

Élargir l'accès aux services de soins après avortement au Rwanda

Rapport final en bref

Chaque année, 47 000 femmes dans le monde meurent de complications liées à un avortement à risque.¹ Au Rwanda, la mortalité maternelle est passée de 1 071 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 476 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010.² Il faut cependant déployer d'autres programmes pour accélérer la baisse de la mortalité maternelle, et en particulier pour traiter du problème des complications liées aux avortements à risque et aux fausses couches. Au Rwanda, environ 47 % des grossesses se sont pas désirées, et presque 30 % des femmes qui ont des complications à la suite d'un avortement à risque ne reçoivent pas le traitement dont elles auraient besoin.³ Les soins après avortement (SAA) sont une démarche validée au niveau mondial qui consiste à traiter les complications résultant d'un avortement incomplet ou d'une fausse couche, et à proposer des services de planification familiale.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande le misoprostol et l'aspiration pour traiter l'avortement incomplet et la fausse couche.⁴ Le misoprostol est un traitement sûr, efficace, stable à des températures élevées et d'un coût peu élevé.^{5,6} Avec des taux d'efficacité comparables à ceux de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), il peut être administré par des prestataires de niveau intermédiaire dans des structures de soins qui ne peuvent pas pratiquer une AMIU ou une intervention chirurgicale.⁷

En février 2012, avec le soutien de Venture Strategies Innovations (VSI), le Ministère de la Santé du Rwanda a lancé un programme pilote de soins après avortement dans quatre districts (Bugesera, Kicukiro, Gisagara et Nyabihu) avec l'intention d'élargir par la suite à l'échelle nationale. Tous les centres de soins (50) et hôpitaux (5) publics des quatre districts ont participé à ce programme pilote. Les objectifs consistaient à mettre en place des services complets de soins

après avortement par méthode médicamenteuse et chirurgicale et à réduire à terme la mortalité et la morbidité maternelles liées aux complications de l'avortement incomplet au Rwanda. Les principaux objectifs du programme pilote étaient de compiler des preuves en faveur de l'introduction du misoprostol dans la stratégie globale de SAA au Rwanda et de démontrer la faisabilité du programme. Ils visaient en outre à développer et

tester des outils de collecte de données, un système de flux de l'information, et des indicateurs sur la prestation de services susceptibles d'être inclus dans le Système d'information sur la gestion de la santé (HMIS), ainsi que d'identifier des composantes logistiques et ainsi que d'autres éléments sur la prestation de services pour un déploiement à plus grande échelle.

COMPOSANTES DU PROGRAMME PILOTE

Le programme pilote de soins après avortement (SAA) complets comportait deux éléments: 1) le renforcement des services médicaux de SAA au niveau des formations sanitaires et l'élargissement des services aux centres de santé par l'intégration du traitement médicamenteux avec le misoprostol; et 2) une campagne de sensibilisation auprès des communautés.

Renforcement des services au niveau des formations sanitaires

Les services de SAA complets ont inclus le traitement de l'avortement incomplet, un travail de conseil et des services de contraception, et la référence vers un autre établissement. Dans les formations sanitaires, le misoprostol, l'ocytocine, l'AMIU et la dilatation et le curetage (D&C) ont été utilisés pour traiter l'avortement incomplet et la fausse couche. Toutes les femmes devaient recevoir des conseils en matière de planification familiale après avortement ainsi que la méthode de contraception moderne de leur choix, ou être orientées vers des centres de planification familiale de niveau secondaire pour ces services. Les patientes ont été orientées des centres de santé vers les hôpitaux par l'intermédiaire des réseaux de référence existants lorsque les cas étaient trop complexes ou que le

Tableau 1 : Nombre de cas d'avortements incomplets ou de fausses couches par district (mars-octobre 2012)

Cas d'avortements incomplets et fausses couches	Districts concernés par le programme pilote				Nombre total (%)
	Bugesera	Gisagara	Kicukiro	Nyabihu	
Traités par misoprostol	237 (85.6 %)	219 (83.9 %)	218 (78.1 %)	94 (90.4 %)	768 (83.4 %)
Traités par ocytocine	21 (7.6 %)	38 (14.6 %)	52 (18.6 %)	10 (9.6 %)	121 (13.1 %)
Traités par D&C	19 (6.9 %)	4 (1.5 %)	5 (1.8 %)	0	28 (3.0 %)
Traités par AMIU	0	0	4 (1.4 %)	0	4 (0.4 %)
Nb de cas total traités	277	261	279	104	921

centre ne disposait pas de capacités suffisantes pour soigner la patiente.

Campagne de sensibilisation des communautés

Une campagne de sensibilisation a été menée pour s'assurer que les communautés étaient informées de l'élargissement récent des services de SAA mis à leur disposition. Outre la distribution d'une brochure contenant des avertissements sur les dangers que représente l'avortement à risque et sur la disponibilité de services de SAA, les districts ont organisé des réunions de sensibilisation avec les représentants des communautés, qui ont par la suite sensibilisé à leur tour les femmes de leur communauté sur le programme pilote de SAA.

RÉSULTATS QUANTITATIFS

Entre mars et octobre 2012, 921 femmes ont été traitées pour un avortement incomplet ou une fausse couche, 513 (56 %) dans des centres de santé, et 408 (44 %) à l'hôpital.

Le misoprostol est rapidement devenu la principale méthode de traitement de l'avortement incomplet et de la fausse couche

En générale, le misoprostol a été utilisé pour traiter 83 % des femmes ayant requis des SAA (Tableau 1). Dès son introduction, les prestataires ont commencé à utiliser le misoprostol pour traiter la majorité des cas d'avortements incomplets et de fausses couches (90 % durant le premier mois) et le misoprostol est resté la méthode utilisée de façon prépondérante pendant toute la durée du programme pilote (Figure 1).

Donner aux centres de santé la possibilité d'administrer du misoprostol élargit la disponibilité des services de SAA et les rapprochent des femmes

Avant le programme pilote, seuls deux centres de santé fournissaient des SAA, et le reste des centres de santé devaient orienter les patientes vers les hôpitaux pour le traitement de l'avortement incomplet et de la fausse couche. À la fin du programme pilote, les centres de santé traitaient 91 % des cas de SAA et ne referaient plus que 9 % des patientes vers les hôpitaux (Figure 2).

Les taux de complications ont été bas et seule une petite proportion de femmes a dû être orientée vers d'autres services pour achever le traitement

Moins de 2 % des 921 femmes traitées pour un avortement incomplet ou une fausse couche ont eu des complications à la suite du traitement. Environ 13 % des 345 femmes (67 % de l'ensemble des femmes traitées) qui sont revenues au centre de santé pour une visite de contrôle ont été orientées vers un hôpital (conformément au protocole de SAA complets) en raison de l'échec du traitement.

En ce qui concerne les méthodes chirurgicales, la D&C a été utilisée plus fréquemment que l'AMIU

Le recours aux méthodes chirurgicales pour traiter l'avortement incomplet et la fausse couche a été peu élevé. La D&C été utilisée pour 3 % des cas traités à l'hôpital. Seul le district de Kicukiro a indiqué avoir eu recours à l'AMIU pour traiter 1 % des cas d'avortement incomplet ou de fausse couche (Tableau 1).

La prise de contraceptifs a été modérée et variable selon les districts

De façon globale, 59 % des femmes ont reçu une méthode de

Figure 1 : Répartition des méthodes de traitement utilisées pour les cas d'avortements incomplets et de fausses couches au cours du programme pilote de SAA (n=921)

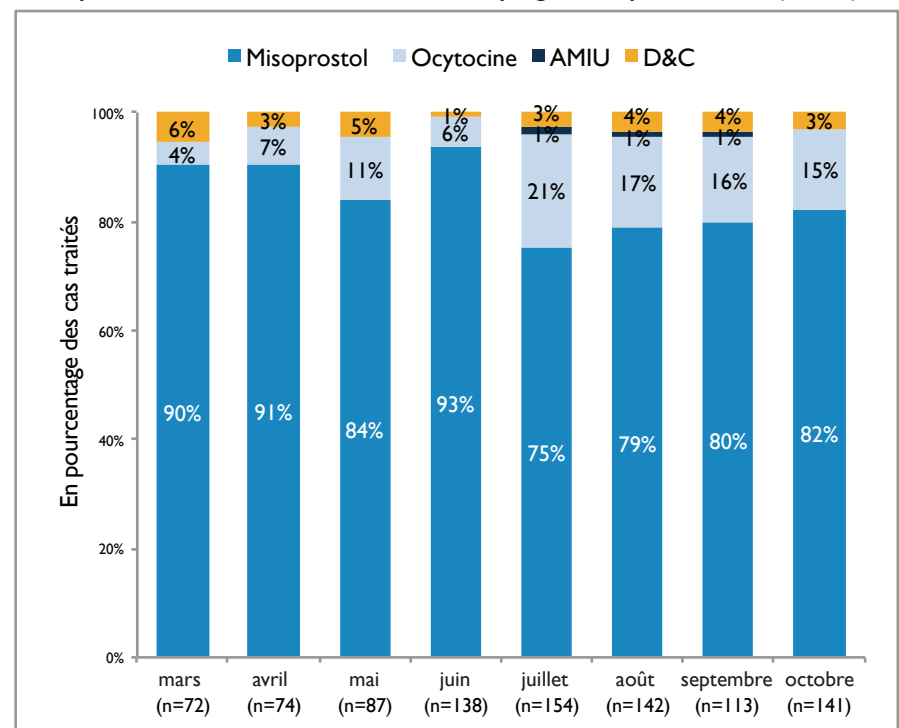
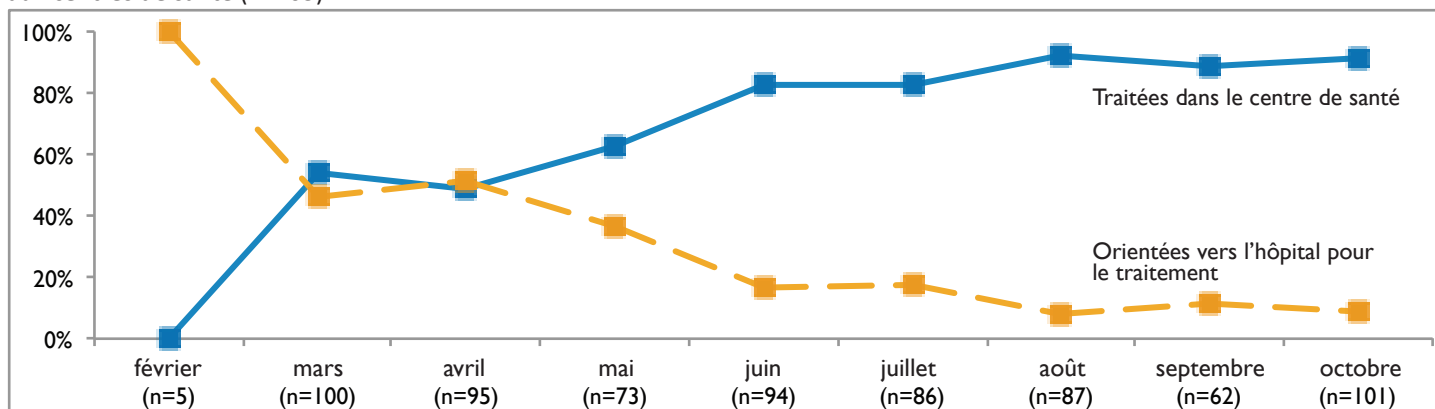


Figure 2 : Traitement ou référence pour les cas d'avortement incomplet ou de fausse couche qui se sont présentés aux centres de santé (n=703)*



* Les données de base de la phase préparatoire collectées avant la mise en œuvre sont incluses dans cette figure.

contraception. La prise de contraceptifs a été variable en fonction des districts, allant de 35 % à Nyabihu à 84 % à Bugesera (Figure 3). De nombreux centre de santé religieuse n'offraient pas de services de planification familiale modernes; les femmes ayant reçu des soins dans ces dispensaires ont donc été dirigées vers des antennes de planification familiale de niveau secondaire.

RÉSULTATS QUALITATIFS

Outre les résultats quantitatifs, des discussions informelles avec les prestataires et le personnel ayant pris part à ce projet ont mis en évidence les principaux points forts du programme et les domaines qui pouvaient être améliorés.

Suivi et évaluation : Des indicateurs portant sur la prestation de services ont fourni des données essentielles pour la surveillance du programme de SAA. D'autres indicateurs se sont révélés utiles pour le suivi du programme pilote mais il ne sera pas nécessaire de les inclure dans le Système d'information sur la gestion de la santé pour le déploiement à plus grande échelle.

Formation des prestataires : Au cours des premiers mois de mise en œuvre, certains prestataires ont dévié du protocole et commis des erreurs lors de la collecte de données ; ces erreurs ont par la suite été rectifiées

par les personnes chargées de la supervision. Les prestataires ont insisté sur le besoin de former davantage de prestataires au sein de chaque structure afin de pallier la pénurie de services de SAA lorsque les prestataires qualifiés sont absents ou occupés auprès d'autres patients.

Sensibilisation de la communauté :

Lors des réunions portant sur la mise en œuvre et des visites de surveillance, les prestataires et les superviseurs se sont inquiétés de ce que les communautés n'étaient pas suffisamment informées sur le programme de SAA, ce qui pouvait éventuellement empêcher certaines femmes de requérir des SAA.

Planification familiale :

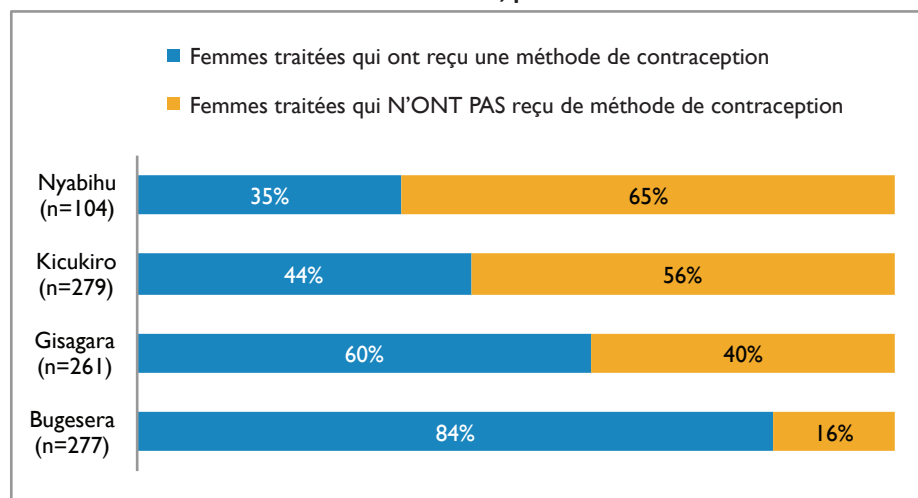
Les prestataires ont expliqué qu'outre la distance que certaines femmes

doivent parcourir lorsqu'on les oriente vers des services de planification familiale, les croyances religieuses et culturelles et une information erronée constituaient également un frein à la prise de contraceptifs.

CONCLUSIONS

Permettre aux centres de santé de fournir des SAA par l'intégration du misoprostol comme méthode de traitement accroît la disponibilité des services de SAA et les rapproche des femmes. Dans les centres de santé, les prestataires de niveau intermédiaire ont dispensé avec succès les services de SAA, y compris les services de suivi lors de ce programme pilote, et les taux de femmes suivies parmi celles traitées dans les centres de santé (67 %) ont

Figure 3 : Pourcentage de femmes ayant reçu une méthode de contraception lors de la visite initiale ou de la visite de contrôle, par district



Point de vue des prestataires

“Il est de l'intérêt de tous que les femmes puissent maintenant recevoir les soins dans les centres de santé. De l'intérêt des femmes, de l'intérêt des familles, et de l'intérêt du système de santé.”

Superviseur des SAA au niveau du district, district de Gisagara

“Ce ne sont plus seulement les hôpitaux. Les centres de soins sont désormais en mesure de soigner les femmes. Le nombre de patientes orientées vers d'autres services a diminué. Seules quelques femmes sont redirigées, celles présentant des complications.”

Docteur, hôpital de Bugesera, district de Bugesera

été plus élevés que pour celles traitées à l'hôpital (33 %). Les résultats montrent que les SAA ont été effectués de façon sûre et efficace. Le système de collecte de données et de surveillance a été mis en œuvre avec succès, et des indicateurs clés sur la prestation de services pourront être intégrés dans le Système d'information sur la gestion de la santé.

Recommandations

Élargir les services de SAA à tous les centres de santé et les hôpitaux en formant l'ensemble des prestataires de services liés à la santé de la reproduction aux services complets de SAA et garantir l'approvisionnement en matériel pour les SAA.

Planification familiale : Renforcer le système d'orientation vers d'autres services à tous les niveaux, en particulier entre les centres de santé religieuse et les antennes de planification familiale de niveau secondaire, afin que toutes les femmes redirigées aient accès à des services de planification familiale ;

former les agents de santé au niveau communautaire à sensibiliser les femmes sur l'importance de la planification familiale et former des prestataires au niveau des formations sanitaires au travail de conseil afin de faire augmenter le recours à des méthodes de planification familiale.

Sensibilisation de la communauté : S'engager les prestataires, agents de santé communautaires, personnels de soins de santé du district et représentants des communautés dans des activités de sensibilisation menées au niveau communautaire afin de sensibiliser les femmes au problème de la grossesse non désirée, aux conséquences de l'avortement à risque, aux services de SAA qui sont à leur disposition, et à l'importance du suivi.

Formation des prestataires : Outre une formation sur le misoprostol, les prestataires doivent recevoir une formation sur l'AMIU, et la fourniture de matériel pour l'AMIU doit être assurée afin de garantir que le programme soit complet et utilise toutes les formes d'évacuation

utérine. Le Ministère de la Santé a déjà élaboré des plans pour renforcer les compétences des prestataires en matière d'AMIU et pour distribuer des kits pour l'AMIU afin de remplacer progressivement la D&C.

Proposer des formations de perfectionnement et des documents de référence aux prestataires qualifiés afin de remédier aux erreurs dans les rapports ou aux déviations par rapport au protocole, et d'améliorer le conseil sur les SAA, la planification familiale, et la gestion des cas complexes.

Suivi et évaluation : Intégrer tous les indicateurs sur la prestation de services dans le Système d'information sur la gestion de la santé (HMIS) afin de permettre une surveillance efficace des SAA au niveau national.

Remerciements

Ce programme pilote a été financé en partie par la fondation David and Lucile Packard. Le personnel impliqué dans ce projet, les superviseurs de chaque district, l'équipe chargée de la gestion des données et les prestataires de soins de santé ont joué un rôle essentiel dans le succès de la mise en œuvre. Le programme pilote de SAA a également bénéficié de la participation des représentants des communautés ainsi que d'autres membres de ces communautés qui ont mené des activités de sensibilisation et y ont participé.

¹ World Health Organization (WHO). Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Third Edition. Geneva: WHO, 2011.

² National Institute of Statistics of Rwanda (NISR) [Rwanda], Ministry of Health (MOH) [Rwanda], and ICF International. Rwanda Demographic and Health Survey 2010. Calverton, Maryland, USA: NISR, MOH and ICF International, 2012.

³ Basinga P, Moore AM, Singh SD, et al. Abortion Incidence and Postabortion Care in Rwanda. *Studies in Family Planning* 2012;**43** (1): 11-20.

⁴ WHO. Technical and Policy Guidance on Safe Abortion. Second Edition. Geneva: WHO, 2012.

⁵ el-Refaey H, O'Brien P, Morafa W, et al. Use of oral misoprostol in the prevention of postpartum hemorrhage. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1997;**104**:336-39.

⁶ Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielsson K, et al. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007;**99**:S186-89.

⁷ Sahin Hodoglugil N, Graves A, Prata N. The role of misoprostol in scaling up postabortion care. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2011;**37** (3).