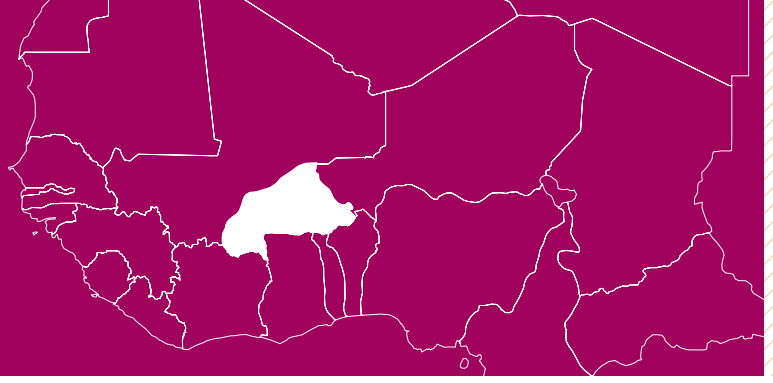


BURKINA FASO



Les soins post avortement (SPA) fournissent une approche globale pour la prévention de la morbidité et de la mortalité causées par les complications liées à l'avortement. (Consortium SPA, 2014). Quant au modèle de SPA de l'Agence Américaine pour le Développement Internationale (USAID) qui est une composante essentielle des SPA, il fournit un accès aux séances de conseils en planification familiale entre autres services de SPA. La fourniture de ces services permet de répondre aux intentions de reproduction des femmes qui la plupart du temps manifestent clairement un besoin en planification familiale (PF) non satisfait, elle réduit les grossesses non désirées, et prévient les avortements à répétition ce qui réduit de ce fait la mortalité maternelle (Curtis, Huber, et Moss-Knight, 2010). Les informations ci-dessous mettent en exergue l'engagement du Burkina Faso dans la fourniture de services de SPA et de PF aux femmes qui en ont besoin.

LES POLITIQUES, LE LEADERSHIP, ET LA GOUVERNANCE

La politique du Burkina Faso en matière de santé de PF et de santé de reproduction (SR) apparaît dans un certain nombre de documents y compris les Politiques et les Normes de Santé Reproductive (2010), le Programme de Développement Sanitaire National 2011–2020 (2011), le plan de Relance du Programme National de Planification Familiale 2013–2015 (2013), et la Loi sur la Santé Reproductive (2005). La Loi sur la Santé Reproductive garantit le droit des individus et des couples à une santé reproductive, un accès équitable aux soins de santé reproductive, et le respect de l'intégrité physique des femmes et des filles. Cependant, ceci reste à être pleinement appliqué, et beaucoup—même certains prestataires de service—ignorent ces dispositions (Futures Group, 2013). Le dernier Plan de Relance du Programme de Planification Familiale 2013–2015 (2013), met en exergue huit actions prioritaires pour étendre et améliorer les services de planification et d'éducation (Futures Group, 2013). Grâce à cette politique, le Burkina Faso vise à accroître la prévalence contraceptive parmi les femmes mariées à hauteur de 25% en 2015 (Ministère de la Santé, [aucune date]).

Les SPA ont été mis en place au Burkina Faso en 1998. Entre 1998 et 2005, les SPA ont été intégrés dans les documents de politique nationale, les normes, et les protocoles qui sont révisés une fois tous les 3 ans. La Direction de la Santé

de la Mère et de l'Enfant (DMSE) du Ministère de la Santé du Burkina Faso (MS) supervise les programmes de PF et donne des orientations et assure la coordination pour à la fois les organisations publiques et privées qui sont engagées dans les activités de PF. Grâce au renforcement des SPA pour inclure la PF, le pays adopte une approche centralisée pour l'intensification des services, avec une orientation émanant des niveaux national et infranational (RamaRao et al. 2011) et avec l'appui des partenaires y compris Jhpiego, le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), et le programme d'EngenderHealth's *Agir pour la Planification Familiale* (Dieng et al, 2008). Le protocole national des SPA précise l'utilisation de l'aspiration manuelle sous vide (AMUI) pour les SPA au cours des 12 semaines suivant les dernières règles (Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016).

Statut juridique de l'avortement

L'article 21 du code pénal (1920, révisé en 1996) autorise l'avortement dans les cas de viol et d'inceste, pour sauver la vie de la mère, pour préserver sa santé physique, ou en cas de déficience fœtale (Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016).

LA FORMATION ET LES NORMES DES SOINS POST AVORTEMENT

Les services de SPA au Burkina Faso étaient initialement limités à l'enseignement primaire de l'hôpital universitaire, aux



PAC-FP THE POSTABORTION CARE
FAMILY PLANNING PROJECT
Expanding contraceptive methods and informed choice to PAC clients



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



EngenderHealth
for a better life

13 hôpitaux régionaux, et quelques institutions sanitaires des districts. A partir de 2008, les services de SPA étaient inclus dans le programme annuel de district, des registres nationaux de SPA ont été créés, et les activités de SPA étaient intégrées avec le programme de formation de l'École Nationale de Santé Publique et d'autres services de santé (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014). **Les organisations internationales telles que le FNUAP, Jhpiego, et Ipas ont en plus renforcé la formation des agents de santé et leur ont fourni des kits AMUI pour les SPA et les services de santé connexes.**

En 2010, la réponse d'EngenderHealth aux besoins de PF à travers les Choix Élargis de Contraceptifs et les programmes du projet des services (RESPOND) a été de renforcer davantage la fourniture de services de SPA au Burkina Faso en formant les docteurs et sages-femmes sur l'utilisation des AMUI pour les SPA, les séances de conseils ou counseling de la FP et les prestations de services, et la prévention des infections (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014).

Le Burkina Faso a également accompli des progrès considérables dans la fourniture de services de SPA de qualité en renforçant les programmes de formation initiale et continue à l'intention des sages-femmes, y compris les SPA dans ses normes et protocoles nationaux (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014).

RENFORCEMENT DES PRESTATIONS DE SERVICES

Afin de renforcer les prestations de service, le MS du Burkina Faso a fait des efforts pour la décentralisation des SPA vers les districts sanitaires et a intégré les SPA dans le volet des soins d'urgence obstétriques et néonataux de leur programme de maternité sans risques (Sedgh et al., 2011). A la suite de cette expansion, la PF volontaire est dorénavant offerte à tous les centres de santé communautaires, avec l'appui des organisations de la société civile et certaines structures sanitaires privées (Futures Group, 2013).

Le Burkina a également renforcé la présence des sages-femmes qui fournissent des services essentiels, notamment les SPA, en augmentant le nombre annuel de sages-femmes recrutées, en ouvrant des écoles nationales de santé dans les quatre régions, et en formant et en recrutant des sages-femmes qui sont spécialisées en soins obstétriques et gynécologiques (Sedgh et al., 2011).

Enfin, en tant que partie intégrante du plan de mise en œuvre des produits de la santé reproductive et du rétablissement de la planification familiale, le Burkina Faso a depuis 2012 institutionnalisé une surveillance hebdomadaire de stock pour les produits sanitaires vitaux, y compris les produits contraceptifs. Depuis lors aucune rupture de stock pour les produits essentiels n'a été signalée à la Centrale d'Achats de Médicaments Essentiels et Génériques (CAMEG). Afin de renforcer davantage cette initiative, le Burkina Faso a installé en 2016 un Logiciel de Gestion des produits contraceptifs au niveau du district en vue de permettre une gestion multi-site des services de points de livraison et d'améliorer la disponibilité des produits en cas de rupture de stock (FP2020, 2016).

LES OBSTACLES AUX SPA

Les femmes Burkinabé font face à de multiples obstacles pour l'accès aux services de SPA et de PF; Le coût élevé des services de PF est l'un des principaux obstacles pour l'accès à ces soins importants. Dans les établissements de santé publique, les femmes doivent payer—quand bien même à un prix qui est subventionné—des produits contraceptifs (Bankole et al, 2013). Les femmes du Burkina Faso font également face à la stigmatisation des prestataires et craignent une persécution en accédant aux services de SPA (Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016).

LES MÉCANISMES DE FINANCEMENT

En 2015, le Burkina Faso a adopté la couverture maladie universelle pour appuyer l'accès équitable à des soins de santé de qualité. Cependant, le plan national d'assurance sanitaire ne rembourse pas ou ne couvre pas la PF présentement. Actuellement, il n'existe aucun mécanisme de financement qui peut rendre les SPA abordables pour les clientes. Alors que les donateurs fournissent des contraceptifs gratuits, le coût des produits demeure élevé à cause du système de recouvrement des coûts du gouvernement (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014).

Depuis 2008, le Burkina Faso a intégré une ligne de crédit dans son budget national qui est consacrée à l'achat de contraceptifs. Cette ligne de crédit est dans l'ordre d'environ 1 million USD (500 millions CFA) (Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016). Pourtant, avec l'instabilité politique régnante en 2015 et la mise en place d'un nouveau gouvernement, la ligne budgétaire consacrée à la PF a diminué, les groupes de plaidoyer travaillent à présent pour rétablir le financement et mettre en place un appui financier afin de restaurer les services et produits de PF à leur niveau initial (FP2020, 2016).

BURKINA FASO		Année	Source
Indicateurs démographiques/contextuel			
Population	18,106,000	2017	Nations Unies
Taux global de fécondité	5.2	2015-20	Données des NU sur les perspectives démographiques mondiales
Age au premier accouchement	19.5	2010	Enquête démographique et sanitaire, 2010
Taux de mortalité maternelle pour 100,000 de naissances vivantes	341		
Mortalité des nouveau-nés pour 1,000 de naissances vivantes	28		
Mortalité infantile pour 1,000 de naissances vivantes	65		
Mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1,000 de naissances vivantes	129		
Accouchement dans les établissements sanitaires	86.2%		
Au moins une visite prénatale lors de la grossesse précédente	95%		
Au moins une visite post-natale lors de la grossesse précédente	36.8%		
Avortement et les indicateurs liés au PF			
Nombre d'avortements	105,000	2012	Institut Guttmacher, 2013
Avortements pour 1000 femmes	25	2008	Institut Guttmacher, 2013
Nombre de grossesses non-désirées	600,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18
Proportion de grossesses non désirées qui se terminent par un avortement (2014)	1/3	2014	Institut Guttmacher, 2013
Nombre de grossesses non désirées qui ont été évitées grâce à des méthodes contraceptives modernes	397,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18
Nombre d'avortements non sécurisés qui ont été évités grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes	142,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18
Nombre de décès maternels évités grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes	960	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18
Taux de prévalence de l'ensemble des méthodes contraceptives (l'ensemble des femmes en âge de procréer)	31.7	2017-18	PMA2020, R5
Taux de prévalence, méthodes modernes	30.1		
Connaissances de la planification familiale	97.6%	2010	Enquête démographique et sanitaire, 2010
Utilisation de contraceptifs par type			
Méthodes à long-terme et méthodes permanentes			
Stérilisation (femelle)	Voir d'autres méthodes modernes	2017-18	PMA2020, R5
Stérilisation (mâle)	Voir d'autres méthodes modernes		
DIU	4.2%		
Implant	50.3%		

continued next page

BURKINA FASO		Année	Source
Méthodes à court-terme			
Injection (intramusculaire et sous-cutanée)	28.6%	2017-18	PMA2020, R5
Comprimés	11.7%		
Préservatifs (mâles)	3.7%		
Préservatifs (femelles)	0.0%		
MAMA/ autres méthodes	1.5%		
Besoin non satisfait en ce qui concerne la planification familiale (2018)	20.2%	2017-18	PMA2020, R5
Besoin non satisfait en ce qui concerne l'espacement des naissances	16.2%		
Besoin non satisfait en ce qui concerne la limitation des naissances	4.0%		
Pourcentage de femmes qui ont reçu des informations sur la planification familiale lors de leur dernière visite chez un prestataire de santé	38.0%	2017-18	PMA 2020, R5

Les femmes qui ont un besoin non satisfait sont celles qui sont en état de fécondité et qui sont sexuellement actives mais qui n'utilisent aucune méthode contraceptive, et qui déclarent qu'elles ne désirent plus une grossesse ou qui désirent retarder leur prochaine maternité. Le concept de besoin non satisfait désigne l'écart entre les intentions de reproduction et le comportement contraceptif.

RÉFÉRENCES

Bankole, A., Hussain, R., Sedgh, G., et al. 2013. Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso: *Causes et conséquences*. New York: Guttmacher Institute. Récupéré à: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/unintended-pregnancy-burkina-eng.pdf.

Curtis, C., Huber, D., et Moss-Knight, T. 2010. Planification familiale post avortement: Gestion du cycle de grossesse non désirée à répétitions et de l'avortement. *Perspectives Internationales sur la Santé sexuelle et génésique* 36(1):44-48. doi: 10.1363/ipsrh.36.044.10.

Dieng T., Diadhiou M., Diop J. N., et Faye Y. 2008. Evaluation des progrès accomplis concernant l'initiative des soins post avortement en Afrique francophone Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP), *Frontières dans la santé reproductive*. Récupéré à : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnndl826.pdf.

Planification familiale 2020 (FP 2020). 2016. Burkina Faso: Auteur d'Engagement depuis 2012. Washington, DC. Récupéré à: www.familyplanning2020.org/entities/91.

Fikree, F F, Mugore, S., and Forrester, H. 2014. Renforcement de la Planification post avortement au Burkina Faso: *Formation initiale et continue sur les soins post avortement*. Washington, DC: Preuve du Projet d'Action. Récupéré sur: www.e2aproject.org/publications-tools/pdfs/strengthening-pac-fp-burkina.pdf.

Futures Group. 2013. *Repositionnement de la Planification familiale au Burkina Faso: Etat d'avancement des programmes de Planification familiale au Burkina Faso*. Policy Brief. Washington, DC. Récupéré à: www.healthpolicyproject.com/ns/docs/Burkina_Faso_WestAfricaBriefs_Final.pdf.

Ministère de la Santé. [Aucune date]. Programme de stimulation de la planification familiale (2013-2015). Ouagadougou. Récupéré sur: http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2015/04/Burkina_Faso_National_FP_Plan_ENGLISH1.pdf.

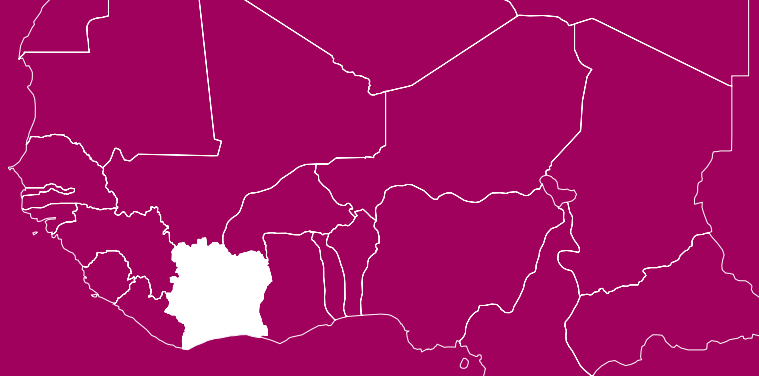
Les Soins Post-avortement (PAC) Consortium. 2014. *Misoprostol pour les soins post avortement: Extension de la fourniture de services de SPA et de l'accès à un traitement très efficace pour l'avortement incomplet*. Consortium PAC

Sedgh, G., Rossier, C., Kaboré, I., Bankole, A., et Mikulich, M. 2011. Estimation de l'incidence de l'avortement au Burkina Faso en utilisant deux méthodologies. *Etudes sur la planification familiale* 42(3):147-154.

Turner, K. L., Senderowicz, L., and Marlow, H. M. 2016. *Besoins globaux en soins d'avortement et les opportunités en Afrique de l'Ouest francophone: Résultats de l'évaluation de la situation*. Chapel Hill, NC: Ipas.



CÔTE D'IVOIRE



Les soins post avortements (SPA) fournissent une approche globale en ce qui concerne la prévention de la morbidité et de la mortalité causées par les complications liées à l'avortement (PAC Consortium, 2014). Quant au modèle de SPA de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), qui en est une composante essentielle, elle fournit un accès aux services et aux séances de conseils liés à la Planification Familiale (PF) entre autres services. La fourniture de ces services permet de faire face aux intentions de reproduction des femmes qui le plus souvent déplorent clairement un besoin non satisfait en matière de santé reproductive, elle réduit également les grossesses non désirées, et prévient les avortements à répétition, et elle réduit de ce fait la mortalité maternelle (Curtis, Huber, et Moss-Knight, 2010). Les informations ci-dessous mettent en exergue l'engagement de la Côte d'Ivoire dans la fourniture de services de SPA et de PF aux femmes qui en ont besoin.

LES POLITIQUES, LE LEADERSHIP, ET LA GOUVERNANCE

La politique nationale de la Côte d'Ivoire en matière de PF et de santé reproductive (SR) apparait dans un certain nombre de documents. Ceux-ci comprennent le Plan Stratégique de Lutte pour la Réduction de la Pauvreté 2012-2015 (2012), le Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 (2012) au sein desquels la planification familiale et la réduction de la mortalité maternelle et néonatale demeurent une question prioritaire, et le Plan Stratégique pour la PF 2013-2016 et à travers lesquels le pays vise à accroître l'utilisation de la contraception moderne de 10% en 2005 à 30% en 2015. Les acteurs techniques et financiers, aussi bien que le gouvernement Ivoirien et ces partenaires internationaux ont récemment pris une ferme résolution et se sont engagé à la mise en œuvre des politiques et pratiques pour soutenir la santé de reproduction et de l'adolescente.

Statut juridique de l'avortement

Le code pénal de la Côte d'Ivoire de 1981 autorise l'avortement dans les cas où la vie de la mère est en danger.

LA FORMATION ET LES NORMES DES SOINS POST AVORTEMENT

Le gouvernement Ivoirien a établi un partenariat avec certains projets et organisations internationaux tels que International Planned Parenthood Federation à travers le programme de l'Association Ivoirienne pour le Bien-être Familial et la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique en vue d'élaborer et de dispenser une formation en SPA. Alors que le pays n'a pas une formation spécifique en SPA, celle-ci est intégrée dans le programme de formation de base pour la santé maternelle et de l'enfant. Cependant, ces longues formations de 3 jours sur le SPA manquent d'indications claires en ce qui concerne la qualité de la fourniture de services.

La Côte d'Ivoire a augmenté le nombre de postes de formation sanitaire de 3 à 5 dans l'ensemble du pays. Le renforcement des capacités des formateurs a également augmenté, mais les équipements et la disponibilité des salles pour les travaux pratiques aussi bien que de solides compétences en supervision demeurent problématiques.



PAC-FP THE POSTABORTION CARE
FAMILY PLANNING PROJECT
Expanding contraceptive methods and informed choice to PAC clients



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



EngenderHealth
for a better life

RENFORCEMENT DES PRESTATIONS DE SERVICES

Une étude de 2015 en Côte d'Ivoire révèle que 92% des établissements sanitaires qui fournissent des services de PF offrent trois méthodes contraceptives, 68% d'entre elles fournissent au moins cinq méthodes contraceptives modernes (FP2020, 2016). En outre, par le biais du Programme National pour la Santé Scolaire et Universitaire, des méthodes contraceptives sont gratuitement disponibles aux étudiants (FP2020, 2016).

Afin d'accroître l'adoption de la PF, la Côte d'Ivoire s'emploie à former les guides religieux en vue d'accroître la sensibilisation autour de la PF, en collaborant également avec les organisations des media privés pour promouvoir et vulgariser les informations sur la PF (République de la Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le SIDA, 2014). La Côte d'Ivoire s'efforce également d'accroître l'accessibilité, la couverture, et l'accès aux services volontaires de PF pour les jeunes et les adolescents en amplifiant les actions communautaires de distribution de méthodes contraceptives à long terme.

SPA qui sont fournis au niveau communautaire sont désormais activement intégrés dans les sessions de conseils contraceptifs pendant lesquelles la femme peut choisir la méthode contraceptive de son choix avant de quitter l'établissement sanitaire (Leke, 2014).

LES OBSTACLES AUX SPA

Les femmes ivoiriennes font face à de multiples obstacles pour accéder aux services de SPA et de PF. Les ressources humaines locales sont insuffisantes, ce qui réduit l'accès au SPA y compris la PF post avortement. Le pays compte 0,14

médecins pour 1000, et 0,48 infirmières et sages-femmes pour 1000 (Banque Mondiale, 2010). En outre, les femmes font face à la persistance d'un environnement culturel et religieux qui condamne les grossesses hors mariage (Dia et al., 2016).

Comme dans beaucoup d'autres pays de la région, les femmes ivoiriennes font face à des défis supplémentaires pour l'accès aux services sanitaires (du fait de la distance ou du coût), et pour l'accès des soins de qualité (ce qui est dérivé de la stigmatisation par les prestataires et à l'insuffisance des ressources des établissements sanitaires).

LES MÉCANISMES DE FINANCEMENT

Le financement de la PF demeure insuffisant malgré l'existence de plusieurs documents politiques qui la promeuvent (République de la Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le SIDA, 2014).

Malgré l'environnement financier problématique, les produits contraceptifs sont subventionnés par l'état. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire a alloué 400 millions CFA (environ 691,842 USD) exclusivement destinés à l'achat de produits contraceptifs (FP2020, 2016). Les contraceptifs sont distribués gratuitement à l'occasion de journées spéciales consacrées à la promotion de la planification familiale. Des contraceptifs sont également distribués gratuitement aux étudiants, aux adolescents et aux jeunes qui fréquentent les services sanitaires scolaires et universitaires. Les produits contraceptifs sont subventionnés par le gouvernement et sont distribués gratuitement à l'occasion de journées spéciales consacrées à la promotion de la planification familiale. Cependant, de fréquentes ruptures de stocks réduisent l'accès à la PF.

CÔTE D'IVOIRE		Année	Source	
Indicateurs démographiques/contextuels				
Population	18,106,000	2013	Nations Unies	
Taux global de fécondité	5.1	2017	Données des NU sur les perspectives démographiques mondiales	
Age au premier accouchement	19.6	2011-12	Enquête démographique et sanitaire, 2011-12	
Pourcentage de mortalité maternelle pour 100,000 habitants	341			
Mortalité des nouveaux-nés pour 1000 habitants	38			
Mortalité infantile pour 1000 habitants	68			
Mortalité pour les enfants de moins de 5 ans pour 1000 habitants	108			
Accouchements dans les établissements sanitaires	57%			
Au moins une visite prénatale lors de la grossesse précédente	91%			
Au moins une visite post natale lors de la grossesse précédente	70%			
Nombre de grossesses non désirées	486,000			2018
Nombre de grossesses non désirées qui ont été évitées grâce à des méthodes contraceptives modernes	440,000	2018	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2018	
Nombre d'avortements non sécurisés qui ont été évités grâce à des méthodes contraceptives modernes	157,000	2018	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2018	
Nombre de décès maternels qui ont été évités grâce à des méthodes contraceptives modernes	1900	2018	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2018	
Taux global de la prévalence de la contraception (l'ensemble des femmes en âge de procréer)	26%	2017	PMA2020, R1	
Taux de prévalence, méthodes modernes	21.8	2017	PMA2020, R1	
Connaissance de la planification familiale (toutes les femmes)	93%	2010	Enquête démographique et sanitaire, 2011-12	
Utilisation des contraceptifs par type (femmes mariées)				
Méthodes à long-terme et méthodes permanentes				
Stérilisation (femelle)	0.8%	2017	PMA2020, R1	
Stérilisation (mâle)	0.0%			
DIU	2.1%			
Implant	13.3%			
Méthodes à court-terme				
Injection (intramusculaire and sous-cutanée)	29.4%	2017-18		
Comprimés	33.3%			
Préservatifs (mâle)	14.8%			
Contraception d'Urgence	4.1%			
Autres méthodes contraceptives (préservatifs féminins, perles et LAM)	2.2%			
Besoin en planification familiale non satisfait (Toutes les WRA)	25.1%	2017-18	PMA2020, R1	
Besoin non satisfait pour l'espace des naissances	20.6%			
Besoin pour la limitation des naissances non satisfait	4.5%			
Pourcentage de l'ensemble des femmes qui ont reçu des informations d'un prestataire de service sur la planification familiale lors de leur dernière visite	20.4	2018	PMA2020, R1	

Les femmes qui ont un besoin non satisfait sont celles qui sont fécondes et sexuellement actives mais elles n'utilisent aucun moyen de contraception, et déclarent soit qu'elles ne désirent plus avoir d'enfants ou retarder leur prochaine maternité.

RÉFÉRENCES

Curtis, C, Huber, et Moss-Knight, T. 2010. «Planification Familiale post avortement. Lutte contre les grossesses non désirées et les avortements à répétitions». *Perspectives Internationales pour la Santé Reproductive et génésique* 36 (1):44-48.doi:10.1363/ipsrh.36.044.10

Dia JM, Bohoussou E, Yao I, Oyelade M, Okon G, Guie YP, et Anongba S. (2016). Soins post avortements: *expérience du service gynécologique et d'obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville, Abidjan- Côte D'ivoire*. *Journal International de la Reproduction, de la contraception, de l'obstétrique et de la gynécologie*. 6(1): 60-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20164633>

Planification Familiale 2020 (FP 2020). 2016. Côte d'Ivoire: Auteur d'engagement depuis 2012. Washington, DC. Récupéré à: <http://www.familyplanning2020.org/entités/92>

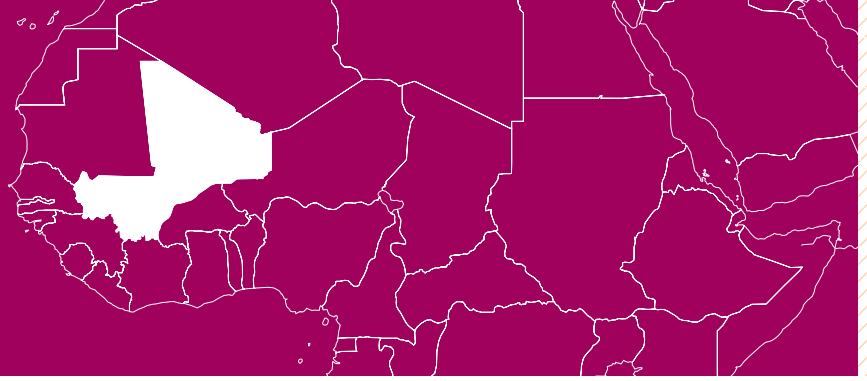
Leke RJ. 2014. *Contribution des services d'obstétrique et de gynécologie dans les pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale à la prévention de l'avortement non -sécurisé*. *Journal International de gynécologie et d'obstétrique*. 126: S17-S19. Récupéré à: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2014.03.008/pdf>

République de la Côte d'Ivoire, Ministère de la Sante et de la Lutte Contre le SIDA. 2014. *Plan D'action National Budgétisé De Planification Familiale Côte D'Ivoire (2015-2020)*. Récupéré à: <http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2016/10/Cote-dIvoire-CIP-2015-2020.pdf>

Banque Mondiale. 2010. Indicateurs de développement mondial. Washington DC.



MALI



Les soins post avortement (SPA) fournissent une approche globale pour prévenir la morbidité et la mortalité causées par les complications liées à l'avortement (Consortium SPA, 2014). Quant au modèle de SPA de l'Agence Américaine pour le Développement Internationale (USAID) qui constitue un volet essentiel des SPA il fournit aux femmes des séances de conseils en planification familiale (PF) entre autres services. La fourniture de ces services permet de répondre aux intentions de reproduction des femmes qui manifestent le plus clairement un besoin non satisfait en matière de planification familiale, elle réduit les grossesses non désirées, et prévient les avortements à répétitions, ce qui réduit de ce fait la mortalité maternelle (Curtis, Huber, et Moss-Knight, 2010). Les informations ci-dessous mettent en exergue l'engagement de la République du Mali dans la fourniture de services de SPA et de PF aux femmes qui en ont besoin.

LES POLITIQUES, LE LEADERSHIP, ET LA GOUVERNANCE

La politique nationale de PF et de santé reproductive (SR) du Mali apparait dans un certain nombre de documents, y compris la Loi sur la Santé Reproductive de 2002, les politiques et les normes de fourniture de services pour la Santé Reproductive (2004), et le Plan Stratégique National consacré à la Planification Familiale 2014-2018 (2014). Ce dernier document vise à repositionner la PF et à répondre aux besoins en PF dans le pays pour atteindre une prévalence contraceptive de 15% à l'horizon 2018. Le Mali est engagé dans le renforcement des campagnes nationales de planification familiale qui ont été institutionnalisées depuis 2005 sur instruction du Premier Ministre. Alors que les SPA ont été introduites au Mali en 2006, le Plan Stratégique National pour la PF 2014-2018 intègre les SPA en tant que volet essentiel dans les services de SR.

Statut juridique de l'avortement

Au Mali, l'avortement est légal dans les cas de viol, d'inceste, et également pour sauver la vie de la mère.

LA FORMATION ET LES NORMES DES SOINS POST AVORTEMENT

Avec l'appui des partenaires internationaux, le Mali a déroulé un programme de formation à l'endroit des formateurs et prestataires en PF afin d'accroître la disponibilité des services de SPA dans l'ensemble du pays. La formation en SPA qui a été mise à jour en 2005, comprend le traitement des complications urgentes avec l'aspiration manuelle sous vide (AMV) ou au misoprostol, et la fourniture de méthodes de planification volontaire, (y compris l'insertion de méthodes de PF à longue durée). Cette formation est destinée aux infirmiers en obstétrique, les étudiants en médecine à la fin de leur cycle, les médecins généralistes, les sages-femmes et les gynécologues. Les normes cliniques du Mali sur les SPA comprennent les séances de conseils avec la fourniture de méthodes de contraception volontaire, et le renvoi des patientes vers d'autres services, si nécessaire.

RENFORCEMENT DE LA PRESTATION DE SERVICES

Le gouvernement Malien, en collaboration avec l'USAID et Jhpiego, a réussi à améliorer la qualité des services sanitaires



PAC-FP THE POSTABORTION CARE
FAMILY PLANNING PROJECT
Expanding contraceptive methods and informed choice to PAC clients



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



EngenderHealth
for a better life

par le biais du Programme de Survie de la Mère et de l'Enfant (PSME), Mali (2014-2015). Jhpiego a formé le personnel médical dans la fourniture de services de SPA, y compris la distribution de méthodes de contraception réversibles à action prolongée, et a fourni des équipements pour ces services à quatre établissements sanitaires dans les régions de Kayes et Sikasso, et le district de Bamako. En conséquence le pourcentage de clients en PF qui ont été conseillées a augmenté de 80% à 93% (Jhpiego, 2014).

Le Mali a davantage autorisé l'installation d'écoles privées de sages-femmes dans les zones rurales éloignées, a redéployé les sages-femmes dans les zones éloignées. Les professionnels de la santé qui sont affectés dans ces zones reçoivent des primes spéciales de compensation.

Les services de SPA validés comprennent l'utilisation du misoprostol pour les SPA au sein des établissements de soins obstétricaux d'urgence au sein desquels les clientes peuvent recevoir leurs méthodes contraceptives préférées.

LES OBSTACLES AUX SPA

Les femmes maliennes font face à de multiples obstacles pour accéder aux services de SPA et de PF. Le premier

obstacle auquel elles font face est le manque d'infrastructures adaptées pour la fourniture de ces services de SPA. Quand les établissements sanitaires ne disposent pas de salles confidentielles destinées aux SPA, les femmes deviennent vulnérables aux rumeurs au niveau de l'établissement et qui pourraient se répandre au niveau de la communauté et aboutir à la stigmatisation. Le Mali fait face également à une insuffisance en personnel sanitaire, ce qui rend difficile la fourniture de services aux femmes et aux adolescents qui en ont besoin.

LES MÉCANISMES DE FINANCEMENT

Le plan d'assurances du Mali couvre les services de SPA et de PF. Malgré cela, le pays doit cependant mettre en place un mécanisme de financement permanent pour les SPA. Le Mali est néanmoins engagé dans la diversification de ses sources de financement en ce qui concerne les activités de Santé Familiale et de Santé Génésique, y compris l'implication du secteur privé (FP2020, 2016). L'allocation de ressources publiques à la SG et à la PF a augmenté de 7,6 milliards de francs CFA (environ USD 13.1 million) en 2014 à 8,1 milliards (environ 13,9 million) en 2015 (FP2020, 2016).

MALI		Année	Source	
Indicateurs démographiques/contextuels				
Population	19,363,678	2018	Revue de la population mondiale	
Taux global de fécondité	6.1	2017	La Banque Mondiale	
Age au premier accouchement	19.6	2012-13	Enquête démographique et sanitaire, 2012-13	
Mortalité des nouveau-nés pour 1,000 naissances vivantes	34			
Mortalité infantile pour 1,000 naissances vivantes	56			
Mortalité pour les enfants de moins de cinq ans pour 1,000 naissances vivantes	95			
Accouchement dans les établissements sanitaires	55%			
Au moins une visite pré natale lors de la grossesse précédente	74%			
Au moins une visite post-natale lors de la grossesse précédente	52%			
Taux de mortalité maternelle pour 100,000 naissances vivantes	368	2014	EDSM V, SOMAGO	
Indicateurs liés à l'avortement et à la PF				
Les complications liées à l'avortement sont la cinquième cause de décès maternels		2009	Ministère de la Sante, SOMAGO	
Pourcentage des complications obstétricales qui sont liées à l'avortement	9%	2003	Ministère de la Sante, SOMAGO	
Nombre de grossesses non désirées	237,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Nombre de grossesses non désirées qui ont été évitées grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes	213,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Nombre d'avortements non sécurisés qui ont été évités grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes	76,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Nombre de décès maternels qui ont été évités grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes	900	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Le taux de prévalence de l'ensemble des méthodes contraceptives (toutes les femmes en âge de procréer)	13.5%	2017-18	PMA2020, R5	
Connaissances de la planification familiale (toutes les femmes en âge de procréer)	84%	2012-13	Enquête démographiques et sanitaire, 2012-13	
Utilisation des contraceptifs par type				
Méthodes à long-termes et méthodes permanentes				
Stérilisation (femelle)	1.1%	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Stérilisation (mâle)	0.0%			
DIU	3.2%			
Implant	25.5%			
Méthodes à court-termes				
Injection (intramusculaire et sous cutanée)	40.4%	2017-18		
Comprimés	27.7%			
Préservatifs (mâle)	2.1%			
préservatifs (femelle)	0.0%			
MAMA/autres méthodes modernes	0.0%			
Besoin en Planification familiale non satisfait ⁱⁱ (2018)	26%	2012-13	Enquête démographique et sanitaire, 2012-13	
Besoin en espacement des naissances non satisfait	19%			
Besoin en limitation des naissances non satisfait	7%			
Pourcentage de l'ensemble des femmes qui ont reçu des informations sur la Planification familiale lors de leur dernière visite chez un prestataire de santé	16.4%	2012-13	Enquête démographique et sanitaire, 2012-13	

Les femmes qui ont un besoin non satisfait sont celles qui sont fécondes et sexuellement actives, mais elles n'utilisent aucune méthode contraceptive et elles déclarent soit qu'elles ne veulent plus avoir d'enfants ou retarder leur prochaine maternité. Le concept de besoin non satisfait renvoie à l'écart entre les intentions de reproduction des femmes et leur comportement contraceptif.

RÉFÉRENCES

Curtis, C, Huber, D, et Moss-Knight ; T. 10. Planification familiale post avortement. Gestion des cycles de grossesses non désirées à répétitions et de l'avortement. *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique* 36(1):44–48. doi: 10.1363/ipsrh.36.044.10.

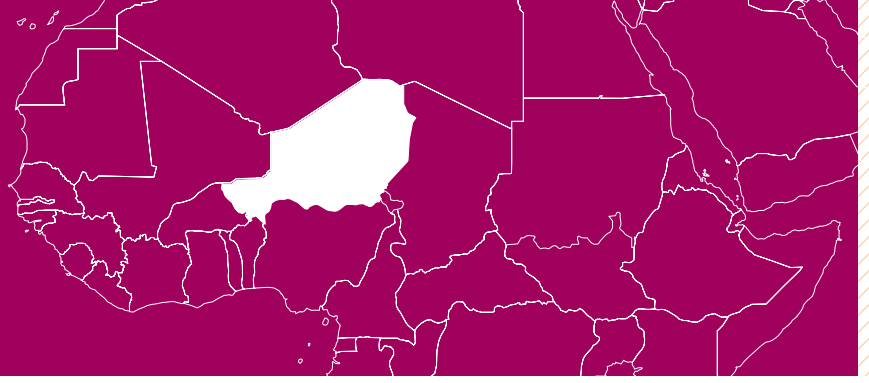
Planification Familiale 2020 (FP 2020). Mali: Auteur d'engagement depuis 2015. Washington DC. Récupéré à: <http://www.planificationfamiliale2020.org/entités/125>

Jhpiego. 2014. Jhpiego in Mali: Mali Country Profile. Récupéré à: <https://www.jhpiego.org/wp-content/uploads/2015/08/Mali-Country-Profile.pdf>.

Soins post avortement (SPA) Consortium. 2014. *Misoprostol pour les soins post avortements: Extension des prestations de services de SPA avec un traitement hautement efficace pour un avortement incomplet*. Consortium SPA.



NIGER



Les soins post avortement (SPA) fournissent une approche globale pour la prévention de la morbidité et la mortalité qui sont causées par les complications liées à l'avortement (PAC Consortium, 2014). Quant au modèle de SPA de l'Agence Internationale Américaine pour le Développement International (USAID), qui représente un volet essentiel des SPA, il fournit un accès aux séances de conseils en planification familial (PF) entre autres services. La fourniture de ces services permet de répondre aux intentions de reproduction des femmes qui déclarent la plupart du temps un besoin en PF non satisfait, de réduire les grossesses non désirées, et de prévenir les avortements à répétitions, ce qui réduit, de ce fait les décès maternels (Curtis, Huber, et Moss-Knight, 2010). Les informations ci-dessous mettent en exergue l'engagement du Niger dans la fourniture de services de SPA et de PF aux femmes qui en ont besoin.

LES POLITIQUES, LE LEADERSHIP, ET LA GOUVERNANCE

La politique nationale du Niger en matière de PF et de Santé Reproductive apparaisse dans un certain nombre de documents, notamment la Loi sur la Santé Reproductive de 2006, le Programme National de Santé Reproductive 2005–2009, la Politique Nationale de Population de 2007, et la Planification Familiale au Niger: le Plan d'Action 2012-2020 (2012). Les objectifs de ce dernier document sont d'atteindre un taux de prévalence contraceptive de 50% à l'horizon 2020 à travers trois approches stratégiques: (1) l'amélioration des services de PF au niveau de tous les continuums de soins (les services sanitaires communautaires, publiques, et privés); (2) l'accroissement de la demande en services de PF; et (3) la promotion d'un environnement favorable à l'absorption de la PF.

Le gouvernement du Niger coordonne les politiques de PF et leur mise en œuvre par le biais de trois agences publiques. La Commission Nationale pour la Population (basée au Ministère chargé de la Population, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant) coordonne l'ensemble des activités liées à la population, notamment les activités de plaidoyer et de sensibilisation du public sur la PF (Projet de Politique

Sanitaire, 2013). La Direction de la Santé Maternelle et de l'Enfant au Ministère de la Santé Publique assure la gestion et la coordination de l'ensemble des services de PF et de santé de l'enfant (Projet de Politique Sanitaire, 2013).

Statut juridique de l'avortement

L'avortement est autorisé au Niger pour sauver la mère au cas où sa vie est en danger, et dans les cas de déficience foetale.

LA FORMATION ET LES NORMES DES SOINS POST AVORTEMENT

Le gouvernement a initialement introduit les SPA en tant que volet essentiel de la prévention des infections, à travers des formations portant sur l'utilisation de l'aspiration manuelle sous vide. Les participants à ces formations comprenaient des prestataires et le personnel hospitalier de niveau inférieur, tels que des techniciens et agents de nettoyage. Le gouvernement a depuis lors élargi le programme des SPA pour y inclure la formation et la supervision, le soutien au renforcement des capacités, la fourniture d'instruments d'aspiration manuelle sous vide et d'autres fournitures nécessaires à la durabilité, et l'intégration des SPA dans les normes et, les politiques, et la formation initiale (Bolton et al., 2003).



PAC-FP THE POSTABORTION CARE
FAMILY PLANNING PROJECT
Expanding contraceptive methods and informed choice to PAC clients



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



EngenderHealth
for a better life

Aux niveaux central et régional, les formations en SPA à l'intention du personnel hospitalier couvrent les soins d'urgence néonataux. Dans chaque région, les formations en PF vont des principaux établissements sanitaires aux centres de santé de niveau inférieur afin d'en accroître la portée. Ces formations sont axées sur l'augmentation de la qualité des soins et la disponibilité d'un personnel en SPA qualifié, et la couverture des services sanitaires.

RENFORCEMENT DES PRESTATIONS DE SERVICE

Le Niger fait partie des premiers pays de l'Afrique Occidentale à mettre en œuvre un logiciel de suivi qui permet de gérer l'inventaire sanitaire. Ce logiciel permet le suivi des produits et l'identification des goulots d'étranglement et des ruptures de stock dans les dépôts centraux et régionaux (FP2020, 2016).

En 2013, le gouvernement a intégré les injectables dans le package minimum des activités menées par les agents sanitaires communautaires. Depuis lors, le gouvernement a également augmenté le nombre de sites communautaires de base pour la distribution de contraceptifs de 1,228 (FP2020, 2016).

Alors que les services de SPA et de PF sont disponibles au niveau des maternités des hôpitaux, la PF n'est pas systématiquement offerte aux femmes qui se rendent à l'hôpital pour des services liés à des complications dues à l'avortement.

LES OBSTACLES AUX SPA

Au Niger les femmes se heurtent à de nombreux obstacles pour accéder aux services de SPA et de conseils en PF. Les plus grands défis auxquels les femmes font face pour l'accès aux conseils sur la PF et la contraception volontaire sont liés aux normes socio-économiques. La dynamique familiale

et culturelle du Niger est largement axée sur le rôle central des hommes en tant que chef de famille, et de ce fait; les femmes se trouvent dans l'impossibilité d'accéder librement à la PF comme moyen d'espacement des naissances. (Potts et al., 2011). En plus, les femmes de moins de 18 ans sont obligées d'obtenir le consentement parental pour pouvoir accéder à la PF (EngenderHealth, 2016). Il existe également un besoin supplémentaire de formation dans les hôpitaux et les centres de santé pour mettre en évidence l'importance des SPA et pour sensibiliser les prestataires. De la même manière, beaucoup de structures sanitaires manquent d'équipements et de fournitures nécessaires pour fournir des SPA et elles ne disposent pas non plus d'espace dédié à la tenue de séances de conseils en SPA. L'insuffisance de prestataires qualifiés capables de fournir des SPA constitue un obstacle supplémentaire (EngenderHealth, 2016). Les rotations tous azimuts au niveau du Ministère de la Santé du Niger ont aussi entravé la mise en œuvre des normes et des politiques de SPA (Bolton et al., 2003). Par conséquent, les méthodes de PF sont disponibles mais elles ne sont pas systématiquement offertes aux femmes qui accèdent aux SPA (Potts et al., 2011).

LES MÉCANISMES DE FINANCEMENT

Le Niger dispose d'une stratégie nationale de financement de la santé axée sur la couverture maladie universelle, mais cette politique ne vise pas spécifiquement les SPA. Le gouvernement fournit les subventions pour les SPA, notamment les soins d'urgence, les seringues, et le misoprostol.

Depuis 2002, le gouvernement Nigérien a gratuitement fourni des méthodes de PF (Potts et al, 2011), notamment en dépensant 2 millions de dollars pour des contraceptifs en 2009—soit le triple du montant dépensé en 2006 (HPP, 2013). En 2010, le gouvernement a créé une ligne budgétaire spéciale consacrée à la PF y compris les produits de SPA. En outre, il a ajouté une ligne budgétaire pour l'achat de misoprostol en 2015.

NIGER		Année	Source
Indicateurs démographiques/contextuels			
Population	22,667,782	2018	Nations Unies
Taux global de fécondité	7.6	2012	Enquête démographique et sanitaire, 2012
Age au premier accouchement	18.6		
Mortalité maternelle pour 100,000 naissances vivantes	535		
Mortalité des nouveau-nés pour 1,000 naissances vivantes	24		
Mortalité infantile pour 1,000 naissances vivantes	51		
Mortalité pour les enfants de moins de cinq ans pour 1,000 naissances vivantes	127		
Accouchement dans un établissement sanitaire	30%		
Au moins une visite prénatale lors de la grossesse précédente	83%		
Au moins une visite postnatale lors de la grossesse précédente	37%		
Avortement et indicateurs liés à la PF			
Nombre de grossesses non désirées	194,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18
Nombre de grossesses non désirées qui ont été évitées grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes	206,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18
Nombre d'avortements à risques qui ont été évités grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes	73,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18
Nombre de décès maternels qui ont été évités grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes	840	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18
Taux de prévalence des méthodes contraceptives modernes, (l'ensemble des femmes en âge de procréer)	15.9 %	2017	PMA2020, R2
Taux de prévalence des méthodes contraceptives modernes	15.2%		
Connaissances de la planification familiale, (l'ensemble des femmes en âge de procréer)	89%	2012	Enquête démographique et sanitaire, 2012
Utilisation de contraceptives par type			
Méthodes à long-terme et méthodes permanentes			
Stérilisation (femelle)	0.6%	2017	PMA2020, R2
Stérilisation (mâle)	0.0%		
DIU	1.0%		
Implant	17.1%		
Méthodes à courte-terme			
Injection (intramusculaire et sous cutanée)	40.3%	2017	PMA2020, R2
Comprimés	40.5%		
Autre méthodes modernes (par ex., femelle préservatifs, cycle de perles, méthode de l'allaitement maternel et l'aménorrhée)	0.5%		
Besoin en planification familiale non satisfait (2018)	21%	2017	PMA2020, R2
Besoin en espacement des naissances non satisfait	18.6%		
Besoin en limitation des naissances non satisfait	2.4%		
Pourcentage de toutes les femmes qui ont reçu des informations sur la PF lors de leur dernière visite chez un prestataire de santé (2016)	23.3%	2017	PMA2020, R2

Les femmes qui ont un besoin non satisfait sont celles qui sont fécondes et sexuellement actives mais elles n'utilisent aucune méthode contraceptive, et déclarent soit qu'elles ne désirent plus avoir d'enfants ou retarder leur prochaine maternité. Le concept de besoin non satisfait renvoie à l'écart entre les intentions de reproduction des femmes et leur comportement contraceptif.

RÉFÉRENCES

Bolton, P. et al. 2003. "Etude de cas: Soins post avortement en tant que programme de maternité sans risques des services de SPA dans le contexte conservateur du Niger." Soins post avortement (SPA) Consortium... *EN Action*. Washington, DC. Récupéré à: http://pf6.convio.net/site/DocServer/PAC_en_action-Septembre_2003-ENGLISH.pdf?docID=127.

Curtis, C., Huber, D., et Moss-Knight, T. 2010. La Planification familiale post avortement: Gestion des cycles de grossesses non désirées et d'avortement à répétitions, *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique* 36(1):44-48. doi: 10.1363/ipsrh.36.044.10.

EngenderHealth. 2016. *Project Brief No. 2: Utilisation des données de base pour élaborer une stratégie locale pour améliorer la Planification familiale et de la prestation de services au Niger*. Lomé, Togo: Agir pour la Planification Familiale (AgirPF) projet/ EngenderHealth.

Planification familiale 2020 (FP 2020). 2016. *Niger: Auteur d'engagement depuis 2012*. Washington, DC. Récupéré à: www.planificationfamiliale2020.org/entités/93.

Projet de politique sanitaire. 2013. *Policy Brief: Repositionnement de la Planification familiale au Niger: Statut des programmes de Planification familiale au Niger*. Washington, DC. Récupéré à: www.healthpolicyproject.com/pubs/64_NigerWestAfricaBriefsFinal.pdf.

Les soins post avortement (PAC) Consortium. 2014. *Misoprostol pour les soins post avortement: Elargissement des services de SPA et accès à un traitement hautement efficace pour l'avortement incomplet*. PAC Consortium.

Potts, M., Gidi, V., Campbell, M., et Zureick, S. 2011. "Niger: Trop peu Trop tard." *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*. 37(2):95-101. Récupéré à: www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/3709511.pdf.



SÉNÉGAL



Les soins post avortement (SPA) fournissent une approche globale pour prévenir la morbidité et la mortalité causées par les complications après avortement (PAC Consortium, 2014). Quant au modèle de l'Agence Internationale Américaine pour le Développement (USAID) qui est une composante essentielle des SPA, il fournit un accès aux services de planification familiale (PF) et de conseils en PF entre autres services. La fourniture de ces services permet de satisfaire les besoins des femmes en matière de santé de reproduction qui se révèlent insatisfaits, de réduire les grossesses non désirées, et de prévenir les avortements répétés, ce qui réduit, de ce fait la mortalité maternelle (Curtis, Huber, et Moss-Knight, 2010). Les informations ci-dessous mettent en exergue les efforts consentis par le Sénégal pour les services de SPA et de PF pour les femmes qui en ont besoin.

LES POLITIQUES, LE LEADERSHIP, ET LA GOUVERNANCE

La politique Nationale de la République du Sénégal en matière de santé de reproduction (SR) est consignée dans un certain nombre de documents, notamment la Loi sur la Santé Reproductive, le Plan Stratégique National pour la Sécurité des Produits de SR de 2011-2015 (2011), et le Plan National d'Action pour la Planification Familiale 2012-2015 (2012). Ce dernier document intègre les plans opérationnels communautaires de district et régionaux pour améliorer la prévalence contraceptive à travers le pays.

Les politiques et normes de la santé reproductive Partie 2 et les protocoles de santé reproductive fournissent également des directives spécifiques de SPA.

Statut juridique de l'avortement

Le code pénal du Sénégal autorise l'avortement pour sauvegarder la vie de la femme (Sedgh et al. 2015; Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016).

LA FORMATION ET LES NORMES DES SOINS APRÈS AVORTEMENT

Les programmes de SPA ont été introduits par le Ministère de la Santé du Sénégal (MS) à la fin des années 1990. En 2006, la majorité du personnel médical et paramédical dans les

structures sanitaires publiques disposant de services de santé reproductive avaient reçu la formation en SPA, y compris les pratiques de prévention de l'infection en matière de SPA, de conseils en SPA et une formation dans l'utilisation de l'aspiration manuelle sous vide (MVA) (Sedgh et al, 2015; Management Science for Health, 2006). MVA est depuis lors la partie intégrante des SPA et est considérée comme la technique de choix du pays en matière de SPA dans les hôpitaux de niveau tertiaire et secondaire (Suh, 2015).

En 2015, le MS du Sénégal en collaboration avec Marie Stopes International (MSI)-Sénégal et les projets de Santé Génésique, ont formé 2,220 prestataires de service public (des docteurs, des infirmiers, et des sages-femmes) dans 35 districts sur l'utilisation du misoprostol (Burke et al. 2016). Ceci a permis au SPA d'être consacré aux communautés où les infirmières sages femmes qui sont dans les centres communautaires fournissent du misoprostol aux femmes qui en ont besoin.

Le programme de formation sénégalais avait été mis à jour le curriculum de formation en y incluant les conseils en PF et la fourniture de méthodes volontaires, aussi bien des services de soins de santé communautaire. (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014). Des écoles de formation en soins de santé ont été également impliquées dans la révision des programmes de formation de base en SPA (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014).



PAC-FP THE POSTABORTION CARE
FAMILY PLANNING PROJECT
Expanding contraceptive methods and informed choice to PAC clients



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



EngenderHealth
for a better life

RENFORCEMENT DES SERVICES D'ACCOUCHEMENT

En collaboration avec le MS du Sénégal, de l'USAID Sénégal et Management Sciences for Health (MSH) ont travaillé pour l'amélioration de l'accès aux services de SPA en décentralisant les activités à travers tout le pays. Les services de SPA qui avaient été auparavant fournis au niveau des hôpitaux de niveau tertiaire sont à présent généralement disponibles dans les centres de santé et postes de santé ruraux et urbains (Curtis, Huber, et Moss-Knight, 2010). A travers ce projet, MSH a formé plus de 500 agents de santé, 104 sages-femmes, 254 infirmiers, 63 superviseurs régionaux et de district, six docteurs, et 104 conseillers de 323 structures sanitaires réparties dans quatre régions dans la fourniture de SPA (USAID, 2008). Par conséquent, le pourcentage de centres de santé disposant d'un personnel qui est formé en SPA a augmenté de 39% en 2003 à 100% en 2005 (MSH, 2006).

La décentralisation des services de SPA a débouché sur un accroissement des services de conseils en matière de contraception et l'acceptation volontaire d'une méthode contraceptive avant la sortie de la femme de la structure sanitaire (USAID, 2008). Les services de conseils en matière de contraception ont augmenté de 36% en 2003 à 78% en 2005, mais le nombre de clients de SPA qui ont reçu une méthode contraceptive avant de quitter la structure sanitaire a diminué de 56% en 2008 à 47,6% en 2013 (USAID, 2008). Les politiques sénégalaises de recouvrement des coûts qui exigent des patientes un paiement pour les services d'urgence, obligent les établissements sanitaires à offrir aussi séparément ces services, empêchant ainsi l'intégration effective de ces deux composantes du SPA (Dieng, 2016).

Les décideurs politiques du MS et de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement ont considérablement contribué à la réduction des ruptures de stock. Les kits SPA et MVA aussi bien que les produits contraceptifs sont devenus plus facilement disponibles dans les établissements sanitaires; le Sayana Press injectable est également offert à travers le pays

(Fikree, Mugore, et Forrester, 2014 et FP2020, 2016). Suite à la formation des pharmaciens sur l'utilisation du misoprostol et sa correcte mise à disposition, le nombre de pharmaciens qui ont le médicament en stock a augmenté de 253 en 2014 à 415 en 2015 (Burke et al. 2016).

LES OBSTACLES AUX SPA

Les femmes sénégalaises font face à de nombreux obstacles pour accéder aux services de SPA et de PF. Bien que la décentralisation figure parmi les priorités dans l'agenda du Sénégal en vue d'améliorer l'accès, tous les établissements sanitaires n'offrent pas de tels services dans les différents niveaux du système sanitaire. Les défis sont grands dans les établissements de bas niveau dans lesquels il y a un déficit en formation pour les agents de santé. L'équipement et les fournitures nécessaires pour le SPA ne sont pas souvent disponibles. Par conséquent, seulement 42% des femmes au Sénégal reçoivent des services médicaux pour le traitement des complications liées à l'avortement (Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016). Les femmes font face plus tard à la stigmatisation de la part de leaders religieux et de groupes qui s'opposent fermement à la PF (Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016).

LES MÉCANISMES DE FINANCEMENT

En 1991, le Sénégal a adopté l'initiative de Bamako visant à concentrer les dépenses sur les soins de santé primaires à travers un mécanisme de partage des coûts pour les médicaments essentiels. Cette initiative fait que les stratégies de recouvrement pour les méthodes de PF demeurent un réel défi, les décideurs politiques et les prestataires de service pourraient seulement permettre que les contraceptifs soient achetés dans les pharmacies des établissements sanitaires où les coûts de PF variaient d'un établissement à un autre (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014).

En 2016, la ligne budgétaire du Sénégal consacrée à l'achat de produits contraceptifs est passée de 100 millions CFA (USD\$ 173,269) à 300 millions CFA (USD\$ 519,807) (FP2020, 2016).

SÉNÉGAL		Année	Source	
Indicateurs démographiques/contextuels				
Population	16,484,820	2018	Nations Unies	
Taux global de fécondité	4.6	2017	Données de l'ONU sur les perspectives démographiques mondiales	
Taux de mortalité maternelle pour 100,000 naissances vivantes	236	2017	Enquête démographique et sanitaire, 2017	
Mortalité néonatale pour 1,000 naissances vivantes	28			
Mortalité infantile pour 1,000 naissances vivantes	42			
Mortalité des enfants de moins de cinq ans pour 1,000 naissances vivantes	56			
Accouchement dans les établissements	78%			
Au moins une visite prénatale pendant la grossesse antérieure	97%			
Au moins une visite postnatale pendant la grossesse antérieure	77%			
Avortement et indicateurs associés au PF				
Nombre d'avortements	51,500	2012	Institut Guttmacher, 2015	
Avortements pour 1,000 femmes	17	2012	Institute Guttmacher, 2015	
Nombre de grossesses non désirées	225,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020 fiche de synthèse, 2017-18	
Pourcentage de grossesses non désirées qui se terminant par un avortement (2014)	24%	2014	Institut Guttmacher 2015	
Nombre de grossesses non désirées qui ont été évitées grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes	282,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Nombre d'avortement non médicalisés qui ont été évités grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes	100,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Nombre de décès maternels qui ont été évités grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes	630	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Taux de prévalence des méthodes contraceptives modernes (l'ensemble des femmes en âge de procréer)	18.8%	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Connaissance du planification familial	97.6%	2010	Enquête démographique et sanitaire, 2010	
Utilisation contraceptive par type				
Méthodes à long-terme et méthodes permanentes				
Stérilisation (femelle)	3.0%	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Stérilisation (mâle)	0.0%			
DIU	7.2%			
Implant	31.3%			
Méthodes à courte-terme				
Injection (intramusculaire et sous-cutanée)	34.9%	2017-18		
Comprimés	18.7%			
Préservatifs (mâle)	3.6%			
Préservatifs (féminin)	0.0%			
MAMA/ autres méthodes modernes	0.6%			
Besoin non satisfait en planification familiale (2018)	25.3%	2017-18	Enquête démographique et sanitaire, 2017	
Besoin non satisfait en espacement des naissances	19.3%			
Besoin non satisfait en limitation des naissances	6.0%			
Pourcentage de l'ensemble des femmes qui ont reçu des informations sur le planning familial lors de leur dernière visite avec un prestataire de service de santé (2016)	27.7%	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	

Les femmes dont les besoins ne sont pas satisfaits sont celles qui sont fécondes et sexuellement actives mais elles n'utilisent aucune méthode contraceptive et déclarent soit qu'elles ne désirent plus avoir d'enfants ou préfèrent retarder leur prochaine maternité.

RÉFÉRENCES

Burke, E., Robinson, E., Diop, N., Reiss, K., Footman, K., Reichwein, B., van Min, M., Askew, I. 2016. "Sénégal: l'impact d'une étude sur la connaissance du misoprostol et son utilisation par les pharmaciens," STEP UP étude de cas. Récupéré à: https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2016STEPUP_SenegalMisoPharmacies.pdf.

Curtis, C., Huber, D., and Moss-Knight, T. 2010. Planning familial après avortement Traitement du cycle de grossesses à répétition non désirées. Perspectives internationales sur la santé sexuelle et reproductive 36(1):44-48. doi: 10.1363/ipsrh.36.044.10.

Dieng, Thierno. 2016. Fournitures de méthodes contraceptives dans le contexte de soins après avortement; succès et problèmes dans son introduction et le développement en Afrique Francophone. Présentation à la Conférence Internationale sur le Planning Familial, Nusa Dua, Indonésie, Janvier 25-28, 2016.

Fikree, F F, Mugore, S., and Forrester, H. 2014. Renforcement du Planning Familial après avortement au Sénégal: *Formation initiale et continue sur les soins après avortement*. Washington, DC: Evidence to Action Project. Récupéré à: <https://www.e2aproject.org/wp-content/uploads/strengthening-pac-fp-senegal.pdf>.

Planning familial 2020 (FP 2020). 2016. Sénégal: Auteur d'engagement depuis 2012. Washington, DC. Récupéré à: www.familyplanning2020.org/entities/88 Management Sciences for Health (MSH). 2006. *Mise à niveau des services sanitaires;*

résultats pour le Sénégal. Papiers occasionnels, No 5. Cambridge, MA. Récupéré à: www.msh.org/sites/msh.org/files/scaling-up-postabortion-care-services-results-from-senegal.pdf.

Postabortion Care (PAC) Consortium. 2014. *Misoprostol pour les soins post- avortement: Extension des services de SPA et l'accès à un traitement hautement efficace pour un avortement incomplet* PAC Consortium.

Sedgh, G., et al. 2015. Estimation de l'incidence de l'avortement provoqué et conséquences d'un avortement non médicalisé au Sénégal. Perspectives internationales sur la santé sexuelle et reproductive, 41(1):11-19. doi: 10.1363/4101115.

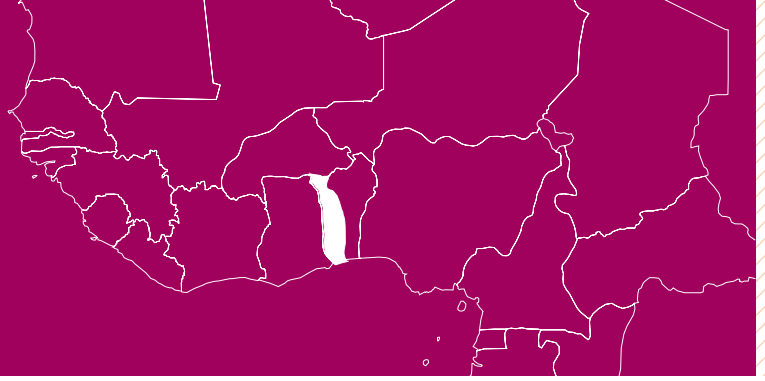
Suh, S. 2015. Bon outil, mauvais "aspirateur manuel, soins après avortement et politiques de population transnationales au Sénégal." *Sociologie et Médecine* 135:56-66. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.04.030.

Turner, K. L., Senderowicz, L., and Marlow, H. M. 2016. *Ensemble des besoins en soins post- avortement et les opportunités en Afrique de l'Ouest Résultats de l'évaluation de la situation*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Agence des Nations Unies pour le Développement (USAID). 2008. *Décentralisation des soins post- avortement Tanzanie Dossier technique*. Washington, D.C. Récupéré à: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnndl735.pdf.



TOGO



Les soins post avortement (SPA) fournissent une approche globale pour la prévention de la morbidité et la mortalité causées par les complications liées à l'avortement (Consortium SPA, 2014). Quant au modèle de SPA de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), qui représente un volet essentiel des SPA il est en train de fournir un accès à des séances de conseils entre autres services de planification familiale (PF). La fourniture de ces services permet de répondre aux intentions de reproduction des femmes qui manifestent le plus clairement un besoin en PF non satisfait, de réduire les grossesses non désirées, de prévenir les avortements à répétitions, ce qui réduit de ce fait la mortalité maternelle (Curtis, Huber, et Moss-Knight, 2010). Les informations ci-dessous mettent en exergue l'engagement du Togo dans la fourniture de services de SPA et de PF aux femmes qui en ont besoin.

LES POLITIQUES, LE LEADERSHIP, ET LA GOUVERNANCE

La politique nationale de PF et de santé reproductive (SR) du Togo apparait dans un certain nombre de documents, notamment la Loi sur la Santé Reproductive (2006), les politiques et normes dans la Santé Reproductive, la Planification Familiale et les Infections Sexuellement Transmissibles (2009), le Plan National de Développement Sanitaire (2012–2015 (2012), et le Plan d'Action pour le Repositionnement de la Planification au Togo (2013-2017) (2013). Ce dernier document vise à augmenter la demande en produits de PF, à les améliorer quantitativement et qualitativement, à créer un environnement favorable pour la PF (y compris un engagement politique et un financement accrus), et assurer la coordination, la gestion et le suivi de l'ensemble des interventions de PF. Les objectifs primordiaux de la stratégie politique de PF du pays sont d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité, et la qualité des services de SR et de créer un environnement social, économique, et juridique en faveur de la santé reproductive des groupes cibles.

Au Togo, le Département de la Santé Familiale du Ministère de la Santé (DSF) s'emploie à accroître l'accès aux séances de conseils et méthodes volontaires de Planification familiale volontaires dans le cadre des SPA, il coordonne également l'ensemble des services de santé maternelle, nutritionnelle, de la santé des

jeunes et de l'enfant (Health Policy Project, 2013). Tandis que les SPA, qui ont été introduits au Togo en 2006, sont intégrés dans la Feuille de Route Nationale pour la Réduction la mortalité maternelle, néonatale et infantile, les documents stratégiques directeurs à l'échelle nationale doivent être échelonnés et appliqués (Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016).

Statut juridique de l'avortement

L'avortement est illégal au Togo sauf lorsqu'il s'agit de sauver la vie de la mère ou dans les cas de déficience fœtale, de viol ou d'inceste (Singh et al., 2009).

LA FORMATION ET LES NORMES DES SOINS POST AVORTEMENT

Avant 2010, les formations étaient dispensées au personnel de soins de santé du Togo, mais ces services consistaient principalement en curetage digital ou chirurgical. En 2010, le project d'EngenderHealth, RESPOND, a organisé une série de formations et d'ateliers sur les la prestation de services de PF. Ces ateliers qui ont regroupé les sages-femmes, les docteurs, et les assistants médicaux, ont formé les participants à l'aspiration manuelle sous vide AMSV pour traiter les avortements incomplets, aussi bien que pour les conseils aux clientes sur les méthodes de PF (Fikree, Mugore, and Forrester, 2014a). En outre, en 2016, l'école de sages-femmes du Togo a commencé à dispenser une formation initiale sur l'AMSV.



PAC-FP THE POSTABORTION CARE
FAMILY PLANNING PROJECT
Expanding contraceptive methods and informed choice to PAC clients



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



EngenderHealth
for a better life

Néanmoins, le nombre de personnes formées à la fourniture de SPA s'avère insuffisant pour répondre à la demande. Tandis que quand il existe un personnel qualifié disponible, il est mal déployé au niveau des différents secteurs sanitaires (Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016).

RENFORCEMENT DE LA PRESTATION DE SERVICES

En 2006, le Togo a introduit les SPA dans les hôpitaux régionaux et nationaux (Dieng et al. 2008). Par le biais du projet AWARE-RH financé par l'USAID, le pays a appuyé la formation des formateurs et des prestataires de service, ainsi que la fourniture d'équipements d'AMSV et de contraceptifs (Fikree, Mugore, and Forrester, 2014b). Le gouvernement a également augmenté le recrutement et l'affectation de sages-femmes qualifiées dans les établissements sanitaires et a fait de sorte que l'ensemble des clients reçoivent la méthode contraceptive de leur choix avant de quitter l'établissement suite à des complications liées à l'avortement. En 2015, le Togo a initié l'échelonnement des services de SPA, ainsi qu'une distribution de contraceptifs et d'activités de soins obstétricaux d'urgence par des bénévoles communautaires dans l'ensemble du pays (FP2020, 2016). Néanmoins, le Togo ne dispose d'aucun groupe multisectoriel pour coordonner les activités de PF du pays. Il existe un Comité Technique Consultatif chargé de l'achat de contraceptifs mais il ne se réunit pas régulièrement (projet de politique sanitaire, 2013).

LES OBSTACLES AUX SPA

Les femmes togolaises font face à de multiples défis pour ce qui est de l'accès aux services de SPA et de PF. Le coût des services contraceptifs, et par conséquent l'incapacité des femmes à payer les méthodes de PF, constitue un obstacle majeur pour les clients de SPA (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014b). Alors que certains établissements ont baissé le coût des SPA, le prix demeure souvent trop élevé pour les femmes compte tenu de la modestie de leur bourse, ce qui affecte leur choix ultérieur de méthode contraceptive (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014b).

En plus de ces difficultés d'accès, le Togo fait face à de récurrentes ruptures de stock de produits pour la santé de reproduction et les SPA. Dans une analyse contextuelle par Ipas, il a été constaté que le misoprostol était en rupture de stock dans l'ensemble des pharmacies visitées, y compris l'hôpital principal universitaire de Lomé (Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016). En plus, parmi les cinq établissements visités dans le cadre du projet Evidence to Action et le Département de la Santé de la Familiale pour l'amélioration de la qualité, deux établissements seulement disposaient de kits AMSV, et quatre sur cinq avaient des capacités limitées pour offrir des choix de méthodes contraceptives complètes (Mugore et al. 2016).

LES MÉCANISMES DE FINANCEMENT

Alors que le Togo ne dispose pas de plan d'assurances qui couvre les produits de SPA et de PF, en 2011, il a réussi à respecter son engagement d'Abuja+12 qui consiste à consacrer 15% des dépenses publiques à la santé, et il dépense 6% du budget total de la santé pour faire face à la mortalité maternelle et néonatale (UNAIDS, 2013; et République du Togo, 2012).

Plus précisément, le total de l'argent dépensé pour les produits contraceptifs a presque doublé ces dernières années, passant de 1,2 millions USD à 2,1 millions USD en 2010 (projet de politique sanitaire 2013). Cependant le Togo dépense moins de 2% de cette somme totale, la majeure partie de ces fonds proviennent des organisations internationales et des donateurs (Health Policy Project, 2013).

Malgré l'augmentation du financement de la PF, les femmes n'ont pas souvent les moyens pour payer leur méthode contraceptive préférée dès leur sortie de l'établissement. En conséquence, toute la gamme de services de SPA n'est pas disponible à la plupart des femmes (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014b).

TOGO		Année	Source	
Indicateurs démographiques/contextuels				
Population	8,074,867	2018	Nations Unies	
Taux global de fécondité	4.8	2013	Enquête démographique et sanitaire, 2013-14	
Age lors de la première maternité	18			
Taux de mortalité maternelle pour 100,000 naissances vivantes	401			
Mortalité des nouveaux-nés pour 1,000 naissances vivantes	27			
Mortalité infantile pour naissances vivantes	49			
Mortalité des enfants de moins de cinq ans pour 1,000 naissances vivantes	88			
Pourcentage d'accouchements effectués dans les établissements sanitaires	73%			
Au moins une visite prénatale lors de la grossesse précédente	73%			
Au moins une visite post natale lors de la grossesse précédente	71%			
Indicateurs liés à l'avortement et à la Planification familiale				
Nombre de grossesses non désirées	164,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Nombre de grossesses non désirées qui ont été évitées grâce à des méthodes contraceptives modernes	163,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Nombre d'avortements non sécurisés qui ont été évités grâce à des méthodes contraceptives modernes	58,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Nombre de décès maternels qui ont été évités grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes	400	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Taux de prévalence des méthodes contraceptives (l'ensemble des femmes en âge de procréer)	23.3%	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Connaissances de la planification familiale	97.6%	2010	Enquête démographique et sanitaire, 2013-14	
Utilisation des contraceptifs par type				
Méthodes à long-terme et méthodes permanentes				
Stérilisation (femelle)	1.2%	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Stérilisation (mâle)	0.0%			
DIU	3.6%			
Implant	20.4%			
Méthodes à courte-terme				
Injection (intramusculaire et sous-cutanée)	30.5%	2017-18		
Comprimés	11.4%			
Préservatifs (mâle)	32.3%			
Préservatifs (femelle)	0.0%			
MAMA/ autres méthodes modernes	0.6%			
Besoin en planification familiale non satisfait (2018)	34.4%	2017-18		
Besoin en espacement des naissances non satisfait	22.2%			
Besoin en limitation des naissances non satisfait	12.2%			
Pourcentage de l'ensemble des femmes qui ont reçu des informations sur la planification familiale lors de leur dernière visite chez un prestataire de service sanitaire (2016)	38.0%	2017-18		

Les femmes qui ont un besoin non satisfait sont fécondes et sexuellement actives mais elles n'utilisent aucune méthode contraceptive, et elles déclarent qu'elles ne désirent plus avoir d'enfants ou qu'elles veulent retarder leur prochaine maternité. Le concept de besoin non satisfait renvoie à l'écart entre les intentions de reproduction des femmes et leur comportement contraceptif.

RÉFÉRENCES

Curtis, C., Huber, D., et Moss-Knight, T. 2010. Planification familiale post avortement: Gestion des cycles de grossesse non désirées à répétitions et de l'avortement. *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique* 36(1):44–48. doi: 10.1363/ipsrh.36.044.10.

Dieng, T., Diadhiou, M., Diop, J. N., and Faye, Y. 2008. Evaluation des progrès de l'initiative des soins post avortement en Afrique Francophone Washington, DC: Frontières dans la Santé Reproductive (FRONTIERS)/Population Council. Récupéré à: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadh826.pdf.

Planification Familiale 2020 (FP 2020). 2016. *Togo*. Auteur d'engagement depuis 2014. Washington, DC. Récupéré à: <http://www.planificationfamiliale2020.org/entités/94>

Fikree, F., Mugore, S., and Forrester, H. 2014a. Renforcement de la Planification post avortement au Togo. Mobilisation des ressources. Projet de la Preuve à l'Action. Récupéré à: www.e2aproject.org/instrumentsde diffusion/pdfs/renforcement-spa-pf-togo.pdf.

Fikree, F., Mugore, S., et Forrester, H. A. 2014b. Soins post avortement: Evaluation des services de soins post avortement dans les pays d'Afrique de l'Ouest Francophones. Projet de la Preuve à l'Action. Récupéré à: www.e2aproject.org/outilsde diffusion/pdfs/spa-pf-rapport d'évaluation.pdf.

Health Policy Project (HPP). 2013. Repositionnement de la Planification familiale au Togo Etat d'avancement des programmes

de Planification familiale au Togo. *Policy Brief*. Récupéré à: www.projetdepolitique sanitaire.com/ns/docs/Togo_WestAfricaBriefs_Final.pdf.

Mugore, S., et al. 2016. Amélioration de la qualité des services de soins post avortement au Togo. Accroissement de l'adoption de la contraception. *Santé Mondiale: Science et Pratique*, 4(3):495–505. DOI: 10.9745/GHSP-D-16-00212.

Soins Post Avortement (SPA) Consortium. 2014. *Misoprostol pour les soins après avortement: Extension des prestations de services de SPA et de l'accès à un traitement très efficace pour l'avortement incomplet*. Consortium SPA.

République du Togo. 2012. *Togo Plan National de Développement Sanitaire 2012–2015*. Lomé. Récupéré à: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21005fr/s21005fr.pdf>.

Singh, S., et al. 2009. *Avortement dans le monde. Une décennie de progrès inégaux*. New York: Guttmacher Institute.

Turner, K. L., Senderowicz, L., et Marlow, H. M. 2016. *Besoins globaux en soins post avortement et les opportunités en Afrique de l'Ouest Francophone: Résultats de l'évaluation situationnelles*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Programme Commun des Nations Unies sur le SIDA (UNAIDS). 2013. *Abuja +12: Construire l'Avenir de la Santé en Afrique*. Récupéré à: www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2524_Abuja_rapport_en_0.pdf.

