1998

Introduction des soins obstétricaux d'urgence et de la planification familiale pour les patientes présentant des complications liées à un avortement incomplet

Population Council

JPIEGO

Follow this and additional works at: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh

How does access to this work benefit you? Let us know!

Recommended Citation

Introduction des soins obstétricaux d'urgence et de la planification familiale pour les patientes présentant des complications liées à un avortement incomplet." Population Council, JHPIEGO, Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction, and Clinique Gyn et Ob Chu a le Dantec, 1998.

This Report is brought to you for free and open access by the Population Council.

**CENTRE DE FORMATION
ET DE RECHERCHE EN SANTE
DE LA REPRODUCTION**

ORGANE D'EXECUTION TECHNIQUE DE L'ASSR

**RECHERCHES
OPERATIONNELLES**
ASSISTANCE TECHNIQUE
PROJET II EN AFRIQUE
POPULATION COUNCIL

**CLINIQUE GYNECOLOGIQUE
ET OBSTETRICALE
CHU A. LE DANTEC**

INTRODUCTION DES SOINS OBSTETRI- CAUX D'URGENCE ET DE LA PLANIFI- CATION FAMILIALE POUR LES PATIEN- TES PRESENTANT DES COMPLICATIONS LIEES A UN AVORTEMENT INCOMPLET

INTRODUCTION DES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE ET DE LA PLANIFICATION FAMILIALE POUR LES PATIENTES PRESENTANT DES COMPLICATIONS LIEES A UN AVORTEMENT IN-COMPLET

RAPPORT FINAL

Cette étude a été menée dans le cadre du deuxième Projet de Recherches Opérationnelles et d'Assistance Technique (RO/AT) en Afrique du Population Council et avec les fonds centraux de **“l'Agence Internationale pour le Développement” des Etats-Unis (USAID), Bureau de la Population** alloués à JHPIEGO. Le projet RO/AT II est financé par l'**USAID**, Contrat N° CCP-3030-C-00-3008-00, Stratégies pour Améliorer la prestation des services de planification familiale.

Le soutien financier de JHPIEGO vient de son contrat coopératif N° CCP-A-00-93-00020 avec **“l'Agence Internationale pour le Développement” des Etats-Unis (USAID)**.

Les opinions exprimées dans ce document sont celles de ses auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'**USAID**.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Remerciements	i
Liste des tableaux	ii
Liste des graphiques	iii
Sigles et abréviations	iv
Personnes ayant contribué à l'exécution de l'étude.....	v
Avant-propos	vi
Définitions opérationnelles.....	vii
Résumé	viii
I/ Contexte et justification	1
II/ Cadre institutionnel.....	4
III/ Objectifs et hypothèses de l'étude	4
3-1 Objectif général.....	4
3-2 Objectifs spécifiques	4
3-3 Hypothèses de l'étude	4
IV/ Méthodologie	5
4.1 - Le type d'étude.....	5
4.2 - L'échantillonnage.....	5
4.2.1 - Les sites	5
4.2.2 – Les cibles	6
4.3 – Le déroulement des activités	6
4.3.1 - La phase pré-intervention	6
4.3.2 - La phase d'intervention	7
4.3.3 - La phase post-intervention.....	8
4.4 – Le traitement et l'analyse des données	8
4.5 – Qualité des données, difficultés rencontrées	8
V/ Les principaux résultats	10
5.1 – Les caractéristiques socio-démographiques	10
5.1.1 – L'âge des patientes.....	10
5.1.2 – Situation matrimoniale.....	11
5.1.3 – Instruction des patientes.....	11
5.1.4 - Profession de la patiente	11
5.1.5 – La reproduction.....	11

5.1.6 – Les préférences en matière de fécondité	12
5.1.7 – Les connaissances et attitudes en matière de reproduction.....	13
5.2 – Les soins post-abortum.....	14
5.2.1 – L’âge gestationnel	14
5.2.2 – type d’avortement et traitement reçu	14
5.2.3 – Itinéraire des patientes	14
5.2.4 – Délai d’attente avant admission.....	15
5.2.5 - Contrôle de la douleur	15
5.2.6 – Durée d’hospitalisation	16
5.2.7 – Interactions prestataire/patiente	16
5.3 – La planification familiale	18
5.3.1 – Connaissance des méthodes contraceptives.....	18
5.3.2 - Pratique de la contraception dans le passé.....	19
5.3.3 - Les raisons de la non utilisation de la contraception	20
5.3.4 – Pratique contraceptive à la survenance de la grossesse	20
5.3.5 – Discussion sur la PF avec le mari/partenaire et son attitude vis à vis de la contraception.....	21
5.3.6 – Informations sur la PF.....	21
5.3.7 – Conseils sur la PF durant l’hospitalisation	22
a) Les lieux du counseling.....	22
b) Les facteurs explicatifs de la décision d’utiliser la contraception.....	23
5.4 – le personnel de Santé.....	24
5.4.1 – Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles.....	24
5.4.2 – Formation en soins post-abortum	24
5.4.3 – Formation en PF post-abortum et prestations de services	24
5.4.4 - Connaissance par les prestataires de la période de fécondité	25
5.4.5 - Appréciation du personnel sur la méthode de D&C et l’AMIU	25
5.5 - Les coûts des prestations de services post-abortum.....	26
Conclusion et recommandations.....	28
Bibliographie	31

REMERCIEMENTS

Le Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP) adresse ses vifs remerciements à toutes les personnes qui se sont investies dans la réalisation de cette étude. Leur engagement et leur expérience ont contribué au succès de ce projet.

Nos remerciements vont particulièrement à l'endroit des enquêtrices qui ont contribué de façon significative à la réussite de l'enquête, souvent dans des conditions très difficiles. Leur détermination et leur savoir-faire ont été essentiels durant la phase de collecte des données.

L'exécution de l'étude a été facilitée par l'appui des responsables des différentes structures ciblées qui ont apporté tout le soutien nécessaire aux équipes de terrain. A cette occasion, nos remerciements vont à l'endroit :

- du Professeur Fadel DIADHIOU, Chef de la clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU LE DAN-TEC ;
- du Dr Abdoulaye GUEYE, Médecin chef de la DSMI, président du comité de pilotage ;
- du Général Philippe NORMAND, Médecin-chef de l'hôpital Principal ;
- du Dr Alioune GAYE, Médecin- chef du centre de santé Roi Baudouin (district de Guédiawaye) ;
- du Dr Moctar GOUMBALA, Médecin-chef de la maternité de l'hôpital Principal ;
- des membres du comité de pilotage et des autres personnes ressources qui, par leurs précieuses contributions, ont été d'un apport considérable à la réalisation de cette étude.
- du personnel intervenant au niveau des trois structures citées ci- haut.

Le CEFOREP remercie le Population Council pour l'appui financier et technique appréciable apporté à la réalisation de cette étude. Une mention spéciale est adressée au Dr Placide TAPSOBA dont les conseils pertinents et le soutien ont été d'une grande utilité pour la réalisation de ce projet.

Nos remerciements s'adressent également à JHPIEGO qui a été un partenaire privilégié dans le cadre de ce projet. Son soutien technique et financier a permis d'institutionnaliser des soins après avortement améliorés au niveau des sites pilotes.

Enfin, nous adressons nos vifs remerciements à l'USAID, particulièrement à la mission locale de Dakar, dont le financement à travers les agences de collaboration sus-citées, a permis la réalisation de cette expérience pilote.

Que tous trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des patientes	10
Tableau 2 : Histoire reproductive	12
Tableau 3 : Délai souhaité pour avoir le prochain enfant	12
Tableau 4 : Connaissances et attitudes en matière de reproduction	13
Tableau 5 : Types d'avortement	14
Tableau 6 : Technique d'évacuation utilisée par phase	14
Tableau 7 : Délai d'attente avant l'admission	15
Tableau 8 : Connaissance de la contraception selon la méthode	18
Tableau 9 : Méthodes contraceptives déjà utilisées dans le passé	19
Tableau 10 : Méthode utilisée à la survenance de la grossesse	20
Tableau 11 : Discussion sur la PF avec le mari/partenaire	21
Tableau 12 : Caractéristiques socio-démographiques du personnel	24
Tableau 13 : Formation pour le traitement des avortements incomplets	24
Tableau 14 : Informations et prestations de service PF	25

LISTE DES GRAPHIQUES

Pages

Bilan de la collecte (enquête patiente) :.....	8
Graphique 1 : Type d'avortement.....	10
Graphique 2 : Age moyen selon le type d'avortement.....	11
Graphique 3 : Situation matrimoniale et avortement.....	11
Graphique 4 : Nombre de grossesses.....	12
Graphique 5 : Descendance souhaitée selon l'âge.....	12
Graphique 6 : Age gestationnel selon le type d'avortement.....	14
Graphique 7 : Itinéraire des patientes	14
Graphique 8 : Contrôle de la douleur	15
Graphique 9 : Douleur ressentie durant le traitement.....	15
Graphique 10 : Durée d'hospitalisation selon le site.....	16
Graphique 11 : Informations sur le traitement.....	16
Graphique 12 : Apaisement pour surmonter la douleur.....	16
Graphique 13 : Informations sur les problèmes futurs	16
Graphique 14 : Connaissance des méthodes contraceptives.....	18
Graphique 15 : Sources d'information sur les méthodes contraceptives.....	18
Graphique 16 : Pratique contraceptive passée	19
Graphique 17 : Nombre de méthodes déjà utilisées	19
Graphique 18 : Utilisation de la pilule et du condom selon l'âge	19
Graphique 19 : Utilisation de la pilule et du condom selon le niveau d'instruction	20
Graphique 20 : Raisons de la non utilisation de la contraception	20
Graphique 21 : Contraception à la survenance de la grossesse	20
Graphique 22 : Raisons de l'échec de la contraception	20
Graphique 23 : Discussion sur la PF avec le partenaire	21
Graphique 24 : Souhait de recevoir des conseils sur la PF.....	21
Graphique 25 : Souhait de la présence du mari/partenaire au moment du counseling.....	21
Graphique 26 : Counseling et acceptation de la PF.....	22
Graphique 27 : Lieu de déroulement du counseling	22
Graphique 28 : Formation en PF après avortement.....	24
Graphique 29 : Connaissance de la période de retour à la fertilité.....	25
Graphique 30 : Appréciation de la D&C et de l'AMIU	25
Graphique 31 : Evolution des coûts supportés par la patiente selon la phase	26
Graphique 32 : Evolution des coûts supportés par la patiente selon la méthode.....	26
Graphique 33 : Evolution des coûts supportés par les patientes selon le type d'avortement	26
Graphique 34 : Evolution des coûts supportés par les patientes selon le site.....	27

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AMIU	: Aspiration Manuelle Intra Utérine
CEFOREP	: Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction
CGO	: Clinique Gynécologique et Obstétricale
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIPD	: Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CRHCS	: Commonwealth Regional Health Community Secretariat
D&C	: Dilatation et Curetage
DHSP	: Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique
DIU	: Dispositif Intra Utérin
DPS	: Direction de la Prévision et de la Statistique
DSMI	: Division de la Santé Maternelle et Infantile
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
FHI	: Family Health International
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
IPAS	: International Projects Assistance Service
IPPF	: International Planned Parenthood Federation
JHPIEGO	: Programme John Hopkins pour l'Education et la Formation Internationales en Matière de Santé de la Reproduction
MAMA	: Méthode d'allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MFEF	: Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PF	: Planification Familiale
PI	: Prévention des Infections
PPS	: Point de Prestation de Services
RO/AT	: Recherche Opérationnelle/Assistance Technique
ROM	: Rétention d'œuf Mort
SAA	: Soins Après Avortement
SOU	: Soins Obstétricaux d'Urgence
SR	: Santé de la Reproduction
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: Agence des Etats Unis pour le Développement International

PERSONNES AYANT CONTRIBUE A L'EXECUTION DE L'ETUDE

Responsable Scientifique : Professeur Fadel DIADHIOU, PCA CEFOREP, Chef de Service CGO

Responsable administratif : Cheikh A. S. MBENGUE, Coordinateur CEFOREP

Coordination Scientifique

- Comité de pilotage : Dr. Abdoulaye GUEYE, Ministère de la Santé Publique
- Volet recherche : Babacar MANE, Démographe
- Volet formation : Dr. El Hadj Ousseynou FAYE, Gynécologue-Obstétricien, Epidémiologiste

Exécution Technique

- Babacar MANE, Démographe, Responsable de la Recherche, CEFOREP
- Thierno DIENG, Statisticien, Assistant de Recherche, CEFOREP
- Dr. El Hadj Ousseynou FAYE, Gynécologue-Obstétricien, Epidémiologiste, CGO
- Dr. Placide TAPSOBA, Médecin, Chargé de Programme, Population Council

Gestionnaire : Mody KONATE, CEFOREP

Personnel d'enquête : Ndèye Thilor DIONGUE

: Voulimata Camara

: Rokia KOUYATE

: Ndèye Fary FALL

: Khadidiatou FALL

: Nafi TOURE

Personnes ressources : Dr. Moctar GOUMBALA, Médecin-Lt Colonel, Gynécologue-Obstétricien,
Médecin-Chef Maternité Hôpital Principal de Dakar

: Dr. Alioune GAYE, Gynécologue-Obstétricien, Médecin-Chef Centre de
Santé Roi Baudouin de Guédiawaye

Reprographie : Pierre PREIRA, CEFOREP

: Papa Malick SENE, CEFOREP

Financement : Recherche Population Council

: Formation JHPIEGO

AVANT-PROPOS

L'étude sur *“l'introduction des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) et de la Planification Familiale (PF) pour les patientes présentant des complications liées à un avortement incomplet”* est un projet pilote qui a pour but d'expérimenter et de proposer une approche novatrice pour la prise en charge des complications découlant d'un avortement incomplet.

Elle s'inscrit dans le cadre de la mise en oeuvre des recommandations de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en 1994. Le programme d'action adopté au cours de ces assises consacre un volet important à la santé maternelle, notamment à la prise en charge des complications d'avortement, en tant qu'éléments fondamentaux du droit à la santé.

Les recommandations de cette conférence indiquent que “ les femmes devraient avoir un accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement et qu'après un avortement, des services de conseils, d'éducation et de planification familiale devraient être offerts rapidement , ce qui contribuerait également à éviter les avortements répétés” (Rapport CIPD, p 67).

Cet engagement de la communauté internationale qui a permis d'aplanir les contraintes pesant sur la question de l'avortement, a constitué un déclic pour les différents pays africains qui ont ainsi commencé à entreprendre des actions concrètes en vue de promouvoir une gestion plus pragmatique de ce problème.

En Afrique francophone, le Burkina Faso et le Sénégal ont été les pays pilotes où cette démarche intégrée a été expérimentée.

Le domaine étudié est d'une importance cruciale car les avortements à risque constituent un problème majeur de santé publique auquel la plus grande priorité doit être accordée.

L'approche proposée repose sur l'introduction du concept de Soins Après Avortement (SAA) consistant en une intégration des services d'urgence, des services de PF et la référence à d'autres services de SR en vue de permettre une prise en charge plus efficace des besoins des patientes .

L'amélioration des traitements d'urgence des complications d'avortement est basée sur l'introduction de la technique d'Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU) comme méthode alternative à la Dilatation/Curetage qui se pratique sous anesthésie générale alors que l'AMIU ne nécessite qu'une anesthésie locale.

La stratégie proposée demeure novatrice et permettra à terme un meilleur accès des femmes à des services après avortement de qualité.

Grâce à l'engagement des différentes institutions ayant pris part à ce projet, un pas important vient d'être réalisé vers l'amélioration de la santé maternelle.

DEFINITIONS OPERATIONNELLES

Les **Soins Après Avortement** sont, selon l’OMS, par définition une stratégie de prestations de services reposant sur trois éléments :

- des services médicaux d’urgence (traitement des complications liées aux avortements incomplets) ;
- des conseils, orientations et services de PF après avortement ;
- les liens avec d’autres services de santé de la reproduction.

Les **Soins Obstétricaux d’Urgence** comprennent les interventions spécifiques pour prendre en charge les complications obstétricales d’urgence survenant au cours de la grossesse, du travail et de l’accouchement.

L’**avortement spontané** est un avortement intervenu en dehors de toute entreprise volontaire.

L’**avortement provoqué** est un avortement dont la patiente ou son entourage a fait l’aveu, ou bien qui est constaté par un spécialiste.

La **Rétention d’Œuf Mort** survient lorsque le fœtus meurt in utero pendant la grossesse avec rétention pendant 48 heures au moins.

L’**avortement molaire** est un oeuf pathologique constitué de villosités kystiques dont la confluence rappelle la grappe de raisins.

La **Phase pré-intervention** : période ayant précédé l’introduction de la nouvelle approche. Dans le document, cette étape est aussi appelée **phase pré-test** ou **phase 1**.

La **Phase post-intervention** : période ayant suivi l’introduction de la nouvelle approche. Dans ce document, cette étape est aussi appelée **phase post-test** ou **phase 2**.

Les **Normes et Protocoles en SAA** constituent des guides de référence dans la stratégie d’amélioration de la qualité des soins après avortement. Ils visent le renforcement de la qualité des services, la standardisation de la formation et des prestations de service après avortement à tous les niveaux du système de santé.

EXECUTIVE SUMMARY

In 1997 The Center for Training and Research in Reproductive Health (CEFOREP), in partnership with the Obstetrics and Gynecology Clinic (CGO) at the Le Dantec University Teaching Hospital, conducted a study to look at the feasibility of introducing Postabortion Care (PAC) services into three reference health facilities in the Dakar region:

- The Obstetrics and Gynecologic Clinic at the Le Dantec University Teaching Hospital
- The Roi Baudoin Health Center
- The Hôpital Principal

The research component of this pilot project was supported by the Population Council's Africa Operations Research and Technical Assistance (OR/TA II) Project and the training and service provision components were supported by JHPIEGO. This project responded to the recommendations from several international conferences (Bellagio, 1993; Cairo, 1994; Beijing, 1995) that gave postabortion care priority among the strategies to reduce maternal mortality.

The objectives of this project were:

- **long-term objective:**
 - To contribute to the reduction of maternal morbidity and mortality resulting from induced abortions
- **intermediate objectives:**
 - To strengthen the competencies of service providers in case management of patients suffering from complications of abortion;
 - To test a service provision strategy based on the introduction of an integrated package of services including: emergency medical services, family planning counseling, orientation and services, and patient referral to other reproductive health services; and
 - To evaluate the impact of the model on the improvement of the quality of postabortion care.

The methodology used is based on a traditional operations research model, with a pre-test and post-test phase and the introduction of an intervention between them. The samples of the two phases were independent. The study targeted:

- patients suffering from complications of incomplete abortions of less than 16 weeks
- health personnel working in the pilot structures caring for these patients

These target populations were interviewed during the pre-test and post-test phases, each of which lasted four months. *Before initiating the pilot intervention* the situation could be described having:

- ***Poor quality services*** - The traditional method of treatment (curage/D&C) requires an average hospital stay of three days, which is considered long. This length of stay is linked to the fact that curage or D&C often necessitates general anesthesia, and the availability of anesthesia services is limited due to its use in other emergency cases. This prolongs the waiting time before admission and between admission and medical treatment. Also, the necessity of certain lab exams, the type of treatment and the required recuperation time after anesthesia increases the patient's hospital stay.
- ***Absence of integrated services*** - There was no integration of services in the maternities or departments of obs/gyn involved. For example, before the pilot intervention, the vast majority of patients being treated for postabortion complications (eight out of ten) left the hospital without any information or counseling on family planning or other types of reproductive health services. These patients are an important target group for FP services, due to their risk of an undesired pregnancy with the quick return to fertility after a first trimester abortion.
- ***Lack of Information about the procedure*** - Study results showed that patients did not receive sufficient information about the procedure they were to receive and what precautions to take afterwards.
- ***Lack of trained personnel*** - The poor interaction between patients and clinicians was often due to the lack of training. Almost 2/3 of providers interviewed said that they hadn't received any training in postabortion care. Eight out of ten providers had not had any training in counseling.
- ***Treatment costs were high*** - Due to the lack of standardized treatment procedures, treatment costs were high. Patient-supported costs were assessed at 35 800 FCFA (approximately \$70.00 US).

After the pilot intervention, the researchers observed that:

- ***Use of manual vacuum aspiration (MVA) increased*** - MVA was the most widely-used treatment (51%). The majority of clinicians who used this method said that they were satisfied with it.
- ***Reduction in hospital stay*** - There was a reduction of the patient's hospital stay of about 50% (3 days vs. 1.6 days on average)
- ***Reduction in patient's costs*** - There was reduction in patient supported costs from 35 800 FCFA (\$70.00 US) to 26 700 FCFA (\$50.00). This reduction was mostly due to the decrease in the length of the hospital stay.
- ***Strengthening patient - clinician interaction*** - Thanks to the training received by providers in counseling, communication between providers and patients was improved, especially concerning information about the proposed treatment, psychological support to help the patient overcome the pain and FP counseling. Among patients who received information/FP counseling, researchers

noted that eight out of ten women accepted to use a contraceptive method after the counseling session, attesting to the importance of counseling in contraceptive choice.

However, despite the progress made, certain deficiencies were also noted:

- ***Systematic FP counseling was lacking*** - Despite the improvements noted, nearly 2/3 of patients did not benefit from FP counseling after introducing the pilot project. Because the time between the initiation of the study and post-intervention data collection was short, sufficient personnel had not been trained and systems in place to meet the counseling needs of all the patients. In the 8 months since the initiation of the project, additional staff have been trained in counseling and counseling is now systematic for all patients.
- ***Rarely counseled on possible future consequences*** - Nine out of ten patients were not counseled on possible future problems linked to incomplete abortions.
- ***Poor pain control*** - Pain control during the MVA procedure continues to posed a problem. 35.6% of women who had the MVA procedure said that they felt sharp pain. Although recommended in the protocols, local anesthesia was not systematically given at the beginning of the project, relying on “verbacaine” and psychological support. Physicians are now systematically giving local anesthesia.

Despite these deficiencies, the results of the pilot study largely support the pertinence of the chosen strategy. Reduction in the length of stay and other benefits for the patient and her companions present real advantages for these institutions to free-up beds and lessen the pressure on their waiting lists. Integration of FP services is a strategic element to adopt for preventive services if one takes into account risks incurred by women exposed to undesired pregnancies and unsatisfied needs for family planning.

RESUME

En 1997, le Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP) en partenariat avec la Clinique Gynécologique et Obstétricale (CGO) du CHU Le Dantec ont entrepris une étude de faisabilité sur l'introduction des Soins Après Avortement dans trois structures sanitaires de référence de la région de Dakar :

- la clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Le Dantec
- le Centre de Santé Roi Baudouin
- l'Hôpital Principal

Cette expérience pilote a été appuyée par le Population Council dans le cadre du projet de Recherche Opérationnelle et d'Assistance Technique (RO/AT II) en Afrique et par JHPIEGO qui a appuyé le volet Formation / Prestations de service. Elle s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations issues des conférences internationales (Bellagio, 1993 ; Caire, 1994 ; Beijing, 1995) qui consacrent un rang de priorité aux Soins Après Avortement (SAA) dans les stratégies de lutte contre la mortalité maternelle.

Les objectifs de ce projet étaient :

- ♦ **objectif à long terme** : de contribuer à la baisse de la morbidité et de la mortalité maternelles liées aux avortements à risque.
- ♦ **objectifs immédiats**
 - de renforcer les compétences des prestataires de services dans le domaine de la prise en charge des patientes souffrant de complications d'avortement ;
 - de tester une stratégie de prestations de services basée sur l'introduction d'un paquet intégré de services incluant des services médicaux d'urgence, les conseils, l'orientation et les prestations de services de PF de même que la référence des patientes vers d'autres services de santé de la reproduction.
 - d'évaluer l'impact du modèle sur l'amélioration de la qualité des soins après avortement.

La méthodologie utilisée repose sur le procédé de recherche opérationnelle avec une phase pré-test et une phase post-test entre lesquelles on introduit une intervention ; les échantillons des deux phases étant indépendants.

L'étude a ciblé :

- les patientes souffrant de complications d'avortement dont l'âge gestationnel est inférieur ou égal à quinze semaines
- le personnel de santé des structures intervenant dans la prise en charge de ces patientes.

Ces cibles ont été interrogées durant les phases pré-test et post-test qui ont duré chacune 4 mois.

Avant l'intervention, la situation était la suivante :

- la qualité des soins était très faible. En effet, les procédures de traitement en usage demeuraient trop longues. La durée moyenne de séjour des patientes au niveau des structures était estimée à trois jours, ces délais étant essentiellement liés à la nature des techniques (curage/curetage) utilisées qui exigeaient souvent une anesthésie générale. Or l'accessibilité des services d'anesthésie demeure très limitée du fait des interférences avec les autres cas d'urgence ; ceci allongeait ainsi les temps d'attente avant l'admission et entre l'admission et le traitement effectif des patientes. Par ailleurs, l'exigence d'examens préalables à la procédure d'évacuation, de même que les délais nécessaires à la récupération de la femme après l'anesthésie contribuaient à augmenter le temps de présence de la patiente au niveau des structures de santé ;
- en outre, on notait l'absence d'intégration des différents services au sein des maternités ou départements de gynécologie et d'obstétrique chargés de dispenser les soins. Par exemple, avant l'intervention, il a été noté que la grande majorité des patientes souffrant de complications d'avortement quittaient les structures sans au préalable bénéficier de conseils ou d'informations sur la PF ou sur d'autres types de services de SR (8 patientes sur 10) ;
- les résultats de l'étude ont montré également que l'information des patientes sur le traitement à recevoir et sur les comportements à adopter après leur prise en charge était très insuffisante.
- cette faible interaction entre les prestataires et leurs clientes était entretenue par le manque de formation du personnel. Près des deux tiers des prestataires interrogés ont déclaré n'avoir pas reçu de formation spécifique dans le domaine des Soins Après Avortement . Concernant la formation en counseling , huit (8) prestataires sur dix n'en avaient pas bénéficié.
- du fait de la nature et du manque de standardisation des procédures de traitement , les coûts des soins demeuraient très élevés. Les charges supportées par les patientes pour acquérir les soins sont évaluées à 35800 FCFA en moyenne.

Après l'intervention, on a observé :

- une acceptation de l'AMIU qui est devenue la méthode de traitement la plus utilisée (51%). Cette proportion aurait été plus importante si une partie du personnel formé d'un des sites (Hôpital Principal) n'avait pas été affecté ailleurs. La majorité des prestataires ayant utilisé la méthode ont déclaré être satisfaits (79,2%) ;
- une réduction de la durée de séjour des patientes de l'ordre de 50% (3 jours à 1,6 jours en moyenne) ;
- une baisse des coûts supportés par les patientes et leurs familles qui passent respectivement de 35800 FCFA à 26700 FCFA , cette baisse étant essentiellement liée à la réduction de la durée de

séjour dans l'hôpital et à la rationalisation des prescriptions médicamenteuses ;

- un renforcement des interactions entre les prestataires et leurs clientes : grâce aux formations reçues en matière de counseling, la communication entre le personnel de santé et les clientes s'est améliorée, notamment en ce qui concerne l'information sur le traitement à recevoir, le soutien psychologique pour permettre à la patiente de surmonter la douleur et les conseils PF. Parmi les patientes ayant reçu des informations/conseils PF, on a noté que près de huit femmes sur dix avaient accepté d'utiliser une méthode de contraception après la causerie, ce qui témoigne de l'importance du counseling dans le choix contraceptif.

Cependant, malgré les acquis notables observés, certaines insuffisances ont été relevées, notamment :

- la non systématisation du counseling en PF durant le séjour (près des 2/3 des patientes n'ont pas bénéficié d'un counseling en PF après l'introduction du modèle) ;
- la rareté des conseils relatifs aux problèmes futurs que pourraient rencontrer les patientes après leur traitement (seules 10,9% des patientes en ont bénéficié) ;
- le contrôle de la douleur durant la procédure d'AMIU demeure encore un problème (35,6% des patientes ayant été traitées par cette méthode ont déclaré avoir ressentie une douleur aiguë).

Ces insuffisances notées dans la mise en oeuvre du modèle, surtout durant les premiers temps qui ont suivi la formation des prestataires, pourraient être liées, entre autres facteurs :

- au temps très court entre la mise en place de l'intervention et l'évaluation ; en effet, celle-ci est intervenue moins d'un mois après la formation des prestataires, donc à un moment où les changements de comportement attendus n'étaient pas encore suffisamment perceptibles, car nécessitant un certain temps d'adaptation pour être intégrés dans les gestes quotidiens ;
- au nombre limité de prestataires ayant réellement bénéficié de la formation en counseling PF durant l'intervention ;
- aux contraintes liées à la charge de travail du personnel qui n'a pas eu le temps matériel pour systématiser le counseling ;
- à la non systématisation de l'anesthésie locale durant le traitement par AMIU.

Les visites de suivi effectuées après la phase de collecte des données post intervention ont permis de noter des progrès dans la pratique des soins après avortement, notamment au niveau du counseling et du contrôle de la douleur. Une évaluation ultérieure permettra de les apprécier.

Nonobstant ces insuffisances, les résultats tirés de cette expérience pilote témoignent globalement de la pertinence de la stratégie retenue. La réduction de la durée de séjour, outre les bénéfices qu'elle peut engendrer pour la patiente et son entourage, présente des avantages réels pour les institutions d'accueil qui peuvent ainsi libérer des lits et atténuer la pression qui pèse sur leur capacité d'accueil. L'intégration des prestations de services PF est devenue effective dans la prise en charge des patientes et demeure un élément stratégique pour l'adoption de comportements préventifs du fait de leur exposition à des

Introduction

grossesses précoces et de l'ampleur de leurs besoins non satisfaits de PF.

I Contexte et justification

L'amélioration des conditions socio-économiques des femmes en général, de leur état de santé en particulier, constitue une préoccupation majeure aussi bien aux plans national qu'international.

Cette priorité accordée à la santé maternelle qui a été réaffirmée à travers toutes les conférences internationales traitant des questions de population et de développement se justifie par le niveau élevé de la mortalité maternelle dans les pays en développement, ceux d'Afrique subsaharienne en particulier.

On estime à près de 585 000 le nombre annuel de décès maternels à travers le monde (FNUAP, 1997). L'Afrique subsaharienne demeure l'une des régions au monde qui paie encore le plus lourd tribut de ce fléau. Le taux de mortalité maternelle y est de 870 décès pour 100 000 naissances vivantes ; en Afrique de l'Ouest cet indice est estimé à 1020 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Au Sénégal, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 1992/93 estimait le taux de mortalité maternelle à 510 décès pour 100 000 naissances vivantes pour la période 1979/92.

Les risques associés aux complications d'avortement représentent, entre autres facteurs, une part non négligeable des causes de morbidité et de mortalité maternelles.

Selon les estimations de l'OMS, on notait près de 3,32 millions de cas d'avortements à risque en Afrique dont 21 000 suivis de décès (IPPF, 1994) .

En dépit du mauvais fonctionnement du système d'information sanitaire, on estime que les avortements à risque seraient responsables de 13 à 20 % des décès maternels en Afrique subsaharienne. Par ailleurs, dans certains hôpitaux urbains africains, les complications d'avortement constituent plus de 50 % des admissions gynécologiques (CRHCS, 1994).

Au Sénégal, les principales indications sur l'ampleur des avortements proviennent essentiellement des structures sanitaires. Selon les statistiques du Ministère de la Santé, 7 935 cas d'avortements ont été enregistrés en 1995 au niveau des structures sanitaires dont 2 578 au niveau des hôpitaux et 5 357 au niveau des districts sanitaires (CEFOREP, 1998).

Une étude de l'équipe du CHU le Dantec a relevé que 17 % des gestantes au niveau de la maternité viennent pour des complications liées à un avortement et que celles-ci constituent un des principaux motifs d'urgence obstétricale (CEFOREP ,1998). Bien que ces données soient très parcellaires, elles traduisent, cependant, le fait que les avortements à risque représentent un lourd fardeau pour le système de santé au Sénégal.

L'ampleur des avortements à risque est entretenue, entre autres facteurs, par :

- la survalorisation de la fonction reproductive chez la femme, l'exposant ainsi à des grossesses à risque qui peuvent être soit trop précoces, trop rapprochées ou trop tardives. En effet, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS III , 1997) du Sénégal indiquait que l'âge médian à la première naissance était de 19,8 ans pour les femmes de 25-49 ans. Or, il est démontré qu'à cet âge les risques sont réels pour la femme et son enfant, du fait notamment de l'immaturité physique et psychologique

de la mère à supporter une grossesse trop précoce. L'indice synthétique de fécondité est de 5,67 enfants par femme et le nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes âgées de 40-49 ans est de 7,06 enfants. Ce niveau élevé de fécondité est souvent associé à des intervalles intergénésiques rapprochés. On observe par ailleurs que la survie du dernier enfant est un élément déterminant de la longueur de l'intervalle intergénésiq. Celle-ci tend à se raccourcir lorsque l'enfant précédent est décédé ;

- la sanction sociale qui frappe les naissances hors mariage est également un facteur prédisposant les femmes à pratiquer des avortements provoqués, souvent dans de mauvaises conditions de sécurité. Les différentes études menées sur le sujet confirment la prédominance des facteurs d'ordre social et économique comme déterminants de la pratique abortive. Dans l'étude menée par l'équipe du CHU le Dantec, près de 45 % des enquêtées ont cité ces facteurs tandis que 27 % ont évoqué un besoin de limitation des naissances (Diadhiou et al, 1995) ;
- le faible accès des femmes à des services de qualité et le niveau socio-économique relativement bas de celles-ci contribuent à accroître leur exposition . L'EDS de 1997 a révélé que plus du tiers des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années précédant l'enquête avait effectué leur première visite après le troisième mois de la grossesse et que 15% d'entre elles n'avaient pas du tout effectué de consultations prénatales. Le taux de prévalence contraceptive reste très faible (8,1% parmi les femmes en union) et est expliqué, entre autres facteurs, par le faible accès des femmes aux services de PF. L'EDS III avait indiqué que 33 % des femmes avaient des besoins non satisfaits en matière de PF.

En dépit de son ampleur (qui du reste est sous estimée), la prise en charge des complications liées aux avortements n'a pas encore bénéficié de tout l'intérêt qui sied.

L'accès des femmes à des soins de qualité et la gestion quotidienne des complications d'avortement demeurent une préoccupation réelle au niveau des structures de santé.

Les méthodes de traitement en usage sont très exigeantes en terme de mobilisation de ressources humaines et matérielles et réduisent considérablement l'accès aux soins après avortement. Le traitement des complications d'avortement par la technique de Dilatation/Curetage qui était la méthode la plus utilisée pour la procédure d'évacuation du contenu utérin nécessitait l'utilisation de l'anesthésie générale pour le contrôle de la douleur. Or, les ressources nécessaires pour le fonctionnement d'un tel service sont très limitées. Ainsi, du fait de la surutilisation de ces équipements, beaucoup de femmes sont obligées d'attendre plusieurs heures, voire des jours avant de recevoir un traitement.

Des études menées dans certains pays indiquent que le traitement de l'avortement incomplet peut mobiliser jusqu'à 60 % du budget des départements de gynécologie et d'obstétrique (Liskin,L.S ; 1980).

On observe également que les procédures de prise en charge n'intègrent pas les besoins de PF des patientes. Or, il est démontré que les avortements à risque résulteraient, entre autres facteurs, de grossesses non plani-

fiées ou non désirées, ce qui indique que ce sont souvent des femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de PF.

- Le manque de formation du personnel en soins post abortum réduit également la qualité des soins fournis aux patientes.

En outre, le contexte socioculturel et juridique prévalant entretient au niveau de la communauté et des prestataires des attitudes et comportements défavorables qui empêchent une prise en charge efficace des patientes.

Depuis la conférence du Caire de 1994 qui a entériné le concept de soins post abortum, une plus grande attention est accordée à la prise en charge des conséquences de l'avortement, ceci dans le cadre de la mise en œuvre des stratégies de lutte contre la mortalité maternelle.

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) propose à cet effet une approche globale en ce qui concerne les soins apportés aux femmes souffrant de complications d'avortement spontané ou provoqué en intégrant dans la prise en charge les prestations de services PF et en créant aussi des liens avec les autres composantes des soins de santé de la reproduction. Cette approche devrait assurer aux patientes une prise en charge globale de leurs problèmes de santé reproductive.

En effet, des conseils et des services de PF fournis aux femmes souffrant de complications d'avortement peuvent non seulement prévenir les grossesses non désirées, mais aussi les avortements répétés.

Au Sénégal, cette préoccupation a été prise en compte dans le cadre des initiatives nationales de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles.

C'est ainsi que l'objectif n° 6 du programme national de santé de la reproduction pour la période 1997-2001 adopté par les pouvoirs publics porte sur " la réduction de 50 % de la prévalence des avortements à risque et de leurs complications" (MSAS, 1997).

La prise en charge des conséquences des avortements à risque et leur prévention constituent également des priorités retenues dans le plan national d'action de la femme sénégalaise 1997-2001.

C'est dans cette perspective que le Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP) en partenariat avec la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU le DANTEC et avec l'appui technique et financier du Population Council et de JHPIEGO, ont entrepris une étude de faisabilité sur la prise en charge des soins post abortum dans trois sites pilotes de la région de Dakar.

Cette étude est basée sur l'expérimentation d'un modèle intégré de prise en charge des patientes ayant des complications liées à un avortement incomplet. Ce modèle comporte l'introduction de la technique de traitement par Aspiration Manuelle Intra Utérine et intègre les prestations de services PF et la référence des patientes à d'autres services de SR.

II. Cadre institutionnel

Le projet a été exécuté conjointement par le Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP) et la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Le DANTEC (CGO).

Le volet recherche a été confié au CEFOREP, le volet formation/prestations de services post abortum à la CGO. Ces deux institutions ont bénéficié respectivement de l'appui technique et financier du Population Council (Projet RO/AT II) et de JHPIEGO sous le parrainage de l'USAID.

Dans le cadre de l'exécution de ce projet, un comité technique de suivi a été mis en place. Ce comité qui regroupe des représentants des ministères publics, d'associations et d'ONGS, des représentants des bailleurs de fonds et autres partenaires au développement est présidé par la Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique (DHSP). Il a pour mission de suivre l'état d'avancement des activités du projet et la mise en œuvre des principales recommandations qui seront issues de cette étude pilote.

III. Objectifs et hypothèses de l'étude

3.1. Objectif général :

- ♦ Contribuer à la baisse de la morbidité et de la mortalité maternelles liées aux avortements à risque par la mise en place d'un paquet intégré de services offerts aux patientes souffrant de complications d'avortement ;

3.2. Objectifs spécifiques :

- ♦ Procéder à une revue de la littérature sur les avortements à risque au Sénégal en vue de faire le point sur l'état de la recherche et de proposer des études complémentaires ;
- ♦ Renforcer les compétences du personnel dans le domaine de la prise en charge des complications liées aux avortements par le biais de la formation ;
- ♦ Développer et tester auprès des prestataires et des patientes la faisabilité, l'acceptabilité, la qualité et l'efficience d'un modèle de prise en charge basé sur l'introduction des SAA comprenant la méthode d'Aspiration Manuelle Intra utérine, la réorganisation des services, les conseils et prestations de services PF aux patientes ayant des complications post-abortum et la référence à d'autres services de SR ;
- ♦ Evaluer auprès des prestataires et des clientes l'impact du modèle proposé sur la qualité des services;
- ♦ Etudier et comparer les coûts liés aux différentes méthodes de traitement à savoir la Dilatation/Curetage et l'Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU) ;

3.3. Hypothèses de l'étude

- ♦ La formation des prestataires de services dans le domaine des soins après avortement va accroître leurs connaissances et compétences en ce qui concerne la prise en charge des patientes et avoir ainsi un impact sur la qualité des services ;

- ♦ L'information des patientes sur les problèmes de SR, sur la PF en particulier va accroître leurs connaissances et avoir un impact sur l'acceptation et le recours à la planification familiale ;
- ♦ L'introduction du modèle , en particulier de l'AMIU, aura un impact positif sur la réduction de la durée d'hospitalisation des patientes et par conséquent sur la diminution des coûts des prestations de services post abortum.

IV. Méthodologie

4.1. Le type d'étude

La méthodologie utilisée repose sur le procédé de recherche opérationnelle avec une phase pré-test et une phase post-test entre lesquelles on introduit une intervention ; les échantillons des deux phases étant indépendants.

- **La phase avant -intervention** a pour objet d'évaluer auprès des patientes et du personnel de santé les procédures actuelles de prise en charge des soins post abortum.
- **L'intervention** a consisté à la mise en place du modèle.
- **La phase après-intervention** a pour but d'évaluer auprès des patientes et du personnel de santé l'impact de l'intervention sur la qualité des soins post-abortum.

4.2. L'échantillonnage

4.2.1. Les sites

L'étude s'est déroulée au niveau des trois structures sanitaires de référence de la région de Dakar :

- ♦ **La Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Le DANTEC** qui est une structure hospitalo-universitaire située au sommet de la pyramide sanitaire; c'est une structure de référence nationale en matière de santé de la reproduction qui a également une vocation de formation ; elle a enregistré 4416 accouchements et 741 cas d'avortement y ont été pris en charge durant l'année 1997. Le nombre de patientes évacuées à l'hôpital était de 841 durant la même année.
- ♦ **L'hôpital Principal** qui est une structure sanitaire de référence semi privée ; en 1997, la maternité de cet hôpital a réalisé 4355 accouchements ; en 1997, on a enregistré au niveau de la maternité et du service de gynécologie près de 8000 hospitalisations. Les avortements sont pris en charge au niveau des services de chirurgie générale, de gynécologie et de la maternité.
- ♦ **Le Centre de Santé Roi Baudouin** est une structure sanitaire de référence située dans la périphérie de Dakar, précisément dans le district de Guédiawaye. Le centre couvre une population de 400 000 habitants. En 1997, le centre a enregistré 5556 accouchements et pris en charge 624 cas d'avortement. Le centre a reçu 947 patientes évacuées durant l'année 1997.

4.2.2. Les cibles

- Toutes les patientes ayant fréquenté les trois sites pour des motifs liés à des complications d'avortement dont l'âge gestationnel est inférieur ou égal à quinze (15) semaines ont été interrogées avant leur sortie de l'hôpital durant les phases pré-test et post-test. Ce choix des cibles se justifie par le fait que la méthode d'AMIU est plus adaptée au traitement des avortements intervenus durant le premier trimestre de la grossesse. Les interviews ont été réalisées sur la base d'un questionnaire individuel qui a permis de recueillir des informations sur les caractéristiques socio-démographiques, les antécédents en matière de reproduction, les motifs de la consultation, les soins reçus, la connaissance et l'utilisation de la PF, les coûts supportés par ces patientes, la législation en matière d'avortement.... Le recrutement des patientes a été effectué par des enquêtrices sur la base d'un *consentement éclairé*.
- Le personnel de santé impliqué dans la prise en charge des patientes ciblées dans l'étude a été interviewé durant les phases pré tests et post test par les mêmes enquêtrices. Cette enquête a concerné toutes les catégories de personnel (médecins, sages-femmes, infirmiers, manoeuvres...).

Les informations collectées à partir d'un questionnaire individuel ont porté sur les caractéristiques socio-démographiques, l'expérience professionnelle, la compétence en soins après avortement, la PF post-abortion....

Toutes ces interviews se sont déroulées dans des conditions garantissant leur *confidentialité*.

4.3. Le déroulement des activités

4.3.1. *la phase pré- intervention*

Les activités suivantes ont été réalisées :

- **la revue de la littérature** : grâce à l'exploitation et à l'analyse exhaustive de la documentation disponible, cette activité a permis de faire le point sur l'état des connaissances sur les avortements à risque au Sénégal ; le rapport de cette revue a été publié ;
- **l'exploitation des statistiques de services** : un recensement de tous les cas d'avortements sur une période de référence de deux ans (1995-1996) a été réalisé à partir des registres des trois structures ciblées ;
- **l'enquête auprès des patientes** : toutes les patientes se présentant pour des complications liées à un avortement dont l'âge gestationnel est inférieur ou égal à quinze (15) semaines ont été interviewées ; elles étaient au nombre de 320 ;
- **l'enquête auprès du personnel de santé** : tous les agents intervenant dans la prise en charge des patientes souffrant de complications d'avortement ont été interrogés. Au total 204 agents ont été interviewés ;
- **la collecte des données sur les coûts** : sur la base du guide IPAS, les coûts relatifs aux soins après avortement ont été collectés. Trente quatre (34) patientes ont été suivies durant toutes les étapes de

leur prise en charge. Les informations collectées ont porté sur : le temps utilisé par le personnel et par la patiente durant la procédure de traitement, les salaires du personnel intervenant, les intrants (médicaments et matériels) utilisés.

En outre, des informations sur les coûts ont été collectées à partir du questionnaire patiente afin de déterminer les coûts supportés par les patientes et leurs familles. Ces coûts intègrent les frais de transport, les médicaments, les examens complémentaires, les frais d'hospitalisation, les ordonnances de sortie.

4.3.2. La phase d'intervention

Durant cette phase de l'étude, plusieurs activités ont été réalisées avec l'appui technique et financier de JHPIEGO :

- **Le recensement des besoins** : cette activité a permis d'identifier les aspects clés à améliorer pour renforcer la qualité des soins après avortement. Il s'agissait d'identifier au niveau de chaque site les besoins en formation du personnel, les besoins en infrastructures et en organisation des services (circuit des patientes, méthodes de traitement, Prévention des Infections).
- **L'atelier de Prévention des Infections (PI)** : Vingt (20) participants (médecins, infirmiers, sages-femmes...) ont reçu une formation sur les pratiques recommandées en matière de soins de ses exigences en matière de PI. Cet atelier a permis d'élaborer un plan d'action dans chaque site.
- **L'atelier de mise à jour en technologie contraceptive et en gestion des services après avortement** : Vingt participants ont bénéficié d'un recyclage en planification familiale post-partum et post-abortum, en gestion des soins après avortement et sur le concept de contraception d'urgence.
- **Une visite d'assistance a été effectuée dans chaque site en vue de développer un plan de mise en oeuvre de services après avortement.** Cette activité a permis définir un nouveau circuit des patientes, de revoir les pratiques de PI et l'organisation des services.
- **Une réunion d'orientation dans chaque site** : elle a concerné aussi bien le personnel médical qu'administratif des centres pilotes de l'étude et de toutes les structures de santé satellites. Ces réunions avaient pour but d'étudier les modalités d'intégration des soins après avortement dans les activités routinières des structures et de sensibiliser les prestataires sur le concept de soins après avortement.
- **L'atelier de counseling en soins après avortement** : il a eu pour but d'accroître les compétences en counseling du personnel impliqué dans les soins après avortement.
- **La formation en AMIU** : Sept gynécologues-obstétriciens ont reçu une formation en compétence

tion des Infections
t i c i p a n t s
sages-femmes...)
tion sur les
mandées en PI, sur
après avortement et
matière de PI. Cet
laborer un plan

clinique d'AMIU au Ghana et au Burkina Faso. En outre, des formations internes ont été organisées à l'intention des médecins en fin de spécialisation, des internes et des sages-femmes.

- **Des visites de suivi** dans chaque site ont été effectuées pour évaluer la qualité des prestations de services offerts et pour résoudre les problèmes rencontrés.

4.3.3. *La phase post-intervention*

Elle a porté sur les activités suivantes :

- l'interview des patientes : 543 femmes ont été interrogées
- l'interview du personnel : 175 agents ont été interrogés
- la collecte des données sur les coûts : 29 patientes ont été suivies.

Les informations collectées ont permis d'évaluer l'impact de l'intervention sur l'amélioration de la qualité des soins post abortum.

Durant cette collecte, un suivi régulier des agents de terrain a été effectué par l'équipe de recherche du CEFOREP. Des visites (deux fois/semaines) ont été effectuées dans chacun des sites et un système de feedback permanent et des réunions périodiques ont été organisés entre les encadreurs techniques, les responsables de site et les enquêtrices. Cette démarche a permis d'une part, de corriger les insuffisances identifiées dans la mise en oeuvre du modèle et aussi de garantir la qualité des données recueillies.

4.4. Le traitement et l'analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été entièrement réalisées par l'équipe du CEFOREP à partir du logiciel SPSS. Les analyses univariées et bivariées ont été le plus souvent utilisées. L'analyse multivariée ayant servi dans quelques cas spécifiques. Le seuil de signification retenue est $p < 0,05$.

4.5. Qualité des données et difficultés rencontrées

La comparaison des échantillons avec une population de référence obtenue à partir des registres des services durant une période de 12 mois (janvier-décembre 1997) a montré que l'échantillon de l'étude est représentatif de la population des patientes ciblées se présentant dans les trois sites. Par ailleurs, d'autres tests statistiques ont montré qu'il n'y avait pas de différences structurelles significatives entre les deux

Principaux résultats

5.1. Caractéristiques socio-démographiques des patientes

Dessin gracieusement offert par Monsieur Thiama MBOW

Comme indiqué précédemment, cette étude a été effectuée en deux phases. L'une de ses particularités est que les patientes interrogées durant la première phase sont différentes de celles interrogées durant la seconde phase. Par ailleurs, les deux phases ne se sont pas déroulées aux mêmes périodes et les deux échantillons n'ont pas la même taille. Tenant compte de ces faits, il était nécessaire de voir si les deux échantillons étaient comparables. Pour ce faire, des tests statistiques ont été effectués sur des variables relatives aux caractéristiques socio-démographiques

des patientes. Au vu de ces tests, il n'a pas été noté de différence structurelle significative entre les deux échantillons (tableau 1, graphiques 1). Ainsi, pour toutes les parties du document traitant des caractéristiques des patientes, les commentaires

se référeront à l'ensemble des données des deux phases. Par contre, pour les besoins de mesure de l'impact du modèle, les échantillons des deux phases seront comparés.

Dans la suite du document, seront traités successivement :

- les caractéristiques socio-démographiques des patientes ;
- les soins après avortement ;
- la planification familiale ;
- le personnel de santé intervenant dans les soins après avortement ;
- les coûts des prestations supportés par les patientes.

Tableau 1 : Caractéristiques de la patiente				
Age	Phase 1	Phase 2	Global	
<de 20 ans	10,7	10,0	10,3	
20-24 ans	16,0	18,4	17,5	
25-29 ans	25,1	20,0	21,9	
30-34 ans	21,3	20,0	20,5	
35-39 ans	17,9	18,2	18,1	
40 ans et +	9,1	13,4	11,8	
Ensemble (N = 858)	p > 0,276	100,0	100,0	100,0
Age moyen (ans)	p > 0,279	29,22	29,78	29,6
Situation matrimoniale				
Mariée	84,7	87,6	86,5	
Non mariée	15,3	12,4	13,5	
Ensemble (862)	p > 0,220	100,0	100,0	100,0
Instruction				
Sans instruction	41,6	41,4	41,5	
Primaire	30,9	27,6	28,9	
Secondaire et plus	25,9	28,4	27,5	
Autre	1,6	2,6	2,2	
Ensemble (863)	p > 0,544	100,0	100,0	100,0
Activité professionnelle				
Ménagère	57,4	62,1	60,3	
Domestique	3,1	3,9	3,6	
Indépendante	25,7	20,9	14,8	
Salariée	10,3	10,2	10,2	
Elève/étudiante	3,4	3,0	3,1	
Ensemble (860)	p > 0,513	100,0	100,0	100,0

5.1. Les caractéristiques socio-démographiques des patientes

5.1.1. L'âge des patientes

La répartition des patientes selon l'âge indique une légère surreprésentation des groupes d'âges intermédiaires, notamment à 25-29 ans et 30-34 ans (Tableau 1). Cette répartition suit plus ou moins la courbe des taux de fécondité qui demeurent très élevés à ces âges. En effet, l'Enquête Démographique et de Santé de 1997 révélait à ces âges des taux de fécondité de 274‰ et de 270‰ respectivement.

L'âge moyen des patientes est de 29,6 ans et indique que celles-ci sont essentiellement des femmes en pleine vie féconde. L'âge minimum est de 14 ans et l'âge maximum de 52 ans.

Si l'on tient compte du type d'avortement, on observe que les patientes ayant eu un avortement provoqué sont plus jeunes que celles ayant eu soit un avortement spontané, soit un avortement molaire ou une rétention d'oeuf mort. Les âges moyens sont respectivement de 23,4 ans et 30 ans (graphique 2).

Ces résultats confirment ceux observés dans d'autres études (notamment Diadhiou et al, 1995).

5.1.2. Situation matrimoniale

La majorité des patientes sont des femmes mariées (86,5 % contre 13,5 % pour les non mariées). Si l'on se réfère au type d'avortement, on remarque que les avortements provoqués sont le fait de femmes non mariées (neuf femmes sur dix) contrairement aux autres types d'avortement qui concernent surtout des femmes en union (Graphique 3) . Cette situation résulterait de la sanction sociale qui frappe les naissances hors mariage, la procréation n'étant tolérée que dans le cadre du mariage. Elle traduit aussi le fait que la fécondité au Sénégal demeure essentiellement une fécondité légitime.

5.1.3 Instruction des patientes

Le niveau d'instruction des patientes demeure relativement faible ; sept femmes sur dix ont un niveau d'instruction qui ne dépasse pas le primaire. Ces données sont comparables aux résultats observés au niveau national pour le milieu urbain sénégalais (EDS III, 1997).

5.1.4. Profession de la patiente

La majorité des patientes sont des femmes au foyer (60 %) . Les autres catégories demeurent peu représentées au niveau de l'échantillon.

5.1.5. La reproduction

Les données observées montrent que la fécondité des patientes est caractéristique de celle observée au plan national, notamment pour le milieu urbain.

- le nombre moyen de grossesses de ces femmes est de 4,4 grossesses et un peu plus de la moitié de ces femmes ont eu au moins 4 grossesses ;
- l'âge médian à la première grossesse qui est de 19,0 ans traduit une entrée précoce dans la vie reproductive ;
- le nombre moyen d'avorte-ments est de 1,5 ; il traduit l'ampleur du phénomène si l'on se réfère au

nombre moyen de

grossesses (4,4). Ainsi, à peu

près une grossesse sur trois a

fini par un avortement ;

- le nombre moyen d'enfants nés vivants est de 2,83 par femme ;

- le nombre moyen d'enfants survivants est égal à 2,6 ;

- une proportion importante de ces femmes ont des grossesses non planifiées : en effet, 41% d'entre elles ont déclaré avoir eu au moins une grossesse non planifiée au cours de leur vie féconde ; près de 38% d'entre elles ont déclaré par ailleurs n'avoir pas souhaité le moment où est survenue leur dernière grossesse ;

- près des deux tiers des patientes (65,3 %) avaient un besoin en matière de Planification familiale car voulant retarder pour diverses raisons la venue de leur prochain enfant au moins après un an ou bien

après le mariage pour les célibataires. Ceci reflète l'ampleur des besoins en matière de PF chez les patientes post-abortum qui est confirmée dans d'autres études antérieures (FHI, 1997).

5.1.6. Les préférences en matière de fécondité

- le nombre moyen d'enfants souhaités est de 4,85 enfants par femme et croît régulièrement avec l'âge ; près de huit femmes sur dix ont déclaré souhaiter avoir un autre enfant supplémentaire. Cette situation reflète celle observée au niveau national.
- L'intervalle idéal moyen souhaité entre deux naissances qui est de 33 mois est comparable à la

Tableau 2 : Histoire reproductive	Phase 1	Phase 2	Global
<i>Nombre moyen de grossesses</i>	4,52	4,41	4,40
<i>Age médian à la 1er grossesse (ans)</i>	19,00	19,00	19,00
Antécédents et souhaits en matière de reproduction			
<i>Nombre moyen d'enfants nés vivants</i>	2,87	2,80	2,83
<i>Nombre moyen d'enfants survivants</i>	2,68	2,54	2,59
<i>Nombre moyen d'avortements</i>	1,53	1,52	1,52
<i>Pourcentage de patientes ayant déclaré avoir</i>	46,2	37,8	40,9
<i>Pourcentage de patientes n'ayant pas souhaité</i>	36,2	39,3	38,1
<i>Pourcentage de patientes ayant souhaité retarder leur prochaine grossesse</i>	71,0	62,1	65,3

Tableau 3 : Délai souhaité pour avoir le prochain enfant	Phase 1	Phase 2	Global
Moins d'un an	15,4	18,0	17,1
1 à 2 ans	30,3	26,1	27,6
2 ans ou plus	25,3	24,5	24,8
Après mariage	15,4	11,5	12,9
Ne sait pas	13,7	19,9	17,7
<i>Ensemble (674) p = 0,150</i>	100,0	100,0	100,0
<i>Patientes souhaitant avoir un autre enfant</i>	76,9	79,9	78,8%

norme nationale.

- ♦ Comparée au nombre d'enfants vivants, la majorité des femmes n'a pas encore atteint la descendance souhaitée.

5.1.7. Les connaissances et attitudes en matière de reproduction

- ♦ Plus de la moitié des patientes ne connaissent pas avec précision la période de fécondabilité de la femme. Le tableau 4 montre qu'il n'y a pas eu d'amélioration significative de la connaissance de la période de fertilité après l'intervention.

- ♦ On note une augmentation significative de la proportion de patientes connaissant la période de retour à la fertilité après un avortement du premier trimestre ; elle passe de 43,8% à 51,4% (tableau 4). Cette amélioration s'explique par l'introduction du counseling durant le traitement.

Tableau 4 : Connaissances et attitudes en matière de reproduction	Global	Phase 1	Phase 2
<i>Pourcentage de patientes connaissant la période de fertilité chez la femme ($p > 0,702$)</i>	40,4	41,3	39,9
<i>Pourcentage de patientes connaissant la période retour à la fertilité après un avortement ($p < 0,033$)</i>	48,6	43,8	51,4
<i>Pourcentage de patientes connaissant au moins une complication découlant d'un avortement ($p > 0,101$)</i>	76,9	80,0	75,1

- ♦ Plus de sept patientes sur dix connaissent les complications encourues après un avortement ou une fausse couche. Cette proportion n'a pas connu d'évolution significative durant la phase 2 ($p > 0,101$).

5.2. Les soins après avortement

5.2.1. L'âge gestationnel :

L'âge moyen auquel interviennent les interruptions de grossesses est de 10 semaines. Les avortements molaire et les ROM interviennent un peu plus tard (10,9 semaines).

5.2.2. Type d'avortement et traitement reçu

Les avortements spontanés représentent les $\frac{4}{5}$ des cas d'avortement recensés (80,2%). Les admissions pour des complications liées à un avortement provoqué représentent 9% des cas (Classification OMS, 1987). C'est à peu près la même proportion que celle des "Autres" types d'avortement (molaire et rétention d'œuf mort) (10,8%). Ces résultats sont comparables à ceux d'autres études menées en milieu hospitalier (CEFOREP, 1998). Cependant, des études réalisées en Egypte et au Burkina Faso montrent que la part des avortements spontanés est moindre (respectivement 54% et 69%).

Le curage digital a été la technique la plus utilisée durant la phase pré-intervention avec un peu plus de la moitié des cas (52,8%). Par contre, l'AMIU a été la méthode la plus utilisée dans la phase post-intervention (51,4%). La persistance de la D&C durant la phase 2 s'explique par le fait que dans l'un des trois sites (Hôpital Principal) une partie du personnel formé en AMIU a été affectée ailleurs.

5.2.3. Itinéraire des patientes

La mise en place d'un système de référence efficace contribuerait à une meilleure prise en charge des patientes. Le rôle des structures périphériques est déterminant à ce niveau, du fait de leur plus grande accessibilité et de la possibilité qu'elles offrent en orientant les patientes à temps vers les structures les plus indiquées.

Les données de l'étude montrent que près des $\frac{2}{3}$ des patientes (62,3%) sont allées au moins dans deux structures de santé avant de se faire traiter. Cette

situation traduit une déficience au niveau du système de référence. Par ailleurs, les délais entre les premiers symptômes et la fréquentation d'une structure d'une part, et la prise en charge d'autre part, sont

Tableau 5 : Type d'avortement	Phase 1	Phase 2	Global
Spontané	79,7	80,5	80,2
Provoqué	10,3	8,3	9,0
Autre	10,0	11,2	10,8
Ensemble ($p > 0,545$)	100,0	100,0	100,0

Tableau 6 : Les techniques d'évacuation utilisée par phase		
	Phase 1	Phase 2
Curage	52,8	24,9
Dilatation - Curetage	43,7	23,8
AMIU	0	51,4
Aspiration électrique	3,5	0
Ensemble	318	543

relativement longs (respectivement 3,5 jours et 4,7 jours).

5.2.4. Délai d'attente avant l'admission

La rapidité de la prise en charge des patientes est un des indicateurs de bonne qualité de l'accueil. L'introduction des normes et protocoles en matière de soins obstétricaux d'urgence a pour but, entre autres, de contribuer à cela.

On a observé une amélioration dans la prise en charge des patientes après l'intervention. En effet, la proportion de patientes ayant déclaré avoir été admises immédiatement après leur arrivée a augmenté sensiblement durant la phase post-intervention (69,0% contre 54,8%). Par ailleurs, si durant la phase pré-intervention 75,8% ont été admises moins d'une heure après leur arrivée, après l'intervention cette proportion est passée à 83,6%.

5.2.5. Contrôle de la douleur

Le contrôle de la douleur est un critère d'évaluation de la qualité des soins post-abortum. Il permet une intervention dans de bonnes conditions de sécurité et de confort pour la patiente.

La méthode de dilatation-curetage se fait exclusivement sous anesthésie générale. Elle nécessite donc la présence d'un personnel anesthésiste avec des équipements assez coûteux. L'introduction de l'AMIU a permis de réduire fortement l'utilisation de l'anesthésie générale au profit de l'anesthésie locale que le gynécologue pratique lui-même.

Ainsi, l'anesthésie générale n'a été pratiquée que dans 28,5% des cas durant la phase 2 contre 44,6% durant la phase 1.

Sous anesthésie locale, la patiente reste lucide et peut ressentir quelques douleurs. C'est ce qui pourrait expliquer l'augmentation de la proportion de patientes ayant ressentie une douleur jugée tolérable (30,8% contre 5,3%) et la baisse notable de la proportion de celles n'ayant ressentie aucune douleur (75,9% contre 33,6%).

Cependant, l'augmentation de la proportion de patientes ayant ressentie une douleur aiguë durant le traitement (18,8% durant la phase 1 contre 35,6% durant la phase 2) indique que le contrôle de la

Tableau 7 : Délai d'attente avant l'admission

	Phase 1	Phase 2
Immédiatement	54,8	69,0
30 mn à 1 heure	21,0	14,6
1 heure à 2 heures	13,5	7,1
2 heures et plus	10,6	9,3
Ensemble	$p < 0,000$	310

Graphique 8 : Contrôle de la douleur

Graphique 9 : Douleur ressentie durant le traitement

douleur demeure encore un problème. Cela s'explique par la propension d'une partie du personnel à n'utiliser que le soutien psychologique, surtout au début, sans la combiner avec l'anesthésie locale qui était recommandée pour l'utilisation de l'AMIU.

5.2.6. Durée d'hospitalisation

L'introduction du modèle, notamment de l'AMIU, avait pour objectif de réduire les délais de prise en charge des patientes d'autant plus que cette technique est moins exigeante en terme de mobilisation de ressources humaines et matérielles. Compte tenu de la faible capacité en lits des structures de santé, la réduction de la durée de séjour des patientes au sein de l'hôpital devait permettre aux structures d'augmenter leur capacité d'accueil et aux patientes de faire des économies en ce qui concerne les charges d'hospitalisation.

Globalement la durée moyenne d'hospitalisation a diminué durant la deuxième phase. A l'hôpital Principal elle est passée de 5,7 jours à 4,3 jours. Cette durée relativement plus longue est liée à son statut d'hôpital privé où les patientes doivent d'abord payer avant d'être libérées.

A l'hôpital Aristide Le Dantec cette durée est passée de 3 jours à 1,6 jours tandis qu'au centre de santé Roi Baudouin les patientes ont eu une durée moyenne de séjour de 20 heures 30 mn contre près de 40 heures durant la phase avant intervention.

5.2.7. Interactions prestataire/patient

Le dialogue entre le prestataire et la patiente durant tout le processus de prise en charge permet l'instauration d'un climat de confiance propre à garantir une participation volontaire de la patiente au bon déroulement du traitement.

La proportion de patientes ayant bénéficié d'informations à propos du traitement qui va leur être administré a sensiblement augmenté durant la phase 2, passant de 42,6% à 59,4%.

Par ailleurs, si durant la phase 1 seule $\frac{1}{3}$ des patientes ont été apaisées quant au déroulement du traitement (32,4%), la phase 2 a vu près des $\frac{2}{3}$ des patientes bénéficier d'un soutien psychologique en vue de leur permettre de surmon-

ter la peur de la douleur (61%). On note, cependant, que peu de patientes ont bénéficié d'informations/ conseils pour faire face aux problèmes qu'elles pourraient rencontrer ultérieurement ; leur proportion est passée de 6,9% 10,9% entre les deux phases.

5.3. La planification familiale

La Planification Familiale constitue une priorité dans les politiques de population et de santé au Sénégal. La place occupée par la Planification Familiale est justifiée par le contexte socio-sanitaire marqué par le niveau élevé de la fécondité qui a des incidences sur la santé de la mère et de l'enfant. Le retour précoce de la fertilité chez les femmes ayant eu un avortement du premier trimestre, la fréquence des grossesses non désirées et les risques d'avortements répétés ont motivé l'intégration des prestations de services de PF dans leur prise en charge.

5.3.1. Connaissance des méthodes contraceptives.

Le niveau de connaissance des méthodes contraceptives est généralement élevé chez les patientes (95,8%). Ce chiffre est comparable au taux national en milieu urbain qui est de 96,3% (EDS III - Sénégal - 1997). La pilule (88,9%) et le condom (88,6%) sont les plus connues. Suivent le DIU (83,0%) et les injections (82,0%). La vasectomie est peu connue (12,8%). Les sources d'information sur les métho-

des contraceptives sont diverses. Elles sont à caractère formel (Ecole, ONG, Structure de santé) ou informel (parents, amis, conjoint..). Les sources informelles sont les plus citées, surtout les parents et amis (près de 4 patientes sur 5 déclarent avoir été mises au courant de l'existence de ces méthodes par leurs proches). Les média jouent un rôle assez important dans la mesure où plus de la moitié des patientes les ont cités (59,7 %). La relative faiblesse du taux de patientes ayant

	Global	Phase 1	Phase 2
Contenance périodique	58,1	56,6	59,0
Retrait (coït interrompu)	40,4	43,3	38,9
Abstinence prolongée	66,5	68,8	65,3
Pilule	88,9	91,6	87,6
Dispositif intra utérin	83,0	84,9	82,4
Injection	82,0	84,3	81,0
Condom	88,6	89,0	88,7
Spermicide	42,8	45,1	41,7
NORPLANT®	67,6	66,8	68,3
MAMA/Allaitement	48,7	50,9	47,7
Ligature des trompes	73,6	75,9	72,5
Vasectomie	12,8	18,3	9,7
Ensemble	862	319	542

cité les structures de santé comme source d'information (39,3%) pourrait résulter, entre autres, de la faible fréquentation de ces structures, d'une part, et du manque de stratégie efficace de promotion des activités de planification familiale développées en milieu communautaire d'au-

tre part. Par ailleurs, le rôle d'informateur des conjoints ou partenaires est très marginal (seules 8,0% des patientes les ont cité).

5.3.2. Pratique de la contraception dans le passé

Bien que la presque totalité des patientes connaissent l'existence d'au moins une méthode contraceptive, seules 48% ont eu à les utiliser dans le passé. La pilule (25,1% patientes et 56,1% parmi celles qui ont déjà utilisé la contraception) et le condom (15,9% des patientes et 35,4% de celles qui ont déjà utilisé la contraception) sont les méthodes les plus utilisées au Sénégal. Ce résultat est du reste relevé dans plusieurs études notamment par l'EDS III de 1997. Il pourrait s'expliquer ici par la jeunesse des femmes constituant notre échantillon, qui n'ont pas encore atteint la descendance souhaitée et seraient, ainsi, moins tentées par les méthodes contraceptives de longue durée. Parmi les patientes ayant déjà pratiqué la contraception, plus de la moitié (51,2%) ont utilisé au moins deux méthodes.

L'utilisation de la pilule ou du condom varie selon l'âge et selon le niveau d'instruction. Cependant, l'on peut noter que si la proportion de celles qui ont déjà utilisé la pilule augmente avec l'âge, le taux d'utilisation du condom varie, par contre inversement à l'âge. Selon le niveau d'instruction, par contre, l'utilisation de la pilule et du condom suivent globalement la même tendance. Néanmoins, celles qui ont bénéficié d'une "autre" instruction (l'arabe pour la plupart) utilisent moins les deux méthodes que celles qui n'ont pas eu d'instruction.

<i>Tableau 9 : Méthode déjà utilisée</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
<i>Méthodes déjà utilisées</i>		
Continence périodique	89	23,0
Retrait (coït interrompu)	25	6,5
Abstinence prolongée	10	2,6
Pilule	217	56,1
Dispositif intra utérin	85	22,0
Injection	64	16,5
Condom	137	35,4
Spermicide	25	6,5
NORPLANT®	16	4,1
MAMA/Allaitement	4	1,0
Autres méthodes traditionnelles	30	7,8
Les pourcentages se rapportent au total 387

Graphique 19 : Utilisation de la pilule et du condom selon le niveau d'instruction

5.3.3. Les raisons de la non utilisation de la contraception

Le désir d'avoir un enfant (31,9%) et les facteurs socioculturels (religion, coutumes, opposition du conjoint, non mariée...) (29,7%) sont les principales raisons évoquées pour justifier la non utilisation de la contraception.

5.3.4. Pratique contraceptive à la survenance de la grossesse

Une patiente sur 10 utilisait une méthode contraceptive au moment où elle tombait enceinte. La continence périodique (30,4%), la pilule (20,7%) et le condom (17,4%) étaient les plus utilisées. L'utilisation incorrecte (oubli, incommodité de la méthode, insuffisance d'information, utilisation incorrecte) est la raison la plus évoquée pour expliquer l'échec de la contraception (67,4%).

On sait que ces trois méthodes demeurent très contraignantes du point de vue de leur utilisation.

Leur efficacité dépend de la participation des deux partenaires, chose qui n'est pas toujours effective. Toutefois, un quart de ces patientes dé-

Graphique 20 : Raisons de la non utilisation de la contraception

Graphique 21 : Contraception à la survenance de la grossesse

Graphique 22 : Raisons de l'échec de la contraception

Tableau 10 : Méthode utilisée à la survenance de la grossesse	Nombre	%
Continence périodique	28	30,4
Retrait (coït interrompu)	4	4,3
Abstinence prolongée	2	2,2
Pilule	19	20,7
Dispositif intra utérin	5	5,4
Injection	6	6,5
Condom	16	17,4
Spermicide	4	4,3
Méthode traditionnelle	8	8,7
Ensemble	92	100,0

clarent ne pas connaître la raison de l'échec de la contraception.

5.3.5. Discussion sur la PF avec le mari/partenaire et son attitude vis-à-vis de la contraception

L'efficacité de la contraception dépend en grande partie de sa commune acceptation par les deux partenaires. Ce consensus passe par un dialogue positif pouvant motiver une attitude éclairée à propos de la PF.

Plus de la moitié des patientes (54,4%) ont déclaré avoir discuté de la PF avec leur mari ou partenaire, et dans 62,1% des cas c'est la femme qui a eu l'initiative de la discussion, contre seulement 16,3% de cas où c'est le mari ou le partenaire qui en est l'initiateur.

Moins de la moitié des patientes (45,4%) ont déclaré que leur partenaire est favorable à la PF. Par ailleurs, 31,2% ne connaissent pas la position de leur conjoint ou partenaire sur la question.

5.3.6. Informations sur la PF

Le besoin d'informations en matière de PF est manifeste. L'on remarque que plus de 4 patientes sur 5 (86,7%) souhaitent

recevoir des conseils à ce sujet. Ceci, bien que 95,8% des patientes connaissent au moins une méthode contraceptive et que 48% d'entre elles aient pratiqué la PF dans le passé. L'on peut supposer qu'une proportion non négligeable de patientes n'ont qu'une connaissance superficielle en matière de contraception.

Par ailleurs, on note une volonté d'impliquer les hommes dans la PF. Elle est exprimée par plus de la moitié de celles qui sollicitent ces conseils (64,6%).

Le besoin d'information se justifie si l'on sait que :

- 52,4 % des patientes souhaitent avoir leur prochain enfant au plus tôt dans un an ;

Tableau 11 : Discussion sur la PF avec le mari/partenaire

Initiateur de la discussion	Global	Phase 1	Phase 2
Moi-même	62,1	60,2	63,2
Mon mari/partenaire	16,3	16,5	16,2
Nous deux	21,6	23,3	20,6
Ensemble (467) $p = 0,767$	100,0	100,0	100,0

Approbation de la PF par le mari/partenaire

Oui	45,4	43,6	46,5
Non	23,4	27,0	21,3
Ne sait pas	31,2	29,5	32,2
Ensemble (859) $p = 0,164$	100,0	100,0	100,0

- 40,9 % d'entre elles ont eu au moins une grossesse non attendue ou non désirée dans leur vie et 38,1% n'attendaient pas la dernière grossesse.

Au delà du besoin d'information, l'on peut supposer que c'est une volonté de maîtriser leur fécondité qui s'exprime.

5.3.7. Conseils sur la PF durant l'hospitalisation

On note une nette amélioration de l'information des patientes en matière de PF après l'intervention.

En effet, si seules 17,9 % d'entre elles ont déclaré avoir été informées durant la phase pré-intervention, 33,5% ont pu en bénéficier durant la phase post-intervention. Ce qui indique une intégration du counseling PF dans les SAA (ce pourcentage aurait pu

être plus élevé si l'évaluation était intervenue plus tard pour permettre aux prestataires d'intégrer les nouveaux gestes requis dans leurs pratiques quotidiennes).

Le résultat de la causerie a aussi connu une sensible amélioration durant la phase post-intervention. En effet, 75,9% des patientes

qui ont bénéficié de conseils durant la phase post-intervention ont accepté d'utiliser une méthode contraceptive contre 55,8% dans la phase pré-intervention.

Les lieux où se sont déroulés les activités de counseling

Si avant l'intervention la clinique PF et la salle d'hospitalisation étaient les lieux privilégiés où les patientes recevaient un counseling sur la PF (respectivement 55,4% et 32,1%), après l'intervention, la majorité des patientes ont reçu des conseils en PF dans la salle de récupération (après le traitement). Cette évolution

résulte de la mise en place du modèle, notamment la réorganisation des services. Les conseils de PF sont désormais offerts dans la salle de récupération par le personnel soignant qui a reçu une formation spécifique en counseling PF du post abortum, tandis que durant la phase pré-intervention les patientes étaient référées le plus souvent au niveau de la clinique de PF du centre. Cette nouvelle approche consiste à mettre à profit le climat de confiance que le personnel soignant aura réussi à instaurer pour mieux faire passer le message.

Les facteurs explicatifs de la décision d'utiliser la contraception

Les facteurs explicatifs de la décision de la patiente d'utiliser la contraception peuvent être multiples. L'analyse bivariée ne permettant de mettre en évidence que l'influence d'un facteur par rapport au phénomène étudié, il a été procédé à une analyse multivariée (Régression logistique).

Les résultats ont révélé que la situation matrimoniale, l'utilisation passée de la contraception, le moment choisi pour le counseling, le lieu où s'est déroulé le counseling et la période de l'enquête (pré ou post-intervention) ne semblent pas être déterminants dans la prise de décision à propos de la contraception.

Par contre, il est apparu que les facteurs explicatifs les plus prépondérants dans l'acceptation de la pratique contraceptive sont liés à la qualité du counseling.

En effet, l'acceptation de la contraception semble être plus liée au caractère facile de la communication et à la possibilité qu'ont les patientes de poser des questions. Donc l'instauration d'un climat de confiance et de dialogue semble être la clé d'un counseling pouvant aboutir à de bons résultats.

Cependant, pour les patientes n'ayant pas accepté d'adopter une méthode contraceptive, l'analyse multivariée a montré que c'est plutôt le refus de leur conjoint qui a motivé leur attitude.

Cette dernière remarque amène à relativiser l'importance du counseling dans l'acceptation d'une méthode contraceptive dans la mesure où d'autres facteurs extérieurs peuvent agir négativement sur l'attitude des patientes.

Ainsi, dans l'optique d'une pratique plus élargie de la contraception, l'implication des hommes revêt une grande importance. Ceci est ressenti par les patientes, puisque 64,4% de celles qui désirent recevoir des conseils en PF ont souhaité la présence de leur conjoint à cette occasion (graphique 25).

5.4. Le personnel de santé

5.4.1. Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles

Le personnel intervenant dans les soins après avortement est composé en majorité de femmes (respectivement 60,8% durant la phase 1 et 58,3% durant la phase 2) ; l'âge moyen des agents est proche de 36 ans ; les mariés représentent la proportion majoritaire. Les sages-femmes demeurent la catégorie la plus représentée ; les gynécologues-obstétriciens (5,1%), les chirurgiens anesthésistes (2,9%) sont moins représentées.

La durée moyenne d'exercice dans la profession est proche de 10 ans.

Tableau 12 : Caractéristiques socio-démographiques du personnel		
Sexe	Phase 1	Phase 2
Masculin	39,2	41,7
Féminin	60,8	58,3
Age moyen	37,6	36,5 ans
Nombre moyen d'année d'expérience	10,2	9,6
Situation matrimoniale		
Célibataire	23,5	26,3
Marié	54,9	66,3
Autre	21,6	7,4
Ensemble	100,0	100,0

5.4.2. Formation en soins post abortum

- la proportion du personnel ayant bénéficié d'une formation en soins post abortum a sensiblement augmenté entre les deux phases, passant de 38,9% au cours de la première phase à 45,1% après l'intervention. Parmi ceux-ci, on peut noter que :
- le pourcentage d'agents ayant reçu une formation en IEC/counseling est passé de 26% à 48%.
- la proportion d'agents formés en technique d'AMIU est passée de 11,4% à 58,2% parmi ceux ayant déjà reçu une formation en soins post abortum.

Tableau 13 : Formation pour le traitement des avortements incomplets		
	Phase 1	Phase 2
Oui	38,9	45,1
Non	61,1	54,9
Type de formation reçue		
Curage digital	75,9	63,3
Dilatation-curetage	53,2	32,9
AMIU	11,4	58,2
IEC/Counseling	26,6	48,1
Autre	3,8	2,5

5.4.3. Formation en planification familiale après avortement et prestations de services

- le pourcentage de personnes formées en planification familiale post abortum est passé de 16,8% à 23,4% entre les deux phases. Ceci s'est traduit par une amélioration de la disponibilité de l'information sur la PF :
- le pourcentage d'agents ayant déclaré que les patientes recevaient des informations/conseils sur la PF est passé de 31,4% à 51,4% entre les deux phases.
- le pourcentage d'agents ayant déclaré que les patientes recevaient des méthodes de PF avant leur sortie est passé de 18,2% à 40,2% ;
- le pourcentage d'agents ayant déclaré qu'une information sur les lieux de prestations PF était donnée

aux patientes est passé de 58,6% à 76,0% ;

- l'information sur la PF est surtout assurée par les sages-femmes (57%) , les assistants sociaux (36,6%), les médecins (23%).

5.4.4. Connaissance par les prestataires de la période de fécondité

La connaissance des mécanismes de la reproduction est un élément fondamental qui peut participer à une bonne maîtrise des gestes contribuant à l'amélioration des SAA. A ce propos, un important volet de formation des prestataires visant l'amélioration de leurs connaissances sur la physiologie de la reproduction du post abortum a permis d'atteindre des résultats assez significatifs. En effet, la proportion d'agents qui connaissent le délai de retour à la fécondité des patientes ayant eu un avortement spontané du premier trimestre est passée de 8,8% durant la phase 1 à 35,6% durant la phase 2. De même, la proportion de prestataires qui connaissent le délai de retour à la fécondité des patientes ayant fait un avortement provoqué au premier trimestre de leur grossesse est passée de 7,4% durant la phase 1 à 33,5% durant la phase 2.

5.4.5. Appréciation du personnel sur la méthode de Dilatation & Curetage et l'AMIU

L'opinion des prestataires vis-à-vis des méthodes de traitement des complications de l'avortement est un élément important qui permet de mesurer le degré d'appréciation et d'acceptation des techniques utilisées. Au cours de la deuxième phase, cette variable a été mesurée auprès du personnel ayant eu à utiliser les deux méthodes. On note que 36,5% des prestataires se sont déclarés satisfaits par la D&C contre 79,2% pour l'AMIU ; ce qui témoigne de l'adhésion des prestataires à l'utilisation de cette dernière méthode.

Tableau 14 : Informations et prestations de services PF		
	Phase 1	Phase 2
Agents ayant déclaré que les patientes étaient informées sur la PF durant leur séjour	31,4	51,4
Agents ayant déclaré que les patientes recevaient des méthodes de PF	18,2	40,2
Agents ayant déclaré que les patientes étaient informées sur les lieux de prestation de service PF	58,6	76,0

5.5. Les coûts des prestations

La prise en charge des patientes induit des coûts répartis entre les institutions et leurs patientes. La part des coûts supportés par les patientes représente un important indicateur d'accessibilité des soins, surtout dans un contexte marqué par une paupérisation de plus en plus prononcée des populations.

L'introduction de l'AMIU avait comme autre objectif la réduction des coûts de prise en charge, aussi bien pour l'institution que pour la patiente.

Dans cette partie du rapport, seuls les coûts supportés par les patientes sont abordés. Ce sont les coûts occasionnés par les prestations dont a bénéficié la patiente durant le traitement dans le site où elle a été enquêtée (frais d'accueil, d'hospitalisation, analyses complémentaires, ordonnances de sortie, autres frais additionnels, non compris les frais de transport et les frais avant l'accès au site).

De façon générale, il y a eu une baisse des coûts des prestations supportés par les patientes entre les deux phases. Ceux-ci passent de 35 800 FCFA à 26 700 FCFA en moyenne.

- Selon le type d'avortement, la baisse est très nette pour les avortements molaires et les ROM (41,3% contre 33,3% de baisse pour les avortements provoqués 24,% pour les avortements spontanés).
- Selon la méthode de traitement, l'introduction du modèle a entraîné une baisse de 17% pour la dilatation/curetage et 38,7% de baisse pour le curage digital. Cependant, on note que quelle que soit la phase, l'AMIU coûte en moyenne moins cher (23 800 FCFA) que la méthode de dilatation/curetage (40 200 FCFA durant la phase 1 et 33 400 FCFA durant la phase 2).
- Au niveau des sites la tendance reste la même notamment à l'hôpital A. Le Dantec (42 000 FCFA

durant la phase 1 contre 28 000 FCFA durant la phase 2). Cependant, cette baisse n'est pas significative au CS Baudouin (20 400 FCFA durant la phase 1 contre 17 400 FCFA durant la phase 2) et à l'hôpital Principal (39000 FCFA durant la phase 1 contre 36 500 FCFA durant la phase 2).

Il ressort de ces résultats que la conjugaison de l'AMIU et des normes et protocoles a abouti à la réduction des coûts supportés par les patientes.

Cependant, dans le but de cerner les raisons de la variation de ces coûts, une analyse plus fine a été effectuée. Il a fallu identifier les facteurs qui ont significativement contribué à cette variation.

Cette analyse a concerné 574 patientes pour lesquelles les données nécessaires étaient disponibles.

Il ressort de cette analyse que la diminution des coûts est due principalement à la réduction de la durée d'hospitalisation qui est passée globalement de 79 heures à 51 heures.

Conclusion et recommandations

L'introduction des Soins Après Avortement au niveau des structures sanitaires nationales marque une étape importante dans la prise de conscience sur la question de l'avortement en tant que problème majeur de santé publique.

En appuyant cette expérience pilote, les autorités publiques ont voulu concrétiser une des recommandations de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (Caire, 1994) qui stipulait qu'une plus grande attention devrait être accordée au traitement des complications de l'avortement en tant que composante essentielle de la promotion de la maternité sans risque.

A travers l'approche intégrée qui a été expérimentée, il a été prouvé que l'amélioration des pratiques cliniques demeurerait indispensable pour maximiser l'accès aux services et renforcer la qualité des Soins Après Avortement.

L'un des résultats tirés de cette expérience pilote a été la réduction des durée d'hospitalisation des patientes qui a nettement baissé. Ceci constitue un acquis important si l'on tient compte de la forte pression qui s'exerce sur les structures de santé, notamment sur les centres de référence dont la capacité d'admission demeure très limitée par rapport aux demandes auxquelles ils font face.

La réduction de la durée de séjour des patientes a induit en outre une baisse des coûts supportés par les patientes. Ces points positifs sont à mettre sur le compte de l'application des normes et protocoles en soins après avortement qui ont introduit des changements notables dans la prise en charge des patientes.

Un autre acquis de cette expérience pilote a consisté à institutionnaliser des unités de traitement des avortements à risque (salle AMIU) au niveau des structures pilotes alors qu'auparavant la prise en charge des avortements était diluée dans les autres services, ce qui entraînait une certaine discrimination à l'égard des patientes souffrant de complications d'avortement souvent considérées comme des cas non prioritaires. Cette attitude prolongeait, ainsi, les délais de prise en charge de ces patientes.

La réorganisation des services a permis de redéfinir un circuit plus adéquat pour la prise en charge des patientes. Cette réorganisation des services a permis, outre la création de salle d'AMIU, l'intégration des services médicaux d'urgence et des services de PF. Désormais, les prestations de services PF ne sont plus uniquement dispensées au niveau de l'unité de PF mais plutôt dans toutes les étapes de la prise en charge où un counseling est offert aux patientes.

L'étude pilote a également révélé que la formation des prestataires de services dans les Soins Après Avortement avait un impact positif sur le renforcement des interactions entre ceux-ci et leurs patientes qui reçoivent désormais plus de conseils et d'informations sur les soins offerts et sur la PF.

L'implication des sages-femmes dans la formation du personnel et dans la pratique des SAA a permis de démontrer leur capacité à maîtriser les gestes techniques et à respecter les procédures de prise en charge recommandées par les normes et protocoles en soins après avortement. De plus, si l'on tient compte de l'importance numérique des sages-femmes, cette option permettra à terme de renforcer de fa-

con notoire l'accessibilité des soins après avortement.

Outre ces acquis notables, quelques insuffisances ont cependant été notées.

En effet :

- bien que des améliorations réelles aient été réalisées dans le domaine du counseling et des prestations de services PF, il a été noté, après l'intervention, que près des deux tiers des patientes n'ont pas bénéficié de counseling PF durant leur séjour. Or, cet aspect était un élément essentiel du modèle ;
- si l'introduction de l'AMIU a été acceptée par les prestataires, la mise en œuvre de cette technique n'a pas toujours été accompagnée de mesures efficaces de contrôle de la douleur qui demeure encore un problème ; ceci constitue un désavantage par rapport à la méthode de dilatation/curetage qui se fait sous anesthésie générale ;
- bien que l'introduction du modèle ait engendré une réduction notable des coûts des services offerts, ceux-ci demeurent très élevés au vu du contexte de pauvreté dans lequel vit l'essentiel des patientes ;
- malgré la formation reçue, la proportion de prestataires ayant acquis des connaissances relatives aux mécanismes de la reproduction reste encore faible.

Cependant, ces faiblesses constatées dans la mise en œuvre du modèle pourraient être expliquées, entre autres facteurs, par :

- la précocité de l'évaluation qui est intervenue moins d'un mois après la phase d'intervention, donc avant que les changements escomptés dans les gestes quotidiens des prestataires ne soient effectifs ;
- la surcharge de travail pour le personnel formé en counseling PF ;
- l'utilisation du soutien psychologique sans anesthésie locale durant la procédure d'AMIU alors que les normes et protocoles recommandent plutôt la combinaison des deux méthodes.

La mise en œuvre du modèle est un processus nécessitant un certain temps de maturation. Ainsi, au fil des visites de suivi, des progrès ont été notés dans la pratique des soins après avortement et nul doute qu'une évaluation ultérieure permettra d'apprécier ces progrès.

Nonobstant les quelques insuffisances relevées plus haut, les résultats tirés de cette étude pilote indiquent l'intérêt d'améliorer les pratiques cliniques par l'introduction de technologies appropriées et d'intégrer les différents services de traitement en vue de maximiser la qualité des soins offerts aux patientes. L'intégration des services de PF est devenue effective dans la prise en charge des patientes et demeure de ce fait un élément essentiel pour prévenir les récides d'avortement ou les grossesses non désirées dont l'ampleur demeure réelle parmi les femmes ayant eu un avortement.

Tenant compte de toutes ces considérations, il demeure urgent de renforcer l'accès des femmes à des soins de qualité.

A cet effet, il convient :

- 1) de développer des activités de plaidoyer auprès des décideurs et leaders d'opinion en vue de susciter chez ceux-ci une prise de conscience sur la nécessité de considérer les complications de l'avortement

comme un problème majeur de santé publique ;

- 2) de valider les normes et protocoles en Soins Après Avortement et d'évaluer leur impact sur l'amélioration de la qualité des services ;
- 3) de systématiser le counseling PF en vue de favoriser l'acceptation des méthodes de contraception chez les patientes du post abortum. A ce propos, la prescription de méthodes contraceptives temporaires devrait être envisagée pour protéger les femmes ayant souffert de complications d'avortement contre d'éventuelles grossesses du fait du retour très précoce de la fertilité chez ces dernières ;
- 4) de renforcer les compétences de prestataires en technique de contrôle de la douleur et de développer des procédures standardisées de contrôle de la douleur.
- 5) de mettre en oeuvre les mesures d'accompagnement nécessaires qu'implique l'introduction du modèle, à savoir, la réorganisation des services et la formation du personnel qui exigent la mobilisation des ressources.
- 6) d'inclure les produits, matériels et équipements utilisés pour le traitement des avortements incomplets dans les dépenses de routine des formations sanitaires, en vue d'assurer une pérennisation du programme;
- 7) d'accroître l'accessibilité financière des soins après avortement en rationalisant les prescriptions médicamenteuses, les examens paracliniques et en intégrant les intrants utilisés pour le traitement des avortements incomplets dans la liste des médicaments essentiels (Initiative de Bamako) ;
- 8) d'élargir le programme de soins après avortement à d'autres niveaux de la pyramide sanitaire, sur la base des orientations définies dans les normes et protocoles.

Bibliographie

1. Abernathy (M) et al : Guide d'évaluation de l'utilisation des ressources employées dans le traitement de l'avortement inachevé. IPAS, North Carolina USA, 1993, 73 p.
2. Askew (I) : Measuring the quality of postabortion care : discussant's notes for session 3 of Global Meeting on postabortion care. Advances and challenges in operations research. Population Council, New York. January , 1998. 17 p
3. Bonhivers (B), De Ketele (J. M) : Pratique de la statistique. Bruxelles,1986, 259 p
4. Bourbonnais (R) : Econométrie, cours et exercices corrigés. DUNOD, 1997. 280 p
5. Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction : Revue de la littérature sur les avortements à risque au Sénégal, avril 1998, 88 p.
6. Commonwealth Regional Health Community Secretariat : Extrait d'une monographie sur les complications de l'avortement à risque en Afrique, 1994, 15 p
7. Diadiou (F), Faye (E.O) et al : A propos des avortements à risque au Sénégal et au Cameroun. Dakar, 46 p.
8. Diadiou (F), Faye (E.O) et al : Mortalité et morbidité liées aux avortements provoqués clandestins dans 4 sites de référence dakarois. Dakar,1995, 50 p.
9. Direction de la Planification et de la Statistique : Enquête Démographique et de Santé /Sénégal. Dakar, décembre 1997, 238 p.
10. Family Health International : Planification Familiale : une nécessité en post abortum ; in Network, vol 17, n°4, été 1997.
11. Fonds des Nations Unies pour la Population : Etat de la population mondiale 1997. New York 1997, 76p.
12. Howell (David C.) : Méthodes statistiques en sciences humaines. Bruxelles, 1998, 821 p
13. International Planned Parenthood Federation : Les avortements à risque et la planification familiale post abortum en Afrique. Conférence de Maurice, 1994, 36 p.

14. Liskin (L, S) : Complication of abortion in devolopping countries, Population Reports, Série F n° 7 106, 1980.
15. Ministère de la Femme de l'Enfant et de la Famille : Plan national d'action de la femme, 1997-2001. Dakar, novembre 1996, 126 p.
16. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale : Programme national de Santé de la Reproduction . Dakar, mars 1997, 118 p.
17. Nations Unies : Rapport préliminaire de la CIPD, New York, octobre 1994, 70 p.
18. Population Council : Improving the Counseling and Medical Care of Post Abortion Patients in Egypt. Final Report. Caire, Egypte, Mai 1995, 37 p.
19. Population Council : Advances and challenges in postabortion care operations research : summary report of a global meeting ; New York, January , 1998.
20. Population Council : creating linkage between incomplete abortion treatment and Family Planning services in Kenya : What works best ? Nairobi, janvier 1998, 45 p.
21. Sjostrand (M) et al : socio-economic client characteristics and consequences of abortion in Nairobi. East African Medical Journal, vol 72 , n° 5, May 1995 ; pp325-332, Nairobi, 1995.
22. World Health Organisation : "Protocol for hospital based descriptive studies for mortality, morbidity, related to enduced abortion. WHO Project n° 86 912, Task force on safety and efficacy of fertility regulating methods, revised edition of august 1987.

Le Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP) est l'organe d'exécution technique de l'Association Sénégalaise pour la Santé de la Reproduction (ASSR). Il a été créé en 1996 avec le soutien de l'USAID. Depuis, il a mené aux plans national et régional de nombreuses activités de formation et de recherche en matière de santé de la reproduction. Il constitue un cadre d'échanges d'informations et d'expériences en SR.

La Clinique Gynécologique et Obstétricale (CGO) du CHU Aristide Le Dantec est une Maternité/Ecole intégrée à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar. Elle assure la formation des médecins, des spécialistes en gynécologie et obstétrique et des sages-femmes pour plusieurs pays de l'Afrique francophone. Elle a développé de nombreuses recherches dans le domaine de la santé de la reproduction.