du Honduras, pour examiner une intervention visant à améliorer le counseling et la fourniture de méthodes de planification familiale lors du post-partum et après avortement (« événement post-obstétrical »), ainsi que l'intention d'utiliser la planification familiale parmi les femmes (Medina et al., 1998 et Medina et al., 2001). <i>Voir Annexe I, Medina et al., 2001, Honduras, pour une description de l'intervention.</i> 	III
<p>➤ Les hommes ont besoin d'un counseling sur le moment où les relations sexuelles peuvent reprendre après les SAA (suffisamment de preuves pour agir —une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite en Bolivie de 1995 à 1996 auprès de patientes des SAA constate que les hommes ne recevaient pas de conseils leur montrant quand les relations sexuelles pouvaient reprendre après les SAA et qu'ils n'écoutaient pas leur partenaire sexuelle. Une des patientes des SAA a fait savoir « ... il ne faudrait pas avoir de relations sexuelles pendant 15 jours. Alors pendant 15 jours, j'ai pensé que je pourrais dormir. Mais je n'ai pas pu. Mon mari ne m'a pas cru » (Rance, 1997: 34). 	IV

II.B. Participation du partenaire masculin au counseling et à la prestation des services de planification familiale

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Les partenaires masculins souhaitent comprendre davantage le traitement d'urgence, les soins à apporter à une femme après l'intervention, les causes des problèmes de santé d'une femme. Ils aimeraient recevoir plus d'information sur les méthodes contraceptives (suffisamment de preuves pour agir ; demande une recherche supplémentaire—deux études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude d'intervention de 1999 à 2001 réalisée dans une maternité à Sucre, en Bolivie, constate que 38% des partenaires masculins interviewés à l'hôpital "Jaime Sánchez Porcel" n'avaient reçu aucune information sur l'état de santé de leur femme/partenaire, surtout sur l'intervention d'évacuation de l'utérus (97%). Après avoir obtenu le consentement de la femme, les partenaires masculins qui étaient présents au moment de la sortie ont été interviewés sur leur rôle au niveau de l'intervention de l'avortement ; leurs opinions quant à l'utilisation de la contraception au sein du couple, dont les plans pour la période après avortement ; leur compréhension de l'état de santé de la femme ; les complications possibles et les facteurs se rapportant au retour à la vie normale ; ainsi que les formes de soutien social qu'ils pouvaient offrir une fois le couple de retour chez lui. Parmi les 97 hommes qui n'ont pas été informés du tout sur l'état de santé de leur partenaire, 60% ont indiqué qu'ils auraient aimé comprendre davantage, surtout sur : l'intervention, les soins pour la femme après la sortie de l'hôpital, les causes possibles de problèmes de santé de la femme, les manières de vérifier que le même problème n'allait pas survenir à nouveau, ainsi que sur les méthodes contraceptives. Quatre-vingt pour cent de tous les hommes interviewés avaient encore des questions et préoccupations, se demandant notamment si la femme pouvait à nouveau tomber enceinte et quelles étaient les conséquences générales de l'intervention ou de « l'opération » (Billings et al., 2003b). <i>Voir Annexe I, Billings et al., 2003b, Bolivie, pour une description de l'intervention.</i> • Une étude qualitative faite au Kenya utilisant 74 entretiens approfondis avec des adolescentes, des femmes qui avaient eu des avortements, des prestataires et des dirigeants, en plus de 32 focus groups avec des hommes et femmes mariées, des adolescents des deux sexes, des agents de santé communautaires, des animateurs communautaires, des enseignants, des hommes et femmes plus âgés et des hommes et femmes célibataires constate que la part de l'homme dans les SAA en ordre décroissant de fréquence porte sur : abandonner la fille ou la femme ; payer pour les soins ; influencer la décision d'obtenir des SAA ; accompagner la femme ou la fille chez le prestataire de soins ; offrir un soutien affectif et apporter soins et aide pendant et après les SAA (Rogo et al., 1999). 	<p>III</p> <p>IV</p>

II.B. Participation du partenaire masculin au counseling et à la prestation des services de planification familiale

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Les partenaires des patientes adolescentes des SAA seront probablement nettement plus âgés. <i>(suffisamment de preuves pour agir ; demande une recherche supplémentaire—une étude).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite en 1997 à Dar es Salaam, en Tanzanie, auprès de 89 adolescentes qui étaient des patientes des SAA constate que plus de 72% des partenaires masculins de ces patientes adolescentes des SAA avaient plus de 30 ans et que le « partenaire masculin exploite et profite de l'adolescente qui ne réalise pas ce à quoi elle s'expose et qui termine dans une situation où sa vie est en danger. Aussi, est-ce le comportement de ces hommes adultes qu'il faudrait cibler en premier dans ce pays » (Silberschmidt et Rasch, 2001: 1822). De plus, « si les hommes plus âgés qui payent pensent qu'ils peuvent avoir des 'rapports sexuels sans risques' avec des filles plus jeunes, ce qu'ils font en fait, c'est de mettre en danger leur propre santé, celle de leur épouse et d'autres partenaires » (Silberschmidt et Rasch, 2001: 1822). 	V

II.C. Evaluation et traitement des IST

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ La vaginose bactérienne augmente nettement le risque d'avortement spontané, pratiquement de l'ordre de dix fois (solides preuves—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une méta-analyse de 18 études auprès de 20 232 patientes constate que la vaginose bactérienne augmente nettement, de l'ordre de presque 10 fois, le risque d'avortement spontané. « Il faut faire d'autres études avec cas-témoins pour arriver à des conclusions plus fiables concernant l'efficacité du traitement antibiotique de la vaginose bactérienne (VB) chez les patientes à hauts risques. » (Leitich et al., 2003: 139). 	I
<p>➤ Les femmes qui ont eu deux ou plusieurs avortements spontanés ont une prévalence élevée de toxoplasma gondii comparées aux femmes qui n'ont pas cet antécédent. On ne sait pas dans quelle mesure toxoplasma est une cause d'avortement : cela reste controversé (demande une recherche supplémentaire—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude auprès de 285 femmes qui ont eu deux avortements répétés ou plus au Cashmere constate une prévalence élevée de l'anticorps IgM contre <i>Toxoplasma gondii</i> chez les femmes avec des avortements répétés (49,5%) comparé aux témoins (8,9%) qui n'avaient pas d'antécédents d'avortements spontanés. « La mesure dans laquelle la toxoplasmose est cause d'avortement reste encore controversée » (Zargar et al., 1998: 136). 	III
<p>➤ Les patientes ayant accès aux SAA, souvent, ne reçoivent pas informations et services de soins et de prévention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite en Afrique du Sud, dans le cadre de laquelle les médecins ont observé 96 interventions liées à un avortement, réalisées par 40 sages-femmes dans 25 établissements constate que seules 1% des clientes avaient reçu des condoms. Ni les médecins ni les sages-femmes n'avaient reçu formation ou information portant sur la double protection. « Au vu de l'incidence élevée de l'infection à VIH en Afrique du Sud, le fait qu'un nombre aussi élevé de femmes n'ont pas reçu de condoms masculins ou féminins signale à l'évidence une occasion ratée. 	III

II.C. Evaluation et traitement des IST

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
des IST et du VIH à cause du manque de formation par les médecins et les sages-femmes en besoins pour la double protection <i>(plus de recherche—une étude).</i>	Toutes les clientes qui avaient eu un avortement et qui ont participé à l'évaluation avaient eu des rapports sexuels non protégés et couraient donc le risque de contracter des IST ou l'infection à VIH en plus d'une grossesse non souhaitée. Un counseling après avortement aurait dû être donné pour informer ces femmes de la prévention contre les IST et le VIH et pas simplement la prévention d'autres grossesses non souhaitées. Etant donné que les prestataires de soins et les clientes considéraient généralement que le condom est une méthode de prévention des IST, il n'est souvent pas distribué dans le contexte des services de contraception » (Dickson-Tetteh et Billings, 2002: 149). L'évaluation a été réalisée, en 2000, dans 37 formations sanitaires publiques dans neuf provinces de l'Afrique du Sud. Des données ont été collectées en observant les procédures d'avortement et les séances de counseling, en revoyant les registres de l'établissements et les dossiers des clientes et en organisant des entretiens avec les patientes et les sages-femmes (Dickson-Tetteh et Billings, 2002 et de Bruyn, 2003).	

II.D. Counseling et traitement du VIH

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Les femmes qui sont séropositives-VIH court un risque accru d'avortement spontané (solides preuves—cinq études ; deux examens systématiques).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite au Zimbabwe, de 1998 à 2001, basée sur une enquête auprès de 209 femmes vivant avec le VIH/SIDA et des entretiens approfondis avec 59 femmes constate que six des 41 grossesses chez les femmes séropositives-VIH se sont terminées par des fausses couches (Feldman et Maposhere, 2003). • Dans une étude faite au Malawi, 30% des 53 femmes séropositives-VIH ont signalé un avortement spontané, alors que cette proportion était de 15% des 289 témoins séronégatives (Miotti et al., 1990 cités dans Temmerman et al., 1994). • Une étude des conséquences qu'entraîne l'infection à VIH sur la santé maternelle et néonatale, faite en 1992-1993 à Manipur, en Inde, constate que l'infection symptomatique à VIH est corrélée à un taux nettement accru d'avortements spontanés : 18,2% des femmes séropositives-VIH ont eu un avortement spontané, comparé à 3,7% des femmes séronégatives-VIH. Cent-soixante femmes enceintes séropositives-VIH et 164 femmes enceintes séronégatives-VIH ont été recrutées pour faire partie d'une étude prospective. Un suivi a été effectué de la mère et du nourrisson jusqu'à six semaines du post-partum. L'infection asymptomatique à VIH n'a pas été associée à des effets indésirables lors de la grossesse (Kumar et al., 1995). • Une étude faite auprès de 218 357 femmes en Italie qui ont passé le test de dépistage du VIH de 1989 à 1994 lorsqu'elles se sont présentées à l'hôpital pour un accouchement, un avortement provoqué ou un traitement de fausse couche constate que le taux d'infection à VIH est nettement plus élevé chez les femmes qui ont eu un avortement spontané (Abeni et al., 1997 cités dans de Bruyn, 2003). • Une étude observationnelle dans deux services prénatals à Abidjan, en Côte d'Ivoire, indique que les femmes séropositives-VIH couraient un risque nettement accru de fausse couche comparées aux femmes séronégatives-VIH (Berer, 1999 cité dans de Bruyn, 2003). • Un examen de la littérature de l'OMS/ONUSIDA constate que les femmes vivant avec le VIH en Afrique couraient un risque 1,47 fois plus élevé d'avoir une fausse couche que les femmes séronégatives-VIH. Les femmes séropositives-VIH peuvent avoir des taux plus élevés d'infection et de complications lors de l'intervention chirurgicale et, par conséquent, la prise en charge médicale de l'avortement spontané peut s'avérer particulièrement avantageuse dans ce cas (McIntyre, 1999 cité dans de Bruyn, 2003). • Une méta-analyse de 31 études prospectives publiées entre 1983 et 1996 constate une corrélation entre l'infection à VIH et l'avortement spontané (Brocklehurst et French, 1998 cités dans de Bruyn, 2003). 	<p>IV</p> <p>III</p> <p>III</p>

II.D. Counseling et traitement du VIH

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Les adolescentes asymptomatiques séropositives-VIH sous traitement antirétroviral ne courent pas un risque plus élevé d'avortement spontané, de décès fœtal intra-utérin, de retard de croissance intra-utérine ou de décès fœtal, infantile ou maternel <i>(une étude—demande une recherche supplémentaire).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite de 1997 à 2001 auprès de 30 adolescentes enceintes séropositives-VIH asymptomatiques en Inde constate que, parmi les 27 qui avaient suivi un traitement antirétroviral, il n'y a pas eu « de décès fœtal intra-utérin, ni de retard de croissance intra-utérine, ni de fausses couches spontanées ou de décès fœtal, infantile ou maternel » (Chibber et Khurranna, 2003: 1). Quatre des 30 adolescentes enceintes ont eu des interruptions volontaires de grossesse (Chibber et Khurranna, 2003). 	IV
<p>➤ Manque d'information sur les besoins des femmes séropositives-VIH par rapport à la grossesse non souhaitée <i>(suffisamment de preuves pour agir—une étude).</i></p>	<p>« ...Il n'existe que peu d'information organisée systématique sur les besoins des femmes vivant avec le VIH/SIDA (FVS) concernant la grossesse non souhaitée et les soins liés à l'avortement, ni sur les services permettant de répondre à ces besoins » (de Bruyn, 2003: 2). Cet examen de la littérature récapitule les résultats d'environ 250 documents provenant de la littérature scientifique et de la littérature Gray, de 1998 à juillet 2002, en utilisant Medline, Popline, Sociofile, Psychinfo et le site Web des CDC comprenant des études rétrospectives, des études de cohortes prospectives et des études qualitatives (de Bruyn, 2003).</p>	III

II.E.1 Conseils en cas d'infécondité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
II.E.1. Les conseils en cas d'infécondité en tant que volet des SAA.	<ul style="list-style-type: none">Aucune étude liée aux SAA trouvée sur ce thème.	

II.E.2 Conseils nutritionnels

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
II.E.2. Les conseils nutritionnels en tant que volet des SAA.	<ul style="list-style-type: none">Aucune étude liée aux SAA trouvée sur ce thème.	

II.E.3 Counseling lié aux séquelles psychologiques

La littérature se rapportant aux séquelles psychologiques après un avortement ou une fausse couche reflète les études faites aux Etats-Unis. Il n'existe que peu d'études internationales traitant de la question. Si la majorité des femmes recevant des services de SAA ne connaissent pas de séquelles psychologiques exigeant une intervention, il existe pourtant une minorité de femmes qui peuvent traverser des émotions négatives liées à leur fausse couche ou avortement. Il est important de connaître les facteurs-risques qui exposent ces femmes à des séquelles psychologiques pouvant exiger une intervention complémentaire. La décision de mettre fin à une grossesse ou de la mener à terme relève d'une décision complexe. Si la littérature nous montre que l'incidence d'une réponse négative grave suivant un avortement est faible, il n'en existe pas moins certaines femmes qui sont affligées, parfois pendant des années.

Les femmes qui se présentent dans les services des soins après avortement ont parfois été les victimes de violence. Les études indiquent qu'entre 27,3% et 35,1% des femmes ayant recours à un avortement ont été des victimes de la violence par le passé (Leung, et al., 2002; Keeling, et al., 2004; Chescheir, 1996) ; et 15% à 21,6% des femmes qu'elles avaient subi un acte de violence l'année passée (Wiebe et Janssen, 2001; Chescheir, 1996). Certains aspects se rapportant à la violence conjugale sont cités par 27,7% à 38,9% des femmes comme étant la principale raison pour avoir mis fin à leur grossesse (Kaye, 2001; Leung, et al., 2002). « La violence conjugale est un grave problème chez les patientes des services de gynécologie, surtout celles demandant une interruption de grossesse... [et si] un seul entretien avant l'avortement suffit généralement pour dépister la violence conjugale... il faut pourtant étudier une approche plus effective et acceptable d'aider davantage la victime » (Leung, et al., 2002: 54).

Le type de soutien affectif/psychologique est différent pour les femmes qui ont eu une fausse couche que pour celles qui ont eu un avortement provoqué. Des études utilisant l'évaluation prétest et post-test indiquent que les femmes qui ont eu une fausse couche ou un avortement spontané connaissent un sentiment de perte et du chagrin (Broen, et al., 2004; Stritzinger, 1999; Frost et Condon, 1996) ; pleurent l'enfant perdu; souhaitent parler à d'autres à propos de leur perte (Athey et Spielvogel, 2000) ; se blâment elles-mêmes (Athey et Spielvogel, 2000; Stirtzinger, 1999) ; cherchent à trouver une explication pour la perte (Huntington et al., 1997) ; se préoccupent de leur capacité à mener une autre grossesse à terme (Huntington, et al., 1997) ; et ont besoin d'un rendez-vous de suivi (Nikcevic et al., 1998). Une étude canadienne de 1428 femmes constate que 25% des femmes pensaient qu'elles avaient besoin d'aide professionnelle pour surmonter leur perte (Ney et al., 1994).

II.E.3 Counseling lié aux séquelles psychologiques

Neuf études indiquent que 1% à 41% des femmes qui ont eu un avortement connaîtront probablement un sentiment de perte, de culpabilité et de honte, d'angoisse, d'auto-reproche et de dépression (Broen et al., 2004; Suffla, 1997; Adler et al., 1990; Dagg, 1991; Reardon et al., 2003; Deckardt et al., 1994; Bradshaw et Slade, 2003; Major et al., 2000; Cogle et al., 2005). Dans le mois suivant l'avortement, 19% à 27% des femmes ont eu de graves angoisses et 3% à 9% ont indiqué une grave dépression (Dagg, P.K., 1991; Bradshaw et Slade, 2003). Ces réactions sont notées dans les périodes immédiates, à court terme et à long terme, suivant l'avortement.

Les résultats de deux études plus anciennes faites en Suède et aux Etats-Unis, sur le modèle prétest et post-test, avant l'avortement et à divers intervalles après l'avortement indiquent que la majorité des femmes qui ont eu un avortement provoqué étaient en général soulagées (Major et al., 2000; Kero, 2004). Si la plupart des femmes ont éprouvé ce sentiment de soulagement après l'avortement, il existe pourtant une petite minorité qui continue à traverser des émotions négatives plus permanentes. L'avortement peut être lié à une dépression jusqu'à huit ans après la grossesse (Cogle et al., 2003). Environ 1% à 10% des femmes ont pu connaître des réactions très négatives, avec des symptômes de dépression et d'angoisse suffisamment graves pour exiger une intervention psychiatrique (Bradshaw et Slade, 2003). Les taux d'hospitalisation pour les femmes âgées de 13 à 49 ans étaient nettement plus élevés pour celles qui avaient eu un avortement, surtout pendant les 90 premiers jours suivant l'avortement (Reardon et al., 2003). D'autres études constatent que 20% des femmes, dans l'année ou les deux ans suivant l'avortement, traversent une dépression clinique, se faisant de graves reproches et connaissant également des maux physiques. (Deckardt et al., 1994; Dagg, 1991; et Major, 2003). Un pour cent des femmes répondaient aux critères de diagnostic indiquant des troubles post-traumatiques pendant cette même période (Major, 2003). Après quatre ans, on note un taux plus élevé, significatif du point de vue statistiques, d'hospitalisations en service psychiatrique, pour les femmes âgées de 13 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 35 à 49 ans (Reardon et al., 2003).

Les femmes qui sont exposées à un risque plus élevé de traverser ces réactions négatives sont celles qui sont plus jeunes (Pope et al., 2001; Major et al., 2003) ; celles qui ont déjà eu une dépression avant une grossesse (Reardon, 2002; Major, 2003; Pope et al., 2001; Bradshaw et Slade, 2003; Dagg, 1991) ; celles qui ont été forcées d'avorter (Pope et al., 2001; Kero, 2004; Brown et al., 1993) ; et celles qui ont des attitudes conservatrices à l'égard de l'avortement ou une croyance religieuse interdisant l'avortement (Bradshaw et Slade, 2003; Kishida, 2001; Adler et al., 1990). Stotland (1997) conclut que les femmes qui sont très bouleversées, qui ont plusieurs avortements par le passé ou qui demandent une consultation psychiatrique doivent être orientées vers les services compétents. Les femmes consultant les services de soins après avortement doivent recevoir un soutien affectif pour exprimer leur chagrin et souffrance, même si elles ne regrettent pas leur décision (Kero et al., 2004). Il est important de faire davantage de recherche...surtout sur le type de femmes qui sont les plus vulnérables à ces séquelles psychologiques afin de pouvoir adapter l'assistance. Les médecins, les infirmières et les sages-femmes travaillant dans les services des soins après avortement doivent prêter attention aux antécédents obstétricaux et autres cas d'interruption de grossesse d'une femme, son niveau d'angoisse, son attitude et ses émotions lorsqu'ils apportent le soutien affectif et les soins physiques entrant dans le cadre des soins après avortement.

II.E.3 Counseling lié aux séquelles psychologiques

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Les femmes peuvent signaler qu'elles souffrent de conséquences psychologiques négatives après un avortement spontané. (<i>solides preuves—quatre études</i>).</p>	<p style="text-align: center;"><i>Avortement spontané ou fausse couche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une étude qualitative auprès de 31 patientes des SAA en Egypte en 1995 constate que les femmes qui ont eu une fausse couche « ignoraient les raisons de leur fausse couche et se préoccupaient donc de leur capacité à mener à terme une autre grossesse à l'avenir. » D'après cette femme : « Je veux savoir ce qui s'est passé. C'est mon seul problème. Certaines personnes me disent que je ferai une fausse couche chaque fois que je tomberai enceinte et je ne veux pas que cela m'arrive » (Huntington et al., 1997: 105). • « Si une grossesse se termine tout au début, la douleur peut être aussi intense et complexe que pour une perte périnatale » (Thorstensen, 2000: 481). « Les femmes sont souvent surprises devant l'intensité de leurs émotions et l'examen de ce chagrin peut normaliser le processus et les soutenir à surmonter » (Athey et Spielvogel, 2000 cités dans Thorstensen, 2000: 491). « ... Une fausse couche est souvent vue comme un incident traumatisant par la femme » (Zucker, 1999: 771). Des études faite dans un contexte de pays développés constate que le chagrin est chose courante après une fausse couche (Frost et Condon, 1996). • Certaines études faites en Europe et aux Etats-Unis constatent que pratiquement la moitié de toutes les femmes qui ont eu un avortement spontané risquent de souffrir d'une morbidité psychiatrique et que jusqu'à 44% des femmes connaissent des niveaux cliniques de dépression et d'anxiété (Lee et al., 1997 et Neugebauer et al., 1997 cités dans Athey et Spielvogel, 2000). Un grand nombre de femmes se préoccupent également d'une autre perte possible si elles tombent à nouveau enceintes à l'avenir. « Les symptômes notés généralement sont ceux du chagrin, le désir de l'enfant perdu, le souhait de parler à d'autres à propos de cette perte et la recherche d'une explication logique pour cette perte. Certaines formes de chagrin sont uniques à la fausse couche. Les femmes pensent qu'elles sont inutiles parce qu'elles 'ont échoué' et n'ont pas su avoir un bébé en bonne santé et peuvent remettre en question leur identité en tant que femme capable de procréer » (Athey et Spielvogel, 2000: 64). • Une étude réalisée au Canada faisant une enquête auprès de 1 428 femmes avec 2 961 grossesses constate que 25% d'entre elles ont indiqué avoir besoin d'aide professionnelle pour surmonter émotionnellement la perte de l'enfant. (Ney et al., 1994). 	<p style="text-align: center;">V</p> <p style="text-align: center;">V</p> <p style="text-align: center;">IV</p> <p style="text-align: center;">V</p>

II.E.3 Counseling lié aux séquelles psychologiques

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Certaines femmes qui se présentent dans les services de SAA ont probablement été forcées à avoir un avortement et se sentiront coupables avec des regrets (immédiats ou permanents) (<i>solides preuves—une étude</i>).</p> <p>➤ 19% à 27% des femmes qui ont des avortements provoqués peuvent avoir des angoisses et souffrir de dépression, d'une durée allant d'un mois à deux ans après l'avortement (<i>solides preuves—huit études</i>).</p>	<p style="text-align: center;">Avortement provoqué</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite auprès de 96 jeunes femmes âgées de 14 à 21 ans se présentant dans les services de counseling pour grossesses non souhaitées dans quatre cliniques de San Francisco (année de l'étude non spécifiée) constate que « les adolescentes de moins de 18 ans étaient moins à l'aise avec leur décision mais, à part cela, aucune différence n'était notée avec celles âgées de 18 à 21 ans » (Pope et al., 2001: 2). Les jeunes femmes ont rempli des questionnaires après le counseling et 63 des 96 ont été à nouveau interviewées quatre semaines après l'avortement. L'étude constate que « l'état émotionnel avant l'avortement et le fait d'avoir été forcées par leur partenaire » étaient corrélés à leur ajustement après l'avortement (Pope et al., 2001: 10). L'étude utilise certaines mesures dont l'Inventaire de Dépression Beck (BDI), l'Echelle des Sentiments à propos de la Grossesse, Difficulté de la Décision, Etat mental positif (PSOM), l'échelle de l'Impact des Evénements (IES), l'échelle d'Estime de Soi-Même de Rosenberg et l'Inventaire Spielberg de l'état d'angoisse (STAI) (Pope et al., 2001). • Un examen de la littérature, de 1990 à 2000, concernant les expériences psychologiques et les relations sexuelles avant et après un avortement provoqué constate que « les femmes sur le point d'avoir un avortement sont plus angoissées et déprimées que d'autres femmes enceintes ou que les femmes sous menace de fausse couche, mais dans le long terme, elles n'ont pas plus de conséquences psychologiques que les femmes qui accouchent » (Bradshaw et Slade, 2003: 929). Environ 30% pourtant connaissent des problèmes affectifs après un mois. Une recherche de Medline, PsycLit et Web of Science a trouvé 24 études après 1992 qui se concentrent sur les questions affectives et émotionnelles. Dans ces études, « de grandes variations de détresse sont notées après avoir reconnu une grossesse mais avant l'avortement »—allant de 15% à 69% (Bradshaw et Slade, 2003: 932). Dans le cadre d'une étude (Rizzardo et al., 1991), « si les femmes planifiant d'avoir un avortement sont plus angoissées que les femmes dans les autres groupes [les femmes à l'hôpital à cause de menace de fausse couche et les femmes enceintes de 5 mois et souhaitant mener à terme leur grossesse], elles ne sont pourtant pas nettement plus déprimées » (Bradshaw et Slade, 2003: 934). L'examen montre que « les niveaux d'angoisse, dépression et détresse en général reculent nettement dans le mois qui suit l'avortement. La proportion des femmes avec des niveaux d'angoisse élevés dans le mois suivant l'avortement allait de 19% à 27% et 3% à 9% indiquaient un niveau élevé de dépression » (Bradshaw and Slade, 2003: 941). Une petite minorité de femmes ont eu des problèmes un ou deux ans après l'avortement, « et les niveaux de difficulté étaient analogues à ceux escomptés dans la population en général » (Bradshaw and Slade, 2003: 941). Des études prospectives à long terme sur 10 ans environ constatent en général que « les femmes qui ont eu des avortements ne sont pas dans une condition psychologique pire que celles qui ont accouché après des grossesses souhaitées ou non souhaitées (Bradshaw et Slade, 2003: 941). 	<p>III</p> <p>IV</p>

II.E.3 Counseling lié aux séquelles psychologiques

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite en 1993 auprès de 882 femmes (dont 442 ont été suivies pendant deux ans) constate que six (1%) signalent un stress post-traumatique posttraumatic. Dans ce petit groupe, si « la dépression reculait en même temps qu'augmentait l'estime de soi-même de la période avant l'avortement à la période après l'avortement... les émotions négatives se sont pourtant intensifiées et la satisfaction de la décision prise a diminué dans le temps » (Major et al., 2000: 777). Les antécédents de dépression avant la grossesse sont un facteur-risque de dépression, de perte d'estime de soi-même et de résultats plus négatifs deux ans après l'avortement. Le jeune âge et le fait d'avoir d'autres enfants avant l'avortement sont également des facteurs prédictifs d'évaluations plus négatives. Dans cette étude, les femmes qui se sont rendu dans l'un des trois sites de l'étude pour mettre fin à une grossesse non souhaitée du premier trimestre ont été abordées au hasard pour leur demander si elles voulaient participer à une étude longitudinale avec quatre évaluations : une heure avant l'avortement et une heure, un mois et deux ans après l'avortement. Huit cent quatre-vingt-deux (85%) des 1 043 femmes ont été d'accord pour participer. Quarante cent quarante-deux d'entre elles (50%) ont été suivies pendant deux ans. L'étude a évalué le niveau de dépression, d'estime de soi-même avant et après l'avortement, les émotions après l'avortement, la satisfaction face à la décision prise, les conséquences négatives et les avantages perçus, ainsi que le stress post-traumatique ??? On a également examiné des variables démographiques et la santé mentale antérieure comme facteurs prédictifs des réponses psychologiques après l'avortement (Major et al., 2000). 	III
	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude quantitative et qualitative auprès de 65 femmes, réalisée au CHU de Umea, dans le Nord de la Suède en 1995, constate que « la plupart des femmes (56/58) étaient satisfaites d'avoir un avortement dans le suivi de quatre mois... Par ailleurs, une femme a signalé de 'graves' troubles mentaux et trois 'certains' troubles mentaux se rapportant à l'avortement. Au moment du suivi de quatre mois, on a également demandé aux femmes <i>rétrospectivement</i> quelles avaient été leurs réactions <i>immédiates</i> après l'avortement. Trois groupes ont été retenus : les femmes sans troubles affectifs (62%), les femmes avec des troubles affectifs légers/modérés et les femmes avec graves troubles affectifs (21%). Aucune différence significative n'était constatée dans ces sous-groupes concernant l'âge, le niveau d'instruction, l'état civil, les finances personnelles, les enfants et les avortements précédents » (Kero et al., 2004: 2562-2563). Problèmes de conscience, croyances religieuses, pression pour avoir un avortement, problèmes de relation et souhait d'avoir un enfant étaient parmi les facteurs causant cette détresse. L'étude « montre avant tout qu'il n'est pas possible de séparer les réactions après l'avortement de l'expérience de grossesse et du processus décisionnel avant l'avortement » (Kero et al., 2004: 2568). Les auteurs concluent que « les femmes... qui ont pu respecter leur deuil ont reconnu l'importance de cette réaction... Aussi, faudrait-il encourager les femmes à exprimer leur chagrin et leur souffrance, même si elles ne regrettent pas leur décision » (Kero et al., 2004: 2568). On a demandé de participer à 250 femmes qui ont demandé consécutivement d'avoir un avortement légal—et 88% ont acquiescé. Parmi elles, 65 femmes ont accepté de participer à une étude de suivi quelques jours après le premier trimestre et à nouveau quatre et 12 mois plus tard. Soixante et une femmes ont participé à quatre mois et 58 à 12 mois (Kero et al., 2004). 	III

II.E.3 Counseling lié aux séquelles psychologiques

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="617 269 1801 688">• Une étude comparant les taux d'hospitalisation en service psychiatrique pour des femmes à des périodes allant de 90 jours à quatre ans après soit un avortement soit un accouchement, utilisant les dossiers de California Medical (Medi-Cal) pour des femmes âgées de 13 à 49 ans au moment de l'avortement ou de l'accouchement en 1989, constate que les femmes qui avaient eu un avortement avaient des taux d'hospitalisation psychiatrique nettement plus élevés que les femmes qui avaient accouché, lors de chaque période analysée, surtout pendant les 90 premiers jours après la grossesse. A quatre ans, on constate des différences significatives du point de vue statistiques pour les femmes âgées de 13 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 35 à 49 ans. Les auteurs concluent que « des recherches supplémentaires sont fortement recommandées en utilisant des données recoupant les antécédents médicaux complets. Les cliniciens connaissant les antécédents de perte de grossesse chez une patiente seront mieux en mesure de dépister les femmes qui devraient être orientées vers les services de counseling. » L'analyse a inclus 56 741 femmes qui n'avaient pas eu d'hospitalisation psychiatrique ou de grossesse pendant l'année précédente. Parmi celles-ci, 15 299 ont eu un avortement et les 41 422 restantes des naissances vivantes et ont été incluses en tant que comparaison. L'analyse tenait compte de l'âge et du nombre moyen de mois requis pour une assistance de Medi-Cal (Reardon et al., 2003). <li data-bbox="617 721 1801 1013">• Une étude auprès de 66 femmes japonaises demandant un avortement qui avaient participé à une enquête dans six établissements de santé au Japon (année non spécifiée) constate qu'une attitude conservatrice face à l'avortement (en général, pas forcément l'avortement effectif) était le facteur prédictif le plus important de l'angoisse après l'avortement, une fois neutralisé l'effet de l'angoisse avant l'avortement. Cette étude se sert d'analyses de régression multiple pour prédire l'angoisse après l'avortement. L'angoisse a été mesurée en utilisant le State Trait Anxiety Inventory (STAI). Les femmes avaient entre 20 et plus de 40 ans. Pour toutes, 61 questionnaires étaient utilisables et compris dans l'analyse. L'auteur conclut que, « l'attitude des femmes face à l'avortement et les droits en matière de reproduction sont un facteur important et pourtant négligé qui influence l'angoisse après un avortement volontaire. Les professionnels des soins médicaux et infirmiers devraient donc prendre note de l'attitude d'une femme face à l'avortement dans le cadre de ses soins de santé mentale » (Kishida, 2001: 495). <li data-bbox="617 1045 1801 1305">• Une étude auprès de cinq femmes célibataires en Afrique du Sud qui ont eu un avortement provoqué illégal avant que l'avortement ne soit autorisé par la loi en Afrique du Sud en 1996 (année de l'étude non spécifiée) constate que « la manière dont les femmes ont répondu à l'avortement était une fonction tant de leur état psychologique que de l'environnement social dans lequel l'intervention a été réalisée » (Suffla, 1997: 214). Le soulagement était la réponse la plus courante, bien qu'on ait également noté certains sentiments de culpabilité, de honte et de perte. L'ajustement après l'avortement était lié de manière positive au soutien du partenaire. Les entretiens approfondies (avec deux étudiantes, une secrétaire, une ouvrière et une assistance sociale âgées de 20 à 31 ans) se concentraient sur le contexte social de la décision, l'intervention, l'impact psychologique de l'avortement et la manière dont les femmes l'ont surmonté (Suffla, 1997). <li data-bbox="617 1338 1801 1390">• Une étude comparative de nature descriptive, faite auprès de 93 femmes (45 ayant eu un avortement volontaire par le passé, un à 14 mois et 48 qui n'avaient jamais eu d'avortement) dans une université d'une importante ville au 	<p data-bbox="1856 269 1885 295">III</p> <p data-bbox="1856 721 1885 747">V</p> <p data-bbox="1856 1045 1885 1071">V</p> <p data-bbox="1856 1338 1885 1364">V</p>

II.E.3 Counseling lié aux séquelles psychologiques

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<p>Sud-Ouest des Etats-Unis (année de l'étude non spécifiée) constate que « bien qu'il n'existe aucune différence significative du point de vue statistiques dans l'intensité de chagrin chez les femmes qui ont eu un avortement volontaire et le groupe témoin, on note pourtant une tendance générale à un chagrin plus intense dans le groupe avortement. La présence d'enfants vivants, le fait d'avoir été forcée à avoir un avortement et le nombre d'avortements pèsent dans l'intensité du chagrin immédiat » (Williams, 2001: 174). L'étude a utilisé l'Echelle d'Intensité de Chagrin (GEI) pour mesurer le chagrin à court terme. Les femmes n'avaient pas eu de perte périnatale auparavant ni de problèmes psychiatriques (Williams, 2001).</p>	V

II.E.4 Violence sexo-spécifique

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ 27% à 39% des femmes consultant les services d'avortement ont été des victimes de la violence à un moment ou à un autre de leur vie (solides preuves—sept études).</p>	<p style="text-align: center;"><i>Antécédents d'acte de violence</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite en 2000 auprès de 311 femmes venant consulter les services de SAA à l'hôpital de référence national en Ouganda constate que 70 femmes (23,2%) ont eu des avortements provoqués et 28 d'entre elles (38,9%) « ont indiqué les problèmes de violence conjugale comme la principale raison d'avoir eu recours à l'avortement » (Kaye, 2001: 324). Plus de la moitié (57%) des femmes ont signalé une violence conjugale lors de leur première grossesse infligée par un époux (58,7%), un ex-époux/un ex-petit-ami (6,1%) ou un autre membre de la famille (24,6%). L'étude était ouverte à toutes les femmes hospitalisées pour complications liées à l'avortement—on a demandé à une femme sur trois de participer à l'étude. Dans l'ensemble, 311 ont convenu de le faire (échantillon total non spécifié). Les femmes ont été traitées avant d'être orientées vers un conseiller. L'entretien avec les femmes s'est fait à l'aide d'un questionnaire structuré et les antécédents de violence ont été mesurés à l'aide de l'outil de Dépistage pour l'Evaluation des Actes de Violence. L'âge et la parité dans l'échantillon étaient analogues à ceux observés chez les femmes prénatales (Kaye, 2001: 324). • Une étude cas-témoins faite en 1999 dans un hôpital à Hong Kong auprès de 501 femmes (245 venant pour un avortement et 256 autres patientes des services obstétricaux/gynécologiques) constate que « la prévalence de violence dans le groupe venant pour un avortement était de 27,3% comparé à 8,2% dans le groupe ob/gyn » (Leung et al., 2002: 47). L'étude constate également que « parmi celles qui ont été les victimes d'un acte de violence récent, 27% (9/33) ont admis que leur décision de mettre fin à la grossesse était due à l'acte de violence qui leur avait été infligé » (Leung, et al., 2002: 51). Les femmes ont été interviewées en utilisant un outil modifié de Dépistage pour l'Evaluation des Actes de Violence. Les femmes ont été interviewées lorsqu'elles se sont présentées pour le traitement et à nouveau six semaines plus tard pour évaluer la meilleure manière de mesurer leur expérience. Seul un petit pourcentage de femmes (18,8%) ont indiqué qu'elles souhaitaient dévoiler l'information sur l'acte de violence à leurs prestataires de soins de santé pour une prise en charge supplémentaire. Les auteurs concluent que « la violence conjugale est un grave problème chez les patientes des services gynécologiques, surtout celles venant pour mettre fin à la grossesse.. [et si] un seul entretien avant l'avortement suffit généralement pour dépister la violence conjugale... il faut pourtant étudier davantage quelle est l'approche la plus efficace et la plus acceptable pour aider les victimes » (Leung et al., 2002: 54). • Une étude dans un service de conseils pour femmes enceintes d'un important hôpital de district au Nord-Ouest de l'Angleterre (année non spécifiée) auprès de 312 femmes qui sont venues pour un avortement constate que 35,1% avaient connu des actes de violence de la part d'un partenaire à un moment donné de leur vie et 3,7% ont signalé des rapports sexuels forcés lors de l'année passée. Moins de la moitié (45,5%) de ces femmes étaient certaines que la grossesse n'était pas associée à des rapports sexuels forcés. Toutes les femmes consultant le service de conseils pour femmes enceintes sur une période de sept mois pouvaient participer à l'enquête et le taux de réponse était de 96,7%. Plus de la moitié (55,3%) des femmes avaient moins de 25 ans et la plupart 	<p>III</p> <p>III</p> <p>III</p>

II.E.4 Violence sexo-spécifique

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<p>avaient moins de 35 ans (85,7%) (Keeling et al., 2004).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="617 337 1824 781">• Une étude dans un centre urbain de soins liés à l'avortement au Canada constate que, parmi les 254 femmes auxquelles on a posé une série de questions de dépistage, 38 (15%) ont indiqué qu'elles avaient été les victimes d'un acte de violence ces 12 derniers mois. On n'a pas demandé aux femmes, dont toutes ont demandé un avortement, si la violence était liée à leur décision d'avoir un avortement. Les femmes qui avaient été victimes de la violence ne présentaient pas de caractéristiques différentes de manière significative de celles qui n'avaient pas été les victimes de la violence du point de vue âge, âge gestationnel ou ethnicité. Sur les 499 femmes pour lesquelles le questionnaire de dépistage aurait dû être utilisé, on a posé les questions à 254 femmes (58% de femmes blanches, 40% de femmes de l'Afrique de l'Est et 37% de femmes de l'Asie du Sud). Diverses raisons ont été données pour ne pas avoir posé les questions aux autres femmes (présence du partenaire, problème de langue, etc.). Les auteurs concluent que « le fait qu'on a posé à seulement la moitié des femmes montre combien il est difficile d'adopter une politique de dépistage universelle » (Wiebe et Janssen, 2001: 439). Les conseillers étaient bien formés et enthousiastes et pensaient qu'il devenait de plus en plus facile de poser les questions avec l'expérience. Ils ont également trouvé que les femmes étaient réceptives à ce dépistage. Certaines femmes ont demandé des informations sur l'utilisation clandestine de la contraception (Wiebe et Janssen, 2001). <li data-bbox="617 813 1824 992">• Une étude faite de 1996 à 97 auprès de 207 femmes enceintes nées en Suède consultant trois services prénatals de la ville de Göteborg constate que 30 femmes ont été les victimes d'un acte de violence lors de la grossesse actuelle et 95% d'entre elles avaient également été les victimes de la violence avant la grossesse. « Dans le groupe de ces victimes, une proportion plus élevée de femmes avaient eu un ou plusieurs avortements que dans le groupe des non-victimes. » La violence a été évaluée en utilisant l'Echelle de Gravité de la Violence à l'égard des Femmes (SVAW) (Hedin et Janson, 2000). <li data-bbox="617 1024 1824 1227">• Une étude auprès de 51 femmes consultant les services d'avortement de l'Université de la Caroline du Nord en 1994, constate que 31,4% des femmes ont signalé qu'elles ont été les victimes d'un acte de violence pendant leur vie, 21,6% ont signalé une telle violence pendant l'année passée et 7,8% ont signalé une violence pendant la grossesse actuelle. Toutes les femmes subissant cette violence pendant la grossesse avaient également été les victimes de la violence avant la grossesse. Les femmes de cette étude étaient en majorité célibataires avec un âge moyen de 24,4 ans. La plupart venaient de groupes à faible statut socioéconomique et la plupart étaient noires (Evins et Chescheir, 1996). <li data-bbox="617 1260 1824 1375">• Une étude descriptive auprès de 100 femmes consultant des services d'avortement dans une ville au Canada (année non spécifiée) constate que 41 ont signalé des actes de violence de la part de leur partenaire actuel. L'échantillon comprend 100 femmes enceintes consécutives qui se sont rendu à une consultation avant avortement (représentant environ 8% du nombre annuel de patientes du centre). Les femmes ont rempli des 	<p>IV</p> <p>IV</p> <p>IV</p> <p>V</p>

II.E.4 Violence sexo-spécifique

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	questionnaires confidentiels et anonymes (Lumsden, 1997).	
<p>➤ La violence physique est liée à un risque accru d'avortement spontané (solides preuves—une études ; un document).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un échantillon représentatif de 765 femmes mariées de Java Central, en Indonésie, ont participé à une étude longitudinale faite de 1996 à 1998, financée par la Banque mondiale, et qui constate que les femmes qui avaient été les victimes d'une violence physique lors de la grossesse avaient des taux plus élevés d'avortement spontané. Pour celles qui avaient été les victimes d'une violence spécifique pendant la grossesse, 10% ont eu des avortements spontanés, comparé à 5,7% pour les femmes qui n'ont indiqué aucune violence sexuelle pendant la grossesse. Pour celles victimes de la violence sexuelle pendant la grossesse, 5,9% ont eu des avortements spontanés, comparé à 3,8% parmi celles qui n'ont indiqué aucune violence sexuelle pendant la grossesse (Hakimi et al., 2001). • La violence est liée à un risque accru de fausses couches (Amaro et al., 1990 cités dans Heise et al., 1999; Jejeebhoy, 1998 cité dans Heise et al., 1999; Rosales Ortiz et al., 1999 cités dans Heise et al., 1999; Heise et al., 2002). 	<p>III</p> <p>V</p>

II.E. Counseling et prestation de services de PF ; évaluation et traitement des IST et conseils et dépistage du VIH/orientation-recours pour les services de conseils et dépistage : Autres aspects du counseling liés aux soins après avortement —Jeunes

II.E.5. Les jeunes et les SAA

Rares sont les études qui se consacrent sur les jeunes et les SAA. Il devient urgent de réaliser davantage de recherche sur ce thème pour conseiller les décideurs et les planificateurs de programme. « Chaque année, on estime que deux à quatre millions d'adolescentes ont recours à l'avortement. Comparées aux adultes, les adolescentes sont plus susceptibles de remettre à plus tard l'avortement, de se rendre auprès de personnes non qualifiées pour l'exécuter, d'utiliser des méthodes dangereuses et d'attendre de consulter les services de santé en cas de complications. Les adolescentes sont également plus susceptibles d'avoir des complications » (Olukoya et al., 2001: 137). Les ratios de mortalité maternelle par causes, provenant de Matlab, au Bangladesh, indiquent que les décès imputables à l'avortement chez les adolescentes de 15 à 19 ans étaient deux fois plus élevés que chez les femmes âgées de 20 à 24 ans (NU, 1989 citées dans Olukoya et al., 2001). Cette étude repose sur un examen de la littérature par l'OMS. Une étude dans quatre hôpitaux publics de Dar es Salaam, en Tanzanie, indique que plus de 41% des patientes hospitalisées pour complications liées à un avortement illégal avaient 17 ans ou moins (Mpangile et al., 1993 cités dans Silberschmidt et Rasch, 2001). La plupart des données sur les SAA et les jeunes filles proviennent d'une étude faite en Tanzanie. Des recherches complémentaires doivent être faites pour mieux comprendre l'ampleur et le contexte du problème.

III. Habilitation de la communauté grâce à à la sensibilisation et à la mobilisation communautaires

III. Habilitation de la communauté grâce à la sensibilisation et à la mobilisation communautaires

La mobilisation communautaire est un volet plus nouveau, qui n'en reste pas moins tout aussi important, pour élargir l'accès aux services des soins après avortement. D'autres sections de ce module montrent combien il est important de renforcer la volonté politique, de renouveler les établissements, de restructurer les services et de former des prestataires de soins, tant en matière de techniques des soins d'urgence que sur le plan information et services de planification familiale après l'avortement. Une fois que les services sont disponibles, on peut mobiliser les communautés pour les sensibiliser aux services des SAA et pour les encourager à utiliser des services, ainsi que pour créer une demande pour des services de qualité des soins après avortement. Il est contre-productif de mobiliser les communautés s'il n'existe pas de services suffisants.

Il est important de reconnaître que les SAA comptent des caractéristiques qui les séparent d'autres services de la santé de la reproduction, surtout parce que l'avortement est illégal dans un grand nombre de pays et que la plupart des femmes qui consultent les services de SAA le font parce qu'elles ont des complications provenant d'un avortement illégal. Dans certains pays comme la Bolivie, la femme ainsi que le prestataire qui a réalisé l'avortement risquent d'aller en prison. Les activités de mobilisation communautaire doivent être sensibles à ces questions.

La peur provenant de la stigmatisation entourant l'avortement légal et illégal dans bien des communautés, ainsi que le manque d'information sur les complications dangereuses de l'avortement expliquent pourquoi un grand nombre de femmes ne

vont pas chercher de l'aide. Les stratégies de mobilisation communautaire doivent agir simultanément pour faciliter la reconnaissance du problème au sein de la communauté, encourager la discussion du problème et informer les femmes des signes et symptômes qui nécessitent un traitement.

Selon le Modèle SAA de l'USAID, sensibilisation et mobilisation communautaires sont nécessaires pour responsabiliser la communauté et lui donner les moyens de fournir et de demander des services de qualité pour les soins après avortement. Le terme communauté inclut également les gouvernements, les ministères de la Santé, les éducateurs, les OBP, les ONG, les groupements féminins, les dirigeants de jeunes, les organisations professionnelles, les associations communautaires, le leadership masculin, les organisations confessionnelles, les accoucheuses traditionnelles, les distributeurs communautaires, les bailleurs de fonds et autres parties concernées dans chaque communauté. La communauté doit intervenir aux fins suivantes :

- Déterminer ses besoins en santé sur le plan des soins après avortement ;
- Planifier les ressources nécessaires pour répondre aux besoins de santé retenus ;
- Mobiliser les ressources pour fournir les SAA, que ce soit sur le plan des politiques, centres de soins de santé primaires, monétaire, équipement, personnel, transports et marketing social pour répondre aux besoins retenus ;

- Déterminer comment rendre les soins accessibles dans la communauté ;
- Eduquer la communauté concernant l'avortement à risques, les trois retards dans l'obtention des soins et les conséquences que cela comporte, les complications après avortement ; et
- Forger des relations avec les prestataires de soins de santé/établissements à tous les niveaux (communautaire/primaire secondaire/tertiaire) pour vérifier une prestation de services complets pour les soins après avortement.

Il existe un certain nombre de possibilités pour relier les soins après avortement à d'autres services, notamment les initiatives de maternité sans risques, la planification familiale et la lutte contre le VIH/SIDA. La

littérature étant plutôt rare sur les SAA et la mobilisation communautaire, cette section s'inspire de la littérature sur la mobilisation communautaire provenant de ces domaines en utilisant les leçons retenues et les recommandations comme cadre permettant d'intégrer les SAA.

Le Cadre pour les Programmes de Santé maternelle et néonatale (SMN) pour la Mobilisation communautaire intervient le long de l'action ciblée du renforcement des capacités pour viser des résultats particuliers sur le plan de la maternité sans risques. Ce cadre peut être adapté aux soins après avortement. Les opinions de la communauté, de la famille et de la femme sont particulièrement pertinentes pour la discussion sur la mobilisation pour les SAA. Les hommes doivent participer et être engagés à chacun de ces niveaux—en tant que dirigeants communautaires, membres de la famille et partenaires.

Piliers de la mobilisation communautaire	Communauté	Famille	Femme individuelle
Actions ciblées pour les soins après avortement <ul style="list-style-type: none"> • But : Augmenter l'utilisation du traitement d'urgence et des services de non-urgence (counseling et services de PF, évaluation et traitement des IST, conseils et dépistage du VIH) 	Augmentation des connaissances, normes et pratiques de la communauté Augmentation des ressources communautaires Mise en place de mécanismes de discussion et d'action pour les soins après avortement entre les membres communautaires et entre la communauté et les services de santé	Amélioration des connaissances et pratiques concernant les préparatifs en cas de complications Prise de décisions partagée pour soutenir les préparatifs en cas de complications	Amélioration des connaissances et pratiques concernant les préparatifs en cas de complications
Renforcement des capacités pour les	Renforcement de l'engagement et de la	Renforcement des compétences à la prise	Davantage de confiance pour faire

<p>soins après avortement</p> <ul style="list-style-type: none"> • But : Renforcer les compétences pour promouvoir, soutenir et suivre régulièrement les programmes et politiques SAA et responsabiliser/engager les individus, les communautés et les organisations 	<p>capacité des dirigeants communautaires/ groupes pour analyser les besoins locaux, mobiliser les gens et les ressources et prendre les mesures nécessaires pour les préparatifs en cas de complications</p> <p>Renforcement de la capacité et accès aux ressources au sein de la communauté et au-delà de celle-ci</p>	<p>de décisions collective et au partage de décisions concernant les préparatifs en cas de complications</p>	<p>connaître ses besoins et influencer la prise de décisions familiale concernant les préparatifs en cas de complications</p> <p>Renforcement des compétences à la résolution de problèmes</p>
--	--	--	--

Les activités efficaces d'éducation et de mobilisation communautaires sont spécifiques au contexte et tiennent compte de la situation politique et des attitudes communautaires face aux soins après avortement en cas de complications liées à une fausse couche et à un avortement incomplet dans chaque milieu. La recherche formative dans la communauté peut mettre à jour des perspectives importantes et montrer quelles sont les meilleures manières d'aborder ou de renforcer les SAA. On peut élargir l'accès aux SAA en apportant une formation aux agents de santé communautaires pour qu'ils puissent distribuer des méthodes de planification familiale et orienter vers les services compétents, en engageant par ailleurs les partenaires masculins au traitement/SAA et aux soins de suivi, en conseillant les membres familiaux et en mobilisant les systèmes de soutien social conjointement avec les programmes d'égalité de la femme. En plus, une attention spéciale doit être accordée aux besoins des adolescentes et des femmes célibataires qui se rendent dans les services d'avortement et de soins après avortement.

III.A. Promotion sanitaire pour les SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Les activités d'éducation communautaire peuvent augmenter la connaissance des services SAA et renforcer la qualité et l'accès aux programmes SAA (<i>demande une recherche supplémentaire—une étude</i>).</p> <p>➤ L'éducation des agents de santé communautaires peut élargir le nombre de femmes utilisant les services de SAA et de planification familiale (<i>demande une recherche supplémentaire—une étude</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de recherche opérationnelle faite en 1996 au Ghana constate que l'inclusion d'un volet d'éducation communautaire à la formation en matière de SAA, ainsi que l'inclusion des éducateurs sanitaires dans les activités de SAA, permettent d'augmenter le nombre de femmes recevant des soins après avortement. Suivant la formation dispensée par un projet plus général cherchant à déterminer s'il était faisable et sans risques de former et d'équiper des sages-femmes pour qu'elles fournissent des services de SAA, 81% des 40 sages-femmes formées ont participé aux activités d'éducation communautaire dans la région à l'Est du Ghana. Les sages-femmes privées qui ont participé à la formation ont indiqué qu'elles se sentaient plus confiantes que les sages-femmes du secteur public à apporter une éducation communautaire. Ces sages-femmes font savoir que « les causeries sanitaires nous rendent plus visibles dans la communauté, sensibilisent au problème de l'avortement à risques et renforcent le respect au sein de la communauté pour leurs compétences à fournir des soins complets de santé de la reproduction » (Baird et al., 2000: 631–632). Deux ans après la formation, les sages-femmes avaient traité plus de 200 patientes des SAA. L'étude comprenait 80 sages-femmes des secteurs public et privé [40 dans le groupe d'intervention et 40 dans le groupe témoin (pour lequel aucun résultat n'est signalé)], quatre médecins apportant un soutien aux sages-femmes et des éducateurs de la santé qui ont travaillé dans quatre hôpitaux de district à l'Est du Ghana (Baird et al., 2000). • Une étude faite dans le district de Suba, à l'Ouest du Kenya en 2001, indique que la formation des agents de santé communautaires (ASC) augmente aussi bien le nombre de femmes qui se rendent dans les services de soins après avortement des établissements de santé que la proportion de femmes qui utilisent la contraception. La Phase II, réalisée sur quatre ans, fait suite à la recherche formative qui cerne les attitudes communautaires à l'égard des grossesses non souhaitées et de l'avortement à risques, ainsi que les déterminants socioculturels du comportement de consultation des services de santé de la reproduction (Mukenge, 2002). L'évaluation à mi-parcours de COBAC met en relief une nette amélioration dans le comportement de consultation des services de santé et de l'utilisation de la contraception. De plus, 72% des répondantes de l'enquête ont indiqué qu'elles préféreraient les établissements de santé aux accoucheuses traditionnelles. Par ailleurs, l'utilisation de la planification familiale a également augmenté : 63% des utilisatrices ont obtenu des contraceptifs sans ordonnance de la part des agents de santé communautaires (ASC) et 3 000 à 5 600 clientes en plus ont obtenu des services dans les établissements de santé de la région. Quatre-vingt-dix pour cent des clientes des SAA qui ont consulté les établissements de santé ont été envoyées par des ASC. Aidées par des ASC, les femmes passent moins de temps à chercher des établissements ou des prestataires qui leur conviennent. (Magak et Mukenge, 2003). 	<p>V</p> <p>V</p>

III.A. Promotion sanitaire pour les SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Les animateurs de la santé peuvent fournir un counseling en planification familiale et distribuer des méthodes contraceptives et, partant, aider à augmenter l'acceptation de la planification familiale (suffisamment de preuves pour agir ; demande une recherche supplémentaire—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le Projet de Population multisectoriel du Pérou (MSSP) a utilisé des volontaires communautaires pour renforcer les connaissances à propos de la santé de la reproduction dans 672 communautés rurales et périurbaines de l'ensemble du pays. Ce projet est réalisé par CARE pour améliorer la santé de la reproduction et élargir l'accès à la planification familiale. En 1996, l'évaluation déterminait que les volontaires avaient recruté plus de 28 300 acceptantes de la contraception et avaient orienté plus de 1 000 femmes vers des établissements de santé du MS où elles avaient obtenu des méthodes à long terme. Les volontaires communautaires avaient organisé 4 680 causeries collectives sur les questions de la procréation. Le réseau de 1 000 animateurs avait apporté une information sur la planification familiale, la sexualité et l'anatomie de la reproduction, dans le cadre de contacts individuels et d'événements collectifs. Ces animateurs avaient apporté des informations sur les contraceptifs, avaient distribué des méthodes (pilule, condoms, comprimés vaginaux et injectables) et avaient orienté les femmes vers les établissements du MS pour obtenir des méthodes à long terme et d'autres services. Les auteurs soulignent l'importance des messagers face-à-face. L'information sur la santé de la reproduction a été diffusée par des volontaires communautaires d'une manière sensible à la culture. Vu que les professionnels médicaux au Pérou ne sont pas suffisamment formés en matière de counseling, ces volontaires communautaires ont joué un rôle essentiel pour apporter aux membres communautaires une information exacte sur les méthodes, facilitant leur accès aux fournitures contraceptives et orientant les personnes intéressées vers les établissements de santé équipés pour fournir d'autres méthodes à long terme (Schubert et al., 1997). <i>Les SAA n'ont pas été mentionnés en particulier dans le rapport sur ce programme, mais pourraient être ajoutés par la suite au champ d'action du programme.</i> 	V

III.A. Promotion sanitaire pour les SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ La recherche en matière de SAA avant l'intervention montre que l'engagement des membres communautaires peut sensibiliser aux services SAA, montrer quelles sont les barrières au niveau communautaire (qualité et quantité de services et manque de transport en cas d'urgence) et voir comment renforcer les systèmes de transfert en engageant les familles et les prestataires communautaires (suffisamment de preuves pour agir ; demande une recherche supplémentaire—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite en 1999, à titre d'exploration, sur les soins après avortement, a l'aide de focus group et d'entrevues individuels semi-structurés, dans deux établissements de la province de Nyanza, au Kenya, conclut que la majorité des membres communautaires pensent que les services de SAA existants sont inadéquats du point de vue quantité et qualité. Un grand nombre de participants ont indiqué qu'il n'existait pas de services formels des SAA dans leurs régions. D'autres ont mentionné les hôpitaux publics comme source de soins après avortement mais, d'après les répondants, il n'existe qu'un nombre très limité d'hôpitaux publics. Les répondants ont mentionné les prestataires traditionnels et communautaires comme les premières personnes consultées en cas de complications. Ces prestataires sont les premières personnes auxquelles s'adressent les femmes connaissant des complications provenant d'un avortement. Souvent, ils administrent des remèdes à base d'herbes pour neutraliser les effets des médicaments modernes. Cette pratique est vue comme un suivi des soins hospitaliers. Très peu de répondants, généralement des cliniciens, ont mentionné l'apport d'un counseling après l'avortement, entrant dans le cadre des SAA. De plus, les répondants ont mentionné diverses barrières au niveau communautaire entravant l'accès aux SAA : manque de transfert rapide de la part des prestataires communautaires qui soignent la majorité des complications ; abandon par la personne qui a exécuté l'avortement ; faible qualité des soins dans l'hôpital recevant les cas de SAA ; manque de transports d'urgence ; et pressions sociales ainsi que crainte du mauvais traitement faisant que les filles n'alertent pas d'autres personnes si une urgence se présente. <p>Les auteurs concluent que l'éducation peut sensibiliser aux services de SAA disponibles. De plus, il faut renforcer les systèmes d'orientation en intégrant tant les familles que les prestataires communautaires (Rogo et al., 1999).</p>	IV

III.A. Promotion sanitaire pour les SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Les services de SAA sont nécessaires, même dans les contextes où l'avortement est légal (<i>demande une recherche supplémentaire—une étude</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none">• Une évaluation communautaire, faite en 1999, dans quatre villages de l'Uttar Pradesh en Inde, à l'aide de techniques qualitatives non aléatoires pour la collecte de données constate que les services de soins après avortement sont nécessaires même si l'avortement est légal. Pendant l'année où l'étude a été réalisée (avril 1999-mars 2000), 8% à 10% des patientes admises à l'hôpital chrétien Kasganj (5 à 8 patientes par mois) ont été hospitalisées pour complications liées à l'avortement. La collecte de données indique que « les rapports sont évidents entre l'avortement provoqué, exécuté par des prestataires non formés, et la gravité des complications mais, par ailleurs, certaines femmes envoyées à des prestataires qualifiés connaissent elles-aussi des complications imputables à l'avortement. » (Johnston et al., 2001 : 25).	V

III.A. Promotion sanitaire pour les SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ La participation communautaire et le soutien pour les systèmes communautaires de transport d'urgence permettent d'offrir de meilleurs soins aux femmes enceintes et renforcent les liens entre les communautés et les établissements de soins de santé (<i>demande une recherche supplémentaire—une étude</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une évaluation de l'initiative de Renforcement des capacités et Responsabilisation communautaires, programme visant à traiter la morbidité et mortalité maternelle élevées dans la Région de Mwanza au Nord-Ouest de la Tanzanie montre qu'en 2001, 12 villages avait arrangé des systèmes de transport en cas d'urgence et 10 fonctionnaient et servaient aux femmes avec des urgences obstétricales. L'initiative était réalisée par le Projet de santé de la reproduction en milieu communautaire (CBRHP), effort conjoint de CARE et du Ministère de la santé en Tanzanie et dont le but était de faire reculer la mortalité infantile et maternelle dans deux des districts les plus pauvres de la Tanzanie. Le projet a utilisé des données qualitatives d'entretiens de groupe et des données du CBRHP pour évaluer les progrès en ce qui concerne l'organisation des systèmes de transport au niveau communautaire. Cinquante deux villages ont bénéficié d'une visite de mobilisation de la part des formateurs ou du personnel de terrain de CARE et de visites de suivi pour évaluer les progrès concernant l'organisation des moyens de transport. On leur également appris à utiliser des méthodes de résolution de problèmes et une supervision constructive a été apportée aux ASC. Avant l'intervention, aucun village n'avait des plans de transport pour les cas d'urgence. Ces transports sont également utilisés à présent par des habitants avec d'autres urgences médicales. Dans l'évaluation finale, 62% des communautés ont signalé que les transports en cas d'urgence relevaient de la responsabilité de la communauté, nette amélioration par rapport à 1997 quand la majorité de la population pensait que les transports étaient une responsabilité individuelle. Le coût des transports a diminué passant de 1 000 à 8 000 shillings alors qu'avant l'intervention, le coût était exorbitant de l'ordre de 10 000 à 80 000 shillings. L'utilisation des services s'est également améliorée : en 1997, seules 4% des femmes enceintes consultant l'hôpital de district étaient traitées pour complications obstétricales alors qu'en 2001, cette proportion s'élevait à 15%. Un plus grand nombre de femmes nécessitant des soins spécialisés sont venues à l'hôpital. (Ahluwalia et al., 2003). 	

III.A. Promotion sanitaire pour les SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Les campagnes d'éducation sanitaire avec des agents de santé communautaires peuvent informer les femmes enceintes sur les signes de danger lors de la grossesse ou de l'utilisation de contraceptifs et augmenter le nombre de femmes qui accouchent avec l'aide d'un prestataire qualifié (suffisamment de preuves pour agir ; demande une recherche supplémentaire—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une campagne éducation-action sanitaire, réalisée en février 1990, par le Centre d'Éducation sociale pour les Femmes rurales (RUWSEC) en vue d'une maternité avec moins de risques à Tamil Nadu, dans le Sud de l'Inde, a permis d'augmenter la proportion d'accouchements à l'hôpital dans la zone desservie, passant de 22% à 45,5%. Une proportion très élevée de femmes qui ont connu des complications pendant la grossesse et l'accouchement ont été transférées à un établissement de santé après l'intervention (données non fournies). Quarante-sept hameaux faisaient partie de la campagne, couvrant 23 562 personnes qui vivent dans 4 386 ménages. Pendant la campagne, les agents de santé communautaires de RUWSEC ont dépisté des femmes enceintes au sein de la population, ont réalisé des activités d'éducation sanitaire et ont apporté conseils et soins de santé aux femmes, les encourageant à se rendre à l'hôpital en cas d'urgence. Ils ont fait des visites répétées dans les familles pendant trois mois pour dépister les femmes enceintes. Les données initiales réunies lors de la première visite portent sur les antécédents de grossesse et l'information sur leur contexte socioéconomique. Les activités d'éducation-action sanitaire ont fait suite à la collecte de données initiales. Les agents de santé ont distribué des dépliants présentant les facteurs-risques et les signes de danger pendant la grossesse, de pair avec des manuels montrant comment assembler une trousse d'accouchement. Ils ont également apporté des informations sur la contraception. Un grand nombre de personnes ne sachant pas lire, les agents de santé ont lu à voix haute l'information avec les participants. Les agents de soins de santé ont également sensibilisé les hommes sachant qu'ils sont souvent les membres de la famille qui savent lire. Ensuite, des ateliers ont permis de réunir les habitants des hameaux afin de discuter des divers aspects de la maternité sans risques. Les ateliers ont informé les mères enceintes et ont influencé simultanément l'opinion communautaire sur l'importance des activités de maternité sans risques (Sundari, 1993). <i>Les SAA n'ont pas été mentionnés en particulier dans le rapport sur ce programme mais pourraient être ajoutés par la suite au champ d'action du programme.</i> 	IV
<p>➤ De multiples stratégies éducatives à base communautaire dont les groupements féminins et les messages à la radio peuvent augmenter la connaissance des signes de danger lors de la grossesse (suffisamment de preuves</p>	<ul style="list-style-type: none"> • D'avril 1997 à mai 1998, une intervention à trois axes du Ministère de la Santé guatémaltèque et de MotherCare a permis de sensibiliser aux signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum dans quatre régions du pays : Quetzaltenango, Sololá, Tontonicapán et San Marcos. L'évaluation a déterminé que les femmes qui avaient écouté les messages à la radio et qui avaient participé à des groupements féminins parmi celles se rendant dans les établissements de santé étaient trois à cinq fois plus susceptibles, respectivement, d'avoir entendu parler des signes de danger de la grossesse que les femmes qui n'avaient pas écouté la radio et qui n'avaient pas participé aux groupements féminins. Parmi celles se rendant dans les établissements de santé, la probabilité qu'elles aient entendu parler des signes de danger a pratiquement triplé de 1997 à 1998. Trois enquêtes ont été réalisées : 637 femmes enceintes ont été interviewées en 1997 ; 163 femmes enceintes utilisant un sous-ensemble des mêmes établissements de santé ont été interviewées en 1998 ; et une enquête de 638 femmes enceintes et nouvelles mères a été réalisée en 	IV

III.A. Promotion sanitaire pour les SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p><i>pour agir ; demande une recherche supplémentaire—une étude).</i></p>	<p>1999. Des données ont été analysées en utilisant une régression logistique pour modéliser la connaissance des signes de danger en tant que fonction des caractéristiques sociodémographiques, de l'utilisation des soins prénatals et des interventions d'IEC. Les faits dégagés par les enquêtes cliniques et communautaires montrent que les campagnes d'éducation communautaire ont permis de renforcer très nettement la connaissance des signes de danger pendant la grossesse. Si les femmes qui avaient entendu des messages à la radio sur la grossesse étaient deux à trois fois plus susceptibles d'être au courant des signes de danger en 1997 et en 1998 (respectivement), celles par ailleurs qui avaient participé aux groupements féminins étaient cinq fois plus susceptibles d'être au courant des signes de danger que celles qui n'avaient pas participé (Perreira et al., 2002). <i>Les SAA n'ont pas été mentionnés en particulier dans le rapport sur ce programme mais pourraient être ajoutés par la suite au champ d'action du programme.</i></p>	
<p>➤ Les programmes communautaires peuvent sensibiliser les femmes aux signes de danger pendant la grossesse ou lors de l'accouchement, augmenter l'utilisation des contraceptifs modernes et la participation communautaire à la planification et à la prise de décisions pour les soins obstétricaux d'urgence (demande une recherche supplémentaire—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une évaluation de l'initiative de Renforcement des Capacités et d'Habilitation communautaire, programme traitant de la morbidité et de la mortalité maternelles élevées dans la région de Mwanza, au Nord-Ouest de la Tanzanie, indique que la connaissance des femmes de deux signes de danger ou plus pendant la grossesse ou l'accouchement a augmenté, passant de 10% en 1997 à 56% en 2001. L'initiative entre dans le Projet de Santé de la Reproduction à Base communautaire (CBRHP), activité conjointe de CARE et du Ministère de la Santé de la Tanzanie pour remédier à la mortalité infantile et maternelle élevée dans deux des districts les plus pauvres de la Tanzanie. L'évaluation constate que 48% des femmes enceintes avaient fait des préparatifs pour l'accouchement (aucune donnée initiale disponible). Le nombre de femmes avec des enfants de moins de deux ans utilisant des contraceptifs modernes pour remettre à plus tard une grossesse avait plus que doublé, passant de 11% avant l'intervention à 24% en 2001. De plus, les communautés étaient plus susceptibles d'apporter un soutien social, financier et/ou technique pour les ASV. Le Projet de Renforcement des Capacités et d'Habilitation communautaire encourage la résolution de problèmes grâce à la formation et à l'assistance technique fournie aux ASV. Il encourage également les membres communautaires à organiser des moyens de transport vers les établissements de santé ; et encourage la participation de la communauté à la planification et à la prise de décisions. Outre sa collaboration avec les communautés, CARE Tanzanie a travaillé avec le Ministère de la Santé pour rénover des centres de santé et des hôpitaux afin qu'ils puissent apporter les bons niveaux de soins obstétricaux, grâce à la formation du personnel et à la distribution de fournitures (Ahluwalia et al., 2003). <i>Les SAA n'ont pas été mentionnés en particulier dans le rapport sur ce programme mais pourraient être ajoutés par la suite au champ d'action du programme. Voir Annexe I, Ahluwalia et al., 2003, pour une description de l'intervention.</i> 	V

III.A. Promotion sanitaire pour les SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Les groupements féminins d'épargne et crédit sont des forums que l'on peut utiliser pour discuter de thèmes sensibles avec les femmes et tout effort d'éducation communautaire peut augmenter la fréquentation des services (<i>demande une recherche supplémentaire—une étude</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le Projet Bien-Etre familial Boudha-Bahunipati (BBP) au Népal a préparé le terrain de la mobilisation et de la participation communautaires, dès ses début en 1973, jusqu'au second stade des interventions de santé de la reproduction démarrées en 1996. Au niveau communautaire, de nouveaux groupements féminins d'épargne et de crédit ont été mis en place, passant de moins de 10 à 52 dans la région BBP. Le nombre de femmes qui ont reçu des services de santé de la reproduction dans les huit établissements du projet a nettement augmenté, passant de 1 620 femmes (juillet 1997–juin 1998) à 2 968 femmes (juillet 1998–juin 1999). Lors de la recherche qualitative, les femmes ont fait le rapprochement entre la morbidité et la mortalité liées à la reproduction et les facteurs sociaux sous-jacents (violence conjugale, exploitation sexuelle et réseaux sexuels). Pour ces groupements féminins d'épargne et de crédit, les problèmes hautement prioritaires sont les suivants : prolapsus utérin, santé maternelle, alcoolisme, violence à l'égard des femmes, éducation des filles et faible statut de la femme. Les activités portaient sur la formation des formateurs, l'analyse des arbres à problèmes pour déterminer les causes profondes des questions compliquées et la formulation de plans d'action pour traiter des questions hautement prioritaires de santé de la reproduction. Complément aux changements dans les systèmes de prestation des services de santé de la reproduction survenant simultanément, les groupements féminins d'épargne et de crédit étaient un forum où les femmes pouvaient discuter des questions sensibles (Arens et al., 2002). 	V
<p>➤ Les activités d'éducation et de mobilisation communautaire peuvent augmenter les dons de sang et diminuer les taux de mortalité imputables à l'hémorragie du post-partum (<i>suffisamment de preuves pour agir ; demande une recherche supplémentaire—une étude</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les campagnes d'éducation et de mobilisation communautaires au Nigeria sur les dons de sang, de 1993 à 1994, ont permis une meilleure connaissance au sein de la communauté des dangers de l'hémorragie du post-partum, ont augmenté les dons de sang ainsi que l'utilisation des banques de sang dans les établissements de santé. Grâce à la mobilisation communautaire, les dons de sang pour la transfusion ont augmenté, passant de 39% avant l'intervention à 79% après l'intervention (P<0,001). De plus, plus de la moitié des unités de sang avant l'intervention venaient de donneurs payés. Après les activités de mobilisation communautaire, plus de 80% des unités provenaient de donneurs volontaires. Le taux d'hémorragie primaire du post-partum s'élevait à 3,6% avant l'intervention. Il est passé à 4,8%, probablement parce qu'un plus grand nombre de femmes se sont présentées, après l'intervention, dans les établissements de santé en cas d'hémorragie du post-partum. Même avec un taux accru d'hémorragie du post-partum, le taux de mortalité à l'hôpital a diminué, passant de 12% à 5% (P<0,05). <p>Outre les améliorations dans les banques de sang en milieu hospitalier, l'équipe de la Prévention de la Mortalité maternelle (PMM), établie à Calabar, a changé les croyances socioculturelles contribuant aux décès maternels imputables à l'hémorragie. Lors de la première phase de l'intervention, 15 campagnes</p>	IV

III.A. Promotion sanitaire pour les SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<p>d'éducation et de mobilisation ont été réalisées d'avril 1993 à décembre 1993. Menées en anglais et en efik, les campagnes insistaient sur les transfusions de sang pour sauver la vie des femmes. Elles ont également montré que les transfusions ne sont possibles que s'il existe du sang et ont encouragé les membres de la communauté à donner volontairement leur sang. Affiches, dépliants et chansons ont fait passer le message des villages aux marchés, aux écoles et aux églises (Etuk et Asuquo, 2000). <i>Les SAA n'ont pas été mentionnés en particulier dans le rapport sur ce programme mais pourraient être ajoutés par la suite au champ d'action du programme en éduquant les membres communautaires sur l'importance de se rendre dans les services d'urgence en cas de saignements abondants liés à une grossesse.</i></p>	
<p>➤ Les activités d'éducation communautaire aident à changer les normes sociales entourant les SAA et sensibilisent aux conséquences de l'avortement à risques, dont la confiance dans les guérisseurs traditionnels pour les services de SAA et l'acceptation de l'utilisation de la contraception par les adolescents (demande une recherche supplémentaire—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude démarrée dans le district de Suba, à l'Ouest du Kenya en 2001, nous montre que l'éducation et la mobilisation communautaires peuvent renforcer la connaissance des dangers liés à l'avortement à risques, augmenter la prestation des SAA et encourager l'acceptation de la sexualité des adolescents et l'utilisation de la contraception. L'éducation communautaire peut favoriser l'adoption de politiques plus favorables à l'égard des filles et des femmes enceintes. La deuxième Phase, mise en œuvre sur une période de quatre ans, faisait suite à une recherche formative qui a cerné les attitudes communautaires à l'égard de la grossesse non souhaitée et de l'avortement à risques dans la région (Mukenge, 2002). L'évaluation à mi-parcours de COBAC signale des changements importants dans les attitudes des membres communautaires à l'égard de la grossesse non souhaitée, des soins après avortement et de la sexualité des adolescents. Les membres communautaires étaient davantage prêts à discuter de questions qui étaient jugées tabous avant l'intervention. La connaissance de la santé de la reproduction et des conséquences de l'avortement à risques a nettement augmenté, au même titre que l'aptitude des personnes à poser des questions se rapportant à la santé sexuelle et reproductive. Les répondants hésitaient davantage à faire confiance aux guérisseurs traditionnels pour les complications liées à l'avortement. A mi-parcours, 27% seulement des répondants ont indiqué qu'ils feraient confiance à un guérisseur traditionnel pour les services de SAA, résultat tout à fait à l'opposé des données initiales montrant que la majorité de la communauté faisait confiance aux guérisseurs traditionnels pour les services de SAA. Chose plus importante, la communauté ne s'opposait plus catégoriquement à la distribution de contraceptifs pour les adolescents. Les prestataires de soins indiquent qu'ils dispensent à présent des services amis-des-jeunes (Magak et Mukenge, 2004). <i>Voir Annexe I, Magak et Mukenge, 2004, pour une description de l'intervention.</i> 	V
<p><i>Le thème sur la participation masculine est traité dans la section II.B.</i></p>		

III.B. Réduire l'incidence de l'avortement spontané peut également réduire la nécessité d'avoir recours aux SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Il existe une solide association entre le paludisme lors de la grossesse et le risque accru d'avortement spontané (<i>solides preuves, une étude</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De nombreuses études constatent une association entre le paludisme lors de la grossesse et un risque accru d'avortements spontanés (Endeshaw, 1991; Nosten et al., 1991; Taha et Gray, 1993 cités dans Ticconi et al., 2003). • <i>Prière de se rapporter à l'Annexe 6 sur le paludisme dans le module « Qu'est-ce qui a fait ses preuves : Un guide de politiques et de programmes sur les preuves concernant la planification familiale, la maternité sans risques et les interventions de lutte contre les IST/VIH/SIDA ; Module 1: Module de la maternité sans risques » par Gay et al., 2003.</i> 	<p>II</p>

III.B. Réduire l'incidence de l'avortement spontané peut également réduire la nécessité d'avoir recours aux SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ L'exposition à la contamination environnementale, y compris aux pesticides et fongicides, peut augmenter l'incidence de l'avortement spontané (solides preuves—deux études, un examen de la littérature).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite au Canada dégage de solides preuves montrant que l'exposition des femmes aux pesticides dans les trois mois avant la conception ou le mois de la conception augmente nettement leur risque d'avortement spontané. L'exposition avant la conception aux pesticides glyphosate, atrazine, carbaryl et 2, 4-D augmente le risque relatif d'avortement spontané, de 20% à 40%. Les risques étaient encore plus élevés pour les femmes âgées de 35 ans ou plus exposées aux pesticides et aux mélanges de pesticides. Les femmes plus âgées exposées aux triazines et thiocarbamates avant la conception connaissaient un risque presque huit fois plus élevé d'avortement spontané que les femmes exposées uniquement à la triazine (Arbuckle et al., 2001). • Une étude faite en Turquie constate que l'exposition au fongicide hexachlorobenzine était fortement corrélée au risque d'avortement spontané. Au Sud-Est de la Turquie, de 1955 à 1957, les femmes ont été exposées accidentellement au fongicide hexachlorobenzine (HCB) après avoir mangé des céréales contaminées. Une étude de comparaison de cohorte rétrospective avec cas-témoins de trois groupes a été réalisée. Le premier groupe était exposé aux HCB ; le deuxième groupe étaient des témoins de la région ; et le troisième groupe étaient des témoins pour le pays de la Turquie. Ils ont été suivis après 40 ans, avec 42 femmes dans chaque groupe. On note une association significative de l'ordre de trois fois entre la concentration de HCB dans le sérum et le risque d'avortement spontané. Des échantillons de sang ont été prélevés pour l'analyse de HCB. Des entretiens ont été faits avec chaque femme sur leurs antécédents en matière de reproduction (Jarrell et al., 1998). • Un examen de la littérature sur la contamination environnementale et les conséquences négatives sur la reproduction constate que l'exposition aux solvants sont associées à un risque accru d'avortement spontané. Les enquêteurs signalent également une incidence accrue d'avortements spontanés chez des femmes à Bhopal, en Inde, qui ont été exposées à des fuites du gaz industriel méthyle isocyanate (MIC) (Mehta, 1990 cité dans Bhatt, 2000). 	<p>IV</p> <p>III</p> <p>III</p>

III.B. Réduire l'incidence de l'avortement spontané peut également réduire la nécessité d'avoir recours aux SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Le tabagisme et l'exposition au tabac pendant la grossesse peut augmenter le risque d'avortement spontané <i>(demande une recherche supplémentaire—sept études, un examen de la littérature).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans une étude faite à New York, le risque d'avortement spontané chez les fumeuses régulières augmente de 46% pour les 10 premières cigarettes par jour et de 61% pour les 20 premières cigarettes (Chollat-Traquet, 1992). 	IV
	<ul style="list-style-type: none"> • Les examens de la littérature indiquent que les femmes exposées au tabagisme environnemental pendant la grossesse ont un risque plus élevé d'accouchements prématurés et de fausses couches spontanées. On a constaté que les femmes enceintes qui étaient exposées à au moins sept heures de tabagisme passif par jour avait un risque plus élevé d'accouchement prématuré dans les femmes sans exposition au tabagisme passif (Windham et al., 2000 cités dans Han et Gan, 2003). On a également noté que les femmes enceintes qui travaillent dans des endroits où elles sont exposées à un tabagisme passif sont 1,53 fois plus susceptibles d'avoir un avortement spontané ou un mort-né (Ahlborg et al., 1991 cités dans Han et Gan, 2003). 	III
	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite à Montréal, au Canada, de 1982 à 1984, basée sur des entretiens avec 47 146 femmes qui ont eu des avortements spontanés, à propos de leur consommation de cigarettes, d'alcool et de caféine constante que, si les associations étaient causatives, les cigarettes représentaient 11% de tous les avortements spontanés (40% chez les femmes qui fumaient 20 cigarettes ou plus par jour), la consommation d'alcool représentait 5% (45% chez les femmes qui avaient 3 boissons ou plus par jour) et le café environ 2% (16% chez les femmes qui buvaient 10 tasses de café par jour)(Armstrong et al., 1992). 	III
	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude réalisée de 1995 à 1997 aux Etats-Unis auprès de 400 adolescentes et femmes qui avaient eu des avortements spontanés, soit à l'entrée dans l'étude, soit pendant 22 semaines de grossesse, constate que la cotinine [définie comme « un métabolite de la nicotine qui indique les niveaux d'absorption de nicotine » (Foundation for Blood Research, 2004)] dans l'urine était associée indépendamment à un risque accru d'avortement spontané. La cotinine a été dépistée dans les urines de 34,6% des adolescentes et des femmes qui avaient eu des avortements spontanés et dans 21,8% de celles qui n'avaient pas eu d'avortement spontané (Ness et al., 1999). 	III

III.B. Réduire l'incidence de l'avortement spontané peut également réduire la nécessité d'avoir recours aux SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="617 391 1816 659">• Une enquête faite auprès de 256 employés de sexe féminin dans des hôpitaux aux Etats-Unis (année non spécifiée) constate que la plupart des femmes n'étaient pas au courant des risques causés par le tabagisme, tout particulièrement pour la santé des femmes. Cinquante-deux participantes, soit 20%, fumaient et 204, soit 80%, ne fumaient pas. Leur fourchette d'âge allait de 16 à 65 ans. Seules 39% des participantes savaient que le tabagisme pouvait provoquer un avortement spontané, 27% une grossesse extra-utérine, 22% la stérilité, 17% une ménopause précoce, 30% l'ostéoporose et 24% le cancer du col. Il n'existait aucune différence significative entre l'âge, le niveau d'éducation ou le statut de tabagisme. Environ 29% des femmes en âge de procréer aux Etats-Unis fument et de 19 % à 30% d'entre elles continuent à fumer quand elles sont enceintes (Roth et Taylor, 2001). <li data-bbox="617 691 1816 1104">• Une étude cas-témoins en milieu hospitalier en Italie, faite auprès de 2 325 femmes, constate que le fait de fumer plus de 10 cigarettes par jour pendant le premier trimestre de la grossesse est associé de manière significative avec un risque accru d'avortement spontané. Des données ont été collectées dès 1990, auprès de 782 femmes hospitalisées dans un hôpital à Milan qui avaient eu des avortements spontanés et auprès de 1 543 femmes choisies aléatoirement (groupe témoin) qui avaient eu des nouveau-nés en bonne santé. Des questionnaires structurés ont été distribués (auto-indication) et une information a été notée sur les habitudes de tabagisme de la mère et du père, de pair avec des données sur d'autres éventuels facteurs interférents tels que la consommation de caféine et d'alcool. En général, 9,3% des cas d'avortement spontané étaient associés au fait de fumer plus de 10 cigarettes par jour pendant le premier trimestre de la grossesse. Aucune association n'était constatée entre le tabagisme avant la conception et la fausse couche, pas plus qu'une relation n'a été détectée entre le tabagisme paternel et l'avortement spontané. De plus, les femmes qui ont signalé qu'elles avaient une ou plusieurs boissons alcoolisées par jour pendant le premier trimestre de la grossesse ou les femmes qui buvaient du café connaissaient également un risque légèrement plus élevé de fausse couche. Par ailleurs, cette augmentation n'a pas été jugée significative (Chatenoud et al., 1998). 	<p data-bbox="1864 391 1892 415">III</p> <p data-bbox="1864 691 1892 716">II</p>

III.B. Réduire l'incidence de l'avortement spontané peut également réduire la nécessité d'avoir recours aux SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>Des niveaux élevés de consommation de caféine pendant la grossesse peuvent augmenter le risque d'avortement spontané <i>(demande plus de recherche—deux études)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de la relation entre la consommation de boissons avec de la caféine et l'avortement spontané chez 2 967 femmes enceintes aux Etats-Unis, de 1988 à 1992, constate que le fait de boire plus de trois tasses de thé ou de café était associé à des risques accrus d'avortement spontané (Dlugosz et al., 1996). • Une étude cas-témoins concernant l'avortement spontané a été réalisée aux Etats-Unis, de 1986 à 1987, avec 607 cas et 1 284 cas-témoins. Elle constate que les femmes consommant beaucoup de caféine signalant des nausées couraient un risque deux fois plus grand d'avortement spontané que celles qui ne signalaient pas de nausées. Les consommatrices de quantités élevées de caféine qui ont diminué leur apport de caféine en début de grossesse avaient un risque d'avortement spontané analogue à celui des non-consommatrices (Fenster et al., 1991). 	<p>III</p> <p>III</p>

**IV : Aspects sur le plan
politiques, programmes et
systèmes se rapportant à la
prestation des soins après
avortement**

IV. Aspects sur le plan politiques, programmes et systèmes se rapportant à la prestation des soins après avortement

Si les composantes des SAA ont été réparties en interventions individuelles aux fins de ce module, il n'en reste pas moins important de se rappeler que les SAA comptent quatre volets—traitement d'urgence ; counseling et services pour la planification familiale ; évaluation et traitement des IST, counseling pour le VIH et/ou orientation pour le test de dépistage du VIH ; ainsi que habilitation communautaire via la sensibilisation et la mobilisation—qui sont tous intrinsèquement connectés. Ces composantes peuvent être dispensées à l'aide de divers modèles, par exemple, type de traitement d'urgence dans des contextes hospitaliers et consultations externes, type de prestataires de soins pour le traitement d'urgence et le counseling, etc.

Les modèles SAA doivent être conçus pour apporter la gamme de soins dont ont besoin les femmes souffrant des conséquences d'un avortement incomplet—et dont ont également besoin leur famille et communauté pour vérifier que les femmes reçoivent les soins après avortement nécessaires. L'utilisation d'un modèle de prestation des SAA qui consiste à restructurer l'environnement ; à apporter une formation aux prestataires sur la prévention des infections, le counseling et la technologie contraceptive ; à fournir une information exacte aux patientes concernant le traitement d'urgence, les complications, les soins propres et les méthodes de planification familiale, le retour de la fécondité ; et à améliorer la disponibilité des méthodes contraceptives dans le service du traitement d'urgence permet d'améliorer les attitudes des prestataires, de renforcer leurs compétences de counseling, d'augmenter le nombre de femmes qui quittent l'établissement avec une méthode de planification familiale, d'orienter un plus grand nombre de femmes vers des services où elles peuvent obtenir des méthodes contraceptives qui ne sont pas disponibles dans l'endroit où elles ont été soignées et accroître ainsi tant la qualité des soins que la satisfaction des patientes.

Il est important d'assurer un contexte de politiques positives pour les SAA pour que les programmes et les services de SAA puissent être étendus à l'ensemble d'un pays. De plus, alors que les services sont restructurés pour inclure ou renforcer les SAA, il est important d'évaluer et de revoir les politiques opérationnelles qui influencent la manière dont sont dispensés les services.

IV.A. Formation des prestataires de soins en matière de SAA

Les prestataires à niveau intermédiaire, par exemple, les infirmières, les sages-femmes et les aides-infirmières, ainsi que les médecins chefs et les médecins peuvent dispenser des services de SAA de haute qualité. Ils ont pourtant besoin de formation, de supervision, de fournitures et d'équipements essentiels, ainsi que de systèmes d'orientation. Par ailleurs, il faut se donner des politiques qui permettent aux prestataires de niveau intermédiaire de fournir des services de SAA. Entrent dans les connaissances et compétences des prestataires qualifiés les domaines suivants : counseling, anamnèse, examen physique dont bilan physique et examen gynécologique, techniques de prise en charge de la douleur avec anesthésie locale du col, utilisation d'équipement pour évacuer l'utérus, traitement correct de l'équipement utilisé, techniques de prévention des infections et prise en charge des complications immédiates. Un prestataire qualifié doit être en mesure de déterminer l'état physique général de la patiente, l'éventuelle présence de traumatisme ou de septicémie et doit savoir prendre en charge ces complications. De plus, il ou elle devra estimer la taille et la position de l'utérus et déterminer la technique ou les techniques qui sont indiquées pour résoudre le problème médical de la patiente. Les prestataires qualifiés doivent être au courant du retour de fécondité ou du retour de couches, de l'espacement des naissances pour les futures grossesses et de toutes les méthodes de planification familiale qui permettent d'éviter des grossesses non souhaitées ou des grossesses au mauvais moment et ils doivent être en mesure de dépister et de traiter les infections sexuellement transmissibles, de donner des conseils sur les comportements comportant un risque élevé de contracter le VIH, de donner un counseling en matière de VIH et d'orientation pour les tests de dépistage du VIH. L'empathie et la compassion sont également des thèmes très importants dont il faudra discuter pendant la formation. La durée de la formation dépendra des qualifications et de l'expérience dont disposent déjà les participants et elle doit être axée sur la compétence (Solter et al., 2000). La formation en matière de SAA est nécessaire pour les prestataires, quel que soit le statut légal de l'avortement dans leur pays. Jusqu'à présent, l'essentiel de la formation en matière de SAA est donnée en cours d'emploi.

IV.A. Formation des prestataires de soins en matière de SAA

La formation de diverses catégories de prestataires de soins (médecins, infirmières, conseillers) sur des services complets de SAA permet d'arriver aux résultats suivants :

- Renforcer les connaissances des prestataires de soins concernant l'utilisation des diverses interventions pour le traitement d'urgence et la prise en charge médicale ;
- Augmenter l'utilisation des données sur les services pour déterminer les meilleures interventions à utiliser afin de diminuer le total des coûts des programmes ;
- Renforcer les connaissances, chez les prestataires, des nouvelles technologies pour le traitement d'urgence ;
- Elargir l'accès aux SAA en rapprochant les services des femmes qui en ont besoin au lieu de les dispenser uniquement dans des établissements secondaires et tertiaires ;
- Renforcer la connaissance, chez les prestataires, des différentes interventions et techniques du traitement d'urgence, de la prévention des infections et de la prise en charge de la douleur ;
- Renforcer la connaissance, chez les prestataires, sur le retour rapide de la fécondité, les méthodes de planification familiale : quand on peut les démarrer, suivant les souhaits de fécondité de chaque patiente et les endroits où d'autres services de santé de la reproduction sont disponibles si nécessaire ;
- Fournir un traitement humain à toutes les patientes, qu'une femme ait eu un avortement spontané ou provoqué ; et
- Renforcer la connaissance, chez la patiente, de son état, du traitement à utiliser, des complications possibles après le traitement et des soins nécessaires, des soins de suivi, du retour de la fécondité et du besoin d'adopter une méthode contraceptive pour prévenir une grossesse non souhaitée.

IV.A. Formation des prestataires de soins en matière de SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
---------------------------	---------------------	--------------

IV.A.1. Formation avant l'emploi

<p>➤ La formation avant l'emploi pour les médecins permet d'augmenter l'utilisation de l'AMIU par rapport au curetage (<i>suffisamment de preuves pour agir—une étude</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude d'intervention faite de 1999 à 2001 dans les trois plus grandes maternités de la Bolivie constate que la formation des prestataires de soins avait nettement accru l'utilisation de l'AMIU dans deux hôpitaux, alors que les médecins dans le troisième hôpital continuaient à utiliser le curetage aux taux préintervention. Un examen des registres cliniques pour 1 993 interventions montre que l'utilisation de l'AMIU pour l'évacuation de l'utérus a augmenté, passant de 40% à 92% à La Paz et de 68% à 75% à Sucre. Des médecins à Santa Cruz (n=3 044) ont utilisé l'AMIU pour 15% des femmes avant et après l'intervention. Les observations, ainsi que les entretiens avec les médecins montrent que les internes étaient plus susceptibles d'utiliser l'AMIU, alors que les obstétriciens-gynécologues plus âgés avaient utilisé pendant des années le curetage et se sentaient davantage à l'aise avec cette technique. Les médecins se sont également plaints de ne pas avoir un personnel formé pour préparer le matériel (Billings et al., 2003b). <i>Voir Annexe I, Billings et al., 2003b, Bolivie, pour une description de l'intervention.</i> 	IV
--	--	----

IV.A.2 Formation en cours d'emploi

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ La formation en cours d'emploi sur les SAA permet d'augmenter le nombre de patientes SAA indiquant qu'elles ont reçu une information importante sur leurs soins, indépendamment du fait qu'un curetage ou une AMIU ait été pratiqué (solides preuves—deux études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite de 1997 à 1998 dans six hôpitaux de l'Institut mexicain de Sécurité Sociale (IMSS) constate que l'apport de formation en SAA pour les prestataires a permis d'augmenter le nombre de clientes des SAA qui ont signalé qu'elles avaient reçu une information importante sur leurs soins après avortement, peu importe que l'AMIU ou le <u>curetage</u> ait été utilisée. Si 55,7% uniquement des 282 femmes qui ont obtenu des SAA dans des institutions où aucune formation en SAA n'avait été dispensée (structures témoins) ont indiqué qu'elles avaient obtenu une information sur des problèmes particuliers de la part de leur médecin avant l'évacuation de l'utérus, par contre 87% des 279 femmes qui ont reçu <u>un curetage</u> dans des institutions dispensant une formation en SAA pour les prestataires de soins et 83,7% des 251 femmes qui ont reçu une AMIU dans des institutions dispensant une formation en SAA pour les prestataires de soins (structures d'intervention) ont signalé qu'elles avaient obtenu une information sur des problèmes particuliers de la part de leur médecin avant l'évacuation de l'utérus. Si uniquement 2,2% à 9,6% de femmes qui avaient reçu des SAA dans les structures témoins ont indiqué qu'elles avaient obtenu une information sur les différents signes de complications post-utérines, par contre 22,8% à 41,3% de femmes qui avaient reçu des SAA dans les structures d'intervention ont obtenu une information sur les différents signes de complications post-utérines, telles que problèmes de santé en général, douleurs intenses, saignements pendant plus de deux semaines, fièvre, frissons et pertes vaginales malodorantes. Si uniquement 26% des femmes qui avaient reçu des SAA dans les structures témoins ont obtenu une information sur les endroits qu'elles pouvaient consulter pour obtenir une aide en cas de complications, par contre 32% de celles recevant une AMIU et 42% de celles recevant des SAA après le <u>curetage</u> dans les structures d'intervention avaient reçu une information sur les endroits où elles pouvaient obtenir une aide en cas de complications. Si uniquement 10,8% des femmes qui ont reçu des SAA dans les structures témoins ont obtenu une information sur le moment où elles peuvent reprendre des relations sexuelles, par contre 39,9% de celles qui ont reçu <u>un curetage</u> et 20,7% de celles qui ont reçu une AMIU dans les structures d'intervention ont obtenu une information sur le moment où elles pouvaient reprendre les relations sexuelles (Billings et al., 2003a). <i>Voir Annexe I, Billings et al., 2003a, pour une description de l'intervention.</i> 	III
	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite au Burkina Faso constate que la formation des prestataires de soins augmente la quantité d'information donnée aux patientes des SAA. Avant l'intervention, les prestataires ont expliqué le traitement qu'ils fournissaient à 52% des patientes. Après l'intervention, 86% des femmes ont reçu une information sur l'intervention. Avant l'intervention, 3% des patientes ont reçu des informations sur les complications possibles ou les signes de danger demandant qu'elles consultent les services de santé et 12% ont été mises au courant du retour immédiat de fécondité. Après l'intervention, 46% ont reçu une information sur les signes de danger possibles et 94% sur le retour de fécondité (Ministère de la Santé, Burkina Faso, 1998). <i>Voir Annexe A, Ministère de la Santé, Burkina Faso, pour une description de l'intervention.</i> 	III

IV.A.2 Formation en cours d'emploi

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ La formation en cours d'emploi sur les SAA permet d'augmenter le nombre de patientes SAA indiquant qu'elles ont reçu une information importante sur leurs soins (solides preuves—deux études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de recherche opérationnelle, de 2001 à 2003, au Sénégal, constate qu'au départ, 68% du personnel des centres de santé ou postes de santé n'avaient eu aucune formation en SAA (32% avaient eu une telle formation), notamment traitement ou counseling, et il n'existait qu'une très faible proportion de femmes recevant une information sur leur état médical. L'étude pré/post-intervention a présenté un modèle SAA intégré de trois éléments, dans 18 centres de soins de santé primaires de deux régions essentiellement rurales au Sénégal, pour voir s'il était possible de rendre les services plus accessibles aux femmes dans les zones rurales et pour aider à formuler des normes nationales pour les services de SAA. Les patientes traitées après la formation dispensée aux prestataires ont indiqué avoir reçu une information importante (bien que les niveaux soient encore loin de l'idéal) : le traitement médical a été expliqué à 51% des femmes comparé à 23% avant l'intervention ; 40% des femmes ont été mises au courant des éventuelles complications possibles, comparé à 15% ? ; et 60% ont été informées de ce qu'elles devaient faire en cas de complications, comparé à 38%. Cinquante-cinq pour cent des femmes après l'intervention et 20% des femmes avant l'intervention pensaient que le counseling était suffisant (Dabash, 2003). <i>Voir Annexe I, Dabash, 2003, pour une description de l'intervention.</i> 	III
<p>➤ La formation en cours d'emploi sur les SAA permet d'augmenter le nombre de patientes SAA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude d'intervention faite de 1996 à 98 dans un hôpital de référence à Lima, au Pérou, a fait le test d'un modèle où tous les services de SAA sont dispensés dans une salle d'urgence du service d'obstétrique et de gynécologie, en consultations externes. Les médecins ont reçu une formation en matière d'AMIU et amélioration des techniques cliniques, counseling sur les soins médicaux et planification familiale et fourniture de méthodes contraceptives. L'étude originale utilisait un modèle pré/post-intervention sans groupe témoin. Une évaluation de suivi des mêmes résultats a été faite en 2000–2002 pour évaluer la viabilité de l'intervention sans assistance de l'extérieur. On a informé 10% à 12% seulement des femmes traitées avant l'intervention quant à leur diagnostic, traitement nécessaire ou résultat de l'intervention. Après l'intervention, une information sur le diagnostic médical a été donnée à 30% des femmes et, trois ans plus tard, à 35% des femmes. L'information sur le traitement nécessaire a été donnée à un plus grand nombre de femmes, passant à 47% en 1997 et à 62% en 2000. L'information sur les résultats du traitement a été communiquée à 28% des patientes après l'intervention et est restée à un niveau relativement stable trois ans plus tard, à 31%. Pour la collecte de données, on a procédé à un examen des registres chirurgicaux pour 455 patientes, à des antécédents cliniques et à des entretiens à la sortie auprès de 323 patientes, à une étude des temps et mouvements de 52 patientes dès l'arrivée en salle d'urgence jusqu'au départ, à 17 inventaires aléatoires de fournitures et d'équipement et à 13 entretiens approfondis avec des prestataires de soins et des décideurs (Benson et Huapaya, 2002). • Une étude faite de 1997 à 1998 dans six hôpitaux de l'Institut mexicain de Sécurité Sociale à Mexico, Mexique, constate qu'un plus grand nombre de femmes dans les structures d'intervention signalaient qu'elles avaient reçu une information suffisante pour prendre un choix informé sur la contraception et qu'elles étaient parties de l'hôpital avec une méthode contraceptive. Dans les hôpitaux où une formation en SAA a été dispensée, entre 66,4% et 77,8% des clientes des SAA ont reçu une méthode avant de quitter l'hôpital, comparé à 39,6% des 	III

IV.A.2 Formation en cours d'emploi

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>indiquant qu'elles ont reçu une information suffisante pour prendre un choix informé sur la contraception et qui quittent l'hôpital avec une méthode contraceptive (solides preuves—une étude).</p>	<p>patientes des SAA dans les structures d'intervention. Plus de 27% des femmes qui avaient reçu des SAA dans les structures témoins ont indiqué qu'elles étaient parties de l'hôpital sans méthode de contraception parce qu'elles n'avaient pas reçu suffisamment d'information pour faire un choix, alors que cette proportion allait de zéro à 10,2% dans les structures d'intervention. Des proportions nettement plus grandes (30%–97%) de femmes dans les structures d'intervention, comparé aux structures témoins (16%–65%) ont reçu information et counseling sur les futures grossesses ; 64,5%–84,4% des femmes dans les structures d'intervention connaissaient les avantages de la prévention d'une grossesse immédiate, comparé à 29,4% dans les structures témoins ; 74,1% des femmes dans les structures d'intervention ont reçu une information sur la prévention de la grossesse, alors que ce chiffre était de 33% dans les structures témoins ; et si 87,6%–94,1% des femmes dans les structures d'intervention ont reçu une méthode contraceptive, par contre seules 69,1% ont reçu une méthode contraceptive dans les structures témoins (Billings et al., 2003a). <i>Voir Annexe I, Billings et al., 2003a, pour une description de l'intervention.</i></p>	<p>III</p>
<p>➤ La formation en cours d'emploi sur les SAA permet d'augmenter le nombre de patientes SAA qui ont reçu un counseling en planification familiale et qui quittent l'établissement avec une méthode contraceptive (solides preuves—deux études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite de 1995 à 1997 dans trois hôpitaux de la Bolivie constate qu'il n'existait pratiquement aucune counseling en matière de contraception dans deux des trois hôpitaux avant l'étude. Après la formation des prestataires de soins en matière de SAA et counseling en contraception, le counseling a nettement augmenté, passant de 2,8% à 84,6% dans un hôpital ; de 12,2% à 100% dans un autre hôpital ; et de 3,6% à 97% dans le troisième hôpital. « Toutes les femmes qui ont reçu un counseling ont déclaré que les conseillers étaient très amicaux, leur avaient donné une information complète sur les méthodes et avaient laissé la décision du choix à la cliente. De plus, les conseillers ont également donné de bonnes informations de caractère complet sur le moment et l'endroit d'une visite de suivi après avortement » (Díaz et al., 1999: 71). Avant la formation, l'acceptation de la contraception se situait entre 10,3% et 14,3%. Suivant la formation, l'acceptation de la contraception est passée à la fourchette de 63,8% à 87,6% (Díaz et al., 1999). • Une étude sur l'intervention au Sénégal introduisant des services intégrés après avortement constate que la proportion de femmes qui avaient reçu un counseling sur la planification familiale avait augmenté, passant de 18% à 34% après la formation. Parmi celles conseillées, 56% sont parties avec une méthode avant l'intervention (10% de toutes les patientes), alors que 76% des femmes conseillées (26% de toutes les patientes) ont quitté l'hôpital avec une méthode contraceptive après l'intervention. Les prestataires interviewés ont indiqué avoir donné un counseling à 31% des femmes sur la PF avant l'intervention et à 51% après l'intervention et ont dit que 18% des femmes avant l'intervention et 40% des femmes après l'intervention sont parties avec une méthode contraceptive (Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction et Clinique Gynécologique et Obstétricale CHU A. le Dantec, 1998). <i>Voir Annexe I, Centre de Formation..., 1998, pour une description de l'intervention.</i> Une étude de recherche opérationnelle faite en 2001 visant à étendre les 	<p>III</p>

IV.A.2 Formation en cours d'emploi

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<p>services de planification familiale du post-partum et après avortement à cinq hôpitaux au Honduras constate que la formation des prestataires en matière de counseling et services pour la planification familiale à l'intention des patientes des soins après avortement avant qu'elles ne quittent l'hôpital a permis d'augmenter très nettement la proportion de patientes recevant informations et méthodes. Avant l'intervention, seules 17% des patientes après avortement avaient reçu un counseling et 13% quittaient l'hôpital sans méthode contraceptive. Au moment de l'enquête finale, ces chiffres ont grimpé à 80% et à 34%, respectivement, pendant l'enquête à mi-parcours, puis à 85% pour celles recevant un counseling et à 54% pour celles quittant l'établissement avec une méthode. Par ailleurs, le pourcentage de femmes souhaitant une méthode et qui n'en ont pas reçu a diminué, passant de 48% à l'enquête initiale à 21% lors de l'enquête finale (Medina et al., 2001). Voir Annexe I, Medina et al., 2003, pour une description de l'intervention</p>	
<p>➤ La formation en cours d'emploi portant sur les aspects cliniques et le counseling permet d'augmenter l'utilisation de l'AMIU ainsi que le nombre de patientes des SAA recevant un counseling en planification familiale et qui quittent l'établissement des SAA avec une méthode contraceptive. (solides preuves—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude d'intervention faite de 1996 à 1998 dans un hôpital de référence à Lima, au Pérou, a permis de faire le test d'un modèle où tous les services de SAA sont fournis dans un service d'urgence d'obstétrique et de gynécologie, en consultations externes. Au moment de l'enquête initiale, 38% des patientes étaient informées qu'elles risquaient de tomber enceintes à nouveau presque immédiatement, 18% ont reçu un counseling en planification familiale et 2% sont parties avec une méthode. Pendant la période post-intervention immédiate, les proportions des femmes recevant une information sur le retour de la fécondité et la planification familiale ont grimpé à 65% et 78%, avec 59% partant avec un contraceptif. Trois ans plus tard, 72% ont été informées de leur retour de fécondité. On note également des accroissements significatifs dans le nombre de femmes recevant un counseling (89%) et des méthodes contraceptives (87%). Parmi celles qui n'ont pas reçu de méthode, 48% en 1997 et 18,8% des patientes en 2000 ont obtenu un rendez-vous pour un suivi de planification familiale. L'utilisation de l'AMIU a nettement augmenté après la formation, passant de 0% à 90%, et a continué à grimper lors des années ultérieures, même après la fin du financement externe et de l'assistance technique, passant à une moyenne de 98% en 1999 et en 2000 (Benson et Huapaya, 2002). Voir Annexe I, Benson et Huapaya, 2002, pour une description de l'intervention. 	III

IV.A.2 Formation en cours d'emploi

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ La formation des prestataires en matière de planification familiale et fécondité après l'avortement permet d'augmenter l'utilisation du condom et encourage l'emploi de méthodes plus efficaces de contraception, en plus du counseling correct concernant le retour de la fécondité chez la patiente (<i>suffisamment de preuves pour agir ; demande une recherche supplémentaire—une étude</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de recherche opérationnelle faite de 2000 à 2003 visant à accroître l'utilisation de la planification familiale après avortement à Perm, en Russie, constate que la formation dispensée aux obstétriciens/gynécologues, infirmières et sages-femmes augmente leurs connaissances sur la planification familiale et le retour de fécondité après l'avortement. Avant l'intervention, seuls la moitié des prestataires de soins ont su répondre correctement que « la fécondité revient dans les deux semaines » après l'avortement, alors que cette proportion était de 83,3% des prestataires après l'intervention. Le contenu du counseling en planification familiale a également changé : les prestataires de soins étaient plus susceptibles de mentionner les condoms comme une méthode adéquate après l'avortement (40% après l'intervention et 6,5% avant l'intervention) et moins susceptibles de recommander une planification familiale naturelle (0%, comparé à 32,3% avant l'intervention). Cette étude a utilisé un modèle chronologique quasi-expérimental, temps et mouvements, pour comparer deux interventions visant à institutionnaliser le counseling et les services de planification familiale après avortement dans cinq structures (deux hôpitaux et trois services de consultations externes). Le Modèle I consiste à apporter une formation aux prestataires de soins en matière d'aptitudes au counseling et à la communication interpersonnelle pour la planification familiale et à mettre au point des aides professionnelles et du matériel d'éducation des clientes portant sur la planification familiale après avortement. Le Modèle II comporte les mêmes composantes d'intervention mais offre également aux clientes un approvisionnement initial gratuit de trois mois de condoms, pilule, DMPA ou DIU. On a évalué les interventions en comparant les femmes assignées à chacune des interventions à un groupe « témoin » de femmes se rendant dans les mêmes établissements avant l'intervention. Les chercheurs ont interviewé 1 516 femmes et ont observé 40 consultations entre clientes et prestataires avant que les clientes ne quittent l'établissement. De plus, les chercheurs ont interviewé 49 prestataires de soins et ont réalisé 1 079 entretiens de suivi à 13 mois pour évaluer l'utilisation de la contraception et les grossesses ultérieures. L'étude a également fait une évaluation des coûts, comparant le coût moyen de l'avortement pour les patientes (déplacement, intervention et complications connexes) au coût d'un approvisionnement d'une année de contraceptifs (Savelieva et al., 2003). 	III
<p>➤ La formation des prestataires permet d'améliorer la connaissance du traitement d'urgence et des soins de suivi chez la patiente (<i>suffisamment de</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suivant une intervention qui a introduit un modèle SAA intégré au Sénégal, un pourcentage plus élevé de patientes des SAA ont indiqué qu'elles avaient reçu un counseling sur leur traitement et leurs soins de suivi : 59% ont reçu cette information importante après la formation des prestataires de soins, contrairement à 43% avant l'intervention. Un pourcentage plus élevé de patientes ont indiqué qu'elles avaient reçu un counseling se rapportant spécifiquement aux problèmes possibles à l'avenir : 7% avant l'intervention contre 11% après l'intervention (Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction et Clinique Gynécologique et Obstétricale CHU A. le Dantec, 1998). <i>Voir Annexe I, Centre de Formation..., 1998, pour une description de l'intervention.</i> 	III

IV.A.2 Formation en cours d'emploi

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p><i>preuves pour agir—une étude).</i></p>		
<p>➤ La formation en matière d'AMIU favorise l'utilisation de l'AMIU au même titre que du curetage pour les SAA (suffisamment de preuves pour agir—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude pré/post-intervention réalisée en 1994 dans deux hôpitaux égyptiens au Caire et à Minia (ville de la Haute Egypte) constate qu'une formation de six jours portant sur l'AMIU et le counseling a encouragé l'utilisation de l'AMIU ainsi que du curetage pour les SAA. Avant la formation, seul le curetage était utilisé dans 169 cas par mois dans les hôpitaux. Après trois mois, seules 16 patientes ont été traitées avec le curetage et l'AMIU a été employée pour une moyenne de 154 cas par mois. La formation comptait des démonstrations et une pratique supervisée en salle d'opération, traitant également des méthodes contraceptives, du counseling en planification familiale et de la prise en charge de la douleur. L'étude comportait 552 observations structurées des interactions patientes-prestataires de soins ; des entretiens avec 154 médecins, 66 infirmières et 550 patientes après avortement ; ainsi qu'un examen des dossiers médicaux. Un total de 83 médecins ont été interviewés avant l'intervention et 71 après l'intervention. Les hôpitaux servaient de site de formation clinique pour les étudiants en médecine (Huntington et al., 1995). 	III
<p>➤ La formation permet d'augmenter l'utilisation correcte de médicaments contre la douleur chez les patientes SAA (suffisamment de preuves pour agir ; demande une recherche supplémentaire—deux études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de recherche opérationnelle en 2001–2003 au Sénégal constate que les femmes reçoivent peu, voire aucun médicament contre la douleur pendant l'évacuation utérine. Les douleurs qu'elles signalent sont élevées : 65% des femmes signalent de vives douleurs et 15% une douleur modérée pendant l'intervention. Ces taux ont chuté après l'intervention puisque 74% des femmes ont reçu une anesthésie locale pendant le traitement. (On a prescrit des médicaments contre la douleur à pratiquement toutes les femmes mais les médicaments n'étaient pas toujours disponibles ou abordables.) Quarante pour cent des femmes après l'intervention signalent une vive douleur et 25% une douleur modérée pendant l'intervention et les 35% restants signalent une légère douleur ou pas de douleur du tout (Dabash, 2003). <i>Voir Annexe I, Dabash, 2003, pour une description de l'intervention.</i> 	III

IV.A.2 Formation en cours d'emploi

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<ul style="list-style-type: none"> • Une évaluation réalisée pour un projet au Kenya 19 semaines après la formation pour des infirmières/sages-femmes privées portant sur la prestation de services de SAA constate que 67% des infirmières/sages-femmes privées interviewées, « donnent du buscopan par voie orale ou par injection. Pour les autres, la douleur est calmée par injection de paracétamol. Le diazépam est utilisé pour calmer les patientes trop angoissée et l'ergométrine est le médicament préféré pour contrôler les saignements après l'AMIU » (Yumkella et Githiori, 2000: 28). La formation a été réalisée en 1999 dans le cadre d'une série de six ateliers d'une semaine. Une formation a été donnée à 57 infirmières/sages-femmes. Ces 57 infirmières/sages-femmes représentent 95% des infirmières/sages-femmes dans trois provinces du Kenya. Sur les 57 prestataires formés, 32 ont été évalués (Yumkella et Githiori, 2000). 	V
<p>➤ La formation augmente la satisfaction des médecins face à l'AMIU (solides preuves—trois études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude pré/post-intervention réalisée en 1994 dans deux hôpitaux égyptiens au Caire et à Minia (ville de la Haute Égypte) constate qu'une formation de six jours portant sur l'AMIU et le counseling augmente la satisfaction du médecin face à l'AMIU. Suivant la formation, 71% ont indiqué qu'ils étaient très satisfaits par l'AMIU et 43% ont indiqué qu'ils jugeaient l'AMIU moins risquée que le curetage. Trente-neuf pour cent des médecins ont fait savoir que l'AMIU était plus facile à utiliser que le curetage (Huntington et al., 1995). <i>Voir Annexe I, Huntington et al., 1995, pour une description de l'intervention.</i> • Une étude de recherche opérationnelle en 2001–2003 au Sénégal introduisant un nouveau modèle de services de SAA dans les centres de santé et postes de santé, basés sur l'AMIU, constate que les prestataires se montrent davantage satisfaits par l'AMIU que par le curage, qui avait été la principale méthode de traitement d'urgence avant l'intervention. (Le curage est une méthode où les doigts sont utilisés pour explorer manuellement l'utérus et débarrasser la cavité utérine, d'où le risque d'infection, surtout en l'absence de lavage systématique des mains et utilisation de gants.) Tous les prestataires interviewés étaient soit satisfaits (65%), soit très satisfaits (35%) avec l'AMIU comme méthode d'évacuation utérine. Les raisons données par plus de 50% des prestataires étaient les suivantes : la méthode cause moins de traumatisme que les autres méthodes ; elle permet une exploration de l'utérus ; est facile à utiliser et n'a qu'une faible morbidité connexe. Par contre, 48% des prestataires ont dit qu'ils n'étaient que peu satisfaits et 17% ont dit qu'ils n'étaient pas satisfaits du tout par le curage, avec plus de la moitié invoquant le risque d'infection, d'hémorragie et de douleur pour la femme. Par contre, presque la moitié des prestataires pensaient que le faible coût du curage était un avantage comparé à l'AMIU et à d'autres méthodes (Dabash, 2003). <i>Voir Annexe I, Dabash, pour une description de l'intervention.</i> • Une étude d'intervention, faite de 1999 à 2001 dans les trois plus grandes maternités de la Bolivie, constate que les médecins qui avaient été formés en matière d'AMIU et qui utilisaient cette technique étaient tout aussi satisfaits ou plus satisfaits par la technique que par le curetage. Quarante-huit médecins interviewés après l'intervention ont indiqué que l'AMIU était plus sûre (49%) ou tout aussi sûre (36%) ; plus efficace (26%) ou 	<p>III</p> <p>III</p>

IV.A.2 Formation en cours d'emploi

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<p>tout aussi efficace (72%) ; plus simple (52%) ou tout aussi simple (40%) à utiliser ; et qu'en plus, l'AMIU diminue le risque de complications après l'intervention (83%). Presque tous les médecins (94%) ont convenu que l'intervention permet une plus grande interaction avec la patiente puisque la femme est consciente pendant le traitement de l'AMIU, contrairement à la D&C (Billings et al., 2003b). <i>Voir Annexe I, Billings et al., 2003b, pour une description de l'intervention.</i></p>	
<p>➤ La formation des prestataires permet de renforcer le counseling des patientes des SAA concernant le traitement d'urgence et les soins de suivi à domicile <i>(solides preuves—deux études).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude pré/post-intervention réalisée en 1994 dans deux hôpitaux égyptiens au Caire et à Minia (ville de la Haute Egypte) avec une formation de six jours portant sur l'AMIU et le counseling a permis d'augmenter et de renforcer le counseling des patientes SAA concernant le traitement et les signes de danger. Suivant la formation des prestataires, le pourcentage des patientes qui ont indiqué qu'on leur avait expliqué le traitement a augmenté, passant de 1% à 48% et le pourcentage de patientes qui ont reçu des instructions sur ce qu'elles devaient faire en cas de problème, après avoir quitté l'hôpital, a augmenté, passant de 1% à 49%. Suivant la formation des prestataires, la connaissance, chez la patiente, du signe d'alerte que représente un saignement pendant plus de deux semaines après l'avortement a augmenté, passant de 17% à 30%, et la connaissance de la fièvre ou des frissons comme signe d'alerte a augmenté, passant de 7% à 27% (Huntington et al., 1995). <i>Voir Annexe I, Huntington et al., 1995, pour une description de l'intervention.</i> • Suivant une intervention visant à introduire un modèle SAA intégré au Sénégal, un pourcentage plus élevé de patientes des SAA ont indiqué qu'elles avaient reçu un counseling sur leur traitement : 59% ont reçu cette information importante après la formation des prestataires, contrairement à 43% avant. Les patientes ont indiqué qu'elles avaient reçu un counseling se rapportant spécifiquement aux problèmes possibles à l'avenir à des taux bien plus faibles : 7% avant l'intervention contre 11% après l'intervention (Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction et Clinique Gynécologique et Obstétricale CHU A. le Dantec, 1998). <i>Voir Annexe I, Centre de Formation..., 1998, pour une description de l'intervention.</i> 	<p>III</p> <p>III</p>
<p>➤ La formation des prestataires permet d'augmenter et de renforcer le counseling des patientes SAA concernant les options de planification familiale et l'intention des patientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude pré/post-intervention réalisée en 1994 dans deux hôpitaux égyptiens au Caire et à Minia (ville de la Haute Egypte) avec une formation de six jours portant sur l'AMIU et le counseling a permis de renforcer et d'augmenter le counseling des patientes des SAA concernant leurs choix de planification familiale ainsi que l'intention, chez les patientes des SAA, d'utiliser la planification familiale. Suivant la formation des prestataires de soins, les prestataires offrant une méthode de planification familiale à leurs patientes des SAA ont augmenté, passant de 10% à 50%. Suivant la formation des prestataires, on note une augmentation de 30% dans le nombre des patientes des SAA qui indiquent avoir l'intention d'utiliser une méthode contraceptive. Les niveaux pré/post-intervention ne sont pas donnés dans l'étude (Huntington et al., 1995). <i>Voir Annexe I, Huntington et al., 1995, pour une description de l'intervention.</i> 	<p>III</p>

IV.A.2 Formation en cours d'emploi

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>SAA d'utiliser la planification familiale (<i>solides preuves—deux études</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de recherche opérationnelle, 2001–2003, au Sénégal, comprenant une mise à jour sur la technologie contraceptive et un atelier de counseling pour les prestataires dans le cadre de l'intervention constate que les patientes étaient deux fois plus susceptibles de recevoir un counseling en planification familiale après l'intervention qu'avant celle-ci. A l'enquête initiale, seules 38% des patientes interviewées dans les centres de santé recevaient un counseling en planification familiale avant de quitter l'établissement, comparé à 70% après. Vingt pour cent des patientes quittaient le centre de santé avec une méthode et une proportion très importante (chiffre non indiqué) a fait savoir qu'elles avaient l'intention de pratiquer la planification familiale après en avoir discuté avec leur partenaire. (Dabash, 2003). <i>Voir Annexe I, Dabash, 2003, pour une description de l'intervention.</i> 	III
<p>➤ La formation des prestataires permet de changer les attitudes des prestataires à l'égard des patientes SAA (<i>suffisamment de preuves pour agir ; demande une recherche supplémentaire—une étude</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suivant la formation en SAA au Kenya pour des infirmières/sages-femmes privées, réalisée en 1999, une des infirmières/sages-femmes privées indique que : « La formation en matière de SAA a changé ma manière de penser. J'avais l'habitude de juger les gens (patientes avec avortement incomplet). Mais la formation en SAA m'a ouvert les yeux. J'ai commencé à les soigner sans me soucier si elles avaient ou non provoqué l'avortement » (Yumkella et Githiori, 2000: 32). Une évaluation a été faite 19 semaines après la formation pour les infirmières/sages-femmes privées pour les aider à fournir les services de SAA (Yumkella et Githiori, 2000). <i>Voir Annexe I, Yumkella et Githiori, 2000, pour une description de l'intervention.</i> 	IV

IV.A.2 Formation en cours d'emploi

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ La formation des prestataires en vue d'améliorer la qualité des soins après avortement permet d'augmenter, chez les femmes : a. les évaluations positives de la qualité des soins, b. leur acceptation des méthodes contraceptives, et c. leur satisfaction face à ces méthodes (<i>suffisamment de preuves pour agir—deux études</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude auprès de 339 patientes après l'avortement à Oaxaca, au Mexique, constate qu'une intervention visant à améliorer la qualité des soins après avortement, dans le cadre de laquelle les agents de santé travaillant dans l'hôpital d'intervention ont suivi une série d'ateliers se concentrant sur divers thèmes dont la technologie, l'utilisation du matériel, le traitement humain, l'échange d'information, la prise en charge de la douleur et le counseling et les services de planification familiale, a permis une évaluation positive de la qualité des soins de la part des patientes ainsi que leur acceptation d'une méthode contraceptive qui les satisfait. Pour les techniques médicales, certains médecins ont été retenus par la suite comme formateurs et ont suivi une formation plus approfondie. Selon le protocole hospitalier, on n'a pas cherché à déterminer si l'avortement de la patiente était spontané ou provoqué. L'AMIU n'était pas utilisée avant l'intervention et son utilisation a augmenté à 78,1% après l'intervention. L'utilisation du <u>curetage</u> a diminué, passant de 89,6% à 20,8% et une combinaison du <u>curetage</u> et de l'AMIU a diminué, passant de 10,4% à 1,1%. La durée du séjour hospitalier a été diminuée de 36%. Les techniques de communication respectueuses ont augmenté, par exemple, 74,4% des patientes connaissaient leur médecin après l'intervention, alors que cette proportion n'était que de 17,4% avant l'intervention. Après l'intervention, 84,8% des patientes ont indiqué que le médecin les appelait par leur nom, comparé à 59,1% avant l'intervention et que les médecins expliquaient le diagnostic à 92,4% des patientes comparé à 45,5% avant l'intervention. La satisfaction des patientes quant à l'information reçue à divers moments a augmenté, passant de 17,6% à 72,5%. Les patientes recevant un counseling en matière de contraception ont augmenté de 42,4% à 85,5%, et l'utilisation d'une méthode a augmenté de 29,5% à 59,7%. Par contre, la prise en charge de la douleur et le caractère privé des soins ne se sont pas grandement améliorés. Un grand nombre des changements qui ont été effectués ont également été soutenus par les changements dans les politiques de l'hôpital. Les directives ont été modifiées pour stipuler l'utilisation de l'AMIU avec anesthésie locale si l'utérus de la patiente mesurait moins de 12 cm. Pour la douleur, on administrait une analgésie avant et après l'intervention. Toutes les salles d'opération sont devenues opérationnelles 24 heures par jour pour diminuer les temps d'attente (Langer et al., 2002 et Langer et al., 1999). 	III

IV.A.2 Formation en cours d'emploi

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite en 1999 en Bolivie, utilisant une évaluation pré et post-intervention, constate que l'amélioration de la qualité des services de SAA, surtout les attitudes et compétences de counseling chez le prestataire de soins, augmente l'acceptation des méthodes de planification familiale. L'étude « visait à évaluer s'il était faisable de réaliser un programme pour améliorer la qualité des services pour les complications après avortement, notamment le counseling et les services contraceptifs, ainsi que l'impact de la satisfaction et de l'acceptation de la contraception chez la cliente » (Díaz et al., 1999: 64). Les médecins et les conseillers dans les trois hôpitaux ont suivi un atelier de formation sur les éléments des SAA, le counseling et la technologie contraceptive. La formation visait à changer leurs attitudes et à diminuer l'incidence des avortements répétés grâce à l'apport de services de planification familiale. Avant l'intervention, on s'attendait à ce que les médecins dénoncent les femmes se présentant avec des signes d'avortement provoqué. Au début du projet, les trois hôpitaux avaient nettement amélioré leurs locaux et leur matériel pour les SAA, aucun n'ayant jamais eu un programme de SAA spécifique. Deux des trois hôpitaux ne dispensait aucun counseling en contraception avant l'intervention. Les femmes qui ne choisissaient pas une méthode contraceptive pouvaient le faire lors d'une visite de suivi après un mois. Les données collectées d'octobre 1995 à décembre 1997 dans les trois maternités servant de centres de référence dans trois villes différentes indiquent une nette augmentation du nombre des patientes des SAA acceptant une méthode de contraception : de 14,3% à 63,8% dans un hôpital, de 10,3% à 87,7% dans un autre hôpital et de 13,2% à 81,8% dans le dernier hôpital. Les données étaient consignées dans un registre et les dossiers cliniques. « Plusieurs femmes ont mentionné spontanément que la qualité du counseling était peut-être la raison la plus importante pour laquelle elles avaient indiqué qu'elles avaient reçu une bonne attention » (Díaz et al., 1999: 68). Cette étude conclut qu'il est possible, avec peu de ressources et une bonne formation, de changer les attitudes des prestataires. Par contre, aucune donnée n'a été fournie, bien que l'auteur indique que, « l'évaluation des questionnaires avant et après la formation montre une nette amélioration dans le niveau de connaissance des soins après avortement chez les prestataires, y compris la contraception. De plus, les visites de suivi montrent que les prestataires ont changé la manière dont ils traitaient les femmes avec des complications liées à l'avortement. Ils ont commencé à agir avec plus de compassion, traitant les femmes comme des patientes ayant besoin d'assistance plutôt que comme des criminelles qui doivent être punies pour leurs actions... Des entretiens avec les femmes dans les trois hôpitaux montrent qu'une grande majorité d'entre elles indiquent avoir été bien traitées et soulignent le soutien qu'elles ont reçu des infirmières et des aides » (Díaz et al., 1999: 68). 	IV

IV.A.2 Formation en cours d'emploi

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ La participation des prestataires privés aux services SAA permet d'augmenter le traitement d'urgence et le counseling et les services de planification familiale dans les communautés (suffisamment de preuves pour agir—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite en 1998 à l'Ouest du Kenya, dans les provinces de Nyanza et de la Vallée du Rift constate que la participation de prestataires privés aux services de SAA augmente l'utilisation des méthodes de planification familiale. L'étude se basait sur une intervention auprès de 35 médecins privés, partant du principe que, si les médecins privés sont bien formés et sensibilisés aux besoins des femmes dans leurs communautés, ils seront d'accord pour fournir, à un coût moindre, les services de SAA et autres services de la santé de la reproduction. L'intervention a mis au point des directives sur les normes des établissements de santé ; a compilé une formation de cinq jours avec des volets pratiques et théoriques couvrant tous les aspects de la santé de la reproduction ; a retenu des mécanismes d'orientation ; et a adopté des protocoles pour les méthodes de planification familiale. Le but était de mettre en place un réseau de médecins privés pour fournir des services de SAA et PF complets et d'un coût abordable : « Engager les médecins privés était jugé une manière rapide et efficace par rapport aux coûts pour étendre les services de SAA à la communauté » (Rogo et al., 1998: 79). Pendant la première année suivant l'introduction des services de SAA, un total de 675 femmes avec avortement incomplet ou irrégularités menstruelles ont été traitées et plus de 800 nouvelles utilisatrices de la planification familiale ont été enregistrées. Dans chaque établissement, 12,5% à 100% des patientes sont parties avec une méthode de planification familiale. La majorité des femmes n'avaient pas utilisé de méthode auparavant. Les prestataires privés ont convenu de fournir gratuitement les méthodes contraceptives (les contraceptifs sont distribués gratuitement par le gouvernement), avec un tarif minime pour les consultations de planification familiale. Une échelle dégressive a été utilisée vérifiant ainsi l'accessibilité des services de SAA pour toutes les femmes. Les médecins ont reçu un ensemble de matériel AMIU (Rogo et al., 1998). 	III
<p>➤ La formation des sages femmes portant sur le counseling en planification familiale, les IST/VIH et la 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude pilote faite de 1998 à 1999 en Ouganda dans 13 établissements de santé constate que la formation des sages-femmes portant sur le counseling des patientes des SAA en matière de planification familiale, IST/VIH et nutrition augmente le counseling sur ces thèmes. Au moment du traitement, 70% des femmes avaient reçu une méthode de planification familiale, 64% avaient reçu un counseling ou des services liés aux IST/VIH et 33% avaient reçu des conseils nutritionnels. L'évaluation a montré qu'il était plus facile de mettre en place des services intégrés dans les centres de santé où les sages-femmes étaient responsables pour tous les services de santé de la reproduction (y compris la commande des fournitures), plutôt qu'au niveau de l'hôpital. Environ un tiers (29,6%) des patientes des SAA dans les centres de santé sont parties avec une méthode de planification familiale alors qu'avant cette étude, aucun service de SAA n'était fourni au niveau du centre de santé. Dans les hôpitaux, avant l'intervention, « il n'existait pas de système pour apporter un counseling après l'avortement et aucun effort n'était fait pour mettre fin au cycle de la grossesse non souhaitée et de l'avortement à risques (Kiggundu, 1998: 9). L'étude a permis de suivre 781 patientes des SAA pendant neuf mois de collecte de données. Trois hôpitaux régionaux ou hôpitaux de référence, quatre hôpitaux de district et six centres de santé ont participé à l'étude. Le projet pilote a permis de former 10 médecins et 24 sages-femmes 	III

IV.A.2 Formation en cours d'emploi

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>le counseling sur ces thèmes (<i>solides preuves—une étude</i>).</p>	<p>séparément dans le cadre d'une série de trois ateliers de deux semaines. Les médecins ont reçu une formation de formateurs puis ont formé à leur tour les sages-femmes en matière de SAA, intégration avec d'autres services de santé et tenue de dossiers. La formation était assurée dans le cadre d'une série de trois ateliers de deux semaines. Une visite de supervision a été faite dans les deux semaines suivant la formation pour aider à en mettre en place les nouveaux services de SAA. Soutien et supervision ont été apportés tous les trois mois. Le programme a été évalué six mois après la dernière séance de formation de deux semaines et se basait sur l'inspection des dossiers des patients, l'évaluation des compétences prétest et post-test des sages-femmes, l'administration de questionnaires aux sages-femmes et à leurs superviseurs, les entretiens avec les patientes des SAA, et l'observation directe. Avant l'étude, les médecins traitaient toutes les patientes des services d'avortement à l'hôpital et tous les centres de santé transféraient les clientes après avortement. Un programme des SAA et un manuel des sages-femmes ont été mis au point dans le cadre de l'intervention (Kiggundu, 1999).</p>	
<p>➤ La formation des sages-femmes et infirmières privées permet d'augmenter leurs niveaux de connaissances concernant les SAA (<i>suffisamment de preuves pour agir—une étude</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un projet de formation d'infirmières/sages-femmes privées au Kenya en 1999 a permis d'augmenter les niveaux de connaissance concernant les SAA. Ces infirmières/sages-femmes fournissaient des services de SAA avant l'intervention. La formation a été dispensée en 1999 dans le cadre d'une série de six ateliers d'une semaine. Une formation a été apportée à 57 infirmières/sages-femmes. Parmi les 57 prestataires formés, 32 ont été évalués 19 semaines après la formation. Les 32 sages-femmes formées qui ont été évaluées ont obtenu des niveaux de 70% ou plus concernant trois interventions critiques liées aux SAA (la formation portait sur l'utilisation de l'AMIU, le counseling et les services de planification familiale après avortement, la prise en charge de la douleur, la prévention des infections et l'orientation à temps, la prévention et la prise en charge des IST/VIH, ainsi que la tenue de dossiers), et elles ont réussi à exécuter avec compétence 10 interventions AMIU chez des femmes se présentant avec complications liées à l'avortement et un âge gestationnel de moins de 12 semaines (Yumkella et Githiori, 2000). 	IV

IV.A. 2. Formation des prestataires de soins en matière de SAA– Education à distance

Aucune étude liée aux SAA trouvée sur ce thème.

IV.A. 3— Soutien des collègues

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p><i>IV.A.3. Soutien des collègues</i></p> <p>➤ Le soutien des collègues peut être un outil utile de supervision (<i>demande une recherche supplémentaire—une étude</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> De 1998 à 2000, 75 infirmières/sages-femmes privées ont reçu une formation pour dispenser des services des SAA dans 44 établissements sur l'ensemble du Kenya. Pratiquement la moitié des prestataires interviewés avaient demandé une telle assistance. « Plus d'études sont nécessaires pour documenter la viabilité à long terme de cette approche en tant que complément ou même remplacement partiel de formes de supervision plus traditionnelles » (Dohlie et al., 2003: xii). 	IV

IV.B. Aspects systémiques pour la prestation des services de SAA —Prévention des infections, précautions standard et traitement des instruments

IV.B.1. Prévention des infections, précautions standard et traitement des instruments

L'absence de normes standardisées pour l'évaluation de la technologie de l'AMIU fait qu'il est difficile d'évaluer la prévention des infections et le traitement des instruments (Girvin et Ruminjo, 2003). Certains chercheurs indiquent que tous les instruments AMIU doivent être rincés avec un désinfectant à haut niveau ou de l'eau stérilisée après avoir été nettoyés avec un produit chimique et avant d'être réutilisés (Girvin et Ruminjo, 2003). La canule Easy Grip® d'Ipas et AMIU Plus® d'Ipas évitent probablement que les canules ne se bouchent pendant les procédures AMIU, bien qu'il faille davantage d'informations sur ces instruments et ces techniques.

IV.B. Aspects systémiques pour la prestation des services de SAA—

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ La formation portant sur la prévention des infections dans les services de SAA permet de renforcer et d'augmenter les mesures de prévention des infections de la part des médecins et du personnel (suffisamment de preuves pour agir—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude pré/post-intervention réalisée en 1994 dans deux hôpitaux égyptiens au Caire et à Minia (ville de la Haute Egypte) constate qu'une formation de six jours portant sur l'AMIU et le counseling a augmenté les mesures de prévention des infections prises par les médecins et le personnel. Avant l'intervention, seules 60% des interventions chirurgicales après avortement étaient réalisées avec des gants stériles et, pendant la période post-intervention, l'utilisation de gants stériles était universelle. Avant la formation, 74% des patientes étaient traitées avec des dilateurs stériles et 54% étaient traitées avec des curettes, spéculums et pinces à tampon et forceps stériles. Suivant la formation, les instruments stériles étaient utilisés universellement. « Le projet de l'étude n'a pas fourni d'antiseptiques ou de gants stériles et, par conséquent, ces changements ont été effectués avec les ressources existantes » (Huntington et al., 1995: 355). Avant la formation, plus de 30% des prestataires ne se lavaient pas les mains et après la formation, plus de 90% utilisaient un antiseptique puissant pour se laver les mains (Huntington et al., 1995). Voir Annexe I, Huntington et al., 1995, pour une description de l'intervention. 	<p>III</p>

IV.B. Produits et Logistique

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Le manque de fournitures de base comme les solutions désinfectantes peut mener à une utilisation excessive d'antibiotiques (demande une recherche supplémentaire—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite en Egypte de 1995 à 1996 constate que le manque de fournitures de base, par exemple, les solutions désinfectantes, explique l'utilisation excessive d'antibiotiques. L'étude constate que 10% seulement des patientes n'avaient pas reçu d'antibiotiques avant la sortie de l'hôpital (Huntington et al., 1998). <i>Voir Annexe I, Huntington et al., 1998, pour une description de l'intervention.</i> 	<p>III</p>

IV.B.3. Evaluation pour la récupération, le suivi et les mécanismes d'orientation

- Aucune étude liée aux SAA n'a été trouvée sur les thèmes de l'évaluation pour la récupération, le suivi et les mécanismes d'orientation
 - De plus amples informations sont nécessaires sur la manière de renforcer les réseaux d'orientation pour améliorer l'accès aux soins et mieux définir le rôle des postes de santé dans le réseau d'orientation (Dabash et al., 2003).
-

IV.B.4 Supervision

A l'exemple d'autres domaines de la santé de la reproduction, la supervision est une partie d'importance critique des interventions des soins après avortement. Par contre la supervision n'est pas toujours effectuée de manière systématique et il n'existe que peu de données sur les meilleures pratiques de la supervision pour les SAA. Souvent, les programmes SAA ne disposent pas de normes et de directives explicites ; les superviseurs ne sont pas équipés de la bonne formation, des bonnes directives et ne disposent pas des bons instruments ; et généralement, la supervision est faite de manière discrétionnaire (Brambila, 2004). Un projet de recherche opérationnelle, réalisé au Mexique, en Bolivie et au Guatemala de 2002 à 2003, a permis de mettre au point et de faire le test d'un instrument et de directives de supervision servant à fournir un feed-back constructif aux prestataires de services et responsables de programme. Un comité technique avec des représentants des services de santé gouvernementaux et non gouvernementaux a noté les principaux problèmes de supervision et a revu le matériel de supervision mis au point par Pathfinder, EngenderHealth, JHPIEGO, Ipas, Population Council et OMS/RHR. Ensuite, il a mis au point un instrument amélioré qui a fait l'objet d'un test sur une période de quatre ans dans un hôpital dans chacun des trois pays. Les hôpitaux ont été retenus suivant l'accord de participer de la part de l'administration, ainsi que l'existence d'un programme SAA déjà bien établi (au moins trois ans, avec une moyenne de cinq patientes ou plus par jour) et « une bonne réputation d'hôpital fournissant des soins de bonne qualité » (Brambila, 2004: 6).

L'évaluation a conclu que le nouvel instrument connaissait les mêmes problèmes ou lacunes que les outils précédents de supervision. Il était trop long, certaines parties étaient subjectives ou ambiguës et il n'aidait guère le superviseur à se concentrer sur la résolution de problème ou le classement prioritaire aux fins d'amélioration du programme. Aucun résultat n'est disponible mais les chercheurs n'en pensent par moins que le nouvel instrument, qui a fait l'objet d'un test au Guatemala, « cible davantage la supervision sur des problèmes de fond, apporte un cadre pour analyser les problèmes un après l'autre, présente des directives pour discuter de chaque problème avec les membres concertés du personnel, permet au superviseur de formuler des plans d'amélioration qui sont proposés par les agents de santé qui devront les exécuter et, en général, oriente davantage la supervision sur la résolution de problèmes que sur l'identification de problèmes (Brambila, 2004: 10). Une version en anglais de l'instrument revu est présentée dans le rapport final (Brambila, 2004).

IV.B.5. Aide autre que la formation dont ont besoin les prestataires pour faire leur travail

- Aucune étude liée aux SAA trouvée sur ce thème
-

IV.B. 6 Qui peut fournir les services SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ 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 à tous les niveaux du système de santé (solides preuves—cinq études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> En 1996, le Ministère de la Santé du Ghana a adopté « les normes nationales des services de santé de la reproduction » permettant aux sages-femmes agréées à tous les niveaux du système de santé de dispenser les services de SAA, notamment 1) traitement d'urgence de l'avortement incomplet avec l'AMIU ; 2) counseling et fourniture de méthodes de planification familiale après avortement ; et 3) information pour orienter les femmes vers d'autres services de santé de la reproduction. Dans le cadre d'une étude faite de 1996 à 1998 au Ghana, l'IPAS a formé des sages-femmes agréées qui ont ensuite traité 323 femmes avec l'AMIU pour avortement incomplet. Avant l'intervention, ces 323 femmes auraient dû se déplacer à l'hôpital de district pour recevoir des soins d'urgence de la part d'un médecin. Des questionnaires structurés ont été administrés à 59 femmes traitées pour avortement incomplet avant leur sortie de l'hôpital, à 78 femmes traitées pour avortement incomplet par des sages-femmes dans les centres de santé, à huit médecins fournissant des SAA dans les hôpitaux, à 39 dirigeants communautaires et à neuf décideurs au niveau national. Le consensus était le suivant pour résumer les propos de ce médecin, « Certaines patientes viennent de très loin et, si la sage-femme dans leur communauté peut leur fournir des services de SAA, cela permet de sauver la vie de ces femmes, d'économiser de l'argent et de prévenir les complications » (Billings et al., 1999a: 147). Un décideur note que : « Il est important qu'un traitement d'urgence soit administré aux femmes à la source et dans l'endroit où elles vivent. Les docteurs ne sont pas disponibles pour le traitement d'urgence, alors qu'il existe des sages-femmes qui peuvent aider ces patientes si elles s'adressent à elles » (Billings et al., 1999a: 148). 	<p>III</p>

IV.B. 6 Qui peut fournir les services SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="617 350 1816 675">• En 1999, le Ministère de la Santé à Myanmar reconnaissait le rôle que pouvaient jouer les sages-femmes dans les SAA. Avant 1999, les médecins et infirmières de l'hôpital étaient responsables de la prise en charge clinique des patientes des SAA, mais les SAA n'avaient pas été intégrés aux services de santé des centres ruraux dans lesquels travaillent des sages-femmes. Ces dernières prennent en charge pratiquement 45% des accouchements et fournissent presque les deux tiers des soins prénatals aux femmes enceintes. En 1999, le Ministère de la Santé a apporté une formation aux sages-femmes. Après cette formation, les sages-femmes ont rendu visite à 80% des patientes des SAA une fois qu'elles avaient quitté l'hôpital. Tel que l'exprime une sage-femme : « Après la formation, nous étions au courant de l'espace des naissances et nous pouvions dire aux patientes quand elles pouvaient à nouveau avoir des relations sexuelles ; auparavant, nous n'en discutons pas » (Htay et al., 2003: 32). L'étude a interviewé 22 membres du personnel hospitalier, 163 volontaires communautaires et 170 patientes des SAA (Htay et al., 2003). <li data-bbox="617 708 1816 943">• Une étude pilote faite de 1998 à 1999 en Ouganda, dans 13 établissements de santé, constate que la formation des sages-femmes pour qu'elles puissent fournir des services de SAA, notamment par voie d'AMIU, a élargi l'accès des femmes aux SAA dans les établissements de tous les niveaux. L'étude reposait sur l'examen des registres des établissements, les dossiers des patientes, les rapports de suivi, les évaluations des connaissances et compétences pré et post-test et les entretiens avec les patientes. Les sages-femmes ont traité 75% des 437 patientes des SAA qui ont reçu une AMIU sans complications liées à l'intervention. L'étude a suivi 781 patientes des SAA pendant les neuf mois de la collecte de données (Kiggundu, 1999). <i>Voir Annexe I, Kiggundu, 1999, pour une description de l'intervention.</i> <li data-bbox="617 976 1816 1122">• Un projet visant à former les infirmières/sages-femmes privées au Kenya en 1999 a permis d'élargir l'accès aux SAA. Quatre cent trente-six patientes des SAA ont reçu des services, tel que le constate l'évaluation de 1999, alors qu'elles n'auraient pas eu accès autrement à de tels soins. Le Ministère de la Santé kenyan a changé à présent ses politiques permettant aux infirmières/sages-femmes de fournir des SAA (Yumkella et Githiori, 2000). 	<p data-bbox="1864 350 1892 375">III</p> <p data-bbox="1864 708 1892 732">III</p> <p data-bbox="1864 976 1892 1000">III</p>

IV.B. 6 Qui peut fournir les services SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite au Burkina Faso constate que la formation des sages-femmes, au même titre que des médecins, portant sur l'utilisation de l'AMIU pour le traitement d'urgence, ainsi que la disponibilité du matériel nécessaire a permis une utilisation quasi-universelle de l'AMIU et une prestation de services par des niveaux inférieurs de prestataires. Avant l'intervention, la plupart des patientes (60%) étaient traitées par curetage par un spécialiste en obstétrique et gynécologie. Lorsqu'un médecin qualifié n'était pas disponible, les prestataires traitaient généralement les femmes par curage—seule méthode disponible pour les prestataires non formés ou de niveau inférieur (le curage est une méthode où les doigts sont utilisés pour explorer manuellement l'utérus et débarrasser la cavité utérine, d'où le risque d'infection, surtout en l'absence de lavage systématique des mains et d'utilisation de gants). Dans le cadre de l'intervention, une formation a été donnée aux médecins et sages-femmes portant sur l'évacuation utérine d'urgence à l'aide de l'AMIU et, après l'intervention, 97% des patientes ont été traitées par voie d'AMIU, généralement par des sages-femmes. Aussi, ne fallait-il plus avoir recours au curage en l'absence d'un spécialiste et seules 1% des patientes ont continué à être traitées par cette méthode, contrairement à 40% avant l'intervention. Les 2% restantes des patientes après intervention ont été traitées par curetage (Ministère de la Santé, Burkina Faso, 1998). <i>Voir Annexe I, Ministère de la Santé, Burkina Faso, 1998, pour une description de l'intervention.</i> 	III
<p>➤ L'utilisation d'infirmières et de conseillères en PF sur les lieux mêmes au lieu d'envoyer les patientes dans un autre établissement pour obtenir des contraceptifs permet d'augmenter l'acceptation immédiate de la contraception de la part des patientes SAA (solides preuves—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude réalisée en 1999 sur l'introduction de l'AMIU pour traiter l'avortement incomplet à un hôpital régional du Salvador constate que l'acceptation immédiate de la contraception a augmenté, passant de 19% à 62% grâce à une infirmière/conseillère en planification familiale intervenant sur place plutôt que d'orienter les femmes vers les services de planification familiale sans qu'elles aient reçu un counseling. On a comparé les frais hospitaliers, la durée du séjour, les taux de complications et l'acceptation de la planification familiale suivant les SAA dans le cadre d'une étude prospective, aléatoire, avec cas-témoins auprès de 154 femmes assignées soit au curetage soit à l'AMIU (Koontz et al., 2003). 	III

IV.B 7 Maintenir les compétences des prestataires des SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
---------------------------	---------------------	--------------

- Aucune étude liée aux SAA trouvée sur ce thème.
-

IV.C. Elargir l'accès aux soins, types d'établissements qui fournissent des SAA

Les femmes qui accouchent, ainsi que les patientes des SAA, dans les pays les plus pauvres du monde n'ont toujours pas accès à des soins obstétricaux d'urgence sans risques (*Prière de voir « Qu'est-ce qui a fait ses preuves : Un guide de politiques et de programmes sur les preuves concernant la planification familiale, la maternité sans risques et les interventions de lutte contre les IST/VIH/SIDA ; Module 1: Module de la maternité sans risques » par Gay et al., 2003*). Une étude faite dans trois hôpitaux de référence à Dakar, au Sénégal, constate que 62% des patientes se sont rendu dans au moins deux établissements de santé avant d'être traitées pour avortement incomplet (Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction et Clinique Gynécologique et Obstétricale CHU A. le Dantec, 1998). L'accès aux SAA est entravé par le coût et l'accès physique. Une autre étude auprès de patientes des SAA au Sénégal note que, « Dans les cas de complications liées à l'avortement, les postes de santé devraient stabiliser et évacuer les patientes des SAA vers le centre local ou l'hôpital régional le plus proche pour qu'elles puissent recevoir les soins dont elles ont besoin. Un grand nombre des patientes des SAA n'ont pas les moyens de se rendre aux centres de santé et, par conséquent, c'est le personnel du dispensaire, généralement des accoucheuses traditionnelles, qui doit fournir le traitement d'urgence » (Dabash, 2003: 5).

Les changements dans les lois nationales et les politiques des hôpitaux—mise au point et diffusion de protocoles et de directives de services pour les SAA, restructuration des services et politiques soutenant la restructuration des services—sont nécessaires pour institutionnaliser les SAA dans le contexte hospitalier ou pour fournir ces soins dans les consultations externes. Les femmes auront davantage accès aux services nécessaires si les transports d'urgence sont disponibles pour les SAA en plus des soins obstétricaux d'urgence (SOU). Une étude faite en Ethiopie auprès de 120 établissements de santé constate que 13% seulement de ces centres étaient en mesure de transporter d'urgence des femmes nécessitant des SAA (Gebreselassie et Fetters, 2002). De fait, on n'a pas cherché à « définir ou mesurer le besoin non satisfait des SAA » et aucune enquête systématique n'a été faite pour analyser les barrières entravant l'accès aux services de SAA, par exemple les facteurs géographiques, culturels et sociaux (Cobb et al., 2001: 30). On ne connaît que peu de chose sur des programmes de SAA qui ont su surmonter de telles barrières (Cobb et al., 2001: 30). De plus, le caractère illégal de l'avortement dans un grand nombre de pays du monde, la stigmatisation qui entoure l'avortement et les sanctions, tant pour les femmes qui demandent un avortement que pour les prestataires qui essayent de les aider érigent encore d'autres barrières à l'accès, même si les soins après avortement sont officiellement approuvés.

IV.C. Elargir l'accès aux soins, types d'établissements qui fournissent des SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ La prestation de services et de counseling en planification familiale dans le même endroit que le traitement d'urgence permet d'augmenter les connaissances ainsi que l'intention d'utiliser la planification familiale chez les patientes (solides preuves—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite au Burkina Faso constate que si on fournit counseling et services de planification familiale dans le même endroit que le traitement d'urgence des SAA, on augmente la connaissance des patientes et leur intention d'utiliser la planification familiale. Avant l'intervention, les femmes traitées pour complications liées à l'avortement étaient orientées vers un autre établissement fournissant des services de planification familiale. Seules 30% des femmes ont reçu un counseling sur la planification familiale et, bien que 64% aient indiqué qu'elles avaient l'intention d'utiliser la contraception, 57% seulement ont obtenu une méthode. Suite à l'intégration, sur les lieux de l'intervention, du counseling et des services de planification familiale, 94% des femmes ont indiqué qu'elles avaient reçu un counseling en matière de planification familiale. Quarante-vingt-deux pour cent des femmes ont indiqué qu'elles avaient l'intention de pratiquer la planification familiale et 83% ont quitté l'hôpital avec une méthode (Ministère de la Santé, Burkina Faso, 1998). <i>Voir Annexe I, Ministère de la Santé, Burkina Faso, 1998, pour une description de l'intervention.</i> 	<p>III</p>

IV.C. Elargir l'accès aux soins, types d'établissements qui fournissent des SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Les politiques sanitaires doivent être modifiées – des protocoles et directives de services doivent être mis au point et distribués sur les SAA et la réorganisation de services – pour institutionnaliser les SAA dans le milieu hospitalier ou pour fournir les SAA dans le cadre des consultations externes (solides preuves—onze études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite auprès de 339 patientes après avortement à Oaxaca, au Mexique, (année non spécifiée) montre que la révision et la modification des politiques et protocoles des hôpitaux permet d'améliorer les services de SAA. L'étude constate que l'introduction de l'AMIU a permis de réduire le séjour hospitalier de 20,7 à 17,4 heures. Suivant le protocole hospitalier, on ne cherchait pas à déterminer si l'avortement de la patiente était spontané ou provoqué. Un grand nombre des changements étaient soutenus par les modifications dans les politiques hospitalières. Les directives ont été modifiées pour stipuler l'utilisation de l'AMIU sous anesthésie local si l'utérus de la patiente était plus petit que 12 cm. Enfin, toutes les salles d'opération sont devenues fonctionnelles 24 heures par jour pour diminuer les temps d'attente (Langer et al., 2002; Langer et al., 1999; Brambila et al., 1999). <i>Voir Annexe I, Langer et al., pour une description de l'intervention.</i> • Une étude faite en 1999 sur l'introduction de l'AMIU pour traiter l'avortement incomplet dans un hôpital régional du Salvador constate que l'utilisation de l'AMIU et le changements connexes dans le protocole ont permis une réduction significative de 28% dans le séjour hospitalier de la patiente des SAA, comparé au curetage (Koontz et al., 2003). <i>Voir Annexe I, Koontz et al., 2003 pour une description de l'intervention.</i> • Une étude d'intervention de 1999 à 2001 faite dans les trois plus grandes maternités de la Bolivie constate que la réorganisation des services de SAA permet de réduire la durée du séjour hospitalier pour les patientes des SAA. L'étude constate que la durée moyenne d'hospitalisation pour les femmes traitées par voie d'AMIU était nettement moins longue que pour le curetage. L'intervention portait sur la réorganisation des services vers les soins ambulatoires, la formation en matière d'information et de counseling (état de santé, évacuation de l'utérus, contraception après avortement et soins après avoir quitté l'hôpital), ainsi que sur les technologies adéquates et la performance technique et sur le recyclage et la supervision constructive (Billings et al., 2003b). <i>Voir Annexe I, Billings et al. 2003b, pour une description de l'intervention.</i> 	<p>IV</p> <p>IV</p> <p>IV</p>

IV.C. Elargir l'accès aux soins, types d'établissements qui fournissent des SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<ul style="list-style-type: none"> Un programme pilote améliorant la prestation de la planification familiale aux patientes des SAA afin d'éviter des avortements répétés dans une maternité publique en Turquie a pu être étendu à 10 établissements publics de l'ensemble du pays et à 12 hôpitaux du secteur privé et à deux hôpitaux du secteur public. D'après les premières données, « les femmes qui ont recours à des avortements répétés pour contrôler leur fécondité nous montrent clairement que le programme de planification familiale de la Turquie, malgré ses réussites, n'est pas en mesure de répondre aux besoins contraceptifs de ses clientes » et, par conséquent, il devient urgent de fournir une planification familiale aux patientes des SAA (Senlet et al., 2001: 91). Le Ministère de la Santé en Turquie a démarré un programme pilote de planification familiale après avortement de 1991 à 1993 pour relier ces services dans un établissement choisi effectuant un grand nombre d'avortements. Le Ministère de la Santé a mis en place des liens structurels entre l'avortement et les services de planification familiale ; a encouragé le personnel à fournir des services de planification familiale SAA en faisant une étude sur l'innocuité des insertions de DIU suivant les SAA (indiquant aucun risque accru d'infection ou d'expulsion) et a organisé une série de séminaires pour recycler le personnel en matière de technologie contraceptive ; et a fourni une information exacte sur la planification familiale aux patientes des SAA. Par exemple, « lorsque les femmes viennent consulter pour la première fois pour confirmer leur grossesse ou demander un avortement, elles assistent à une séance en groupe où est expliquée en détail chaque méthode contraceptive » (Senlet et al., 2001: 91). Lors de leur rendez-vous pour l'avortement, les femmes rencontrent un conseiller en planification familiale pour une séance de counseling privée. On a réussi à améliorer la disponibilité des méthodes contraceptives. Suite au programme pilote, l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne chez les clientes des services d'avortement a augmenté, passant de 65% en 1991 à 97% en 1992. Le projet pilote a permis une utilisation plus efficace de la contraception, d'où une « réduction des avortements répétés. » De 1992 à 1998, la même stratégie du projet pilote a été étendue à 10 hôpitaux publics plus grands. Ces interventions ont ensuite été utilisées comme prototypes du programme de formation en SMI, « Planification familiale après avortement, » comprenant des modules d'EngenderHealth. Un questionnaire envoyé en 1999 à ces 10 établissements constate des taux d'acceptation de la planification familiale après avortement de plus de 90%. « Probablement que son auto-viabilité est la caractéristique la plus intéressante de cette initiative. L'assistance externe à tous les hôpitaux de l'initiative s'est terminée plusieurs années avant 1998 et, dans la plupart des cas, l'assistance technique n'avait été fournie que pendant quelques mois » (Senlet et al., 2001: 92). En 1998, dans les 14 hôpitaux supplémentaires, seules 37% des patientes des SAA ont accepté une méthode de planification familiale et, dès 2001, cette proportion a augmenté à 72%. L'avortement est autorisé par la loi depuis 1983 en Turquie (Senlet et al., 2001). 	III

IV.C. Elargir l'accès aux soins, types d'établissements qui fournissent des SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="617 350 1829 704">• Une étude faite de 1977 à 1978 au Sénégal qui a formé les prestataires en matière d'AMIU pour traiter les patientes souffrant de complications liées à l'avortement constate que les coûts de traitement pour l'AMIU étaient plus faibles que pour le curetage, bien qu'ils restaient encore très chers pour les femmes. Avant l'intervention, les services de SAA coûtaient en moyenne 35 800 CFA (70\$US) dans trois hôpitaux. Après l'intervention, environ la moitié des patientes étaient traitées par voie d'AMIU et les services revenaient en moyenne à 26 700 CFA (50\$US). Par contre, le coût post-intervention pour les patientes traitées par AMIU uniquement s'élevait à 23 800 CFA (46\$US), comparé à 33 400 CFA (64\$US) pour celles traitées par curetage, grâce à d'autres améliorations dans l'efficacité des services. Le niveau du prestataire de services traitant la patiente est un élément important de la différence de coût puisque la transition à l'AMIU a permis aux sages-femmes de commencer à fournir la majorité des services d'urgence aux patientes des SAA (Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction et Clinique Gynécologique et Obstétricale CHU A. le Dantec, 1998). <i>Voir Annexe I, Centre de Formation et de Recherche..., 1998, Sénégal, pour une description de l'intervention.</i> <li data-bbox="617 737 1829 1149">• Une étude d'intervention faite de 1996 à 1998 dans un hôpital de référence à Lima, au Pérou, a permis de faire le test d'un modèle où tous les services de SAA sont fournis dans un service d'urgence en obstétrique/gynécologie dans le cadre des consultations externes. Les médecins ont reçu une formation portant sur l'AMIU et de meilleures pratiques cliniques, le counseling sur les soins médicaux et la planification familiale et la fourniture de méthodes contraceptives. L'étude originale utilisait un plan pré/post-intervention sans groupe témoin. Depuis la conclusion de cette étude, l'hôpital n'a plus reçu aucune assistance technique ou financière externe pour les soins après avortement et tous les services de SAA sont restés sous l'entière responsabilité du Département d'Obstétrique-Gynécologie et de son service d'urgence, ainsi que de l'hôpital lui-même. Une évaluation de suivi a été faite en 2000–2002 pour déterminer la viabilité de l'intervention SAA sans assistance externe et les chercheurs ont utilisé les mêmes mesures de résultats qui avaient été utilisées pour évaluer l'intervention dans le cadre de la première étude. L'utilisation de l'AMIU pour l'évacuation utérine a augmenté après l'intervention en 1997, passant de 0% à 90%, et a continué à augmenter, même après la fin du financement externe et de l'assistance technique, passant à une moyenne de 98% en 1999 et en 2000 (Benson and Huapaya, 2002). <i>Voir Annexe I, Benson and Huapaya, 2002, pour une description de l'intervention.</i> 	<p data-bbox="1877 350 1919 375">III</p> <p data-bbox="1877 737 1919 761">III</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="617 1219 1829 1422">• Une étude de recherche opérationnelle sur les SAA de 1994 à 1995 en Egypte constate des soins de qualité inférieure aux normes pour les patientes des SAA, ainsi que la possibilité d'améliorer rapidement les résultats, tant au niveau des prestataires, par exemple, connaissances techniques et compétences de counseling que les résultats au niveau des patientes, par exemple retour de la fécondité et contraception nécessaire. De 1996 à 1997, les services ont été étendus des deux établissements de l'étude pilote aux 10 CHU. En fonction des études dans ces 10 CHU, les protocoles des soins obstétricaux essentiels du Ministère de la Santé et de la Population s'inspirent des résultats de la recherche en matière de SAA et spécifient l'AMIU comme l'intervention préférée 	<p data-bbox="1877 1247 1919 1271">V</p>

IV.C. Elargir l'accès aux soins, types d'établissements qui fournissent des SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<p>pour le traitement de l'avortement incomplet, à moins de 20 semaines de grossesse, l'utilisation des médicaments contre la douleur et l'importance du counseling (Huntington et Nawar, 2003).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une étude de l'intervention de 1999 à 2001, faite dans les trois plus grandes maternités de la Bolivie, constate que la durée moyenne de l'hospitalisation pour les femmes traitées par voie d'AMIU était nettement plus courte que pour <u>le curetage</u>. Les femmes avant l'intervention traitées par <u>curetage</u> étaient hospitalisées en moyenne 34 heures à La Paz, 34,3 heures à Santa Cruz et 38,6 heures à Sucre. Après l'intervention, la durée moyenne du séjour était de 10,7 heures avec l'AMIU et de 49,1 heures avec <u>le curetage</u> à La Paz ; de 4,4 heures avec l'AMIU et de 26,2 heures avec <u>le curetage</u> à Santa Cruz ; et de 19,9 heures avec l'AMIU et de 45,9 heures avec <u>le curetage</u> à Sucre. La différence tenait surtout à une récupération plus courte pour l'AMIU sous anesthésie locale comparée au <u>curetage</u> sous anesthésie générale. Par contre, le temps de traitement était légèrement plus court pour l'AMIU et le temps d'attente avant l'intervention pour les femmes traitées par AMIU a diminué de 2 heures dans les trois hôpitaux, passant à 1,7–3,5 heures après l'intervention alors qu'il est resté constant ou a même augmenté pour les femmes traitées avec <u>curetage</u> qui avaient des temps d'attente de 3,4 heures (Santa Cruz) à 22,4 heures (Sucre). L'intervention portait sur la réorganisation des services vers les soins ambulatoires ; la formation en information et counseling (état de santé, évacuation de l'utérus, contraception après avortement et soins après la sortie de l'hôpital) ainsi que sur les technologies adéquates et la performance technique et le recyclage et la supervision constructive. Les données ont été collectées par l'entremise de 935 entretiens avec des patientes à la sortie, 269 entretiens de suivi à trois mois avec les patientes, 439 observations des clientes, examen de 768 dossiers cliniques, 47 entretiens avec des prestataires de soins, 204 questionnaires de prestataires, 138 entretiens avec des partenaires masculins et 424 observations de la circulation des clients pour évaluer les coûts (Billings et al., 2003b). 	III

IV.C. Elargir l'accès aux soins, types d'établissements qui fournissent des SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<ul style="list-style-type: none"> • Une évaluation rapide en 1991 faite au Kenya et au Mexique constate que l'AMIU utilise moins de ressources et exige un séjour hospitalier moins long que le curetage. L'étude a cerné et a analysé les différences dans les coûts de l'AMIU et du curetage utilisés pour le traitement des avortements incomplets du premier trimestre. Des données ont été collectées de janvier à juin 1991 dans quatre hôpitaux du Kenya et dans cinq hôpitaux du Mexique en utilisant une observation directe pour noter le temps et les ressources du début jusqu'à la fin des séjours hospitaliers des patientes. Toutes les femmes de l'étude ont eu un avortement incomplet avec une taille de l'utérus de moins de 13 semaines de grossesse. Le protocole exigeait que l'AMIU ne soit pas utilisée pour les grossesses de plus de 12 semaines. Le plan de l'étude prévoyait une observation de 15 femmes au minimum dans chaque hôpital, mais cela n'a pas été possible dans tous les hôpitaux au vu du petit nombre de patientes. Les composantes des coûts concernaient le personnel, les médicaments et l'hospitalisation. Le coût dans les quatre hôpitaux kenyans allait de 2,94\$ à 5,24\$ pour l'AMIU (différence de 23%) et de 3,99\$ à 15,25\$ pour le curetage (différence de 66%). Dans l'hôpital mexicain qui a exécuté l'AMIU et le curetage, le coût moyen pour une patiente AMIU était de 65,73\$—17% de moins que l'hôpital avec le coût le plus faible pour le curetage (79,23\$) et 72% de moins que l'hôpital avec le coût le plus élevé pour le curetage (235,90\$). Les frais hospitaliers représentaient la proportion la plus importante du total des coûts, mais même si on exclut les frais d'hospitalisation, le coût de l'AMIU était plus faible que le coût du curetage. Les frais du personnel se situaient au second rang des facteurs du coût moyen. (Johnson et al., 1993). 	III
	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite à Oaxaca, au Mexique, (année non spécifiée) constate que l'utilisation de l'AMIU a diminué le coût moyen d'environ 32%. Le curetage coûte 264,47\$ par patiente comparée à l'AMIU qui coûte 180,22\$. Ces coûts portent sur les coûts de l'intervention (coûts du projet), les fournitures (seringues), le temps de formation, la supervision et le suivi. « Les résultats de l'étude montrent que le modèle amélioré de prestation permet de nettes économies de coûts tout en améliorant simultanément la qualité des soins pour les patientes recevant un traitement après avortement » (Brambila et al., 1999: 121). Du point de vue de l'intervention utilisée pour l'évacuation de l'utérus, l'AMIU a été utilisée 0% au moment de l'enquête initiale et cette proportion est passée à 78,1% après l'intervention. Le curetage lors de l'enquête initiale était la méthode la plus utilisée à 89,6% et a diminué à 20,8% ; et une combinaison de curetage et d'AMIU était de 10,4% au moment de l'enquête initiale et a diminué à 1,1%. La durée du séjour hospitalier a diminué de 36%. Du point de vue intervention à utiliser, les directives ont été modifiées pour stipuler le protocole de l'utilisation de l'AMIU sous anesthésie locale si l'utérus de la patiente était inférieur à 12 cm. Toutes les salles d'opérations sont devenues fonctionnelles 24 heures par jour pour diminuer le temps d'attente (Langer et al., 2002; Langer et al., 1999). Voir Annexe I, Langer et al., pour une description de l'intervention. 	III

IV.C. Elargir l'accès aux soins, types d'établissements qui fournissent des SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<p>Une étude faite en 1999 sur l'introduction de l'AMIU pour traiter l'avortement incomplet dans un hôpital régional du Salvador constate que, comparée au curetage, l'utilisation de l'AMIU et les changements connexes dans le protocole ont permis de nettes économies de coût de 13% (Koontz et al., 2003). <i>Voir Annexe I, Koontz et al., pour une description de l'intervention.</i> (Koontz et al., 2003).</p>	III
<p>➤ Le renforcement des liens et orientations entre les praticiens travaillant dans les établissements et les prestataires communautaires permet de renforcer l'accès rapide aux SAA (suffisamment de preuves pour agir—deux études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins après avortement en Egypte ont pu être étendus des hôpitaux de district à d'autres hôpitaux de district, à trois hôpitaux ruraux et à cinq centres de soins primaires permettant de traiter 495 patientes des SAA qui, autrement, n'auraient pas obtenu de tels soins. Vingt-huit médecins et 30 infirmières ont reçu une formation portant sur l'AMIU. Les patientes des SAA dans les centres de santé ruraux ont été stabilisées par des premiers secours, puis transférées à un hôpital de district (Megied et Hassan, 2003). • Une étude qualitative faite au Kenya basée sur 74 entretiens approfondis avec des adolescentes, des femmes qui avaient eu des avortements, des prestataires de soins et des dirigeants communautaires, en plus de 32 groupes de discussion focalisée avec des femmes et des hommes mariés, des adolescents des deux sexes, des agents de santé communautaires, des ASC, des enseignants, des aînés des deux sexes et des hommes et femmes célibataires constate que les prestataires à base communautaire pensent qu'avec de meilleurs liens et orientations entre le personnel de santé dans les cliniques et les prestataires à base communautaire, on peut améliorer l'accès à temps aux SAA (Rogo et al., 1999). 	IV IV
<p>➤ Les ateliers sur les mises à jour de la technologie contraceptive et le counseling à l'intention des prestataires de soins au niveau primaire permettent d'augmenter et de renforcer le counseling en planification familiale post-avortement ainsi que la fourniture d'une méthode de planification familiale avant la sortie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de recherche opérationnelle pré/post-intervention de 2001 à 2003 visant à élargir l'accès aux SAA dans les régions rurales du Sénégal, grâce à une mise à jour de la technologie contraceptive et un atelier de counseling pour les prestataires dans le cadre de l'intervention, constate que les patientes dans les centres de soins de santé primaires étaient presque deux fois plus susceptibles d'avoir obtenu un counseling en planification familiale après l'intervention qu'auparavant. Au moment de l'enquête initiale, 38% seulement des patientes interviewées dans les centres de santé ont obtenu un counseling en planification familiale avant la sortie de l'hôpital, comparé à 70% après l'intervention. Vingt pour cent des patientes ont quitté le centre de santé avec une méthode et une proportion très importante (chiffre non indiqué) a indiqué qu'elles avaient l'intention de pratiquer la planification familiale après en avoir discuté avec leur partenaire. Bien qu'il s'agisse d'une proportion nettement plus faible que celles qui sont parties avec une méthode de planification familiale dans le cadre d'études analogues dans des hôpitaux urbains d'autres pays, la proportion n'est pourtant pas bien plus faible que les 26% de l'étude RO de 1998 dans trois hôpitaux de référence à Dakar (CEFOREP, 1998). Il convient de noter que 72% des femmes ont indiqué que leur grossesse était souhaitée, ce qui montre qu'un nombre important d'entre elles avaient eu une fausse couche et souhaitaient probablement tomber enceintes à nouveau sous peu (Dabash, 2003). <i>Voir Annexe I, Dabash, 2003, pour une description de l'intervention.</i> 	III

IV.C. Elargir l'accès aux soins, types d'établissements qui fournissent des SAA

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
de l'hôpital (<i>solides preuves—une étude</i>).		
<p>➤ L'augmentation de la distance géographique est liée à la réduction de l'accès pour obtenir des soins obstétricaux d'urgence, à une augmentation de la gravité de l'hémorragie et du séjour hospitalier, ainsi qu'à des taux de mortalité maternelle et néonatale plus élevés (<i>suffisamment de preuves pour agir—deux études</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude réalisée en 1994 en Egypte notant les résultats d'une étude descriptive de femmes qui se sont présentées dans des hôpitaux du secteur public constate que 56% des femmes ont indiqué qu'elles s'étaient déplacées sur plus de cinq kilomètres pour aller à l'hôpital où elles ont reçu un traitement médical pour avortement incomplet. Les patientes avec grave hémorragie étaient 1,3 fois plus susceptibles d'avoir parcouru plus de cinq kilomètres comparées aux patientes hospitalisées avec hémorragie légère à modérée. Les patientes avec pertes de sang abondantes au moment de l'hospitalisation avaient un séjour hospitalier nettement plus long, de 16,6 heures, comparées aux patientes avec hémorragie légère à modérée dont le séjour hospitalier était de 14,7 heures. Un total de 568 hôpitaux faisaient partie de l'échantillon comprenant 95% d'hôpitaux publics et environ 60% de tous les lits d'hôpital. Environ 15% des hôpitaux ont été choisis aléatoirement (pour un total de 86 hôpitaux). Un résumé des dossiers a été compilé pour dégager des informations sur les caractéristiques des patientes après avortement, les résultats médicaux au moment de l'hospitalisation, les interventions chirurgicales et autres traitements pendant l'hospitalisation ainsi que les antécédents en matière de planification familiale (Huntington et al., 1998). • Un indice de 1999–2000 visant à mesurer les activités de programmes nationaux dans 49 pays en vue de réduire la mortalité maternelle et néonatale (MMN) constate que les différences les plus prononcées dans les taux de mortalité maternelle et néonatale entre des pays à mortalité maternelle et néonatale élevée (MMN 750+), à mortalité maternelle et néonatale moyenne (MMN 250-749) et à mortalité maternelle et néonatale faible (MMN < 250) ont été observées dans des régions caractérisées par de nettes différences dans l'accès rural et urbain aux soins obstétricaux d'urgence. Le traitement d'urgence porte sur l'hémorragie du post-partum, le travail dystocique et les complications liées à l'avortement. On a recruté dix à 25 personnes au vu de leur connaissance et expérience en santé de la reproduction, dans chaque pays, pour apporter des données et noter 81 éléments dans 14 catégories se rapportant à la santé maternelle et néonatale, notamment l'accès aux services, la prestation de soins, la capacité et le contexte des soins de santé. Sur une échelle allant de 0 à 100, les pays avec une MMN faible ont obtenu 30 points en plus en moyenne que les pays avec des MMN élevées, car ces dans ces derniers, l'accès est plus limité à l'avortement sans risques et au traitement d'urgence pour les complications. Les hôpitaux de district ont obtenu de meilleurs résultats que les centres de santé et les nouveau-nés obtiennent généralement de meilleurs soins que les femmes se présentant aux consultations prénatales ou accouchements (Ross et al., 2001). 	<p>III</p> <p>III</p>

IV.D. Assurer la qualité des soins, avec utilisation sur place des techniques d'amélioration de la qualité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Améliorer la qualité des SAA, tant pour le curetage que l'AMIU, permet de réduire la durée moyenne du séjour hospitalier (solides preuves—deux études).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite de 1997 à 1998 dans six hôpitaux de l'Institut mexicain de Sécurité Sociale (IMSS) constate qu'en améliorant la qualité des soins pour les patientes des SAA, peu importe que l'AMIU ou le <u>curetage</u> soit utilisé, le séjour hospitalier moyen a été réduit de 12-30 heures à huit heures après l'intervention. Les auteurs de l'étude pensent que les améliorations dans la qualité des soins sont dues à la formation des prestataires concernant l'empathie et le soutien apportés à la patiente et à la reconnaissance de son état affectif et de ses besoins spécifiques, par exemple, information sur les complications possibles après l'intervention ainsi que suivi et soins à domicile, counseling pour déterminer les intentions en matière de santé de la reproduction, l'information sur le retour de fécondité, les méthodes contraceptives fournies selon les besoins et souhaits de la femme ainsi que l'utilisation de l'AMIU. L'étude incluait 803 femmes traitées pour complications liées à l'avortement (Billings et al., 2003a). <i>Voir Annexe I, Billings et al., 2003a, pour une description de l'intervention.</i> 	III
<p>L'introduction de l'AMIU peut mener à des séjours hospitaliers de durée moindre chez les patientes des SAA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de recherche opérationnelle de 2001–2003 au Sénégal constate que l'introduction de l'AMIU dans les centres de santé et les postes de santé a permis une réduction du séjour hospitalier moyen, passant de 1,3 jour (31 heures) à 0,4 jour (10 heures). Avant l'intervention, le curage était la principale méthode utilisée pour l'évacuation de l'utérus, soit sous anesthésie générale soit souvent sans médicaments contre la douleur et 77% des femmes sont restées hospitalisées pendant 24 heures. Après l'intervention, 57% des femmes ont été traitées par voie d'AMIU et seules 40% des femmes sont restées 24 heures à l'hôpital. Parmi les patientes traitées par curage, 50% sont restées hospitalisées pendant 24 heures, alors que cette proportion n'était que de 36% chez les patientes de l'AMIU. Malgré des séjours hospitaliers plus courts, les patientes avaient souvent une attente plus longue avant le traitement pour l'AMIU que pour le curage : 14 des 51 femmes interviewées à la fin de l'étude ont attendu plus de deux heures pour le traitement après avoir été hospitalisées et presque toutes ces femmes ont été traitées par voie d'AMIU. Par contre, cette longue attente ne signifie pas forcément un traitement de qualité moindre. Puisque c'était le manque de disponibilité immédiate d'un prestataire ou de médicaments qui représentait la principale raison de ce retard, alors que le curage est parfois réalisé par des prestataires non qualifiés et sans médicaments contre la douleur ni mesure de prévention des infections.(Dabash, 2003). <i>Voir Annexe I, Dabash, 2003, pour une description de l'intervention.</i> 	III
<p>➤ Le counseling sur les complications pouvant se présenter après l'intervention, les soins de suivi à domicile, le retour de la fécondité et</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite de 1997 à 1998 dans six hôpitaux de l'Institut mexicain de Sécurité Sociale (IMSS) constate qu'en améliorant la qualité des soins pour les patientes des SAA, peu importe que l'AMIU ou le <u>curetage</u> soit utilisé, les femmes indiquent qu'elles reçoivent des informations importantes sur leurs soins après avortement. L'intervention porte sur une formation du prestataire afin qu'il fasse preuve d'empathie et soutienne la femme et puisse déterminer son état affectif et ses besoins spécifiques, lui apporter une information sur les complications possibles après l'intervention, le suivi et les soins à domicile, le counseling pour déterminer les 	III

IV.D. Assurer la qualité des soins, avec utilisation sur place des techniques d'amélioration de la qualité

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>les méthodes contraceptives ainsi que sur l'empathie et le soutien affectif améliorent la qualité des SAA (solides preuves—une étude).</p>	<p>intentions de la femme en matière de santé de la reproduction, l'information sur le retour de fécondité et les méthodes contraceptives fournies en fonction des besoins et souhaits de toutes les femmes, ainsi que l'utilisation de l'AMIU. Quatre-vingt-sept pour cent des 279 femmes qui ont reçu un <u>curetage</u> et 83,7% des 251 femmes qui ont reçu une AMIU dans les établissements de l'intervention ont fait savoir qu'elles avaient obtenu une information sur leurs problèmes spécifiques de la part du médecin avant l'évacuation utérine, comparé à 58,7% des 282 femmes dans les structures témoins. Entre 2,2% et 9,6% des femmes qui ont reçu des SAA dans les structures témoins ont indiqué qu'elles avaient obtenu une information sur les différents signes de complications post-utérines, par exemple, problèmes de santé en général, douleur intense, saignements pendant plus de deux semaines, fièvre, frissons et pertes vaginales malodorante, comparé à 22,8%-41,3% des femmes qui ont obtenu des SAA d'institutions faisant partie de l'intervention. Si 26% des femmes qui ont obtenu des SAA dans les structures témoins ont obtenu une information sur l'endroit où elles pouvaient se rendre pour obtenir une aide en cas de complications, par contre 32% de celles recevant des SAA/AMIU et 42% de celles recevant des SAA/<u>curetage</u> dans les sites d'intervention ont reçu une telle information. Si 10,8% uniquement des femmes qui ont obtenu des SAA dans les structures témoins ont obtenu une information sur le moment où elles pouvaient reprendre des relations sexuelles, 39,9% de celles obtenant un <u>curetage</u> et 20,7% de celles obtenant une AMIU dans des institutions de l'intervention ont reçu une telle information. Parmi les femmes qui pensaient que leurs problèmes avaient été dépistés, 96% de celles traitées pour des SAA où les prestataires avaient reçu une formation en matière de SAA pensaient que le personnel hospitalier les avait aidées à répondre à leurs préoccupations, comparé à 80% des femmes traitées pour SAA dans des hôpitaux où les prestataires n'ont pas obtenu une formation portant sur les SAA (Billings et al., 2003a). <i>Voir Billings et al., 2003a, pour une description de l'intervention.</i></p>	
<p>Les attitudes et les comportements des prestataires face aux SAA peuvent causer des retards dans l'obtention de soins (suffisamment de preuves pour agir ; demande une recherche supplémentaire—une étude).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite au Zimbabwe utilisant le théâtre pour stimuler la discussion sur l'avortement et les SAA a permis d'attirer 2 500 personnes aux représentations. Les discussions après les représentations théâtrales avec 200 personnes et les entretiens avec les informants-clés avec 61 informants constatent que les attitudes des « infirmières » et le comportement à l'égard des clientes des soins après avortement ont eu un impact sur les décisions d'obtenir les soins. Les membres communautaires sont préoccupés par les commérages, le traitement dur et le peu d'amabilité à l'égard des jeunes. Par ailleurs, les infirmières regrettent souvent que la patiente n'explique pas la raison de son état ou attende trop longtemps pour obtenir un traitement jusqu'à ce que les complications s'aggravent » (Settergren et al., 1999: x). « La crainte d'être dénoncées à la police est la raison citée la plus couramment expliquant pourquoi elles ne recherchent pas une attention médicale rapide pour les complications liées à l'avortement » (Settergren et al., 1999: 18). 	V

IV.E. SAA pour les femmes dans les pays où l'avortement est autorisé par la loi et où les services liés à l'avortement sont disponibles

L'avortement est légal et disponible dans certains pays comme la Russie et la plupart des pays de l'ancienne Union Soviétique et de l'Inde. Les études ont montré que, même dans les contextes où l'avortement est légal, les femmes connaissent quand même des complications liées à l'avortement incomplet exigeant des soins médicaux. Par ailleurs, le counseling après avortement permet d'apporter information et services en planification familiale pour prévenir d'autres avortements ultérieurs.

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ Les SAA sont nécessaires même là où l'avortement est légal (solides preuves—deux études, un examen de la littérature).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selon des données inédites du Ministère de la Santé de la Russie, en 2001, les avortements représentaient 27,7% de tous les décès maternels en Russie, comparés à une estimation de 13% dans le monde. L'avortement est légal et disponible en Russie. Une recherche opérationnelle de 2000 à 2003 en vue d'accroître l'utilisation de la planification familiale après avortement à Perm, en Russie, constate que 17,2% des femmes qui ont un avortement légal dans un établissement de santé connaissent un type de complication, pour lequel 46,2% (7,2% de toutes les femmes) ont été hospitalisées. Dix pour cent de l'échantillon total indique avoir encouru un coût associé à la complication (Savelieva et al., 2003). <i>Voir Annexe I, Savelieva et al., 2003, pour une description de l'intervention.</i> 	III

IV.E. SAA pour les femmes dans les pays où l'avortement est autorisé par la loi et où les services liés à l'avortement sont disponibles

	<ul style="list-style-type: none">• Un examen de la littérature disponible sur le comportement sexuel des adolescents en Inde constate que « si l'avortement est légal en Inde depuis 1972, par contre le manque de disponibilité et la mauvaise qualité de ces services font que la plupart des femmes pauvres n'ont pas accès à un avortement sans risques » (UNICEF, 1991 cité dans Jejeebhoy, 1996: 17). « ...Seules 538 000 des 6,7 millions d'interruptions de grossesse estimées par an sont réalisées par des médecins qualifiés dans des établissements agréés » (Ministère de la Santé et du Bien-Etre familial, Gouvernement de l'Inde, 1999 cité dans Johnston et al., 2003: 182). Une évaluation communautaire faite en 1999 dans quatre villages de l'Uttar Pradesh utilisant des techniques de collecte de données qualitatives et non aléatoires constate que les services de soins après avortement sont nécessaires, même lorsque l'avortement est légal. Pendant l'année où s'est déroulée l'étude (avril 1999 – mars 2000), entre 8% et 10% des patientes hospitalisées à l'hôpital chrétien de Kasganj (5-8 patientes par mois) ont été hospitalisées pour complications liées à l'avortement. La collecte de données montre que « il existe une corrélation évidente entre les avortements provoqués réalisés par des prestataires non qualifiés et la gravité des complications, mais par ailleurs, des complications ont également été notées chez certaines femmes qui se sont rendu chez des prestataires qualifiés » (Johnston et al., 2001: 25). Dans l'Uttar Pradesh, environ 25% des centres de soins de santé primaires et 59% des centres de santé communautaires fournissent des services liés à l'avortement. L'évaluation a été facilitée par des équipes de recherche de l'hôpital chrétien de Kasganj et l'hôpital Kamala Nehru, d'août à novembre 1999, avec 54 informants clés, 18 séances de cartographie communautaire, 24 focus group et 38 entretiens avec des prestataires de soins (Johnston et al., 2001). Les prestataires non formés ne fournissent pas des méthodes contraceptives suivant l'avortement et ne conseillent pas non plus les patientes quant à la durée pendant laquelle elles doivent observer une abstinence sexuelle. « Une mère ne sachant pas lire avec quatre filles et deux garçons a dit qu'elle avait eu un avortement car elle et son mari ne peuvent pas se permettre d'avoir d'autres enfants. Pour éviter d'autres grossesses, elle et son mari pratiquent l'abstinence sexuelle, la seule méthode contraceptive qu'elle connaisse » (Johnston et al., 2003: 185). Les prestataires non formés (par exemple, les <i>dais</i>) ne sont pas préparés pour aider les femmes à confronter des situations de violence lorsque les femmes ont recours à l'avortement à cause d'une grossesse provenant d'un viol (Johnston et al., 2003).	III
--	---	-----

IV.E. SAA pour les femmes dans les pays où l'avortement est autorisé par la loi et où les services liés à l'avortement sont disponibles

	<ul style="list-style-type: none">• Malgré la libéralisation de la loi sur l'avortement au Ghana, « un grand nombre d'avortements continuent à être provoqués de manière illégale dans des conditions dangereuses, sans les bonnes mesures d'hygiène, par des personnes qui ne sont pas formées ou formées inadéquatement pour les réaliser » (Lassey, 1995: 775). « Dans une étude de 212 patientes hospitalisées pour SAA, 58% des avortements ont été réalisés à l'extérieur d'établissements de santé agréés » (Lassey, 1995: 776).	III
--	---	-----

IV.F. Intégration des SAA aux soins obstétricaux d'urgence à tous les niveaux du système de santé

- Aucune étude liée aux SAA trouvée sur ce thème
-

IV.G. Expansion et pérennisation

La plupart des interventions de SAA sont de portée limitée, soulevant la question de la faisabilité d'étendre et de maintenir des interventions qui ne font plus partie de projets de recherche. Les SAA, par le biais de changements de politiques et de réorganisation des services, diminuent le temps et les coûts pour les établissements de santé et améliorent l'état de santé des patientes, et il est donc probablement plus facile d'introduire et de maintenir ce type de soin que toute autre intervention de santé de la reproduction qui ne comporte pas des avantages aussi nets du point de vue coût-efficacité. Une évaluation d'études de recherche opérationnelles sur les SAA au Burkina Faso et au Sénégal note qu'à la conclusion de projets formels de recherche, les établissements faisant partie de l'étude avaient tendance à procéder ou à maintenir les changements nécessaires pour continuer indépendamment le nouveau modèle des SAA. Tel que l'indique ce chef de la maternité, « J'ai vu que ce système était bien plus efficace et rentable. Je veille à ce que cette maternité fonctionne mieux et, par conséquent, j'ai réorganisé les services. Si je devais attendre que quelqu'un du Ministère me dise de procéder aux changements, j'attendrais pour toujours » (Marin et al., 2003: 8).

Avant les études RO, aucun pays n'avait des protocoles explicites concernant les services pour les femmes présentant des complications liées à l'avortement incomplet. Ces études ont montré que les ministères des deux pays ont adopté le modèle et ont intégré les SAA à leur stratégie générale de maternité sans risques. Le Ministère de la Santé burkinabé a collaboré avec CRESAR pour formuler des normes nationales concernant les SAA et le Ministère sénégalais a mis au point des protocoles nationaux de prestation de services, aidé par CEFORP et JHPIEGO. A présent, les budgets annuels des deux pays font une place aux fournitures et produits des SAA et ils recherchent une source durable pour l'équipement de l'AMIU qui a été donné jusqu'à présent (Marin et al., 2003).

IV.G. Expansion et pérennisation

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
<p>➤ La recherche en matière de SAA peut être utilisée par les décideurs pour soutenir l'expansion des programmes SAA et l'adoption à l'échelle nationale des protocoles SAA (<i>demande une recherche supplémentaire—une étude</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de recherche opérationnelle faite de 1994 à 1995 en Egypte sur les SAA met à jour le manque de qualité des soins pour les patientes des SAA et la possibilité de procéder à des améliorations rapides, tant au niveau des prestataires (connaissance technique et compétences de counseling) qu'au plan des patientes (retour de fécondité et nécessité d'obtenir une méthode de contraception). Une petite expansion de services, passant de deux établissements de l'étude pilote à 10 hôpitaux de district et CHU, a été réalisée de 1996 à 1997. Les études dans ces 10 hôpitaux ont montré l'importance d'étendre les programmes de SAA. En fonction des études dans ces 10 hôpitaux, les protocoles de soins obstétricaux essentiels du Ministère de la Santé et de la Population spécifient l'AMIU comme la technique préférée pour le traitement de l'avortement incomplet à moins de 20 semaines de grossesse ; l'emploi de médicaments contre la douleur ; et l'importance du counseling. (Huntington et Nawar, 2003). 	V
<p>➤ L'intégration du counseling et des services de planification familiale aux programmes de maternité sans risques permet de pérenniser les programmes de SAA (<i>demande une recherche supplémentaire—un exemple</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Egypte, les SAA ont été confiés au programme de la maternité sans risques. Par ailleurs, ces programmes ont besoin de compétences supplémentaires en planification familiale pour répondre aux besoins des patientes SAA. « Les SAA... ne seront réalisés que si des programmes holistiques sont mis en place pour la santé de la reproduction des femmes » (Huntington et Nawar, 2003: 124). 	V
<p>➤ Les programmes de SAA peuvent être étendus à plus grande échelle (<i>solides preuves—quatre études</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De 1994 à 1997, un total de 1 325 professionnels des soins de santé intervenant dans 23% des hôpitaux de l'Institut mexicain de Sécurité Sociale (IMSS) sur l'ensemble du pays ont reçu une formation portant sur l'utilisation de l'AMIU et autres aspects des soins après avortement (Fuentes Velasquez et al., 2001 cités dans Billings et al., 2003). Sur l'ensemble du Mexique, environ 120 000 femmes ont obtenu des soins liés à l'avortement tous les ans dans des établissements du secteur public (INEGI, 2001 cité dans Billings et al., 2003), dont 56 000 de ces femmes, en 1997, ont été traitées dans les établissements de l'IMSS (IMSS, 1997 cité dans 	III

IV.G. Expansion et pérennisation

Récapitulatif des preuves	Recherche à l'appui	Type Gray
	<p>Billings et al., 2003).</p> <ul style="list-style-type: none"> Un programme pilote visant à améliorer la prestation de la planification familiale aux patientes des SAA pour éviter les avortements répétés dans une maternité publique en Turquie a été étendu, par la suite, à 10 établissements de l'ensemble du pays et ensuite, à 12 hôpitaux du secteur privé et à deux hôpitaux du secteur public (Senlet et al., 2001). Une étude de recherche opérationnelle de 2001 à 2003 au Sénégal constate que les sages-femmes, ainsi que les médecins dans les centres de santé au niveau local peuvent recevoir une formation pour fournir l'AMIU et d'autres services de SAA dans les zones rurales et orienter les cas compliqués vers les hôpitaux de district. Les études RO précédentes au Sénégal ont permis d'introduire l'AMIU dans le cadre d'un programme complet de SAA de trois hôpitaux au niveau tertiaire à Dakar (CEFOREP, 1998). Cette étude RO continue la progression dans les établissements de soins de santé primaires, montrant ainsi que même dans des contextes avec les ressources les plus limitées, les prestataires peuvent utiliser l'AMIU pour traiter sans risques les femmes se présentant avec des avortements incomplets (Dabash, 2003). <i>Voir Annexe I, Dabash, 2003, Sénégal pour une description de l'intervention.</i> 	<p>III</p> <p>III</p>
<p>Les services de SAA qui comprennent l'AMIU peuvent être maintenus sans aide extérieure</p>	<ul style="list-style-type: none"> Une étude d'intervention faite de 1996 à 1998 dans un hôpital de référence à Lima, au Pérou, a fait le test d'un modèle où tous les services de SAA sont fournis dans un service d'urgence en obstétrique/gynécologie, dans le cadre des consultations externes. Les médecins ont reçu une formation en AMIU et pratiques cliniques améliorées, counseling sur les soins médicaux et la planification familiale et fourniture de méthodes contraceptives. L'étude originale a utilisé un plan de pré/post-intervention sans groupe témoin. Depuis la fin de cette étude, l'hôpital n'a reçu aucune assistance technique ou financière externe pour les soins après avortement et tous les services de SAA restent sous la responsabilité du Département d'Obstétrique-Gynécologie et de ses services d'urgence, ainsi que de l'hôpital lui-même. Une évaluation de suivi a été faite en 2000-2002 pour évaluer si l'intervention de SAA pouvait être maintenue sans assistance de l'extérieur et les chercheurs ont utilisé les mêmes mesures qui avaient été employées pour évaluer l'intervention dans la première étude. L'utilisation de l'AMIU pour l'évacuation utérine a augmenté, passant de 0% à 90% après l'intervention de 1997 et a continué à augmenter, même après que le financement et l'assistance technique extérieure se soient terminés—passant à une moyenne de 98% en 1999 et en 2000 (Benson and Huapaya, 2002). <i>Voir Annexe I, Benson and Huapaya, 2002, pour une description de l'intervention.</i> 	<p>III</p>

IV.H. Contributions autres que la formation à la création et au soutien des SAA

Des politiques et protocoles cliniques sont nécessaires pour réorganiser les services et mettre en oeuvre des modèles de SAA et améliorer le traitement d'urgence des complications liées à l'avortement. Il faut également des mécanismes assurant la confidentialité des patientes des services d'avortement, un coût abordable du traitement pour les femmes demandant des SAA, une information générale au public montrant où les services de SAA sont disponibles, ainsi qu'une éducation sur l'importance d'obtenir rapidement des soins. Les prestataires ont besoin d'information sur les dispositions des lois existantes relatives à l'avortement et le public doit savoir quels sont les services disponibles aux yeux des lois existantes. Les décideurs doivent être conscients des conséquences de l'avortement à risques et reconnaître les avantages des SAA dispensés à temps (Kinoti et al., 1995 and Benson et al., 1996). Ces recommandations faites en 1995 se fondent sur un examen de 99 études publiées et 146 études de la littérature Gray, commandité par la Conférence des Ministres de la Santé de l'Afrique de l'Est, centrale et australe (tenue en 1993).

Liste récapitulative de données probantes

I. Traitement d'urgence

Solides preuves

AMIU, AIU et curetage : Efficacité et innocuité de l'AMIU et du curetage

- L'AMIU est une méthode aussi sûre que le curetage pour le traitement de l'avortement incomplet du premier trimestre (pg. 22)
- Les femmes qui ont eu des interventions AMIU et AIU ont moins de pertes de sang sept jours après l'évacuation que les femmes qui ont eu un curetage (pg. 23)
- Les taux de complications sont plus faibles avec l'AMIU (pg. 24)
- 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 (pg. 25)
- 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 (pg. 25)
- L'utilisation de l'AMIU pour les SAA peut diminuer la durée du séjour hospitalier comparé au curetage (pg. 26)

AMIU, AIU et curetage : Comparaisons de coûts entre l'AMIU et 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 (pg. 30)

Misoprostol pour les SAA : Efficacité et innocuité

- Si on utilise du misoprostol pour évacuer l'utérus après une interruption de grossesse tout au début, on peut arriver à une évacuation utérine complète, diminuant le besoin d'une évacuation chirurgicale (pg.39)
- La prise en charge médicale d'une interruption de grossesse tout au début en utilisant le misoprostol est plus efficace que le traitement abstentionniste pour diminuer le besoin d'une évacuation chirurgicale (pg. 40)
- Le misoprostol administré soit par voie orale, soit par voie vaginale, pour le traitement de l'interruption de grossesse tout au début peut évacuer complètement l'utérus de 50% à 96% du temps, diminuant ainsi le besoin d'une intervention chirurgicale (pg 41)
- Le misoprostol peut 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 (pg.43)
- Les effets secondaires du misoprostol comprennent les frissons, la fièvre, les nausées, les vomissements, la diarrhée et les maux de tête, mais sont généralement légers et auto-limités (pg. 46)
- Les femmes qui ont une interruption de grossesse du premier trimestre et qui sont traitées avec du misoprostol ont légèrement plus de pertes de sang comparées aux femmes traitées par évacuation chirurgicale, mais la différence n'est pas significative du point de vue clinique (pg. 46)

Prise en charge de la douleur : Efficacité et innocuité

- Les femmes ont besoin de prise en charge de la douleur pour le traitement d'urgence avec le curetage et l'AIU (pg. 52)
- L'utilisation de l'anesthésie paracervicale utilisant 0,5% de lidocaïne induit une nette diminution de la douleur pour les patientes suivant un traitement par voie d'AMIU (pg. 53)
- Il n'existe pas de différence significative dans la gravité de la douleur pour les patientes AMIU/SAA auxquelles on administre une anesthésie paracervicale avec 1% de lidocaïne comparé à

celle auxquelles on n'administre pas d'anesthésie. 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.

Suffisamment de preuves pour agir—Demande une recherche supplémentaire

Droit à l'intimité et à la confidentialité lors de l'anamnèse et le bilan physique

- Les femmes veulent se sentir traitées en toute intimité et confidentialité lors de la prise d'antécédents et de l'examen physique (pg. 19)

AMIU, AIU et curetage : Comparaisons de coûts des techniques de prise en charge de la douleur

- L'AMIU peut être exécutée en toute sécurité dans une structure de soins de santé primaires mais le système de transfert doit être en place pour celles qui ont besoin d'un niveau de soins plus élevés (pg. 36)

Demande une recherche supplémentaire

Aspiration à l'aide d'une pompe à pied : Efficacité et innocuité

- L'AMIU et l'aspiration à l'aide d'une pompe à pied sont des techniques l'une aussi efficace que l'autre pour l'évacuation utérine suivant un avortement incomplet du premier ou du second trimestre (pg. 37)

Misoprostol pour les SAA : Efficacité et innocuité

- L'utilisation du misoprostol pour évacuer l'utérus après une interruption de grossesse tout au début peut augmenter la satisfaction de la patiente (pg. 45)

Misoprostol pour les SAA : Comparaisons des coûts

- L'utilisation du misoprostol pour le traitement de l'interruption de grossesse tout au début sans complications coûte moins cher que le traitement abstentionniste ou l'intervention chirurgicale (pg. 48)

Utilisation d'antibiotiques prophylactiques pour l'avortement incomplet

- Les données ne sont pas concluantes pour déterminer si les femmes se présentant avec un avortement incomplet doivent recevoir des antibiotiques prophylactiques de manière routinière (pg. 50)

Prise en charge de la douleur : Efficacité et innocuité

- L'utilisation de l'analgésie systémique et de la sédation contrôlée par la patiente sont des moyens efficaces pour lutter contre la douleur lors des interventions AMIU chez les femmes souffrant d'un avortement spontané incomplet (pg. 60)
- Les femmes qui ont eu des avortements spontanés indiquent avoir eu besoin d'une analgésie (pg. 60)

II. Counseling et prestation de services de PF; Evaluation et traitement des IST et Conseils et dépistage du VIH/orientation-recours pour les services de conseils et dépistage

Solides preuves

Counseling avant, pendant et après le traitement

- En offrant counseling et méthodes de planification familiale au même endroit où la femme obtient un traitement d'urgence, on arrive à augmenter la proportion de femmes qui quittent l'établissement avec une méthode contraceptive (pg. 65)
- En utilisant le counseling en planification familiale, on arrive à augmenter l'utilisation de la planification familiale (pg. 67)
- 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 (pg 69)
- Un counseling et des services en planification familiale après l'avortement diminuent les avortements répétés (pg 70)
- Les modèles de prestation des SAA qui fournissent sur place counseling en PF et contraceptifs obtiennent les résultats suivants : a) les femmes utilisent des contraceptifs très efficaces, b) une réduction des grossesses non planifiées et c) une réduction des avortements répétés une année plus tard (pg. 71)
- En apportant un counseling en planification familiale, on arrive à augmenter la proportion de femmes qui sont d'accord pour utiliser une méthode contraceptive avant de quitter l'établissement qui a dispensé les SAA (pg. 72)
- Une amélioration au niveau des aptitudes au counseling et des compétences cliniques permet d'augmenter la proportion de femmes qui quittent l'établissement après avoir reçu une méthode contraceptive et par ailleurs cela augmente la gamme de choix contraceptifs dont elles disposent (pg. 72)
- L'utilisation du DIU après avortement n'augmente pas l'incidence ou la gravité des complications en début d'utilisation (pg. 74)
- L'utilisation du DIU lors de la période qui suit immédiatement l'avortement est sans risques (pg. 74)
- Les femmes qui souhaitent utiliser le DIU ou les implants Norplant après un avortement trouvent que les deux méthodes sont sans risques et très efficaces (pg. 75)
- L'utilisation du DIU après un avortement spontané et provoqué est sans risque et très efficace (pg 76)
- Si des produits gratuits sont disponibles, il est davantage probable que les patientes feront savoir qu'elles souhaitent utiliser une méthode contraceptive et qu'elles quitteront effectivement l'établissement avec une méthode (pg. 77)
- Le counseling et la distribution de contraceptifs gratuits dans l'établissement même suivant le traitement d'urgence permet a) d'augmenter l'utilisation de contraceptifs très efficaces, b) de diminuer le nombre de grossesses non souhaitées et c) de réduire le nombre d'avortements répétés (pg. 78)

Participation du partenaire masculin au counseling et aux services de prestation 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 (pg. 79)

- Après avoir reçu le consentement informé de la patiente, le fait d'apporter, séparément, 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. (pg. 80)
- Après avoir obtenu le consentement explicite de la patiente SAA, 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 (pg 81)
- Certaines femmes souhaitent que leurs maris soient présents lors du counseling se rapportant aux SAA (pg. 83)
- Un grand nombre de femmes souhaitent que leur partenaire 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 (pg. 83)
- La vaginose bactérienne augmente nettement le risque d'avortement spontané, pratiquement de l'ordre de dix fois (pg. 87)

Evaluation et traitement des IST : counseling et dépistage du VIH

- Les femmes qui sont séropositives à VIH courent un risque accru d'avortement spontané (pg 89)

Autres préoccupations de counseling liées aux soins après avortement : Séquelles psychologiques

- Les femmes souffriront peut-être d'effets psychologiques négatifs après un avortement spontané (pg 95)
- Certaines femmes consultant les services de SAA ont probablement été forcées d'avoir un avortement et risquent de se sentir coupables, avec des regrets immédiats ou plus permanents. (pg. 96)
- Dix-neuf pour cent à 29% des femmes qui ont eu des avortements provoqués risquent de souffrir de dépression et d'angoisse d'une durée allant d'un mois à deux années après l'intervention (pg. 97)
- Vingt-sept pour cent à 39% des femmes consultant les services d'avortement ont été des victimes de la violence à un moment ou à un autre de leur vie (pg. 101)
- La violence physique est liée à un risque accru d'avortement spontané (pg. 104)

Suffisamment de preuves pour agir—Demande une recherche supplémentaire

Participation des hommes au counseling et à la prestation de services de planification familiale

- Les hommes ont besoin de counseling pour savoir quand les relations sexuelles peuvent reprendre après les SAA (pg. 84)
- Les partenaires masculins souhaitent savoir davantage sur le traitement d'urgence, les soins après l'intervention, les causes des problèmes de santé de la femme et les méthodes contraceptives (pg. 85)
- Les prestataires devraient savoir que les partenaires masculins des patientes adolescentes des SAA risquent d'être bien plus âgés (pg. 86)

Evaluation et traitement des IST : counseling et dépistage du VIH

- Les femmes qui se rendent dans les services de SAA, souvent, ne reçoivent pas d'information ou de service sur la prévention et les soins des IST et du VIH à cause du manque de formation des médecins et des sages-femmes concernant la double protection (pg 88)
- On manque d'information sur les besoins des femmes séropositives à VIH concernant la grossesse non planifiée (pg 90)

Demande une recherche supplémentaire

Counseling avant, pendant et après le traitement

- Information et counseling sur les coûts de traitement des SAA ; soins de suivi à domicile et impact sur les futures grossesses influencent la satisfaction des femmes avec les SAA (pg. 63)

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

- Les femmes qui ont eu deux ou plusieurs avortements spontanés ont une prévalence élevée de toxoplasma gondii comparé aux femmes qui n'ont pas cet antécédent. On ne sait dans quelle mesure toxoplasma est la cause d'avortement : cela reste controversé (pg. 87)

Evaluation et traitement des IST : Counseling et dépistage du VIH

- Les adolescentes asymptomatiques séropositives-VIH sous traitement antirétroviral ne courent pas un risque plus élevé d'avortement spontané, de décès fœtal intra-utérin, de retard de croissance intra-utérine ou de décès fœtal, infantile ou maternel (pg. 90)

III. Habilitation/responsabilisation de la communauté grâce à la sensibilisation et à la mobilisation communautaires

Solides preuves

Réduire l'incidence de l'avortement spontané peut également réduire la nécessité d'avoir recours aux SAA

- Il existe un solide lien entre le paludisme pendant la grossesse et un risque accru d'avortement spontané (pg. 124)
- L'exposition à la contamination environnementale, dont les pesticides et les fongicides, peut augmenter l'incidence de l'avortement spontané (pg. 125)

Suffisamment de preuves pour agir—Demande une recherche supplémentaire

Promotion sanitaire pour les SAA

- Les animateurs de la santé peuvent fournir un counseling en planification familiale et distribuer des méthodes contraceptives et, partant, aider à augmenter l'acceptation de la planification familiale (pg. 114)
- La recherche en matière de SAA avant l'intervention montre que l'engagement des membres communautaires peut sensibiliser aux services SAA, montrer quelles sont les barrières au niveau communautaire (qualité et quantité de services et manque de transport en cas d'urgence) et voir comment renforcer les systèmes de transfert en engageant les familles et les prestataires communautaires (pg. 115)
- Les campagnes d'éducation sanitaire avec des agents de santé communautaires peuvent informer les femmes enceintes sur les signes de danger lors de la grossesse ou de l'utilisation de contraceptifs et augmenter le nombre de femmes qui accouchent avec l'aide d'un prestataire qualifié (pg. 118)
- De multiples stratégies éducatives à base communautaire dont les groupements féminins et les messages à la radio peuvent augmenter la connaissance des signes de danger lors de la grossesse (pg. 119)
- Les activités d'éducation et de mobilisation communautaire peuvent augmenter les dons de sang et diminuer les taux de mortalité imputables à l'hémorragie du post-partum (pg. 122)

Demande une recherche supplémentaire

Promotion sanitaire pour les SAA

- Les activités d'éducation communautaire peuvent augmenter la connaissance des services SAA et renforcer la qualité et l'accès aux programmes SAA (pg. 112)
- L'éducation des agents de santé communautaires peut élargir l'accès aux programmes SAA (pg. 113)
- Les services de SAA sont nécessaires, même dans des contextes où l'avortement est légal (pg. 116)
- Les femmes, leur partenaire, leur famille et les prestataires communautaires ont besoin de recevoir une éducation communautaire sur les circonstances qui ont mené à la nécessité d'obtenir des SAA et doivent savoir comment ils peuvent avoir accès à ces services (pg. 119)
- La participation communautaire et le soutien pour les systèmes communautaires de transport d'urgence permettent d'offrir de meilleurs soins aux femmes enceintes et renforcent les liens entre les communautés et les établissements de soins de santé (pg. 117)
- Les programmes à base communautaire peuvent augmenter de manière plus générale la participation des femmes à la prise de décision communautaire (pg. 120)
- Les groupements féminins d'épargne et crédit sont des forums que l'on peut utiliser pour discuter de thèmes sensibles avec les femmes et tout effort d'éducation communautaire peut augmenter la fréquentation des services (pg. 121)

- Les activités d'éducation communautaire aident à changer les normes sociales entourant les SAA et sensibilisent aux conséquences de l'avortement à risques, dont la confiance accordée aux guérisseurs traditionnels pour les services de SAA et l'acceptation, par les adolescents, de la contraception (pg. 123)

La réduction de l'incidence des avortements spontanés fait diminuer le recours aux SAA

- Le tabagisme et l'exposition au tabac pendant la grossesse peut augmenter le risque d'avortement spontané (pg. 126)
- Des taux élevés de consommation de caféine pendant la grossesse peuvent augmenter le risque d'avortement spontané (pg. 128)

IV. Aspects sur le plan politiques, programmes et systèmes se rapportant à la prestation des soins après avortement

Solides preuves

Formation en cours d'emploi

- La formation en cours d'emploi sur les SAA permet d'augmenter le nombre de patientes SAA indiquant qu'elles ont reçu une information importante sur leurs soins, indépendamment du fait qu'un curetage ou une AMIU ait été pratiqué (pg. 137)
- La formation en cours d'emploi sur les SAA permet d'augmenter le nombre de patientes SAA indiquant qu'elles ont reçu une information importante sur leurs soins (pg. 139)
- La formation en cours d'emploi sur les SAA permet d'augmenter le nombre de patientes SAA indiquant qu'elles ont reçu une information suffisante pour prendre un choix informé sur la contraception et qui quittent l'hôpital avec une méthode contraceptive (pg. 141)
- La formation en cours d'emploi sur les SAA permet d'augmenter le nombre de patientes SAA qui ont reçu un counseling en planification familiale et qui quittent l'établissement avec une méthode contraceptive (pg. 141)
- La formation en cours d'emploi, portant sur les aspects cliniques et le counseling, permet d'augmenter l'utilisation de l'AMIU ainsi que le nombre de patientes des SAA qui reçoivent un counseling en planification familiale et qui quittent l'établissement avec une méthode contraceptive (pg. 143)
- La formation augmente la satisfaction des médecins face à l'AMIU (pg. 147)
- La formation des prestataires permet d'augmenter et de renforcer le counseling des patientes SAA concernant les soins d'urgence et les soins de suivi à domicile (pg. 148)
- La formation des prestataires peut renforcer le counseling des patientes des SAA concernant leur choix en planification familiale ainsi que l'intention des patientes des SAA d'utiliser la planification familiale (pg. 149)
- La formation des sages-femmes portant sur le counseling en planification familiale, les IST/VIH et la 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 (pg. 154)

Questions sur les systèmes de prestation de services de SAA : Qui peut fournir les services 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 (pg. 164)
- L'utilisation d'infirmières et conseillères en PF sur les lieux mêmes au lieu d'envoyer les patientes dans un autre établissement pour obtenir des contraceptifs permet d'augmenter l'acceptation immédiate de la contraception de la part des patientes SAA (pg. 166)

Élargir l'accès aux soins, types d'établissement qui fournissent des SAA

- La prestation de services et de counseling en planification familiale dans le même endroit que le traitement d'urgence permet d'augmenter les connaissances ainsi que l'intention d'utiliser la planification familiale chez les patientes (pg. 169)
- Les politiques sanitaires doivent être modifiées – des protocoles et directives de services doivent être mis au point et distribués sur les SAA et la réorganisation de services – pour institutionnaliser les SAA dans le milieu hospitalier ou pour fournir les SAA dans le cadre des consultations externes (pg. 170)
- Les ateliers sur les mises à jour de la technologie contraceptive et le counseling à l'intention des prestataires de soins au niveau primaire permettent d'augmenter et de renforcer le counseling en

planification familiale post-avortement ainsi que la fourniture d'une méthode de planification familiale avant la sortie de l'hôpital (pg. 177)

Assurer la qualité des soins, y compris les techniques d'amélioration de la qualité sur site

- Améliorer la qualité des SAA, tant pour le curetage que l'AMIU, permet de réduire la durée moyenne du séjour hospitalier (pg. 179)
- Le counseling sur les complications pouvant se présenter après l'intervention, les soins de suivi à domicile, le retour de la fécondité et les méthodes contraceptives ainsi que sur l'empathie et le soutien affectif améliorent la qualité des SAA (pg. 180)

SAA pour les femmes dans les pays où l'avortement est autorisé par la loi et où les services liés à l'avortement sont disponibles

- Les services de SAA sont nécessaires, même là où l'avortement est légal (pg. 182)

Expansion et pérennisation

- Les programmes de SAA peuvent être étendus à plus grande échelle (pg. 187)

Suffisamment de preuves pour agir

Formation des prestataires pour les SAA : Formation avant l'emploi

- La formation avant l'emploi pour les médecins permet d'augmenter l'utilisation de l'AMIU par rapport au curetage (pg. 136)

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

- La formation des prestataires permet d'améliorer la connaissance du traitement d'urgence et des soins de suivi chez la patiente (pg. 145)
- La formation en matière d'AMIU favorise l'utilisation de l'AMIU au même titre que du curetage (pg. 145)
- La formation des prestataires en vue d'améliorer la qualité des soins après avortement permet d'augmenter les évaluations positives de la qualité des soins de la part des femmes, leur acceptation des méthodes contraceptives et leur satisfaction face à ces méthodes (pg. 151)
- La participation des prestataires privés aux services SAA permet d'augmenter le traitement d'urgence et le counseling et les services de planification familiale dans les communautés (pg. 153)
- La formation des sages-femmes et infirmières privées permet d'augmenter leurs niveaux de connaissances concernant les SAA (pg. 155)

Questions sur les systèmes de prestation de services de SAA : Prévention des infections, précautions standard et traitement des instruments

- La formation portant sur la prévention des infections dans les services de SAA permet de renforcer et d'augmenter les mesures de prévention des infections de la part des médecins et du personnel (pg. 159)

Élargir l'accès aux soins, types d'établissements qui fournissent des SAA

- Le renforcement des liens et orientations entre les praticiens travaillant dans les établissements et les prestataires communautaires permet de renforcer l'accès rapide aux SAA (pg. 176)
- L'augmentation de la distance géographique est liée à la réduction de l'accès pour obtenir des soins obstétricaux d'urgence, à une augmentation de la gravité de l'hémorragie et du séjour hospitalier, ainsi qu'à des taux de mortalité maternelle et néonatale plus élevés (pg. 178)

Suffisamment de preuves pour agir—Demande une recherche supplémentaire

Formation en cours d'emploi

- La formation des prestataires en matière de planification familiale et fécondité après l'avortement permet d'augmenter l'utilisation du condom et encourage l'emploi de méthodes plus efficaces de contraception, en plus du counseling correct concernant le retour de la fécondité chez la patiente (pg. 144)
- La formation permet d'augmenter l'utilisation de médicaments contre la douleur chez les patientes SAA (pg. 146)
- La formation des prestataires permet de changer les attitudes des prestataires à l'égard des patientes SAA (pg. 150)

Assurer la qualité des soins, y compris les techniques d'amélioration de la qualité sur site

- Une attitude punitive chez le prestataire cause des retards dans l'obtention de soins, d'où le risque de décès qu'on aurait pu éviter (pg. 183))

Demande une recherche supplémentaire

Formation des prestataires en SAA : Soutien des collègues

- Le soutien des collègues peut être un outil utile de supervision (pg. 157)

Expansion et pérennisation

- La recherche en matière de SAA peut être utilisée par les décideurs pour soutenir l'expansion des programmes SAA et l'adoption à l'échelle nationale des protocoles SAA (pg. 187)
- L'intégration du counseling et des services de planification familiale aux programmes de maternité sans risques permet de pérenniser les programmes de SAA (pg. 187)

Questions sur les systèmes de prestation de services de SAA : Produits et logistiques

- Le manque de fournitures de base comme les solutions de désinfectant peut mener à une utilisation excessive d'antibiotiques (pg. 160)

Annexes

Annexe I : Description des interventions pour des études répétées dans le Module des SAA

Ahluwalia et al., 2003, Tanzanie.

Le Projet de Santé de la Reproduction à Base communautaire (CBRHP), activité conjointe de CARE et du Ministère de la Santé tanzanien comprend une initiative de renforcement des capacités et de responsabilisation communautaires visant à traiter la mortalité et la morbidité maternelles élevées dans la région de Mwanza, au Nord-Ouest de la Tanzanie. Le projet utilise des données qualitatives provenant d'entretiens avec des groupes et de données du CBRHP pour évaluer les progrès aux niveaux de l'organisation et de l'utilisation de systèmes de transport communautaires et soutien par les agents de santé villageois. Dans 52 villages, les formateurs en chef ou le personnel de terrain de CARE ont fait des visites de mobilisation, puis des visites de suivi pour évaluer les progrès faits en ce qui concerne les plans de transport d'urgence, l'utilisation de méthodes participatives de résolution de problèmes et la supervision constructive de la part des ASV. Le projet définit cinq axes de la responsabilisation communautaire et participation à la prise de décisions: 1) niveau de participation par les femmes, 2) niveau de participation par la communauté plus large, 3) méthode de prise de décisions, 4) documentation et disponibilité des décisions et plans d'action, et 5) niveau de participation communautaire dans les activités du CBRHP.

Benson et Huapaya, 2002a, Pérou.

Une étude d'intervention, 1996–1998, faite dans hôpital de référence à Lima, au Pérou, a permis de faire le test d'un modèle où tous les services de SAA ont été fournis dans un service d'urgence en obstétriques et gynécologie, dans le cadre des consultations externes. Les médecins ont reçu une formation portant sur l'AMIU et l'amélioration des pratiques cliniques, le counseling sur les soins médicaux et la planification familiale, ainsi que la distribution de méthodes contraceptives. Les patientes avant l'intervention ont passé la majorité de leur temps dans le service d'obstétrique et de gynécologie, suivant l'intervention de curetage. Après l'intervention, le temps de récupération a diminué, puis a augmenté à nouveau trois ans plus tard, suite partiellement au fait que l'hôpital gardait les patientes jusqu'à ce que leurs frais aient été payés. L'étude originale utilisait un plan pré/post-intervention sans groupe témoin. Une évaluation de suivi des mêmes résultats a été faite en 2000-2002 pour évaluer la pérennisation de l'intervention sans assistance de l'extérieur. On a estimé les coûts pour l'hôpital en utilisant une étude des temps et mouvements et des données sur les salaires, les coûts des fournitures et de l'équipement et autres ressources d'un projet parallèle de réforme du secteur de la santé de la Banque mondiale. On a calculé les coûts pour les patientes en examinant les reçus des patients pour les tarifs et frais hospitaliers, les médicaments et autres dépenses. Les données ont été collectées à partir de 455 dossiers de patientes, examens cliniques et entretiens à la sortie avec 323 patientes, une étude des temps et mouvements de 52 patientes de l'arrivée au service d'urgence jusqu'au départ, 17 inventaires aléatoires de fournitures et d'équipement et 13 entretiens approfondies avec des prestataires et des décideurs.

Billings et al., 2003a, Mexique.

Une étude faite de 1997 à 1998 dans six hôpitaux de l'Institut mexicain de Sécurité Sociale (IMSS) a permis d'apporter une formation aux prestataires pour souligner l'empathie et le soutien apportés aux femmes et à la reconnaissance de leur état émotionnel et de leurs besoins spécifiques, une information sur les complications possibles après l'intervention et les soins de suivi à domicile, le counseling pour reconnaître les intentions en santé de la reproduction des femmes, l'information sur le retour de fécondité et la méthode contraceptive fournie en fonction des besoins et souhaits de la femme. L'étude a permis d'interviewer 803 femmes traitées pour complications liées à l'avortement. L'étude emploie un plan post-test quasi-expérimental mesurant séparément les résultats pour les institutions où une formation en SAA a été dispensée, des institutions où le personnel n'a jamais participé à cette formation. L'étude n'a pas cherché à distinguer explicitement les femmes se présentant pour avortements spontanés ou provoqués. Les assistantes sociales ont posé des questions fermées aux femmes au moment de leur sortie de l'hôpital.

Billings et al., 2003b, Bolivie.

Une étude de l'intervention de 1999 à 2001, faite dans les trois plus grandes maternités de la Bolivie, compare l'utilisation de l'AMIU à l'utilisation du curetage. L'étude pré/post-intervention a été réalisée dans les maternités de La Paz, Santa Cruz et Sucre. Suite aux différences aux niveaux de l'infrastructure, de la taille, du personnel et les caractéristiques de la population, des comparaisons ont été faites entre les résultats avant et après l'intervention au sein de l'hôpital, mais non pas entre les hôpitaux. L'intervention portait sur la réorganisation des services en soins ambulatoires ; la formation SAA sur l'information et le counseling (état de santé, méthode d'évacuation de l'utérus, contraception après avortement et soins après avoir quitté l'hôpital), ainsi que sur les technologies adéquates et la performance technique ; et le recyclage et la supervision constructive. Les données ont été collectées par le biais de 935 entretiens à la sortie avec les patientes, 269 entretiens de suivi après trois mois avec les clientes, 439 observations des clientes, examen de 768 dossiers cliniques, 47 entretiens avec les prestataires de soins, 204 questionnaires pour les prestataires de soins, 138 entretiens avec des partenaires masculins et 424 observations de la circulation des clientes pour évaluer les coûts.

Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction and Clinique Gynécologique et Obstétricale CHU A. le Dantec, 1998, Sénégal.

Une intervention au Sénégal, faite de 1997 à 1998, a permis de former les prestataires de soins en matière d'AMIU pour traiter les patientes pour complications liées à l'avortement. Des médecins, infirmières et sages-femmes dans trois CHU de Dakar ont suivi une formation portant sur la prise en charge clinique des complications liées à l'avortement dont l'AMIU et la prévention des infections, la planification familiale et le counseling. Pour mesurer l'impact de l'intervention, les chercheurs de cette étude pré/post-intervention ont interviewé 320 patientes et 204 prestataires de soins avant l'intervention et 543 patientes et 175 prestataires de soins après l'intervention. Une étude des temps et mouvements a été faite pour évaluer les coûts de 35 patientes.

Dabash, 2003, Sénégal.

Cette recherche opérationnelle pré/post-intervention faite de 2001 à 2003, au Sénégal, a introduit un modèle intégré de trois éléments SAA dans 18 centres de soins de santé primaires de deux régions essentiellement rurales au Sénégal pour voir s'il était faisable de rendre les services immédiatement accessibles aux femmes dans les zones rurales et pour aider à formuler des normes nationales pour les services de SAA. L'intervention portait sur les éléments suivants : 1) formation pour le personnel en compétences cliniques, counseling, prévention des infections, contraception et soins en général, 2) mise en place de systèmes d'information en gestion et d'assistance technique, ainsi qu'un soutien pour venir à bout des problèmes, et 3) suivi et supervision continus. Avant l'intervention, la plupart des patientes étaient traitées par curage, souvent de la part de prestataires non formés et sans l'anesthésie générale recommandée. Le curage est une méthode dans le cadre de laquelle les doigts sont utilisés pour explorer manuellement l'utérus et évacuer le contenu, d'où le risque d'infection, surtout en l'absence d'un lavage systématique des mains et de l'utilisation de gants. L'intervention a été évaluée par le biais de 103 entretiens avec des clientes, 180 entretiens avec des prestataires de soins, des statistiques de services collectées pendant 14 mois avant et 14 mois après l'intervention, ainsi que des observations dans les établissements et des visites de supervision tout au long de la période du projet.

Huntington et al., 1995, Egypte.

Il s'agit d'une étude pré/post-intervention réalisée en 1994 dans deux hôpitaux égyptiens au Caire et à Minia sur les SAA, notamment l'utilisation de l'AMIU et la fourniture de planification familiale. La formation comptait des démonstrations et une pratique supervisée en salle d'opération, traitant également des méthodes contraceptives, du counseling en planification familiale et de la prise en charge de la douleur. L'étude comportait 552 observations structurées des interactions patientes-prestataires de soins ; des entretiens avec 154 médecins, 66 infirmières et 550 patientes après avortement ; ainsi qu'un examen des dossiers médicaux. Un total de 83 médecins ont été interviewés avant l'intervention et 71 après l'intervention. Les hôpitaux servaient de site de formation clinique pour les étudiants en médecine

Huntington et al., 1998, Egypte.

Cette étude réalisée de 1995 à 1996 en Egypte a permis d'évaluer les services de SAA. Un total de 568 hôpitaux faisaient partie de l'échantillon comprenant 95% d'hôpitaux publics et environ 60% de tous les lits d'hôpital. Environ 15% des hôpitaux ont été choisis aléatoirement (pour un total de 86 hôpitaux). Un résumé des dossiers a été compilé pour dégager des informations sur les caractéristiques des patientes après avortement, les résultats médicaux au moment de l'hospitalisation, les interventions chirurgicales et autres traitements pendant l'hospitalisation ainsi que les antécédents en matière de planification familiale.

Johnson et al., 1993, Kenya et Mexique.

Une évaluation rapide en 1991 au Kenya et au Mexique a permis de comparer l'AMIU au curetage. Des données ont été collectées de janvier à juin 1991 dans quatre hôpitaux du Kenya et cinq hôpitaux du Mexique en utilisant l'observation directe pour noter le temps et les ressources du début à la fin des séjours hospitaliers des patientes. Toutes les femmes participant à l'étude avaient des avortements incomplets avec une taille de l'utérus de moins de 13 semaines. L'étude prévoyait d'observer au moins 15 femmes dans chaque hôpital mais, vu le faible nombre de patientes, cela n'a pas été possible dans tous les hôpitaux. Les composantes des coûts étudiés étaient les frais du personnel, les médicaments et l'hospitalisation.

Johnson et al., 2002, Zimbabwe.

Une étude longitudinale, faite de 1996 à 1998, compare les résultats de deux grands hôpitaux publics au Zimbabwe où la structure de l'intervention apporte counseling sur place et accès à des contraceptifs gratuits. Seules les femmes souhaitant remettre pendant deux ans au moins leur prochaine grossesse à partir du moment où elles ont reçu les soins après avortement et qui étaient venues à au moins un rendez-vous de suivi ont été incluses à l'étude. Suivant leur traitement pour avortement incomplet, 271 femmes dans la structure d'intervention ont reçu des services gratuits de planification familiale, sur place, avant de quitter l'établissement. Ces services portaient sur l'information et le counseling concernant la régulation des naissances à court et à long terme et les choix entre condoms, contraceptifs oraux ou l'injectable Depo Provera avant de quitter l'hôpital. Les clientes qui souhaitaient des implants, des DIU, une stérilisation ou d'autres méthodes ont été orientées vers les services compétents. Dans la structure témoin, les pratiques habituelles de sortie de l'hôpital ont été observées sans que l'on prête une attention spéciale aux besoins en matière de contraceptif après avortement de 258 femmes, alors que les contraceptifs étaient disponibles pour un prix nominal dans la maternité voisine, dans un centre de planification familiale près de la maternité et d'autres centres municipaux. Un suivi a été effectué pendant un an des femmes dans les deux structures et on a demandé aux participantes de l'étude de revenir pour des entretiens de suivi tous les trois mois. Lors du suivi, les femmes de la structure témoin ont reçu des informations leur indiquant où elles pouvaient obtenir des contraceptifs, mais seulement si elles le demandaient. Les femmes dans la structure d'intervention ont reçu un nouvel approvisionnement gratuit de contraceptifs ou des contraceptifs différents si elles n'étaient pas satisfaites de leur premier choix. Des visites à domicile ont été faites à environ un cinquième des femmes de la structure d'intervention si elles ne s'étaient pas présentées pour les consultations de suivi. Des tests de grossesse ont été réalisés et les tests positifs ont subi un second test pour reconformer les résultats.

Kiggundu, 1999, Ouganda.

Une étude pilote faite de 1998 à 1999 dans trois hôpitaux régionaux/de référence, quatre hôpitaux de district et six centres de santé en Ouganda a permis d'apporter une formation en SAA à des sages-femmes. L'étude a permis de suivre 781 patientes des SAA pendant neuf mois de collecte de données. Au niveau des centres de santé, l'étude a suivi 161 cas (21%) alors que, dans ces structures, il n'existait pas de service de SAA avant la formation des sages-femmes. Le projet pilote a permis de former 10 médecins et 24 sages-femmes séparément dans le cadre d'une série de trois ateliers de deux semaines. Une visite de supervision a été faite dans les deux semaines suivant la formation pour aider à en mettre en place les nouveaux services de SAA. Soutien et supervision ont été apportés tous les trois mois. Au niveau de l'hôpital, même en présence de médecins formés en matière d'AMIU, les sages-femmes ont réalisé une proportion importante des interventions AMIU. Les structures ont indiqué que les services étaient disponibles 24 heures sur 24 dans ces centres de santé puisque les

sages-femmes habitent généralement près de l'établissement et, parce qu'elles sont connues dans la communauté, les gens viennent souvent les voir à domicile pendant la nuit. Le programme a été évalué six mois après la dernière séance de formation de deux semaines et se basait sur l'inspection des dossiers des patientes, l'évaluation des compétences prétest et post-test des sages-femmes, l'administration de questionnaires aux sages-femmes et à leurs superviseurs, les entretiens avec les patientes des SAA ainsi que l'observation directe. Avant l'étude, les médecins traitaient toutes les patientes des services d'avortement à l'hôpital et tous les centres de santé transféraient les clientes après avortement. Un programme des SAA et un manuel des sages-femmes ont été mis au point dans le cadre de l'intervention.

Koontz et al., 2003, Salvador.

Une étude réalisée en 1999 au Salvador, on a comparé les frais hospitaliers, la durée du séjour, les taux de complications et l'acceptation de la planification familiale suivant les SAA dans le cadre d'une étude prospective, aléatoire, avec cas-témoins auprès de 154 femmes assignées soit au curetage soit à l'AMIU. On a calculé les coûts en tenant compte des frais généraux liés au séjour en service d'urgence, service chirurgicale et service gynécologique ; les coûts du temps du personnel traitant les patientes ; les coûts des médicaments pendant le séjour hospitalier ; les coûts des fournitures et de la désinfection ; les coûts du matériel ; et les coûts des services tels que les laboratoires, les repas, les ultrasons, etc.

Langer et al., 2002; Langer et al., 1999; Brambila et al., 1999, Mexique.

Dans le cadre d'une étude faite auprès de 339 patientes après avortement à Oaxaca, au Mexique, (année non spécifiée) comparant l'AMIU au curetage, on n'a pas cherché à déterminer si l'avortement était spontané ou de nature provoquée. Avant l'intervention, l'AMIU était utilisée 0% du temps puis cette proportion est passée à 78,1% après l'intervention. Le curetage avant l'intervention était la technique la plus utilisée (89,6%) puis a diminué à 20,8%. La combinaison du curetage et de l'AMIU était de 10,4% avant l'intervention, puis a diminué à 1,1%. Les directives ont été modifiées pour stipuler l'utilisation de l'AMIU avec anesthésie locale si l'utérus de la patiente était plus petit que 12 cm. Enfin, toutes les salles d'opération sont devenues fonctionnelles 24 heures par jour pour réduire le temps d'attente.

Magak et Mukenge, 2004, Kenya.

La Phase II des Soins communautaires liés à l'Avortement (COBAC), a été démarrée dans le district de Suba, à l'Ouest du Kenya en 2001. La Phase II, réalisée sur quatre ans, fait suite à la recherche formative qui cerne les attitudes communautaires à l'égard des grossesses non souhaitées et de l'avortement à risques (Mukenge, 2002). COBAC, coalition du Kisumu Medical and Educational Trust, du Centre pour l'Etude de l'Adolescence et de l'Institut du Pacifique pour la Santé de la Femme, réalisé une série d'activités d'éducation et de mobilisation communautaires dans le district de Suba. Les ateliers ont permis de former 32 éducateurs-pairs qui ont sensibilisé ensuite d'autres jeunes sur les dangers de l'avortement à risques. Le film « La grande trahison » raconte l'histoire d'une jeune fille de 16 ans qui se retrouve enceinte et seule. Filmé et produit dans l'Ouest du Kenya, il a été passé dans les écoles secondaires et les communautés. Le film suscite un dialogue sur la prévention de la grossesse non souhaitée et de l'avortement à risques. Plus de 6 000 adolescentes, enseignants, dirigeants locaux, représentants ministériels et parents ont vu le film au moment de l'évaluation à mi-parcours. Les groupements féminins et les associations de jeunes ont été formés pour réaliser une éducation en prévention de l'avortement et en SAA lors de fêtes religieuses, de réunions des chefs et d'autres rassemblements sociaux. L'évaluation comprenait également des enquêtes de 97 clientes, 94 membres communautaires, six prestataires cliniques et 20 focus groups d'agents de santé communautaires, de jeunes, d'organisations à base communautaire et de prestataires.

Mahomed et al., 1994, Zimbabwe.

Dans le cadre d'une étude longitudinale prospective de 1990 à 1991 faite à Harare, au Zimbabwe, 834 femmes ont été traitées avec l'AMIU et 589 femmes ont été traitées avec le curetage pour le traitement de l'avortement incomplet. Seules ont été incluses des femmes avec des grossesses de moins de 12 semaines, tel que déterminé par l'examen bimanuel de la taille de l'utérus. Au moment de la sortie, les patientes ont reçu un rendez-vous dans deux semaines et ont été examinées pour les complications après l'intervention. Des visites à domicile ont

été faites pour celles qui ne sont pas revenues au suivi. Les médecins ont assisté à un stage de formation de cinq jours sur l'AMIU, avec utilisation d'analgésiques pour la douleur. Sur une période de trois mois, des données ont été collectées sur 1 000 patientes traitées pour les SAA avec le curetage ; un an après le début de l'étude, les mêmes données ont été collectées sur 834 patientes des SAA traitées avec l'AMIU, dont 589 avaient été incluses à l'analyse car elles se trouvaient à moins de 12 semaines de grossesse. Les résultats étaient basés sur les évaluations faites au suivi deux semaines après.

Medina et al., 2001, Honduras.

Cette étude de recherche opérationnelle en 2001 a été faite pour étendre la planification familiale du post-partum et après avortement à cinq hôpitaux du Honduras. L'étude est un suivi d'une recherche opérationnelle quasi-expérimentale pré/post-intervention, faite de 1996 à 1999 dans l'hôpital Escuela, le plus grand hôpital du Honduras, pour juger de l'efficacité d'une intervention visant à améliorer les services de counseling et la fourniture de méthodes de planification familiale lors du post-partum et après avortement (« événement post-obstétrical »), ainsi que l'intention d'utiliser la planification familiale chez les femmes (Medina et al., 1998). L'étude de recherche opérationnelle de 2001 a été effectuée dans cinq hôpitaux supplémentaires pour aider le MS à étendre à plus grande échelle le modèle de l'hôpital Escuela, de 1999 à 2001. Un plan répété de pré/post-intervention sans groupe de comparaison a été utilisé pour évaluer l'impact de la formation de 164 prestataires de soins (médecins, infirmières, aides-infirmières, assistantes sociales et éducateurs) en matière de counseling, communication, méthodes de PF et choix informé et la formation de 65 infirmières et médecins portant sur les méthodes médicales (insertion de DIU, minilaparotomie). Equipement médical et matériel d'éducation ont été distribués aux cinq hôpitaux et centres de santé de référence et chaque hôpital a organisé des réunions trimestrielles pour discuter des données les plus récentes collectées à l'aide des statistiques de services, des enquêtes auprès des patientes et dans le cadre de visites de supervision. Sur les 1 774 femmes de l'étude, 154 avaient reçu des soins après avortement. Elles ont reçu les mêmes services de PF de la part des mêmes prestataires de soins que les femmes du post-partum, exception faite qu'elles avaient un besoin plus immédiat de contraception pour éviter une autre grossesse et qu'elles pouvaient utiliser des méthodes hormonales puisqu'elles n'allaitaient pas. Les structures de l'étude ont été choisies à dessein parmi les sept hôpitaux connaissant la mortalité maternelle régionale la plus élevée du pays, les cinq hôpitaux avec les conditions les plus favorables pour une telle intervention ont été choisis et en moyenne, les hospitalisations pour les complications liées à l'avortement s'élevaient à 10% des accouchements. Des entretiens ont été organisés avec toutes les femmes pendant une période de deux semaines dans le cadre de six enquêtes trimestrielles.

Ministère de la Santé, Burkina Faso, 1998, Burkina Faso.

Une étude faite de 1997 à 1998 au Burkina Faso compare l'AMIU au curetage. Dans le cadre de cette étude pré et post-intervention, les chercheurs ont formé le personnel dans deux grands hôpitaux à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso pour qu'ils puissent fournir des soins après avortement et ont réorganisé les services pour les rendre disponibles dans un endroit. La formation pour les médecins, les infirmières et les sages-femmes traitait de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), des méthodes de planification familiale, de la prévention des infections et de la communication avec les patientes. Le personnel a également participé à la formulation des politiques et normes pour les services de SAA. Cherchant à mesurer les changements dans les connaissances et comportements, les chercheurs ont interviewé 330 patientes avec complications liées à l'avortement et 78 prestataires de soins avant l'intervention puis 456 patientes et 41 prestataires après l'intervention, et ils ont collecté une information sur les coûts hospitaliers.

Savelieva et al., 2003, Russie.

C'est une étude de recherche opérationnelle faite de 2000 à 2003 visant à accroître l'utilisation de la planification familiale après avortement à Perm, en Russie. Cette étude a utilisé un modèle chronologique quasi-expérimental pour comparer deux interventions visant à institutionnaliser les services de counseling et de planification familiale après avortement avant la sortie de l'hôpital, dans cinq structures (deux hôpitaux et trois services de consultations externes). Le Modèle I consiste à apporter une formation aux prestataires de soins en matière d'aptitudes au counseling et à la communication interpersonnelle pour la planification familiale et à mettre au point et à distribuer des aides professionnelles des prestataires et du matériel d'éducation des clientes portant sur

la planification familiale après avortement. Le Modèle II comporte les mêmes composantes d'intervention mais offre également aux clientes un approvisionnement initial gratuit de trois mois de condoms, pilule, DMPA ou DIU. On a évalué les interventions en comparant les femmes assignées à chacune des interventions à un groupe « témoin » de femmes se rendant dans les mêmes établissements avant l'intervention. Les chercheurs ont interviewé 1 516 femmes et ont observé 40 consultations entre clientes et prestataires avant que les clientes ne quittent l'établissement. De plus, les chercheurs ont interviewé 49 prestataires de soins et ont réalisé 1 079 entretiens de suivi à 13 mois pour évaluer l'utilisation de la contraception et les grossesses ultérieures. L'étude a également fait une évaluation des coûts, comparant le coût moyen de l'avortement pour les patientes (déplacement, intervention et complications connexes) au coût d'un approvisionnement d'une année de contraceptifs.

Solo et al., 1999a; Solo et al., 1998, Kenya.

Une étude faite au Kenya compare trois modèles différents de soins des SAA : 1) options contraceptives fournies dans le service gynécologique de la part du même personnel fournissant les SAA ; 2) options contraceptives fournies dans le service gynécologique par des conseillers de planification familiale ; et 3) options contraceptives fournies ailleurs dans un centre de planification familiale de la part de conseillers de la planification familiale. L'intervention porte sur la formation du personnel SAA en matière d'AMIU et de planification familiale après avortement, de distribution d'équipement et de fournitures et de la réorganisation des services. Quatre cent quatre-vingt-une femmes ont été interviewées avant l'intervention et 319 ont été interviewées après l'intervention.

Yumkella et Githiori, 2000, Kenya.

Une évaluation a été faite 19 semaines après la formation à l'intention d'infirmières/sages-femmes privées concernant la fourniture de services de SAA au Kenya. La formation a été réalisée en 1999 dans le cadre d'une série de six ateliers d'une semaine. Un total de 57 infirmières/sages-femmes ont été formées. Ces 57 infirmières/sages-femmes représentaient 95% des infirmières/sages-femmes dans trois provinces du Kenya. Trente-deux des 57 prestataires formés ont été évalués pendant l'évaluation. La formation a été précédée par une évaluation des besoins en 1998, avec données collectées auprès de 151 infirmières/sages-femmes dans 49 établissements de l'ensemble du Kenya.

Glossaire des termes et définitions

Glossaire des termes et définitions

Avortement incomplet : Rétention de produits de la conception dans l'utérus (Krause et al., 1999).

Avortement septique : Infection compliquant la fausse couche (Krause et al., 1999).

Avortement spontané (voir fausse couche).

Cotinine : “Produit chimique fabriqué dans le corps à partir de la nicotine . . . et peut donc être utilisé pour mesurer la quantité de fumée de tabac qui entre dans le corps” (Foundation for Blood Research, 2004: 1).

Curage : Méthode où les doigts sont utilisés pour explorer manuellement l'utérus et évacuer le contenu. C'est une méthode comportant un grand risque d'infection (Dabash, 2003: 7).

Eclampsie : Maladie survenant pendant la seconde moitié de la grossesse ou au début du post-partum. Elle est caractérisée par une hausse sensible de la tension artérielle ainsi que des convulsions ou un coma.

Fausse couche complète : Expulsion de tous les produits de la conception (Thorstensen, 2000). Caractérisée par la résolution de symptômes et l'expulsion totale des produits de la conception (Coppola et al., 2003).

Fausse couche incomplète : Expulsion incomplète des produits de la conception (Thorstensen, 2000). Le diagnostic est établi lorsque une partie seulement des produits de la conception sont expulsés par le col de l'utérus (Coppola et al., 2003).

Fausse couche : Défini dans ce module comme perte involontaire de la grossesse avant que le fœtus ne soit viable (Thorstensen, 2000).

Fausse couche (échec de fausse couche): Arrêt de développement du fœtus depuis des semaines mais sans saignement à ce moment. Ce type de fausse couche provoque généralement de légères pertes de sang et arrêt soudain des symptômes normaux de la grossesse.

Fausse couche (menace de fausse couche) : (1) Saignement vaginal pendant les 22 premières semaines de la grossesse avec col fermé (Thorstensen, 2000), 2) saignement vaginal sans douleur avant 4 semaines de grossesse, quel que soit le statut du fœtus (Krause et al., 1999) ou 3) diagnostic de la patiente enceinte de moins de 20 semaines avec saignement vaginal et sans dilation ou effacement du col. Ces patientes risquent d'avoir des saignements ou des saignements abondants durant plusieurs heures à plusieurs jours (Coppola et al., 2003).

Hémorragie du post-partum : “Pertes de sang provoquant un changement physiologique (baisse de tension artérielle) mettant en danger la vie de la femme. Cette définition . . . montre que les femmes anémiques dans des pays en développement sont plus vulnérables aux pertes de sang après l'accouchement » (McCormick et al., 2002)

Interaction cliente-prestataire : Communication verbale et non verbale entre le personnel des programmes de soins de santé et les personnes venant consulter pour recevoir information ou services (Ringheim, 2002). Les éléments essentiels de l'interaction cliente-prestataire sont les suivants : traitement respectueux (droit de la cliente au caractère confidentiel et privé), respect du droit de la femme à prendre des décisions concernant son corps, choix informé et volontaire et optique égalité de la femme (Murphy et Steele, 2000)

Ocytocine : médicament provoquant des contractions utérines.

Bloc paracervical : Technique utilisée pour l'anesthésie régionale de l'injection provenant de l'injection d'un anesthésique de chaque côté du col pendant le travail et l'accouchement.

Prééclampsie : Affection se présentant lors de la deuxième moitié de la grossesse caractérisée par une tension artérielle élevée mais sans convulsion ou coma.

Prise en charge abstentionniste : Approche consistant à attendre et observer.

Prise en charge médicale des SAA : Utilisation de médicaments comme le misoprostol et/ou mifépristone pour un avortement incomplet ou fausse couche.

Produits de la conception : Contenu d'un uterus gravide, avec endomètre modifié par la grossesse, sac gestationnel et embryon.

Prophylactique : Médicament qui aide à prévenir le développement d'une maladie.

Rétention foetale se rapporte à une grossesse avec produits de conception non viables gardés pendant des semaines sans exception. Le terme est également utilisé pour indiquer le diagnostic d'une grossesse non viable en l'absence de saignement vaginal, quel que soit le temps estimé de rétention des produits de la conception (Krause et al., 1999)

Sage-femme : se rapporte à un prestataire qualifié; Voir Annexe 2 pour une liste des compétences minimales pour des soins qualifiés lors de l'accouchement.

Septicémie : Etat fébrile résultant d'une infection.

Soins obstétricaux d'urgence (SOU) : Antibiotiques par voie parentérale (IV) ; ocytoxiques par voie parentérale ; sédatifs pour éclampsie ; délivrance du placenta ; extraction des produits retenus et chirurgie (césarienne); anesthésie et transfusion de sang (Maine et al., 1997).

Soins obstétricaux essentiels (SOE) : Antibiotiques par voie parentérale, ocytoxiques par voie parentérale, anticonvulsifs par voie parentérale pour éclampsie et pré-éclampsie et délivrance des produits retenus (aspiration manuelle) et accouchement par voie basse avec assistance (Maine et al., 1997).

Utérotonique : Agent empêchant la relaxation de la paroi musculaire de l'utérus.

Références

Références

Un astérisque () au début de chaque citation signifie que l'étude a été incluse, à ce jour, au module sur les SAA.*

*Abdel-Tawab, N., D. Huntington, E. Osman Hassan, H. Youssef and L. Nawar. 2002. "Recovery from Abortion and Miscarriage in Egypt: Does Counseling Husbands Help?" Pp. 186–204 in *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, edited by N. Haberland and D. Measham. New York: Population Council.

*Abdel-Tawab, N., D. Huntington, E. Osman Hassan, H. Youssef and L. Nawar. 1999. "Effects of Husband Involvement on Postabortion Patients' Recovery and Use of Contraception in Egypt." Pp. 16–37 in *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*, edited by D. Huntington and N. Piet-Pelon. New York: Population Council.

Abdella, A. 1996. "Demographic Characteristics, Socioeconomic Profile and Contraceptive Behaviour in Patients with Abortion at Jimma Hospital, Ethiopia." *East African Medical Journal* 73: 660–664.

*Abeni, D., D. Porta and C. Perucci. 1997. "Deliveries, Abortion and HIV-1 Infection in Rome, 1989-1994." *European Journal of Epidemiology* 13: 373–378.

Abernathy, M., M. Gadea and J. Mariscal. 1999. "Postabortion Care in Latin America: Extending it to the Primary Care Level." *Resources for Women's Health (IPAS)* 2(1): 1–4.

Academy for Educational Development (AED). 2001. *Reproductive Health Brief: Postabortion Care Advocacy in East and Southern Africa*. Washington, DC: AED.

Adamchak, S., W. Pressman, A. Sy and P. Wolf. 1998. *Evaluation of the Africa Operations Research/Technical Assistance Project II*. Population Technical Assistance Project.

*Adler, NE, HP David, BN Major, SH Roth, NF Russo, and GE Wyatt. 1990. "Psychological Responses After Abortion." *Science*. 248(4951): 41–4.

*Adu, S. 1996. "Biosocial Profile of Women with Incomplete Abortions in Ga-Rankuwa Hospital, Medunsa, RSA." *Central African Journal of Medicine* 42(7): 198–202.

AED. 2003. *Postabortion Care in Francophone Africa*. Washington, DC: Academy for Educational Development. Website: www.aed.org.

*Ahlborg Jr., G. and L. Bodin. 1991. "Tobacco Smoke Exposure and Pregnancy Outcome Among Working Women: A Prospective Study at Prenatal Care Centers in Orebro County, Sweden." *American Journal of Epidemiology* 133(4): 338–347.

*Ahluwalia, I.B., T. Schmid, M. Kouletio and O. Kanenda. 2003. "An Evaluation of a Community-based Approach to Safe Motherhood in Northwestern Tanzania." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 82: 231–240.

*Alan Guttmacher Institute (AGI). 1999. *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*. New York, NY: Alan Guttmacher Institute.

*Alex, L. and A. Hammarstrom. 2004. "Women's Experiences in Connection with Induced Abortion—A Feminist Perspective." *Scandinavian Journal of Caring Science* 18(2): 160–168.

*Amaro, H., L. Fried, H. Cabral and B. Zuckerman. 1990. "Violence During Pregnancy and Substance Abuse." *American Journal of Public Health* 80(5): 575–579.

Ankomah, A. and A. Manlagit. 1997. "Unsafe Abortions: Methods Used and Characteristics of Patients Attending Hospitals in Nairobi, Lima, and Manila." *Health Care for Women International* 18(1).

*Ankum, W., M. Wieringa-de Waard and P. Bindels. 2001. "Regular Review: Management of Spontaneous Miscarriage in the First Trimester: An Example of Putting Informed Shared Decision Making into Practice." *British Medical Journal* 322: 1343–1346.

*Arbuckle T., Z. Lin and L. Mery. 2001. "An Exploratory Analysis of the Effect of Pesticide Exposure on the Risk of Spontaneous Abortion in an Ontario Farm Population." *Environmental Health Perspectives* 109(8): 851–857.

*Arens, T., D. Caudill, S. Gautam, N. Haberland, and G. Nakarmi. 2002. "If many push together, it can be done: Reproductive health and women's savings and credit in Nepal," Pp. 395–414 in *Responding to Cairo: Case studies of changing practice in reproductive health and family planning*, edited by Nicole Haberland and Diana Measham. New York: Population Council.

Argandona, A. and E. Israel. 2003. "LAC Regional Postabortion Care Conference: Post-Conference Update." *PAC In Action* 3: 1–8. Postabortion Care Consortium.

*Armstrong B., A. McDonald and M. Sloan. 1992. "Cigarette, Alcohol, and Coffee Consumption and Spontaneous Abortion." *American Journal of Public Health* 82: 85–87.

Ashford, L. 2001. *New Population Policies: Advancing Women's Health and Rights*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

Ashford, L. and C. Makinson. 1999. *Reproductive Health in Policy and Practice: Case Studies from Brazil, India, Morocco, and Uganda*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

*Askew, I. and M. Berer. 2003. "The Contribution of Sexual and Reproductive Health Services to the Fight Against HIV/AIDS: A Review." *Reproductive Health Matters* 11(22): 51–73.

*Athey, J. and A. Spielvogel. 2000. "Risk Factors and Interventions for Psychological Sequelae in Women after Miscarriage." *Primary Care Update for Ob/Gyns* 7: 64–69.

*Autry, A., G. Jacobson, R. Sandhu and K. Isbill. 1999. "Medical Management of Non-viable Early First Trimester Pregnancy." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 67(1999): 9–13.

*Avalos, L. 1999. "Hindsight and the Abortion Experience: What Abortion Means to Women Years Later." *Gender Issues*. 17(2): 35–57.

*Avni, M. and S. Settergren. 2000. "Postabortion Care." Pp. 12 and 33–36 in *Research Gaps Related to Gender Issues and Population, Health, and Nutrition Programs: An Analysis*, section edited by D. Billings. Washington, DC: Interagency Gender Working Group.

*Ayres-de-Campos, D., J. Teixeira-da-Silva, I. Campos and B. Patricio. 2000. "Vaginal Misoprostol in the Management of First-Trimester Missed Abortions." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 71: 53–57.

Bagratee, J., V. Khullar, L. Regan, J. Moodley and H. Kagoro. 2004. "A Randomized Controlled Trial Comparing Medical and Expectant Management of First Trimester Miscarriage." *Human Reproduction* 19(2): 266–271.

*Baird, T. and S. Flinn. 2001. *Manual Vacuum Aspiration: Expanding Women's Access to Safe Abortion Services*. Chapel Hill, NC: Ipas.

*Baird, T., D. Billings and B. Demuyakor. 2000. "Notes from the Field: Community Education Efforts Enhance Postabortion Care Program in Ghana." *American Journal of Public Health* 90(4): 631–632.

*Baird, T., R. Gringie and F. Greenslade. 1995. *MVA in the Treatment of Incomplete Abortion: Clinical and Programmatic Experience*. Carrboro, NC: Ipas.

*Barreto, T., O. Campbell, J. Davies, V. Fauveau, V. Filippi, W. Graham, M. Mamdani, C. Rooney and N. Toubia. 1992. "Investigating Induced Abortion in Developing Countries: Methods and Problems." *Studies in Family Planning* 23(3): 159–170.

Batar, I., D. Wildemeersch, M. Vrijens, W. Delborge, M. Temmerman and B. Gbolade. 1998. "Preventing Abortion and Repeat Abortion with the Gynefix Intrauterine Implant System—Preliminary Results." *Advances in Contraception* 14: 91–96.

*Becker, D., S. Garcia and U. Larsen. 2002. "Knowledge and Opinions about Abortion Law Among Mexican Youth." *International Family Planning Perspectives* 28(4): 205–213.

*Ben-Haroush, A., Y. Yogev, R. Mashiach and I. Meizner. 2003. "Pregnancy Outcome of Threatened Abortion with Subchorionic Hematoma: Possible Benefits of Bed-Rest?" *The Israeli Medical Association Journal* 5(6): 422–424.

*Benson, J. and V. Huapaya. 2002. "Sustainability of Postabortion Care in Peru." FRONTIERS Final Report. Washington, DC: Population Council.

Benson, J., R. Gringle and J. Winkler. 1996. "Preventing Unwanted Pregnancy: Management Strategies to Improve Postabortion Care." *Advances in Abortion Care* 5(1): 1–8. Carrboro, NC: Ipas.

*Benson, J., L. Nicholson, L. Gaffikin and S. Kinoti. 1996. "Complications of Unsafe Abortion in Sub-Saharan Africa, a Review." *Health Policy and Planning* 11(2): 117–131.

Benson, J., A. Leonard, J. Winkler, M. Wolf and K. McLaurin. 1992. "Meeting Women's Needs for Post-abortion Family Planning: Framing the Questions." *Issues in Abortion Care* 2. Carrboro, NC: Ipas.

*Berer, M. 2000. "Making Abortions Safe: A Matter of Good Public Health Policy and Practice." *Bulletin of World Health Organization* 78(5): 580–592.

Berer, M. 1999. "HIV/AIDS, Pregnancy and Maternal Mortality and Morbidity." Pp. 198–210 in *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues* edited by M. Berer and S. Ravindran. London, UK: Blackwell Publishers.

*Bernstein, P. and A. Rosenfield. 1998. "Abortion and Maternal Health" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 63(S1): S115–122.

- *Beucher, G., T. Beillat and M. Dreyfus. 2003. "Prise en Charge des Fausses Couches Spontanées du Premier Trimestre" "Management of First Trimester Miscarriages." *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction* 32(1): 5–21.
- *Bhatt, R. 2000. "Environmental Influence on Reproductive Health." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 70: 69–75.
- Billings, D. 2004. "Misoprostol Alone for Early Medical Abortion in a Latin American Clinic Setting." *Reproductive Health Matters* 12(24): 57–64.
- *Billings, D., J. Fuentes Velásquez and R. Pérez-Cuevas. 2003. (Billings et al., 2003a). "Comparing the Quality of Three Models of Postabortion Care in Public Hospitals in Mexico City." *International Family Planning Perspectives* 29(3): 112–120.
- Billings, D., E. Del Pozo and H. Arévalo. 2003 (Billings et al., 2003b). *Testing a Model for the Delivery of Emergency Obstetric Care and Family Planning Services in the Bolivian Public Health System*. Carrboro, NC: Ipas.
- *Billings, D. 2002. "Increasing Access to Abortion Services in Mexico." *Sexual Health Exchange* 2: 12–13.
- Billings, D., T. Baird, V. Ankrah, J. Taylor, K. Ababio and S. Ntow. 2000. "Training Midwives to Improve Postabortion Care in Ghana." In *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 21 Projects, 1993–2000*, edited by S. Jessop, C. Morrissey, E. Dusch, A. Cox and E. Jonas. Arlington, VA: John Snow International.
- *Billings, D., L. T. Baird, V. Ankrah, J. Taylor, K. Ababio and S. Ntow. 1999a. "Midwives and Comprehensive Postabortion Care in Ghana." Pp. 141–158 in *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*, edited by D. Huntington and N. Piet-Pelon. New York: Population Council.
- *Billings, D., X. Castañeda Camey, X. Romero Guerrero, J. Blanco Muñoz, A. Saldaña Rivera, M.V. Chambers and P. Voorduyn. 1999b. "Traditional Midwives and Postabortion Care Services in Morelos, Mexico." Pp. 159–177 in *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*, edited by D. Huntington and N. Piet-Pelon. New York: Population Council.
- Billings D., T. Baird, V. Ankrah, J. Taylor, K. Ababio. 1999c. "Training Midwives to Improve Postabortion Care in Ghana: Major Findings and Recommendations from an Operations Research Project." Carrboro, NC: Ipas.
- Billings, D. 1998. "Integration of Postabortion Care Services with Other Reproductive Health Services." Position Paper for Frontiers in Reproductive Health. Washington, DC: Population Council.
- Blaney, C. 1997. "Postpartum and Postabortion Family Planning in Latin America: Interviews with Health Providers, Policy-makers and Women's Advocates in Ecuador, Honduras and Mexico." Family Health International Working Paper #WP97–02. Washington, DC: Family Health International.
- *Blanchard K., S. Taneepanichskul, O. Kiriwat, K. Sirimani, N. Svirirojana, N. Mavimbela, and B. Winikoff. 2004. "Two Regimens of Misoprostol for Treatment of Incomplete Abortion." *Obstetrics and Gynecology* 89: 534–540.
- *Blanchard K., S. Clark, B. Winikoff, G. Gaines, G. Kabani, and C. Shannon. 2002. "Misoprostol for Women's Health: A Review." *Obstetrics and Gynecology* 99(2): 316–332.

*Blumenthal, P. and R. Remsburg. 1994. "A Time and Cost Analysis of the Management of Incomplete Abortion with MVA." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 45: 261–267.

Blyth, K., D. Nelson and F. Yumkella. 2001. *PAC on the Primary Level: Successfully Scaling Up Quality PAC Services*. Chapel Hill, NC: Program for International Training in Health (Intrah), RR-4.

Boender, C., S. Schuler, D. Santana, D. Santillan, K. Hardee, M. Greene, M. Avni and D. Prieto. 2004. "Integrating Gender into Reproductive Health Programs: Does it Make a Difference to Outcomes?" Working Draft. Interagency Gender Working Group Task Force Report.

Botsh, L., S. Chitsungo and J. Potts. 1999. "Postabortion Family Planning Training Launched in Zimbabwe." *Dialogue* 3(1): 1–2. Chapel Hill, NC: Ipas.

Boyd, M. 1989. "Spontaneous Abortion." *Canadian Journal of Surgery* 32: 260–264.

*Bradley, E. and D. Hamilton-Fairley. 1998. "Managing Miscarriage in Early Pregnancy Assessment Units." *Hospital Medicine* 59(6): 451–456.

*Bradshaw, Z. and P. Slade. 2003. "The Effects of Induced Abortion on Emotional Experiences and Relationships: A Critical Review of the Literature." *Clinical Psychology Review* 23: 929–958.

Brambila, C. Forthcoming. *Self-Assessment and Peer Review to Improve Postabortion Care Services in Guatemala*. Washington, DC: Population Council.

Brambila, C. 2004. *Developing a Supervision Instrument for Postabortion Care in Guatemala, Bolivia and Mexico*. FRONTIERS Final Report. Population Council: Washington, DC.

*Brambila, C., A. Langer, C. García-Barrios and A. Heimburger. 1999. "Estimating the Costs of Postabortion Services at Dr. Aurelio Valdivieso General Hospital, Oaxaca, Mexico." Pp. 108–124 in *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*, edited by D. Huntington and N. Piet-Pelon. New York: Population Council.

*Brier, N. 1998. "Understanding and Managing the Emotional Reactions to a Miscarriage." *Obstetrics and Gynecology* 93: 151–155.

*Brocklehurst, P. and R. French. 1998. "The Association between Maternal HIV Infection and Perinatal Outcome: A Systematic Review of the Literature and Meta-Analysis." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105: 836–848.

*Broen, A.N., T. Moum, A.S. Bodtger, and O. Ekeberg. 2004. "Psychological Impact on Women Of Miscarriage Versus Induced Abortion: A 2-Year Follow-up Study." *Psychosomatic Medicine* 66(2): 265–271.

*Brown, Douglas, Thomas E. Elkins, and David B. Larson. 1993. "Prolonged Grieving after Abortion: A Descriptive Study." *The Journal of Clinical Ethics* 4(2): 118–123.

*Brown, H., R. Jewkes, J. Levin, K. Dickson-Tetteh and H. Rees. 2003. "Management of Incomplete Abortion in South African Public Hospitals." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 110: 371–377.

Brown, S. and L. Eisenberg (eds.). 1995. *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families*. Washington, DC: National Academy Press.

- Bushley, D., M. Wolf and C. Gooding (eds.). 2003. "Case Study: Postabortion Care as Safe Motherhood Programming: Introducing PAC Services in the Conservative Context of Niger." *PAC Consortium...In Action* (4): 1–12.
- Busto, M. and L. Gottlieb. 1992. "*A Mi No Me Va a Pasar*": *Una Propuesta desde la Psicología para Prevenir la Reincidencia Abortiva*. Santiago, Chile: Corporacion de Salud y Politicas Sociales.
- *Butlet, C. 1996. "Late Psychological Sequelae of Abortion: Questions from a Primary Care Perspective." *Journal of Family Practice* 43(4): 396–401.
- *Caceres, G et al. 1981. "Manejo Hospitalario del Aborto Incompleto: Estudio Comparativo del Curetaje Uterino Versus La Aspiracion por Vacio." *Monografías de la Coporacion Centro Regional del Población* 16: 45–81.
- *Calves, A. and D. Meekers. 1997. "Gender Differentials in Premarital Sex, Condom Use, and Abortion: A Case Study of Yaonde, Cameroon." *Working Paper*, No. 10. Washington, DC: Population Services International.
- Carbonell Esteve, J., L. Varela, A. Velazco, E. Cabezas, R. Tanda and C. Sanchez. 1998. "Vaginal Misoprostol for Late First Trimestre Abortion." *Contraception* 57(5): 329–33.
- *Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP) and Clinique Gynecologique et Obstericale Chu A. le Dantec. 1998. *Introduction des Soins Obstetricaux d'Urgence et de la Planification Familiale pour les Patientes Presentant des Complications Liées a un Avortement Incomplet*. Nairobi: Population Council.
- Chambers, M.V., J. Velasquez and D. Catotti. 2001. "Scaling-up Postabortion Care: Lessons from a Decade of Experience in Mexico." *Dialogue* 5(2): 1–2. Chapel Hill, NC: Ipas.
- *Chanrachakul, B., P. Likittanasombut, P. O-Prasertsawat and Y. Herabutya. 2001. "Lidocaine Versus Plain Saline for Pain Relief in Fractional Curettage: A Randomized Controlled Trial." *Obstetrics and Gynecology* 98(4): 592–95.
- *Chatenoud, L., F. Parazzini, E. di Cintio, G. Zanconato, G. Benzi, R. Bortolus and C. La Vecchia. 1998. "Paternal and Maternal Smoking Habits before Conception and During the First Trimester: Relation to Spontaneous Abortion." *Annals of Epidemiology* 8: 520–526.
- Chescheir, N. 1996. "Violence Against Women: Response from Clinicians." *Annals of Emergency Medicine* 27(6): 766–8.
- *Chibber, R. and A. Khurranna. 2003. "Birth Outcomes in Perinatally HIV-infected Adolescents and Young Adults in Manipur, India: A New Frontier." *Archives of Gynecology and Obstetrics* November 13.
- Chipchase, J. and D. James. 1997. "Randomised Trial of Expectant Versus Surgical Management of Spontaneous Miscarriage." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 104(7): 840–841.
- *Chollat-Traquet, C. 1992. *Women and Tobacco*. Geneva: WHO.
- *Chung, T., D. Lee, L. Cheung, C. Haines and A. Chang. 1999. "Spontaneous Abortion: A Randomized, Controlled Trial Comparing Surgical Evacuation with Conservative Management Using Misoprostol." *Fertility and Sterility* 71(6): 1054–1059.

- *Chung, T., L. Cheung, D. Sahota, C. Haines and A. Chang. 1998. "Spontaneous Abortion: Short-term Complications Following Either Conservative or Surgical Management." *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 38(1): 61–4.
- *Chung, T., P. Leung, L. Cheung, C. Haines and A. Chang. 1997. "A Medical Approach to Management of Spontaneous Abortion Using Misoprostol: Extending Misoprostol Treatment to a Maximum of 48 Hours Can Further Improve Evacuation of Retained Products of Conception in Spontaneous Abortion." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 76: 248–251.
- *Chung T., L. Cheung, T. Leung, C. Haines and A. Chang. 1995. "Misoprostol in the Management of Spontaneous Abortion." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 102: 832–835.
- Cnattingius, S., L. Signorello, G. Annerén, B. Clausson, A. Ekblom, E. Ljunger, W. Blot, J. McLaughlin, G. Petersson, A. Rane and F. Granath. 2000. "Caffeine Intake and the Risk of First-trimester Spontaneous Abortion." *New England Journal of Medicine* 343(25): 1839–1845.
- *Cobb, L., P. Putney, R. Rochat, J. Solo, N. Buono, J. Dunlop and M. Vandenbroucke. 2001. "Global Evaluation of USAID's Postabortion Care Program." Washington, DC: Population Technical Assistance Project.
- Coeytaux, F., A. Leonard, and C. Bloomer. 1993. "Abortion." Pp. 133–146 in *The Health of Women: A Global Perspective*, edited by M. Koblinsky, J. Timyan and J. Gay. Boulder, Colorado: Westview Press.
- Commercial Market Strategies. 2002. *Using Microfinance to Improve the Quality of Reproductive Health Services*. New Directions in Reproductive Health. Washington, DC: Commercial Marketing Strategies.
- Commercial Market Strategies. 2002. *The Influence of Maternal and Child Health-Service Utilization on Subsequent Contraceptive Use*. New Directions in Reproductive Health. Washington, DC: Commercial Marketing Strategies.
- Commercial Market Strategies. 2002. *Private Sector Family Planning Service Access and Contraceptive Use*. New Directions in Reproductive Health. Washington, DC: Commercial Marketing Strategies.
- Commercial Market Strategies. 2002. *Can the Nkoranza Community Health Insurance Plan Afford to Add Normal Deliveries to its Benefit Package?* New Directions in Reproductive Health. Washington, DC: Commercial Marketing Strategies.
- *Condé-Agudelo, A., J. M. Belizan, R. Breman, S. C. Brockman, A. and Rosas-Bermudez. 2005. "Effect of the Interpregnancy Interval after an Abortion on Maternal and Perinatal Health in Latin America." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 89: 534–540.
- Connell, E. 1973. "Abortion: Patterns, Techniques, and Results." *Fertility and Sterility* 24(1): 78–91.
- *Constantin, C., A. Martinelli, S. Foster, E. Bonney and O. Strickland. 2003. "Smallpox: A Disease of the Past? Consideration for Midwives." *American College of Nurse-Midwives* 48(4): 258–267.
- Coppola, P. and M. Coppola. 2003. "Vaginal Bleeding in the First 20 Weeks of Pregnancy." *Emergency Medicine Clinics of North America* 21: 667–677.
- *Corbett, M. and K. Turner. 2003. "Essential Elements of Postabortion Care: Origins, Evolution and Future Directions." *International Family Planning Perspectives* 29(3): 106–111.

- *Cogle, JR, DC Reardon, and PK Coleman. 2003. "Depression Associated with Abortion and Childbirth: A Long-term Analysis of the NLSY Cohort." *Medical Science Monitor* 9(4): CR 105–112.
- *Cogle, JR, DC Reardon and PK Coleman. 2005. "Generalized Anxiety Following Unintended Pregnancies Resolved Through Childbirth and Abortion: A Cohort Study of the 1995 National Survey of Family Growth." *Journal of Anxiety Disorders* 19: 137–142.
- *Creinin, M., J. Schwartz, R. Guido and H. Pymar. 2001. "Early Pregnancy Failure—Current Management Concepts." *Obstetrical & Gynecological Survey* 56(2): 105–13.
- *Creinin, M., R. Moyer and R. Guido. 1997. "Misoprostol for Medical Evacuation of Early Pregnancy Failure." *Obstetrics and Gynecology* 89(5 Part 1): 768–772.
- *Cunningham, F., P. MacDonald, N. Gant, K. Leveno and L. Gilstrap (eds.). 1997. *Williams Obstetrics*. 20th edition. Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Curtis, C. 1989. "Crisis Pregnancy Centers: A Study of One Center, Its Clientele, Requested Services, and Services Rendered." A Thesis Submitted to the Faculty of the School of Nursing of the Catholic University of America in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Science of Nursing. Catholic University: Washington, DC.
- *Dabash, R. 2003. "Taking Postabortion Care Services Where They Are Needed: An Operations Research Project Testing PAC Expansion in Rural Senegal: Final Report." New York, NY: Engenderhealth.
- *Dagg, PK. 1991. "The psychological Sequelae of Therapeutic Abortion—Denied and Completed." *American Journal of Psychiatry*. 148(5): 578–585.
- Darroch, J. and S. Singh. 1999. "Why is Teenage Pregnancy Declining? The Roles of Abstinence, Sexual Activity and Contraceptive Use." *Occasional Report*, No. 1: 1–23. New York: Alan Guttmacher Institute.
- *Das, L. 2000. "Malaria During Pregnancy and its Effects on Fetus in a Tribal Area of Koraput District, Orissa." *Indian Journal of Malariology* 37: 11–17.
- Daulaire, N., P. Leidl, L. Mackin, C. Murphy and L. Stark. 2002. *Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World*. Washington, DC: The Global Health Council.
- *Daya, S. "Habitual Abortion." Pp. 227–271 in *Textbook of Gynecology*, edited by L. Copeland. Philadelphia, PA: WB Saunders.
- *de Bruyn, M. 2003. "HIV/AIDS, Pregnancy and Abortion: A Review of the Literature." Carrboro, NC: Ipas.
- de Bruyn, M. 2002. *Reproductive Choice and Women Living with HIV/AIDS*. Carrboro, NC: Ipas.
- Dehner, L. and F. Askin. 1975. "Cytomegalovirus Endometritis: Report of a Case Associated with Spontaneous Abortion." *Obstetrics and Gynecology* 45(2): 211–4.
- *de Jonge, E., J. Makin, E. Manefeldt, G. De Wet and R. Pattinson. 1995. "Randomised Clinical Trial of Medical Evacuation and Surgical Curettage for Incomplete Miscarriage." *British Medical Journal* 311(7006): 662.

*de Jonge, E., R. Pattinson, J. Makin and C. Venter. 1994. "Is Ward Evacuation for Uncomplicated Incomplete Abortion under Systemic Analgesia Safe and Effective? A Randomized Clinical Trial." *South African Medical Journal* 34: 481–483.

*Deckardt R, M Beutel, and K Schaudig. 1994 "[Long-term psychological sequelae of spontaneous abortion: do medical management, recent pregnancy and delivery really help in coping with grief?]" (In German). *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 6: 347–54.

*Demetroulis, C., E. Saridogan, D. Kunde and A. Naftalin. 2001. "A Prospective Randomized Control Trial Comparing Medical and Surgical Treatment for Early Pregnancy Failure." *Human Reproduction* 16(2): 365–369.

*de Poncheville, L., H. Marret, F. Perrotin, J. Lansac and G. Body. 2002. "Les Avortements Spontanés du 1er Trimestre de Grossesse: L'aspiration Utérine Est-elle Toujours de Mise?" "Spontaneous Abortions of First Trimester Pregnancy: Manual Vacuum Aspiration Is Still on the Line?" *Gynecologie Obstetrique & Fertilité* 30: 799–806.

*Díaz, J., M. Loayza, Y. Torres de Yépez, O. Lora, F. Alvarez and V. Camacho. 1999. "Improving the Quality of Services and Contraceptive Acceptance in the Postabortion Period in Three Public-Sector Hospitals in Bolivia." Pp. 61–79 in *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*, edited by D. Huntington and N. Piet-Pelon. New York: Population Council.

*Dickson-Tetteh, K. and D. Billings. 2002. "Abortion Care Services Provided by Registered Midwives in South Africa." *International Family Planning Perspectives* 28(3): 144–147.

Dixon-Mueller, R. 1988. "Innovations in Reproductive Health Care: Menstrual Regulation Policies and Programs in Bangladesh." *Studies in Family Planning* 19(3): 129–137.

*Dlugosz, L., K. Belanger, K. Hellenbrand, T. Holford, B. Leaderer and M. Bracken. 1996. "Maternal Caffeine Consumption and Spontaneous Abortion: A Prospective Cohort Study." *Epidemiology* 7: 250–255.

Dohlie, M., R. Mason Jr., R. Wahome and R. Mulindi. 2003. *Exploring Peer Support Networks for the Provision of High-quality Postabortion Care by Private Nurse-Midwives in Kenya*. Chapel Hill, NC: Intrah.

Dolian, G., F. Ludicke, N. Katchatrian and A. Morabia. 1998. "Contraception and Induced Abortion in Armenia: A Critical Need for Family Planning Programs in Eastern Europe." *American Journal of Public Health* 88(5): 803–805.

*Donovan, F. 2001. "Memorandum for All Contracting Officers and Negotiators, Restoration of the Mexico City Policy—White House Memorandum for the Acting Administrator of the USAID (Revised)." March 29. Washington, DC.

*Egziabher, T., J. Ruminjo and C. Sekadde-Kigondu. 2002. "Pain Relief Using Paracervical Block in Patients Undergoing Manual Vacuum Aspiration of Uterus." *East African Medical Journal* 79(10): 530–534.

*el-Refaey, H., K. Hinshaw, R. Henshaw, N. Smith and A. Templeton. 1992. "Medical Management of Missed Abortion and Anembryonic Pregnancy." *British Medical Journal* 305(6866): 1399.

El-Tagy, A., E. Sakr, D. Sokal and A. Issa. 2003. "Safety and Acceptability of Post-abortal IUD Insertion and the Importance of Counseling." *Contraception* 67(3): 229–234.

*Endeshaw, Y. 1991. "Malaria in Pregnancy: Clinical Features and Outcome of Treatment." *Ethiopian Medical Journal* 29: 103–108.

EngenderHealth. 2003. *Taking PAC Services Where They are Needed: An Operations Research Project Testing PAC Expansion in Rural Senegal, Final Report*. New York, NY: EngenderHealth.

EngenderHealth. 2002. "Operations Research Project: Testing Two Models of Postabortion Family Planning Services to Reduce Repeat Abortions in Russia." Narrative Progress Report, February 1–July 30.

EngenderHealth and IPAS. 2001. *Taking Postabortion Care Services to Scale. Report of an International Workshop, Mombasa, Kenya, May 15–18*. New York, NY: EngenderHealth.

Escandón, I., S. Girvin and K. Graff. 1999. "Increasing Access, Improving Quality: Lessons Learned from Postabortion Care Programs." Poster presented at the American Public Health Association Annual Meeting, Chicago, November 7–11.

*Etuk, S., E. Asuquo. 2000. "Effects of Community and Health Facility Interventions on Postpartum Hemorrhage." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 70: 381–383.

Evans, G and N Chescheir. 1996. "Prevalence of Domestic Violence Among Women Seeking Abortion Services." *Women's Health Issues*. 11(5): 436–441. 6(4): 210.

*Everett, C. 1997. "Incidence and Outcome of Bleeding Before the 20th Week of Pregnancy: Prospective Study from General Practice." *British Medical Journal* 315: 32–34.

Family Health International (FHI). 2004. *Research to Practice: Underused Research Findings, May 2004*. Research Triangle Park, NC: Family Health International.

Farfan, O. et al. 1997. "Informacion y consejeria en planificacion familiar post-aborto: experiencia en cuatro hospitals en Centro America." *Revista Centroamericana de Ginecologia y Obstetricia* 7(2): 46–56.

Faúndes, A. 1991. "Quality of Care in Postpartum Contraception." *Postpartum Conference Article VII*. Research Triangle Park, NC: Family Health International.

Feldman, R. and C. Maposhere. 2003. "Safer Sex and Reproductive Choice: Findings from 'Positive Women: Voices and Choices' in Zimbabwe." *Reproductive Health Matters* 11(22): 162–173.

*Fenster, L., B. Eskenazi, G. Windham and S. Swan. 1991. "Caffeine Consumption During Pregnancy and Spontaneous Abortion." *Epidemiology* 2: 168–174.

Fetters, T. and T. Jolayemi. 2002. *The Hidden Emergency: A Facility-based Assessment of Postabortion Care Services in Public Health Sector Facilities in Northern Nigeria*. Carrboro, NC: Ipas.

*Filshie, G., J. Ahluwalai and R. Beard. 1973. "Portable Karman Curette Equipment in Management of Incomplete Abortions." *Lancet* 2: 1114–1116.

Folsom, M., S. Settegren and P. Gestrin. 1997. *What Can You Do? Postabortion Care in East and Southern Africa*. Nairobi, Kenya: REDSO Postabortion Care Initiative.

Folsom, M. 1999. *Regional Postabortion Care Initiative—Health Networks: A Regional Approach to Improving Postabortion Care in East and Southern Africa*. Workshop Presentation. Baltimore, MD: JHPEIGO.

Fonseca, W., C. Misago, L. Fernandes, L. Correia and D. Silveira. 1997. "Use of Manual Vacuum Aspiration in Reducing Cost and Duration of Hospitalization Due to Incomplete Abortion in an Urban Area of Northeastern Brazil." *Revista de Saude Publica* 31(5): 472–478.

*Forna, F. and A. Gulmezoglu. *Surgical Procedures to Evacuate Incomplete Abortion (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Foundation for Blood Research. 2004. "Cotinine: The major metabolite of nicotine that indicates levels of nicotine intake." Website: www.fbr.org/publications/pamphlets/cotinine.html.

*French, J., J. McGregor, D. Draper, R. Parker and J. McFee. 1999. "Gestational Bleeding, Bacterial Vaginosis and Common Reproductive Tract Infections: Risk for Preterm Birth and Benefit of Treatment." *Obstetrics and Gynecology* 93: 715–724.

Friedman, R. and B. Gradstein. 1996. *Surviving Pregnancy Loss*. Seacaucus, NJ: Citadel Press.

Frontiers in Reproductive Health. 2000. *Electronic Library 1990–1999 (CD-ROM)*. Washington, DC: Population Council.

*Frost, M. and J. Condon. 1996. "The Psychological Sequelae of Miscarriage: A Critical Review of the Literature." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 30: 54–62.

Fuentes Velasquez, J. et al. 2001. "Evaluacion de la introduccion de aspiracion manual endouterina en hospitales del IMSS." *Revista Medica del IMSS* 39(5): 393–401.

Fuentes Velasquez, J. et al. 1998. "Una comparacion de tres modelos de atencion postaborto en Mexico." Research Division Working Paper No. 14. Mexico City, Mexico: Population Council.

Fullerton, J., K. Johal and A. Fort. 1999. "Study of the Effects of Incorporating Selected Reproductive Health Services on Family Planning Services: A Case Study in the Eastern Region of Ghana." *Technical Report*, No. 15. Washington, DC: Intrah.

*Gaertner, E., G. Petro, and P. de Jong. 1998. "Comparison of the Footpump Suction Evacuator with the Manual Vacuum Aspirator for Uterine Evacuation." *South African Medical Journal* 88: 187–192.

Ganatra, B. and S. Hirve. 2000. "Induced Abortion: Decision Making, Provider Choice, and Morbidity Experience in Rural Adolescents (Draft)." Prepared for the IRR/WHO sponsored International Conference on Adolescent Reproductive Health, Mumbai, November 1–4.

Ganatra, B. and H. Johnston. 2002. "Reducing Abortion—Related Mortality in South Asia: A Review of Constraints and a Road Map for Change." *Journal of the American Medical Women's Association* 57(3): 159–164.

*García-Hernández, E., S. Montoya-Manzano and D. Manterola Alvarez. 2000. "Causas de Aceptación y No Aceptación de Métodos Anticonceptivos en el Postaborto Inmediato." *Ginecología y Obstetricia de Mexico* 68(6): 254–258.

Garrison, K. 2002. *Proposal for Contribution to the Malawi Ministry of Health and Population Health Sector Human Resource Plan*. Working Draft. Baltimore, MD: JHPIEGO Corporation.

- *Gay, J., K. Hardee, N. Judice, K. Agarwal, K. Fleming, A. Hairston, B. Walker and M. Wood. 2003. *Module 1: Safe Motherhood. What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventions*. Washington, DC: POLICY Project.
- *Gazvani, R., E. Honey, F. MacLennan and A. Templeton. 2004. "Manual Vacuum Aspiration (MVA) in the Management of First Trimester Pregnancy Loss." *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 112: 197–200.
- *Gebreselassie, H. and T. Fetters. 2002. *Responding to Unsafe Abortion in Ethiopia: A Facility-based Assessment of Postabortion Care Services in Public Health Sector Facilities in Ethiopia*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- *Germain, A. 2000. "Population and Reproductive Health: Where Do We Go Next?" *American Journal of Public Health* 90(12): 1845–1847.
- *Geyman, J., L. Oliver and S. Sullivan. 1999. "Expectant, Medical or Surgical Treatment of Spontaneous Abortion in First Trimester of Pregnancy? A Pooled Quantitative Literature Evaluation." *Journal of the American Board of Family Practice* 12: 55–64.
- Ghosh, A., D. Lewison and E. Lu (eds.). 1999. *Issues in Establishing Postabortion Care Services in Low-Resource Settings*. Baltimore, MD: JHPIEGO.
- Gillespie, D. 2004. "Making Abortion Rare and Safe." *The Lancet* 363(9402): 74.
- *Girvin, S. 1999. "Increasing Access, Improving Quality: Lessons Learned from Postabortion Care Programs," AVSC Presentation at the Postabortion Care Workshop, JHPIEGO, Baltimore, MD: 20–21 May.
- *Girvin, S. and J. Ruminjo. 2003. "An Evaluation of Manual Vacuum Aspiration Instruments." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 83 (2): 219–232.
- *Goldberg, A., M. Greenberg and P. Darney. 2001. "Misoprostol and Pregnancy." *The New England Journal of Medicine* 344(1): 38–47.
- *Gómez, P.I., H. Gaitán, C. Nova and A. Paradas. 2004. "Paracervical Block in Incomplete Abortion Using Manual Vacuum Aspiration: Randomized Clinical Trial." *Obstetrics and Gynecology* 103(5): 943–951.
- *Goyaux, N., E. Alihonou, F. Diadhiou, R. Leke and P. Thonneau. 2001. "Complications of Induced Abortion and Miscarriage in Three African Countries: A Hospital-based Study Among WHO Collaborating Centers." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 80: 568–573.
- Greenslade, F. and W. Jansen. 1998. "Postabortion Care Services: an Update from PRIME." *Resources for Women's Health* 1(2): 1–12. Carrboro, NC: Ipas.
- Greenslade, F., H. McKay, M. Wolf and K. McLaurin. 1994. "Post-Abortion Care: A Women's Health Initiative to Combat Unsafe Abortion." *Advances in Abortion Care* 4(1): 1–4. Carrboro, NC: Ipas.
- *Greenslade, F., A. Leonard, J. Benson, J. Winkler and V. Henderson. 1993. "Manual Vacuum Aspiration: A Summary of Clinical and Programmatic Experience Worldwide." Carrboro, NC: Ipas.
- Griffey Brechin, S., A. Pfitzer, P. Jean, K. Garrison and C. Quist. 1999. "Strengthening Family Planning and Safe Motherhood Clinical Training in Moroccan Medical Schools: Evaluation of Student Performance." *Technical Report*, No. 01. JHPIEGO.

Griffey Brechin, S., L. Schaefer, K. Garrison and M. Lacoste. 2001. "Retention of Training Skills in Family Planning Trainers: Results of a 1997 Trainer Followup Assessment in Zimbabwe." *Technical Report*, No. 09. JHPIEGO.

*Grimes, D., K. Schultz and N. Stanwood. 2004. "Immediate Postabortal Insertion of Intrauterine Devices." *Cochrane Database Syst Rev* Oct 18 (4): CD001777.

*Grimes, D., K. Schulz, W. Cates Jr. and C. Tyler. 1977. "The Joint Program for the Study of Abortion/CDC: A Preliminary Report." In Hern, W and B. Andrikopoulos (eds.) *Abortion in the Seventies*. New York: National Abortion Federation.

*Grimes, D., K. Schulz, W. Cates Jr. and C.W. Tyler Jr. 1979. "Local Versus General Anesthesia: Which is Safer for Performing Suction Curettage Abortions?" *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 135(8): 1030–1035.

Grimes, D. and W. Cates. 1979. "Complications from Legally-induced Abortion: A Review." *Obstetrical & Gynecological Survey* 34(3): 177–191.

*Gronlund, L., A. Gronlund, L. Clevin, B. Andersen, N. Palmgren and O. Lidegaard. 2002. "Spontaneous Abortion: Expectant Management, Traitement médical or Surgical Evacuation." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 81(8): 781–2.

Gronlund, A., L. Gronlund, L. Clevin, B. Andersen, N. Palmgren and O. Lidegaard. 2002b. "Management of Missed Abortion: Comparison of Traitement médical with Either Mifepristone and Misoprostol or Misoprostol Alone with Surgical Evacuation: A Multi-center Trial in Copenhagen County, Denmark." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 81: 1060–1065.

Gupte, M., S. Bandewar, and H. Pisal. 1997. "Abortion Needs of Women in India: A Case Study of Rural Maharashtra." *Reproductive Health Matters* 5(9): 77–86.

Gutiérrez, M., J. Juárez and E. Aliaga. 2001. *Community Opinions Regarding Postabortion Care and Family Planning Services in Puente Piedra District—Lima Peru*. Watertown, MA: Pathfinder International.

Guzman, A., D. Ferrando and L. Tuesta. 1995. *Treatment of Incomplete Abortion: Manual Vacuum Aspiration Versus Curettage in the Maternal Perinatal Institute in Lima, Peru*. Unpublished Paper. Watertown, MA: Pathfinder International.

*Hakimi, M., E. Nur Hayati, V.U. Marlinawati, A. Winkvist and M.C. Ellsberg. 2001. *Silence for the Sake of Harmony: Domestic Violence and Health in Central Java, Indonesia*. Indonesia, Sweden and USA: CHN-RL, GMU, Yogyakarta; Rifka Annisa Women's Crisis Center, Yogyakarta; Umea University, Sweden; and PATH.

[Hammerslough, C.](#) 1992. "Estimating the Probability of Spontaneous Abortion in the Presence of Induced Abortion and Vice Versa." *Public Health Reports* 107(3): 269–277.

*Han, J. and D. Gan. 2003. "Research Progress on Effects of Environmental Tobacco Smoke on Outcome of Pregnancy." *Wei Sheng Yau Jiu* 32(3): 291–294.

Hardy, E. and K. Herud. 1975. "Effectiveness of a Contraceptive Education Program for Postabortion Patients in Chile." *Studies in Family Planning* 6(7): 188–91.

- Harter, C. and K. Benirschke. 1976. "Fetal Syphilis in the First Trimester." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 124(7): 705–711.
- Hedin, L. and P. Janson. 2000. "Domestic Violence During Pregnancy: The Prevalence of Physical Injuries, Substance Use, Abortions and Miscarriages." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 79: 625–630.
- *Heise, L., M. Ellsberg, and M. Gottmoeller. 2002. "A Global Overview of Gender-Based Violence." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 78 (Supplement 1): S5–S14.
- *Heise, L., M. Ellsberg and M. Gottmoeller. 1999. "Ending Violence Against Women." *Population Reports*, Series L, No. 11. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins School of Public Health Population Information Program.
- Hemlin, J. and B. Moller. 2001. "Manual Vacuum Aspiration, A Safe and Effective Alternative in Early Pregnancy Termination." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 80: 563–567.
- Henshaw, S., S. Singh and T. Haas. 1999. "Recent Trends in Abortion Rates Worldwide." *International Family Planning Perspectives* 25(1): 44–48.
- Henshaw, R., K. Cooper, H. El-Refaey, N. Smith and A. Templeton. 1993. "Medical Management of Miscarriage: Non-surgical Uterine Evacuation of Incomplete and Inevitable Spontaneous Abortion." *British Medical Journal* 306: 894–895.
- *Herabutya, Y. and P. O-Prasertsawat. 1997. "Misoprostol in the Management of Missed Abortion." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 56: 263–266.
- Hernández, O., F. Calani, P. Riveros, F. Gonzáles, C. Cossio, and C. de la Quintana. 2003. *Observación de Pares como una Técnica de Capacitación a Proveedores en Complicaciones Hemorrágicas de la Primera Mitad del Embarazo dentro del Marco del Programa de Atención Post Aborto (PAC)*. Bolivia: Catalyst.
- *Hertig, A., J. Rock, E. Adams and C. Menkin. 1959. "Thirty-four Fertilized Human Ova, Good, Bad, and Indifferent, Recovered from 210 Women of Known Fertility. A Study of Biologic Wastage in Early Human Pregnancy." *Pediatrics* 23: 202–211.
- Hiller, J., E. Griffith and F. Jenner. 2003. "Education for Contraceptive Use by Women after Childbirth (Cochrane Review)." *The Cochrane Library* (3): ISSN 1464-780X.
- Hinshaw, H.K.S. 1997. "Medical Management of Miscarriage." Pp. 284–295. *Problems in Early Pregnancy*, edited by J. Grudzinskas and P. O' Brien. London, England: RCOG.
- Hord, C. 1997. "The Safe Motherhood Initiative and Abortion Care: Compatible or Not?" *Initiatives in Reproductive Health Policy* 2(2), Ipas.
- *Htay, T., J. Sauvarin and S. Khan. 2003. "Integration of Post-Abortion Care: The Role of Township Medical Officers and Midwives in Myanmar." *Reproductive Health Matters* 11(21): 27–36.
- Huber, D. and E. Bowles. 2000. "Postabortion Care to Avert Future Abortions." Workshop Presentation at Issues in *Issues in Establishing Postabortion Care Services in Low-Resource Settings* Workshop of Pathfinder International, Washington DC.

Hughes, J. M. Ryan, R. Henshaw, K. Hinshaw, R. Rispin and A. Templeton. 1996. "The Costs of Treating Miscarriage: A Comparison of Medical and Surgical Management." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 103: 1217–1221.

*Human Rights Watch. 1996. *Shattered Lives: Sexual Violence During the Rwandan Genocide and its Aftermath*. New York. www.hrw.org

Huntington, D. and L. Nawar. 2003. "Moving from Research to Program—The Egyptian Postabortion Care Initiative." *International Family Planning Perspectives* 29(3): 121–125.

Huntington, D. and N. Piet-Pelon (eds). 1999. *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*. New York, NY: Population Council.

Huntington, D. 1998. *Advances and Challenges in Postabortion Care Operations Research: Summary Report of a Global Meeting*. New York, NY: Population Council.

*Huntington, D., L. Nawar, E. Osman Hassan, H. Youssef and N. Abdel-Tawab. 1998. "The Postabortion Caseload in Egyptian Hospitals: A Descriptive Study." *International Family Planning Perspectives* 24(1): 25–31.

*Huntington, D., L. Nawar and D. Abdel-Hady. 1997. "Women's Perceptions of Abortion in Egypt." *Reproductive Health Matters* 9: 101–107.

*Huntington, D., E. Osman Hassan, N. Attallah, N. Toubia, M. Naguib and L. Nawar. 1995. "Improving the Medical Care and Counseling of Postabortion Patients in Egypt." *Studies in Family Planning* 26(6): 350–362.

Ikechebelu, J. and C. Okoli. 2003. "Morbidity and Mortality Following Induced Abortion in Nnewi, Nigeria." *Tropical Doctor* 33: 170–172.

Iles, S. 1989. "The Loss of Early Pregnancy." *Baillieres Clinical Obstetrics and Gynaecology* (3)4: 769–790.

Indian Institute of Health Management Research. 2003. *End of Project Evaluation of: Enabling the Expansion of Sustainability of Integrated RCH/Infectious Diseases Outreach Services through Skill Upgradation, Capacity Building, and Women's Empowerment in Ranchi, Jharkhand*. Washington, DC: Centre for Education, Development and Population Activities (CEDPA).

*Institute of Medicine, National Academy of Sciences (IOM). 2003. *Improving Birth Outcomes in Developing Countries*. Washington, DC: National Academy Press.

*Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS). 1997. *Sistema Unica de Informacion*. Mexico City, Mexico.

*Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). 2001. *Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social*. No. 17. Aguascalientes, Mexico.

Interagency Gender Working Group (IGWG). 2003. *Three Case Studies: Involving Men to Address Gender Inequalities*. Men and Reproductive Health Subcommittee.

Interagency Gender Working Group (IGWG). 2002. *Gender-Based Violence and Reproductive Health & HIV/AIDS: Summary of a Technical Update*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

Interagency Gender Working Group (IGWG). 2000. *Research Gaps Related to Gender Issues and Population, Health, and Nutrition Programs: An Analysis*. Research and Indicators Subcommittee.

International Conference on Population and Development (ICPD). 1994. *International Conference on Population and Development Programme of Action*. ICPD: Cairo, Egypt, September 5–13.

*International Planned Parenthood Federation. 1993. “International Medical Advisory Panel Statement on Abortion.” *IPPF Medical Bulletin* 27: 4.

Intrah School of Medicine of the University of North Carolina. 2001. *PRIME Postabortion Care*. Chapel Hill, NC: The PRIME Project.

IPAS. 2003. *Integrating HIV and Safe Abortion Care: Vision, Guiding Principles and Recommendations for Action*. Carrboro, NC: Ipas.

Israel, E. and S. Webb. 2002. *Tapping Community Opinion on Postabortion Care Services*. Technical Guidance Series. Watertown, MA: Pathfinder International.

Jacobs, J. and J. Harvey. 2000. “Evaluation of an Australian Miscarriage Support Programme.” *British Journal of Nursing* 9(1): 22–6.

*Jamieson, D., S. Meikle, S. Hillis, D. Mtsuko, S. Mawji and A. Duerr. 2000. “An Evaluation of Poor Pregnancy Outcomes Among Burundian Refugees in Tanzania.” *Journal of the American Medical Association* 283 (3): 397–402.

*Jarrell, J., A. Gocmen, W. Foster, R. Brant, S. Chan and M. Sevcik. 1998. “Evaluation of Reproductive Outcomes in Women Inadvertently Exposed to Hexachlorobenzene in Southeastern Turkey in the 1950s.” *Reproductive Toxicology* 12(4): 469–476.

*Jejeebhoy, S. 1998. “Associations between Wife-Beating and Fetal and Infant Death: Impressions from a Survey in Rural India.” *Studies in Family Planning* 29(3): 300–308.

*Jejeebhoy, S. 1996. “Adolescent Sexual and Reproductive Behavior: A Review of the Evidence from India.” *ICRW Working Paper*, No. 3. Washington, DC: International Center for Research on Women.

*Johnson, B., S. Ndhlovu, S. Farr and T. Chipato. 2002. “Reducing Unplanned Pregnancy and Abortion in Zimbabwe through Postabortion Contraception.” *Studies in Family Planning* 33(2): 195–202.

*Johnson, B., J. Benson, J. Bradley and A. Ordonez. 1993. “Costs and Resource Utilization for the treatment of Incomplete Abortion in Kenya and Mexico.” *Journal of Social Science Medicine* 36(11): 1441–1453.

*Johnston, H., R. Ved, N. Lyall and K. Agarwal. 2003. “Where Do Rural Women Obtain Postabortion Care? The Case of Uttar Pradesh, India.” *International Family Planning Perspectives* 29(4): 182–187.

*Johnston, H., R. Ved, N. Lyall and K. Agarwal. 2001. “Technical Report #23: Postabortion Complications and their Management: A Community Assessment Conducted in Rural Uttar Pradesh, India.” Chapel Hill, NC: Intrah.

*Jowett, M. 2000. “Safe Motherhood Interventions in Low-Income Countries: An Economic Justification and Evidence of Cost Effectiveness.” *Health Policy* 53: 201–228.

*Jurkovic, D. 1998. “Modern Management of Miscarriage: Is There a Place for Non-Surgical Treatment?” *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 11: 161–163.

- *Jurkovic, D., J. Ross and K. Nicolaides. 1998. "Expectant Management of Missed Abortion." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105(6): 670–671.
- Kamat, D., S. Dani and R. Anjaneyulu. 1979. "Pericervical Block with Vacuum Aspiration." *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India* 29(3): 557–560.
- Kapoor, I. 1997. *Sexual and Reproductive Health Needs & Challenges in South Asia*. London: International Planned Parenthood Federation.
- Katende, C., N. Gupta and R. Bessinger. 2003. "Facility-Level Reproductive Health Interventions and Contraceptive Use in Uganda." *International Family Planning Perspectives* 29(3): 130–37.
- Kaye, D. 2001. "Domestic Violence Among Women Seeking Post-abortion Care." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 75: 323–325.
- [Keeling, J., L. Birch and P. Green](#). 2004. "Pregnancy Counseling Clinic: A Questionnaire Survey of Intimate Partner Abuse." *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* (3): 165–8.
- *Kero, A. U. Hogberg, and A. Lalos. 2004. "Wellbeing and Mental Growth—Long Term Effects of Legal Abortion." *Social Science and Medicine*. 58: 2559–2569.
- *Kiggundu, C. 1999. "Decentralizing Integrated Postabortion Care in Uganda: A Pilot Training and Support Initiative for Improving the Quality and Availability of Intergrated RH Service." Kampala, Uganda: Ministry of Health, PRIME, Ipas and DISH.
- King, T. and J. Benson. 1998. "Hospitals Reduce Costs by Improving Postabortion Care." *Operations Research Alternatives (The Operations Research and Technical Assistance Newsletter)* August: 8–10.
- *Kinoti, S., L. Gaffikin, J. Benson and L. Nicholson. 1995. *Monograph on Complications of Unsafe Abortion in Africa*. Arusha, Tanzania: The Commonwealth Regional Health Community Secretariat for East, Central, and Southern Africa.
- *Kishida, Y. 2001. "Anxiety in Japanese Women After Elective Abortion." *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 30(5): 490–495.
- *Kizza, A. and K. Rogo. 1990. "Assessment of the Manual Vacuum Aspiration (MVA) Equipment in the Management of Incomplete Abortion." *East African Medical Journal* 67(11): 812–822.
- Koetsawang, S., A. Saha and S. Pachauri. 1978. "Study of 'Spontaneous' Abortion in Thailand." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 15(4): 361–368.
- *Koontz, S., O. Molina de Perez, K. Leon and A. Foster-Rosales. 2003. "Treating Incomplete Abortion in El Salvador: Cost Savings with Manual Vacuum Aspiration." *Contraception* 68: 345–351.
- *Koontz, S. and S. Conly. 1993. "Expanding Access to Safe Abortion: Key Policy Issues." *Population Policy Information Kit*, Number 8. Washington, DC: Population Action International.
- *Koster-Oyekan, W. 1998. "Why Resort to Illegal Abortion in Zambia? Findings of a Community-based Study in a Western Province." *Social Science and Medicine* 46(10): 1303–1312.

Krause, S., R. Jones and S. Purdin. 2000. "Programmatic Responses to Refugees' Reproductive Health Needs." *International Family Planning Perspectives* 26(4): 181–187.

*Krause, S. and B. Graves. 1999. "Midwifery Triage of First Trimester Bleeding." *Journal of Nurse-Midwifery* 44(6): 537–48.

Kulier, R., A. Fekih, G. Hofmeyr and A. Campana. 2003. "Surgical Methods for First Trimester Termination of Pregnancy (Cochrane Review)." *The Cochrane Library* (3): ISSN 1464-780X.

*Kumar, R., S. Uduman and A. Khurranna. 1995. "Impact of Maternal HIV-1 Infection on Perinatal Outcomes." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 49: 147–143.

*Laferla, J. 1986. "Spontaneous Abortion." *Clinical Obstetrics and Gynecology* 13(1): 105–114.

*Lane, S., J. Jok and M. El-Mouelhy. 1998. "Buying Safety: The Economics of Reproductive Risk and Abortion in Egypt." *Social Science and Medicine* 47 (8): 1089–1099.

*Langer, A., A. Heimburger, C. García-Barrios and B. Winikoff. 2002. "Improving Postabortion Care in a Public Hospital in Mexico." Pp. 236–256 in *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, edited by N. Haberland and D. Measham. New York, NY: Population Council.

*Langer, A., C. García-Barrios, A. Heimburger, L. Campero, K. Stein, B. Winikoff and V. Barahona. 1999. "Improving Postabortion Care with Limited Resources in a Public Hospital in Oaxaca, Mexico." Pp. 80–105 in *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*, edited by D. Huntington and N. Piet-Pelon. New York: Population Council.

*Lassey, A. 1995. "Complications of Induced Abortion and Their Preventions in Ghana." *East African Medical Journal* 72(12): 774–777.

*Laufe, L. 1977. "The Menstrual Regulation Procedure." *Studies in Family Planning* 8(10): 253–256.

Lee, D., L. Cheung, C. Haines, K. Chan, M. Psych and T. Chung. 2001. "A Comparison of the Psychologic Impact and Client Satisfaction of Surgical Treatment with Traitement médical of Spontaneous Abortion: A Randomized Controlled Trial." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 185: 953–958.

*Lee, D., C. Wong, G. Ungvari, L. Cheung, C. Haines and T. Chung. 1997. "Screening Psychiatric Morbidity after Miscarriage: Application of the 30-item General Health Questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale." *Psychosomatic Medicine* 59: 207–210.

Lee, W., D. Schwartz, R. Rice and S. Larsen. 1994. "Syphilitic Endometritis Causing First Trimester Abortion: A Potential Infectious Cause of Fetal Morbidity in Early Gestation." *Southern Medical Journal* 87(12): 1259–1261.

*Leitich, H., B. Bodner-Adler, M. Brunbauer, A. Kaider, C. Egarter and P. Husslein. 2003. "Bacterial Vaginosis as a Risk Factor for Preterm Delivery: A Meta-analysis." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 189: 139–147.

*Lelaidier, C., C. Baton-Saint-Mleux, H. Fernandez, P. Bourget and R. Frydman. 1993. "Mifepristone (RU-486) Induces Embryo Expulsion in First Trimester Non-Developing Pregnancies: A Prospective Randomized Trial." *Human Reproduction* 8(3): 492–495.

*Lema, V., V. Mpanga and B. Makanani. 2002. "Socio-demographic Characteristics of Adolescent Post-abortion Patients in Blantyre, Malawi." *East African Medical Journal* 79(6): 306–310.

*Lema, V. and V. Mpanga. 2000. "Post-abortion Contraceptive Acceptability in Blantyre, Malawi." *East African Medical Journal* 77(9): 488–493.

*Lema, V., L. Mtimavalye, G. Thole and M. Mvula. 1997. "The Impact of the Manual Vacuum Aspiration (MVA) Technique on Health Care Services at Queen Elizabeth Central Teaching Hospital, Blantyre, Malawi." *South African Medical Journal* 87: 218–224.

Lema, V., K.O. Rogo and R.K. Kamau. 1996. "Induced Abortion in Kenya: Its Determinants and Associated Factors." *East African Medical Journal* 73(3): 164–168.

Lema V.M. and G. Thole. 1994. "Incomplete Abortion at the Teaching Hospital, Blantyre, Malawi." *East African Medical Journal* 71(11): 727–735.

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

[Leung, T.W., W.C. Leung, P.L. Chan and P.C. Ho.](#) 2002. "A Comparison of the Prevalence of Domestic Violence Between Patients Seeking Termination of Pregnancy and Other General Gynecology Patients." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 77(1): 47–54.

Levin, A., T. Dmytraczenko, M. McEuen, F. Ssengooba, F. Mirembe, M. Nakakeeto, O. Okui and P. Cowley. 1999. "Costs of Maternal Health Care Services in Masaka District, Uganda." *Special Initiatives Report 16*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform.

*Li, D., L. Liu and R. Odouli. 2003. "Exposure to Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs During Pregnancy and the Risk of Miscarriage: Population Based Cohort Study." *British Medical Journal* 327: 368–371.

Lichtenberg, E. and S. Shott. 2001. "A Randomized Clinical Trial of Prophylaxis for Vacuum Abortion: 3 versus 7 Days of Doxycycline." *Obstetrics and Gynecology* 101(4): 726–731.

Likwa R. and M. Whittaker. 1996. "The Characteristics of Women Presenting for Abortion and Complications of Illegal Abortions at The University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia: An Explorative Study." *African Journal of Fertility, Sexuality, and Reproductive Health* 1(1): 42–49.

*Lukman, H and D. Pogharian. 1996. "Management of Incomplete Abortion with Manual Vacuum Aspiration in Comparison to Sharp Metallic Curette in an Ethiopian Setting." *East African Medical Journal* 73(9): 598–603.

Lumsden, G.M. 1997. "Partner Abuse Prevalence and Abortion." *Women's Health Care*. 8(1): 16–24.

*Magak, K. and M. Mukenge. 2003. COBAC: Community-based Abortion Care Midterm Evaluation, Western Kenya. Location: Pacific Institute for Women's Health.

*Magak, K. and M. Mukenge. 2004. "Testing Community-Level Strategies to Reduce Unwanted Pregnancy and Unsafe Abortion in Suba District, Kenya: A Summary of Mid-term Evaluation Findings." Los Angeles, CA: Pacific Institute for Women's Health, Center for the Study of Adolescence, Kisumu Medical and Educational Trust.

* Magotti, R., P. Munjinja, R. Lema and E. Ngwalle. 1995. "Cost-Effectiveness of Managing Abortions: Manual Vacuum Aspiration (MVA) Compared to Evacuation by Curettage in Tanzania." *East Africa Medical Journal* 72(4): 248–251.

Maine, D., T. Wardlaw, V. Ward, J. McCarthy, A. Birnbaum, M. Akalin and J. Brown. 1997. *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*. Geneva: UNICEF, WHO, UNFPA.

*Major B, C Cozzarelli, ML Cooper, J Zubek, C Richards, M Wilhite, and RH Gramzow. 2000. "Psychological Responses of Women after First-trimester Abortion." *Archives of General Psychiatry*. 57(8): 777–84.

Mahomed, K., J. Healy and S. Tandon. 1997. "Family Planning Counseling—A Priority for Post Abortion Care." *Central African Journal of Medicine* 43: 205–207.

*Mahomed, K., J. Healy and S. Tandon. 1994. "A Comparison of MVA and Sharp Curettage in the Management of Incomplete Abortion." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 46: 27–32.

*Mahomed K. and A. Chawapiwa. 1992. "Socio-Democratic Characteristics of Women Presenting with Abortion—a Hospital Based Study." *Central African Journal of Medicine* 38(6): 233–237.

*Malhotra, A., L. Nyblade, S. Parasuraman and K. MacQuarrie. 2003. *Realizing Reproductive Choice and Rights: Abortion and Contraception in India*. Washington, DC: International Center for Research on Women.

*Margolis, A., A. Leonard and L. Yordy. 1993. "Pain Control for Treatment of Incomplete Abortion with MVA." *Advances in Abortion Care* 3(1). Carrboro, NC: Ipas.

*Marin, C., E. Bagde, P. Tapsoba, T. Dieng and B. Dao. 2003. "Using Operations Research to Introduce Postabortion Care Services in Burkina Faso and Senegal." Frontiers Program Report. Nairobi, Kenya: Population Council.

Marston, C. and J. Cleland. 2003. "Do Unintended Pregnancies Carried to Term Lead to Adverse Outcomes for Mother and Child? An Assessment in Five Developing Countries." *Population Studies* 57(1): 77–93.

Marston, C. and J. Cleland. 2003. "Relationships between Contraception and Abortion: A Review of the Evidence." *International Family Planning Perspectives* 29: 6–13.

*Mathur, S., M. Greene and A. Malhotra. 2003. *Too Young to Wed: The Lives, Rights and Health of Young Married Girls*. Washington, DC: International Center for Research on Women.

Mati, J. 1993. "Research Findings on Post-abortion Counseling and Family Planning: Lessons Learnt from the South-to-South Multicentre Study." Paper (unpublished) presented at the Technical Working Group Meeting on Post-abortion Family Planning, Bellagio Study and Conference Centre, February 1–5.

*May, W., A. Gulmezoglu and K. Ba-Thike. 2003. "Antibiotics for Incomplete Abortion (Cochrane Review)." *The Cochrane Library* (3): ISSN 1464-780X.

McCormick, M., H.C. Sanghvi, B. Kinzie and N. McIntosh. 2002. "Preventing Postpartum Hemorrhage in Low-Resource Settings." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 77(3): 267–275.

*McIntyre, J. 1999. *HIV in Pregnancy: A Review*. Geneva, Switzerland: WHO and UNAIDS.

McLaurin, K., P. Senanayake, N. Toubia and O. Ladipo. 1995. "Post-Abortion Family Planning." *World Health Forum* 16: 52–55.

McLaurin, K., C. Hord and M. Wolf. 1991. "Health Systems' Role in Abortion Care: The Need for a Pro-Active Approach." *Issues in Abortion Care 1*. Carrboro, NC: Ipas.

*Medina, R., R. Vernon, I. Mendoza and C. Aguilar. 2001. *Expansion of Postpartum/Postabortion Contraception in Honduras*. FRONTIERS Final Report. Washington, DC: Population Council.

*Medina, R., R. Lundgren and I. Mendoza. 1998. "Strengthening of the Postpartum and Postabortion Family Planning Program of the Escuela Hospital." Final report. Ministry of Health and INOPAL III/Population Council, Tegucigalpa, Honduras, August 1998.

*Megied, A. and A. Hassan. 2003. "Decentralization of Postabortion Care to District Hospitals and Rural Health Units." Paper presented to FIGO Congress, Santiago, Chile.

*Mehta, P., A. Mehta, S. Mehta and A. Makhijani. 1990. "Bhopal Tragedy's Health Effects. A Review of Methyl Isocyanate Toxicity." *Journal of the American Medical Association* 264: 2781–2787.

*Miller, J., E. Williamson, J. Glue, Y. Gordon, J. Grudzinskas and A. Sykes. 1980. "Fetal Loss After Implantation: A Prospective Study." *Lancet* 2: 554–556.

Miotti, P., G. Dallabetta, E. Ndovi, G. Liomba, A. Saah, and J. Chiphangwi. 1990. "HIV-1 and Pregnant Women: Associated Factors, Prevalence, Estimate of Incidence and Role in Fetal Wastage in Central Africa." *AIDS* 4: 733.

*Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (MREC). 1994. Informe Sobre el Avance de Las Mujeres en Bolivia [Report on the Advancement of Women in Bolivia.] La Paz, Bolivia: Ministerio de Desarrollo Humano.

*Ministry of Health, Burkina Faso, 1998. *Introduction of Emergency Traitement médical and Family Planning Services for Women with Complications from Abortion in Burkina Faso*. Nairobi: Population Council.

Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. 1999. *Family Welfare Programme in India, Year Book 1997–98*, New Delhi: Department of Family Welfare.

Miron, J. and J. Chapman. 1994. "Supporting: Men's Experience with the Event of their Partner's Miscarriage." *Canadian Journal of Nursing Research* 26(2): 61–72.

Molnar, A., L. Oliver and J. Geyman. 2000. "Patient Preferences for Management of First-trimester Incomplete Spontaneous Abortion." *The Journal of the American Board of Family Practice* 13(5): 333–337.

Mousa, H. and Z. Alfirevic. 2003. "Treatment for Primary Postpartum Hemorrhage (Cochrane Review)." *The Cochrane Library* (3): ISSN 1464-780X.

*Moussa, A. 2001. "Evaluation of Postabortion IUD Insertion in Egyptian Women." *Contraception* 63(6): 315–17.

Mpangile, G., M. Leshabari, D. Kihwele, A. Munos and C. Indriso. 1997. *Induced Abortion in Dar es Salaam, Tanzania: The Plight of Adolescents*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

*Mpangile, G., M. Leshabari and D. Kihwele. 1993. "Factors Associated with Induced Abortion in Public Hospitals in Dar es Salaam, Tanzania." *Reproductive Health Matters* 2: 21–31.

*Muffley, P., M. Stitely and R. Gherman. 2002. "Early Intrauterine Pregnancy Failure: A Randomized Trial of Medical versus Surgical Treatment." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 187(2): 321–326.

*Mukenge, M. (2002) "PAC Training on Victoria Island: Making Inroads." *PAC in Action* (2): 1–3. Los Angeles, CA: Pacific Institute for Women's Health, Center for the Study of Adolescence, Kisumu Medical and Educational Trust. PAC Consortium.

Murphy, E. and C. Steele. 2000. "Client Provider Interactions in Family Planning Services: Guidance from Research and Program Experience. Maximizing Access and Quality (MAQ)" Paper Vol. 1, No. 2.

*Nawar, L., D. Huntington and M. Fattah. 1999. "Cost Analysis of Postabortion Services in Egypt." Pp. 125–140 in *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*, edited by D. Huntington and N. Piet-Pelon. New York: Population Council.

Nawar, L., D. Huntington, E. Osman Hassan, H. Yousef and N. Abdel-Tawab. 1997. "Scaling-up Improved Postabortion Care in Egypt: Introduction to University and Ministry of Health and Population Hospitals." Cairo, Egypt: Population Council Asia and Near East Operations Research and Technical Assistance Project.

Neamatalla, G. and C. Verme. 1995. "Postabortion Women: Factors Influencing their Family Planning Options." *AVSC Working Paper*, No. 9. New York, NY: EngenderHealth.

Nelson D. 2002. *Linking PAC with FP: Successful Scale-Up at the Primary Level*. Chapel Hill, NC: Program for International Training in Health (Intrah), RR-13.

Nelson, D., M. Corbett, F. Githiori, R. Mason Jr., P. Muhuhu, R. Mulindi and F. Yumkella. 2002. "The Right Provider for the Right Place: Private Nurse-Midwives Offering Primary-level Postabortion Care in Kenya." *PRIME II Dispatch* (4): 1–12.

*Ness, R. J. Grisso, N. Hirschinger, N. Markovic, L. Shaw, N. Day and J. Kline. 1999. "Cocaine and Tobacco Use and the Risk of Spontaneous Abortion." *New England Journal of Medicine* 340(5): 333–339.

*Neugebauer, R., J. Kline, P. Shrout, A. Skodol, P. O'Connor, P. Geller, Z. Stein and M. Susser. 1997. "Major Depressive Disorder in the Six Months after Miscarriage." *Journal of American Medical Association* 277: 383–388.

*Ney, P., T. Fung, A. Wickett and C. Beaman-Dodd. 1994. "The Effects of Pregnancy Loss on Women's Health." *Social Science and Medicine* 38(9): 1193–1200.

*Ngai, S., Y. Chan, O. Tang and P. Ho. 2001. "Vaginal Misoprostol as Traitement médical for First Trimester Spontaneous Miscarriage." *Human Reproduction* 16(7): 1493–96.

*Nikcevic, A., S. Tunkel and K. Nicolaidis. 1998. "Psychological Outcomes Following Missed Abortions and Provision of Follow-up Care." *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 11: 123–128.

Nielsen, S., M. Hahlin and J. Platz-Christensen. 1999. "Randomized Trial Comparing Expectant with Medical Management for First Trimester Miscarriages." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 106: 804–807.

*Nielsen, S., M. Hahlin and J. Platz-Christensen. 1997. "Unsuccessful Treatment of Missed Abortion with a Combination of Anti-Progesterone and Prostaglandin E1 Analogue." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 104: 1094–1096.

Nielsen, S., M. Hahlin, A. Moller and S. Granberg. 1996. "Bereavement, Grieving and Psychological Morbidity after First Trimester Spontaneous Abortion: Comparing Expectant Management with Surgical Evacuation." *Human Reproduction* 11(8): 1767–1770.

- *Nielsen, S. and M. Hahlin. 1995. "Expectant Management of First-trimester Spontaneous Abortion." *Lancet* 345: 84–86.
- *Niswonger, J., G. London, G. Anderson and L. Wolfe. 1968. "Oral Contraceptives During Immediate Postabortal Period." *Obstetrics and Gynecology* 32: 325–327.
- *Nosten, F., F. ter Kuile, L. Maelankirri, B. Decludt and N. White. 1991. "Malaria During Pregnancy in an Area of Unstable Endemicity." *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 85: 424–429.
- Nyonator, F., J.K. Awoonor-Williams, J. Phillips, T. Jones and R. Miller. 2002. "The Ghana Community-based Health Planning and Services (CHPS) Initiatives: Fostering Evidenced-based Organizational Change and Development in a Resource-constrained Setting." Annual Meeting of APHA: Philadelphia, Pennsylvania.
- Okong, P., B. Biryahwaho and S. Bergstrom. 2002. "Post-abortion Endometritis-Myometritis and HIV Infection." *International Journal of STD & AIDS* 13: 729–732.
- *Okonofua, F. 1997. "Preventing Unsafe Abortion in Nigeria." *African Journal of Reproductive Health* 1(1): 25–36.
- *Olukoya, A., A. Kaya, B. Ferguson and C. AbouZahr. 2001. "Unsafe Abortion in Adolescents." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75: 137–147.
- *Ominde, A., M. Makumi, D. Billings and J. Solo. 1997. "Post-abortion Care in Kenya. Baseline Findings from an Operations Research Study." Nairobi, Kenya: Population Council.
- *Ortayli, N., A. Bulut, T. Sahin and I. Sivin. 2001. "Immediate Postabortal Contraception with the Levonorgestrel Intrauterine Device, Norplant, and Traditional Methods." *Contraception* 63: 309–314.
- Oyediran, K. and U. Isiugo-Abanihe. 2002. "Husband-Wife Communication and Couple's Fertility Desires Among the Yoruba of Nigeria." *African Population Studies* 17(2): 61–80.
- *Pandian, Z., P. Ashok and A. Templeton. 2001. "The Treatment of Incomplete Miscarriage with Oral Misoprostol." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 108: 213–214.
- *Pang, M., T. Lee and T. Chung. 2001. "Incomplete Miscarriage: A Randomized Controlled Trial Comparing Oral with Vaginal Misoprostol for Medical Evacuation." *Human Reproduction* 16(11): 2283–2287.
- Paoletti, X., F. Clavel-Chapelon and the E3N Group. 2003. "Induced and Spontaneous Abortion and Breast Cancer Risk: Results from the E3N Cohort Study." *International Journal of Cancer* 106: 270–276.
- *Parras, M. and S. Rance. 1996. "Doctors' Suppositions, Women's Realities: Contraception and Abortion in a Bolivian Context." Pp. 221–233 in *Proceedings Abortion Matters International Conference on Reducing the Need and Improving the Quality of Abortion Services, 27–29. Amsterdam, The Netherlands.*
- *Perreira, K., P. Bailey, E. de Bocaletti, E. Hurtado, S. Recinos de Villagrán, and J. Matute. 2002. "Increasing Awareness of Danger Signs in Pregnancy Through Community- and Clinic-based Education in Guatemala." *Maternal and Child Health Journal* 6(1):19–27.
- Peterson, H., D. Grimes, W. Cates Jr. and G. Rubin. 1981. "Comparative Risk of Death from Induced Abortion at Less Than or Equal to 12 Weeks' Gestation Performed with Local versus General Anesthesia." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 141(7): 763–768.

- Phelps, R., E. Schaff, and S. Fielding. 2001. "Mifepristone Abortion in Minors." *Contraception* 64(6): 339–343.
- Pile, J., C. Bumin, G. Ciloglu and A. Akin. 1999. "Involving Men as Partners in Reproductive Health: Lessons Learned from Turkey." *AVSC Working Paper*, No. 12. New York, NY: EngenderHealth.
- Pongsatha, S., N. Morakot and T. Tongsong. 2002. "Demographic Characteristics of Women with Self Use of Misoprostol for Pregnancy Interruption Attending Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital." *Journal of the Medical Association of Thailand* 85(10): 1074–80.
- Pons, M., B. Rawlins and S. Griffey Brechin. 2002. "Institutionalization of Reproductive Health Preservice Education in the Philippines: An Evaluation of Programmatic Efforts, 1987–1998." *Technical Report*, No. 16. JHPIEGO.
- Pope, L., N. Adler and J. Tschann. 2001. "Postabortion Psychological Adjustment: Are Minors at Increased Risk?" *Journal of Adolescent Health* 29(1): 2–11.
- Population Action International. 1993. *Expanding Access to Safe Abortion: Key Policy Issues (Questions and Answers)*. Washington, DC: Population Action International.
- *Population Council. 2003. "Misoprostol: A New Addition to PAC." Conference Proceedings Oct. 20, 2003.
- Population Council. 2000. "Train More Providers in Postabortion Care (Senegal)." *OR Summaries (Frontiers in Reproductive Health)*. Washington, DC: Population Council.
- Population Council. 2000. *Meet Women's Health Needs with Postabortion Care*. Program Brief Summary No. 1. Washington, DC: Population Council.
- Population Council. 2000. *Meeting Women's Health Care Needs After Abortion*. Program Brief No. 1. Washington, DC: Population Council.
- Population Council. 1999. *Improving Postabortion Care: New Strategies Emphasize Pain Management, Emergency Services, and Contraceptive Counseling*. News Release, Washington, DC: Population Council.
- Population Council. 1998. *Advances and Challenges in Postabortion Care Operations Research (Pamphlet)*. Washington, DC: Population Council.
- *Postabortion Care Consortium Community Task Force. 2002. "Essential Elements of Postabortion Care: An Expanded and Updated Model." *PAC... In Action* Issue 2, Special Supplement, September.
- *Prieto, J., N. Eriksen and J. Blanco. 1995. "Randomized Trial of Prophylactic Doxycycline for Curettage in Incomplete Abortion." *Journal of Obstetrics and Gynecology* 85(5): 692–696.
- PRIME Project. 2001. *Kenya: Expanding Postabortion Care*. Chapel Hill, NC: INTRAH No. 5.
- PS Consulting. 2002. *The Impact of Abolition of User Fee from Public Health Facilities on Maternal and Infant Health*. Kampala, Uganda: Uganda Private Midwives Association (UPMA).
- Rabb, M. 2002. *Francophone PAC, Nigeria MAQ: When A Meeting Is Just A Meeting*. Chapel Hill, NC: Program for International Training in Health (INTRAH), RR-24.

Rabb, M. 2000. *Nurse-Midwives Expand Postabortion Care at the Community Level*. Chapel Hill, NC: Program for International Training in Health (INTRAH), ESA-3.

*Rahman, A., L. Katzive and S. Henshaw. 1998. "A Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985–1997." *International Family Planning Perspectives* 24(2): 56–64.

*Ramirez-Valles, J. 2001. "I Was Not Invited to Be a [CHW]...I Asked to Be One:" Motives for Community Mobilization among Women Community Health Workers in Mexico." *Health Education and Behavior*. 28(2): 150–165.

*Rance, S. 2000. "Mejorando la Calidad de la Atencion Postaborto: Estrategias de Intervencion Sociologica en Territorio Medico." (Improving the Quality of Postabortion Care: Sociological Intervention Strategies in Medical Territory). Pp. 105–115 in *Experiencias Innovadoras en Salud Reproductiva, La Complementacion de las Ciencias Medicas y Sociales. Desafios y Aprendizajes*. Edited by M. Gogna and S. Ramos. Buenos Aires, Argentina: Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Website: www.cedes.org

*Rance, S. 1999. *Humane Treatment in Postabortion Care: The Role of Medical Education*. La Paz, Bolivia: Ipas and the UK Department for International Development.

*Rance, S. 1997. "Informe de Investigacion: Discursos Medicos en torno al Aborto: Estudios de Caso en Contextos Hospitalarios de los Sistemas de Salud Publica y Seguridad Social." "Research Report: Medical Discourse concerning Abortion: Hospital Case Studies in Public Hospitals and the Social Security Hospital." La Paz, Bolivia: Ipas and the UK Department for International Development.

*Rance, S. 1994. "Experiencias de las Mujeres en los Servicios de Salud." (Experiences of Women in Health Services." *Revista Boliviana de Ginecologia y Obstetricia* 17(1): 3–9.

*Rance, S. 1993. "Necesidad de Informacion Sobre el Aborto." *J & G Revista de Epidemiología Comunitaria* Año IV (2): 31–39.

Ransom, E. and N. Yinger. 2002. "Postabortion Care Crucial for Maternal Health." Excerpt from *Making Motherhood Safer: Overcoming Obstacles on the Pathway to Care*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

Ransom, E. 1998. *Making Pregnancy and Childbirth Safer*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

*Rao, A. 1972. *Smallpox*. Bombay: The Kothari Book Depot.

Rasch, V., F. Yambesi, R. Kipingli. 2005. "Scaling up Postabortion Contraceptive Service—Results from a Study Conducted among Women Having Unwanted Pregnancies in Urban and Rural Tanzania." *Contraception* 72(5): 377–382.

* Rasch, V., S. Massawe, F. Yambesi and S. Bergstrom. 2004. "Acceptance of Contraceptives among Women Who Had an Unsafe Abortion in Dar es Salaam." *Tropical Medicine and International Health* 9(3): 399–405.

*Rasch, V., M. Silberschmidt, Y. Mchumvu and V. Mmary. 2000. "Teenage Girls with Illegally Induced Abortion in Dar es Salaam: The Discrepancy between Sexual Behavior and Lack of Access to Contraception." *Reproductive Health Matters* 8(15): 1–10.

Rasch V., H. Muhammad, E. Urassa and S. Bergström. 2000. "The Problem of Illegally Induced Abortion: Results from a Hospital-based Study Conducted at District Level in Dar es Salaam." *Tropical Medicine and International Health* 5(7): 495–502.

- *Ratanajamit, C., M. Skriver, P. Jepsen, V. Chongsuvivatwong, J. Olsen and H. Sorensen. 2003. “Adverse Pregnancy Outcome in Women Exposed to Acyclovir During Pregnancy: A Population-based Observational Study.” *Scandinavian Journal of Infectious Diseases* 35(4): 255–259.
- *Rawlins, B., S. Griffey Brechin and K. Giri. 2001 (Rawlins et al., 2001a). *An Assessment of the Quality of Postabortion Care Services in Nepal: The Training and Service Delivery Perspectives*. Family Health Division, JHPIEGO.
- Rawlins, B., K. Garrison, P. Lynam, E. Schnell, N. Caiola, S. Griffey Brechin and A. Njeru. 2001 (Rawlins et al., 2001b). *Focusing on What Works: A Study of High-Performing Healthcare Facilities in Kenya*. Baltimore, MD: JHPIEGO Corporation.
- *Renker, P. 2002. “Keep a Blank Face. I Need to Tell You What Has Been Happening to Me. Teens’ Stories of Abuse and Violence Before and During Pregnancy.” *The American Journal of Maternal Child Nursing* 27(2): 109–116.
- *Reardon, DC and JR Cogle. 2002. “Depression and Unintended Pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: A Cohort Study.” *British Medical Journal*. 324: 151–152.
- *Reardon, DC, JR Cogle, VM Rue, MW Shuping, PK Coleman, and PG Ney. 2003. “Psychiatric Admissions of Low-income Women Following Abortion and Childbirth.” *Canadian Medical Association Journal*. 168(10).
- *Ringheim, K. 1999. “Ethical Issues in Postabortion Care Research Involving Vulnerable Subjects.” Pp. 178–197 in *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*, edited by D. Huntington and N. Piet-Pelon. New York: Population Council.
- Ringheim, K. 2002. “When the Client is Male: Client-Provider Interaction from a Gender Perspective.” *International Family Planning Perspectives* 28(3): 170–175.
- [Rizzardo, R., S. Novarin, G. Forza and M. Cosentino](#). 1991. “Personality and Psychological Distress in Legal Abortion, Threatened Miscarriage and Normal Pregnancy.” *Psychotherapy and Psychosomatics* 56(4): 227–234.
- *Rogo, K., L. Bohmer and C. Ombaka. 1999. “Community Level Dynamics of Unsafe Abortion in Western Kenya and Opportunities for Prevention: Summary of Findings and Recommendations from Pre-intervention Research.” Los Angeles, CA: Pacific Institute for Women’s Health.
- *Rogo, K., S. Orero and M. Oguttu. 1998. “Preventing Unsafe Abortion in Western Kenya: An Innovative Approach through Private Physicians.” *Reproductive Health Matters* 6(11): 77–83.
- Ronsmans, C., A. Vanneste, J. Chakraborty and J. Van Ginneken. 1998. “A Comparison of Three Verbal Autopsy Methods to Ascertain Levels and Causes of Maternal Deaths in Matlab, Bangladesh.” *International Journal of Epidemiology* 27: 660–666.
- *Rosales Ortiz, I., E. Loaiza, D. Primante, A. Barberena, L. Blandon Sequiera and M. Ellsberg. 1999. “Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud, 1998 (1998 Nicaraguan Demographic and Health Survey).” Managua, Nicaragua: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- *Ross, J., O. Campbell and R. Bulatao. 2001. “The Maternal and Neonatal Programme Effort Index (MNPI).” *Tropical Medicine and International Health* 6(10): 787–798.

*Roth, L. and H. Taylor. 2001. "Risks of Smoking to Reproductive Health: Assessment of Women's Knowledge." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 184: 934–939.

*Sahin, H.G., H.A. Sahin and M. Kocer. 2001. "Randomized Outpatient Clinical Trial of Medical Evacuation and Surgical Curettage in Incomplete Miscarriage." *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 6(3): 141–144.

Salter, C., H. Johnston and N. Hengen. 1997. "Care for Postabortion Complications: Saving Women's Lives." *Population Reports (Population Information Program, The Johns Hopkins School of Public Health) Series L(10)*: 1–31.

Samuelsson, R, I. Rådestad and K. Segesten. 2001. "A Waste of Life: Father's Experience of Losing a Child Before Birth." *Birth* 28: 124–130.

*Savelieva, I., J. Pile, I. Sacci and R. Loganathan. 2003. "Postabortion Family Planning Operations Research Study in Perm, Russia." FRONTIERS Final Report. Washington, DC: Population Council.

Sawaya, G. and D. Grimes. 1994. "Preventing Postabortal Infection." *Contemporary OB/GYN* June 15: 53–60.

Schenck-Yglesias, C., T. Norton, D. Sacknoff, M. Sanchez and S. Griffey Brechin. 2002. "Increasing Access to Reproductive Health Information in Low-Resource Settings: Evaluation of a Technology-Assisted Learning Center in La Paz, Bolivia." *Technical Report*, No. 19. JHPIEGO.

[Schubert J](#), G. Pillai and R. Thorndahl. 1997. "Breaking the Mold: Expanding Options for Reproductive Health Awareness: the CARE Experience." *Advances in Contraception* 13(2-3): 355–361.

Seeras R. 1989. "Evaluation of Prophylactic Use of Tetracycline After Evacuation in Abortion in Harare Central Hospital." *East African Medical Journal* 66(9): 607–610.

*Senlet, P., L. Cagatay, J. Ergin and J. Mathis. 2001. "Bridging the Gap: Integrating Family Planning with Abortion Services in Turkey." *International Family Planning Perspectives* 27(2): 90–95.

*Settergren, S., C. Mhlanga, J. Mpofu, D. Ncube and C. Woodsong. 1999. *Community Perspectives on Unsafe Abortion and Postabortion Care: Bulawayo and Hwange Districts, Zimbabwe*. Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.

Siddle, N., O. Young, C. Sledmere, A. Reading and M. Whitehead. 1983. "A Controlled Trial of Naproxen Sodium for Relief of Pain Associated with Vabra Suction Curettage." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 90(9): 864–9.

Sidhom, Y. and N. Buono. 2002. "Taking Postabortion Care to the Primary Level." Paper presented at the MAQ Mini-University Conference of USAID, Washington, DC.

*Silberschmidt, M. and V. Rasch. 2001. "Adolescent Girls, Illegal Abortions and 'Sugar-daddies' in Dar es Salaam: Vulnerable Victims and Active Social Agents." *Social Science and Medicine* 52: 1815–1826.

*Singh, S. and D. Wulf. 1993. "The Likelihood of Induced Abortion Among Women Hospitalized for Abortion Complications in Four Latin American Countries." *International Family Planning Perspectives* 19(4): 134–141.

Sjöstrand M., V. Quist, A. Jacobson, S. Bergström and K.O. Rogo. 1995. "Socio-Economic Client Characteristics and Consequences of Abortion in Nairobi." *East African Medical Journal* 72(5): 325–332.

Sohaey, R. and P. Woodward. 1996. "The Spectrum of First-Trimester Ultrasound Findings." *Current Problems in Diagnostic Radiology* 25: 54–75.

*Solo, J. 2000. "Easing the Pain: Pain Management in the Treatment of Incomplete Abortion." *Reproductive Health Matters* 8(15): 45–51.

*Solo, J., D. Billings, C. Aloo-Obunga, A. Ominde and M. Makumi. 1999. "Creating Linkages between Incomplete Abortion and Family Planning Services in Kenya." Pp. 38–60 in *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*, edited by D. Huntington and N. Piet-Pelon. New York: Population Council.

Solo, J. and D. Billings. 1998. "Linkages with Treatment for Incomplete Abortions Improve Family Planning Services in Kenya." *Operations Research Alternatives (The Operations Research and Technical Assistance Newsletter, 2000)* August: 6–8. New York, NY: Population Council.

Solo, J. 1998. "What Have We Learned?" *Operations Research Alternatives (The Operations Research and Technical Assistance Newsletter)* August 15–17. New York, NY: Population Council.

Solo, J. 1998. "Where Do We Go From Here?—The Way Forward." 1998. *Operations Research Alternatives*. New York, NY: Population Council.

Solo, J., A. Ominde, M. Makumi, D. Billings and C. Aloo-Obunga. 1998. "Creating Linkages Between Incomplete Abortion Treatment and Family Planning Services in Kenya: What Works Best." *Operations Research Technical Assistance Africa Project II*. New York, NY: Population Council.

Solo, J. and D. Billings. 1997. "Creating Linkages Between Incomplete Abortion Treatment and Family Planning in Kenya: Baseline Findings of an Operations Research Study." New York, NY: Population Council.

*Solter, C., S. Miller and M. Gutiérrez. 2000. "Module 11: MVA for Treatment of Incomplete Abortion." *Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum*. Watertown, MA: Pathfinder International.

*Speizer, I., R. Magnani and C. Colvin. 2003. "Review Article: The Effectiveness of Adolescent Reproductive Health Interventions in Developing Countries: A Review of the Evidence." *Journal of Adolescent Health* 33: 324–348.

Speraw, S. 1994. "The Experience of Miscarriage: How Couples Define Quality in Health Care Delivery." *Journal of Perinatology* 14: 208–215.

Srofenyoh, E. and A. Lassey. 2003. "Abortion Care in a Teaching Hospital in Ghana." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 82: 77–78.

Stanback, J., S. Griffey Brechin, P. Lynam, C. Toroitich-Ruto and T. Smith. 2001. *The Effectiveness of National Dissemination of Updated Reproductive Health / Family Planning Guidelines in Kenya*. Final Report. JHPIEGO.

*Stanwood, N., D. Grimes and K. Schulz. 2001. "Insertion of an Intrauterine Contraceptive Device after Induced or Spontaneous Abortion: A Review of the Evidence." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 108: 1168–1173.

Stevenson, M. and K. Radcliffe. 1995. "Preventing Pelvic Infection and Abortion." *International Journal of STD & AIDS* 6(5): 305–312.

- *Stirtzinger, R., G. Robinson, D. Stewart and E. Ralevski. 1999. "Parameters of Grieving in Spontaneous Abortion." *International Journal of Psychiatry in Medicine* 29(2): 235–249.
- *Stotland, NL. 1997. "Psychological Aspects of Induced Abortion." *Clinical Obstetric Gynecology*. 49(3): 673–686.
- *Suffla, S. 1997. "Experiences of Induced Abortion Among a Group of South African Women." *South African Journal of Psychology*. 27(4): 214–222.
- Sundari, R. 1993. "Women and the Politics of Population and Development in India." *Reproductive Health Matters* 1(1): 26–38.
- Tabbutt-Henry, J. and K. Graff. 2003. "Client-Provider Communication in Postabortion Care." *International Family Planning Perspectives* 29(3): 126–129.
- *Taha, T. and R. Gray. 1993. "Malaria and Perinatal Mortality in Central Sudan." *American Journal of Epidemiology* 138: 563–568.
- *Tamayo, G. 1999. *Silence and Complicity: Violence Against Women in Peruvian Public Health Facilities*. Lima, Peru, and New York, NY, USA: Latin American and Caribbean Committee for the Defense of Women's Rights (CLADEM) and the Center for Reproductive Law and Policy (CRLP).
- *Tan, P., S. Ratnam and S. Quek. 1969. "Vacuum Aspiration in the Treatment of Incomplete Abortion." *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth* 76(9): 834–836.
- Taylor, J., A. Starrs and T. Baird. 1997. "Postabortion Care and Safe Motherhood in Ghana." *Initiatives in Reproductive Health Policy* 2(2), Ipas.
- *Temmerman, M., E. Chomba and P. Piot. 1994. "HIV-1 and Reproductive Health in Africa." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 44: 107–112.
- *Temmerman, M., M. Lopita, H. Sanghvi, S. Sinei, F. Plummer and P. Piot. 1992. "The Role of Maternal Syphilis, Gonorrhea and HIV-1 Infections in Spontaneous Abortion." *STD and AIDS* 3: 418.
- Thaddeus, S. and D. Maine. 1990. "Too Far to Walk." New York: Center for Population and Family Health, School of Public Health, Columbia University.
- *Thonneau, P., B. Fougeyrollas, B. Ducot, D. Boubilley, J. Dif, M. Lalande, and C. Soulat. 1998. "Complications of Abortion Performed under Local Anesthesia." *European Journal of Obstetrics and Gynecology* 81: 59–63.
- *Thorstensen, K. 2000. "Midwifery Management of First Trimester Bleeding and Early Pregnancy Loss." *Journal of Midwifery and Women's Health* 45(6): 481–497.
- *Ticconi, C., M. Mapfumo, M. Dorrucchi, N. Naha, E. Tarira, A. Pietropolli and G. Rezza. 2003. "Effect of Maternal HIV and Malaria Infection on Pregnancy and Perinatal Outcome in Zimbabwe." *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 34(3): 289–294.
- Tietze, C. and J. Bongaarts. 1975. "Fertility Rates and Abortion Rates, Simulations of Family Limitations." *Studies in Family Planning* 6: 144.

Timonen, H. and T. Luukkainen. 1973. "Immediate Postabortion Insertion of the Copper-T (TCu-2000) with Eighteen Months Follow-up." *Contraception* 9(2): 153–160.

Turner, K., E Mitchell, N. Nyaga, S. Onyango, R. Lovell and J. Herrick. 2003. "Community-based Postabortion Care: A Collaborative Intervention in Kenya's Western and Nyanza Provinces." Final report. Carboro, NC: Ipas: 1–12.

UK Multicenter Study Group. 1997. "Oral Mifepristone 600mg and Vaginal Gemeprost for Mid-Trimester Induction of Abortion." *Contraception* 56(6): 361–66.

United Nations. 2002. *Abortion Policies: A Global Review*. New York, NY: United Nations.

*United Nations. 1989. *Adolescent Reproductive Behavior. Evidence from Developing Countries*. Volume 11. New York. Pp. 83–96.

*UNICEF/WHO/UNFPA. 1997. "Guidelines for Monitoring and Availability and Use of Obstetric Services." New York, NY: UNICEF.

UNICEF. 1991. "Children and Women in India. A Situational Analysis." New Delhi, India.

*USAID and AED. 2003. *Postabortion Care in Francophone Africa*. Washington, DC: Academy for Educational Development. Website: www.aed.org

USAID. 2003. "USAID Postabortion Care Guidelines Report, Internal Document." Washington, DC: USAID.

USAID. 2002. "Family Planning Prevents Abortion." *Issue Brief: Population and Reproductive Health*. Washington, DC: USAID.

*USAID. 2001. "Contract Information Bulletin." March 29. Website: www.usaid.gov/procurement_bus_opp/procurement/cib>

van Benthem, B., I. de Vincenzi, M. Delmas, C. Larsen, A. van den Hoek, M. Prins and the European Study on the Natural History of HIV Infection in Women. 2000. "Pregnancies before and after HIV Diagnosis in a European Cohort of HIV-infected Women." *AIDS* 14 (14): 2171–2178.

Van Kets, H., H. Van der Pas, M. Thiery, D. Wildemeersch, M. Vrijens, Y. Van Trappen, M. Temmerman, H. DePypere, W. Delborge, M. Dhont, P. Defoort, E. Schacht, I. Batar, P. Barri, F. Martinez, L. Iglesias Cortit, G. Creatsas, W. Shangchun, C. Xiaoming, F. Zuan-chong, W. Yu-ming, A. Andrade, D. Reinprayoon and E. Pizarro. 1997. "The Gynefix Implant Systems for Interval, Postabortal and Postpartum Contraception: A Significant Advance in Long-term Reversible Contraception." *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2(1): 1–12.

*Verkuyl, D. and C. Crowther. 1993. "Suction versus Conventional Curettage in Incomplete Abortion: A Randomized Controlled Trial." *South African Medical Journal* 83: 13–15.

Vernon, R. 1998. "Emergency Contraception in Ecuador and Mexico." *Operations Research Alternatives (The Operations Research and Technical Assistance Newsletter)* August 13–15. New York, NY: Population Council.

Vikat, A., E. Kosunen and M. Rimpela. 2002. "Risk of Postpartum Induced Abortion in Finland: A Register Based Study." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 34(2): 84–90.

- *Vorherr, H. 1973. "Contraception After Abortion and Postpartum." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 117: 1002–25.
- Wagaarachchi, P., P. Ashok, N. Smith and A. Templeton. 2002. "Medical Management of Early Fetal Demise Using Sublingual Misoprostol." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 109: 462–465.
- *Wagaarachchi, P., P. Ashok, N. Narvekar, N. Smith and A. Templeton. 2001. "Medical Management of Early Fetal Demise Using a Combination of Mifepristone and Misoprostol." *Human Reproduction* 16(9): 1849–1853.
- Webb, S. 2000. *Addressing the Consequences of Unsafe Abortion: Insights from Pathfinder Program Experience*. Watertown, MA: Pathfinder International.
- Westfall, J., A. Sophocles, H. Burggraf and S. Ellis. 1998. "Manual Vacuum Aspiration for First Trimester Abortion." *Archives of Family Medicine* 7: 559–562.
- Westoff, C., J. Sullivan, H. Newby and A. Themme. 2002. "Contraception-Abortion Connections in Armenia." *DHS Analytical Studies*, No. 6. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Wiebe, E. and P. Janssen. 2001. "Universal Screening for Domestic Violence in Abortion." *Women's Health Issues*. 11(5): 436–441.
- *Wiebe, E. and P. Janssen. 1999. "Conservative Management of Spontaneous Abortions. Women's Experiences." *Canadian Family Physician* 45: 2355–60.
- Wieringa-de Waard, M., E. Hartman, W.M. Ankum, J.B. Reitsma, P. Bindels and G. Bonsel. 2002. "Expectant Management Versus Surgical Evacuation in First Trimester Miscarriage: Health-Related Quality of Life in Randomized and Non-randomized Patients." *Human Reproduction* 17(6): 1638–42.
- *Wilcox, A., C. Weinberg, J. O'Connor, D. Baird, J. Schlatterer, R. Canfield, E. Armstrong and B. Nisula. 1988. "Incidence of Early Loss of Pregnancy." *New England Journal of Medicine* 319: 189–194.
- Wildemeersch, D. H. Van Kets, M. Vrijens, W. Delborge, Y. Van Trappen, M. Temmerman, H. Depypere and M. Thiery. 1997. "Intrauterine Contraception in Adolescent Women: The Gynefix Intrauterine Implant." Pp. 440–450 in *Adolescent Gynecology and Endocrinology: Basic and Clinical Aspects. Annals of the New York Academy of Science*, edited by G. Creatsas, G. Matorakos, and G. Chrousos.
- *Williams, GB. 2001. "Short-term Grief After Elective Abortion." *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 30(20): 174–183.
- *Windham, G., B. Hopkins, and L. Fenster. 2000. "Prenatal Active or Passive Tobacco Smoke Exposure and the Risk of Preterm Delivery or Low Birth Weight." *Epidemiology* 11(4): 427–433.
- *Winikoff, B. and S. Wymelenberg. 1997. *The Whole Truth about Contraception—A Guide to Safe and Effective Choices*. National Academy Press. Washington, DC.
- Winkler, J., E. Oliveras and N. McIntosh (eds.). 1995. *Postabortion Care: A Reference Manual for Improving Quality of Care*. Postabortion Care Consortium.
- Wisborg, K., U. Kesmodel, T. Henriksen, M. Hedegaard and N. Secher. 2003. "A Prospective Study of Maternal Smoking and Spontaneous Abortion." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 82: 936–941.

*Wood, S. and P. Brain. 2002. "Medical Management of Missed Abortion: A Randomized Clinical Trial." *Obstetrics and Gynecology* 99(4): 563–566.

World Bank. 1994. *Making Motherhood Safe*. Washington, DC: World Bank.

World Health Organization (WHO). 2003a. *HIV-Infected Women and Their Families: Psychosocial Support and Related Issues*. A Literature Review. Department of Reproductive Health and Research.

*World Health Organization (WHO). 2003b. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Geneva, Switzerland.

*World Health Organization (WHO). 2001. *Emergency and Humanitarian Action*. Geneva, Switzerland.

*World Health Organization (WHO). 2000. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*. Geneva, WHO.

*World Health Organization (WHO). 1998. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data*. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (WHO). 1997. *The Male Role in Fertility, Family Planning, and Reproductive Health*. DHS Regional Analysis Workshop for Sub-Saharan Africa.

*World Health Organization (WHO). 1994. *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion* (2nd edition). Geneva, WHO Division of Family Health, Maternal Health and Safe Motherhood program.

World Health Organization (WHO). 1993. *The Health of Young People: A Challenge and a Promise*. Geneva, Switzerland.

*World Health Organization (WHO). 1987. "Protocol for Hospital-based Descriptive Studies of Mortality, Morbidity Related to Induced Abortion." Task Force on Safety and Efficacy of Fertility Regulating Methods. Geneva, Switzerland.

Wulf, D. 1999. *Sharing Responsibility: Women Society & Abortion Worldwide*. Washington, DC: The Alan Guttmacher Institute.

Yinger, N., A. Peterson, M. Avni, J. Gay, R. Firestone, K. Hardee, E. Murphy, B. Herstad and C. Johnson-Welch. 2002. *A Framework to Identify Gender Indicators for Reproductive Health and Nutrition Programming*. Interagency Gender Working Group.

*Yumkella, F. and F. Githiori. 2000. *Prime's Technical Report 21: Expanding Opportunities for Post Abortion Care at the Community Level Through Private Nurse-Midwives in Kenya (Final Report)*. Chapel Hill, NC: INTRAH.

*Zalányi, S. 1998. "Vaginal Misoprostol Alone Is Effective in the Treatment of Missed Abortion." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105(9): 1026–1035.

*Zargar A., S. Masoodi, B. Laway, B. Sofi and A. Wani. 1998. "Seroprevalence of Toxoplasmosis in Women with Repeated Abortions in Kashmir." *Journal of Epidemiology and Community Health* 52: 135–136.

*Zhang, J., J. Gilles, K. Barnhart, M. Creinin, C. Westhoff, and M. Frederick. 2005. "A Comparison of Medical Management with Misoprostol and Surgical Management for Early Pregnancy Failure" *The New England Journal of Medicine* 353(8) 761–769.

*Zucker, A. 1999. "The Psychological Impact of Reproductive Difficulties on Women's Lives." *Sex Roles* 40 (9/10): 767–786.

Selected Manuals and Clinical Training Programs

AVSC International. 1999. *Postabortion Care. Counseling the Postabortion Patient: Training for Service Providers: Trainer's Guide*. New York, NY.

Burns, A., R. Lovich, J. Maxwell and K. Shapiro. 1997. *Where Women Have No Doctor*. Berkeley, California: The Hesperian Foundation. Website: www.hesperian.org

Dickson-Tetteh, K et al. 1998. *Abortion Care Manual: A Guide for the Training of Registered Midwives in Termination of Pregnancy, Management of Incomplete Abortions and Related Reproductive Health Matters*. Johannesburg, South Africa: Reproductive Health Research Unit and Ipas.

EngenderHealth. 2003. *Counseling the Post Abortion Client: A Training Curriculum*. New York, NY: EngenderHealth.

Farrell, B. and D. Huber. 1998. *Module 13: Postpartum and Postabortion Contraception*. In series: *Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum*. Watertown, MA: Pathfinder International.

Francophone Regional PAC Initiative. 2004. *Postabortion Care in Francophone Africa*. Washington, DC: USAID and SARA Project/AED

Herrick, J., K. Turner, T. McInerney and L. Castleman. Forthcoming. *Woman-Centered Postabortion Care Reference Manual*. Chapel Hill, NC: Ipas.

IntraHealth International. 2000. *Post-Abortion Care-Performance Standards for Health Providers (Kenya)*. April 13. Chapel Hill, NC: INTRAH.

IPAS. 2000. "Assessment Tools for Implementing Postabortion Care in Refugee Reproductive Health Programs: An IPAS Work in Progress." Chapel Hill, NC: Ipas. www.ipas.org

Israel, E. and S. Webb. 2002. *Tapping Community Opinion on Postabortion Care Services*. Technical Guidance Series. Watertown, MA: Pathfinder International.

JHPIEGO. 1997. *Postabortion Care Course Notebook for Trainers*. Baltimore, Maryland: JHPIEGO.

Johns Hopkins University Population Communication Services (JHU/PCS). 1997 *Postabortion Care Training Package*. Program for Appropriate Technology in Health (PATH) Zambia Information Services.

Johns Hopkins University Population Communication Services (JHU/PCS). 1996. *Put Yourself in Her Shoes: Family Planning Counseling to Prevent Repeat Abortion*.

Lefkof, J. and G. Glazer. 2002. "Grief after Miscarriage: Practical Interventions Can Assist with Far-Reaching Loss." *Advance for Nurse Practitioners*, October, 79–81. www.advancefornp.com.

Margolis, A., A. Leonard and L. Yordy. 1993. *Pain Control for Treatment of Incomplete Abortion with MVA*. Carrboro, NC: Ipas.

Medscape, with summaries of thousands of medical journal articles. Website: www.medscape.com

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 2003. “Guía de Procedimientos en Anticoncepción Post-Evento Obstétrico y Aspiración Manual Endouterina (AMEU).” “Guide to Postabortion and Manual Uterine Aspiration Procedures.” Asunción, Paraguay: Ipas.

MSPS, IPAS, Pathfinder International, JHPIEGO. 2000. *Modelo Integral de Calidad para el Tratamiento a Mujeres con Hemorragias de La Primera Mitad del Embarazo-Modulo de Capacitacion (Borrador)*.

Postabortion Care Consortium. 1995. *Postabortion Care: A Reference Manual for Improving Quality of Care*.

Population Council. 2000. “Postabortion Care Supervisory Aid and Evaluation Tool PAC Guide.” CD-Rom. New York, NY.

Rogo, K., V. Lema and G. Rae. 1999. *Post Abortion Care: A Service Delivery Policy, Standards and Procedures Manual*. Carrboro, NC: Ipas.

Solter, C., S. Miller and M Gutiérrez. 2000. *Module 11: MVA for the Treatment of Incomplete Abortion*. In series: *Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum*. Watertown, MA: Pathfinder International.

Turner, K., T. McInerney and J. Herrick. Forthcoming. *Woman-Centered Postabortion Care Trainer's Manual*. Chapel Hill, NC: Ipas.

USAID. 2003. “Postabortion Care Strategy Paper.” Draft. Washington, DC: USAID.

Winkler, J., E. Oliveras and N. McIntosh (eds.). 1995. *Postabortion Care: A Reference Manual for Improving Quality of Care*. Watertown, MA; Carrboro, NC; Baltimore, MD; London, UK; and NY, NY. Postabortion Care Consortium (www.pac-consortium.org), EngenderHealth (www.engenderhealth.org); IPPF (www.ippf.org); IPAS (www.Ipas.org); JHU (www.jhu.edu); JHPIEGO (www.jhpiego.org); Pathfinder (www.pathfind.org).

World Health Organization (WHO). 2000. *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*. WHO.

World Health Organization (WHO). 1997a. *Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide*. WHO.

World Health Organization (WHO). 1997b. *Post-abortion Family Planning: A Practical Guide for Programme Managers*. WHO.

World Health Organization (WHO). 1994. *Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide*. Maternal Health & Safe Motherhood.

World Health Organization (WHO). 1991. *Essential Obstetric Functions at First Referral Level*. Geneva, WHO.

World Health Organization (WHO). 2003. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. WHO.