

# Les communautés agissent au Kenya : Renforcer les soins post-avortement

## CONTEXTE

Les morts causées par les avortements à risque survenant dans les pays en voie de développement représentent 13 % de l'ensemble des décès liés à la grossesse, et dans certains pays ils représentent jusqu'à 25 % de l'ensemble des morts maternelles (Curtis, Huber, & Moss-Knight, 2010). Au Kenya, de telles complications de santé constituent une des causes principales de la morbidité parmi les femmes (KMOH, 2008). La province de la vallée du Rift du Kenya connaît le taux le plus élevé de morbidité lié aux avortements des patientes externes parmi toutes les régions du pays depuis au moins 2003, avec un nombre atteignant quasiment 11 000 décès liés aux avortements en 2004 (KMOH, 2005).

Le projet RESPOND a conçu un dispositif d'interventions visant à accroître la sensibilisation et l'utilisation des services de soins post-avortement (PAC) et également à améliorer les résultats en matière de planification familiale, de santé reproductive et de santé maternelle. Connue sous le nom de l'Intervention en faveur de la Mobilisation communautaire pour les Soins Post-avortement (COMMPAC), ce dispositif a pour but de renforcer les efforts du Projet ACQUIRE (2005 – 2007) pour gérer les soins post-avortement et développer l'adoption de la planification familiale en se concentrant sur le rôle majeur des communautés pour améliorer l'accès aux services.

RESPOND a travaillé avec les districts et les communautés afin de consolider les points de service pour les soins post-avortement ; mobiliser les communautés afin d'élever des connaissances relatives à la prévention et au traitement des complications post-avortement, et d'élever le niveau de participation et d'engagement à cet égard ; renforcer les capacités à répondre aux besoins liés aux soins post-avortement ; et encourager les personnes les plus marginalisées et les plus touchées par les complications liées à l'avortement pour lancer une action communautaire visant à améliorer la situation. L'ensemble des interventions a été effectué dans certaines communautés dans le district de Naivasha sur une période de 18 mois, allant de juillet 2010 à décembre 2011 (Undie, Obare, & RamaRao, 2012).

## LE MODELE COMMPAC

Dans le cadre du dispositif d'interventions COMMPAC, les agents communautaires de vulgarisation sanitaire et les agents de santé communautaires qui se trouvent à Naiyasha

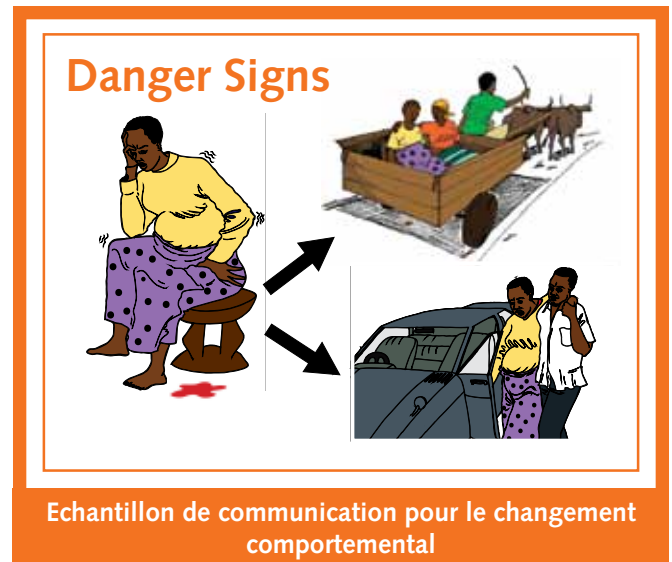
<sup>1</sup> Au cours de l'intervention, les complications liées à l'avortement sont définies comme « les saignements pendant la première moitié de la grossesse », étant donné que la question de l'avortement et des soins post-avortement est sensible au Kenya.

ont été formés sous l'égide du Cycle d'Action Communautaire, une approche qui consiste à travailler avec les communautés. Par ailleurs, ils ont bénéficié d'un tutorat continu. RESPOND a également formé les prestataires des dispensaires de Naivasha et des centres de santé, aux services de soins post-avortement.

Le but de RESPOND était de soutenir les structures existantes à l'échelon des districts et d'établir des partenariats avec le Ministère de la Santé dans la mise en œuvre de sa Stratégie Communautaire en renforçant les unités communautaires (qui comprennent cinq villages ou plus) ; ce faisant, le projet a contribué à renforcer une structure qui, on l'espère, se révélera durable en faveur de la bonne santé. La stratégie communautaire vise à renforcer l'accès communautaire aux soins de santé en décentralisant les services durables de niveau inférieur et en renforçant la responsabilité de tous, y compris parmi les membres des communautés eux-mêmes (KMOH, 2007).

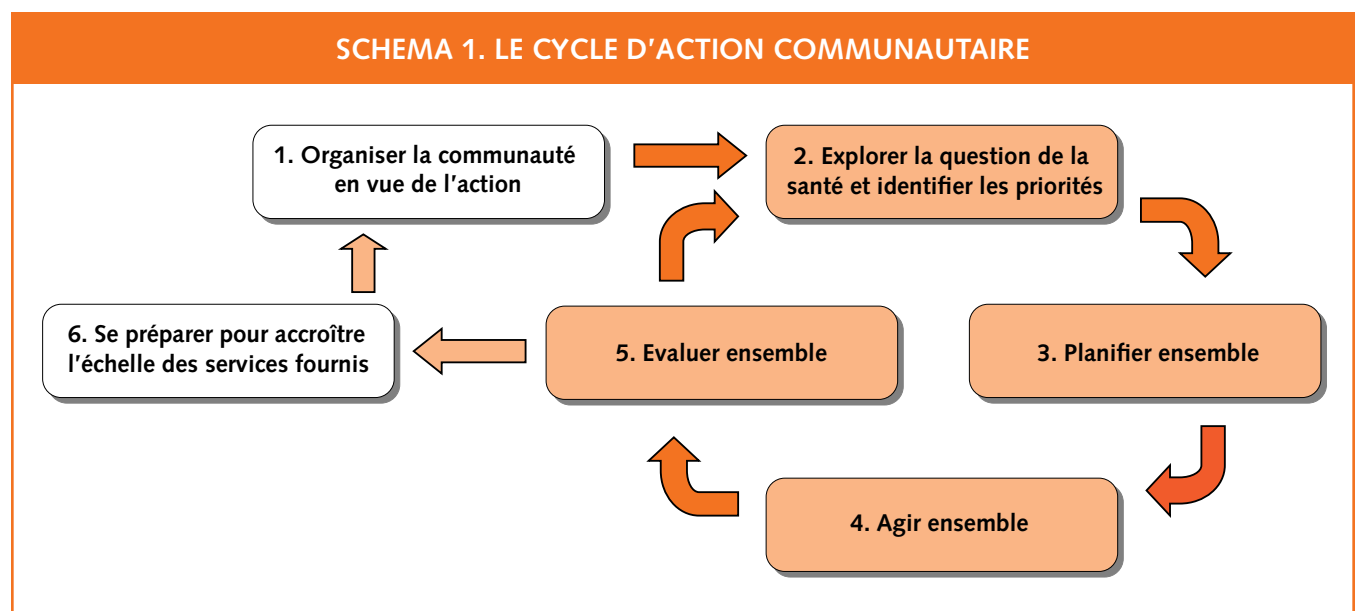
Le Cycle d'Action Communautaire (voir schéma 1) a été la principale méthodologie utilisée pour faciliter le processus de renforcement des capacités pendant les sessions de mobilisation communautaire échelonnées sur trois jours. Ces étapes font écho aux buts définis dans la Stratégie Communautaire du Ministère de la Santé. Le Cycle d'Action Communautaire est un processus hautement participatif dans lequel les membres des communautés apprennent comment agir pour leur propre bonne santé.

Un lot de fiches portant sur la communication pour le changement comportemental a également été distribué aux agents communautaires de vulgarisation sanitaire et les agents de santé communautaires formés afin qu'ils

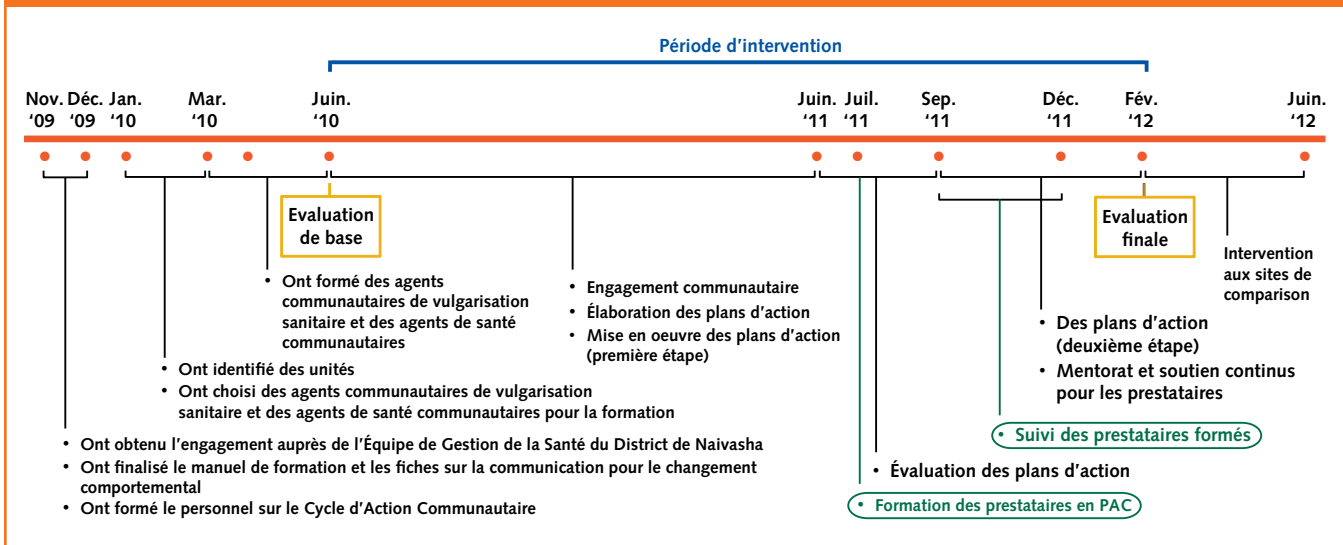


puissent les utiliser pendant les visites de sensibilisation à domicile, mais aussi pour le dialogue et les journées d'action (Projet RESPOND, 2010). Deux réunions sur les liens communautaires des structures ont également permis de rassembler les agents communautaires de vulgarisation sanitaire et les agents de santé communautaires formés afin d'évoquer les progrès accomplis dans le cadre de leurs plans d'action et pour résoudre les problèmes ensemble.

Plus de 439 membres des communautés ont participé aux sessions de mobilisation communautaire sur les sites d'intervention. Les problèmes identifiés au cours du processus de planification des actions allaient des rumeurs négatives sur les méthodes de planification familiale à l'opposition religieuse, en passant par le manque de soutien de la part des partenaires vis-à-vis de



## SCHÉMA 2. CHRONOLOGIE DE L'INTERVENTION COMMPAC AU KENYA



problèmes tels que les distances importantes à franchir pour se rendre aux structures de santé les plus proches, les routes en mauvais état, le manque de prestataires formés, les heures d'ouverture peu pratiques, les mauvaises attitudes des prestataires et le manque d'équipements et de fournitures pour l'aspiration manuelle intra-utérine. Au début de l'intervention, aucun des dispensaires locaux n'était en mesure de fournir des services de soins post-avortement. De ce fait, RESPOND a formé 16 prestataires (personnels de santé de clinique et infirmières) en soins post-avortement et 20 prestataires en planification familiale ; des kits d'aspiration manuelle intra-utérine ont été également fournis aux structures de santé utilisant les fonds privés.

### METHODOLOGIE

L'évaluation s'est appuyée sur un modèle quasi-experimental avec des groupes d'intervention et de comparaison ainsi que des évaluations de début et de fin d'intervention menées sur six sites d'étude au district de Naivasha. Chaque site, dénommé unité communautaire, comprend cinq villages ou plus ; chaque unité comporte idéalement deux agents communautaires de vulgarisation sanitaire et 50 agents de santé communautaires qui en assure la prise en charge. Les unités communautaires

ont été sélectionnées et assemblées selon leurs similarités par rapport à la répartition de la population entre les zones urbaines et rurales, la couverture des services, le profil socio-économique et le niveau de développement économique. Les six unités communautaires ont été attribuées de façon aléatoire aux sites d'intervention ou sites de comparaison (tableau 1).

Le modèle d'évaluation (voir schéma 2) comprenait les structures de santé offrant des services (11 structures de santé publiques et privées) et les communautés dont elles ont la charge. Une enquête, conduite à l'échelon communautaire portant sur les femmes âgées de 18 à 49 ans qui résidaient dans les six unités communautaires, a fourni des informations sur les niveaux de connaissance des femmes résidant dans la communauté, concernant les signes de danger lors des grossesses, l'accès et la qualité des services de soins post-avortement dans les structures cibles et l'adoption de ce type de services. A l'issue de l'intervention, 647 femmes de la même tranche d'âge et résidant dans les mêmes unités communautaires ont été interrogées.

A la fin de l'intervention, les entretiens approfondis et les discussions dirigées de groupes cibles ont eu lieu, comprenant un large éventail d'informateurs clés et de membres des communautés des sites d'intervention ; les entretiens courts, semi-structurés ont été conduits avec des prestataires dans les zones d'intervention et de comparaison ; les entretiens de sortie ont eu lieu avec les clients post-avortement sur les sites d'intervention ; et les statistiques de services pour la période allant d'avril 2009 à décembre 2011 ont été recueillies dans les structures sanitaires sur les sites d'intervention et de comparaison.

**TABLEAU 1. UNITÉS D'INTERVENTION ET DE COMPARAISON COMMPAC**

Intervention	Comparaison
Karunga	Eburu
Kiambogo	Maraigushu
Longonot	MoiNdabi

## RESULTATS

### Expériences et complications liées à la grossesse

La part des personnes des sites d'intervention interrogées déclarant connaître certains signes de danger (en particulier, « les saignements plus importants que des règles normales », « les saignements ininterrompus pendant deux semaines », et « le vertige/les évanouissements ») a considérablement augmenté entre l'évaluation de début d'intervention et celle de fin ; des augmentations similaires n'ont pas été constatées sur les sites de comparaison. Les résultats issus d'une analyse de l'écart dans les différences (« Differences in difference ») ou DID : mesure du changement au fil du temps des participants au programme par rapport aux changements des non-participants) a démontré que le changement constaté dans les sites d'intervention concernant la part des femmes qui ont signalé « les saignements plus importants que des règles normales » est 2.05 fois plus élevé que sur le site de comparaison, ce changement étant imputable à l'intervention COMMPAC. Comme l'a déclaré une personne interrogée :

*Nous ne savions pas qu'une seule goutte de sang représentait un risque. Nous ne savions pas qu'une petite quantité de sang était un mauvais signe. Mais à présent, nous le savons et nous connaissons la vérité. Par conséquent, si on voit une seule goutte de sang, on doit immédiatement se rendre à l'hôpital.*

—Extrait d'une discussion dirigée de groupe cible avec une jeune femme vivant dans la zone où le Cycle d'Action Communautaire a été utilisé

Les statistiques de service indiquent qu'aucune d'une discussion dirigée de groupe cible avec une jeune femme vivant dans la zone où le Cycle d'Action Communautaire a été utilisée n'avait bénéficié de services de soins post-avortement. Cependant à l'issue de la période d'évaluation de fin, un total de 30 femmes a été enregistré comme ayant obtenu de tels services dans les structures de santé situées dans la zone d'intervention, alors qu'aucune n'en a eu dans les sites de comparaison.

Sur les sites d'intervention, les participantes étaient plus susceptibles, à la fin qu'au début de l'intervention, d'avoir eu recours aux soins dans leurs propres communautés, suite à des hémorragies survenues au début de la grossesse (50 % vs. 33 %). En revanche, les partici-

pantes des sites de comparaison étaient moins susceptibles de recourir à des soins dans leurs propres communautés, à la fin de l'intervention qu'au début (41 % vs 58 %). Ce résultat est en rapport direct avec un des points essentiels de la mission de COMMPAC, qui consiste à encourager le recours aux soins auprès d'un service à proximité, afin de réduire les délais pour bénéficier de soins post-avortement.

Comme corollaire de ce point, les prestataires interrogés sur les sites d'intervention ont déclaré qu'ils se sentaient équipés pour offrir des soins en cas de saignements pendant la grossesse, mais leurs pairs en poste sur les sites de comparaison ne l'étaient pas. Les prestataires des six sites d'intervention considéraient tous la prestation de soins post-avortement comme une responsabilité de leur structure. De plus, ils s'estimaient tous compétents pour pratiquer l'aspiration manuelle et chacun avait personnellement pris en charge des patientes pour des soins post-avortement. En revanche, aucun des prestataires des quatre sites de comparaison<sup>2</sup> ne considéraient que les services de soins post-avortement fassent partie de leurs prestations de service ; en conséquence, les services de soins post-avortement n'étaient administrés dans aucune de ces structures.

À l'issue de la période d'évaluation de fin d'intervention, 60 % des personnes interrogées sur les sites d'intervention ont signalé passer moins d'une heure pour se rendre dans une structure offrant des soins post-avortement, alors que c'était le cas pour 33 % des personnes interrogées sur les sites de comparaison. Trente-trois pourcent des personnes interrogées sur les sites d'intervention ont signalé ne pas avoir eu à déboursier des frais de transport pour bénéficier de ces services, par rapport à 25 % de leurs homologues sur les sites de comparaison. Les femmes des sites d'intervention qui ont été confrontées à des saignements avaient elles aussi peu de chances d'avoir payé plus de 1 000 shillings kenyans pour bénéficier de soins (2 %) que leurs paires des sites de comparaison (17 %).

### Perceptions de la Qualité des soins pour les saignements pendant la première moitié de la grossesse

Les temps d'attente ont été améliorés entre l'évaluation de début d'intervention et celle de fin d'intervention pour les personnes interrogées des zones d'intervention qui ont eu recours aux services de soins suite à des saignements pendant la première moitié de leur grossesse. Les

<sup>2</sup> Au cours de l'enquête de début d'intervention, cinq structures du site de comparaison et six structures d'intervention ont fait partie de l'étude (pour un total de 11 structures). À l'issue de l'évaluation de fin d'intervention, une des structures de comparaison (une structure privée) avait fermé.

statistiques ont montré une baisse significative du pourcentage des femmes qui ont dû attendre plus d'une heure et trente minutes (de 21 % à 5 %), alors que la part de celles qui n'ont pas eu à attendre du tout a doublé.

Les personnes interrogées sur les sites d'intervention qui ont eu recours à des soins avaient plus de chances que celles des sites de comparaison d'avoir le sentiment qu'elles avaient eu suffisamment d'intimité pendant leur visite (99 % contre 91%), que les explications du prestataire étaient claires (79 % contre 67 %) et qu'elles étaient très bien traitées par les autres membres du personnel (65 % contre 50 %).

En total, 25 femmes des sites d'intervention et de comparaison ont vécu une fausse-couche en raison de complications et elles ont obtenu des informations concernant la planification familiale à la suite d'une perte de grossesse (19 sur les sites d'intervention et six sur les sites de comparaison). Dix-huit des 19 femmes du site d'intervention qui ont eu recours à des soins en raison de saignements ont parlé avec un professionnel de la santé qualifié des méthodes de planification familiale ; il en a été de même pour les six femmes des sites de comparaison. Cependant, très peu d'entre elles ont choisi d'adopter une méthode de planification familiale – aucune des six femmes du site de comparaison, en comparaison avec trois des 18 femmes des sites d'intervention.

### Exposition aux interventions dans les communautés

Lors de l'évaluation de fin d'intervention, le pourcentage des femmes des zones de comparaison qui avaient participé aux réunions sponsorisées par une organisation non-gouvernementale (ONG) ou un groupe communau-

taire qui se concentrait sur les saignements pendant la première partie de la grossesse est resté quasiment semblable à celui de l'évaluation de début d'intervention. Cette proportion a par contre triplé dans les zones d'intervention. Le changement observé concernant les pourcentages de femmes qui ont participé à une réunion ou activité d'ONG/de groupe communautaire/de travailleurs de santé communautaire portant sur les saignements pendant la première moitié de la grossesse était plus important dans les zones d'intervention que dans les zones de comparaison. Cependant, les estimations de l'écart dans les différences pour ces résultats n'étaient pas statistiquement significatives. Cela peut s'expliquer par le fait que l'évaluation de fin d'intervention a coïncidé avec les activités de sensibilisation à la planification familiale conduites par au moins une autre ONG dans les zones d'intervention et les zones de comparaison.

Compte tenu des 18 mois d'intervention, il se peut qu'il n'y ait pas eu suffisamment de temps pour que cet élément fournisse des données quantitatives significatives. Les données qualitatives obtenues des communautés et des membres de l'Equipe de Gestion de la Santé du district impliqués dans l'intervention COMMPAC ont signalé que les communautés se montraient plus confiantes et capables d'agir pour la santé communautaire. Par exemple, plusieurs communautés ont construit ou réparé des routes afin de faciliter le trajet vers les dispensaires pour les femmes ayant besoin de soins post-avortement alors que d'autres ont établi des partenariats avec des autorités locales pour construire et étendre les dispensaires dans leurs communautés :

*PAC [COMMPAC] nous a également formés sur la manière d'unir les gens pour qu'ils soient capables de travailler pour eux-mêmes. Nous avons vu qu'ils ont entrepris plusieurs choses dans des zones où rien ne pouvait être fait auparavant. Ces choses ont été possibles grâce à PAC [soins post-avortement].*

—Extrait d'une discussion dirigée de groupe cible avec des membres des communautés (hommes âgés) de Karunga, Kiambogo, et Longonot.

### Connaissances en matière de planification familiale

Globalement en ce qui concerne la planification familiale, le niveau de connaissances des personnes interrogées a fortement augmenté entre l'évaluation de début et celle de fin d'intervention (il est passé de 93 % à 98 %). En comparaison, bien que les connaissances se soient également développées aux sites de comparaison, la différence n'était pas statistiquement significative.



Jeu de rôle présentant une femme qui accompagnait une patiente souffrant de saignements pour qu'elle bénéficie de soins post-avortement.

Le niveau des connaissances des personnes interrogées concernant les méthodes permanentes et à longue durée d'action a considérablement augmenté entre l'évaluation de début et celle de fin d'intervention dans les zones d'intervention et les zones de contrôle.

Les résultats issus de l'analyse de l'écart dans les différences ont montré qu'au fil du temps il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les sites d'intervention et les zones de comparaison en matière de changement dans les pourcentages des femmes connaissant la planification familiale en général et les méthodes permanentes et à longue durée d'action. Les connaissances relatives à des méthodes spécifiques ont considérablement augmenté non seulement sur les sites d'intervention mais aussi dans les zones de comparaison. Cela s'explique probablement par les activités de sensibilisation à la planification familiale conduites par une autre ONG dans les zones d'intervention et de comparaison.

### Source d'information

Parmi des objectifs principaux de l'intervention était de susciter des discussions portant sur la planification familiale à l'échelon communautaire, bien qu'il y ait eu également des améliorations sur le plan des services par rapport à la formation des prestataires en planification familiale. Les structures sanitaires gouvernementales étaient les principaux canaux par lesquels la majorité des participants dans les zones d'intervention et de comparaison avait été exposée aux informations relatives à la planification familiale, à la fois lors de l'évaluation de début d'intervention et pendant celle de fin. Il est néanmoins important de noter que la part des personnes interrogées qui ont cité les structures sanitaires gouvernementales comme étant leur source d'informations sur la planification familiale a diminué dans les zones d'intervention ainsi que dans les zones de comparaison.

Une augmentation importante a été constatée entre l'enquête de début et celle de fin d'intervention dans la part des participants des zones d'intervention qui ont cité les ONG ou les organisations communautaires ou associations religieuses (0 à 3 %), les travailleurs de santé communautaires (0 % to 6 %), ou les membres de leur communauté (23 % à 30 %) comme leur principale source d'informations sur la planification familiale. Dans les zones de comparaison, la part des personnes interrogées qui ont cité les travailleurs de santé communautaires comme leur principale source d'informations sur la planification familiale s'est également accrue de façon significative. Les sites de comparaison ont notamment enregistré une baisse de la part des personnes qui

ont cité les membres de leur communauté comme étant leur principale source de planification familiale.

L'augmentation très importante de la proportion des personnes interrogées dans les sites de comparaison qui ont signalé avoir obtenu des informations sur la planification familiale auprès d'un travailleur de santé communautaire peut être lié au travail d'autres organisations dans la même région.

### IMPLICATIONS EN TERMES DE PROGRAMME

En résumé, l'intervention COMMPAC a réussi à développer la reconnaissance d'un signe critique de danger au début de la grossesse, à permettre aux prestataires de fournir des soins post-avortement de façon efficace dans des dispensaires, à sensibiliser aux soins post-avortement, à aider les femmes à recourir et obtenir des soins post-avortement à l'échelon des dispensaires, à encourager les communautés pour qu'elles agissent pour leur propre santé et à susciter un intérêt parmi les parties prenantes clés afin de maintenir l'intervention.

L'intervention COMMPAC s'est révélée moins efficace en ce qui concerne les connaissances et l'utilisation de planification familiale ; l'approbation par les femmes et leurs partenaires de l'utilisation de la planification familiale ; la connaissance par la population féminine en général des dispensaires et centres de santé qui offrent des soins post-avortement ; le soutien des partenaires pour obtenir des soins post-avortement ; et la participation aux discussions communautaires sur les soins post-avortement.

Compte tenu de ces réalités et du souhait des parties prenantes clés de maintenir l'intervention COMMPAC, il est important de noter qu'il existe des domaines pour lesquels la reproduction et la préservation du modèle présentent clairement un intérêt (par exemple, la sensibilisation aux soins post-avortement, la formation des prestataires aux soins post-avortement au niveau des structures inférieures, ainsi que le développement d'un sentiment de responsabilité vis-à-vis d'une question sanitaire).

### Durabilité et adaptabilité

Les personnes interrogées ont à mainte reprise fait référence à l'approche communautaire employée dans le cadre des interventions COMMPAC comme étant remarquable et à l'origine des succès enregistrés par le projet. Les informateurs clés du Ministère de la Santé ont souligné que le fait d'appuyer l'intervention COMMPAC sur la Stratégie Communautaire Nationale a essentielle-

ment permis d'assurer la durabilité de nombreuses composantes de COMMPAC.

Le fait que les communautés s'approprient le projet montre également le potentiel pour la durabilité du modèle. Il était essentiel de travailler sur les structures communautaires existantes (où il y avait déjà une certaine cohésion) et de renforcer leur capacité à identifier, dresser des priorités et agir par rapport aux questions considérées comme importantes. Les participants sont parvenus à un consensus selon lequel leurs capacités à mobiliser leurs communautés s'étaient développées de diverses façons. Beaucoup de personnes interrogées croyaient que leurs connaissances et compétences acquises lors de formations dans le cadre de l'intervention COMMPAC étaient suffisantes pour assurer la durabilité du projet. Il est clair que certains aspects du modèle COMMPAC peuvent être maintenus dans les communautés qui ont bénéficié de cette intervention.

La période de dix-huit mois est une durée relativement courte pour constater des changements ou résultats significatifs à l'échelon communautaire. Néanmoins, les données issues de l'enquête de fin de projet montrent un cadre dans lequel les capacités de la communauté ont été développées pour traiter certaines questions de santé reproductive. Les aspects du programme qui ont contribué à la durabilité potentielle et son développement comprennent : la focalisation sur les activités communautaires, par l'identification et la priorisation des questions par les membres des communautés eux-mêmes ; l'utilisation de ressources locales pour résoudre les problèmes communautaires ; l'attribution de devoirs et responsabilités parmi les membres des communautés ; le fait d'assurer la participation et la transparence ; la reconnaissance des accomplissements par les membres des communautés dans le cadre du Cycle d'Action Communautaire ; et la mise en place d'améliorations simultanées dans les structures pour la prestation de services.

## RESUME DES MESSAGES CLEFS

- Globalement, les femmes des zones d'intervention étaient plus au fait des signes de danger au début de la grossesse que leurs paires des sites de comparaison.
- Les femmes des zones d'intervention étaient plus susceptibles d'avoir recours aux soins post-avortement auprès des dispensaires lorsqu'elles ont subi des complications liées à la grossesse.
- Le fait de savoir où bénéficier des soins post-avortement n'a pas augmenté de manière significative au sein de la population féminine en général.

- Les prestataires sont devenus plus confiants pour administrer des soins post-avortement.
- Par rapport aux personnes interrogées dans les sites de comparaison, celles qui ont été interrogées dans les sites d'intervention considéraient que le niveau de qualité des soins disponibles pour traiter les complications liées à l'avortement était plus élevé.
- Parmi les femmes qui ont sollicité des services de soins post-avortement, la part de celles qui ont dit avoir obtenu des informations sur la planification familiale et les méthodes a augmenté dans les sites d'intervention.
- Bien que la planification familiale fasse partie intégrante du modèle COMMPAC, au moment de l'enquête de fin d'intervention, aucune augmentation significative de l'utilisation de ces services par les femmes ne pouvait être attribuée à l'intervention.
- L'évaluation a montré que les membres de la communauté étaient suffisamment responsabilisés pour agir en faveur de leur propre santé.
- Le niveau de préparation des membres de l'Equipe de Gestion de santé du district de Naivasha était démontré pour reproduire et/ou accroître l'échelle des composantes du modèle COMMPAC si besoin.

## RECOMMANDATIONS

1. Etant donné l'importance de la planification familiale pour tout programme de soins post-avortement, il faut faire en sorte que la planification familiale soit consolidée en tant qu'élément des soins post-avortement à tous les niveaux de l'intervention COMMPAC.
2. La participation et mobilisation communautaire devraient faire partie des programmes qui ont pour but d'étendre l'accès aux services de soins post-avortement. La majorité des résultats pour lesquels un effet a été constaté dans le cadre de ces recherches est liée au Cycle d'Action Communautaire, qui constitue un élément majeur de l'intervention COMMPAC.
3. La prestation de services de soins post-avortement au niveau du dispensaire est une entreprise novatrice qui a été testée dans le cadre du modèle COMMPAC et définie comme faisable. Alors que les dispensaires sont plus accessibles que les structures de santé de niveau supérieur, la mise en place de services de soins post-avortement pour les dispensaires qui sont raisonnablement prêts pour les fournir est recommandée pour étendre l'accès des femmes à ces services.

## RÉFÉRENCES

Curtis, C., Huber, D., et Moss-Knight, T. 2010. Postabortion family planning: Addressing the cycle of repeat unintended pregnancy and abortion. [Planification familiale post-avortement : Affronter le cycle de grossesses non désirées et d'avortement répétés.] *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 36(1):44–48.

Ministère de la Santé Kenyan (KMOH). 2005. *A report on performance status health management information systems: 2003–2004 annual report*. [Un rapport sur la performance des systèmes de gestion des informations sanitaires : 2003-2004, rapport annuel.] Nairobi.

Ministère de la Santé Kenyan (KMOH). 2007. *Community Strategy implementation guidelines for managers of the Kenya Essential Package for Health at the community level*. [Directives sur l'application de la stratégie communautaire pour les responsables du Dispositif Kenyan Essentiel pour la Santé à l'échelon communautaire.] Nairobi.

Ministère de la Santé Kenyan (KMOH). 2008. *Annual health sector status report: 2005–2007*. [Rapport annuel sur l'état du secteur de la santé : 2005-2007.] Nairobi.

Projet RESPOND. 2010. *Community health information cards: Taking action for our health*. [Fiches d'information sur la santé communautaire : agir pour notre santé.] New York: EngenderHealth (Projet RESPOND). Consulté via: [www.respond-project.org/pages/files/6\\_pubs/bcc-materials/COMMPAC-BCC-Cards-FINAL-web.pdf](http://www.respond-project.org/pages/files/6_pubs/bcc-materials/COMMPAC-BCC-Cards-FINAL-web.pdf).

Undie, C.-C., Obare, F., et RamaRao, S. 2012. Replication of the Community Mobilization for Postabortion Care (COMMPAC) model in Naivasha District, Rift Valley Province, Kenya: Evaluation report. [Reproduction du modèle de Mobilisation Communautaire pour les Soins Post-Avortement (COMMPAC) dans le district de Naivasha, Province de la Vallée du Rift, Kenya : rapport d'évaluation.] *The RESPOND Project Study Series: Contributions to Global Knowledge—Report No. 9*. [Rapport des séries d'études du Projet RESPOND : Contributions au socle de Connaissances Internationales – Rapport N° 9.] New York: EngenderHealth (Projet RESPOND).

### Citation suggérée:

Le Projet RESPOND. 2013. Les communautés agissent au Kenya : renforcer les soins post-avortement. *Résumé du Projet RESPOND N° 13*. Mars. New York: EngenderHealth (Le Projet RESPOND).



Partenaire gérant : EngenderHealth; Partenaires associés : FHI 360; Futures Institute; Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs; Meridian Group International, Inc.; Population Council



Cette publication a été possible grâce au généreux soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), selon les termes de l'accord de coopération GPO-A-000-08-00007-00. Les opinions exprimées dans le présent document sont celles de l'éditeur et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'USAID ou le gouvernement des États-Unis.

© 2013 EngenderHealth (Le Projet RESPOND). Ce(tte) œuvre est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 3.0 non transposé. Pour voir une copie de cette licence, visitez <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>.

Auteurs : Chi-Chi Undie, Francis Obare, Saumya RamaRao, et Lynn Van Lith

Relecteurs: Jane Wickstrom, Hannah Searing, et Maureen Clyde

Éditeur : Michael Klitsch

Conception/mise en page : Elkin Konuk

Crédits photo : M. Wahome/EngenderHealth