

Avortement sécurisé :
Directives techniques et stratégiques
à l'intention des systèmes de santé

Deuxième édition



Remerciements

L'OMS remercie vivement pour leurs contributions techniques tous les experts indépendants ayant participé à la consultation en ligne initiale, à la consultation technique et à la révision de ces lignes directrices. (Le détail des participants et des réviseurs externes est fourni en annexe 4).

Source de financement

L'élaboration de ces lignes directrices a été soutenue par le Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine.

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé – 2ème édition.

1. Avortement provoqué – méthodes. 2. Avortement provoqué – normes. 3. Prise en charge prénatale – organisation et administration. 4. Prise en charge prénatale – normes. 5. Protection maternelle. 6. Politique de santé. 7. Directives. I. Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 254843 3

(NLM classification: WQ 440)

© Organisation mondiale de la Santé 2013

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int . Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Printed in Malta

Abréviations

| | |
|----------------|---|
| AE | aspiration électrique |
| AM | aspiration manuelle |
| BPF | bonnes pratiques de fabrication |
| CIPD | Conférence internationale sur la population et le développement |
| D&C | dilatation et curetage |
| DDR | date des dernières règles |
| D&E | dilatation et évacuation |
| DIU | dispositif intra-utérin |
| DPNU | Division de la population des Nations unies |
| GRADE | Classement de l'analyse, de l'élaboration et de l'évaluation des recommandations (en anglais <i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>) |
| hCG | gonadotrophine chorionique humaine |
| HLD | désinfection de haut niveau |
| IAR | infection de l'appareil reproducteur |
| IST | infection sexuellement transmissible |
| IV | intraveineux |
| KCl | chlorure de potassium |
| NU | Nations unies |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONG | organisation non gouvernementale |
| PG | prostaglandine |
| Rh | Facteur rhésus (groupe sanguin) |
| SA | semaines d'aménorrhée |
| UNFPA | Fonds des Nations unies pour la population |
| USA | États-Unis d'Amérique |
| VIH | virus de l'immunodéficience humaine |

Définitions utilisées dans ce document

- *Age gestationnel en semaines d'aménorrhée*: nombre de jours ou de semaines écoulés depuis le premier jour des dernières règles (DDR) chez les femmes ayant des cycles réguliers (pour les femmes dont les cycles sont irréguliers, il sera peut-être nécessaire de déterminer l'âge gestationnel par un examen physique ou une échographie). On considère généralement que le premier trimestre comprend les 12 premières ou les 14 premières semaines d'aménorrhée (voir Tableau 1).

Tableau 1. Équivalence des âges gestationnels en semaines et en jours durant le premier trimestre

| Semaines d'aménorrhée | Jours d'aménorrhée |
|-----------------------|--------------------|
| <1 | 0–6 |
| 1 | 7–13 |
| 2 | 14–20 |
| 3 | 21–27 |
| 4 | 28–34 |
| 5 | 35–41 |
| 6 | 42–48 |
| 7 | 49–55 |
| 8 | 56–62 |
| 9 | 63–69 |
| 10 | 70–76 |
| 11 | 77–83 |
| 12 | 84–90 |
| 13 | 91–97 |
| 14 | 98–104 |

Adapté de : *International statistical classification of diseases and health related problems, 10th revision – ICD-10*, Vol. 2, 2008 Edition. Geneva, World Health Organization, 2009.

- *Méthodes médicamenteuses d'interruption de grossesse (avortement médicamenteux)* : utilisation de médicaments pour interrompre la grossesse. Le terme « avortement non chirurgical » est parfois également utilisé.
- *Régulation menstruelle*: évacuation utérine sans que la grossesse ait été confirmée par des examens de laboratoire ou une échographie, chez les femmes qui signalent un retard de règles récent.
- *Dilatateurs osmotiques* : petits cylindres minces constitués d'algues (laminaires) ou d'un matériau synthétique. Après leur mise en place dans l'orifice cervical, les dilatateurs absorbent l'eau et gonflent, entraînant ainsi une dilatation progressive du col de l'utérus.
- *Voies d'administration du misoprostol* :
 - orale – les pilules sont immédiatement avalées ;
 - buccale – les pilules sont placées entre la joue et la gencive et avalées au bout de 30 minutes ;
 - sublinguale – les pilules sont placées sous la langue et avalées au bout de 30 minutes ;
 - vaginale – les pilules sont placées dans les culs-de-sac vaginaux (parties les plus profondes du vagin), et l'on demande à la femme de s'allonger pendant 30 minutes.
- *Méthodes chirurgicales d'interruption de grossesse (avortement chirurgical)* : procédures transcervicales d'interruption, dont l'aspiration, et la dilatation et l'évacuation par aspiration (D&E) (voir chapitre 2, section 2.2.4 pour une description plus détaillée des méthodes chirurgicales d'interruption de grossesse).

Terminologie des droits de l'homme

- *Traité international des droits de l'homme* : également nommé parfois Pacte ou Convention, est adopté par la communauté internationale des États, normalement lors de l'Assemblée générale des Nations unies. Chaque traité énonce différents droits fondamentaux de la personne, et les obligations correspondantes juridiquement contraignantes pour les États qui ont ratifié le traité. L'annexe 7 présente une liste de ces traités.
- *Organe de surveillance d'un traité* : l'application de chacun des traités internationaux relatifs aux droits de l'homme est contrôlée par un organe désigné chargé de surveiller l'application du traité concerné (voir annexe 7). Les organes de surveillance des traités sont des comités composés d'experts indépendants. Leur principale fonction est de s'assurer que les États respectent le traité en question, notamment en examinant les rapports des États.
- *Observations/recommandations générales* : il s'agit de l'interprétation, par l'organe de surveillance d'un traité, des dispositions relatives aux droits de l'homme concernant des questions thématiques ou ses méthodes de travail. Les observations générales s'efforcent de clarifier les obligations d'information incombant aux États parties quant au respect de certaines dispositions et suggèrent des approches pour la mise en application des dispositions du traité.
- *Observations finales* : après la présentation du rapport d'un État et d'un dialogue constructif avec l'État partie à la convention visée, les organes de surveillance des traités formulent des observations finales à l'intention de l'État auteur du rapport, qui sont rassemblées dans un rapport annuel et transmises à l'Assemblée générale des Nations unies.
- *Traités régionaux relatifs aux droits de l'homme* : Des États ont adopté des traités relatifs aux droits de l'homme en Afrique, en Amérique, en Europe et au Moyen-Orient. Des organes régionaux s'occupant des droits de l'homme, tels que l'Union africaine, l'Organisation des États américains, le Conseil de l'Europe, l'Union européenne, et la Ligue des États arabes, veillent au respect des traités par les différents États. À ce jour, il n'existe aucun traité régional relatif aux droits de l'homme en Asie du Sud-Est ou dans le Pacifique occidental. L'annexe 7 présente une liste de traités régionaux relatifs aux droits de l'homme.
- *Normes relatives aux droits de la personne* : elles définissent le sens et la portée des droits fondamentaux, tels qu'interprétés et appliqués par les organes de protection des droits de l'homme chargés de ce travail, par exemple les tribunaux internationaux, régionaux et nationaux, et les comités des droits de l'homme.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| Résumé d'orientation | 1 |
| Processus d'élaboration de ces lignes directrices | 10 |
| Historique | 10 |
| Méthodes | 10 |
| Prise de décisions durant la consultation technique | 12 |
| Préparation des documents et examen par les pairs | 13 |
| Diffusion du document d'orientation | 13 |
| Mise à jour des lignes directrices | 13 |
| Chapitre 1 | 16 |
| Des soins sécurisés en cas d'avortement, une justification simple : santé publique et droits de l'homme | 17 |
| 1.1 Historique | 18 |
| 1.2 Santé publique et droits de l'homme | 18 |
| 1.3 Grossesses et avortements | 19 |
| 1.4 Les conséquences de l'avortement non sécurisé sur la santé des femmes | 20 |
| 1.5 Contraception, grossesses s et besoins non satisfaits de planification familiale | 23 |
| 1.6 Contexte réglementaire et politique | 24 |
| 1.7 Coûts économiques de l'avortement non sécurisé | 26 |
| Chapitre 2 | 30 |
| Soins cliniques dispensés aux femmes qui subissent un avortement | 31 |
| 2.1 Soins précédant l'avortement | 33 |
| 2.2 Les différentes méthodes d'avortement | 38 |
| 2.3 Soins après un avortement et suivi | 54 |
| Chapitre 3 | 64 |
| Planification et gestion des soins liés à l'avortement sécurisé | 65 |
| 3.1 Introduction | 66 |
| 3.2 Un ensemble de services | 66 |
| 3.3 Lignes directrices et normes factuelles | 67 |
| 3.4 Équipement des installations et formation des prestataires de soins de santé | 73 |
| 3.5 Surveillance, évaluation et amélioration de la qualité | 76 |
| 3.6 Financement | 83 |
| 3.7 Le processus de planification et de gestion des soins liés à l'avortement sécurisé | 84 |

| | |
|--|-----------|
| Chapitre 4 | 92 |
| Considérations d'ordre juridique et politique | 93 |
| 4.1 Santé des femmes et droits fondamentaux | 93 |
| 4.2 Les lois et leur mise en application dans le cadre des droits de l'homme | 96 |
| 4.3. Créer un environnement propice | 106 |
| | |
| Annexe 1 | |
| Research gaps identified at the technical consultation | 115 |
| | |
| Annexe 2 | |
| Questions et résultats GRADE finals | 116 |
| | |
| Annexe 3 | |
| Critères GRADE standard pour le classement des données probantes | 120 |
| | |
| Annexe 4 | |
| Participants à la consultation technique | 121 |
| | |
| Annexe 5 | |
| Recommandations issues de la consultation technique pour la deuxième édition du document paru sous le titre <i>Avortement médicalisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé</i> | 124 |
| | |
| Annexe 6 | |
| Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives après un avortement | 132 |
| | |
| Annexe 7 | |
| Principaux traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme | 134 |

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Au cours des deux dernières décennies, il y a eu, tant sur le plan des éléments d'appréciation d'ordre sanitaire et des technologies que de sa justification eu égard aux principes des droits de l'homme, une importante évolution touchant la dispensation de soins médicaux complets et sûrs en cas d'avortement. En dépit de ces avancées, on estime que 22 millions d'avortements sont encore pratiqués chaque année dans de mauvaises conditions de sécurité avec, pour conséquence, une issue fatale pour quelque 47 000 femmes et des invalidités pour 5 millions d'autres (1). Dans presque tous les cas, ces décès et ces invalidités auraient pu être évités si ces avortements provoqués avaient été pratiqués dans un cadre légal et dans de bonnes conditions de sécurité, ou si leurs complications avaient été correctement prises en charge, et en amont, si les patientes avaient eu accès à une éducation à la sexualité et à des services de planification familiale. Dans presque tous les pays développés, l'avortement sécurisé est autorisé soit sur demande de la femme, soit pour des raisons d'ordre socio-économique au sens large et les services correspondants sont généralement disponibles et facilement accessibles. En revanche, dans les pays où l'avortement provoqué est soit soumis à d'importantes restrictions légales, soit impossible à obtenir, soit les deux à la fois, il est souvent le privilège des gens aisés, les femmes nécessiteuses n'ayant d'autre choix que de s'adresser à des avorteurs ou avorteuses qui opèrent dans de mauvaises conditions de sécurité avec, à la clé, une morbidité et une mortalité dont la responsabilité sociale et financière retombe sur le système de santé publique.

Devant la nécessité de définir, preuves à l'appui, les meilleures pratiques en matière d'avortement sécurisé et soucieuse de protéger la santé et des

femmes, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a mis à jour sa publication de 2004 *Avortement médicalisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (2). Pour cela, l'OMS a suivi la procédure qu'elle applique habituellement lors de l'élaboration de lignes directrices, laquelle consiste notamment à identifier les questions et les résultats prioritaires ; à rechercher, à évaluer les éléments d'appréciation et à en faire la synthèse ; à formuler des recommandations ; et enfin, à organiser leur diffusion, leur mise en œuvre, l'étude de leur impact et leur actualisation. En ce qui concerne les recommandations d'ordre clinique qui figurent au chapitre 2, des profils de données probantes relatifs aux questions jugées prioritaires ont été établis en s'inspirant de revues critiques systématiques récentes qui, pour la plupart, figurent dans la base de données de revues systématiques Cochrane. De plus, les chapitres 1, 3 et 4 de la publication initiale de 2004 ont été revus et mis à jour afin d'y inclure les estimations mondiales les plus récentes concernant les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, des références bibliographiques nouvelles relatives aux prestations de services ainsi que les dernières tendances concernant la prise en compte législative des droits de l'homme au niveau international, régional et national. Un groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices, constitué d'experts internationaux, a passé en revue et révisé la première version des recommandations fondées sur les profils de données probantes en opérant selon un processus participatif basé sur la recherche d'un consensus.

Ces directives s'adressent aux décideurs, aux directeurs de programmes et aux personnels qui dispensent des soins liés à l'avortement. D'une façon

générale, les recommandations qu'elles contiennent doivent être adaptées à chaque cas individuel, en tenant tout particulièrement compte de l'état clinique de la patiente et de la méthode abortive à utiliser et également des préférences de chaque femme en matière de soins.

Bien que les contextes juridiques, réglementaires, politiques et de prestation de services puissent varier d'un pays à l'autre, les recommandations et les meilleures pratiques décrites dans le présent document ont pour objectif de permettre une prise de décisions basée sur les faits pour tout ce qui a trait à l'avortement sécurisé. Les détails relatifs à leur élaboration et leur classement en fonction de la qualité des preuves sont exposés dans la section consacrée aux méthodes, page 10. L'encadré 1 contient des recommandations relatives aux différentes méthodes d'avortement chirurgical, l'encadré 2 récapitulant les recommandations relatives aux méthodes médicamenteuses. L'encadré 3 concerne les méthodes chirurgicales ou médicamenteuses jugées préférables après la 12^{ème} semaine de grossesse. Dans l'encadré 4 sont récapitulées les recommandations concernant les soins cliniques précédant un avortement provoqué notamment la préparation du col utérin, le recours à l'échographie diagnostique, l'utilisation d'antibiotiques et les différentes options relatives à la prise en charge de la douleur.

Dans l'encadré 5, on trouvera un récapitulatif des soins à dispenser après un avortement, notamment la mise en place d'une contraception, le traitement des avortements incomplets et la nécessité éventuelle d'un suivi systématique après un avortement provoqué. Dans l'encadré 6 sont récapitulées les principales recommandations du chapitre 3, à savoir des directives cliniques pour la mise en place et le renforcement des prestations de services en matière d'avortement, y compris l'élaboration de normes et de directives nationales, la formation et l'équipement des prestataires de services, l'évaluation, la hiérarchisation et le financement des besoins des systèmes de santé, la mise en place et l'amplification des interventions, ainsi que le suivi-évaluation. Enfin, l'encadré 7 résume les principales recommandations du chapitre 4 d'ordre juridique, en rapport avec les politiques menées ou relevant des droits de l'homme.

Les membres du groupe d'élaboration des lignes directrices ont relevé d'importantes lacunes dans les connaissances, qui doivent être comblées par des recherches au niveau des sources primaires d'information. D'une façon générale, les participants ont jugé que les recherches visant à démedicaliser l'avortement étaient d'un grand intérêt. Les observations relatives aux recherches qui restent à faire sont exposées à l'annexe 1.

ENCADRÉ 1

Méthodes recommandées pour un avortement chirurgical

L'aspiration est la technique recommandée pour un avortement chirurgical jusqu'à un âge gestationnel de 12 à 14 SA Cette intervention ne doit pas être systématiquement complétée par un curetage. La méthode par dilatation et curetage (D&C), dans la mesure où elle est encore pratiquée, doit être remplacée par l'aspiration

(Force de la recommandation : forte.

Qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés : faible à moyenne).

Voir également : annexe 5, recommandation 1, page 124.

Méthodes recommandées pour un avortement médicamenteux

La méthode recommandée pour l'avortement médicamenteux est l'administration de mifépristone suivie par du misoprostol.

Pour des grossesses d'âge gestationnel allant jusqu'à 9 semaines (63 jours)

La méthode recommandée pour un avortement médicamenteux consiste à donner de la mifépristone suivie 1 à 2 jours plus tard par du misoprostol. [Voir les notes ci-dessous relatives aux posologies et aux voies d'administration].

(Force de la recommandation : forte).

Qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés : moyenne).

Posologies et voies d'administration pour la mifépristone suivie par du misoprostol

La **mifépristone** doit toujours être administrée par voie orale. La dose recommandée est de 200 mg.

L'administration de **misoprostol** est recommandée 1 à 2 jours (24 à 48 heures) après la prise de mifépristone.

- Par la voie vaginale, buccale (entre joue et gencive) ou sublinguale, la dose de misoprostol recommandée est de 800 µg.
- Par la voie orale, la dose de misoprostol recommandée est de 400 µg.
- Lorsque l'âge gestationnel va jusqu'à **7 semaines** (49 jours), le misoprostol peut être administré par voie vaginale, buccale (entre joue et gencive), sublinguale ou orale. Après la 7^{ème} semaine, *il ne faut pas* administrer le misoprostol par la voie orale.
- Lorsque l'âge gestationnel va jusqu'à **9 semaines** (63 jours), le misoprostol peut être administré par voie vaginale, buccale (entre joue et gencive) ou sublinguale.

Voir également : annexe 5, recommandation 2, page 124.

Pour des grossesses d'âge gestationnel compris entre 9 et 12 semaines (63–84 jours)

La méthode recommandée pour un avortement médicamenteux consiste à donner 200 mg de mifépristone par voie orale suivie 36 à 48 heures plus tard par 800 µg de misoprostol par voie vaginale. Les doses suivantes de misoprostol (jusqu'à 4 doses supplémentaires) devront être de 400 µg, administrées toutes les 3 heures par voie vaginale ou sublinguale, jusqu'à l'expulsion des produits de la conception.

(Force de la recommandation : faible).

Qualité des preuves selon un essai contrôlé randomisé et une étude observationnelle : faible).

Voir également : annexe 5, recommandation 3, page 126.

Pour des grossesses d'âge gestationnel supérieur à 12 semaines (84 jours)

La méthode recommandée pour un avortement médicamenteux consiste à donner 200 mg de mifépristone par voie orale suivie 36 à 48 heures plus tard par des doses répétées de misoprostol.

[Voir les notes ci-dessous relatives aux posologies et aux voies d'administration du misoprostol].

(Force de la recommandation : forte).

Qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés : faible à moyenne).

- Pour un âge gestationnel compris entre 12 et 24 semaines, la dose initiale de misoprostol qui fait suite à la prise de mifépristone par voie orale peut être soit de 800 µg par voie vaginale, soit de 400 µg par voie orale. Les doses suivantes de misoprostol (jusqu'à 4 doses supplémentaires) devront être de 400 µg, administrées toutes les 3 heures par voie vaginale ou sublinguale.
- Lorsque l'âge gestationnel est supérieur à 24 semaines, il faut réduire la dose de misoprostol en raison de la plus grande sensibilité de l'utérus aux prostaglandines, mais faute d'études cliniques, on ne peut pas recommander de doses précises.

Voir également : annexe 5, recommandation 6, page 127.

Méthodes recommandées pour un avortement médicamenteux

Si l'on ne dispose pas de mifépristone

Pour des grossesses d'âge gestationnel allant jusqu'à 12 semaines (84 jours)

La méthode recommandée pour un avortement médicamenteux consiste à administrer 800 µg de misoprostol par voie vaginale ou sublinguale. On peut administrer jusqu'à trois doses de 800 µg à intervalles d'au moins 3 heures, mais pas au-delà de 12 heures.

(Force de la recommandation : forte.

Qualité des preuves selon un essai contrôlé randomisé : élevée).

Voir également : annexe 5, recommandation 4, page 126.

Pour des grossesses d'âge gestationnel supérieur à 12 semaines (84 jours)

La méthode recommandée pour un avortement médicamenteux consiste à administrer 400 µg de misoprostol (jusqu'à cinq doses) par voie vaginale ou sublinguale toutes les 3 heures.

(Force de la recommandation : forte.

Qualité des preuves selon un essai contrôlé randomisé : faible à moyenne).

- Lorsque l'âge gestationnel est supérieur à 24 semaines, il faut réduire la dose de misoprostol en raison de la plus grande sensibilité de l'utérus aux prostaglandines, mais faute d'études cliniques, on ne peut pas recommander de doses précises

Voir également : annexe 5, recommandation 6, page 127.

ENCADRÉ 3

Méthodes abortives recommandées pour des grossesses d'âge gestationnel supérieur à 12–14 semaines

Lorsque l'âge gestationnel est supérieur à 12–14 semaines, on peut recommander aussi bien une dilatation et évacuation (D&E) que des méthodes médicamenteuses (mifépristone et misoprostol ; misoprostol seul). Les établissements de soins doivent proposer au moins l'une de ces méthodes, et de préférence les deux si possible, en fonction de l'expérience des soignants et des possibilités de formation.

(Force de la recommandation : forte.

Qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés : faible).

Voir également : annexe 5, recommandation 5, page 126.

Recommandations relatives aux soins précédant un avortement provoqué

Préparation du col utérin

Avant un avortement chirurgical, la préparation du col utérin est recommandée pour toutes les femmes dont la grossesse correspond à un âge gestationnel supérieur à 12-14 semaines. On peut aussi l'envisager quel que soit l'âge gestationnel.

(Force de la recommandation : forte.

Qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés : faible).

- On recommande l'une ou l'autre des méthodes suivantes de préparation du col utérin préalablement à un avortement chirurgical au cours du premier trimestre :
 - mifépristone par voie orale à raison de 200 mg (24 à 48 heures à l'avance) ;
 - misoprostol à raison de 400 µg par voie sublinguale 2 à 3 heures avant l'intervention ;
 - misoprostol à raison de 400 µg par voie vaginale 3 heures avant l'intervention ;
 - pose d'un laminaire intracervical 6 à 24 heures avant l'intervention.

(Force de la recommandation : forte.

Qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés : faible à moyenne).

Voir également : annexe 5, recommandation 7, page 128.

Une préparation du col utérin est nécessaire avant l'intervention pour toutes les femmes qui sont traitées par la méthode de dilatation et évacuation (D&E) et dont la grossesse correspond à un âge gestationnel de plus de 14 semaines.

(Force de la recommandation : forte.

Qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés : faible à moyenne).

- Pour la préparation du col utérin avant un avortement par dilatation et évacuation (D&E) après 14 semaines de gestation, il est recommandé d'utiliser des dilatateurs osmotiques ou du misoprostol.

(Force de la recommandation : forte.

Qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés : moyenne).

Voir également : annexe 5, recommandation 8, page 128.

Recommandations relatives aux soins précédant un avortement provoqué

Échographie

Une échographie systématique n'est pas nécessaire avant l'avortement

(Force de la recommandation : forte.

Qualité des preuves selon un essai contrôlé randomisé et des études observationnelles : très faible).

Voir également : annexe 5, recommandation 12, page 130.

Antibiothérapie prophylactique

Une antibiothérapie prophylactique pré- ou péri-opératoire appropriée est nécessaire pour toutes les femmes qui subissent un avortement chirurgical, quel que soit leur risque de maladie inflammatoire pelvienne.

(Force de la recommandation : forte.

Qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés : moyenne).

Voir également : annexe 5, recommandation 11, page 130.

Une antibiothérapie prophylactique systématique n'est pas recommandée pour les femmes qui subissent un avortement médicamenteux.

(Force de la recommandation : forte.

Qualité des preuves selon un essai observationnel : très faible).

Voir également : annexe 5, recommandation 11, page 130.

Prise en charge de la douleur

Une prise en charge médicamenteuse (par ex. avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens) de la douleur doit être systématiquement proposée à toutes les femmes qui subissent un avortement médicamenteux ou chirurgical.

Une anesthésie générale n'est pas recommandée de façon systématique lors d'un avortement par aspiration ou par dilatation et évacuation (D&E).

(Force de la recommandation : forte.

Qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés : faible).

Remarques : Il faut toujours proposer une prise en charge médicamenteuse de la douleur en cas d'avortement chirurgical ou médicamenteux et donner sans délai des antalgiques aux femmes qui le souhaitent. Des analgésiques, une anesthésie locale et/ou une sédation consciente accompagnés de paroles rassurantes suffisent dans la plupart des cas, mais une prise en charge de la douleur est d'autant plus nécessaire que l'âge gestationnel est plus élevé.

Voir également : annexe 5, recommandation 14, page 130.

ENCADRÉ 5

Recommandations relatives aux soins postérieurs à un avortement

Contraception

Les femmes peuvent commencer une contraception hormonale lors d'un avortement chirurgical, ou dès la prise de la première pilule lors d'un avortement médicamenteux. Après un avortement médicamenteux, on peut poser un dispositif intrautérin (DIU) dès lors qu'on peut raisonnablement avoir la certitude que la patiente n'est plus enceinte

(Force de la recommandation : forte.

Qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés : très faible).

Voir également : annexe 5, recommandation 13, page 130.

Suivi

Du point de vue médical, un suivi systématique sous la forme d'une visite médicale n'est pas nécessaire après un avortement chirurgical ou médicamenteux (mifépristone + misoprostol) dont les suites sont simples. On indiquera toutefois aux patientes qu'elles peuvent bénéficier de services complémentaires si cela est nécessaire ou si elles le souhaitent

(Force de la recommandation : forte.

Qualité des preuves selon des études observationnelles et des éléments d'appréciation indirects : faible).

Voir également : annexe 5, recommandation 9, page 129.

Avortement incomplet

Si la taille de l'utérus, au moment du traitement, correspond à une grossesse d'âge gestationnel inférieur ou égal à 13 semaines, il est recommandé de soumettre les femmes dont l'avortement est incomplet à une aspiration ou de leur donner du misoprostol. En ce qui concerne le misoprostol, il est recommandé de l'administrer en une seule dose soit par voie sublinguale (400 µg), soit par voie orale (600 µg).

(Force de la recommandation : forte.

Qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés : faible).

Voir également : annexe 5, recommandation 10, page 129.

Recommandations pour les systèmes de santé

Il faut, dans toute la mesure où la loi le permet, donner la possibilité à toutes les femmes d'accéder, notamment sur le plan financier, à un traitement abortif effectué dans de bonnes conditions de sécurité. Cela implique que ces prestations de services soient assurées au niveau des soins de santé primaires, avec mise en place d'un système d'orientation-recours pour tous les cas nécessitant des soins plus élaborés.

Les mesures prises en vue de renforcer les politiques et les services liés à l'avortement doivent se fonder sur les besoins sanitaires et les droits de la femme en tant que personne humaine ainsi que sur une connaissance approfondie du système de prestations de services et du contexte social, culturel, politique et économique général.

Les normes et les directives nationales relatives à la pratique des avortements dans de bonnes conditions de sécurité doivent reposer sur des éléments d'appréciation factuels et être revues périodiquement ; elles doivent en outre donner les indications voulues pour assurer un accès équitable à des soins de bonne qualité. Les nouvelles interventions d'ordre stratégique et programmatique doivent s'inspirer des pratiques jugées les meilleures d'après des éléments d'appréciation factuels. Si l'on envisage des interventions complexes sur le plan des services et des prestations, il faut obtenir la preuve de leur faisabilité et de leur efficacité au niveau local en procédant à des essais pilotes à petite échelle avant d'investir des ressources pour passer à l'échelle supérieure.

La formation des prestataires de services aux interruptions de grossesse doit permettre à ceux-ci d'acquérir la capacité de dispenser des soins de bonne qualité conformément aux normes et directives nationales. Pour que les soins soient de bonne qualité, il est nécessaire de mettre en place de façon permanente une supervision, un système d'assurance de la qualité ainsi qu'un suivi-évaluation.

Le financement des services d'avortement doit prendre en considération le coût que ces prestations représentent pour le système de santé tout en permettant à toutes les femmes qui en ont besoin d'accéder facilement à des soins financièrement abordables. La dépense résultant de l'implantation de services d'avortement sécurisé dans des services de santé existants sera vraisemblablement modeste, comparée à celle que représente, pour le système de santé, le traitement des complications des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions.

Pour bien réussir le passage à l'échelle supérieure, il faut planifier, gérer, conduire et soutenir de manière systématique le processus de développement et d'institutionnalisation des interventions pilotes. Ce processus doit également pouvoir s'appuyer sur des moyens humains et financiers suffisants.

Voir chapitre 3 pour plus de détails.

Recommandations d'ordre juridique, en rapport avec les politiques ou relevant des droits de l'homme

La législation et les politiques menées en matière d'avortement doivent protéger la santé de la femme et ses droits en tant que personne humaine.

Il faut lever les obstacles d'ordre juridique, liés aux politiques ou de nature programmatique qui empêchent l'accession en temps voulu à un avortement pratiqué dans de bonnes conditions.

Il faut que, sur le plan de la réglementation et des politiques, se crée un environnement qui permette à toute femme qui y a légalement droit, de bénéficier de prestations de bonne qualité en cas d'avortement. Il faut que les politiques qui seront menées visent à respecter et à protéger les droits des femmes dans leur intégralité ; qu'elles aient des effets positifs sur la santé des femmes ; qu'elles donnent des informations et assurent des services de bonne qualité en matière de contraception et qu'elles répondent aux besoins particuliers de certains groupes tels que les femmes nécessiteuses, les adolescentes, les victimes survivantes de viols et celles qui vivent avec le VIH.

Voir chapitre 4 pour plus de détails.

Processus d'élaboration de ces lignes directrices

Historique

Avortement médicalisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé a été publié initialement en anglais par l'Organisation mondiale de la Santé en 2003 (titre original : *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*) et contenait les toutes premières directives de portée mondiale sur les questions de politiques et de soins liés à l'avortement. Depuis lors, ces directives ont été traduites en français (2), en russe, en espagnol et en diverses langues non officielles des Nations unies, et sont largement utilisées par les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les prestataires de services de santé pour les femmes, et les défenseurs des droits et de la santé des femmes.

Depuis la publication de ces directives, une quantité considérable de nouvelles données ont été produites et publiées, portant sur les divers aspects - épidémiologie, clinique, prestation de services, législation et droits de la personne - des soins liés à l'avortement sécurisé. Par conséquent, la préparation de cette révision des directives a nécessité un examen approfondi de la littérature et la mise à jour des recommandations ayant trait aux questions d'ordre juridique et politique et relatives à la prestation de services, ainsi que la réalisation de nouvelles revues systématiques et l'actualisation de toutes celles dépassées afin de fournir les preuves destinées à établir les recommandations liées aux questions cliniques jugées prioritaires par un groupe d'experts international. L'ampleur des révisions contenues dans cette mise à jour reflète les changements intervenus dans les méthodes abortives et les soins apportés en cas d'avortement, dans la façon de dispenser les services quand cela touche à la disponibilité et à

l'emploi de nouvelles méthodes, et dans l'application des droits de la personne au niveau politique et législatif pour ce qui concerne l'avortement, entre autres. Les recommandations figurant dans la publication de 2004 pour lesquelles il n'y a pas eu depuis de nouveaux éléments d'appréciation restent inchangées.

En outre, parallèlement à la révision de ces directives, un document associé intitulé *Clinical practice handbook for safe abortion care* a été élaboré à l'intention des prestataires de services d'avortement, et comporte des informations supplémentaires sur les détails de mise en œuvre des recommandations en matière de soins cliniques des présentes directives.

Méthodes

Le présent document a été préparé conformément aux normes et exigences de l'OMS en matière d'élaboration de directives. En bref, ce processus consistait à identifier les questions et les résultats prioritaires ; à rechercher, à évaluer les éléments d'appréciation et à en faire la synthèse ; à formuler des recommandations ; et enfin, à organiser leur diffusion, leur mise en œuvre, l'étude de leur impact et leur actualisation. L'identification des questions prioritaires pour les recommandations a été effectuée par les membres du personnel du Département Santé et Recherche génésiques de l'OMS (secrétariat de l'OMS), qui ont rédigé une liste préliminaire de questions et de résultats en rapport avec l'avortement sécurisé, à la lumière des données les plus récentes postérieures à la publication initiale des directives en 2004 (2), ainsi qu'en réponse au retour d'informations sollicité auprès de ses utilisateurs.

Un groupe international de parties prenantes, comprenant des prestataires de services de santé, des directeurs de programmes sanitaires, des chercheurs, des experts en méthodologie, des avocats

spécialisés dans les droits de l'homme, et des défenseurs des droits et de la santé des femmes, a été constitué pour analyser et hiérarchiser la liste préliminaire de questions et de résultats, sur des thèmes cliniques, techniques, et programmatiques. Cette consultation initiale a été conduite par voie électronique, et toutes les réponses ont été passées en revue par les membres du secrétariat de l'OMS. Les questions et les résultats jugés déterminants ont été intégrés dans le champ d'application du présent document, pour le classement des données probantes conformément à l'approche GRADE, et pour l'élaboration des recommandations. La liste des questions finales prises en compte pour les tableaux et résultats GRADE est présentée dans l'annexe 2.

Les revues Cochrane systématiques d'essais cliniques randomisés constituaient la principale source de données probantes pour les recommandations. À partir de la liste des questions prioritaires, identifiées de la manière décrite ci-dessus, les revues Cochrane systématiques pertinentes (3–14) ont été identifiées et conduites ou actualisées à l'aide de leurs stratégies de recherche spécifiques standard. De plus, trois revues systématiques ont été conduites en dehors de la base de données de revues systématiques Cochrane et ont été publiées dans des journaux à comité de lecture (15–17). Les stratégies de recherche et les critères spécifiques d'inclusion et d'exclusion d'essais identifiés par la recherche sont indiqués dans les revues systématiques correspondantes. Les données probantes disponibles ont été évaluées et classées conformément à l'approche GRADE (18–22), en tenant compte des comparaisons et résultats prioritaires ; les comparaisons et les résultats sans rapport avec la recommandation ont été exclus. Ainsi, des profils de données probantes (tableaux GRADE) ont été préparés (consultables à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75840/1/WHO_RHR_12.10_eng.pdf) - consulté le 14 Février 2013. Les critères normalisés pour le classement des données probantes à l'aide

de la méthodologie GRADE sont exposés à l'annexe 3. Pour chaque comparaison choisie, les données afférentes aux résultats prioritaires disponibles ont été évaluées et présentées dans les profils de données probantes (si des données afférentes à des résultats prioritaires n'étaient pas disponibles dans des comparaisons spécifiques, elles étaient omises dans les tableaux GRADE). À partir des profils de données probantes, des recommandations ont été rédigées par le secrétariat de l'OMS.

En ce qui concerne le chapitre 3 relatif à la mise en place et au renforcement des prestations de services d'avortement sécurisé, deux questions préoccupantes ont été identifiées, à savoir les indicateurs de l'avortement sécurisé, et les compétences requises pour offrir des services d'avortement sécurisé, questions pour lesquelles des directives OMS récentes étaient déjà disponibles. Par conséquent, les mesures prises pour répondre à ces préoccupations dans le chapitre 3 ont consisté à adopter les directives OMS récentes et à s'y rapporter, et à conduire un examen approfondi de la littérature sur les questions qui se posaient dans le cadre des recommandations existantes issues de la première édition du présent document, tout en actualisant les références.

En ce qui concerne le chapitre 4 relatif à des considérations d'ordre juridique et politique, l'OMS a passé contrat avec le Programme international de droit sexuel et en matière de reproduction de la Faculté de droit de l'Université de Toronto, à Toronto, au Canada, qui a aidé à la révision, notamment en proposant des modifications du contenu existant, en fonction des dispositions des traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme et du travail accompli par les organes internationaux et régionaux s'occupant des droits de l'homme. Le personnel du programme a également produit une série de rapports de recherche sur les droits de l'homme et d'ordre juridique, ainsi que des analyses sur des thèmes choisis particulièrement préoccupants (par

exemple, les indications médicales de l'avortement sécurisé, l'objection de conscience, et les obstacles juridiques et réglementaires).

Afin d'examiner les recommandations préliminaires et les données probantes à l'appui, une consultation technique a été organisée au siège de l'OMS à Genève, en Suisse. Les membres d'un groupe chargé de l'élaboration des directives – un sous-ensemble du groupe international qui participait à la consultation en ligne initiale et d'autres experts – ont été invités à participer à cette consultation (voir annexe 4 pour la liste des participants et leurs affiliations). Les recommandations provisoires, les chapitres révisés et les documents à l'appui ont été communiqués à tous les participants avant la consultation en vue de leur examen.

Avant de prendre part à la réunion, les participants à la consultation technique ont soumis leurs déclarations de conflits d'intérêts à l'aide d'un formulaire OMS normalisé. Ces déclarations ont été examinées par le secrétariat de l'OMS et, si nécessaire, par le Bureau du Conseiller juridique de l'OMS avant la consultation. Deux participantes à la consultation (Dr Laura Castleman et Dr Helena von Hertzen) ont déclaré qu'elles étaient employées par des organisations qui présentent ou pourraient présenter des conflits d'intérêts commerciaux. Pour les recommandations qui avaient un lien direct avec le travail de leurs organisations, elles ont quitté la pièce pendant la préparation des recommandations finales. Aucun autre participant n'a déclaré de conflits d'intérêts avérés ou potentiels.

Prise de décisions durant la consultation technique

Pour chaque recommandation, les participants à la consultation technique ont examiné le projet de texte préparé par le secrétariat de l'OMS, dans le but de parvenir à un consensus. Un consensus a été défini comme l'accord de la majorité des participants, sans expression par quiconque d'un profond désaccord. Il n'y a pas eu de désaccords marqués pendant la consultation et par conséquent, un système de remplacement tel que le vote n'a pas été nécessaire. En plus des données scientifiques et de leur qualité, les problèmes d'applicabilité, les coûts et d'autres avis d'experts ont été pris en compte lors de la formulation des recommandations finales.

La force des recommandations a été déterminée par l'analyse de chaque intervention en tenant compte : (i) des effets souhaitables et indésirables de chaque intervention ; (ii) de la qualité des données probantes disponibles ; (iii) des valeurs et des préférences attachées aux interventions dans différents contextes ; (iv) du coût des options à la disposition des agents de santé dans les différents contextes ; et (v) de la perception de devoir probablement modifier la recommandation suite à des recherches plus approfondies. En général, une recommandation forte avec des données probantes de qualité moyenne ou élevée indique que des recherches plus approfondies ne devraient pas être considérées comme prioritaires. Le texte complet des recommandations issues de la consultation technique se trouve à l'annexe 5.

Les thèmes n'ayant visiblement pas fait l'objet d'une nouvelle revue systématique et pour lesquels il existait déjà des recommandations OMS ont été présentés lors de la consultation technique, pour une discussion de groupe. Les recommandations qui ont été considérées par le groupe comme pertinentes

et d'actualité ont été approuvées et adoptées. Il s'agissait des thèmes suivants : les indicateurs de l'avortement sécurisé ; l'usage de contraceptifs après un avortement ; et les recommandations autour de la mise en place et du renforcement des prestations de services d'avortement, notamment les compétences requises pour dispenser des soins liés à l'avortement, qui figurent au chapitre 3.

Préparation des documents et examen par les pairs

Un document préliminaire, contenant les recommandations provisoires, a été préparé et transmis aux participants à la consultation technique trois semaines avant la réunion. Les recommandations provisoires ont été amendées au cours de la réunion, en fonction des discussions. Après la réunion, le projet de document a été révisé par le secrétariat de l'OMS. La version révisée a été envoyée par courrier électronique à tous les participants, pour approbation et commentaires. Des examinateurs principaux ont été assignés à chaque chapitre en fonction de leurs domaines d'expertise. Enfin, l'ensemble du document a été soumis à une évaluation critique par des experts indépendants et à un examen par des pairs. Au cours de ce processus d'évaluation, des suggestions importantes ont été incorporées dans le document ; toutefois, le secrétariat de l'OMS s'est abstenu de modifier de manière importante le champ d'application (par exemple, une extension du champ d'application des directives) ou les recommandations arrêtées lors de la consultation.

Diffusion du document d'orientation

Comme pour la première édition du document d'orientation, la diffusion sera effectuée par distribution de la version imprimée, et une série d'ateliers régionaux sera organisée sur l'application de *l'Approche stratégique de l'OMS pour le*

renforcement des politiques et des programmes de santé sexuelle et génésique (23) à la question de l'avortement non sécurisé. Ces ateliers auront pour but d'élaborer des propositions basées sur les directives, susceptibles de renforcer les soins liés à l'avortement sécurisé au sein des programmes de santé sexuelle et génésique. Les ateliers regrouperont des équipes nationales présélectionnées avec des représentants de ministères/départements de la santé, parmi lesquels divers prestataires de services de santé et administrateurs de programmes, et des représentants de plusieurs ONG, associations professionnelles et organisations des Nations unies.

Évaluer l'impact des directives publiées représente une tâche ardue. Pour tenter d'y parvenir, nous projetons de surveiller d'une part le nombre de demandes d'assistance formulées par les pays concernant la mise en œuvre des directives, par un suivi direct dans les pays appliquant l'approche stratégique, et d'autre part le nombre de pays qui modifient leur système national de suivi des programmes en faveur de l'avortement pour refléter les indicateurs afférents à l'avortement sécurisé présentés dans le tableau 3.2 (page 78) du présent document. Par ailleurs, nous continuerons à surveiller le nombre de téléchargements du document, ainsi que le nombre de copies papier des directives demandées et distribuées.

Mise à jour des lignes directrices

Le secrétariat de l'OMS prévoit de réexaminer ces lignes directrices quatre ans après leur publication, pour évaluer la nécessité d'une révision, en fonction des données probantes nouvellement disponibles et du retour d'informations de la part des utilisateurs.

Bibliographie

1. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 3rd ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
2. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
3. Kulier R et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (1):CD002855, updated 2010.
4. Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, (4):CD002900.
5. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (1):CD003037, updated 2010.
6. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (1):CD006714.
7. Wildschut H et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (1):CD005216.
8. Kapp N et al. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD007207.
9. Promsonthi P, Preechaporprasert D, Chanrachakul B. Nitric oxide donors for cervical ripening in first-trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD007444.
10. Newmann SJ et al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (8):CD007310.
11. Neilson JP et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD007223.
12. Tunçalp O, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (9):CD001993.
13. Mueller M et al. Antibiotic prophylaxis for medical and surgical first trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, 2012, (3):CD005217.
14. Renner RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (2):CD006712.
15. Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*, 2011, 83:30–33.
16. Grossman D, Grindlay K. Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83(6):504–510.
17. Jackson E, Kapp N. Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83:116–126.
18. Guyatt GH et al. Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:1170–1173.
19. Guyatt GH et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:924–926.
20. Guyatt GH et al. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *British Medical Journal*, 2008, 336:995–998.
21. Guyatt GH et al. Going from evidence to recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:1049–1051.
22. Schünemann HJ et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *British Medical Journal*, 2008, 336:1106–1110.
23. *The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*. Geneva, World Health Organization, 2007.

CHAPITRE 1

Des soins sécurisés en cas d'avortement, une justification simple : santé publique et droits de l'homme

Résumé

- Chaque année, on estime à 22 millions le nombre d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions. Ces avortements non sécurisés ont presque tous lieu (98 %) dans des pays en développement. Le nombre total des avortements non sécurisés est passé d'environ 20 millions en 2003 à 22 millions en 2008, bien que le taux global d'avortement non sécurisé soit resté inchangé depuis 2000.
- Environ 47 000 décès liés à la grossesse sont attribués à des complications d'un avortement non sécurisé. De plus, on estime que 5 millions de femmes souffrent d'invalidités du fait de complications faisant suite à un avortement non sécurisé.
- L'augmentation impressionnante du recours à la contraception a fait chuter le nombre de grossesses non désirées, mais n'a pas supprimé la demande d'accès à l'avortement sécurisé. On estime à 33 millions chaque année le nombre d'utilisatrices de contraceptifs dans le monde entier qui auront à faire face à une grossesse pendant qu'elles utilisent un moyen de contraception. Certaines des grossesses s se terminent par des avortements provoqués et d'autres se finissent par des naissances non planifiées.
- Que l'accès à l'avortement soit légalement plus restreint, ou disponible sur simple demande, la probabilité qu'une femme soit confrontée à une grossesse non désirée et cherche à bénéficier d'une interruption volontaire est à peu près la même. Toutefois, les restrictions légales, ainsi que d'autres obstacles, font que bon nombre de femmes provoquent l'avortement elles-mêmes ou cherchent à avorter en faisant appel à des prestataires non qualifiés. Le statut légal de l'avortement n'a aucun effet sur le besoin de la femme de recourir à un avortement, mais il entrave considérablement sur l'accès de celle-ci à un avortement sécurisé.
- Dans le cas où la législation autorise l'avortement pour des indications très générales, l'incidence et les complications de l'avortement non sécurisé sont généralement plus faibles que lorsque l'avortement est légalement moins accessible.
- Dans presque tous les pays, la loi permet l'avortement pour sauver la vie de la mère, et dans la majorité des pays, l'avortement est autorisé pour préserver sa santé physique et/ou mentale. Par conséquent, il faut que des services d'avortement sécurisé, tels que prévus par la loi, soient disponibles.
- L'avortement non sécurisé, ainsi que la morbidité et la mortalité associées chez les femmes, sont évitables. Des services d'avortement sécurisé devraient donc être disponibles et accessibles pour toutes les femmes, dans le plein respect de la loi.

1.1 Historique

Au cours de l'histoire, l'avortement provoqué a bien été décrite (1). Autrefois, les avortements étaient pratiqués dans de mauvaises conditions et constituaient une grave menace pour la vie des femmes. L'évolution des pratiques médicales en général, et l'apparition de technologies et de compétences sûres et efficaces pour pratiquer l'avortement provoqué en particulier, pourraient mettre entièrement fin aux avortements non sécurisés et aux décès qui en découlent, sous réserve d'une totale accessibilité à ces services. Pourtant, environ 22 millions d'avortements continuent à être pratiqués dans de mauvaises conditions chaque année, entraînant le décès d'environ 47 000 femmes (2).

L'avortement non sécurisé, c'est-à-dire pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, est défini par l'Organisation mondiale de la Santé comme une interruption de grossesse pratiquée par des personnes non qualifiées ou dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou les deux.

Dans pratiquement tous les pays développés (selon la classification de la Division de la population des Nations unies), les avortements sécurisés sont légalement disponibles sur simple demande ou pour des motifs sociaux et économiques généraux, et les services sont généralement accessibles à la plupart des femmes. À l'exception de quelques pays, l'accès à l'avortement sécurisé dans les pays en développement est limité à un nombre restreint de conditions bien spécifiques (3). Dans les pays où l'avortement est strictement réglementé, il peut en résulter un accès inégal à l'avortement sécurisé. Dans de telles situations, les avortements satisfaisant aux exigences de sécurité sont souvent le privilège des gens aisés, les femmes nécessiteuses n'ayant d'autre choix que de s'adresser à des avorteurs ou avorteuses qui opèrent dans de mauvaises conditions de sécurité avec, à la clé, invalidités et décès (4).

Ce chapitre offre une vue d'ensemble du contexte sanitaire, démographique, juridique et politique de l'avortement provoqué, avec la mise à jour des données datant de la publication du document *Avortement médicalisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* publié par l'OMS en 2004 (5).

1.2 Santé publique et droits de l'homme

Il existe depuis longtemps un consensus sur l'impact de l'avortement non sécurisé sur la santé publique. Dès 1967, l'Assemblée mondiale de Santé a identifié l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité comme un grave problème de santé publique dans de nombreux pays (6). La *Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux* de l'OMS, adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2004, constatait :

« En tant que cause évitable de mortalité et de morbidité maternelles, l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité doit être pris en compte dans le cadre de l'objectif du Millénaire pour le développement visant l'amélioration de la santé maternelle et d'autres objectifs et cibles internationaux de développement » (7).

Le nombre de déclarations et de résolutions signées par les pays au cours des deux dernières décennies (voir, par exemple, références 8–11) témoigne du consensus croissant sur le fait que l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions est une cause importante de décès maternels qui peuvent, et devraient, être évités grâce à la promotion de l'éducation sexuelle, de la planification familiale, des services d'avortement sécurisé dans le plein respect de la loi, et des soins après l'avortement dans tous les cas. Il existe aussi une large convergence de vues sur le fait que la fourniture de soins après un

avortement devrait être systématique, et qu'il est impératif d'élargir l'accès à la contraception moderne pour prévenir les grossesses non prévues et les avortements non sécurisés. Ainsi, l'argument de la santé publique pour justifier la prévention des pratiques d'avortement dans de mauvaises conditions de sécurité est clair et sans équivoque.

Les discussions soulevées lors de la Conférence internationale des droits de l'homme qui s'est tenue en 1968 à Téhéran, en République islamique d'Iran, ont débouché sur le concept tout neuf des droits en matière de reproduction, qui a été par la suite défini et accepté à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) réunie en 1994 au Caire, en Égypte (8). Mettre fin à l'avortement non sécurisé est l'un des éléments prioritaires de la *Stratégie mondiale pour la santé génésique* de l'OMS (12). Cette stratégie s'appuie sur les traités internationaux des droits de l'homme et les déclarations reflétant un consensus mondial qui appellent au respect, à la protection et à l'application des droits fondamentaux, notamment le droit de tout être humain de jouir du meilleur état de santé possible ; le droit fondamental de tous les couples et de toutes les personnes de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances et de disposer des informations et des moyens pour ce faire ; le droit des femmes d'avoir prise sur leur sexualité, et de prendre des décisions libres et responsables en matière de santé sexuelle et génésique, sans être en butte à la coercition, à la discrimination ou à la violence ; le même droit pour les hommes et les femmes de choisir leur époux ou leur épouse et de ne se marier que s'ils y consentent librement et pleinement ; le droit d'accéder à l'information sanitaire pertinente ; et le droit de tout un chacun de bénéficier des progrès scientifiques et de leurs applications. Pour que ces droits soient respectés et pour éviter que des femmes mettent

leur vie en danger, les aspects programmatiques, juridiques et politiques de la mise en place de services d'avortement sécurisé doivent être convenablement pris en compte et suffisamment approfondis, comme le proposent les chapitres suivants.

1.3 Grossesses et avortements

Sur les 208 millions de femmes enceintes chaque année dans le monde selon les estimations, 59 % (soit 123 millions) vivent une grossesse planifiée (ou désirée) qui aboutira à une naissance ou à une fausse-couche ou un enfant mort-né (4). Les 41 % (soit 85 millions) de grossesses restantes sont des grossesses non désirées.

Sous l'effet de l'augmentation de l'utilisation des contraceptifs, le taux de grossesse à travers le monde a baissé, passant de 160 grossesses pour 1000 femmes entre 15 et 44 ans en 1995 à 134 pour 1000 en 2008 (4). Les taux de grossesses désirées et s sont respectivement passés de 91 et 69 pour 1000 femmes entre 15 et 44 ans en 1995, à 79 et 55 en 2008. Plus significatif encore, le taux d'avortement provoqué est passé de 35 pour 1000 femmes entre 15 et 44 ans en 1995, à 26 en 2008. Cette baisse est largement due à une chute du taux d'avortements sécurisés, tandis que le taux d'avortements non sécurisés est resté relativement constant depuis 2000, aux alentours de 14 pour 1000 femmes entre 15 et 44 ans (13). Le nombre absolu d'avortements non sécurisés a été estimé à environ 20 millions en 2003 et à 22 millions en 2008. La proportion de tous les avortements qui sont pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité a augmenté, passant de 44 % en 1995 et 47 % en 2003 à 49 % en 2008 (13). La quasi-totalité des avortements non sécurisés ont lieu dans les pays en développement, où les taux de mortalité maternelle sont élevés et où l'accès à l'avortement sécurisé est limité.

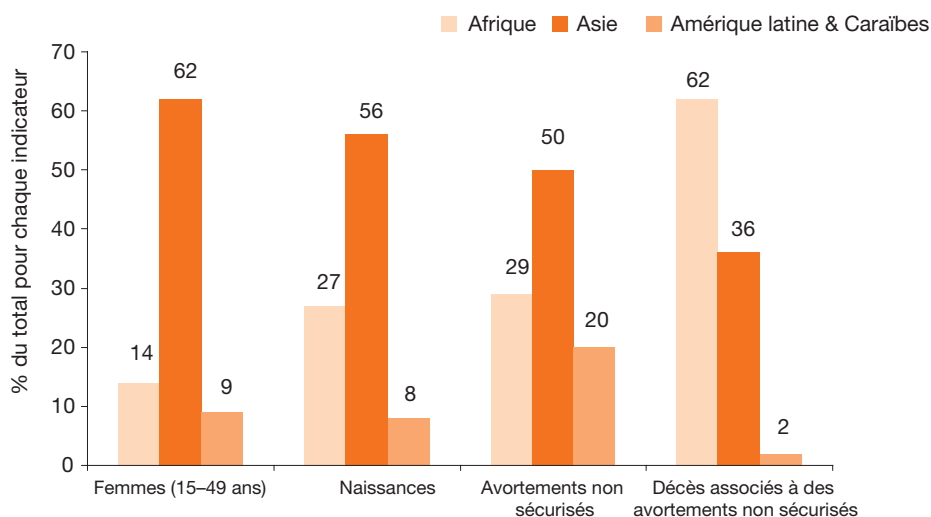
1.4 Les conséquences de l'avortement non sécurisé sur la santé des femmes

Les conséquences de l'avortement non sécurisé sur la santé dépendent des établissements où sont réalisées les interventions, des compétences de la personne pratiquant l'avortement, de la méthode abortive utilisée, de l'état de santé de la mère, et de l'âge gestationnel de sa grossesse. Comme procédures d'avortement non sécurisé, on peut citer l'introduction d'un objet ou d'une substance (racine, brindille ou cathéter ou préparations traditionnelles) dans l'utérus ; une dilatation et un curetage pratiqués de manière incorrecte par un dispensateur de soins non qualifié ; l'ingestion de substances dangereuses ; et l'application d'une force externe. Dans certains endroits, les praticiens traditionnels utilisent leurs poings pour rouer de coups le bas ventre de la femme afin d'interrompre la grossesse, ce qui peut amener l'utérus à se rompre, faisant mourir la femme (14). L'utilisation de certains médicaments, tels que le misoprostol, un analogue de prostaglandine, à des posologies incorrectes pour déclencher un

avortement, a des effets mitigés, mais certains éléments laissent penser que même une posologie incorrecte peut conduire à une diminution du nombre de complications graves et de décès maternels (15–17).

Les décès et les invalidités liés à l'avortement non sécurisé sont difficiles à mesurer. Étant donné que ces décès ou ces complications surviennent à la suite d'une intervention clandestine ou illégale, la honte et la peur des punitions empêchent tout rapport fiable de l'incident. Il est particulièrement difficile d'obtenir des données fiables sur les décès qui résultent d'avortements non sécurisés au deuxième trimestre (18). Qui plus est, il peut arriver que les femmes ne fassent pas le lien entre leur état et une complication d'un avortement antérieur (19). Par conséquent, il existe une sous-notification flagrante des décès maternels résultant d'avortements non sécurisés. Les complications d'un avortement non sécurisé comprennent hémorragies, septicémie, péritonite, et traumatismes du col, du vagin, de l'utérus et des organes abdominaux (20). Environ 20 à 30 % des avortements non sécurisés provoquent des infections de l'appareil reproducteur et 20 à 40 % d'entre eux entraînent une

Figure 1.1 Pourcentage de distribution du nombre de femmes, de naissances, d'avortements non sécurisés et de décès liés, selon la région en développement, 2008



Tiré de la référence 31.

infection des voies génitales supérieures (21). Une femme sur quatre ayant subi un avortement non sécurisé est susceptible de développer une invalidité temporaire ou permanente nécessitant des soins médicaux (22). Pour chaque femme venant chercher dans un hôpital des soins liés à un avortement, il y en a plusieurs qui ont subi un avortement dans de mauvaises conditions mais qui n'ont pas cherché à se faire soigner, parce qu'elles pensent que la complication n'est pas grave, ou parce qu'elles peuvent ne pas avoir les moyens financiers nécessaires, ou parce qu'elles craignent des sévices, des mauvais traitements ou des représailles juridiques (23–30). Certaines données mettent en évidence le coût énorme, sur le plan physiologique, financier et émotionnel, que doivent payer les femmes qui subissent un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.

La charge que représentent l'avortement non sécurisé et les décès maternels qui en découlent est considérablement plus élevée pour les femmes en Afrique que dans toute autre région en développement (31). Par exemple, alors que l'Afrique

représente 27 % des naissances mondiales chaque année et seulement 14 % des femmes entre 15 et 49 ans dans le monde, sa part dans les avortements non sécurisés mondiaux était de 29 % et, plus grave, 62 % de tous les décès liés à des avortements non sécurisés ont eu lieu en Afrique en 2008 (voir figure 1.1). Le risque de décès lié à des avortements non sécurisés est variable selon les régions en développement. Le taux de létalité pour l'avortement non sécurisé est de 460 avortements non sécurisés pour 100 000 avortements non sécurisés en Afrique et de 520 pour 100 000 en Afrique sub-saharienne, contre 30 pour 100 000 en Amérique latine et aux Caraïbes et 160 pour 100 000 en Asie (2).

Lorsqu'il est pratiqué par des prestataires qualifiés, avec les techniques médicales et les médicaments qui conviennent, et dans de bonnes conditions d'hygiène, l'avortement provoqué est une procédure médicale très sûre. Aux USA par exemple, le taux de létalité est de 0,7 avortements légaux pour 100 000 (32). L'avortement légal tardif au deuxième trimestre a un taux de létalité (33) qui est beaucoup plus faible que le taux le plus faible des procédures d'avortement non sécurisé (voir figures 1.2 et 1.3).

Figure 1.2 Taux de létalité des avortements volontaires légaux, des avortements spontanés ou des accouchements à terme, pour 100 000 interventions, USA

Tiré de la référence 32, avec autorisation.

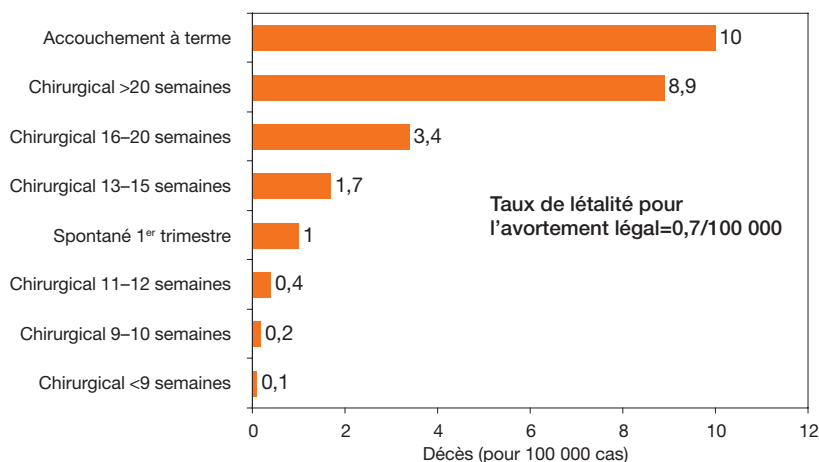


Figure 1.3 Taux de létalité pour 100 000 avortements non sécurisés, selon la région, 2008

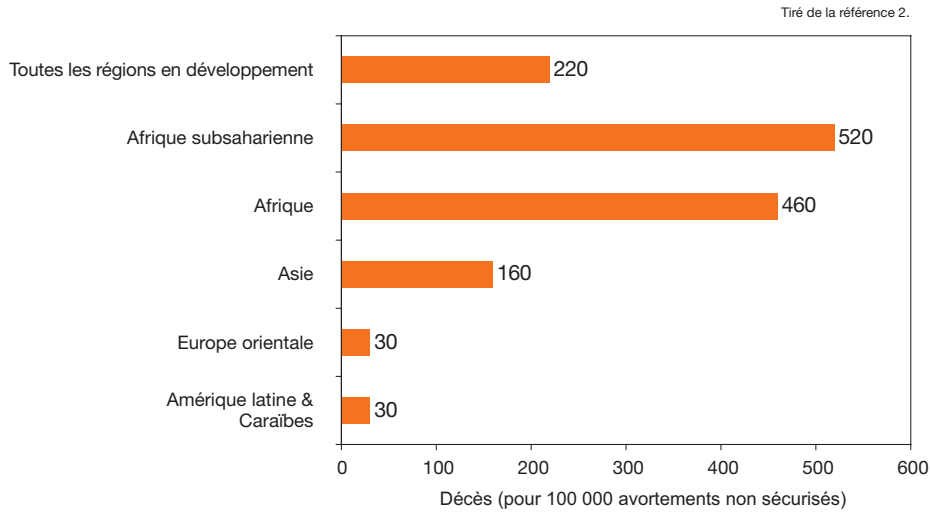
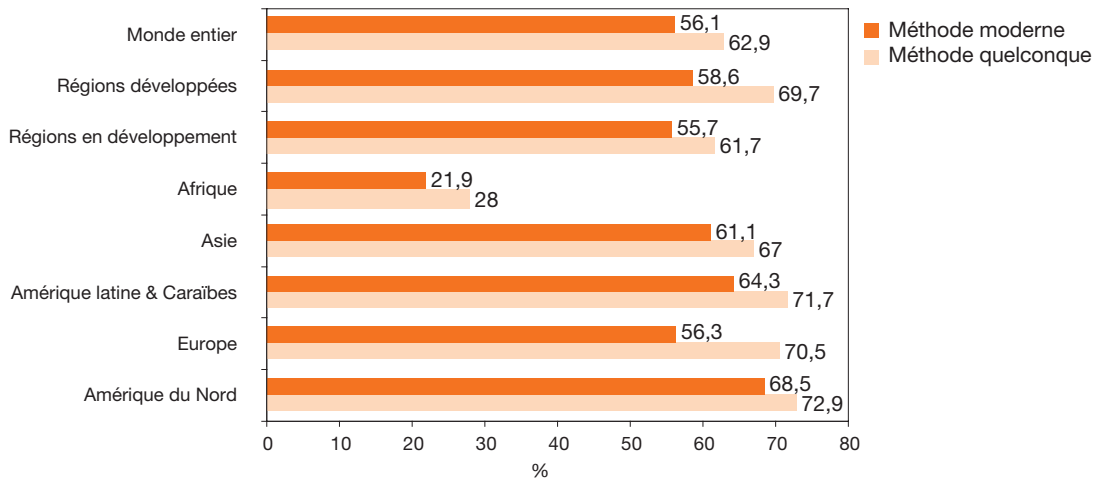


Figure 1.4 Pourcentage de femmes mariées ou en union libre, qui utilisent soit une méthode quelconque soit une méthode moderne de contraception, 2007



Tiré de la référence 34.

1.5 Contraception, grossesses et besoins non satisfaits en matière de planification familiale

La prévalence de la contraception, quelle que soit la méthode, était de 63 % à l'échelle mondiale en 2007 chez les femmes en âge de procréer (15–49 ans) qui étaient mariées ou qui vivaient en union libre (34). Le recours à une méthode moderne était inférieur d'environ sept points, pour s'établir à 56 %. La prévalence de la contraception est en hausse partout dans le monde et dans toutes les régions, même si elle reste faible en Afrique, à 28 % pour l'ensemble des méthodes et à 22 % pour les méthodes modernes (voir figure 1.4). La prévalence est encore plus faible en Afrique sub-saharienne, où en 2007, l'utilisation de la contraception toutes méthodes confondues était de 21 %, tandis que l'utilisation de la contraception par des méthodes modernes était de 15 %. À l'opposé, la prévalence de la contraception toutes méthodes confondues dépassait 66 % en Europe, Amérique du Nord, Asie, et Amérique latine, et aux Caraïbes.

Le recours à la contraception moderne a entraîné une diminution de l'incidence et de la prévalence de l'avortement provoqué, même dans les cas où l'accès à l'avortement est possible sur demande. Le déclin de la prévalence de l'avortement avec en parallèle, l'augmentation du taux de prévalence de la contraception, a été étudié par plusieurs auteurs (35, 36). Des données récentes émanant de 12 pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, où l'avortement provoqué est habituellement la principale méthode de régulation de la fécondité, et des USA, montrent que lorsque l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est élevée, l'incidence de l'avortement provoqué est faible (37). Les taux d'avortement provoqué les plus faibles sont observés

en Europe occidentale, où le recours à la contraception est important et où l'avortement est généralement autorisé par la loi sur demande. Répondre aux besoins non satisfaits de planification familiale représente par conséquent une mesure efficace pour réduire le nombre de grossesses non désirées et d'avortements provoqués.

Cependant, la contraception à elle seule ne peut pas entièrement éliminer la nécessité pour les femmes d'avoir accès à des services d'avortement sécurisé. La contraception ne joue aucun rôle dans les cas de viols, qui peuvent aboutir à une grossesse non désirée. Par ailleurs, aucune méthode n'est efficace à 100 % pour éviter une grossesse. Avec les données de 2007 sur la prévalence de la contraception (34) et les taux d'échec typiques des méthodes contraceptives (51), on estime qu'environ 33 millions de femmes à travers le monde chaque année peuvent être confrontées à une grossesse alors qu'elles utilisent un moyen de contraception (voir tableau 1.1). En l'absence de services d'avortement sécurisé, certaines d'entre elles se tourneront vers des dispensateurs de soins non qualifiés et les autres se retrouveront face à des naissances non désirées. Les implications des naissances non désirées n'ont pas été bien étudiées, mais leurs effets peuvent être néfastes et durables pour les femmes et pour les enfants qui sont nés sans avoir été désirés (38).

Les besoins non satisfaits de planification familiale, définis au sens large comme le nombre de femmes qui veulent éviter ou retarder une grossesse mais qui n'utilisent aucun moyen de contraception, continuent d'exister, malgré une légère baisse constatée (39). Globalement, 11 % des femmes dans les pays en développement déclarent un besoin non satisfait de planification familiale. En Afrique sub-saharienne et dans les pays les moins développés, les besoins non satisfaits de planification familiale concernent une

femme sur quatre en âge de procréer entre 15 et 49 ans. Les femmes continueront à devoir faire face à des grossesses non désirées tant que leurs besoins de planification familiale ne seront pas satisfaits.

À la différence des besoins non satisfaits de planification familiale, le manque d'accès à l'avortement sécurisé est moins bien documenté, sauf en ce qui concerne la dure réalité des 22 millions de femmes subissant un avortement non sécurisé chaque année, selon les estimations (2), dont 47 000 mourront de complications liées à l'avortement. Un avortement non sécurisé, même « à faible risque », dans un contexte limité par la loi, fait courir aux femmes un risque excessif, à supposer qu'une urgence vienne à se présenter au cours de l'opération. Dans de telles situations, à cause des limitations juridiques et de

la honte liée au fait d'avorter, les femmes peuvent hésiter à demander rapidement des soins médicaux si des complications surviennent après l'avortement.

1.6 Contexte réglementaire et politique

Quand les lois et les politiques autorisent l'avortement dans une large gamme d'indications, l'incidence de l'avortement non sécurisé et la mortalité qui en résulte sont réduits à un minimum (2). L'avortement est permis pour des raisons sociales ou économiques seulement dans 16 % des pays en développement, mais dans 80 % des pays développés (voir tableau 1.2). Trois avortements provoqués sur quatre dans les pays en développement (à l'exclusion de la République populaire de Chine) sont pratiqués de mauvaises conditions de sécurité

Tableau 1.1 Estimation du nombre de femmes utilisant une méthode contraceptive et du nombre de celles confrontées à une grossesse non désirée pendant leur première année de contraception, selon le type de méthode contraceptive, données mondiales, 2007

| Méthode contraceptive | Taux d'échec estimé (utilisation typique), en % ^a | Nombre d'utilisatrices, en milliers ^b | Nombre de femmes ayant une grossesse (utilisation typique), en milliers ^c |
|-------------------------------|--|--|--|
| Stérilisation féminine | 0,5 | 232 564 | 1163 |
| Stérilisation masculine | 0,15 | 32 078 | 48 |
| Produits injectables | 0,3 | 42 389 | 127 |
| Dispositif intra-utérin (DIU) | 0,8 | 162 680 | 1301 |
| Pilule | 5,0 | 100 816 | 5041 |
| Préservatif masculin | 14 | 69 884 | 9784 |
| Barrière intravaginale | 20 | 2291 | 458 |
| Abstinence périodique | 25 | 37 806 | 9452 |
| Retrait | 19 | 32 078 | 6095 |
| Total | 4,7 | 712 586 | 33 469 |

^a Les estimations de Trussell (51) sont basées sur des données des USA. Les taux d'échec estimés dans le cadre d'une utilisation typique couvrent l'échec de la méthode et l'échec de l'utilisateur n'arrivant pas à utiliser une méthode contraceptive dans des conditions typiques.

^b Chiffre basé sur le nombre estimé de femmes entre 15 et 49 ans, mariées ou en union libre en 2007, et le pourcentage de celles-ci utilisant une méthode contraceptive spécifique (34).

^c Colonne (4) = Colonne(3) × (Colonne(2)/100)

Tableau 1.2 Motifs pour lesquels l'avortement est autorisé (% des pays), par région et sous-région, 2009

| Pays ou zone | Pour sauver la vie de la mère | Pour préserver sa santé physique | Pour préserver sa santé mentale | Viol ou inceste | Malformation fœtale | Raisons économiques ou sociales | Sur demande | Nombre de pays |
|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------|---------------------|---------------------------------|-------------|----------------|
| Tous pays confondus | 97 | 67 | 63 | 49 | 47 | 34 | 29 | 195 |
| Pays développés | 96 | 88 | 86 | 84 | 84 | 80 | 69 | 49 |
| Pays en développement | 97 | 60 | 55 | 37 | 34 | 19 | 16 | 146 |
| Afrique | 100 | 60 | 55 | 32 | 32 | 8 | 6 | 53 |
| Afrique orientale | 100 | 71 | 65 | 18 | 24 | 6 | 0 | 17 |
| Afrique centrale | 100 | 33 | 22 | 11 | 11 | 0 | 0 | 9 |
| Afrique du Nord | 100 | 50 | 50 | 33 | 17 | 17 | 17 | 6 |
| Afrique du Sud | 100 | 80 | 80 | 60 | 80 | 20 | 20 | 5 |
| Afrique occidentale | 100 | 63 | 56 | 50 | 44 | 6 | 6 | 16 |
| Asie ^a | 100 | 63 | 61 | 50 | 54 | 39 | 37 | 46 |
| Asie orientale | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 75 | 75 | 4 |
| Asie centrale-Asie du Sud | 100 | 64 | 64 | 57 | 50 | 50 | 43 | 14 |
| Asie du Sud-Est | 100 | 55 | 45 | 36 | 36 | 27 | 27 | 11 |
| Asie occidentale | 100 | 59 | 59 | 41 | 59 | 29 | 29 | 17 |
| Amérique latine et Caraïbes | 88 | 58 | 52 | 36 | 21 | 18 | 9 | 33 |
| Caraïbes | 92 | 69 | 69 | 38 | 23 | 23 | 8 | 13 |
| Amérique centrale | 75 | 50 | 38 | 25 | 25 | 25 | 13 | 8 |
| Amérique du Sud | 92 | 50 | 42 | 42 | 17 | 8 | 8 | 12 |
| Océanie ^a | 100 | 50 | 50 | 14 | 7 | 0 | 0 | 14 |

^a Le Japon, l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont été exclus du décompte régional, mais sont inclus dans le total pour les pays développés.

Adapté de la référence 3.

(13). Dans ces pays, peu de femmes remplissent les conditions légales, ou connaissent leurs droits, pour bénéficier des services d'avortement sécurisé auxquels elles ont droit en vertu de la loi. Par ailleurs, les dispensateurs de soins peuvent ne pas avoir connaissance des dispositions légales en vigueur, ou ne pas vouloir offrir des services légaux d'avortement. Qui plus est, dans certains pays, les lois ne sont pas appliquées (40).

Que l'avortement soit soumis à des restrictions légales ou non, la probabilité qu'une femme ait à subir un avortement pour une grossesse non désirée est à peu près la même (13). Les restrictions légales poussent de nombreuses femmes à recourir à des services d'autres pays, ou de prestataires non qualifiés, ou pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène, ce qui les expose à un risque non négligeable de décès ou d'invalidité. La proportion de décès maternels pour 100 000 naissances d'enfants vivants est généralement supérieure dans les pays où les restrictions sont importantes, et inférieure dans les pays où l'avortement est disponible sur demande ou dans un large éventail de conditions. Les données scientifiques accumulées montrent que la levée des restrictions entourant l'avortement entraîne une diminution de la mortalité maternelle due aux avortements non sécurisés et donc, une diminution du taux global de mortalité maternelle (43, 44, 45, 46).

Dans un petit nombre de pays, où la mortalité maternelle est faible en dépit de lois restrictives sur l'avortement, beaucoup de femmes accèdent à un avortement sécurisé ou relativement sécurisé, en allant se faire soigner dans des pays voisins, ou en obtenant des soins dispensés dans de bonnes conditions, mais illégaux dans leur pays, ou en s'autoadministrant du misoprostol (47-49).

Aux restrictions légales s'ajoutent d'autres obstacles à l'avortement sécurisé, tels que l'incapacité de

paiement, le manque de soutien social, le retard à se faire soigner, l'attitude négative des dispensateurs de soins, et la mauvaise qualité des services. Les femmes jeunes sont particulièrement vulnérables lorsque les méthodes contraceptives efficaces ne sont disponibles que pour les femmes mariées, ou lorsque l'incidence des rapports sexuels non consentis est élevée. Presque 14 % de l'ensemble des avortements non sécurisés dans les pays en développement surviennent chez des femmes âgées de moins de 20 ans. En Afrique, près des deux tiers de l'ensemble des avortements non sécurisés dans cette région concernent des jeunes femmes âgées de moins de 25 ans (50). Les jeunes femmes affichent une plus grande tendance que les femmes adultes à subir des avortements au deuxième trimestre, qui sont plus dangereux

1.7 Coûts économiques de l'avortement non sécurisé

L'avortement sécurisé permet de réduire les coûts. Le coût que le traitement des complications de l'avortement non sécurisé impose aux systèmes de santé est énorme, notamment dans les pays pauvres. Les dépenses moyennes globales par dossier engagées par les gouvernements sont estimées (en dollars en 2006) à 114 \$ US pour l'Afrique et à 130 \$ US pour l'Amérique latine (52). Les coûts économiques de l'avortement non sécurisé pour le système de santé d'un pays vont toutefois bien au-delà des coûts directs de la fourniture de soins après avortement. Une étude récente (52) a estimé à 23 millions de dollars les dépenses annuelles consacrées au traitement des complications mineures de l'avortement non sécurisé au niveau des soins de santé primaires ; à 6 milliards de dollars celles consacrées au traitement de la stérilité après un avortement ; et à 200 millions de dollars chaque année le

montant des frais à la charge des individus et des ménages en Afrique subsaharienne pour le traitement des complications de l'avortement. On estime en outre à 930 millions de dollars la somme annuelle que représente pour les individus et leurs sociétés la perte de revenu résultant d'un décès ou d'une invalidité à long terme par suite d'effets chroniques d'un avortement non sécurisé sur la santé (52).

Selon les estimations, l'avortement non sécurisé a coûté au système de santé de la ville de Mexico 2,6 millions de dollars en 2005, avant la légalisation de l'avortement (53). Avec un accès à l'avortement sécurisé, le système pourrait potentiellement économiser 1,7 million de dollars chaque année. Beaucoup d'argent peut ainsi être économisé et réaffecté pour satisfaire d'autres besoins urgents, notamment la fourniture de services de qualité grâce à des normes et des directives à jour, des dispensateurs de soins compétents et des technologies appropriées, si les grossesses non désirées sont évitées par une contraception efficace, et si l'avortement sécurisé est accessible. Les motifs économiques sont une autre bonne raison, en plus de l'argument de la santé publique et des droits de l'homme, pour justifier l'avortement sécurisé.

Bibliographie

1. Joffe C. Abortion and medicine: a sociopolitical history. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Oxford, Wiley-Blackwell, 2009:1–9.
2. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
3. United Nations, Department for Economic and Social Affairs, Population Division. *World abortion policies*. New York, United Nations, 2011 (ST/ESA/SER.A/302).
4. Singh S et al. *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
5. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
6. Resolution WHA20.41. Health aspects of population dynamics. In: *Twentieth World Health Assembly, Geneva, 23 May 1967*. Geneva, World Health Organization, 1967 (WHA20/1967/REC/1).
7. Resolution WHA57.12. Reproductive health: strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. In: *Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, 17–22 May 2004*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHA57/2004/REC/1).
8. *International Conference on Population and Development – ICPD – Programme of Action*. New York, United Nations Population Fund, 1995 (A/CONF171/13/Rev.1 (http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_eng.pdf, accessed 31 August 2011)).
9. Resolution S-21.2. Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and development. In: *Twenty-first special session of the United Nations General Assembly New York, 30 June–2 July 1999*. New York, United Nations, 1999 (A/RES/S-21/2).

10. *Plan of action on sexual and reproductive health and rights (Maputo Plan of Action)*. Addis Ababa, The African Union Commission, 2006 (http://www.unfpa.org/africa/newdocs/maputo_eng.pdf, accessed 31 August 2011).
11. *Access to safe and legal abortion in Europe*. Strasbourg, Council of Europe, 2008 (Resolution 1607 of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe; <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta08/ERES1607.htm>, accessed 31 August 2011).
12. *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. Geneva, World Health Organization, 2004.
13. Sedgh G, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379:625–632.
14. Ugboma HA, Akani CI. Abdominal massage: another cause of maternal mortality. *Nigerian Journal of Medicine*, 2004, 13:259–262.
15. Harper CC et al. Reducing maternal mortality due to elective abortion: potential impact of misoprostol in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 98:66–69.
16. Miller S et al. Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1291–1296.
17. Sherris J et al. Misoprostol use in developing countries: results from a multicountry study. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005, 88:76–81.
18. Walker D et al. Deaths from complications of unsafe abortion: misclassified second trimester deaths. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:27–38.
19. Benson J. Evaluating abortion-care programs: old challenges, new directions. *Studies in Family Planning*, 2005, 36:189–202.
20. Grimes D et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.
21. *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2004.
22. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887–1892.
23. Singh S, Wulf D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *International Family Planning Perspectives*, 1994, 20:4–13.
24. Singh S, Wulf D, Jones H. Health professionals' perceptions about induced abortion in South Central and Southeast Asia. *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23:59–67 and 72.
25. Singh S et al. Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh. *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23:100–107 and 144.
26. Juarez F et al. Incidence of induced abortions in the Philippines: current level and trends. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31:140–149.
27. Singh S et al. The incidence of induced abortion in Uganda. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31:183–191.
28. Huntington D. Abortion in Egypt: official constraints and popular practices. In: Makhoul Obermeyer C, ed. *Cross-cultural perspectives on reproductive health*. New York, Oxford University Press, 2001:175–192.
29. Ferrando D. *El aborto inducido en el Peru, hechos y cifras*. [Clandestine abortion in Peru, facts and figures.] Lima, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán and Pathfinder International, 2002.
30. *Unwanted pregnancy and postabortion complications in Pakistan. Findings from a national study*. Islamabad, The Population Council, 2002.
31. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2009, 1149–1158.
32. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
33. Lichtenberg E, Grimes D. Surgical complications: prevention and management. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Oxford, Wiley-Blackwell, 2009:224–251.

34. United Nations, Department for Economic and Social Affairs, Population Division. *World contraceptive use (wallchart)*. New York, United Nations, 2009 (ST/ESA/SER.A/285).
35. Bongaarts J, Westoff C. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning*, 2000, 31:193–202.
36. Marston C, Cleland J. Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence. *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29:6–13.
37. Westoff CF. *Recent trends in abortion and contraception in 12 countries*. Washington, DC, ORC Macro, 2005, No. 8.
38. David HP. Born unwanted, 35 years later: the Prague study. *Reproductive Health Matters*, 2006, 14:181–190.
39. *The Millennium Development Goals report 2010: statistical annexes*. New York, United Nations, 2010.
40. Schuster S. Women's experiences of the abortion law in Cameroon: "What really matters". *Reproductive Health Matters*, 2010, 18:137–144.
41. *World Health Report 2008 – primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
42. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009.
43. David HP. Abortion in Europe, 1920–91 – a public-health perspective. *Studies in Family Planning*, 1992, 23:1–22.
44. Jewkes R et al. Prevalence of morbidity associated with abortion before and after legalisation in South Africa. *British Medical Journal*, 2002, 324:1252–1253.
45. Jewkes R and Rees H, Dramatic decline in abortion mortality due to the Choice on Termination of Pregnancy Act. *South African Medical Journal*, 2005, 95[4]:250.
46. Pradhan A et al., Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009: Summary of Preliminary Findings, Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health, 2009.
47. Kulczycki A. Abortion in Latin America: changes in practice, growing conflict, and recent policy developments. *Studies in Family Planning*, 2011, 42(3):199–220.
48. Briozzo L et al. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006, 95(2):221–226.
49. Payne D. More British abortions for Irish women. *British Medical Journal*, 1999, 318(7176):77.
50. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, 5th ed. Geneva, World Health Organization, 2007.
51. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, et al. eds. *Contraceptive technology*, 17th revised ed. New York, Ardent Media, 1998:779–884. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.
52. Vlassoff M et al. *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (IDS Research Reports 59).
53. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.

CHAPITRE 2

Soins cliniques dispensés aux femmes qui subissent un avortement

Résumé

Ce chapitre aborde, brièvement, la prise en charge clinique des femmes avant, pendant et après leur avortement. La fourniture de soins cliniques aux femmes qui subissent un avortement est décrite plus en détail dans le document de l'OMS intitulé *Clinical practice handbook for safe abortion care*.

Les bases factuelles sur lesquelles se fondent les recommandations suivantes sont disponibles sous forme de tableaux GRADE (en anglais, *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) et sont accessibles en ligne. Les détails de la méthodologie GRADE sont présentés dans la section Méthodes du présent document page 10. Les tableaux GRADE sont consultables à l'adresse www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/rhr_12_10.

Soins précédant l'avortement

- La détermination de l'âge de la grossesse est un facteur essentiel du choix de la méthode d'avortement la plus appropriée. L'examen pelvien bimanuel, l'examen abdominal et la reconnaissance des symptômes de la grossesse sont habituellement suffisants. On peut également avoir recours aux analyses de laboratoire ou à l'échographie, si nécessaire.
- L'administration systématique d'antibiotiques au moment de l'avortement chirurgical réduit le risque d'infection par la suite. Toutefois, on ne devrait pas refuser de pratiquer un avortement en cas de pénurie d'antibiotiques (tableaux GRADE 66-70).
- Il est nécessaire de donner à la patiente des informations complètes, précises et simples sur la méthode employée et sur ce qui va se passer pendant et après l'intervention, d'une manière accessible pour elle et qui l'aidera à prendre sa décision et à donner librement son consentement. Il est également nécessaire de lui donner des informations sur la contraception après l'avortement.

Les différentes méthodes d'avortement

- Pour les interruptions de grossesse au premier trimestre, on recommande les méthodes suivantes :
 - l'aspiration manuelle ou électrique, pour les grossesses d'âge gestationnel allant jusqu'à 12-14 SA (tableaux GRADE 36 et 37) ;
 - les méthodes médicamenteuses, plus précisément une prise de mifépristone par voie orale suivie d'une dose unique de misoprostol, pour les grossesses d'âge gestationnel allant jusqu'à 9 SA (63 jours) (tableaux GRADE 30-32) ;
 - les méthodes médicamenteuses pour les grossesses d'âge gestationnel supérieur à 9 SA (63 jours) - mifépristone par voie orale suivie par plusieurs doses de misoprostol (tableaux GRADE 94-121) ; ou
 - si l'on ne dispose pas de mifépristone : misoprostol seul, à des doses répétées (tableau GRADE 113).
- La méthode par dilatation et curetage (D&C) est une méthode d'avortement chirurgical obsolète, et devrait être remplacée par l'aspiration et/ou les méthodes médicamenteuses (tableau GRADE 35).

- Pour les grossesses d'âge gestationnel supérieur à 12-14 SA, on recommande les méthodes suivantes :
 - la dilatation et l'évacuation de la cavité utérine (D&E) par aspiration et à l'aide de pince-forceps (tableaux GRADE 33 et 34) ; ou
 - la mifépristone suivie de plusieurs doses de misoprostol (tableaux GRADE 71-92) ; ou
 - si l'on ne dispose pas de mifépristone, du misoprostol seul, à des doses répétées (tableaux GRADE 71-92).
 - Avant un avortement chirurgical, la préparation du col utérin est recommandée pour toutes les femmes dont la grossesse correspond à un âge gestationnel supérieur à 12-14 SA, mais on peut l'envisager quel que soit l'âge gestationnel, en particulier pour les femmes qui courent un risque sérieux de lésion du col ou de perforation utérine (tableaux GRADE 1-19).
 - Il faut toujours proposer une prise en charge médicamenteuse de la douleur en cas d'avortement chirurgical ou médicamenteux et donner sans délai des antalgiques aux femmes qui le souhaitent (tableaux GRADE 38-60, 125-132). Des analgésiques, une anesthésie locale et/ou une sédation consciente accompagnés de paroles rassurantes suffisent dans la plupart des cas. La prise en charge de la douleur est d'autant plus nécessaire que l'âge gestationnel est plus élevé.
 - On peut utiliser un anesthésique local tel que la lidocaïne pour soulager l'inconfort suscité par la dilatation mécanique du col avant l'intervention chirurgicale. L'anesthésie générale n'est pas recommandée de façon systématique pour les interventions abortives, car elle a été associée à des taux de complications plus élevés que l'analgésie et l'anesthésie locale (tableaux GRADE 38-60).
 - On doit respecter les précautions standard recommandées pour tous les soins aux patientes en toutes circonstances pour réduire les risques d'infections à transmission hématogène (http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_FR3rA.pdf).
- ### Prise en charge après l'avortement et suivi
- Dans le cas d'un avortement chirurgical, les femmes peuvent quitter le centre de santé dès qu'elles s'en sentent capables et que leurs signes vitaux sont normaux.
 - Après un avortement chirurgical non compliqué ou un avortement médicamenteux par mifépristone et misoprostol, une visite de contrôle systématique n'est pas nécessaire. Pour les femmes qui souhaitent revenir au centre, une visite de contrôle peut être programmée 7 à 14 jours après l'intervention (tableau GRADE 93).
 - Avant leur départ de l'établissement de santé, après l'avortement chirurgical ou l'administration de pilules abortives, toutes les femmes doivent avoir reçu des informations sur la contraception et celles qui le désirent des contraceptifs de leur choix, ou être dirigées vers des services de planification familiale (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/fr/index.html).
 - Avant leur départ de l'établissement, on devrait donner aux femmes des instructions verbales et écrites leur indiquant comment prendre soin d'elles après leur départ. Ces instructions devraient aborder les questions suivantes : à quels saignements elles doivent s'attendre, comment identifier une éventuelle complication, et comment et auprès de qui rechercher de l'aide si besoin. Dans la mesure du possible, un numéro de téléphone que les femmes pourraient appeler pour poser des questions ou exprimer leurs inquiétudes pourrait réduire la nécessité de revenir à l'établissement de soins.

2.1 Soins précédant l'avortement

La première démarche est de s'assurer que la femme est bien enceinte et, si c'est le cas, d'estimer l'âge de la grossesse et de confirmer qu'il s'agit bien d'une grossesse intra-utérine. Les risques associés à un avortement provoqué, minimes lorsque l'intervention est correctement pratiquée, augmentent avec l'âge de la grossesse (1, 2). Déterminer l'âge de la grossesse est un facteur essentiel dans le choix de la méthode d'interruption appropriée, et permet de déterminer la teneur des informations et des conseils à donner aux femmes avant l'avortement. Il devrait y avoir du personnel qualifié et compétent dans chaque structure de santé pour recueillir l'anamnèse de chaque femme et pratiquer un examen pelvien bimanuel et un examen abdominal afin d'évaluer et de dater précisément la grossesse. Les structures n'ayant pas le personnel ni le matériel nécessaires à la pratique de l'avortement provoqué devraient pouvoir adresser rapidement les femmes aux services compétents les plus proches, dans un minimum de temps. Le personnel devrait également être en mesure de conseiller et d'aider la femme à examiner les différentes options si besoin (voir section 2.1.8).

2.1.1 Antécédents médicaux

La plupart des femmes commencent à soupçonner une grossesse lorsque les dernières règles qu'elles attendaient ne sont pas venues. On demandera à la femme la date du premier jour de ses dernières règles (DDR), c'est à dire le premier jour de saignement, et si les règles étaient normales, ainsi que ses antécédents menstruels, notamment la régularité de ses cycles. Cependant, les femmes peuvent présenter une aménorrhée pour d'autres raisons qu'une grossesse, et certaines femmes enceintes peuvent ne pas signaler une absence de règles. Par exemple, une femme qui allaite peut tomber enceinte avant son retour de couches, et une femme qui

présente une aménorrhée sous contraceptif hormonal injectable peut tomber enceinte après avoir oublié une injection. Certaines femmes peuvent présenter des saignements au début de leur grossesse qui ne sont pas des règles, ce qui peut conduire à méconnaître la grossesse ou à se tromper dans les dates. Les autres symptômes couramment rapportés au début d'une grossesse sont les suivants : tension et engorgement mammaires, nausées quelquefois accompagnées de vomissements, fatigue, modification de l'appétit et envie fréquente d'uriner.

En plus d'estimer la durée de la grossesse, l'interrogatoire clinique doit servir à identifier les contre-indications aux méthodes d'avortement médicamenteuses ou chirurgicales, et à identifier les facteurs de risque de complications du traitement. L'interrogatoire doit aborder : les antécédents personnels et familiaux concernant les maladies essentielles pertinentes ; les antécédents obstétricaux et gynécologiques, notamment une grossesse extra-utérine antérieure ; une éventuelle propension à saigner ou des troubles de l'hémostase ; les antécédents ou la présence d'infections sexuellement transmissibles (IST) ; l'usage de médicaments concomitants ; les allergies connues ; et une évaluation des risques de violence et de coercition. Le prestataire de soins de santé doit être vigilant sur la possibilité de violences ou de contraintes dans une situation de grossesse non désirée (voir section 2.1.8.1).

D'un point de vue clinique, lors de l'avortement, on doit prendre les mêmes précautions avec une femme séropositive pour le VIH que lors de toute autre intervention médicale ou chirurgicale (voir section 2.2.7.1). Le dépistage du VIH peut être proposé, mais il n'est pas obligatoire pour que les femmes puissent bénéficier de soins en cas d'avortement provoqué.

2.1.2 Examen physique

Les examens courants de base (pouls, tension artérielle et, dans certains cas, température) sont des mesures de référence utiles. De plus, les prestataires de soins de santé doivent confirmer la grossesse et estimer son âge en pratiquant un examen pelvien bimanuel et un examen abdominal. Bien que nombre d'agents de santé aient été formés à estimer l'âge de la grossesse pour fournir les soins prénatals, beaucoup n'ont pas l'expérience nécessaire pour diagnostiquer un tout début de grossesse ni pour estimer avec exactitude l'âge de celle-ci au cours du premier trimestre. Le personnel appelé à pratiquer les avortements doit donc souvent suivre une formation complémentaire à l'examen pelvien bimanuel (voir chapitre 3).

Pendant l'examen pelvien bimanuel, les signes indiquant une grossesse dès 6 à 8 semaines de gestation sont un ramollissement de l'isthme du col et de l'utérus et l'augmentation de volume de ce dernier. Un utérus de femme enceinte plus petit que prévu peut être le signe d'une grossesse moins avancée que la date des dernières règles ne le laissait prévoir, d'une grossesse extra-utérine ou d'une rétention fœtale ; un utérus plus volumineux que prévu peut indiquer une grossesse plus avancée que ne le laissait supposer la date des dernières règles, une grossesse multiple, une vessie pleine, un fibrome ou d'autres tumeurs pelviennes, ou une grossesse molaire. Un examen physique est généralement plus précis et fiable si la femme a vidé sa vessie avant l'examen.

Durant l'examen physique, l'agent de santé devra également chercher à savoir s'il y a antéversion ou rétroversion de l'utérus, ou une position qui risquerait de fausser l'estimation de l'âge gestationnel ou de compliquer un avortement chirurgical. Les prestataires de soins devraient être formés à reconnaître les infections sexuellement transmissibles

(IST) et autres infections de l'appareil reproducteur, ainsi que toute autre affection particulière telle que l'anémie et le paludisme, qui peuvent nécessiter des interventions ou des soins supplémentaires ou un transfert.

2.1.3 Examens de laboratoire

Dans la plupart des cas, l'anamnèse de la patiente et l'examen physique suffisent à confirmer la grossesse et son âge. Les examens de laboratoire ne sont nécessaires que si les signes de grossesse ne sont pas évidents ou si le prestataire de soins n'est pas sûr de son diagnostic. La réalisation de ces tests ne devrait pas empêcher ni retarder l'évacuation utérine.

Les examens de laboratoire de routine ne constituent pas un préalable obligatoire aux services d'avortement. La détermination du taux d'hémoglobine ou de l'hématocrite pour déceler une anémie peut s'avérer utile au moment d'instaurer le traitement dans les rares cas où une hémorragie surviendrait au moment de l'avortement ou après celui-ci. Lorsque c'est possible, un groupage Rhésus (Rh) + pour administrer de l'immunoglobuline anti-D si besoin (voir section 2.1.7)

2.1.4 Échographie

L'échographie n'est pas nécessaire en routine pour effectuer une interruption de grossesse (3–5) (tableaux GRADE 122–124). Quand on a la possibilité de la faire, elle peut aider à identifier une grossesse intra-utérine et à exclure une grossesse extra-utérine à partir de 6 semaines de gestation (6). Elle peut également contribuer à la détermination de l'âge gestationnel et au diagnostic de certaines pathologies ou de la non-viabilité d'une grossesse. Certains prestataires de soins trouvent cette technologie utile avant ou pendant une D&E. Si possible, le service où se pratique l'échographie pour les femmes désirant

une interruption de grossesse devrait être distinct du service où sont prodigués les soins prénatals.

2.1.5 Infections sexuellement transmissibles (IST)

L'infection des voies génitales basses, au moment de l'avortement, est un facteur de risque d'infections consécutives à l'intervention (7). On a observé que l'administration systématique d'antibiotiques au moment de l'intervention chirurgicale réduit de moitié le risque d'infection postopératoire (8, 9). Cependant, on peut tout de même pratiquer un avortement là où l'on ne dispose pas d'antibiotiques à usage prophylactique. Dans tous les cas, une stricte observation des méthodes de nettoyage et de désinfection doit être suivie (voir section 2.2.7.1).

Après un avortement médicamenteux, le risque d'infection intra-utérine est très faible et les antibiotiques prophylactiques ne sont donc pas nécessaires (10) (tableau GRADE 70).

S'il y a des signes cliniques d'infection, la patiente doit immédiatement être traitée par les antibiotiques et on peut alors pratiquer l'avortement. Quand on procède à un dépistage systématique des IST au laboratoire et qu'on ne remarque aucun signe visible d'infection, on procédera à l'intervention sans attendre le résultat des tests.

2.1.6 Grossesse extra-utérine

La grossesse extra-utérine est un événement rare, mais pouvant mettre la vie de la mère en danger, qui se produit dans 1,5-2 % des grossesses. Elle a pour signes et symptômes une taille anormalement petite de l'utérus pour l'âge de la grossesse ; une sensibilité à la mobilisation du col, et des douleurs abdominales basses, surtout si ces dernières sont accompagnées de saignements et de « spotting » vaginaux ;

des étourdissements ou une perte de connaissance ; une grande pâleur ; et, chez quelques patientes, la présence d'une masse annexielle. Si on suspecte une grossesse extra-utérine, on doit immédiatement confirmer le diagnostic et commencer le traitement, ou transférer la patiente le plus vite possible vers un établissement pouvant confirmer le diagnostic et dispenser le traitement (11). L'examen des tissus aspirés après un avortement chirurgical peut pratiquement éliminer le risque d'une grossesse extra-utérine qui serait passée inaperçue (voir section 2.2.4.5).

Il est à noter qu'il est plus difficile d'identifier une grossesse extra-utérine pendant et après une interruption de grossesse par une méthode médicamenteuse, car les symptômes sont les mêmes (12). De plus, ni la mifépristone ni le misoprostol ne sont des traitements de la grossesse extra-utérine, qui, si elle est présente, continuera d'évoluer. Par conséquent, les prestataires de soins doivent être particulièrement attentifs aux signes cliniques de grossesse extra-utérine, tels qu'un utérus qui semble plus petit que prévu d'après la date des dernières règles de la mère, une sensibilité à la mobilisation du col, ou la présence d'une masse annexielle à l'examen pelvien (13). On devrait informer les femmes qu'elles doivent rapidement demander un avis médical si jamais elles ressentent des symptômes pouvant évoquer une grossesse extra-utérine, tels que des douleurs abdominales intenses, en particulier si elles ne concernent qu'un seul côté.

Quand des éléments cliniques (par exemple, antécédents de grossesse extra-utérine ou de maladie inflammatoire pelvienne, écart entre la DDR et l'estimation de l'âge gestationnel, saignements vaginaux, grossesse en présence d'un dispositif intra-utérin (DIU), ou douleurs pelviennes) laissent entrevoir la possibilité d'une grossesse extra-utérine, des analyses plus poussées doivent être effectuées (14). Ces analyses peuvent inclure une échographie

pelvienne et des déterminations périodiques du taux de gonadotrophine chorionique humaine (hCG). S'il n'est pas possible de réaliser ces analyses, ou si l'on diagnostique ou suspecte fortement une grossesse extra-utérine, il faut transférer la patiente vers un centre spécialisé approprié pour qu'elle reçoive un traitement adapté.

2.1.7 Iso-immunisation Rhésus

Aux États-Unis d'Amérique, en 1961, on a recommandé l'immunisation passive de toutes les femmes à Rhésus négatif avec une solution d'immunoglobuline humaine anti-D administrée dans les 72 heures suivant l'avortement (15), mais il n'y a toujours pas de preuves tangibles justifiant cette mesure après une interruption précoce de grossesse (16). Dans les établissements où la prévalence du groupe Rh-négatif est élevée, et où l'on administre systématiquement de l'immunoglobuline anti-D aux femmes à Rh-négatif, il convient de le faire au moment où l'on pratique l'avortement. La dose d'immunoglobuline anti-D peut être réduite de 300 µg (dose administrée après un accouchement à terme) à 50 µg dans les grossesses de moins de 12 semaines (17). Le groupage Rhésus n'est pas une obligation pour les services d'avortement qui ne sont pas en mesure de faire ce test, ou lorsque la prévalence du groupe Rh-négatif est faible.

Cela étant, pour les grossesses jusqu'à 9 semaines (63 jours) de gestation, le risque théorique de réaction maternelle en cas d'avortement médicamenteux est très faible (17). C'est pourquoi la détermination du groupe Rhésus et l'offre d'une prophylaxie anti-D ne sont pas considérées comme des conditions préalables à l'interruption précoce de grossesse. Si l'on dispose d'immunoglobuline anti-D, il est recommandé de l'administrer aux femmes à Rhésus négatif subissant un avortement médicamenteux,

en même temps que la prostaglandine (18). Pour les femmes qui prennent le misoprostol chez elles, l'immunoglobuline anti-D peut être administrée au moment de la prise de mifépristone.

2.1.8 Information et conseil

La diffusion de l'information est une partie essentielle des activités des services de qualité (19). Chaque femme enceinte qui envisage une interruption de grossesse devrait recevoir des informations utiles ainsi que des conseils auprès d'un professionnel de la santé bien formé et possédant des connaissances étendues et une grande expérience des différentes méthodes d'avortement. L'information doit être délivrée à chaque femme, indépendamment de son âge ou de sa situation, d'une manière facile à comprendre, pour qu'elle puisse prendre ses propres décisions sur l'issue de sa grossesse, et si elle choisit d'interrompre sa grossesse, pour lui permettre de choisir la méthode qui lui convient le mieux.

L'information, le conseil et les explications sur les procédures d'avortement devraient être délivrés aussi rapidement que possible, sans retard excessif. Le chapitre 3 fournit des renseignements sur la formation et les autres qualifications du personnel de santé chargé de l'information et du conseil, notamment les normes éthiques auxquelles il doit se conformer.

2.1.8.1 Informations et conseil pour la prise de décision

Les informations et le conseil sont très importants, car ils aident la femme à examiner les options qui s'offrent à elle et lui permettent de prendre une décision à l'abri de toute pression. Beaucoup de femmes ont fait leur choix d'avorter avant de demander des soins, et cette décision doit être respectée sans leur imposer un processus de conseil obligatoire. Le conseil aux femmes qui le désirent doit être volontaire, confidentiel, non directif et délivré par une personne compétente (19, 20).

Si la femme choisit d'interrompre sa grossesse, l'agent de santé doit lui expliquer quelles sont les dispositions légales pour obtenir un avortement. On devra lui accorder tout le temps nécessaire pour prendre sa décision, même si cela implique pour elle de revenir au dispensaire ultérieurement. Toutefois, il faudra lui expliquer que l'avortement à un stade précoce de la grossesse est préférable car plus sûr que l'avortement plus tard dans la grossesse. Une fois que la patiente a pris sa décision, l'avortement doit être pratiqué aussi tôt que possible (19). L'agent de santé devra être capable de donner les informations nécessaires ou de référer les femmes qui décident de mener leur grossesse à son terme ainsi que les informations relatives aux procédures d'adoption.

Dans certains cas, la femme peut subir des pressions de la part de son partenaire ou de sa famille, d'agents de santé ou d'autres personnes, qui veulent qu'elle interrompe sa grossesse. Les adolescentes non mariées, les femmes dont les relations sont marquées par la violence, et les femmes vivant avec le VIH, sont particulièrement vulnérables à ce genre de pression. Si les agents de santé soupçonnent que la femme agit sous la contrainte, ils doivent lui parler en particulier ou la diriger vers un service qui lui fournira un soutien psychologique plus poussé. Si le personnel sait ou soupçonne que la femme a subi des violences sexuelles ou d'autres sévices, il doit l'adresser à d'autres services de conseil et de traitement adapté. Les responsables doivent s'assurer que tout le personnel connaît l'existence de ces recours spécifiques dans le système de santé et dans la communauté (voir chapitre 3).

2.1.8.2 Information concernant la procédure d'avortement

Toute femme devrait au minimum être informée de :

- ce qu'on va lui faire pendant et après l'intervention ;
- ce qu'elle risque de ressentir (par exemple crampes, douleurs et saignements ressemblant à ceux des règles) ;
- la durée probable de l'intervention ;
- la prise en charge de la douleur que l'on peut lui proposer ;
- des risques et des complications associés à la méthode d'avortement ;
- du délai nécessaire pour reprendre ses activités normales, y compris les rapports sexuels ;
- des soins de suite éventuels.

S'il lui est possible de choisir la méthode, le personnel de santé devra être capable de l'informer clairement sur les méthodes appropriées compte tenu de l'âge de sa grossesse et de son état de santé, et sur les facteurs de risque potentiels ainsi que les avantages et inconvénients de chaque méthode. Les femmes sont plus enclines à trouver une méthode d'avortement acceptable si elles l'ont choisie elles-mêmes (21, 22). La plupart des femmes qui se font avorter considèrent qu'il est extrêmement important pour elles de pouvoir choisir entre plusieurs méthodes. Plusieurs études suggèrent toutefois que les femmes qui font le choix de l'avortement médicamenteux l'acceptent mieux quand leur grossesse est moins avancée que plus tard dans la grossesse (21, 23-25).

2.1.8.3 Informations et services en matière de contraception

L'information et le conseil en matière de contraception dans le cadre des soins liés à l'avortement ont pour but de pouvoir commencer la méthode choisie, immédiatement après l'avortement, après s'être assuré qu'il s'agit de la méthode la plus appropriée et acceptable pour la femme. La probabilité qu'elle continue à l'appliquer correctement et régulièrement sera ainsi accrue. L'offre d'information et de conseil, ainsi que de méthodes et de services en matière de contraception est un aspect essentiel des soins associés à l'avortement, car elle permet à la femme d'éviter de futures grossesses non désirées. Idéalement, le conseil avant avortement devrait aborder le sujet des futurs besoins en matière de contraception. Toute femme doit savoir que l'ovulation peut reprendre dès la troisième semaine suivant l'avortement (26), lui faisant courir le risque d'une autre grossesse si elle n'applique pas une méthode contraceptive efficace. On doit lui offrir des informations précises pour l'aider à choisir la méthode la plus appropriée à ses besoins. En aidant la femme à choisir la méthode contraceptive la plus appropriée pour l'avenir, il peut être utile d'explorer les circonstances qui sont à l'origine de cette grossesse non désirée. Si la femme désire interrompre sa grossesse après ce qu'elle estime être un échec de sa méthode contraceptive, le personnel de santé doit discuter avec elle pour savoir si elle a appliqué correctement la méthode et, si ce n'est pas le cas, lui expliquer comment elle doit l'appliquer, ou s'il est préférable qu'elle en change (pour une discussion plus approfondie, voir section 2.3 et annexe 6). Cependant, le choix final d'une méthode doit être laissé à la femme elle-même.

L'avortement ne doit en aucun cas être subordonné à sa décision d'accepter ou non une méthode contraceptive. Il se peut en effet que certaines femmes préfèrent discuter des différents choix de contraception une fois leur avortement terminé.

2.2 Les différentes méthodes d'avortement

Résumé

Les méthodes abortives les plus appropriées diffèrent selon l'âge de la grossesse. Concernant ces limites de terme, les méthodes récapitulées sont indicatives plutôt qu'impératives. Par exemple, la plupart des prestataires de soins qualifiés sont capables de pratiquer un avortement par aspiration jusqu'à 12 SA tandis que d'autres, ayant suffisamment d'expérience et disposant de canules de taille appropriée, peuvent réaliser cette intervention dans de bonnes conditions de sécurité pour interrompre une grossesse jusqu'à 15 semaines (3).

La disponibilité de méthodes médicamenteuses sûres et efficaces pour les interruptions de grossesse s'est fortement développée grâce à l'homologation croissante et à l'usage accru de la mifépristone et du misoprostol (les cartes mondiales d'homologation de la mifépristone et du misoprostol sont consultables à l'adresse www.gynuity.org). La connaissance et l'utilisation correcte de ces médicaments, notamment celle du misoprostol seul lorsque la mifépristone n'est pas disponible, sont importantes pour les planificateurs de programme, les directeurs, les professionnels de la santé et les pharmaciens, car ces médicaments sont introduits au sein des systèmes de santé.

Méthodes utilisées jusqu'à 12-14 semaines d'aménorrhée

On recommande l'aspiration manuelle ou électrique, ou bien des méthodes médicamenteuses associant la mifépristone suivie du misoprostol.

L'association de la mifépristone suivie d'un analogue de prostaglandine s'est avérée sûre et efficace

jusqu'à 9 semaines (63 jours) de grossesse (4, 19). Un nombre limité de données montrent par ailleurs la sécurité et l'efficacité d'un schéma comportant des doses répétées de misoprostol entre 9 et 12 semaines d'aménorrhée (3, 4, 27, 28) ; en revanche, le misoprostol seul est moins efficace que lorsqu'on l'utilise en association avec la mifépristone.

L'utilisation de méthodes médicamenteuses nécessite de pouvoir pratiquer une aspiration soit sur place ou soit après transfert de la patiente dans un autre centre de soins si l'avortement n'est pas déclenché ou est incomplet.

Les directeurs de programme et les décideurs devraient faire tout ce qui est en leur pouvoir pour remplacer le curetage (D&C) par l'aspiration ou les méthodes médicamenteuses.

Méthodes utilisées après 12-14 semaines d'aménorrhée

La méthode chirurgicale recommandée est la dilatation et l'évacuation (D&E) par aspiration et pince-forceps. La méthode médicamenteuse recommandée pour un avortement au-delà de 12 semaines d'aménorrhée est une prise de mifépristone suivie par plusieurs doses de misoprostol.

Considérations avant l'intervention

2.2.1 Préparation du col utérin

On utilise couramment des dilateurs osmotiques, tels que les lamineires, ou des produits pharmacologiques pour préparer le col à une interruption chirurgicale de grossesse au premier trimestre, parce qu'ils réduisent la durée de l'intervention et la rendent plus facile en réduisant la nécessité d'une dilatation mécanique du col (29, 30). La préparation du col avant un avortement chirurgical est particulièrement

adaptée aux femmes ayant des anomalies du col ou ayant déjà subi une intervention chirurgicale à ce niveau, aux adolescentes, et à celles dont la grossesse est déjà très avancée, toutes courant un risque sérieux de lésion du col ou de perforation utérine pouvant entraîner une hémorragie (31, 32). Elle peut également rendre l'intervention plus facile pour les dispensateurs de soins peu expérimentés. Cependant, la préparation du col présente quelques inconvénients, notamment l'inconfort supplémentaire qu'elle engendre pour la patiente, son coût plus élevé et la durée nécessaire à sa mise en œuvre correcte. Elle est donc recommandée pour toutes les femmes dont la grossesse correspond à un âge gestationnel supérieur à 12-14 semaines (29, 30, 33), mais on peut l'envisager quel que soit l'âge gestationnel, en particulier pour les femmes qui courent un risque sérieux de lésion du col ou de perforation utérine.

Il faut au moins 4 heures pour que la préparation du col à l'aide de dilateurs osmotiques fasse son effet. En ce qui concerne l'avortement chirurgical pratiqué au cours du premier trimestre, la recherche indique que l'administration de 400 µg de misoprostol soit par voie vaginale 3-4 heures soit par voie sublinguale 2-3 heures avant l'intervention est efficace pour préparer le col (29). Un autre schéma pharmacologique efficace consiste en 200 mg de mifépristone pris par voie orale 36 heures avant une intervention par aspiration (29, 34). Pour une préparation du col avant une D&E, le misoprostol est moins efficace qu'une dilatation pendant la nuit avec un laminaire. À la différence du laminaire, le misoprostol utilisé seul pour la préparation du col n'a pas été étudié après la 20^{ème} semaine de grossesse. Le misoprostol utilisé en association avec des dilateurs osmotiques pendant la nuit ne présente par contre aucun avantage supplémentaire pour la dilatation du col avant 19 semaines d'aménorrhée (30).

2.2.2 Prise en charge de la douleur

La plupart des femmes se plaignent de douleurs lors d'un avortement. Plusieurs études observationnelles ont permis d'évaluer les facteurs associés à la douleur pendant un avortement chirurgical sous anesthésie locale. L'intensité de la douleur varie selon l'âge de la patiente, sa parité, ses antécédents de dysménorrhée et le degré d'appréhension ou d'anxiété de la patiente (35–37). Une femme aura d'autant moins mal pendant l'avortement qu'elle aura déjà fait l'expérience d'un accouchement par voie basse ; une plus grande expérience du prestataire de soins semble également associée à une diminution de la douleur (35, 38). Les études portant sur la relation entre douleur et âge gestationnel ainsi que sur le degré de dilatation du col nécessaire pour l'avortement ont montré des résultats contradictoires (35, 36, 38) ; toutefois, le raccourcissement de la durée de l'intervention semble s'accompagner d'une douleur moins forte (35).

Soulager la douleur ne nécessite pas un gros investissement en médicaments, matériel ou formation, mais négliger cet élément important ne fait qu'augmenter inutilement l'anxiété et l'inconfort de la femme et porte sérieusement atteinte à la qualité des soins tout en risquant de rendre l'intervention plus difficile.

Le fait de prodiguer des conseils et de reconforter la patiente peut permettre de réduire sa perception de la douleur et ses craintes, comme cela a été signalé chez des femmes traitées pour avortement incomplet (39). Le recours à des techniques de relaxation non pharmacologiques pourrait se traduire par des durées d'intervention plus courtes et une diminution du besoin d'antalgiques (40, 41), de même qu'écouter de la musique pourrait diminuer les douleurs liées à l'intervention (37). La personne pratiquant l'intervention et le personnel présent doivent être amicaux et rassurants. Lorsque c'est possible et si la femme le désire, la présence pendant

l'intervention d'une personne de confiance, telle que le mari ou le partenaire de la patiente, un membre de la famille ou un(e) ami(e), peut aussi être une aide. Cependant, ces éléments non pharmacologiques ne sauraient remplacer un traitement pharmacologique de la douleur.

2.2.2.1 Traitement de la douleur

Il faut toujours proposer une prise en charge médicalemente de la douleur en cas d'avortement chirurgical ou médicamenteux et donner sans délai des antalgiques aux femmes qui le souhaitent. Pendant l'intervention, on utilise trois types de médicament, soit seuls soit associés : des analgésiques, qui soulagent la sensation de douleur ; des tranquillisants, qui diminuent l'anxiété ; et des anesthésiques qui diminuent les sensations physiques au cours de l'avortement chirurgical. Des analgésiques, une anesthésie locale et/ou une sédation consciente accompagnés de paroles rassurantes suffisent dans la plupart des cas. La plupart de ces médicaments sont relativement bon marché.

Les analgésiques non narcotiques figurant dans la *liste modèle OMS des médicaments essentiels*, tels que les anti-inflammatoires non stéroïdiens comme l'ibuprofène, calment la douleur associée aux méthodes d'avortement médicamenteuses et chirurgicales, notamment celle due aux crampes utérines (42, 43). Lors d'essais contrôlés randomisés, on s'est aperçu que le paracétamol était inefficace pour calmer la douleur postopératoire après un avortement chirurgical (44–46) et était de même inefficace pour calmer la douleur au cours d'un avortement médicamenteux (47) ; c'est pourquoi on ne recommande pas l'usage de paracétamol pour calmer la douleur au cours d'un avortement.

Avant un avortement chirurgical, l'administration de tranquillisants tels que le diazépam permet d'atténuer la peur et de détendre, facilitant ainsi l'intervention, pour la patiente et pour l'opérateur. Ces substances

peuvent provoquer une amnésie, que certaines femmes peuvent désirer, mais elles peuvent aussi entraîner une somnolence et retarder leur départ (37). On peut administrer en plus des analgésiques narcotiques, mais cela suppose que l'on dispose de moyens de réanimation et de substances annulant leurs effets, car il y a un risque de complications, par exemple de dépression respiratoire.

2.2.2.2 Anesthésie

Quand on doit effectuer une dilatation mécanique du col pour une interruption chirurgicale de grossesse, on fera un bloc paracervical, à l'aide d'un anesthésique local tel que la lidocaïne qui agit rapidement, injecté sous la muqueuse cervicale autour du col. L'avantage de l'anesthésie locale sur l'anesthésie générale est que les risques et les complications de l'intervention sont réduits, que la patiente se remet plus rapidement et que, restant consciente avec un meilleur contrôle d'elle-même durant toute l'intervention, elle est en mesure de communiquer avec le praticien. L'injection d'un anesthésique local doit être bien faite afin d'éviter que le produit ne passe dans les veines. Le recours à l'anesthésie locale lors d'un avortement par aspiration est une pratique sûre ; cependant, malgré son usage répandu, son influence sur la diminution de la douleur n'a pas été bien étudiée (37).

L'anesthésie générale n'est pas recommandée de manière systématique pour l'avortement et elle augmente les risques cliniques (1, 48–50). Elle est associée à une plus grande fréquence des hémorragies que l'anesthésie locale (1, 2). Elle coûte plus cher aux services de santé et à la patiente, particulièrement du fait que certains hôpitaux exigent, sans nécessité, que la patiente qui en a bénéficié reste jusqu'au lendemain. Néanmoins, puisqu'il s'agit de la méthode la plus efficace pour contrôler la douleur, certaines femmes préfèrent l'anesthésie générale, de même que certains prestataires si l'intervention présente des difficultés. Tout établissement

pratiquant l'anesthésie générale doit disposer d'un matériel spécialisé et du personnel formé à son utilisation et capable de prendre en charge d'éventuelles complications.

2.2.3 Provoquer la mort du fœtus avant l'intervention

Lorsqu'on a recours aux méthodes médicamenteuses pour un avortement au-delà de 20 SA, il faut envisager de provoquer la mort du fœtus in utero avant de déclencher l'avortement. Les méthodes médicamenteuses modernes, telles que les schémas associant la mifépristone et le misoprostol, ou le misoprostol seul, ne sont pas directement mortelles pour le fœtus ; la survie transitoire du fœtus après l'expulsion augmente parallèlement à l'augmentation de l'âge gestationnel, et diminue quand la durée de l'avortement augmente (51, 52). Il existe plusieurs schémas préopératoires couramment utilisés pour provoquer la mort du fœtus (53), parmi lesquels :

- l'injection de chlorure de potassium (KCl) à travers le cordon ombilical fœtal ou dans les cavités cardiaques du fœtus ; il s'agit d'une procédure très efficace, mais qui nécessite des mains expertes pour réaliser l'injection de manière précise et sûre, et du temps pour constater l'arrêt cardiaque à l'échographie.
- l'injection intra-amniotique ou intra-fœtale de digoxine. La digoxine a un taux d'échec plus élevé que le KCl pour provoquer la mort du fœtus in utero ; toutefois, elle est techniquement plus facile à utiliser, ne nécessite pas d'échographie lorsqu'elle est administrée par voie intra-amniotique, et a fait la preuve de son innocuité (les concentrations sériques maternelles restent au niveau ou en dessous des concentrations thérapeutiques de digoxine) (51). Il faut du temps pour que la digoxine soit absorbée par le fœtus ; elle est donc couramment administrée le jour qui précède le déclenchement de l'avortement par du misoprostol (33, 54).

2.2.4 Méthodes chirurgicales

2.2.4.1 Aspiration

Pour un avortement chirurgical jusqu'à un âge gestationnel de 15 SA, on recommande l'aspiration (57). Plusieurs essais contrôlés randomisés ont établi la grande efficacité de l'aspiration. On rapporte des taux de 95 % à 100 % d'avortements complets (55, 56). Les méthodes manuelles et électriques sont tout aussi efficaces ; cependant, l'aspiration provoque une douleur moins forte dans le cas des grossesses d'âge gestationnel inférieur à 9 SA et rend l'intervention plus difficile au-delà de 9 SA (57). L'aspiration jusqu'à un âge gestationnel de 14 SA est plus efficace et entraîne moins de complications mineures que l'avortement médicamenteux (56, 58).

L'aspiration suppose l'évacuation du contenu de l'utérus au moyen d'une canule en plastique ou métallique, reliée à une pompe à vide. L'aspiration électrique (AE) fait appel à une pompe à vide électrique ; l'aspiration manuelle à un aspirateur en plastique de 60 ml (aussi appelé seringue) que l'on actionne à la main. Les aspirateurs disponibles sont reliés à des canules en plastique de différentes tailles, ayant un diamètre de 4 à 16 mm. Pour chaque intervention, il faut choisir une canule de taille appropriée en se basant sur l'âge gestationnel et le degré de dilatation du col en cours ; en général, le diamètre de la canule correspond à l'âge gestationnel en SA. Certains aspirateurs et canules sont réutilisables après nettoyage, désinfection poussée ou stérilisation. On dispose aussi de pompes mécaniques à pédale.

Un avortement par aspiration prend entre 3 et 10 minutes suivant l'âge de la grossesse et peut être pratiqué en ambulatoire et en utilisant des analgésiques et/ou une anesthésie locale. On vérifie par l'examen des tissus aspirés que l'avortement est bien complet. Dans le cas d'une interruption très précoce, la canule peut être introduite sans dilatation

préalable du col. Cependant, il est généralement recommandé de dilater le col à l'aide de dilateurs mécaniques ou osmotiques, ou à l'aide d'agents pharmacologiques tels que le misoprostol ou la mifépristone, avant d'introduire la canule (voir section 2.2.1). D'une manière générale, les interventions par aspiration peuvent être effectuées en toute sécurité sans utiliser de curettes ou autres instruments pour racler l'intérieur de l'utérus. Aucune donnée ne suggère qu'un curetage après une aspiration diminue le risque de rétention de produits (59).

La plupart des femmes qui subissent un avortement au premier trimestre sous anesthésie locale se sentent suffisamment bien pour quitter le centre de santé après une période d'observation d'environ 30 minutes dans une salle de réveil. Des périodes de réveil plus longues sont généralement nécessaires après une interruption de grossesse plus tardive, ou après une sédation ou une anesthésie générale.

L'aspiration est une méthode très sûre. Dans une étude sur 170 000 avortements au premier trimestre pratiqués à New York par aspiration, on a rapporté que moins de 0,1 % des femmes avaient présenté des complications graves nécessitant une hospitalisation (60). Bien que rares, les complications de l'aspiration sont les suivantes : infection pelvienne, saignements excessifs, lésion du col, évacuation incomplète, perforation de l'utérus, complications de l'anesthésie et poursuite de la grossesse (1, 2). Toute méthode d'avortement entraîne des crampes abdominales et des saignements semblables à ceux des règles.

2.2.4.2 Dilatation et curetage (D&C)

Au cours de la dilatation et du curetage, on dilate le col à l'aide de dilateurs mécaniques ou d'agents pharmacologiques et on se sert de curettes métalliques pour racler les parois de l'utérus.

La méthode de dilatation et curetage est moins sûre que l'aspiration (61) et beaucoup plus douloureuse

pour les femmes (62). C'est pourquoi l'aspiration devrait remplacer la méthode D&C. La fréquence des grandes complications de la D&C est deux à trois fois supérieure à celles de l'aspiration (3). Lors d'essais contrôlés et randomisés comparant la méthode D&C à l'aspiration, on a observé que, jusqu'à 10 semaines d'aménorrhée, la seconde est plus rapide et provoque moins de pertes de sang (63, 64).

Là où la méthode D&C est encore pratiquée, on devrait s'efforcer par tous les moyens de la remplacer par l'aspiration, afin d'améliorer la sécurité et la qualité des soins. Là où aucun service d'avortement n'existe, on devrait introduire l'aspiration plutôt que la D&C. Dans les centres où l'aspiration n'a pas encore été introduite, les responsables doivent s'assurer que les traitements contre la douleur sont bien administrés et que les interventions de D&C sont pratiquées par des opérateurs suffisamment qualifiés et bien encadrés.

2.2.4.3 Dilatation et évacuation (D&E)

On utilise la méthode D&E après 12-14 SA. C'est la méthode chirurgicale la plus sûre et la plus efficace d'avortement tardif lorsqu'on dispose d'opérateurs expérimentés et compétents (3). Il faut pour cela préparer le col avec des dilateurs osmotiques ou des agents pharmacologiques (voir section 2.1) et évacuer le contenu de l'utérus par aspiration électrique au moyen d'une canule de 12 à 16 mm de diamètre et d'une longue pince-forceps. Suivant l'âge de la grossesse, il faut 2 heures à 2 jours pour arriver à une dilatation du col adéquate. Beaucoup de prestataires trouvent que l'échographie est utile durant l'intervention, mais n'est pas indispensable (65).

Un essai contrôlé randomisé comparant la méthode D&E à l'inoculation intra-amniotique de PGF₂ a montré que la première était plus rapide, plus sûre et plus acceptable, du moins jusqu'à 18 SA environ (66). Un seul essai clinique de faible envergure

comparant la méthode D&E à l'utilisation de mifépristone avec des doses répétées de misoprostol a montré que la première entraînait des douleurs moins fortes et moins d'événements indésirables (67). Comme pour toute intervention médicale, les opérateurs doivent avoir la formation, le matériel et les compétences nécessaires pour pratiquer la D&E en toute sécurité (68).

Une D&E peut normalement être pratiquée en ambulatoire après un bloc paracervical et une légère analgésie ou une sédation consciente. Il n'est pas indispensable de procéder à une anesthésie générale qui pourrait accroître les risques (voir section 2.2.2.2). Une D&E ne prend généralement pas plus de 30 minutes. On doit s'attendre à des saignements vaginaux postopératoires plus abondants qu'après un avortement au premier trimestre. Le personnel devrait également être formé pour pouvoir prodiguer des conseils et diffuser des informations propres à l'avortement au second trimestre.

2.2.4.4 Autres méthodes chirurgicales pour les interruptions de grossesse tardives

Les opérations chirurgicales lourdes ne doivent pas servir de méthodes d'avortement principales. De nos jours, on ne devrait pas pratiquer d'hystérotomie pour interrompre une grossesse en raison de sa mortalité, de sa morbidité et de son coût, beaucoup plus élevés que ceux de la méthode D&E ou des méthodes médicamenteuses. De même, l'hystérectomie est à proscrire, sauf chez les femmes qui présentent des pathologies qui la justifieraient, indépendamment de toute grossesse (19).

2.2.4.5 Examen des tissus après un avortement chirurgical

Il est important d'examiner les produits de la conception juste après un avortement chirurgical, afin d'exclure l'éventualité d'une grossesse extra-utérine et de déterminer si l'avortement est complet. Avec la méthode d'aspiration manuelle, à partir d'environ

6 semaines d'aménorrhée, un opérateur entraîné peut généralement identifier visuellement les produits de la conception, en particulier les villosités chorioniques et le sac gestationnel (59). Si le produit d'aspiration ne contient pas les produits de la conception, on suspectera une grossesse extra-utérine et la patiente devra subir des examens plus poussés (voir section 2.1.6). De plus, les opérateurs doivent être attentifs aux signes tissulaires évoquant une grossesse molaire, en particulier dans les pays où ce type de grossesse est courant. Si le produit d'aspiration contient moins de tissu que prévu, il faut

envisager la possibilité d'un avortement incomplet et la nécessité d'une nouvelle aspiration. L'analyse systématique des produits de la conception par un laboratoire d'anatomopathologie n'est pas indispensable lorsque l'examen habituel des tissus est effectué par des opérateurs compétents.

2.2.5 Méthodes médicamenteuses (voir encadré 2.1)

Les méthodes médicamenteuses d'interruption de grossesse se sont avérées sûres et efficaces (4, 19, 24, 69–71). Les schémas les plus efficaces font appel

ENCADRÉ 2.1

Posologies et voies d'administration pour la mifépristone suivie par du misoprostol

Pour des grossesses d'âge gestationnel allant jusqu'à 9 SA (63 jours)

- 200 mg de **mifépristone** administrés par voie orale.
- L'administration de **misoprostol** est recommandée 1 à 2 jours (24 à 48 heures) après la prise de mifépristone.
- Par la voie vaginale, buccale (entre joue et gencive) ou sublinguale, la dose de misoprostol recommandée est de 800 µg.
- Par la voie orale, la dose de misoprostol recommandée est de 400 µg.
- Lorsque l'âge gestationnel va jusqu'à **7 semaines** (49 jours), le misoprostol peut être administré par voie vaginale, buccale (entre joue et gencive), sublinguale ou orale. Après la 7^{ème} semaine, *il ne faut pas* administrer le misoprostol par la voie orale.
- Lorsque l'âge gestationnel va jusqu'à **9 semaines** (63 jours), le misoprostol peut être administré par voie vaginale, buccale (entre joue et gencive) ou sublinguale.

Pour des grossesses d'âge gestationnel compris entre 9 et 12 SA (63-84 jours)

- 200 mg de **mifépristone** administrés par voie orale, suivis 36 à 48 heures plus tard par :
- 800 µg de **misoprostol** par voie vaginale, administrés dans un établissement de soins de santé. Un maximum de quatre doses supplémentaires de misoprostol 400 µg peuvent être administrées à intervalles de trois heures, par voie vaginale ou sublinguale.

Pour des grossesses d'âge gestationnel supérieur à 12 SA (>84 jours)

- 200 mg de mifépristone administrés par voie orale, suivis 36 à 48 heures plus tard par :
- 400 µg de misoprostol par voie orale ou 800 µg par voie vaginale, suivis par 400 µg de misoprostol par voie vaginale ou sublinguale toutes les 3 heures jusqu'à un maximum de cinq doses, administrées dans un établissement de soins de santé. Lorsque l'âge gestationnel est supérieur à 24 semaines, il faut réduire la dose de misoprostol en raison de la plus grande sensibilité de l'utérus aux prostaglandines, mais faute d'études cliniques, on ne peut pas recommander de doses précises.

à un antiprogestatif, la mifépristone, qui, se fixant sur les récepteurs de progestérone, inhibe l'action de celle-ci et empêche la poursuite de la grossesse. Les schémas thérapeutiques consistent en une dose initiale de mifépristone suivie de l'administration d'un analogue de synthèse de la prostaglandine, en général le misoprostol, qui amplifie les contractions utérines et facilite l'expulsion des produits de la conception (72). Le géméprost est un analogue de prostaglandine similaire au misoprostol, mais il est plus cher, nécessite un stockage au froid, et ne peut être administré que par voie vaginale (12). Ainsi, bien que le géméprost fasse preuve d'une efficacité similaire à celle du misoprostol, le misoprostol est un analogue de prostaglandine de choix pour les soins liés à l'avortement (73). Un certain nombre d'autres prostaglandines utilisées par le passé, telles que la sulprostone et la prostaglandine F_{2a}, ne sont plus utilisées en raison de leurs effets secondaires indésirables ou de leur absence relative d'efficacité (74).

Les effets d'une interruption médicale de grossesse, à savoir crampes utérines et saignements prolongés semblables aux règles, sont analogues à ceux d'un avortement spontané. Les saignements durent en moyenne 9 jours, mais peuvent se prolonger jusqu'à 45 jours dans de rares cas (75). On peut observer des effets secondaires tels que des nausées, des vomissements et des diarrhées. Les contre-indications à l'utilisation de la mifépristone et d'un analogue de prostaglandine comprennent l'insuffisance hépatique ou surrénale chronique ou sévère, la porphyrie héréditaire, et l'allergie à l'un des médicaments utilisés. La mifépristone n'est pas efficace en cas de grossesse extra-utérine (GEU) ; en cas de suspicion d'une GEU, il faut pousser les investigations et, si elle est confirmée, agir immédiatement (11). Chez les femmes qui prennent des corticoïdes à long terme, et chez celles qui présentent des troubles de la coagulation, une anémie sévère, une maladie cardiaque

préexistante ou des facteurs de risques cardiovasculaires, il faut agir avec beaucoup de précautions en se fondant sur un jugement clinique (12).

Les méthodes médicamenteuses d'avortement se sont avérées acceptables dans de nombreux pays, y compris ceux disposant de peu de moyens (76–78). Les médicaments sont de plus en plus accessibles à l'échelle mondiale, et l'association de mifépristone et de misoprostol pour les avortements médicamenteux est à présent intégrée à la *liste modèle OMS des médicaments essentiels* (73, 79). Puisque l'accès à ces médicaments ne fait que croître, il faut que les directeurs de programmes connaissent les mesures à prendre pour introduire les méthodes médicamenteuses dans les services de santé existants (voir chapitre 3).

2.2.5.1 Mifépristone et analogue de prostaglandine Pour les grossesses d'âge gestationnel jusqu'à 9 SA (63 jours)

La mifépristone associée au misoprostol s'est révélée très efficace, sûre et acceptable pour les interruptions de grossesse jusqu'à 9 semaines d'amménorrhée. On rapporte des taux d'efficacité de 98 % (70, 80). Environ 2 à 5 % des femmes traitées par l'association de mifépristone et de misoprostol nécessiteront une intervention chirurgicale pour traiter un avortement incomplet, interrompre une grossesse qui se poursuit ou pour maîtriser les saignements (81).

Les protocoles originaux d'utilisation de la mifépristone recommandaient une dose orale de 600 mg de mifépristone suivie, 36 à 48 heures après, d'une dose de 1 mg de géméprost par voie vaginale. Cependant, plusieurs études ont montré que la dose de choix est de 200 mg de mifépristone, qui est tout aussi efficace que les 600 mg, et réduit les coûts lorsqu'elle est suivie d'un analogue de prostaglandine approprié

(4, 81–83). Selon certaines études, il est possible d'administrer la mifépristone sous la forme de cinq ou six doses fractionnées de 25 mg chacune sur 3 jours, soit une dose totale de 125–150 mg (84), un schéma largement utilisé en République populaire de Chine. Toutefois, pour faciliter la délivrance des soins et par commodité pour la patiente, on recommande la dose unique de mifépristone. Une dose de 50 mg de mifépristone est moins efficace que 200 mg, lorsqu'on l'administre en association avec le géméprost (85). Un essai a signalé que la mifépristone, 100 mg, lorsqu'on l'associe à 800 µg de misoprostol administré par voie vaginale, était aussi efficace qu'à la dose de 200 mg ; cependant, l'efficacité dans les deux bras de cette étude était plus faible que prévu (86).

Le misoprostol est un analogue de prostaglandine efficace (RCOG, 2000) qui est beaucoup moins coûteux que le géméprost et ne nécessite pas de stockage au froid. C'est donc l'analogue de prostaglandine de choix. Une dose orale de 200 mg de mifépristone suivie d'une dose de 800 µg de misoprostol par voie vaginale, sublinguale ou buccale, constitue un schéma efficace d'avortement médicamenteux (4). Par comparaison à l'administration vaginale, l'administration sublinguale de misoprostol semble être associée à des taux plus élevés d'effets secondaires gastro-intestinaux, et l'administration buccale à des taux plus élevés de diarrhées (4). Le misoprostol s'est révélé plus efficace et mieux toléré par voie vaginale que par voie orale (87). L'administration orale de misoprostol à une dose de 400 µg doit être limitée aux grossesses allant jusqu'à 7 semaines (49 jours), étant donné son taux d'échec plus élevé par voie orale à mesure que la grossesse avance (12, 81).

Dans certains protocoles, la femme doit prendre la mifépristone et l'analogue de prostaglandine sous surveillance clinique, ce qui implique une deuxième visite au centre de santé un ou deux jours après

avoir reçu la mifépristone, pour prendre l'analogue de prostaglandine. Le misoprostol pris à domicile est une option sûre pour les femmes (80, 88). Après avoir pris la mifépristone au dispensaire, les femmes ont de plus en plus le choix de prendre le misoprostol chez elles 24 à 48 heures après la mifépristone. Néanmoins, certaines femmes peuvent préférer l'administration au dispensaire (89). Les femmes utilisant le misoprostol chez elles peuvent quitter le centre peu après la prise de mifépristone. Elles doivent être informées qu'après avoir pris le misoprostol, elles doivent s'attendre à des saignements vaginaux et à une expulsion des produits de la conception ; elles doivent également être informées de la manière de reconnaître les signes de complications et de la personne à contacter en pareil cas. Expliquer qu'il faut prendre la dose de misoprostol comme prévu, qu'il y ait ou non des saignements après la prise de mifépristone, est important pour les rares femmes qui présentent de tels saignements.

Après l'administration du misoprostol, jusqu'à 90 % des femmes expulseront les produits de la conception au cours des 4 à 6 heures suivantes. La plupart des femmes auront probablement besoin de médicaments contre les douleurs dues aux crampes pendant cette période (voir section 2.2.2.1).

Si l'avortement a échoué et que la grossesse se poursuit, on devra proposer à la femme une nouvelle administration de misoprostol ou un avortement chirurgical (12). Les femmes dont l'avortement est incomplet peuvent généralement être gardées en observation à moins de présenter des saignements vaginaux importants, ou peuvent se voir proposer une nouvelle administration de misoprostol ou une intervention chirurgicale pour terminer l'avortement. Les centres de santé offrant des méthodes médicamenteuses d'avortement doivent être en mesure de pratiquer une aspiration en cas de besoin. On doit pouvoir la réaliser sur place ou passer des accords avec un autre établissement qui la pratique. Dans tous les cas, le personnel de santé doit s'assurer que

la patiente peut avoir accès à ces services en cas d'urgence.

Les femmes sont d'autant plus satisfaites de la méthode qu'elles ont des attentes réalistes en ce qui concerne le processus d'avortement (90). D'où la nécessité de les informer pleinement sur ce qui les attend et sur les possibles effets secondaires des méthodes médicamenteuses. Les agents de santé doivent veiller à ce que les femmes comprennent bien qu'il est important de se conformer au protocole, surtout pour les produits qu'elles s'administrent elles-mêmes, et à ce qu'elles sachent reconnaître des complications et que faire dans ce cas-là.

Pour les grossesses d'âge gestationnel compris entre 9 et 12 SA (63–84 jours)

Quelques données laissent entendre que pendant cette période, le schéma médicamenteux le plus efficace est la mifépristone 200 mg par voie orale suivie 36 à 48 heures plus tard de misoprostol 800 µg par voie vaginale, administré dans un établissement de soins de santé. Il est possible d'administrer au maximum quatre doses supplémentaires de misoprostol 400 µg à intervalles de trois heures, par voie vaginale ou sublinguale (27, 28). Les schémas au cours de cette période de grossesse et leur cadre d'administration font actuellement l'objet de recherches.

Pour les grossesses d'âge gestationnel supérieur à 12 SA (>84 jours)

De la mifépristone, 200 mg, suivie par plusieurs doses de misoprostol, est un schéma sûr et très efficace en cas d'administration dans un établissement de soins de santé (3, 91). L'administration d'une dose orale de 200 mg de mifépristone suivie 36 à 48 heures plus tard par une dose initiale de misoprostol, 400 µg par voie orale ou 800 µg par voie vaginale, avec des doses ultérieures de 400 µg de misoprostol par voie vaginale ou sublinguale toutes les 3 heures, jusqu'à un maximum de 4 doses, est très efficace (91). Lorsque l'âge gestationnel est supérieur à 24 semaines, il faut réduire la dose de misoprostol en

raison de la plus grande sensibilité de l'utérus aux prostaglandines, mais faute d'études cliniques, on ne peut pas recommander de doses précises.

On a également administré avec succès une dose de 1 mg de géméprost par voie vaginale après 200 mg de mifépristone, renouvelée toutes les 6 heures si nécessaire, jusqu'à 4 doses (92). On peut poursuivre le traitement par le géméprost à raison de 1 mg toutes les 3 heures, renouvelé 4 fois si nécessaire (93, 94).

2.2.5.2 Misoprostol seul

Pour les grossesses d'âge gestationnel jusqu'à 12 SA (84 jours)

On a également étudié l'innocuité et l'efficacité du misoprostol seul pour l'avortement médicamenteux. Le misoprostol seul est moins efficace, rend l'avortement plus long et plus douloureux, avec des taux plus élevés d'effets secondaires gastro-intestinaux que lorsqu'il est associé à la mifépristone (4, 95). Comme ce produit est largement disponible et peu coûteux et comme son utilisation dans certains endroits a contribué à diminuer les complications faisant suite aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité (96), il semble qu'on utilise couramment le misoprostol seul quand on ne dispose pas de mifépristone.

Les schémas posologiques recommandés pour le misoprostol sont de 800 µg administrés par voie vaginale ou sublinguale, et répétés (jusqu'à trois doses) à des intervalles d'au moins 3 heures, mais pas au-delà de 12 heures. Ce schéma provoque un avortement complet dans 75 à 90 % des cas. La voie sublinguale est moins efficace que la voie vaginale à moins que l'administration n'ait lieu toutes les 3 heures, mais ce schéma provoque des taux élevés d'effets secondaires gastro-intestinaux (4, 96, 97). On ne recommande pas l'administration orale car elle est peu efficace.

Pour les grossesses d'âge gestationnel supérieur à 12 SA (84 jours)

Le misoprostol par voie orale ou vaginale est efficace pour provoquer un avortement, mais l'avortement complet n'est pas aussi rapidement obtenu que lorsque le misoprostol est utilisé en association avec la mifépristone. Le schéma recommandé est de 400 µg de misoprostol par voie vaginale ou sublinguale toutes les trois heures, jusqu'à un maximum de cinq doses (91, 98). En particulier chez les nullipares, l'administration vaginale de misoprostol est plus efficace que la prise par voie sublinguale. Lorsque l'âge gestationnel est supérieur à 24 semaines, il faut réduire la dose de misoprostol en raison de la plus grande sensibilité de l'utérus aux prostaglandines, mais faute d'études cliniques, on ne peut pas recommander de doses précises.

Dans plusieurs pays, le géméprost seul, administré par voie vaginale, est homologué pour interrompre les grossesses au deuxième trimestre. La dose recommandée est de 1 mg toutes les 3 heures, à 5 reprises au maximum le premier jour, renouvelée le jour suivant si nécessaire. Avec ce traitement, 80 % des femmes avorteront dans les 24 heures et 95 % dans les 48 heures (99).

2.2.5.3 Autres produits utilisés pour l'avortement médicamenteux

Le méthotrexate, qui est un produit cytotoxique utilisé dans le traitement de certains types de cancer, de la polyarthrite rhumatoïde, du psoriasis et de quelques autres maladies, a été employé associé au misoprostol pour provoquer un avortement médicamenteux précoce (grossesses jusqu'à un âge gestationnel de 7 SA dans quelques pays où la mifépristone n'est pas disponible. Lorsqu'il est associé au misoprostol, il est efficace : dans un certain nombre d'études, on a rapporté plus de 90 % de succès en administrant 50 mg de méthotrexate par voie orale ou intramusculaire suivis, 3 à 7 jours plus tard, de 800 µg de misoprostol par voie vaginale (4). Cependant, préoccupé par la possible tératogénicité du produit

en cas d'échec de l'avortement, un panel OMS d'experts en toxicologie s'est opposé à l'utilisation du méthotrexate pour provoquer l'avortement (100). Bien qu'on ignore encore quels sont les risques réels, on a signalé des malformations des membres, des anomalies du crâne et de la face des fœtus lors de grossesses s'étant poursuivies après l'échec d'une interruption provoquée avec du méthotrexate (101–103). Il est donc recommandé aux services qui souhaitent introduire des méthodes médicamenteuses d'avortement d'utiliser des schémas associant la mifépristone et le misoprostol.

D'autres produits sont utilisés pour stimuler les contractions utérines et provoquer l'avortement après 12 semaines, mais les données relatives à leur innocuité sont limitées. On peut citer par exemple l'injection intra-amniotique de soluté physiologique hypertonique ou d'urée hyperosmolaire ; l'administration intra- ou extra-amniotique de lactate d'éthacridine ; l'administration parentérale, intra- ou extra-amniotique, d'analogues de prostaglandines ; et l'injection intraveineuse ou intramusculaire d'ocytocine (91, 104). Ces méthodes et modes d'administration sont cependant invasifs et probablement moins sûrs, et l'avortement complet n'est pas aussi rapidement obtenu, qu'en cas de recours à des méthodes telles que l'association de mifépristone et de misoprostol.

2.2.6 Prise en charge des complications d'un avortement

Quand l'intervention est pratiquée par un personnel qualifié dans un environnement médical moderne, les complications sont excessivement rares et le risque de décès est négligeable (contrairement aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, voir chapitre 1). Cependant, tous les services pratiquant des avortements, à chaque échelon du système de santé, devraient être équipés et avoir le personnel compétent pour reconnaître les complications d'un avortement et soigner la patiente ou la transférer immédiatement, et ce 24 heures

sur 24 (104). Les installations et le personnel requis pour prendre en charge la plupart des complications d'un avortement sont ceux nécessaires pour traiter les patientes ayant fait un avortement spontané (fausse couche).

2.2.6.1 Poursuite de la grossesse

Un échec de l'avortement avec poursuite de la grossesse peut se produire chez des femmes qui ont subi un avortement médicamenteux ou chirurgical, bien que cela soit plus fréquent après une méthode médicamenteuse. On doit proposer aux femmes qui présentent des symptômes persistants de grossesse, ou des signes cliniques d'échec de l'interruption, une intervention d'évacuation utérine aussi rapide que possible (19).

2.2.6.2 Avortement incomplet

Un avortement incomplet est rare après une aspiration quand elle est pratiquée par un personnel compétent, mais se produit plus souvent avec les méthodes médicamenteuses (56). Les symptômes courants en sont un saignement vaginal, des douleurs abdominales et des signes d'infection. On doit également suspecter un avortement incomplet quand on s'aperçoit que les tissus aspirés pendant l'intervention ne sont pas compatibles avec l'âge estimé de la grossesse. Le personnel de tous les établissements de santé devrait être formé et équipé pour traiter un avortement incomplet par évacuation de l'utérus, en étant attentif au risque d'hémorragie, susceptible de provoquer une anémie, ou d'infection, qui nécessiterait une antibiothérapie.

On peut traiter un avortement incomplet en utilisant soit l'aspiration soit le misoprostol. Pour l'évacuation utérine, on recommande l'aspiration plutôt que la méthode D&C, la première provoquant moins de pertes de sang et moins de douleurs, et permettant des temps d'intervention plus courts (105). On peut également traiter un avortement incomplet en utilisant du misoprostol : chez les femmes ayant fait un avortement spontané (fausse-couche) incomplet

avec une taille de l'utérus correspondant à une grossesse de 13 semaines maximum, on n'a constaté aucune différence, en termes de taux d'avortement incomplet ou d'effets indésirables, entre l'aspiration intra-utérine et le misoprostol. Cependant, on a constaté que l'utilisation de misoprostol entraînait davantage d'interventions chirurgicales non planifiées (106). Pour cette indication, la dose de misoprostol et la voie d'administration recommandées sont de 600 µg par voie orale ou de 400 µg par voie sublinguale (106, 107). Les saignements peuvent diminuer l'absorption du misoprostol lorsque le produit est administré par voie vaginale (108) ; c'est la raison pour laquelle on privilégie généralement une autre voie d'administration, bien qu'une dose de 400-800 µg administrée par voie vaginale semble avoir été efficace (106). Il est également possible de prendre en charge les avortements spontanés incomplets en prenant le parti d'attendre, pour les femmes qui sont cliniquement stables et souhaitent éviter un traitement médicamenteux ou chirurgical, mais cette façon de procéder prend plus de temps (106). Les décisions en matière de prise en charge de l'avortement incomplet devront se fonder sur l'état clinique de la patiente et sur ses préférences de traitement.

2.2.6.3 Hémorragie

Une hémorragie peut être due à la rétention des produits de la conception, à un traumatisme ou à une lésion du col, à une coagulopathie, ou encore, plus rarement, à une perforation utérine. Selon la cause de l'hémorragie, on pratiquera à nouveau une évacuation utérine et on administrera des utérotoniques pour arrêter le saignement, on effectuera un remplissage vasculaire et, dans les cas graves, on aura recours à une transfusion sanguine, un remplacement des facteurs de coagulation, une cœlioscopie ou une laparotomie exploratoire. Parce que l'incidence des hémorragies est très faible lorsqu'on pratique une aspiration, il n'est pas nécessaire d'administrer systématiquement des ocytociques, sauf parfois lors d'une D&E lorsqu'ils sont indiqués. Des saignements prolongés semblables

à ceux des règles sont normaux après un avortement médicamenteux. En moyenne, après un avortement médicamenteux, les saignements vaginaux diminuent progressivement pendant environ 2 semaines, mais, dans certains cas, saignements et « spotting » peuvent persister jusqu'à 45 jours. Ces saignements sont rarement assez importants pour constituer une urgence. Une évacuation chirurgicale peut être pratiquée sur demande de la patiente, ou quand les saignements sont importants ou prolongés, provoquant une anémie, ou s'il y a des signes d'infection. Tous les établissements qui pratiquent des avortements doivent être en mesure de stabiliser et de traiter ou de transférer immédiatement les patientes présentant une hémorragie (19).

2.2.6.4 Infection

Une infection fait rarement suite à un avortement pratiqué dans de bonnes conditions. L'appareil génital est cependant plus sensible aux infections ascendantes lorsque le col est dilaté après un avortement ou un accouchement. Les signes et symptômes courants sont les suivants : fièvre, frissons, pertes malodorantes, douleurs abdominales ou pelviennes, saignement vaginal prolongé ou « spotting », sensibilité utérine à la palpation et/ou numération leucocytaire élevée. Quand on diagnostique une infection, il faut administrer des antibiotiques et si l'infection est vraisemblablement causée par une rétention des produits de la conception, il faut à nouveau procéder à une évacuation utérine. Les femmes souffrant d'une infection grave peuvent devoir être hospitalisées. Comme on l'a vu dans la section 2.1.5, l'antibiothérapie prophylactique administrée aux femmes devant subir un avortement chirurgical a permis de réduire les risques d'infection par la suite (9) et devrait être généralisée lorsque c'est possible.

On dispose de fort peu de données sur l'incidence d'infections pelviennes cliniquement significatives

après un avortement médicamenteux, mais elles se produisent rarement et peut-être moins souvent qu'après une aspiration. Bon nombre des symptômes d'infection pelvienne, comme la douleur, sont assez peu spécifiques, d'où la difficulté de faire un diagnostic précis. Les femmes souffrant de douleurs pelviennes, de sensibilité abdominale ou annexielle à la palpation, de pertes vaginales, et de fièvre devraient être traitées avec des antibiotiques à large spectre.

De rares cas d'infection anaérobie sans fièvre ont été signalés au Canada et aux USA, à la suite d'un avortement médicamenteux (10, 12, 109). Aucun cas de ce genre n'a été signalé ailleurs. Dans ces cas, les patientes avaient peu, voire pas du tout de fièvre ; des nausées intermittentes, des vomissements, une faiblesse physique et quelques douleurs abdominales ; elles présentaient une dégradation rapide de leur état, en quelques heures ou quelques jours ; une tachycardie et une hypotension réfractaire ; de multiples écoulements ; un hématoците élevé ; ainsi qu'une numération leucocytaire élevée et une neutrophilie. Toutes les femmes présentaient un choc toxique associé à *Clostridium*. Des cas ont également été signalés en dehors du cadre des soins liés à l'avortement, par exemple au cours de la période du post-partum après un accouchement normal (110). On ne dispose d'aucune preuve pour affirmer qu'une antibiothérapie prophylactique lors d'un avortement médicamenteux éliminerait ces rares cas mortels de grave infection ; par conséquent, la prescription d'antibiotiques à titre prophylactique pour les femmes devant subir un avortement médicamenteux n'est pas recommandée.

2.2.6.5 Perforation utérine

En général, la perforation utérine passe inaperçue et guérit d'elle-même. Lors d'une étude portant sur plus de 700 femmes ayant en même temps interrompu

leur grossesse au premier trimestre et subi une stérilisation par coelioscopie, on s'est aperçu que 12 des 14 perforations étaient si petites qu'elles seraient passées inaperçues si on n'avait pas pratiqué de coelioscopie (111). Quand on suspecte une perforation utérine, il suffit souvent d'administrer des antibiotiques et de surveiller. Lorsqu'elle est disponible et nécessaire, la coelioscopie est la méthode d'investigation de choix. Si la coelioscopie et/ou l'état de la patiente laissent à penser qu'il y a lésion de l'intestin, des vaisseaux sanguins ou d'une autre structure, il peut être nécessaire de pratiquer une laparotomie pour réparer les structures endommagées.

2.2.6.6 Complications de l'anesthésie

Une anesthésie locale est plus sûre qu'une anesthésie générale, qu'il s'agisse d'une aspiration au premier trimestre ou d'une D&E au deuxième trimestre (1, 49, 50). Lorsqu'on a recours à une anesthésie générale, le personnel doit être capable de prendre en charge des convulsions et une réanimation cardio-respiratoire. Il faut toujours avoir à portée de la main des anti-analgésiques narcotiques dans les établissements où l'on utilise des narcotiques.

2.2.6.7 Rupture utérine

La rupture utérine est une complication rare. Elle survient plutôt lors des grossesses plus tardives ou en présence d'une cicatrice utérine, mais elle a également été signalée chez des femmes qui ne présentaient pas ces facteurs de risque. Selon une méta-analyse, il y aurait 0,28 % de risque de rupture utérine chez les femmes subissant un avortement au deuxième trimestre déclenché par le misoprostol, qui auraient déjà accouché par césarienne dans le passé (112).

2.2.6.8 Séquelles à long terme

La vaste majorité des femmes ayant subi une interruption de grossesse dans de bonnes conditions n'auront aucune séquelle à long terme sur leur santé générale ou génésique (113–115). À notre époque, le risque de mourir suite à un avortement provoqué pratiqué dans de bonnes conditions est plus faible que celui d'une injection de pénicilline (116) ou d'une grossesse menée à terme (1).

Les recherches ont montré qu'une interruption de grossesse au premier trimestre pratiquée dans de bonnes conditions n'est en rien associée à des issues indésirables lors des grossesses ultérieures (117). Bien que les interruptions de grossesse au deuxième trimestre n'aient pas été autant étudiées, il n'existe aucune preuve d'un risque accru d'issues indésirables lors des grossesses ultérieures (114, 118). Des données épidémiologiques sérieuses montrent qu'il n'existe pas de risque accru de cancer du sein chez les femmes à la suite d'un avortement spontané ou provoqué (119, 120). Des séquelles psychologiques négatives surviennent chez un très petit nombre de femmes, dans le cadre de ce qui semble être des affections préexistantes, plutôt que le résultat d'un avortement provoqué mal ressenti (121, 122).

2.2.6.9 Autres complications

Un avortement non sécurisé peut entraîner toutes sortes de complications, selon la manière dont l'avortement a été provoqué ou pratiqué. Par exemple, un empoisonnement, un traumatisme abdominal, ou la présence de corps étrangers dans les voies génitales, entre autres. Les femmes présentant ce type de complications doivent être stabilisées et traitées ou transférées pour recevoir un traitement adapté, en plus d'être prises en charge pour les éventuelles complications liées à l'avortement (voir sections 2.2.6.1–2.2.6.6) et de recevoir des soins après avortement appropriés (voir section 2.3).

2.2.7 Autres questions en rapport avec l'avortement

2.2.7.1 Prévention et lutte contre l'infection

À partir du moment où l'avortement implique d'être en contact avec le sang et d'autres liquides organiques, tous les personnels cliniques et d'appui de tous les établissements de santé qui offrent ces prestations devraient comprendre et appliquer les mesures de précaution standard de prévention et de lutte contre l'infection pour se protéger et protéger leurs patientes.

Les précautions standard sont des pratiques simples de lutte contre l'infection applicables aux soins de toutes les patientes, en toutes circonstances, afin de réduire le risque de transmission hématogène d'infections. Ce sont : se laver les mains à l'eau et au savon avant et après tout acte ; l'utilisation de vêtements protecteurs tels que les gants, les blouses, les tabliers, les masques, et les lunettes, pour éviter un contact direct avec le sang et les autres liquides organiques ; l'élimination en toute sécurité des déchets contaminés par du sang ou des liquides organiques ; la manipulation correcte des linges souillés ; la manipulation et l'élimination soigneuses des seringues et aiguilles ; et la désinfection soignée des instruments et du matériel contaminés (123).

Le lavage des mains et l'utilisation de gants

Tout le personnel devrait se laver soigneusement les mains avant d'entrer en contact avec la patiente et après l'avoir quittée, de même qu'immédiatement après tout contact avec du sang, des liquides organiques ou des muqueuses (124). Le port de gants stériles ou hautement désinfectés est obligatoire et ils doivent être changés entre chaque patiente et entre les examens vaginaux (ou rectaux) d'une même patiente. Une fois les soins terminés et les gants

enlevés, l'opérateur doit toujours se laver les mains, car il peut y avoir des trous indécélables dans les gants (124). L'utilisation de fournitures complémentaires, telles que des chaussons stériles, n'influe pas de manière significative sur les taux d'infection, mais augmente les coûts.

Nettoyage

Les détergents et l'eau chaude suffisent pour le nettoyage systématique des sols, des lits, des toilettes, des murs et des alaises. Si l'on renverse des liquides organiques, il convient d'utiliser d'épais gants en caoutchouc et d'essuyer autant de liquide que possible avec un matériau absorbant qui pourra être jeté dans un récipient étanche et incinéré ou profondément enterré plus tard. La surface souillée doit être nettoyée avec un désinfectant à base de chlore et ensuite soigneusement lavée à l'eau chaude et au savon.

Tous les linges souillés doivent être manipulés le moins possible, emballés sur place et ni triés ni rincés dans les espaces réservés aux soins. Dans la mesure du possible, on transportera les linges abondamment souillés par des liquides organiques dans des sacs étanches. Si cela n'est pas possible, on les pliera de façon à garder les parties souillées à l'intérieur et on les manipulera soigneusement, en portant des gants.

Élimination sans risque des déchets contaminés par des liquides organiques

Les déchets solides contaminés par du sang, des liquides organiques, des prélèvements de laboratoire ou des tissus doivent être traités comme des déchets cliniques, et éliminés correctement et conformément à la réglementation locale en vigueur. Les déchets liquides tels que le sang ou d'autres liquides organiques doivent être versés dans une canalisation reliée à un égout dont les eaux sont traitées ou une fosse d'aisance.

Manipulation sans risque et élimination des instruments tranchants et aiguilles

La perforation de la peau par des aiguilles ou des instruments tranchants constitue le plus grand risque de transmission du VIH dans les centres de santé. C'est aussi le cas pour la transmission de l'hépatite B et de l'hépatite C. La transmission se produit le plus souvent lorsqu'on se blesse profondément avec des aiguilles creuses en les recapuchonnant, en les nettoyant, en les jetant, ou en les détruisant de manière inadaptée. Bien qu'il faille éviter de recapuchonner les aiguilles dans la mesure du possible (124), il est parfois nécessaire de le faire. En pareil cas, il convient de le faire d'une seule main. Il faut avoir à portée de la main des conteneurs de sécurité dans lesquels jeter les instruments tranchants, qui peuvent ensuite être brûlés dans un incinérateur ou enterrés dans une fosse profonde. On prendra des précautions supplémentaires pour éviter de se blesser en portant des gants, en soignant la patiente dans un endroit bien éclairé, en disposant les conteneurs à portée de main, en ne jetant jamais les instruments tranchants dans la poubelle et en les tenant hors de portée des enfants. Lors des sutures, on devrait utiliser des porte-aiguilles autant que faire se peut.

Nettoyage du matériel en toute sécurité après utilisation

Immédiatement après l'intervention, on enverra au nettoyage et à la stérilisation tous les instruments chirurgicaux réutilisables employés pendant l'avortement. Le matériel et les fournitures médicales prévus pour un usage unique ne doivent pas être réutilisés (124). Quand des services centralisés de retraitement des instruments ne sont pas disponibles, ou dans les endroits disposant de peu de moyens, on procédera de la façon suivante.

L'étape la plus importante pour décontaminer correctement les instruments est le nettoyage proprement dit (123). Il faut que les instruments restent humides jusqu'à leur nettoyage. Laisser sécher les dispositifs peut augmenter la difficulté d'éliminer complètement tous les contaminants. On peut utiliser un désinfectant tel qu'une solution de chlore à 0,5 %. Les aspirateurs doivent être démontés avant d'être nettoyés et retraités. Les adaptateurs détachables doivent être retirés des canules.

Attention : il est dangereux de manipuler aspirateurs, canules et adaptateurs à mains nues avant qu'ils ne soient nettoyés.

Après le trempage, il faut laver soigneusement toutes les surfaces à l'eau courante et au détergent. Le détergent est préférable au savon, car ce dernier laisse parfois un résidu. Il faut ensuite stériliser (préférable) tous les instruments ou les désinfecter avec un produit très puissant (quand la stérilisation n'est pas possible ni réalisable). La stérilisation détruit tous les micro-organismes, y compris les endospores bactériennes comme celles qui sont responsables du tétanos et de la gangrène gazeuse. La désinfection poussée (HDL) détruit tous les micro-organismes, y compris le virus de l'hépatite et le VIH, mais ne détruit pas de façon certaine les endospores bactériennes.

Le meilleur moyen de tout stériliser consiste à utiliser la vapeur sous pression (autoclave) ou des trempages pendant plusieurs heures (>5 heures) dans une solution de glutaraldéhyde fraîchement préparée (125). On parvient à une désinfection poussée des instruments en les trempant un court moment dans des solutions de glutaraldéhyde ou d'eau de javel (hypochlorite de sodium) (125). Le phénol ou les antiseptiques ne désinfectent pas suffisamment. Les instruments qui ont été retraités à froid (immergés dans des solutions) doivent être soigneusement rincés après leur retraitement. Les instruments qui

ont fait l'objet d'une HLD peuvent être rincés dans de l'eau bouillie ; les instruments qui ont été stérilisés doivent être rincés dans de l'eau stérile (voir tableau 2.1 pour de plus amples détails sur le retraitement des instruments).

Certains fabricants produisent des aspirateurs et des canules faits de matières plastiques de haute qualité qui sont conçus pour être stérilisés dans un autoclave ; mais les autres instruments en plastique se fendront et fondront en cas d'exposition à une température de stérilisation élevée. Le personnel de santé doit toujours suivre les instructions d'utilisation des instruments pour les désinfecter afin de s'assurer qu'il utilise bien la méthode voulue. De plus, il faut toujours suivre les instructions des fabricants pour tous les produits utilisés dans le processus de désinfection.

2.3 Soins après un avortement et suivi

Après un avortement provoqué ou spontané, les femmes doivent recevoir des soins post-avortement appropriés. Pour toutes les femmes dont l'avortement a été pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, les soins après avortement représentent une excellente stratégie pour atténuer la morbidité et la mortalité associées aux complications, en proposant par exemple une aspiration intra-utérine en cas d'avortement incomplet (voir section 2.2.6.2) ; la fourniture de moyens contraceptifs pour éviter de futures grossesses non désirées ; et la mise en relation des femmes avec d'autres services dont elles ont besoin dans la communauté. Après un avortement provoqué pratiqué dans de bonnes conditions, une visite de contrôle ne sera pas nécessaire

Tableau 2.1 Retraitement des instruments médicaux

| Méthode | Agent | Durée | Observations |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|--|
| Stérilisation | Vapeur sous pression (autoclave) | 20 minutes à 121 °C et pression de 103,5-140 kPa | Suppose que les zones du matériel ciblées par la décontamination soient accessibles à la vapeur. La durée doit être rallongée de 30 minutes pour les dispositifs sous emballage. |
| | Glutaraldéhyde à 2 % | 5 heures de contact à 20-25 °C avec une formulation alcaline à 2 % activée | Certaines sources ou certains fabricants suggèrent 10 heures pour la stérilisation. |
| Désinfection de haut niveau (HLD) | Chlore (hypochlorite de sodium) | 5 minutes de contact à 20-25 °C avec de l'hypochlorite tamponné (pH = 7-8) à une concentration de chlore disponible de 5000 ppm (une dilution à environ 10 % d'eau de javel pour l'entretien ménager - potentiellement corrosif pour les métaux) | Certaines sources recommandent 20 minutes dans une dilution à 5 % si elle est préparée avec de l'eau du robinet, ou dans une dilution à 1 % si elle est préparée avec de l'eau bouillie. |
| | Glutaraldéhyde à 2 % | 30 minutes de contact à 20-25 °C avec une formulation alcaline à 2 % activée | Certaines sources ou certains fabricants suggèrent 20 heures pour la HLD. |
| | Ébouillantage | 20 minutes « à gros bouillons » | Le récipient doit être couvert ; les dispositifs qui flottent n'ont pas besoin d'être entièrement immergés. |

Remarque : l'efficacité de toutes les techniques de stérilisation et de HLD dépend du nettoyage préalablement effectué pour enlever la matière organique ou la matière qui a séché et qui colle au matériel (123, 125, 126).

si la femme a reçu des informations adéquates lui permettant de reconnaître le bon moment pour se faire soigner en cas de complications, et si elle a reçu les fournitures ou informations nécessaires susceptibles de répondre à ses besoins de contraception.

Avant leur départ du centre de soins, toutes les femmes devraient être informées et conseillées sur la contraception et se voir proposer des contraceptifs post-avortement, y compris pour ce qui concerne la contraception d'urgence. Après un avortement chirurgical ou médicamenteux, on peut toute de suite démarrer n'importe laquelle des méthodes de contraception, y compris les DIU et les contraceptifs hormonaux, dans la mesure où l'on est attentif au profil de santé de chaque femme et aux inconvénients associés à certaines méthodes (voir annexe 6). Il existe quelques méthodes qui ne doivent toutefois pas être adoptées immédiatement après un avortement : le diaphragme et la cape cervicale ne devront pas être utilisés dans les 6 semaines suivant un avortement au second trimestre, et les méthodes basées sur la connaissance des périodes de fécondité ne devront être adoptées qu'après le retour de règles régulières (127). Les DIU dont la pose a lieu immédiatement après un avortement au lieu d'être différée offrent une meilleure protection contre les grossesses non désirées (128–130). Bien que la méthode soit sûre, il existe un risque d'expulsion des DIU plus élevé s'ils ont été posés lors d'un avortement au deuxième trimestre (131). Après un avortement médicamenteux, la femme peut commencer une contraception hormonale dès la prise de la première pilule d'un schéma abortif médicamenteux, mais il faut attendre la confirmation que l'avortement est complet avant de pouvoir procéder à la pose d'un DIU ou à une stérilisation. De plus, on portera une attention toute spéciale aux femmes désirant se faire stériliser, en s'assurant que cette décision n'est pas motivée par la crise qu'elles traversent.

Les établissements qui pratiquent des avortements devraient être en mesure d'offrir à toute femme la méthode contraceptive de son choix au sein même de l'établissement. Si on ne peut pas lui fournir sur place la méthode choisie (par exemple, la stérilisation n'est que rarement possible dans un centre de soins de santé primaires), on devra lui indiquer où et comment l'obtenir et lui offrir une méthode transitoire. Pour les méthodes qui ne sont pas disponibles sur place, l'établissement pratiquant l'avortement devra mettre en place un système direct d'orientation-recours pour veiller à que les femmes aient accès à la méthode contraceptive de leur choix. Toutes les femmes devraient connaître la contraception d'urgence et il faudrait envisager de la leur donner pour qu'elles puissent la prendre chez elles si besoin, en particulier si elles ont choisi le préservatif comme principale méthode de contraception, ou si elles ont choisi de ne pas démarrer une contraception régulière tout de suite.

Le personnel devrait aborder la prévention des IST, y compris de l'infection à VIH, et souligner l'importance du préservatif auprès de toutes les femmes qui ont opté pour une autre méthode contraceptive (127). On insistera sur la prévention des infections, surtout auprès des personnes à haut risque et dans les zones connues pour avoir une forte prévalence de VIH et d'autres IST. L'établissement devrait proposer un dépistage du VIH et un conseil, ou adresser les personnes à un autre centre de conseil et de dépistage. Il convient de mettre en avant la double protection contre la grossesse et contre les IST offerte par les préservatifs ou par plusieurs méthodes combinées.

On donnera aux femmes quittant le centre de santé après un avortement des instructions orales et écrites claires et simples pour se soigner, et sur la façon de reconnaître une complication nécessitant un avis médical. Ces instructions devraient aborder

les questions suivantes : pas de reprise des rapports sexuels et d'introduction de quoi que ce soit dans le vagin jusqu'à ce que les saignements s'arrêtent ; possibilité d'une contraception, notamment une contraception d'urgence, pour éviter une grossesse (la fécondité peut revenir dès la fin de la 2^{ème} semaine suivant l'avortement) ; et nécessité du retour au centre de soins en cas de douleurs pelviennes, de saignement important ou de fièvre. Pendant un avortement médicamenteux, elles devraient pouvoir contacter à tout moment un médecin ou un agent de santé susceptible de répondre à leurs questions et de les réconforter.

2.3.1 Méthodes chirurgicales

Pendant la période d'observation suivant une interruption chirurgicale de grossesse, le personnel doit réconforter et aider les patientes et accompagner leur rétablissement. Il devrait être particulièrement attentif en cas de douleur, car celle-ci peut être causée par une perforation utérine (pouvant nécessiter une période d'observation ou un traitement par laparotomie) ou une hématométrie aiguë (sang remplissant l'utérus, pouvant être traitée par une nouvelle aspiration intra-utérine). Ainsi, et en particulier dans le cas d'interruptions de grossesse tardives, il est important de confirmer manuellement la taille de l'utérus par un examen à travers la paroi abdominale. Quand il n'y a pas de complication, la plupart des femmes peuvent quitter le centre de santé dès qu'elles s'en sentent capables et que leurs signes vitaux sont normaux (19). Après des interruptions de grossesse tardives, et après une sédation lourde ou une anesthésie générale, la convalescence peut se prolonger et nécessiter une observation plus étroite.

Après une interruption de grossesse chirurgicale, les femmes peuvent avoir de légers saignements semblables à ceux des règles ou du « spotting » pendant plusieurs semaines. Il convient de les informer de ce

qu'elles peuvent avoir des saignements similaires à ceux des règles ou plus importants après une interruption de grossesse médicamenteuse. Des symptômes tels que des saignements excessifs, une fièvre durant plus d'une journée et des douleurs pelviennes qui s'intensifient, ou, plus rarement, des signes d'une grossesse en cours, justifient une attention clinique. Des nausées, accompagnées quelquefois de vomissements, disparaissent généralement dans les 24 heures qui suivent un avortement chirurgical. Les femmes doivent s'attendre à des crampes qu'elles pourront en général soulager en prenant des anti-inflammatoires non stéroïdiens en vente libre, tels que l'ibuprofène. On doit expliquer aux femmes ne sachant pas lire, à l'aide de dessins, comment reconnaître les complications et où et à qui s'adresser pour se faire soigner.

Après une interruption de grossesse au premier trimestre, la plupart des femmes peuvent reprendre leurs activités et responsabilités habituelles dans les heures ou les jours qui suivent (19). On peut proposer aux femmes ayant subi un avortement chirurgical une visite de contrôle, pratiquée par un praticien qualifié, dans les 2 semaines qui suivent l'intervention. Cette visite peut être l'occasion pour les prestataires de soins de discuter avec les femmes de leurs expériences, si nécessaire. Par exemple, les femmes ayant interrompu leur grossesse pour des raisons médicales ou à la suite d'un viol, peuvent éprouver le besoin de parler de la perte ou des sentiments ambivalents qu'elles ressentent, ou souhaiter un soutien supplémentaire.

2.3.2 Méthodes médicamenteuses

En raison de la grande efficacité de la mifépristone associée au misoprostol pour l'avortement médicamenteux jusqu'à un âge gestationnel de 9 SA (63 jours), il n'y a besoin d'aucun suivi médical pour s'assurer que l'avortement est complet. On devra

toutefois conseiller aux femmes de revenir pour un contrôle si jamais elles manifestent des signes de poursuite de la grossesse ou pour d'autres raisons médicales, comme des saignements importants prolongés ou de la fièvre. Celles ayant subi un avortement médicamenteux par misoprostol seul devront revenir pour un contrôle 7 à 14 jours après la prise du misoprostol, afin de s'assurer que l'avortement est complet.

Les protocoles thérapeutiques pour la mifépristone suivie par le misoprostol utilisés jusqu'à 9 SA, qui impliquent que la patiente reste sous observation clinique pendant 4 à 6 heures après la prise du misoprostol, devraient s'assurer pendant ce temps-là, si possible, que l'avortement est complet. Cette vérification se fait généralement en examinant les bassins et serviettes hygiéniques utilisés durant la période d'observation, en recherchant les produits de la conception expulsés.

Un avortement complet peut être confirmé par un examen pelvien, une échographie pelvienne ou une mesure périodique du taux de hCG. Dans ce dernier cas, il convient de se rappeler qu'il est parfois possible de détecter de faibles taux de hCG jusqu'à 4 semaines après une expulsion complète. L'échographie est utile pour déceler une grossesse en cours, en mesurant l'épaisseur de l'endomètre, mais elle ne peut pas servir à diagnostiquer un avortement incomplet et pourrait entraîner des interventions chirurgicales inadaptées (132). Les femmes qui continuent à présenter des symptômes de grossesse ou des saignements minimes sont probablement toujours enceintes.

Si l'avortement a échoué (donc si la grossesse se poursuit), on devrait proposer à la femme soit une aspiration soit une nouvelle administration de misoprostol. Les données dont on dispose sur le risque possible d'anomalies fœtales après l'échec d'un

avortement médicamenteux sont limitées et peu concluantes ; il est par conséquent inutile d'insister sur l'interruption d'une grossesse exposée aux médicaments abortifs si la mère souhaite la poursuivre. Néanmoins, puisqu'on ne connaît pas le risque lié aux médicaments abortifs pour le fœtus, il faut que les femmes sachent que leur suivi est important (12, 133).

Les femmes dont l'avortement est incomplet peuvent généralement être gardées en observation à moins de présenter des saignements vaginaux importants, ou peuvent se voir proposer une nouvelle administration de misoprostol ou une intervention chirurgicale pour terminer l'avortement. Comme les femmes qui subissent une interruption de grossesse au-delà de 12 SA courent davantage de risques d'hémorragie et d'avortement incomplet, il faudrait les garder sous observation clinique jusqu'à ce que le fœtus et le placenta aient été expulsés. De plus, il faudrait que les avortements médicamenteux après la 9^{ème} SA aient lieu dans un établissement de soins de santé, bien que les recherches se poursuivent pour déterminer si l'avortement à domicile pour un sous-groupe particulier de cette tranche d'âge gestationnel serait sûr et approprié.

Bibliographie

1. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
2. Grimes DA, Cates W, Jr. Complications from legally-induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 1979, 34(3):177–191.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline no. 7*. London, RCOG Press, 2004.
4. Kulier R et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (1):CD002855.
5. Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*, 2010, 83:30–33.
6. Laing FD, Frates MC. Ultrasound evaluation during the first trimester of pregnancy. In: Callen P, ed. *Ultrasonography in obstetrics and gynecology*, 4th ed. Philadelphia, WB Saunders, 2010:118–119.
7. Penney GC et al. A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:599–604.
8. Low N et al. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, (3):CD005217.
9. Sawaya GF et al. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a metaanalysis. *Obstetrics and Gynecology*, 1996, 87:884–890.
10. Shannon C et al. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*, 2004, 70:183–190.
11. *Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2003.
12. *Frequently asked clinical questions about medical abortion*. Geneva, World Health Organization, 2006.
13. Majhi AK et al. Ectopic pregnancy-an analysis of 180 cases. *Journal of the Indian Medical Association*, 2007, 105:308–312.
14. Barnhart KT et al. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. *Fertility and Sterility*, 2006, 86:36–43.
15. Finn R et al. Experimental studies on prevention of Rh haemolytic disease. *British Medical Journal*, 1961, 1(523):1486–1490.
16. Naik K et al. The incidence of fetomaternal haemorrhage following elective termination of first-trimester pregnancy. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 1988, 27:355–357.
17. Fiala C, Fux M, Gemzell DK. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2003, 82:892–903.
18. Urquhart DR, Templeton A. Reduced risk of isoimmunisation in medical abortion. *Lancet*, 1990, 335:914.
19. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
20. Baker A, Beresford T. Informed consent, patient education and counseling. In: Paul M et al. eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009:48–62.
21. Henshaw RC et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal*, 1993, 307:714–717.
22. Slade P et al. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:1288–1295.
23. Honkanen H, von Hertzen H. Users' perspectives on medical abortion in Finland. *Contraception*, 2002, 65:419–423.

24. Winikoff B et al. Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone–misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 176:431–437.
25. Honkanen H et al., WHO Research Group on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111:715–725.
26. Cameron IT, Baird DT. The return to ovulation following early abortion – a comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinologica*, 1988, 118:161–167.
27. Hamoda H et al. A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112(8):1102–1108.
28. Tang OS et al. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, 2002, 17:654–658.
29. Kapp N et al. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD007207.
30. Newmann SJ et al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (8):CD007310.
31. Grimes DA, Schulz KF, Cates WJ. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *Journal of the American Medical Association*, 1984, 251:2108–2112.
32. Schulz KF, Grimes DA, Cates W. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet*, 1983, 1(8335):1182–1185.
33. Borgatta L, Kapp N. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*, 2011, 84(1):4–18.
34. World Health Organization, Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. *Cervical ripening with mifepristone (RU 486) in late first trimester abortion*. Geneva, World Health Organization, 1994 (Report No. 50).
35. Smith G et al. Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1979, 133:489–498.
36. Belanger E, Melzack R, Lauzon P. Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain*, 1989, 36:339–350.
37. Renner RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009;(2):CD006712.
38. Borgatta L, Nickinovich D. Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine*, 1997, 42:287–293.
39. Solo J. Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. *Reproductive Health Matters*, 2000, 8:45–51.
40. Faymonville ME et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain*, 1997, 73:361–367.
41. Marc I et al. The use of hypnosis to improve pain management during voluntary interruption of pregnancy: an open randomized preliminary study. *Contraception*, 2007, 75:52–58.
42. Suprpto K, Reed S. Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1984, 150:1000–1001.
43. Matambo J, Moodley J, Chigumadzi P. Analgesia for termination of pregnancy. *South African Medical Journal*, 1999, 89:816.
44. Cade L, Ashley J. Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anaesthesia and Intensive Care*, 1993, 21:93–96.

45. Hein A, Jakobsson J, Ryberg G. Paracetamol 1 g given rectally at the end of minor gynaecological surgery is not efficacious in reducing postoperative pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 1999, 43:248–251.
46. Dahl V, Fjellanger F, Raeder JC. No effect of pre-operative paracetamol and codeine suppositories for pain after termination of pregnancies in general anaesthesia. *European Journal of Pain*, 2000, 4:211–215.
47. Jackson E, Kapp N. Pain control in first and second trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83:116–126.
48. Lawson HW et al. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1994, 171:1365–1372.
49. Mackay H, Schulz KF, Grimes D. Safety of local versus general anaesthesia for second trimester dilation and evacuation abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 1985, 66:661–665.
50. Osborn JF et al. General-anaesthesia, a risk factor for complication following induced-abortion. *European Journal of Epidemiology*, 1990, 6:416–422.
51. Drey E et al. Safety of intra-amniotic digoxim administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 182:1063–1066.
52. Lalitkumar S et al. Mid-trimester induced abortion: a review. *Human Reproduction Update*, 2007, 13:37–52.
53. Hammond C. Recent advances in second-trimester abortion: an evidence-based review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 200:347–356.
54. Nucatola D, Roth N, Gatter M. A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*, 2010, 81:67–74.
55. Greenslade F et al. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care*, 1993, 3:1–4.
56. Niinimäki M et al. Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114:795–804.
57. Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD002900.
58. Creinin MD. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*, 2000, 62:117–124.
59. Paul M et al, eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009.
60. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics and Gynecology*, 1990, 76:129–135.
61. Cates W, Grimes DA, Schulz KF. Abortion surveillance at CDC – creating public health light out of political heat. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19:12–17.
62. Grimes DA et al. The Joint Program for the Study of Abortion/CDC – a preliminary report. Abortion in the seventies. In: Hern WM, Andrikopoulos B, eds. *Abortion in the seventies: proceedings of the Western Regional Conference on Abortion*. New York, National Abortion Federation, 1977:41–54.
63. Lean T et al. A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1976, 14:481–486.
64. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (1):CD003037.
65. Darney PD, Sweet RL. Routine intraoperative ultrasonography for second trimester abortion reduces incidence of uterine perforation. *Journal of Ultrasound Medicine*, 1989, 8:71–75.
66. Grimes DA, Hulka JF, McCuthen ME. Midtrimester abortion by dilatation and evacuation versus intra-amniotic instillation of prostaglandin F2 alpha: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1980, 137:785–790.
67. Grimes DA, Smith MS, Witham AD. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111(2):148–153.

68. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (1):CD006714.
69. Ashok PW et al. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction*, 1998, 13:2962–2965.
70. Trussell J, Ellertson C. Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception*, 1999, 60:119–135.
71. Urquhart DR et al. The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation; UK multicentre study – final results. *Contraception*, 1997, 55:1–5.
72. Swahn ML, Bygdeman M. The effect of the antiprogesterin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1988, 95:126–134.
73. *WHO model list of essential medicines*, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
74. Sang G, He C, Shao Q. A large-scale introductory trial on termination of early pregnancy by mifepristone in combination with different prostaglandins. *Chinese Journal of Clinical Pharmacology*, 1999, 15:323–329.
75. Creinin MD, Aubeny E. Medical abortion in early pregnancy. In: Paul M et al, eds. *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, Churchill Livingstone, 1999:91–106.
76. Elul B et al. Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion – data from a trial in China, Cuba, and India. *Contraception*, 1999, 59:107–114.
77. Ngoc NTN et al. Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25:10–14 and 33.
78. Tran NT et al. Feasibility, efficacy, safety and acceptability of mifepristone-misoprostol for medical abortion in the Democratic People's Republic of Korea. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2010, 109:209–212.
79. *Essential medicines: WHO model list*, 12th ed. Geneva, World Health Organization, 2002.
80. Fjerstad M et al. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361:145–151.
81. World Health Organization, Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000, 107:524–530.
82. Mckinley C, Thong KJ, Baird DT. The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, 1993, 8:1502–1505.
83. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. *British Medical Journal*, 1993, 307:532–537.
84. World Health Organization. Pregnancy termination with mifepristone and gemeprost: a multicenter comparison between repeated doses and a single dose of mifepristone. *Fertility and Sterility*, 1991, 56:32–40.
85. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Lowering the doses of mifepristone and gemeprost for early abortion: a randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:738–742.
86. von Hertzen H et al. Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: a randomised factorial controlled equivalence trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2009, 116:381–389.
87. Elrefaey H et al. Induction of abortion with mifepristone (Ru-486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:983–987.
88. Ngo TD et al. *Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review*. Geneva, World Health Organization, 2011 (Report no. 89).
89. Hajri S et al. Expanding medical abortion in Tunisia: women's experiences from a multi-site expansion study. *Contraception*, 2004, 70:487–491.

90. Breitbart V. Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 183(2 Suppl.):S26–S33.
91. Wildschut H et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD005216.
92. Ho PC, Chan YF, Lau W. Misoprostol is as effective as gemeprost in termination of second trimester pregnancy when combined with mifepristone: a randomised comparative trial. *Contraception*, 1996, 53:281–283.
93. Gemzell-Danielsson K, Ostlund E. Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost – the clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2000, 79:702–706.
94. Tang OS, Thong KJ, Baird DT. Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. *Contraception*, 2001, 64:29–32.
95. Bugalho A et al. Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 µg of vaginal misoprostol. *Contraception*, 2000, 61:47–50.
96. Costa SH, Vessey MP. Misoprostol and illegal abortion in Rio-De-Janeiro, Brazil. *Lancet*, 1993, 341:1258–1261.
97. Faundes A et al. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2):S172–S177.
98. Ho PC et al. Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2):S178–S181.
99. Thong KJ, Robertson AJ, Baird DT. A retrospective study of 932 second trimester terminations using gemeprost (16,16 dimethyl-trans delta 2 PGE1 methyl ester). *Prostaglandins*, 1992, 44:65–74.
100. UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Methotrexate for the termination of early pregnancy: a toxicology review. *Reproductive Health Matters*, 1997, 9:162–166.
101. Powell HR, Ekert H. Methotrexate-induced congenital malformations. *Medical Journal of Australia*, 1971, 2:1076–1077.
102. Diniz E et al. Efietos sobre o concepto do metotrexato (ametofterina) administrado à mae. Apresentação de caso. *Revista do Hospital das Clinicas, Faculdade de Medicina à Universidade de Sao Paulo*, 1978, 33:286–290.
103. Feldkamp M, Carey JC. Clinical teratology counseling and consultation case-report – low-dose methotrexate exposure in the early weeks of pregnancy. *Teratology*, 1993, 47:533–539.
104. *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. Geneva, World Health Organization, 1994.
105. Tuncalp O, Gulmezoglu AM, Souza J. Surgical procedures to evacuate incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD001993.
106. Neilson JP et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD007223.
107. Diop A et al. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*, 2009, 79:456–462.
108. Tang OS et al. Pharmacokinetics of repeated doses of misoprostol. *Human Reproduction*, 2009, 24:1862–1869.
109. *FDA public health advisory; sepsis and medical abortion*. Silver Spring, MD, US Food and Drug Administration, 2010.
110. Ho CS et al. Undiagnosed cases of fatal Clostridium-associated toxic shock in Californian women of childbearing age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 201:459–457.
111. Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during 1st-trimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1989, 161:406–408.

112. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 113:1117–1123.
113. *Medical methods for termination of pregnancy*. WHO Technical Report Series 871. Geneva, World Health Organization, 1997.
114. Atrash HK, Hogue CJ. The effect of pregnancy termination on future reproduction. *Baillières Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 1990, 4:391–405.
115. Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357:648–653.
116. Cates W Jr, Grimes DA, Schulz KF. The public health impact of legal abortion: 30 years later. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2003, 35:25–28.
117. Rowland Hogue CJ et al. Answering questions about long-term outcomes. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009:252–263.
118. Lurie S et al. The influence of midtrimester termination of pregnancy on subsequent fertility: four to five years follow-up. *Contraception*, 1994, 50:239–241.
119. Beral V et al. Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83 000 women with breast cancer from 3.6 countries. *Lancet*, 2004, 363:1007–1016.
120. Melbye M et al. Induced abortion and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 1997, 336:81–85.
121. Dagg PKB. The psychological sequelae of therapeutic-abortion – denied and completed. *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148:578–585.
122. Major B et al. Abortion and mental health evaluating the evidence. *American Psychologist*, 2009, 64:863–890.
123. World Health Organization. Standard precautions in health care. *WHO Infection Control*, October 2007, Epidemic and Pandemic Alert and Response (http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf, accessed 1 September 2011).
124. *WHO guidelines on hand hygiene and health care. First global patient safety challenge, clean care is safer care*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf, accessed 1 September 2011).
125. Sopwith W, Hart T, Garner P. Preventing infection from reusable medical equipment: a systematic review. *BMC Infectious Diseases*, 2002, 2:4.
126. Tietjen L, Bossemeyer D, McIntosh N. *Infection prevention: guidelines for healthcare facilities with limited resources*. Baltimore, MD, Jhpiego, 2003 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACT433.pdf, accessed 1 September 2011).
127. World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) IP. *Family planning: a global handbook for providers*. Baltimore and Geneva, CCP and WHO, 2008.
128. Goodman S et al. A. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*, 2008, 78:143–148.
129. Reeves MF, Smith KJ, Creinin MD. Contraceptive effectiveness of immediate compared with delayed insertion of intrauterine devices after abortion: a decision analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 2007, 109:1286–1294.
130. Roberts H, Silva M, Xu S. Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 2010, 82:260–265.
131. Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1168–1173.
132. Reeves MF et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 2009, 34:104–109.
133. Sitruk-Ware R, Davey A, Sakiz E. Fetal malformation and failed medical termination of pregnancy. *Lancet*, 1998, 352:323.

CHAPITRE 3

Planification et gestion des soins liés à l'avortement sécurisé

Résumé

La planification et la gestion des soins liés à l'interruption légale de grossesse, pratiquées dans de bonnes conditions, supposent que l'on examine un certain nombre de questions relatives au système de santé. Ces questions s'appliquent indifféremment aux services publics, privés ou à but non lucratif. Dans la plupart des cas, de légères modifications d'établissements existants, l'acquisition d'un minimum de matériel et de médicaments supplémentaires et/ou la possibilité d'une formation élémentaire permettraient d'offrir de tels services là où l'offre n'existait pas auparavant, ou d'améliorer la qualité, la sécurité, l'efficacité et la capacité de services existants. Pour mettre en place et/ou renforcer des services existants, il faut s'appuyer sur une planification minutieuse faisant appel aux principes et aux recommandations qui suivent, élaborés à partir d'analyses de la littérature scientifique pertinente, et sur des processus consultatifs récents de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (indiqués par des liens menant à des publications en ligne).

- *L'établissement de normes et de lignes directrices nationales* facilitant l'accès aux meilleurs soins en cas d'avortement et la pratique de ces soins, dans les limites de la loi. Ces normes et ces directives devraient concerner : les types de services d'avortement, leur implantation et les personnes habilitées à les dispenser ; le matériel, les instruments, les fournitures, les médicaments et les moyens essentiels dont dispose l'établissement ; les mécanismes d'orientation-recours ; le respect de la prise de décision éclairée de la femme, de son autonomie, du secret médical, et de sa vie privée, en accordant une attention particulière aux besoins spécifiques des adolescentes ; les dispositions particulières pour les femmes victimes de viol ; et l'objection de conscience de la part des prestataires de soins.
- *La garantie de la compétence et des bons résultats des prestataires de soins*, par : de la formation ; un encadrement coopératif et facilitateur ; des processus de surveillance, d'évaluation, et de la qualité. La formation doit viser l'acquisition de compétences et aborder les attitudes des prestataires de soins et les questions éthiques liées à l'avortement provoqué pratiquée dans de bonnes conditions (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002_eng.pdf). La surveillance et l'évaluation supposent la collecte systématique de données statistiques et d'indicateurs concernant l'avortement sécurisé, l'utilisation de listes de contrôle, des études périodiques spéciales, et des mécanismes de retour de l'information pour permettre une amélioration continue de la qualité (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/924156315x/en/index.html>).
- *Le financement* : les budgets des services de santé devraient comprendre les coûts en personnel, les programmes de formation, le matériel, les médicaments, les fournitures, ainsi que les dépenses d'équipement. On doit aussi tenir compte de la nécessité d'offrir des services financièrement abordables aux femmes qui en ont besoin. La dépense résultant de l'implantation de services d'avortement sécurisé dans des services de santé existants sera vraisemblablement modeste, comparée à celle que représente l'avortement non sécurisé pour le système de santé, et aux avantages que présentent ces services pour la santé des femmes (<http://screening.iarc.fr/doc/policybrief1.pdf>).

- *Une approche systématique pour l'élaboration des politiques et des programmes* : autrement dit, planifier et mettre en œuvre les politiques et les programmes en gardant à l'esprit le résultat final souhaité, à savoir promouvoir la santé des femmes et leurs droits fondamentaux. Cela implique d'évaluer la situation actuelle ; de mettre en place des interventions et de tester leur faisabilité, leur acceptabilité et leur efficacité à petite échelle ; puis de passer à grande échelle celles ayant fait leurs preuves, pour que les bénéfices obtenus puissent avoir un impact plus large sur la performance des systèmes de santé et la santé et le bien-être des femmes, de leurs familles et leurs communautés (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241500319/en/index.html).

3.1 Introduction

Ce chapitre expose les facteurs à prendre en compte pour mettre en place et/ou renforcer des services d'avortement sécurisé. Il met l'accent sur les éléments clés de l'accès à l'avortement sécurisé, ainsi que sur le processus de mise en place de politiques, de programmes et de services, notamment en ce qui concerne l'évaluation des besoins et des priorités ; l'introduction d'interventions à petite échelle, et la généralisation de celles qui ont fait leur preuve, afin d'élargir leur impact.

Les décideurs politiques et les responsables des services de santé qui cherchent à offrir des services de santé génésique devraient toujours veiller à ce que des services d'avortement sécurisé soient facilement accessibles et disponibles, dans toute la mesure permise par la loi. Dans tous les pays, les femmes ont recours à des avortements provoqués. Dans les endroits où existent des services légaux accessibles et disponibles, ces avortements sont généralement pratiqués dans de bonnes conditions ; mais là où

la loi restreint sévèrement l'accès et la disponibilité des services légaux, les avortements sont souvent pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité. Les lois sur l'avortement et les services d'avortement devraient protéger la santé et les droits fondamentaux de toutes les femmes, y compris des adolescentes. Ils ne devraient pas créer de situations telles que les femmes et les adolescentes se sentent obligées d'avorter dans un environnement non sécurisé. En fait, il y a dans la plupart des pays une ou plusieurs indications légales à l'avortement sécurisé. Cependant, dans les pays où les lois sur l'avortement provoqué sont très restrictives, il se peut que les services se limitent essentiellement au traitement des complications résultant d'avortements non sécurisés. Un tel traitement est souvent désigné par le terme de « soins après avortement », ou « soins post-avortement ». Le traitement d'urgence des complications de l'avortement est essentiel pour diminuer le nombre de décès et de lésions faisant suite aux avortements non sécurisés, mais il ne peut en aucun cas remplacer la protection de la santé des femmes et de leurs droits fondamentaux qu'offre l'interruption légale de grossesse pratiquée dans de bonnes conditions de sécurité.

3.2 Un ensemble de services

L'intégration des services d'avortement dans le système de santé, soit sous forme de services publics soit sous forme de services à but non lucratif financés par les gouvernements, leur permettra de faire reconnaître et de rendre légitime leur statut de services de santé, et de protéger les femmes et les agents de santé contre toute stigmatisation et discrimination.

Les services d'avortement devraient toujours fournir au minimum :

- des informations médicales précises sur l'avortement sous une forme que la femme peut comprendre et dont elle peut se rappeler, et des

conseils non directifs si la femme le souhaite afin de faciliter sa prise de décision éclairée ;

- des soins liés à l'avortement dispensés sans délai ;
- un traitement en temps utile des complications de l'avortement, y compris les complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité ;
- des informations et des services en matière de contraception, ainsi que des transferts si besoin, pour éviter la répétition d'une grossesse non désirée et réduire la nécessité d'un autre avortement.

L'accès à l'avortement sécurisé dépend non seulement de la disponibilité des services, mais aussi de la manière dont ils sont dispensés et du traitement des femmes dans le contexte clinique. Les services devraient être délivrés d'une manière qui respecte la dignité de la femme, garantit son droit à la vie privée et tient compte de ses besoins et de ses attentes. On devrait porter une attention particulière aux besoins spécifiques des femmes nécessiteuses, des adolescentes, et des femmes vulnérables et marginalisées.

3.3 Lignes directrices et normes factuelles

Dans de nombreux pays, il n'y a pas de normes et de directives fondées sur les preuves en matière d'offre de services d'avortement, y compris pour le traitement des complications de l'avortement. Les normes concernant les soins liés à l'avortement reposent sur les principes fondamentaux et les exigences essentielles permettant d'assurer un accès équitable à des services d'avortement légaux et de qualité appropriée. Les directives concernant les soins liés à l'avortement consistent en recommandations

basées sur des éléments d'appréciation factuels en vue de dispenser des soins sécurisés en cas d'avortement. Dans les pays où des normes et des directives existent déjà, il faut les réviser et les mettre à jour régulièrement pour qu'elles soient le reflet des nouvelles données relatives aux meilleures pratiques médicales et qu'elles continuent ainsi à promouvoir le bien-être physique, mental et social des femmes. Les normes et les directives devraient être élaborées et actualisées avec comme objectif de lever les obstacles qui s'opposent à l'obtention d'un niveau de santé sexuelle et génésique le plus élevé possible.

3.3.1 Les types de services d'avortement, leur implantation et les personnes habilitées à les dispenser

La disponibilité des structures de soins et de prestataires qualifiés, accessibles à l'ensemble de la population, est essentielle pour l'accès à des services de qualité en cas d'avortement. La réglementation régissant les prestataires et les structures de soins devrait s'inspirer des meilleures pratiques avérées et avoir pour but de garantir la sécurité, la qualité et l'accessibilité des services. Les établissements pratiquant l'avortement, aussi bien dans le secteur public que privé, devraient être disponibles à tous les niveaux du système de santé, avec mise en place de mécanismes d'orientation-recours appropriés entre les établissements.

Tout prestataire de soins suffisamment qualifié, y compris les prestataires de catégorie intermédiaire (c'est-à-dire, autres que les médecins), est en mesure de dispenser des soins liés à l'avortement dans les meilleures conditions (3-5, 6). Le terme « prestataires de catégorie/niveau intermédiaire » dans le cadre de ce document désigne toute une série de personnels cliniques non médecins (par ex. sages-femmes, infirmières, personnel soignant, auxiliaires

ENCADRÉ 3.1

Types de service pouvant être établis à chaque niveau du système de santé

Au niveau de la communauté :

- éducation pour la santé/information sur la santé génésique, y compris la contraception et l'avortement ;
- distribution de moyens contraceptifs appropriés ;
- formation de tous les agents de santé à l'information sur la détection de la grossesse et sur les services légaux d'avortement sécurisé, ainsi qu'à l'orientation des patientes ;
- formation de tous les agents de santé à la reconnaissance des complications d'un avortement et au transfert rapide des femmes pour traitement ;
- transport vers les services pour la prise en charge des complications de l'avortement ;
- formation de tous les agents de santé (et autres professionnels importants de la communauté tels que les policiers et les professeurs) pour leur permettre de reconnaître les signes d'un viol et d'adresser les victimes à des services de santé ou à d'autres services sociaux.

Au niveau des centres de soins de santé primaires :

- tous les éléments de soins mentionnés au niveau communautaire ;
- la formation de tous les personnels de santé offrant des services de santé génésique au conseil en matière de contraception, de grossesse non désirée et d'avortement ;
- un large éventail de méthodes de contraception, notamment les DIU, les implants et les contraceptifs injectables ;
- l'aspiration (manuelle ou électrique), pour les grossesses d'âge gestationnel allant jusqu'à 12–14 SA (voir chapitre 2) ;
- les méthodes médicamenteuses pour les grossesses d'âge gestationnel allant jusqu'à 9 SA (ou jusqu'à 12 SA (si la patiente peut rester au centre jusqu'à ce que l'avortement soit terminé (voir chapitre 2) ;
- la stabilisation clinique, la fourniture d'antibiotiques, et l'évacuation utérine, pour les femmes présentant des complications d'un avortement ;
- l'aspiration ou le traitement par du misoprostol dans le cas d'un avortement incomplet ;
- le transfert rapide des femmes nécessitant des soins pour un avortement ou le traitement de complications qui ne peuvent pas être prises en charge sur place

Au niveau des hôpitaux de recours :

- tous les éléments de soins liés à l'avortement mentionnés pour les centres de soins de santé primaires ;
- la possibilité d'une stérilisation en plus des autres méthodes de contraception ;
- des services d'avortement à tous les stades de la grossesse et dans toutes les situations prévues par la loi ;
- la prise en charge des complications de l'avortement ;
- l'information et des programmes destinés aux groupes dont les besoins ne sont pas couverts dans toute la zone desservie ;
- la formation de tous les cadres professionnels de santé à la pratique de l'avortement.

médicaux, visiteuses familiales, et autres) qui sont formés pour exécuter des gestes cliniques simples dans le domaine de la santé génésique, comme l'examen pelvien bimanuel pour déterminer l'âge de la grossesse et la position de l'utérus, l'auscultation fœtale, et d'autres procédures transcervicales, et qui peuvent être formés à la pratique de l'avortement dans de bonnes conditions de sécurité.

Les soins liés à l'avortement dispensés au niveau des soins primaires et dans les services ambulatoires d'établissements de soins de niveau supérieur sont sûrs, et minimisent les coûts tout en maximisant le confort et la rapidité d'exécution des soins pour la femme (7). Quand la capacité d'offrir des services d'avortement de bonne qualité n'existe pas encore au niveau des soins de santé primaires, l'orientation vers des services de niveaux plus élevés est essentielle (voir encadré 3.1). Autoriser la prise de misoprostol à domicile après l'administration de mifépristone au centre de soins peut améliorer encore le respect de la vie privée, la commodité et l'acceptabilité des services, sans pour autant compromettre la sécurité (8–10). L'avortement dans un cadre hospitalier devrait être réservé à la prise en charge de l'avortement médicamenteux pour les grossesses d'âge gestationnel supérieur à 9 semaines (63 jours) et à la prise en charge des complications graves de l'avortement (voir chapitre 2).

3.3.1.1 Au niveau de la communauté

Les agents de santé travaillant dans la communauté jouent un rôle important pour aider les femmes à éviter des grossesses non désirées, en leur fournissant des informations et des conseils sur la contraception, ainsi que des méthodes contraceptives, et en les informant des risques d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité (11). Ils peuvent également informer les femmes des lieux où elles pourront se procurer un test de grossesse et comment obtenir une interruption de grossesse légale et sécurisée, et référer les femmes souffrant

de complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, pour qu'elles reçoivent des soins d'urgence. Outre les agents de santé communautaires, les pharmaciens peuvent eux aussi aider les femmes à éviter des grossesses non désirées, en leur fournissant des informations précises sur la contraception et des méthodes contraceptives. Ils peuvent également fournir des tests de grossesse et orienter les femmes vers des services d'avortement sécurisé.

3.3.1.2 Centres de soins de santé primaires

On peut pratiquer l'aspiration et les méthodes d'avortement médicamenteuses au niveau des soins primaires en ambulatoire, car elles ne nécessitent pas de connaissances ni de compétences techniques avancées, aucun matériel coûteux tel que celui destiné aux échographies, et pas d'effectif hospitalier complet (par ex., un anesthésiste) (12). Le personnel compte des infirmières, des sages-femmes, des assistants et, dans certains cas, des médecins. Le personnel de santé ayant les compétences nécessaires pour pratiquer un examen pelvien bimanuel afin de diagnostiquer et de dater une grossesse, et pour pratiquer un geste transcervical tel que la pose d'un DIU, peut être formé à la pratique de l'aspiration (5, 6, 13–15). Quand les méthodes médicamenteuses sont homologuées et disponibles, les prestataires de soins de catégorie intermédiaire peuvent aussi administrer et superviser les services d'avortement (3, 16, 17). Aussi bien pour l'aspiration que pour les méthodes d'avortement médicamenteuses, il doit y avoir en place des mécanismes de transfert permettant d'assurer un plus haut niveau de soins (12).

3.3.1.3 Hôpitaux de recours

Les hôpitaux de recours doivent avoir le personnel et la capacité nécessaires pour pratiquer des avortements dans toutes les situations autorisées par la loi et pour prendre en charge toutes les complications d'avortements.

3.3.2 Les différentes méthodes d'avortement

Le respect de la méthode d'avortement que choisit une femme parmi différentes méthodes sécurisées et efficaces, est une valeur importante dans la prestation de services de santé. Bien que le choix de la méthode reflète les capacités de chaque système de santé, même ceux dont les ressources sont les plus limitées devraient être en mesure de proposer les méthodes médicamenteuses et l'aspiration. Dans le cas où l'on ne peut pas proposer plusieurs méthodes, au moins une méthode recommandée devrait toujours être disponible. L'aspiration et les méthodes médicamenteuses devraient par ailleurs être disponibles à grande échelle pour traiter les femmes souffrant de complications d'un avortement, qu'il s'agisse d'un avortement spontané ou d'un avortement non sécurisé.

3.3.3 Certification et accréditation des professionnels de santé et des établissements

Lorsque la certification du personnel de santé pratiquant les avortements est exigée, il faut veiller à ce qu'il se conforme bien aux critères de la dispensation des soins liés à l'avortement conformément aux normes nationales, et il ne faut pas créer d'obstacles à l'accès aux services légaux. La certification et l'accréditation des services d'avortement doivent être les mêmes que pour les autres interventions médicales et ne doivent pas constituer un obstacle à la disponibilité et la dispensation des soins liés à l'avortement.

Les critères d'accréditation, le cas échéant, ne doivent pas imposer un recours excessif à une infrastructure, du matériel ou du personnel qui ne sont pas indispensables pour dispenser des soins de qualité. Les critères d'accréditation des établissements devraient bien faire la distinction entre les conditions imposées au niveau primaire et les conditions imposées aux différents niveaux de recours,

afin de faciliter, au lieu de limiter, l'accès aux soins. Les critères d'accréditation devraient être les mêmes pour les secteurs publics et privés et pour les centres à but non lucratif.

3.3.4 Mécanismes d'orientation-recours

Comme pour toutes les interventions en matière de santé, des systèmes d'orientation-recours qui fonctionnent bien sont essentiels pour réussir à offrir des soins sécurisés en cas d'avortement. Pouvoir diriger les femmes en temps voulu vers des établissements appropriés permet de réduire le délai pour se faire soigner, d'augmenter la sécurité, et peut permettre d'atténuer la gravité des complications de l'avortement (12).

3.3.5 Respect de la prise de décision libre et éclairée des femmes, de leur autonomie, et de leur vie privée, ainsi que du secret médical, en accordant une attention particulière aux besoins spécifiques des adolescentes et de certaines femmes

Dans le cadre des lois nationales sur l'avortement, des normes devraient protéger la prise de décision autonome, libre et éclairée, la non-discrimination, ainsi que le secret médical et la vie privée pour toutes les femmes, y compris les adolescentes (18). Ces droits fondamentaux sont inscrits dans les traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme, ainsi que dans les constitutions et les lois de chaque pays.

3.3.5.1 Prise de décision libre et éclairée

Selon le contexte et sa situation personnelle, une femme ayant à faire face à une grossesse non désirée peut se sentir vulnérable. Elle doit être traitée avec respect et compréhension, et être informée de façon à comprendre ce qui lui arrive, pour qu'elle puisse faire son choix en échappant à toute pression,

contrainte ou discrimination. Les personnels de santé devraient être formés pour soutenir la prise de décision libre et éclairée des femmes. Ils devraient aussi être sensibilisés aux situations dans lesquelles une femme peut être amenée à interrompre sa grossesse contre son gré (par ex. à cause de son état de santé, si elle vit avec le VIH notamment). Dans ces cas-là, une attention particulière doit lui être portée, pour s'assurer qu'elle prend sa décision librement et en toute connaissance de cause.

3.3.5.2 Autorisation d'une tierce personne

Une femme cherchant à avorter est un adulte autonome. Cela veut dire que des adultes mentalement aptes n'ont pas besoin de l'autorisation d'une tierce personne, comme le mari, le partenaire, un parent ou un tuteur, pour avoir accès à un service de santé. Les personnels de santé ne devraient donc pas exiger d'autorisation d'un tiers, à moins qu'elle ne soit exigée par la loi et les réglementations afférentes.

Il se peut que les adolescentes hésitent à faire appel aux services de santé dont elles ont besoin si elles pensent qu'on va leur demander d'obtenir la permission de leurs parents ou de leur tuteur, et cette hésitation augmente la probabilité qu'elles aient recours à un avortement clandestin. Les prestataires de soins de santé doivent donc être formés à informer, conseiller et traiter les adolescentes en fonction de leur capacité à comprendre le traitement et les possibilités de soins offertes, et non pas en fonction d'un âge limite fixé arbitrairement (19). Les agents de santé devraient encourager les mineures à identifier ce qui est dans leur intérêt, notamment à parler de leur grossesse à leurs parents ou à un autre adulte de confiance, sans aucun préjugé, ni aucune discrimination ou contrainte.

3.3.5.3 Protection des femmes ayant des besoins particuliers

Selon le contexte, les femmes célibataires, les adolescentes, celles qui vivent dans une extrême pauvreté, les femmes appartenant à des minorités ethniques, à des groupes de réfugiés et d'autres personnes déplacées, les femmes souffrant de handicaps, et celles qui subissent des violences domestiques, peuvent être vulnérables et bénéficier d'un accès inéquitable aux services d'avortement sécurisé. Le personnel des services d'avortement doit s'assurer que toutes les femmes sont traitées sans discrimination et avec respect.

La discrimination et la stigmatisation associées à des handicaps physiques et mentaux et à des problèmes de santé, comme le fait de vivre avec le VIH, sont très répandues et peuvent être utilisées comme un motif pour forcer les femmes à interrompre leur grossesse. La contrainte viole les droits des femmes au consentement éclairé et à la dignité, et ne doit pas être tolérée (20). Ainsi, les prestataires de soins ont l'obligation éthique de s'assurer que ces femmes ne subissent aucune contrainte et qu'elles reçoivent les soins psychologiques, sociaux et sanitaires nécessaires à l'appui de leur choix.

3.3.5.4 Confidentialité et vie privée

La peur que le secret médical ne soit pas préservé empêche beaucoup de femmes – en particulier les adolescentes et les femmes célibataires – de faire appel aux services légaux d'avortement sécurisé, et peut les amener à rechercher les services de prestataires clandestins et dangereux, ou à provoquer elles-mêmes l'avortement. Le secret médical est un principe fondamental de l'éthique médicale et un des aspects du droit à la vie privée (21) ; il doit absolument être garanti. Les prestataires de soins ont donc le devoir de protéger les données médicales contre toute communication non autorisée

et de veiller à ce que les patientes qui autorisent la divulgation d'informations confidentielles les concernant le font librement et en toute connaissance de cause. Les adolescentes jugées suffisamment mûres pour recevoir des conseils sans la présence d'un parent ou d'une autre personne ont droit au respect de leur vie privée, et peuvent exiger la confidentialité des services et des traitements qui leur sont administrés (voir section 3.3.5.2).

Les administrateurs des services de santé doivent veiller à ce que le maximum soit fait dans les établissements pour que les conversations entre les femmes et les prestataires, ainsi que les soins eux-mêmes, se déroulent dans le respect de la vie privée. Par exemple, les salles réservées aux interventions devraient être partagées en plusieurs pièces permettant de préserver l'intimité auditive et visuelle de chaque femme, et seul le personnel de l'établissement ayant les compétences requises pour l'avortement provoqué devrait être présent. Il devrait y avoir un endroit isolé réservé au déshabillage, des rideaux aux fenêtres, et des draps en tissu ou en papier pour couvrir la patiente pendant l'intervention.

3.3.5.5 Dispositions particulières pour les femmes victimes de viol

Les femmes qui sont enceintes à la suite d'un viol ont besoin d'être traitées avec davantage de délicatesse, et tous les niveaux du système de santé devraient être en mesure de leur fournir des soins et un soutien appropriés. Il convient d'élaborer des normes et des lignes directrices relatives à la pratique de l'avortement en pareil cas, et de dispenser une formation adaptée au personnel de santé et aux policiers. Ces normes ne devraient pas imposer de démarches juridiques ou administratives inutiles, par exemple de demander à la femme de porter plainte ou d'identifier le violeur (22). L'idéal serait qu'elles fassent partie d'un ensemble de normes et de lignes directrices relatives à la prise en charge globale de

victimes de viols, comprenant les soins physiques et psychologiques, la contraception d'urgence, la prophylaxie post-exposition pour la prévention de l'infection par le VIH, le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) ou des blessures, la collecte des preuves résultant de l'examen médico-légal, ainsi que le conseil et le suivi (20).

3.3.6 L'objection de conscience pour les professionnels de santé

Certains professionnels de la santé se refusent parfois à pratiquer l'avortement pour objection de conscience, sans pour autant adresser la patiente à un autre prestataire. Chaque agent de santé a le droit d'objecter en conscience à la pratique de l'avortement, mais ce droit ne l'autorise pas à entraver ou à refuser l'accès aux services légaux d'avortement retardant ainsi les soins, ce qui met la santé et la vie de la femmes en danger. Dans un tel cas, les agents de santé ont l'obligation d'adresser la patiente à un autre professionnel consentant et qualifié du même établissement, ou d'un établissement facilement accessible, en accord avec les lois nationales. Quand ce transfert n'est pas possible, l'agent de santé a l'obligation de pratiquer l'avortement dans de bonnes conditions de sécurité, pour sauver la vie de la femme ou pour éviter un risque grave pour sa santé. Les femmes qui présentent des complications résultant d'un avortement illégal ou non sécurisé doivent être traitées au plus vite et avec respect, comme tout autre patient en situation d'urgence, sans adopter de comportements punitifs, ou encombrés de partis pris ou de préjugés (voir également chapitre 4).

3.4 Équipement des installations et formation des prestataires de soins de santé

Pour pratiquer des avortements dans de bonnes conditions de sécurité, il faut que les établissements soient bien équipés et les prestataires de soins de santé solidement formés. Il revient aux autorités de santé publique de s'assurer que des systèmes sont en place pour l'approvisionnement et la distribution continue et rapide de l'ensemble du matériel médical, des médicaments, des contraceptifs et des fournitures nécessaires à la prestation de services en toute sécurité. De plus, les prestataires de soins ont besoin d'une formation initiale et continue appropriée, basée sur des lignes directrices systématiquement actualisées en matière de soins liés à l'avortement sécurisé.

3.4.1 Préparation et équipement des installations

Pour dispenser des soins de bonne qualité, les établissements pratiquant l'avortement doivent être bien préparés et bien équipés. Des services de soutien, tels que la gestion des achats, une chaîne logistique d'approvisionnement qui fonctionne bien, et des mécanismes de financement, sont aussi importants que la formation des prestataires pour pouvoir implanter de nouveaux services. Quand les services existent déjà, la modernisation des infrastructures permet d'optimiser le flux des patientes et d'augmenter l'intimité et la satisfaction des utilisatrices, tandis que l'introduction de méthodes actualisées, telles que l'aspiration et les méthodes médicamenteuses, peut améliorer la sécurité et réduire les coûts (23, 24).

3.4.1.1. Matériel, médicaments et fournitures essentiels

Les matériel, médicaments et fournitures requis pour mettre en œuvre l'aspiration (manuelle et électrique) et les méthodes médicamenteuses (voir tableau 3.1) sont, pour la plupart, ceux dont on a besoin pour d'autres services gynécologiques.

Le passage à l'aspiration au moyen de canules en plastique dépend des approbations officielles et de la disponibilité locale des instruments concernés. Dans les structures où les instruments utilisés pour l'aspiration manuelle (AM) ne sont pas des dispositifs médicaux approuvés, on devra s'efforcer de les faire ajouter à la liste du matériel standard approuvé par le gouvernement.

Ces instruments et produits médicaux devraient systématiquement figurer dans les systèmes de planification, de budgétisation, d'achat, de distribution et de gestion. Les critères pour choisir les instruments à utiliser sont : la qualité, la durabilité, le coût, et la capacité du système à assurer un approvisionnement et un entretien régulier dans le temps. Comme pour tout autre médicament, il convient de se procurer la mifépristone et le misoprostol à usage abortif auprès de fabricants qui respectent les bonnes pratiques de fabrication (BPF).

Les instruments pour l'aspiration manuelle sont à usage unique ou multiple. Quand ces instruments sont destinés à être réutilisés, il faut absolument se procurer ceux qui peuvent supporter un usage répété, de multiples nettoyages et stérilisations ou désinfections de haut niveau, et également disposer des fournitures appropriées pour ces désinfections/stérilisations. Les instruments à usage unique doivent être soigneusement détruits pour éviter au personnel et à la communauté tout risque sanitaire. Le matériel réutilisable permet de faire des économies, mais il faut suivre des procédures de nettoyage et de désinfection très strictes (voir chapitre 2).

Tableau 3.1 Médicaments, fournitures et matériel pour les soins liés à l'avortement sécurisé

| Étape de l'intervention | Médicaments et fournitures | Matériel |
|---|--|--|
| Évaluation clinique Avortement chirurgical (matériel pour dilata- tion et évacuation (D&E) indiqué en gras) | <ul style="list-style-type: none"> • Gants d'examen propres • Eau propre • Détergent ou savon • Agent pour la préparation du col (par ex. comprimés de misoprostol, dilateurs osmotiques, mifépristone) • Médicaments contre la douleur, tels qu'analgésiques et anxiolytiques • Gants • Blouse, masque • Aiguilles (calibre 22 pour le bloc paracervical et calibre 21 pour l'injection de médicaments) • Seringues (5, 10 et 20 ml) • Lidocaïne pour le bloc paracervical • Compresses de gaz ou boules de coton • Solution antiseptique (sans alcool) pour préparer le col • Solution de trempage des instruments • Solutions et matériels pour stérilisation ou désinfection de haut niveau • Silicone pour lubrifier les seringues | <ul style="list-style-type: none"> • Appareil pour mesurer la tension • Stéthoscope • Spéculum (large pour augmenter l'exposition du col, et court pour éviter de repousser le col, ou spéculum de Sims si un assistant peut être présent) • Pince de Pozzi (pince atraumatique) • Dilateurs coniques jusqu'à 37 mm (jusqu'à 51 mm) ou ayant une circonférence équivalente. • Aspirateur : pompe à vide électrique (avec canules de 14 ou 16 mm) ou manuelle et canules jusqu'à 12 mm • Pince-forceps de Bierer pour évacuation utérine (grande et petite taille) • Pince-forceps de Sopher pour évacuation utérine (petite taille) • Curette souple post-partum, grande taille • Pince porte-coton ou porte-pansements • Bol en acier inoxydable pour solution de préparation • Plateau pour instruments • Plat en verre transparent pour l'examen des tissus • Passoire (en métal, en verre ou en gaze) |
| Avortement médicamenteux | <ul style="list-style-type: none"> • Mifépristone • Misoprostol • Médicaments contre la douleur | <ul style="list-style-type: none"> • Endroit isolé avec des chaises, séparé des salles de soins prénatals ou d'accouchement, pour les femmes qui attendent l'expulsion au centre • Toilettes adaptées |
| Réveil et convalescence | <ul style="list-style-type: none"> • Serviettes hygiéniques ou coton hydrophile • Analgésiques • Antibiotiques • Information sur l'auto-prise en charge après l'avortement • Information sur la contraception et moyens contraceptifs après l'avortement, et/ou transfert | <ul style="list-style-type: none"> • Appareil pour mesurer la tension • Stéthoscope |
| En cas de complications | <ul style="list-style-type: none"> • Antagonistes appropriés des médicaments utilisés contre la douleur • Utérotoniques (ocytocine, misoprostol ou ergométrine) • Voie veineuse (intraveineuse) et liquides (soluté physiologique, lactate de sodium, glucose) • Mécanismes de transfert bien établis vers un établissement de niveau supérieur, si besoin | <ul style="list-style-type: none"> • Oxygène et ballon d'insufflation type Ambu • Accès sur place à l'échographie (facultatif) • Long porte-aiguille et fils de suture • Ciseaux • Pansements utérins (tamponnement) |

3.4.1.2 Réglementations relatives aux médicaments et appareils

Chaque pays a des réglementations spécifiques pour l'homologation et l'importation des médicaments et du matériel médical, tel que les instruments pour l'aspiration manuelle. Cependant, la *liste modèle OMS des médicaments essentiels*, qui a été adaptée dans de nombreux pays sous forme de liste nationale des médicaments essentiels, comprend l'association mifépristone-misoprostol pour l'avortement médicamenteux, le misoprostol seul pour le traitement de l'avortement incomplet et de la fausse-couche, des analgésiques non narcotiques tels les anti-inflammatoires non stéroïdiens (par exemple l'ibuprofène), des tranquillisants (par exemple le diazépam) et des anesthésiques locaux (la lidocaïne) (25). L'inclusion dans la liste nationale des médicaments essentiels signifie que le médicament est homologué et disponible dans le pays. Lorsqu'un médicament n'est pas homologué, certains pays pourront autoriser l'importation par le truchement du système OMS de certification de la qualité des produits pharmaceutiques entrant dans le commerce international (26).

Les articles figurant dans le tableau 3.1 qui sont spécifiques aux services d'avortement devraient être inclus dans le programme national de gestion logistique des fournitures médicales et être disponibles pour les prestataires de soins de santé qui les demandent.

3.4.2 Veiller à la compétence et aux bons résultats des prestataires de soins de santé

3.4.2.1 Compétences et formation des prestataires

Les prestataires de soins de santé qui pratiquent des aspirations en cas d'avortement incomplet peuvent apprendre à pratiquer des avortements provoqués, avec un minimum de formation supplémentaire. Tous ces opérateurs peuvent également être formés à la pratique de l'avortement médicamenteux.

En plus de l'apprentissage du savoir-faire, la participation à des exercices de clarification des valeurs peut aider les opérateurs à bien faire la différence entre leurs propres croyances et attitudes et les besoins des femmes sollicitant des services d'avortement (27). La clarification des valeurs est un exercice qui permet de comprendre comment les valeurs personnelles influencent la manière dont les opérateurs interagissent avec les femmes cherchant à avorter. Malgré les efforts des opérateurs pour rester objectifs, il reste des croyances négatives et bien ancrées sur l'avortement, et sur les femmes qui avortent, qui influencent souvent le jugement professionnel et la qualité des soins (28, 29).

Dans beaucoup d'endroits, pour garantir l'accessibilité de services légaux d'avortement sécurisés à toutes les femmes y ayant droit, il faudra former des professionnels de la santé de niveau intermédiaire (30–34). Des études comparatives n'ont montré aucune différence dans les taux de complications des aspirations manuelles au premier trimestre, qu'elles soient pratiquées par un prestataire de niveau intermédiaire ou par un médecin (6). Les compétences et les résultats attendus, qui figurent dans les normes et les lignes directrices, devraient servir de référence pour la formation avant emploi de tous les cadres concernés ; les prestataires pratiquant des avortements devraient par ailleurs bénéficier périodiquement d'une formation continue pour garantir le maintien de leurs compétences dans le cadre de l'exécution de leur travail conformément aux normes relatives à l'avortement.

3.4.2.2 Programmes de formation

Comme pour toute autre intervention en matière de santé, les programmes de formation sur l'avortement devraient être fondés sur les compétences à acquérir et se dérouler dans des établissements ayant suffisamment de patientes pour permettre aux élèves d'acquérir la pratique requise, y compris pour la

prise en charge des complications de l'avortement. De plus, la formation devrait aborder l'attitude et les croyances du prestataire de soins en matière de santé sexuelle et génésique, y compris l'avortement provoqué, le respect de la vie privée et de la confidentialité, le droit de toutes les femmes à être traitées avec dignité et respect, et la réponse aux besoins particuliers des adolescentes, des femmes victimes de viol, et de celles qui peuvent être vulnérables pour des raisons sanitaires ou socio-économiques.

La formation des prestataires de soins de santé sur les procédures cliniques toutes récentes ou actualisées peut être un outil puissant pour faire changer les pratiques. Toutefois, la formation seule ne suffit pas. Les prestataires, une fois formés, ont besoin d'être soutenus pour mettre en pratique leurs toutes nouvelles compétences, et ont besoin de travailler dans un environnement qui garantit un approvisionnement suffisant en médicaments et en matériel, une rémunération adaptée et un développement professionnel pour appuyer l'offre de services d'avortement sécurisé. Ils nécessitent également un encadrement et une surveillance coopératifs et facilitateurs pour s'assurer que les normes et les lignes directrices sont bien suivies. L'encadré 3.2 indique les programmes de formation recommandés pour tous les professionnels de santé offrant des services d'avortement.

3.5 Surveillance, évaluation et amélioration de la qualité

Comme pour tous les services de santé, assurer des soins de bonne qualité en cas d'avortement dépend de l'efficacité des processus de surveillance, d'évaluation et d'assurance/amélioration de la qualité. La collecte correcte des statistiques de service ainsi que la surveillance et l'évaluation systématiques au niveau des établissements de soins sont des composantes essentielles de la gestion des programmes, et le retour d'informations basé sur l'analyse de ces données fournit les informations nécessaires pour améliorer l'accès et maintenir et améliorer la qualité des services offerts.

3.5.1 Surveillance

La surveillance s'exerce sur la mise en œuvre des services, y compris les changements qui surviennent avec le temps. La surveillance systématique peut aider les responsables et les superviseurs à identifier et résoudre ou éviter les problèmes avant que la situation ne s'aggrave et devienne ingérable. Une bonne surveillance comprend l'écoute du personnel de santé, qui peut avoir des recommandations importantes à formuler pour améliorer la qualité des soins. Une surveillance bien conçue permet aux responsables des établissements et aux superviseurs d'informer en retour le personnel sur les problèmes qui se posent et de l'engager à participer à la recherche de solutions. Au niveau de l'établissement, les mécanismes de surveillance comprennent l'analyse des statistiques courantes des services, l'examen des cas, l'étude des dossiers, l'observation, les listes de contrôle, les évaluations

Programmes de formation recommandés pour les prestataires de services d'avortement

Contexte dans lequel opèrent les services d'avortement :

- dispositions légales, réglementaires et politiques ;
- effets sur la santé d'un avortement non sécurisé ;
- responsabilité éthique liée à la pratique de l'avortement (ou à l'orientation des patientes lorsque le professionnel de santé objecte en conscience à pratiquer l'avortement) et au traitement des complications résultant d'un avortement non sécurisé ;
- normes et lignes directrices nationales relatives aux soins liés à l'avortement ;
- droits fondamentaux liés à l'avortement sécurisé.

Conseil et interaction patiente-prestataire :

- mise au point relative à l'attitude et aux croyances des prestataires en ce qui concerne l'avortement ;
- confidentialité et vie privée ;
- talents de communication interpersonnelle et de conseil ;
- information sur l'avortement et la contraception ;
- problèmes et risques associés au VIH et autres IST ;
- prise en compte des besoins de toutes les femmes, y compris les adolescentes, les femmes néces- siteuses, les femmes issues de minorités ethniques, les femmes déplacées et les réfugiées, les femmes souffrant de handicaps, les victimes de viol, les femmes vivant avec le VIH ou d'autres IST ;
- reconnaissance des signes montrant que la femme a subi des violences et conseils pour l'aider à bénéficier d'un soutien et de conseils supplémentaires ;
- prise de décisions éclairée.

Compétences cliniques :

- anatomie et physiologie ayant un rapport avec la grossesse et son interruption ;
- évaluation précédant l'intervention (par ex. antécédents médicaux, examens, datation de la grossesse) ;
- dépistage des IST ;
- dilatation du col utérin ;
- évacuation utérine ;
- prévention des infections ;
- prise en charge de la douleur ;
- reconnaissance et prise en charge des complications de l'avortement ;
- prise en charge et soins après l'intervention, y compris information, services et moyens disponibles en matière de contraception ;
- critères et procédures d'orientation-recours.

Questions administratives et gestionnaires et assurance qualité :

- organisation des services pour optimiser le flux des patientes tout en préservant la vie privée et la confidentialité des données ;
- tenue des dossiers et établissement de rapports sur les statistiques de services ;
- meilleures pratiques pour préserver la vie privée et la confidentialité des données ;
- logistique, matériel et gestion des stocks ;
- surveillance, évaluation, et amélioration/assurance de la qualité ;
- mécanismes efficaces de transfert et de transport ;
- normes relatives à la supervision et à l'encadrement.

Tableau 3.2. Indicateurs des soins liés à l'avortement sécurisé^a

| Domaine | Indicateur | Type de mesure | Type d'indicateur (principal ^b , supplémentaire ^c) | Source de données |
|------------------------------|---|----------------|---|--|
| Accès : disponibilité | Nombre d'établissements offrant des services d'interruption de grossesse sécurisée pour 500 000 habitants | Taux | Supplémentaire | SIS ^d |
| | Soignants formés à l'interruption de grossesse sécurisée dans la mesure autorisée par la loi | Pourcentage | Supplémentaire | Enquête (établissement) |
| | Population vivant à moins de 2 heures de route d'un établissement assurant des services d'interruption de grossesse sécurisée | Pourcentage | Supplémentaire | Enquête (population) |
| Accès : information | Population connaissant la législation en matière d'avortement | Pourcentage | Supplémentaire | Enquête (population) |
| | Personnel de santé connaissant la législation en matière d'avortement | Pourcentage | Supplémentaire | Enquête (établissement) |
| Accès : qualité | Centres de prestation de services utilisant les méthodes recommandées par l'OMS pour les avortements provoqués | Pourcentage | Supplémentaire | Enquête (établissement) |
| | Centres de prestation de services utilisant les méthodes recommandées par l'OMS pour la prise en charge des complications de l'avortement | Pourcentage | Supplémentaire | Enquête (établissement) |
| Résultats | Admissions en obstétrique et gynécologie pour une interruption de grossesse | Pourcentage | Principal | SIS |
| | Taux d'hospitalisation pour des avortements non sécurisés pour 1000 femmes | Taux | Supplémentaire | SIS |
| | Interruptions de grossesse pour 1000 naissances vivantes | Ratio | Principal | SIS/Enquête (population) |
| | Décès maternels imputés à des interruptions de grossesse | Pourcentage | Principal | SIS/Enquête (spéciale)/ Registre d'état civil |

^a D'autres indicateurs relatifs à l'accès universel à la santé génésique figurent dans la référence 38.

^b Indicateurs qui devront faire l'objet de rapports de tous les pays.

^c Indicateurs qui pourront faire l'objet de rapports selon les besoins spécifiques des pays, leurs particularités contextuelles, et leurs capacités (par ex. s'ils disposent de nombreuses données de base).

^d Système d'information sanitaire.

Tableau adapté de la référence 38.

internes, et les audits portant sur les décès maternels et les quasi-accidents, ainsi que l'obtention d'un retour d'informations de la part des utilisateurs des services afin d'améliorer la qualité des soins. Les statistiques courantes des services d'avortement comprennent : l'âge et le nombre de femmes ayant eu recours à un avortement provoqué (aspiration, avortement médicamenteux, D&E) et l'âge gestationnel de la grossesse.

La surveillance des indicateurs nationaux relatifs à l'avortement sécurisé est importante et a été largement négligée (35). Dans le cadre de la surveillance du programme national de santé maternelle et génésique, il conviendrait de prévoir l'introduction d'indicateurs spécifiques de l'avortement, et de statistiques de service. Chaque établissement de soins peut intégrer les données relatives aux services d'avortement dans les systèmes de gestion existants (par exemple, les formulaires, registres, états des stocks, listes de contrôle, dossiers des patientes, registres d'activité journalière) plutôt qu'en créer d'autres (36, 37). Les indicateurs OMS des soins liés à l'avortement sécurisé (38) sont présentés dans le tableau 3.2.

3.5.2 Assurance de la qualité et amélioration de la qualité

L'assurance et l'amélioration de la qualité passent par des processus planifiés et systématiques ayant pour but d'identifier des résultats quantifiables à partir des normes et lignes directrices nationales et des points de vue des utilisateurs de services sanitaires et des prestataires de soins, de recueillir des données qui indiquent dans quelle mesure ces résultats ont été obtenus, et de fournir des informations en retour aux directeurs de programmes et aux prestataires de services. Les processus d'amélioration de la qualité doivent s'efforcer

d'identifier et d'éliminer les obstacles, aussi bien individuels qu'organisationnels, qui s'opposent à l'obtention d'une bonne qualité de soins (39–41). En ce qui concerne les soins liés à l'avortement, l'objectif est de stimuler et d'accompagner les changements vers une amélioration continue, dans le cadre du maintien de services de bonne qualité qui répondent aux besoins des prestataires de soins, ainsi qu'aux besoins et aux droits des femmes en matière de soins de santé. L'amélioration de la qualité implique la surveillance continue des services dispensés en routine, des résultats obtenus par les opérateurs et de l'état de santé des patientes, ainsi que des analyses périodiques conduites à l'échelon des établissements (42).

3.5.3 Évaluation

L'évaluation consiste en l'analyse systématique des processus et des résultats des prestations de services. Une évaluation exhaustive exige de multiples sources de données, notamment des statistiques de service, un retour d'informations de la part des prestataires de soins de santé et de la part des femmes et des communautés concernées, et des données financières. Les évaluateurs de programmes peuvent porter leur attention sur trois domaines essentiels liés aux politiques, aux programmes et aux services : l'accès ; la disponibilité ; et la qualité des soins. L'encadré 3.3 décrit des exemples de toute une série de problèmes et de questions à prendre en compte pour l'analyse périodique et l'évaluation. Les réponses à ces questions pourront renseigner les décideurs et les directeurs de programmes et leur permettre de mieux comprendre et de surmonter les obstacles existants à l'accès aux soins et à l'amélioration de leur qualité.

ENCADRÉ 3.3

Questions et problématiques à prendre en compte pour l'analyse périodique et l'évaluation globale des services d'avortement

Ces questions et problématiques ne servent qu'à des fins d'analyse ; pour les recommandations de l'OMS correspondantes, voir chapitres 2, 3 et 4.

Accès aux services d'avortement sécurisé

Quels sont les fondements juridiques de l'avortement provoqué ?

- sur demande ;
- des raisons socio-économiques ;
- la santé (sans précision ; comme défini par l'OMS ; ou dans des conditions particulières) ;
- la santé mentale (sans précision, ou dans des conditions particulières) ;
- la santé physique (sans précision, ou dans des conditions particulières) ;
- le viol ;
- l'inceste ;
- la préservation de la vie.

Quels sont les coûts des services d'avortement pour les femmes ?

- honoraires officiels :
 - honoraires du prestataire ;
 - frais de l'établissement ;
- honoraires officieux des opérateurs ;
- frais de transport ;
- frais d'hébergement ;
- coûts d'opportunité ;
- assurance privée ;
- couverture maladie/protection sociale ;

Faut-il obtenir l'autorisation d'un tiers avant de pratiquer un avortement ?

- autorisation des parents ou du représentant légal, ou du conjoint/partenaire ;
- autorisations de commissions médicales ;
- autorisation donnée par plus d'un spécialiste ou médecin.

Disponibilité des services d'avortement sécurisé

Y a-t-il suffisamment d'établissements pour proposer des soins sécurisés à toutes les femmes cherchant à avorter ?

- nombre d'établissements offrant des services d'interruption de grossesse sécurisée pour 500 000 habitants.

Quels sont les coûts des soins liés à l'avortement sécurisé pour l'établissement ?

- salaire de l'opérateur ;
- matériel/instruments et fournitures ;
- produits médicaux ;
- formation continue ;
- autres dépenses d'équipement et coûts de fonctionnement.

Quelles sont les statistiques disponibles liées à l'avortement ?

- nombre total d'admissions en obstétrique/ gynécologie ;
- nombre total d'avortements provoqués ;
- nombre total de complications immédiates et tardives ;
- pourcentage de complications ayant nécessité une hospitalisation ;
- nombre total de complications qui se sont présentées (suite à un avortement spontané ou à un avortement non sécurisé)

Quelles sont les méthodes d'avortement disponibles et utilisées ?

Pour les grossesses d'âge gestationnel <12–14 SA:

- aspiration ;
- mifépristone et misoprostol ;
- misoprostol seul ;
- dilatation et curetage.

encadré 3.3 (suite)

Pour les grossesses d'âge gestationnel >12-14 semaines :

- dilatation et évacuation ;
- mifépristone et misoprostol ;
- misoprostol seul ;
- instillation d'un soluté physiologique hypertonique ;
- lactate d'éthacridine.

Qualité des soins

Les prestataires de services d'avortement ont-ils les compétences requises pour pratiquer un avortement sécurisé ?

- confirmation de grossesse ;
- estimation de l'âge gestationnel ;
- technique d'intervention chirurgicale appropriée ;
- prise en charge correcte de la douleur ;
- schéma d'avortement médicamenteux approprié ;
- suivi approprié.

Les bonnes pratiques de prévention des infections sont-elles systématiquement respectées ?

- respect systématique des précautions standard ;
- emploi de la technique « sans contact » pour l'avortement chirurgical ;
- trempage initial des instruments utilisés ;
- nettoyage des instruments ;
- désinfection de haut niveau ou stérilisation des instruments médicaux ;
- administration d'une antibiothérapie prophylactique pour l'avortement chirurgical.

Quelles sont les options disponibles pour la prise en charge de la douleur, et quelle est la prise en charge réellement offerte ?

- techniques de relaxation verbales ;
- analgésie ;
- anesthésie locale ;
- sédation ;
- anesthésie générale.

Quelles sont les méthodes contraceptives disponibles, et quelles sont celles proposées ?

- méthodes mécaniques :
 - préservatifs ;
 - barrières cervicales ;
- méthodes basées sur l'observation du cycle ;
- méthodes hormonales :
 - pilules ;
 - anneau vaginal ;
 - patch cutané ;
 - produits injectables ;
 - implants ;
- DIU ;
- stérilisation ;
- contraceptifs d'urgence.

Quels sont les supports d'information, d'éducation et de communication disponibles, et quelle est l'information systématiquement fournie ?

- pour l'intervention ;
- pour les soins de suite ;
- pour la contraception ;
- pour les autres besoins.

Des services de conseil sont-ils systématiquement offerts ?

- pour l'intervention ;
- pour les soins de suite ;
- pour la contraception ;
- pour les autres besoins.

Les services sont-ils gérés efficacement et rationnellement ?

- mise en place systématique d'une formation continue ;
- encadrement adéquat ;
- financement suffisant ;
- achat, distribution et réapprovisionnement suffisants pour ce qui concerne les instruments, les médicaments et les fournitures ;
- systèmes intégrés de gestion adéquats ;
- mécanismes pour l'assurance/amélioration de la qualité ;
- mécanismes de surveillance et d'évaluation des services.

encadré 3.3 (suite)

Un système de transfert et de référence adéquat est-il en place pour :

- les avortements provoqués (notamment pour les cas d'objection de conscience à la dispensation des services)
- la prise en charge des complications ;
- la contraception ;
- les infections de l'appareil reproducteur ;
- les actes de violence à caractère sexiste.

Tous les aspects de la vie privée d'une femme sont-ils préservés en ce qui concerne son avortement ?

- intimité visuelle pendant l'examen et l'intervention ;
- intimité auditive pendant le conseil, l'examen et l'intervention ;
- personnel non indispensable exclu de la pièce pendant l'intervention ;
- offre de la prise de misoprostol à domicile à la suite de la prise de mifépristone ;
- toilettes avec intimité préservée ;
- signalétique discrète de l'emplacement des services d'avortement.

La confidentialité des données relatives à l'avortement d'une femme est-elle préservée ?

- limitation de l'accès aux dossiers médicaux ;
- respect du secret médical pour toutes les femmes, y compris les adolescentes.

Les délais pour se faire soigner sont-ils réduits au minimum ?

- pas de périodes d'attente obligatoires ;
- temps nécessaire entre la demande d'intervention et sa planification ;
- temps passé à attendre l'intervention ;
- temps total passé à l'hôpital/en consultation.

Existe-t-il d'autres obstacles potentiels s'opposant à la prestation de services ?

- exigences de dépistage du VIH et d'autres tests qui ne sont pas cliniquement indiqués ;
- conseil obligatoire allant au-delà de la simple fourniture d'information en rapport avec les soins liés à l'avortement concernant la patiente ;
- obligation de passer une échographie avant l'avortement ;
- obligation pour la femme d'écouter les battements cardiaques du fœtus avant l'avortement ;
- nécessité d'inscription de l'avortement provoqué aux dossiers médicaux permanents, pour lesquels la confidentialité ne peut pas être garantie.

Points de vue des femmes sur les services d'avortement

- l'opérateur ayant pratiqué l'avortement et le personnel du centre étaient-ils aimables et professionnels ?
- les informations fournies sur l'intervention, la contraception et le suivi étaient-elles suffisantes ?
- la patiente a-t-elle eu la possibilité de poser des questions ?
- a-t-on répondu convenablement à ces questions ?
- la protection de la vie privée était-elle respectée ?
- la femme recommanderait-elle l'établissement ?
- la femme recommanderait-elle l'opérateur ayant pratiqué l'avortement ?

Points de vue des prestataires de services d'avortement

- l'organisation et la mise en œuvre des services répondent-elles à des normes factuelles ?
- la qualité des soins est-elle suffisante ?
- comment la satisfaction au travail pourrait-elle être améliorée ?
- le soutien du superviseur est-il adéquat ?
- les incitations au travail (par ex. salaire, commissions, opportunités de développement professionnel) sont-elles suffisantes ?

3.6 Financement

Les budgets des services de santé devraient inclure des fonds suffisants pour les coûts suivants :

- le matériel, les médicaments et les fournitures nécessaires à la pratique de l'avortement sécurisé ;
- les salaires du personnel ;
- les programmes de formation et l'encadrement ;
- la modernisation des infrastructures ;
- la tenue des dossiers ;
- le suivi-évaluation.

Lorsque le programme sur l'avortement pourra être intégré au programme national de santé maternelle et génésique, les coûts marginaux de la mise en place ou de l'amélioration des services d'avortement seront minimisés. En général, les services d'avortement sécurisé nécessitent peu de compétences, médicaments, matériel ou fournitures autres que ceux déjà disponibles pour les soins gynécologiques et obstétricaux d'urgence, voire même aucun en plus.

3.6.1 Coût pour l'établissement ou le système de santé

La pratique des interruptions légales de grossesse est beaucoup moins coûteuse que le traitement des complications des interruptions pratiquées dans de mauvaises conditions de sécurité (43–47). Les coûts liés à la pratique de l'avortement par aspiration comprennent des dépenses d'équipement ponctuelles et modestes, telles qu'un aspirateur ou du matériel pour l'aspiration manuelle ; une table d'examen ; un stérilisateur ou un autoclave ; la rénovation des salles d'attente, de consultation et de réveil ; et des toilettes. Les coûts récurrents, à savoir les dépenses de fonctionnement, comprennent ceux liés à l'achat d'instruments et de fournitures que l'on devra

recommander régulièrement comme les canules et les pompes à vide manuelles ; les solutions antiseptiques et les désinfectants très puissants utilisés pour le retraitement des instruments ; et les médicaments pour la prise en charge de la douleur, la prévention des infections et l'avortement médicamenteux.

Les décisions prises sur le choix des méthodes d'avortement à offrir et sur la façon d'organiser ces services ont une influence directe sur le coût de la dispensation de ces services et sur leur accessibilité économique. Deux questions d'ordre organisationnel revêtent une importance particulière : l'utilisation préférentielle de l'aspiration ou des méthodes médicamenteuses plutôt que de la D&C, et l'information des femmes sur la nécessité de venir consulter plus tôt au lieu de plus tard dans la grossesse dans le cas d'un avortement provoqué.

- Le fait de passer de la dilatation et du curetage (D&C) à l'aspiration ou aux méthodes médicamenteuses pour l'évacuation utérine est plus sûr pour la patiente et peut réduire les coûts pour le système de santé (23, 24). L'aspiration peut être pratiquée dans un bureau ou une salle d'examen par un prestataire de soins de santé de catégorie intermédiaire formé à cela, tandis que la dilatation et le curetage sont souvent effectués dans un bloc opératoire par un médecin. Par ailleurs, on administre en général moins de médicaments contre la douleur lors d'une aspiration que lors d'une D&C (23, 47, 48).
- Si le système de santé informe bien les femmes de la nécessité de venir consulter au tout début de la grossesse, la possibilité de recourir alors à des méthodes à moindre coût augmentera en comparaison des méthodes onéreuses nécessaires pour des grossesses avancées. Par exemple, on a montré que l'introduction de l'association mifépristone-misoprostol

s'accompagnait de mouvements de population optant pour l'avortement plus tôt dans la grossesse (49, 50). Le recours au misoprostol à domicile offre une plus grande souplesse pour la femme et diminue le personnel nécessaire et l'utilisation des centres de soins. Il permet également d'offrir ces services à un niveau de soins inférieur du système de santé, et donc plus près des lieux de résidence des femmes, diminuant ainsi les coûts associés au trajet vers les centres.

3.6.2 Rendre ces services financièrement abordables pour les femmes

Dans bon nombre d'endroits, il n'existe pas de régime national d'assurance maladie ou s'il existe, il ne couvre pas de larges pans de la population ou n'inclut pas l'interruption de grossesse dans les prestations offertes. D'autres sources de financement des services de santé sont souvent employées, parmi lesquelles l'appel à contribution des personnes qui utilisent le système de santé. L'OMS recommande que les paiements dus par les particuliers pour les services de santé dont ils ont bénéficié soient collectés sous forme de prépaiement, plutôt qu'au moment où le service a été dispensé (51). Toutefois, dans de nombreux endroits, on demande habituellement à l'utilisateur de payer des honoraires, qui peuvent constituer un obstacle important à l'accès aux services pour les femmes nécessiteuses et les adolescentes. De plus, on peut demander aux femmes cherchant à avorter de payer des honoraires officieux (honoraires demandés par les opérateurs en plus des frais à payer au système de santé officiel) qui, s'ajoutant aux dépenses de transport et aux coûts d'opportunité tels que les pertes de revenu, constituent un obstacle difficile à franchir pour beaucoup de femmes. Il est probable que l'obstacle du coût pour les femmes se traduise par des coûts plus élevés pour le système de santé, car il augmente le

nombre de femmes qui essaient d'avorter par leurs propres moyens ou qui ont recours à des prestataires non qualifiés, et qui finissent par nécessiter une hospitalisation pour des complications graves (52, 53).

Le respect, la protection, et l'application intégrale des droits fondamentaux exigent que les femmes puissent accéder à des services légaux d'avortement quelle que soit leur situation financière. Les mécanismes de financement devraient assurer un accès équitable à des services de bonne qualité (54). Quand on perçoit des honoraires pour un avortement, ils devraient être calculés en fonction des possibilités de paiement de la patiente, et des procédures devraient être mises en place pour exempter les plus pauvres et les adolescentes de payer pour ces services. Autant que faire se peut, la couverture des services d'avortement devrait être prévue dans les régimes d'assurance maladie. Un avortement ne devrait jamais pouvoir être refusé ou différé parce qu'une femme n'est pas en mesure de payer. De plus, tous les établissements devraient avoir des procédures en place pour veiller à ce que des honoraires officieux ne soient pas exigés par le personnel.

3.7 Le processus de planification et de gestion des soins liés à l'avortement sécurisé

La mise en place de nouveaux services d'avortement ou le renforcement de l'accès aux services d'avortement existants et de la qualité des soins qui y sont dispensés, à l'échelle nationale ou sub-nationale, dans toute la mesure permise par la loi, devraient être conduits par des intervenants dévoués et déterminés, susceptibles d'assurer un leadership fort, d'identifier et de recruter d'autres partenaires, et de mobiliser des fonds et une assistance technique à l'appui de toutes sortes d'actions. Il serait idéal que

le leadership se situe au sein du ministère/département de la santé ou d'une autre institution ayant pour mission d'influencer et de mobiliser les initiatives nationales. Les acteurs importants comprennent par exemple : les représentants d'autres ministères ou départements du gouvernement, tels que ceux en charge de l'éducation, de la condition de la femme et de la parité des sexes, de la justice, de l'administration locale, des affaires sociales, et de la jeunesse ; les facultés de médecine ; les associations de professionnels de la santé - en particulier celles des gynécologues-obstétriciens, mais également celles des médecins de famille, des infirmières, des sages-femmes et des pharmaciens ; d'autres cadres de la santé publique ; les défenseurs de la santé des femmes : les organisations non gouvernementales qui se consacrent aux femmes, à la jeunesse, à la santé et aux droits de l'homme ; d'autres représentants de la société civile ; et les principaux partenaires de développement (55).

Le processus d'amélioration de l'accès aux soins en cas d'avortement et de la qualité de ces soins doit se fonder sur les principes suivants : un processus qui devrait être placé sous la direction et sous le contrôle du pays ; reposer sur des faits ; inclure de multiples points de vue ; être participatif ; englober l'égalité entre les sexes et la non-discrimination ; être fondé sur la santé et les droits fondamentaux ; et axé sur le système (55).

Le renforcement des services d'avortement est un véritable défi en termes de politique et de gestion, en plus d'une réelle mission clinique ou technique. *L'Approche stratégique de l'OMS pour le renforcement des politiques et des programmes de santé sexuelle et génésique* est une méthodologie qui a été utilisée avec efficacité (55–60). L'Approche stratégique repose sur la création d'une équipe d'évaluation

réunissant un large éventail d'intéressés, tels que ceux mentionnés ci-dessus, équipe qui mène une évaluation sur le terrain pour identifier et hiérarchiser les besoins liés à l'accès aux services d'avortement et de contraception, ainsi que la disponibilité et la qualité des soins de ces services. En fonction des résultats et des recommandations de l'équipe d'évaluation, un ensemble d'interventions politiques et programmatiques font l'objet de tests pilotes à une échelle limitée pour obtenir la preuve de leur faisabilité, leur efficacité et leur acceptabilité au niveau local. Les interventions qui ont fait leurs preuves sont ensuite généralisées pour élargir leur impact.

Quelle que soit la méthode adoptée, il est important que les mesures prises en vue de renforcer les politiques et les services soient basées sur une connaissance approfondie du système de prestations de services, des besoins des prestataires, des besoins des femmes, et du contexte social, culturel, légal, politique et économique existant. Il est également important d'y intégrer de nombreux points de vue. Cela facilitera l'acceptabilité des recommandations et des plans basés sur cette évaluation, qui auront de ce fait plus de chances d'être mis en œuvre. Il est particulièrement important d'y inclure les points de vue des utilisatrices et des utilisatrices potentielles, qui sont les mieux à même de déterminer les obstacles à l'utilisation des services. Il est également important que l'évaluation étudie l'accessibilité des services de santé sexuelle et génésique en général, et l'accès à l'information et au conseil sur la contraception, ainsi qu'aux méthodes contraceptives, en particulier, car ce sont des déterminants importants de l'incidence des grossesses non désirées.

3.7.1 Évaluer la situation actuelle

Les situations locales nécessitant une amélioration des soins liés à l'avortement varient considérablement sur le plan de l'échelle – du niveau du système jusqu'au niveau de l'établissement individuel – et des domaines particuliers ayant besoin d'être renforcés. En ce qui concerne l'amélioration des soins liés à l'avortement au niveau des établissements, voir la section 3.5.2. Au niveau national ou au niveau du système de santé, la première étape pour évaluer la situation actuelle relative aux grossesses non désirées et à l'avortement consiste à recueillir et à analyser les données existantes sur :

- les lois sur la sexualité, la contraception, et l'avortement ;
- les accords ratifiés relatifs aux droits de l'homme ;
- l'accessibilité et la disponibilité des contraceptifs ;
- l'éducation sexuelle ;
- les normes et les lignes directrices relatives aux prestations de services ;
- les programmes de cours des instituts de formation en soins de la santé, et d'autres écoles professionnelles ;
- la disponibilité des médicaments et des dispositifs médicaux liés à la pratique de l'avortement ;
- les statistiques en matière de santé à l'échelon des établissements et à l'échelon national ;
- les enquêtes démographiques et celles portant sur la santé génésique ;
- les études de recherche pertinentes ;
- l'assurance maladie ou d'autres mesures visant à réduire les dépenses à la charge des patientes pour les services d'avortement.

Après avoir réuni et soigneusement analysé les informations disponibles, l'équipe de terrain est en mesure d'élaborer des guides de discussion à l'intention des décideurs, des prestataires de soins de santé, des femmes et d'autres membres concernés de la communauté. Les questions destinées à guider une évaluation sur le terrain pourraient aborder la façon dont les politiques, les programmes et les services peuvent être renforcés afin de :

- prévenir les grossesses non désirées ;
- améliorer l'accessibilité et la disponibilité de l'avortement sécurisé ;
- améliorer la qualité des soins liés à l'avortement.

Explorer chacun de ces points en détail aidera l'équipe à identifier et à hiérarchiser les besoins les plus cruciaux en matière de politiques et de programmes. Un guide pratique est disponible, comportant davantage d'informations détaillées sur le processus de réalisation d'une évaluation stratégique (61) (consultable à l'adresse http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/RHR_02_11/en/).

3.7.2 Introduire des interventions pour renforcer les soins liés à l'avortement

Les nouvelles interventions d'ordre stratégique et programmatique devraient s'inspirer des pratiques jugées les meilleures d'après des éléments d'appréciation factuels. Une grande partie des éléments d'appréciation nécessaires aux politiques et aux programmes sur l'avortement se reflètent dans les recommandations présentées dans ce document d'orientation. Toutefois, les directeurs de programmes veulent souvent s'assurer, preuves à l'appui au niveau local, de la faisabilité, de l'efficacité, de l'acceptabilité et du coût de l'introduction de changements dans les modèles stratégiques et

programmatisées, ou dans les modes de prestation de services, avant d'affecter des ressources à la mise en œuvre de ces changements à plus grande échelle. Même si les interventions sont basées sur les pratiques les meilleures acceptées à l'échelle internationale, la possibilité avérée d'une mise en œuvre à l'échelon local et la preuve de l'acceptabilité par les membres de la communauté seront probablement nécessaires pour faciliter le passage à l'échelle supérieure. Selon la qualité des preuves requises par les décideurs, le test des interventions peut aller d'un simple projet pilote ou projet de démonstration à une recherche de mise en œuvre plus rigoureuse faisant appel à des plans quasi expérimentaux.

3.7.3 Généralisation des interventions d'ordre stratégique et programmatique

La généralisation, ou passage à l'échelle supérieure, consiste à étendre la capacité du système de santé pour pouvoir mettre en œuvre des interventions stratégiques et programmatiques qui ont fait leurs preuves en matière d'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins liés à l'avortement. La généralisation est trop souvent considérée comme faisant partie de la mise en œuvre habituelle d'un programme, ne nécessitant donc pas à ce titre une attention particulière. Dès qu'un ensemble d'interventions a fait ses preuves dans un projet pilote ou de démonstration, on s'attend à ce qu'il soit repris par un système de santé et déployé, en partant du principe que la réussite de la phase pilote suffit à catalyser le passage à grande échelle. Cela arrive parfois, mais le plus souvent cela ne se passe pas comme cela. Pour bien réussir le passage à l'échelle supérieure, il faut planifier, gérer, conduire et soutenir de manière systématique le processus de

développement et d'institutionnalisation des interventions. Ce changement de dimension doit également pouvoir s'appuyer sur des moyens humains et financiers suffisants. Des directives sur le développement de stratégies globales pour le passage à grande échelle et la gestion du processus sont disponibles auprès de l'OMS et d'ExpandNet (62–64 ; <http://www.expandnet.net/tools.htm>).

Les approches systématiques visant à étendre la portée des interventions reconnaissent que le processus se déroule dans la réalité complexe du « monde réel », avec de multiples acteurs et des intérêts souvent divergents. Prendre en compte les difficultés techniques est primordial, mais il est tout aussi important de réfléchir aux questions de politique, de gestion et d'appropriation qui entrent en jeu, puisque les interventions destinées à améliorer l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci invitent souvent à envisager une transformation des valeurs mais aussi des pratiques. Ceci est particulièrement vrai pour une question telle que celle de l'avortement sécurisé.

Les systèmes de santé sont souvent limités dans leur capacité à offrir toute la gamme des services nécessaires qu'exigent les politiques actuelles, et l'intégration d'un nouveau groupe d'interventions peut faire peser une contrainte supplémentaire sur un système déjà bien sollicité. Et pourtant, lorsqu'on aborde le passage à grande échelle avec une approche systématique et suffisamment de moyens humains et financiers à l'appui, le processus peut remporter un franc succès et contribuer ainsi à atteindre l'objectif de l'accès universel aux soins de santé génésique, notamment l'avortement sécurisé.

Bibliographie

1. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009.
2. Myers JE, Seif MW. Global perspective of legal abortion – trends, analysis and accessibility. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2010, 24:457–466.
3. Warriner IK et al. Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 2011, 377:1155–1161.
4. Kishen M, Stedman Y. The role of advanced nurse practitioners in the availability of abortion services. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2010, 24:569–578.
5. Jejeebhoy S et al. Can nurses perform MVA as safely and effectively as physicians? Evidence from India. *Contraception*, 2011, 84:615–621.
6. Warriner IK et al. Rates of complication in first-trimester manual vacuum abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 2006, 368(9551):1965–1972.
7. Shearer JC, Walker DG, Vlassoff M. Cost of post-abortion care in low- and middle-income countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2009, 108:165–169.
8. Bracken H. Family Planning Association of India (FPAI)/Gynuity Health Projects Research Group for Simplifying Medical Abortion in India. Home administration of misoprostol for early medical abortion in India. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2010, 108:228–232.
9. Shannon C et al. Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2006, 113:621–628.
10. Ngo TD et al. *Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review*. Geneva, World Health Organization, 2011 (Report no. 89).
11. *Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment*. Geneva, World Health Organization, 1995.
12. *Sexual and reproductive health care core competencies for primary health*. Geneva, World Health Organization, 2011.
13. Freedman M et al. Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American Journal of Public Health*, 1986, 76:550–554.
14. Greenslade F et al. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care*, 1993, 3(2):1–4.
15. Berer M. Provision of abortion by mid-level providers: international policy, practice and perspectives. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:58–63.
16. Iyengar SD. Introducing medical abortion within the primary health system: comparison with other health interventions and commodities. *Reproductive Health Matters*, 2005, 13:13–19.
17. Yarnell J, Swica Y, Winikoff B. Non-physician clinicians can safely provide first trimester medical abortion. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:61–69.
18. Cook RJ, Dickens BM. Human rights dynamics of abortion law reform. *Human Rights Quarterly*, 2003, 25:1–59.
19. *General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. Geneva, Committee on the Rights of the Child, 2003 (Report no. CRC/GC/2003/4).
20. World Health Organization and The Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. *Clinical management of survivors of rape. A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*. Geneva, World Health Organization, 2002.
21. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 92:182–187.
22. Billings D et al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:87–95.

23. Johnson BR et al. Costs and resource utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya and Mexico. *Social Science and Medicine*, 1993, 36:1443–1453.
24. Jowett M. Safe motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy*, 2000, 53:201–228.
25. *WHO model list of essential medicines*, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
26. *Model certificate of a pharmaceutical product*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/regulation_legislation/certification/modelcertificate/en/index.html, accessed 1 September 2011).
27. Mitchell EMH et al. Building alliances from ambivalence: evaluation of abortion values clarification workshops with stakeholders in South Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 2005, 9:89–99.
28. *The abortion option: a values clarification guide for health care professionals*. Washington, DC, National Abortion Federation, 2005.
29. Turner KL, Chapman Page K. *Abortion attitude transformation: a values clarification toolkit for global audiences*. Chapel Hill, Ipas, 2008.
30. Billings D et al. Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana. In: Huntington D, Piet-Pelon NJ, eds. *Postabortion care: lessons from operations research*. New York, Population Council, 1999:141–158.
31. Dickson-Tetteh K et al. Abortion care services provided by registered midwives in South Africa: a report on the midwifery training program. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:144–150.
32. *Senegal: postabortion care. Train more providers in postabortion care*. New York, Population Council, 2000.
33. *PRIME postabortion care. Program for International Training in Health (INTRAH)*. Chapel Hill, University of North Carolina, 2001.
34. Yumkella F, Githiori F. *Expanding opportunities for postabortion care at the community level through private nurse-midwives in Kenya*. Chapel Hill, Program for International Training in Health (INTRAH), 2000.
35. Healy J, Otsea K, Benson J. Counting abortions so that abortion counts: indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2006, 95:209–220.
36. *Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health*. Geneva, World Health Organization, 2010.
37. *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*. Geneva, World Health Organization, 2009.
38. World Health Organization, UNFPA. *National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health: conceptual and practical considerations and related indicators*. Geneva, World Health Organization, 2008.
39. Mulligan EA. Striving for excellence in abortion services. *Australian Health Review*, 2006, 30:468–473.
40. Foy R et al. Theory-based identification of barriers to quality improvement: induced abortion care. *Journal for Quality in Health Care*, 2005, 17:147–155.
41. Morrison J. Audit of the care of women requesting induced abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2003, 23:521–524.
42. EngenderHealth, Ipas. *COPE® for comprehensive abortion care: a toolbox to accompany the COPE handbook*. EngenderHealth Quality Improvement Series. New York, EngenderHealth, 2009.
43. Billings DL, Benson J. Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy and Planning*, 2005, 20:158–166.
44. Johnston HB, Gallo MF, Benson J. Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2007, 33:250–257.

45. Vlassoff M et al. *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (Report no. 59).
46. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.
47. Hu D et al. Cost-effectiveness analysis of unsafe abortion. *African Journal of Reproductive Health*, 2010, 14:85–103.
48. Grimes D et al. Abortion in the seventies. In: *The Joint Program for the Study of Abortion/CDC – a preliminary report*. Washington, DC, National Abortion Federation, 1977:41–46.
49. Jones R, Henshaw R. Mifepristone for early medical abortion: experiences in France, Great Britain and Sweden. *Perspectives in Sexual and Reproductive Health*, 2002, 34:154–161.
50. Finer L, Wei J. Effect of mifepristone on abortion access in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114:623–630.
51. *Performance incentives for health care providers*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Discussion Paper 1).
52. Duggal R. The political economy of abortion in India: cost and expenditure patterns. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24 Suppl.):130–137.
53. Naghma-e-Rehan. Cost of the treatment of complications of unsafe abortion in public hospitals. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2011, 61:169–172.
54. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: *Fifty-eighth World Health Assembly, 16–25 May 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005 (WHA58/2005/REC/1).
55. *The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*. Geneva, World Health Organization, 2007.
56. *Abortion in Viet Nam: an assessment of policy, programme and research issues*. Geneva, World Health Organization, 1999.
57. Johnson BR, Horga M, Fajans P. A strategic assessment of abortion and contraception in Romania. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24 Suppl.):184–194.
58. Tsogt B, Kisghgee S, Johnson BR. Applying the WHO Strategic Approach to strengthening first and second trimester abortion services in Mongolia. *Reproductive Health Matters*, 2008, 16(31 Suppl.):127–134.
59. *Strategic assessment of policy, quality and access to contraception and abortion in the Republic of Macedonia*. Skopje, Republic Institute for Health Protection, 2008.
60. Jackson E et al. A strategic assessment of unsafe abortion in Malawi. *Reproductive Health Matters*, 2011, 19:133–143.
61. *Making decisions about contraceptive introduction. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care*. Geneva, World Health Organization, 2002.
62. World Health Organization, ExpandNet. *Practical guidance for scaling up health service innovations*. Geneva, World Health Organization, 2009.
63. World Health Organization, ExpandNet. *Nine steps for developing a scaling-up strategy*. Geneva, World Health Organization, 2010.
64. World Health Organization, ExpandNet. *Beginning with the end in mind: planning pilot projects and programmatic research for scaling up success*. Geneva, World Health Organization, 2011.

CHAPITRE 4

Considérations d'ordre juridique et politique

Résumé

- L'avortement non sécurisé constitue l'une des principales causes de mortalité et de morbidité maternelles. L'une des raisons en est que les services d'avortement sécurisé sont souvent inexistantes, alors même qu'ils sont autorisés par la loi pour toutes sortes d'indications dans presque tous les pays.
- Les organes et les tribunaux internationaux, régionaux et nationaux chargés des droits de l'homme recommandent de plus en plus la dépénalisation de l'avortement, et la dispensation de soins en cas d'avortement, et ce afin de protéger la vie et la santé de la femme, et, dans les cas de viol, après dépôt d'une plainte par la femme. Il est essentiel de veiller à ce que les lois, même si elles sont restrictives, soient interprétées et mises en œuvre de manière à promouvoir et à protéger la santé des femmes
- D'autres obstacles, qui peuvent être ou ne pas être codifiés dans la loi, empêchent souvent les femmes d'accéder aux services auxquels elles ont droit et contribuent à la pratique d'avortements dans de mauvaises conditions. Parmi ces obstacles, on peut citer le manque d'accès à l'information ; l'obligation de présenter une autorisation d'un tiers ; les restrictions concernant la catégorie de professionnels de la santé ou d'établissements légalement autorisés à dispenser les services ; l'impossibilité de garantir l'accès à des services financièrement abordables ; l'impossibilité de garantir la confidentialité et le respect de la vie privée ; et l'autorisation de l'objection de conscience sans transferts de la part des prestataires de soins de santé et des établissements.
- Il faut que, sur le plan de la réglementation et des politiques, se crée un environnement qui permette à toute femme qui y a légalement droit, de bénéficier de prestations de bonne qualité en cas d'avortement. Il faut que les politiques qui seront menées visent à respecter et à protéger les droits des femmes dans leur intégralité ; qu'elles aient des effets positifs sur la santé des femmes ; qu'elles donnent des informations et assurent des services de bonne qualité en matière de contraception et de planification familiale et qu'elles répondent aux besoins particuliers de certains groupes tels que les femmes nécessiteuses, les adolescentes, les victimes survivantes de viols et celles qui vivent avec le VIH.

4.1 Santé des femmes et droits fondamentaux

13 % des décès maternels sont dus à des avortements non sécurisés (1), qui représentent par ailleurs 20 % de la charge totale de mortalité et d'incapacité imputable à la grossesse et à l'accouchement (2). La grande majorité des décès et de la morbidité résultant d'avortements non sécurisés se produisent dans des pays où l'avortement est sévèrement limité par la loi et en pratique. Chaque année, environ

47 000 femmes meurent des suites de complications d'avortements non sécurisés (3), et on estime à 5 millions le nombre de femmes qui souffrent de handicaps temporaires ou permanents, tels que l'infécondité (4). Dans les endroits où il y a peu de restrictions concernant l'accès à l'avortement

sécurisé, les décès et les maladies sont considérablement réduits (5). Ce chapitre met en évidence le lien inextricable entre la santé et les droits fondamentaux des femmes et le besoin de lois et de politiques visant à promouvoir et à protéger ces deux composants.

ENCADRÉ 4.1

Exemples d'application des droits de tout être humain à l'avortement sécurisé, dans le cadre des soins de santé génésique dans leur ensemble, par les organes internationaux et régionaux chargés des droits de l'homme

Les droits de l'homme, tels qu'ils sont inscrits dans les traités internationaux et régionaux et dans les constitutions nationales, et les travaux des organes des Nations unies chargés de surveiller l'application des traités, notamment leurs observations/recommandations générales et leurs observations finales à l'intention des États, ainsi que les décisions rendues par les tribunaux régionaux et nationaux, forment un système de référence pour la reconnaissance des droits de l'homme aux niveaux international, régional, et national. Ils donnent des directives claires aux États (dans le cas des observations finales, aux États individuels) sur les mesures à prendre pour garantir le respect, la protection et le plein exercice des droits fondamentaux.

Les organes des Nations unies chargés de la surveillance des traités, ainsi que les tribunaux régionaux et nationaux, ont porté une attention accrue à la question de l'avortement au cours des dernières décennies, notamment la mortalité maternelle due aux avortements non sécurisés, la pénalisation de l'avortement, et les législations restrictives qui conduisent les femmes à se faire avorter clandestinement et dans de mauvaises conditions de sécurité. Ils ont de plus en plus appelé les États à offrir aux femmes et aux adolescentes des informations et des services complets en matière de santé sexuelle et génésique, à lever les obstacles réglementaires et administratifs qui entravent l'accès des femmes aux services d'avortement sécurisé, et à assurer le traitement des complications de l'avortement. S'ils n'agissent pas dans ce sens, les États peuvent ne pas remplir leurs obligations, aux termes des constitutions et des traités, de respecter, protéger et appliquer le droit à la vie, le droit à la non-discrimination, le droit de jouir du meilleur état de santé possible, le droit d'être protégé contre tout traitement cruel, inhumain et dégradant, et les droits à la vie privée, à la confidentialité, à l'information et à l'éducation. Des exemples de recommandations des organes des Nations unies chargés de la surveillance des traités et de décisions rendues par les tribunaux régionaux à l'intention des États sont présentés ci-dessous : ¹

Garantir des fondements juridiques à l'avortement exhaustifs

- Prendre des mesures pour prévenir l'avortement non sécurisé, notamment en modifiant les lois restrictives qui menacent la vie des femmes, y compris des adolescentes (9).
- Offrir des services légaux d'avortement dans les cas où la poursuite de la grossesse met en danger la santé des femmes, notamment des adolescentes (10).
- Offrir des services légaux d'avortement dans les cas de viol et d'inceste (11).
- Modifier les lois qui pénalisent les actes médicaux, notamment l'avortement, dont seules les femmes ont besoin et/ou qui punissent les femmes sur lesquelles ceux-ci sont pratiqués (12).

¹ Les références détaillées reflètent le nombre croissant d'observations/recommandations générales et d'observations finales émises par les organes des Nations unies chargés de la surveillance des traités, ainsi que de dispositions de traités régionaux et de décisions de tribunaux régionaux en rapport avec l'avortement.

La plupart des gouvernements ont ratifié des conventions et des traités internationaux juridiquement contraignants qui protègent les droits fondamentaux de la personne, notamment le droit de jouir du meilleur état de santé possible, le droit à la

non-discrimination, le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, le droit d'être protégé contre tout traitement cruel et dégradant et le droit à l'éducation et à l'information. Ces droits sont également reconnus et définis dans des traités régionaux,

encadré 4.1 (suite)

Planifier et gérer les soins liés à l'avortement sécurisé

- Assurer un accès rapide à tout un éventail de services de santé sexuelle et génésique de bonne qualité, y compris pour les adolescentes, qui sont à dispenser d'une manière qui garantit l'obtention du consentement éclairé de la patiente, respecte sa dignité, garantit la confidentialité de ses données, et tient compte de ses besoins et de ses attentes (13).
- Réduire la morbidité et la mortalité maternelles chez les adolescentes, plus particulièrement causées par une grossesse précoce et des pratiques d'avortement dans de mauvaises conditions de sécurité, et développer et mettre en œuvre des programmes qui permettent un accès aux services de santé sexuelle et génésique, y compris la planification familiale, la contraception et les services d'avortement sécurisé dans le cas où l'avortement n'est pas interdit par la loi (14).
- Diffuser de l'information sur la santé sexuelle et génésique, et prévoir des mécanismes qui garantissent que toutes les femmes, y compris les adolescentes, ont accès aux informations sur les services légaux d'avortement (15).

Lever les obstacles réglementaires et politiques à l'accès aux services

- Supprimer l'obligation du consentement d'un tiers, qui porte atteinte au droit des femmes et des adolescentes de prendre des décisions en matière de reproduction et d'être maîtresses de leur corps (16).
- Lever les obstacles qui empêchent les femmes de se faire soigner, comme des honoraires trop élevés, l'obligation de présenter une autorisation du mari, d'un parent ou des autorités hospitalières, l'éloignement des établissements et l'absence de transports publics pratiques et d'un prix abordable.
- Mettre en place un cadre juridique et/ou politique permettant aux femmes d'avoir accès à l'avortement dans le cas où cette intervention médicale est autorisée par la loi (18).

Assurer le traitement des complications de l'avortement

- Offrir un traitement en temps utile des complications de l'avortement quelle que soit la loi en vigueur sur l'avortement provoqué, afin de protéger la vie et la santé de la femme (19).
- Faire cesser la pratique consistant à arracher des aveux, aux fins de poursuites judiciaires, aux femmes qui se font soigner en urgence après s'être fait avorter clandestinement, et supprimer l'obligation légale faite aux médecins et autres personnels de santé de signaler les cas de femmes ayant subi un avortement (20).

intégrés dans les lois et les constitutions nationales d'un grand nombre de pays.

Compte tenu de ce qui précède, les gouvernements ont approuvé, lors de la Conférence internationale des Nations unies sur la population et le développement en 1999 (CIPD+5), que « dans les cas où l'avortement n'est pas interdit par la loi, les systèmes de santé devraient former les prestataires de soins de santé et les équiper et devraient prendre d'autres mesures pour que l'avortement soit alors pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité et soit accessible. Des mesures supplémentaires devraient être prises pour préserver la santé des femmes » (6). Ce mandat est à l'origine de l'élaboration du document original, *Avortement médicalisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, publié par l'Organisation mondiale de la Santé en 2004 (7).

Ces 15 dernières années ont vu s'intensifier l'application des droits fondamentaux par les organes et les tribunaux internationaux et régionaux chargés des droits de l'homme, notamment les organes de surveillance des traités des Nations unies dans le cadre de l'avortement (voir encadré 4.1). Ils ont recommandé que les États réforment les lois qui pénalisent les actes médicaux dont seules les femmes ont besoin et qui punissent les femmes sur lesquelles ceux-ci sont pratiqués (8), comme c'est le cas pour l'avortement. Afin de protéger la santé et les droits fondamentaux des femmes, ces organes chargés des droits de l'homme ont recommandé que les États s'efforcent par tous les moyens de veiller à ce que les femmes n'aient pas à subir d'avortements clandestins mettant leur vie en danger, et à ce que l'avortement soit légal au minimum lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la vie (9) et la santé (10) de la mère et lorsqu'il y a eu viol ou inceste (11). Ils ont également recommandé que les États assurent un accès rapide et financièrement

abordable à des services de santé de bonne qualité, qui devraient être dispensés d'une manière qui garantit l'obtention du consentement éclairé de la patiente, respecte sa dignité, garantit la confidentialité de ses données, et tient compte de ses besoins et de ses attentes (8).

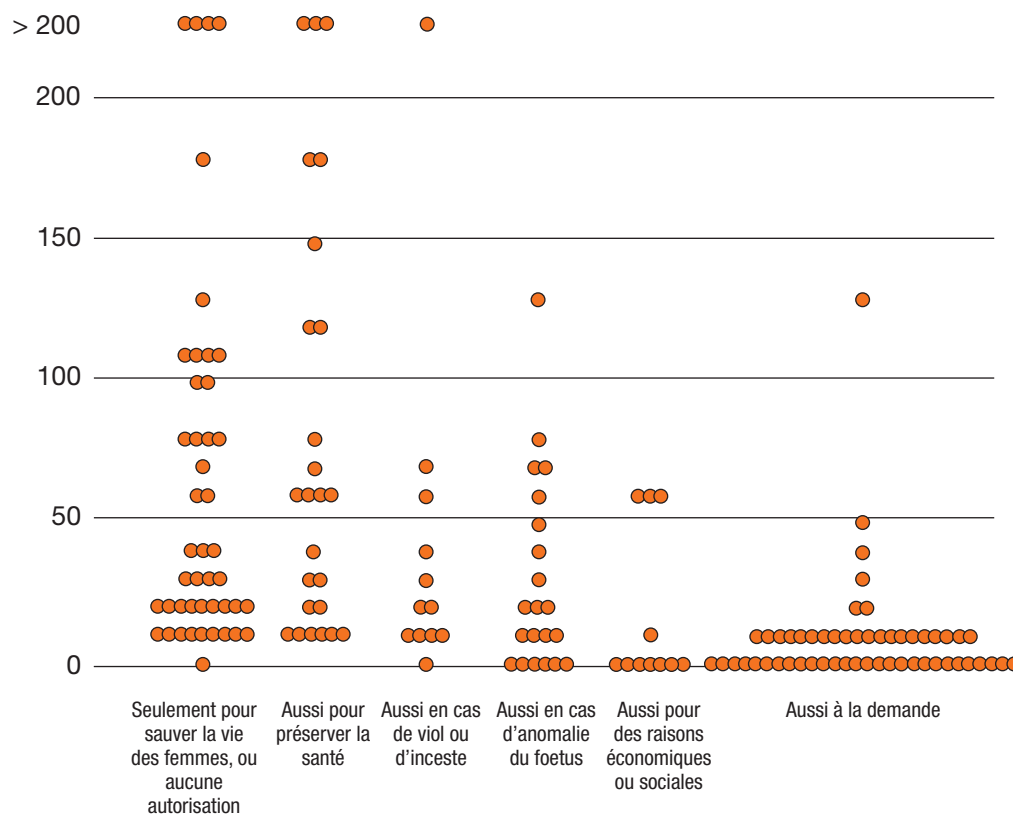
Compte tenu du lien évident entre l'accès à l'avortement sécurisé et la santé des femmes, il est recommandé que les lois et les politiques veillent à respecter et à protéger la santé des femmes et leurs droits fondamentaux.

4.2 Les lois et leur mise en application dans le cadre des droits de l'homme

Les restrictions légales concernant l'avortement n'entraînent ni une baisse du nombre d'avortements ni une augmentation significative du taux de natalité (21, 22). Inversement, les lois et les politiques qui facilitent l'accès à l'avortement sécurisé n'augmentent pas le taux ou le nombre d'avortements. Leur principal effet est de changer la nature des actes médicaux pratiqués : auparavant clandestins et non sécurisés, ils deviennent alors des actes légaux et sécurisés (21, 23).

Restreindre l'accès légal à l'avortement ne diminue pas le recours à l'avortement, mais augmente probablement le nombre de femmes cherchant à avorter par des moyens illégaux et non sécurisés, avec, comme conséquence, une morbidité et une mortalité accrues. Les restrictions légales poussent également beaucoup de femmes à recourir à des services d'autres pays/États (24, 25), ce qui coûte cher, retarde l'accès aux soins et crée des inégalités sociales. Le fait de restreindre l'avortement dans le but de stimuler l'expansion démographique a été bien analysé dans plusieurs pays. Dans chaque cas, les restrictions imposées à l'avortement ont entraîné

Figure 4.1 Décès imputables à des avortements non sécurisés pour 100 000 naissances vivantes, selon les fondements juridiques de l'interruption de grossesse



● Chaque point représente un pays.

Tiré de : *Rapport sur la santé dans le monde 2008 – Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

une augmentation des avortements illégaux et non sécurisés ainsi qu'une augmentation de la mortalité liée à la grossesse, mais par contre une augmentation nette négligeable de la population (26–29).

La libéralisation des lois sur l'avortement a commencé, par la voie législative et/ou par le biais d'interprétations et d'applications plus larges de la loi, dans la première partie du XX^{ème} siècle lorsqu'on a commencé à prendre conscience de l'ampleur du problème de santé publique posé par les avortements non sécurisés. À partir de la fin des années 60, une tendance à la libéralisation des fondements juridiques de l'avortement (30) a été constatée. Depuis 1985, plus de 36 pays ont libéralisé leurs lois sur l'avortement, tandis que peu de pays y ont imposé des restrictions supplémentaires (31). Ce sont des mesures à la fois judiciaires et législatives qui ont rendu ces réformes possibles.

Des preuves de plus en plus nombreuses montrent que lorsque l'avortement est légal pour des raisons socio-économiques au sens large, et sur demande d'une femme, et lorsque des services sûrs sont accessibles, il y a réduction à la fois de l'occurrence des avortements non sécurisés, et de la mortalité et de la morbidité qui les accompagnent (32–35) (voir figure 4.1).

Cinquante-sept pays, représentant presque 40 % des femmes du monde entier, autorisent l'avortement sur simple demande de la femme enceinte (31, 36). Dans ce contexte, il appartient à la femme seule de prendre la décision finale de poursuivre ou d'interrompre sa grossesse. Dans certains codes de procédure criminelle ou pénale, l'avortement durant toute la grossesse, ou jusqu'à un âge gestationnel fixé, ne relève plus du droit pénal général, et a été supprimé en tant qu'infraction distincte. Dans ces situations, les services d'avortement ont généralement été intégrés dans le système de santé et sont régis

par les lois, les réglementations et les normes médicales qui s'appliquent à tous les services de santé. Environ 20 % des femmes du monde entier vivent dans des pays qui ont promulgué des lois autorisant l'avortement selon les conditions de la vie sociale et économique de la femme (31), en incluant notamment l'effet qu'aurait la poursuite de la grossesse sur les enfants déjà nés et les autres membres de la famille.

Et pourtant, à travers le monde entier, 40 % des femmes en âge de procréer vivent dans des pays qui ont des lois extrêmement restrictives (31, 37), et/ou dans lesquels l'avortement, même légalisé, n'est ni disponible ni accessible.

4.2.1 Comprendre les fondements juridiques de l'avortement

4.2.1.1 Lorsque la vie de la mère est en danger

Presque tous les pays autorisent l'avortement lorsque la vie de la femme enceinte est en danger. Cette disposition est conforme au droit de tout être humain à la vie, que la loi a l'obligation de protéger, y compris lorsque la grossesse menace la vie de la femme enceinte ou que sa vie est autrement mise en danger (9).

Ce danger peut provenir aussi bien de problèmes médicaux que de problèmes sociaux. Certains pays ont établi une liste détaillée des problèmes *médicaux* qu'ils considèrent comme dangereux. De telles listes peuvent être interprétées de façon réductrice ou considérées comme exhaustives, alors qu'en fait elles ont pour but d'illustrer des situations qui sont considérées comme dangereuses, et ne visent surtout pas à faire obstacle à la décision clinique d'un médecin sur ce qui est dangereux ou pas pour une femme en particulier. Dans certains cas, les médecins soutiennent qu'il faut proposer un avortement sécurisé parce

que, s'ils ne le font pas, la femme va risquer sa vie en s'adressant à un praticien non qualifié (38). Un exemple de problème social mettant la vie en danger est une grossesse qui met en jeu ce que l'on appelle « l'honneur » familial. Il peut arriver par exemple que dans certaines sociétés, une grossesse hors mariage conduise une femme à subir des violences physiques, allant parfois jusqu'à la mort.

- Même lorsque la protection de la vie d'une femme est la seule raison justifiant l'avortement, il est indispensable que les prestataires de services d'avortement soient formés, que ces services soient disponibles et connus, et que l'on puisse traiter les complications d'un avortement non sécurisé. Il peut être nécessaire d'interrompre la grossesse à n'importe quel moment pour sauver la vie de la femme et, si cela devait arriver, l'interruption devrait être pratiquée aussi vite que possible pour minimiser les risques sanitaires pour la femme. Le traitement des complications résultant d'avortements non sécurisés devrait être dispensé de manière à préserver la dignité et l'égalité des femmes.

4.2.1.2 Lorsque la santé de la mère est en danger

Le respect des droits de la personne exige que les femmes puissent accéder à l'avortement sécurisé lorsque celui-ci est indiqué pour protéger leur santé (10). Il est généralement reconnu que la santé physique englobe les maladies qui aggravent la grossesse et celles qui sont aggravées par la grossesse. La santé mentale couvre la détresse psychologique ou la souffrance morale provoquée par exemple par des actes sexuels contraints ou forcés, ou par le diagnostic d'une malformation fœtale grave (39). On prend également en compte la situation sociale de la femme pour évaluer le risque pour sa santé.

- Dans beaucoup de pays, la loi ne précise pas les aspects de la santé qui sont concernés, mais indique simplement que l'avortement est permis pour éviter le risque d'atteintes à la santé de la femme enceinte. Puisque tous les pays qui sont membres de l'OMS acceptent sa description constitutionnelle de la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (40), cette description de complet bien-être est implicite dans l'interprétation des lois qui autorisent l'avortement pour protéger la santé des femmes.

4.2.1.3 Lorsque la grossesse est la conséquence d'un viol ou d'un inceste

Pour pouvoir protéger les femmes contre tout traitement cruel, inhumain et dégradant, il faut que celles qui sont tombées enceintes suite à des actes sexuels contraints ou forcés puissent légalement avoir accès à des services d'avortement sécurisé (41). Presque 50 % des pays intègrent cette norme et autorisent l'avortement dans le cas particulier du viol, ou plus généralement quand la grossesse est la conséquence d'un acte criminel, par exemple dans les cas d'inceste (36). Certains pays exigent comme preuve le témoignage de la femme auprès des autorités judiciaires. D'autres exigent une expertise médico-légale prouvant la pénétration, ou une enquête de police confirmant que le rapport sexuel a eu lieu sous la contrainte ou de manière abusive. Les retards occasionnés par de tels impératifs peuvent aboutir en fin de compte à ce que l'on refuse à ces femmes l'autorisation d'interrompre leur grossesse parce qu'elles ont dépassé l'âge gestationnel limite spécifié par la loi. Dans beaucoup de situations, les femmes qui ont été victimes d'un viol peuvent avoir peur d'être stigmatisées par les policiers et d'autres encore, et éviteront de signaler le viol, les empêchant

ainsi d'avoir accès aux services légaux d'avortement. Dans l'un ou l'autre cas, les femmes peuvent alors être amenées à recourir à des services clandestins et dangereux pour interrompre leur grossesse.

- Des services d'avortement rapides et sécurisés devraient être offerts dès qu'une femme formule une plainte, plutôt que d'exiger des preuves médico-légales ou une enquête policière (42, 43). Les règles administratives devraient être allégées, et il faudrait établir des protocoles clairs à l'usage de la police et des personnels de santé pour faciliter la référence des femmes et leur accès aux soins (44, 45).

4.2.1.4 Lorsqu'il y a malformation fœtale

Les pays ayant des lois sur l'avortement par ailleurs restrictives autorisent de plus en plus l'avortement quand a été posé un diagnostic de malformations ou d'anomalies fœtales pour des raisons génétiques ou autres. Plusieurs pays ont défini les types de malformations, dont celles considérées comme incompatibles avec la vie ou avec l'autonomie de vie de l'enfant touché, tandis que d'autres ont établi des listes de malformations (36). De telles listes ont tendance à être réductrices et constituent donc un obstacle à l'accessibilité des services d'avortement sécurisé. Dans d'autres pays, la loi ne fait pas spécifiquement référence à la malformation du fœtus, mais on invoque plutôt des motifs liés à la protection de la santé ou des motifs d'ordre social en y incluant la détresse de la femme enceinte causée par le diagnostic de malformation fœtale (46, 47).

- Les tests prénatals et autres services de diagnostic médical ne peuvent pas être légalement refusés au simple motif que la femme peut vouloir décider d'interrompre sa grossesse. Toute femme est en droit de connaître l'état de sa grossesse et d'agir en conséquence.

4.2.1.5 Pour des raisons économiques et sociales

Dans les pays qui autorisent l'avortement pour des raisons économiques et sociales, les fondements juridiques sont interprétés par rapport à l'impact possible de la poursuite de la grossesse sur les conditions de vie de la femme enceinte, réelles ou prévisibles, notamment son droit de jouir du meilleur état de santé possible. Certaines lois définissent précisément les raisons qui justifient un avortement, telles que la grossesse hors mariage, l'échec de la contraception, ou la déficience intellectuelle affectant la capacité à prendre soin d'un enfant, tandis que d'autres ne font que les sous-entendre (48). Certaines lois peuvent également évaluer si la détresse de la femme est due à un changement dans sa situation personnelle, par exemple la détresse d'avoir à s'occuper d'un enfant en plus dans une famille qui compte déjà plusieurs membres.

4.2.1.6 Sur demande

Presque un tiers des États membres des Nations unies autorisent l'avortement sur la demande libre et éclairée de la femme enceinte (36). Les pays ont commencé à autoriser l'avortement sur simple demande quand ils ont compris que les femmes cherchaient à interrompre leur grossesse pour l'une ou plus souvent pour plusieurs des raisons évoquées plus haut et qu'ils ont estimé qu'elles étaient toutes légitimes, sans exiger une raison en particulier. Ce fondement juridique reconnaît les conditions du libre choix d'une femme. La plupart des pays qui autorisent l'avortement sur demande fixent des limites à ce motif, en général l'âge de la grossesse.

4.2.1.7 Les limites liées à l'âge de la grossesse

Les lois ou les politiques qui fixent un âge limite pour la grossesse en deçà duquel il est possible de pratiquer un avortement peuvent avoir des conséquences négatives pour les femmes qui ont dépassé la limite. De telles politiques/lois poussent

certaines femmes à rechercher les services de prestataires non qualifiés, ou à tenter d'avorter par leurs propres moyens, par ex. avec du misoprostol ou une méthode moins sécurisée, ou les poussent à recourir à des services dans d'autres pays, ce qui revient cher, retarde l'accès aux soins (et donc augmente les risques pour la santé) et crée des inégalités sociales.

De plus, certains contextes de prestation de services restreignent les services offerts en imposant des limites d'âge gestationnel qui ne reposent sur aucune base factuelle. Par exemple, certains pays offrent des services d'avortement ambulatoires jusqu'à 8 semaines d'aménorrhée seulement, alors que ceux-ci pourraient être dispensés dans les meilleures conditions même au-delà de 12-14 semaines d'aménorrhée (voir chapitres 2 et 3). D'autres pays proposent l'aspiration jusqu'à 6 ou 8 semaines seulement, alors que cette dernière pourrait être pratiquée dans les meilleures conditions jusqu'à 12-14 semaines d'aménorrhée par un prestataire de soins compétent. Ces politiques encouragent par ailleurs l'utilisation de procédures moins sécurisées, comme la dilatation et le curetage.

4.2.2 Obstacles juridiques, réglementaires ou administratifs à l'accès à l'avortement sécurisé dans le cadre des droits de l'homme

Les fondements juridiques, et la portée de leur interprétation, ne sont qu'une seule facette de l'environnement juridique et politique qui joue un rôle dans l'accessibilité de l'avortement sécurisé. Le système de santé et les obstacles à la prestation des services, tels qu'expliqués dans le chapitre 3, peuvent également être codifiés dans les lois, les réglementations, les politiques et les pratiques. Les lois, les politiques et les pratiques qui limitent

l'accès à l'information sur l'avortement et aux services d'avortement peuvent dissuader les femmes de se faire soigner, et créer un « effet paralysant » (inhibition des actes à cause de la peur des représailles ou des sanctions) sur la fourniture de services légaux d'avortement sécurisé. Comme exemples d'obstacles, on peut citer :

- l'interdiction d'accéder à l'information sur les services légaux d'avortement, ou l'impossibilité de fournir des informations au public sur le statut légal de l'avortement ;
- l'obligation de présenter une autorisation d'un tiers, d'un ou de plusieurs professionnels médicaux ou d'un comité hospitalier, d'un tribunal ou de la police, d'un parent ou d'un tuteur, ou du partenaire ou du mari ;
- la limitation des méthodes d'avortement disponibles, y compris les méthodes chirurgicales et médicamenteuses, par exemple l'absence d'homologation réglementaire pour des médicaments essentiels ;
- la limitation des catégories de prestataires de soins et d'établissements susceptibles de fournir des services, par ex. aux médecins dans les établissements hospitaliers dotés d'un matériel sophistiqué ;
- le manquement à l'obligation de référence dans le cas de l'objection de conscience ;
- la nécessité de périodes d'attente obligatoires ;
- la censure, la retenue ou la déformation intentionnelle d'informations concernant la santé ;
- l'exclusion de la couverture des services d'avortement dans les régimes d'assurance maladie, ou l'impossibilité de supprimer ou de réduire la rémunération des actes pour les femmes nécessiteuses et les adolescentes (voir chapitre 3) ;

- l'impossibilité de garantir la confidentialité et la vie privée, y compris dans le cadre du traitement des complications de l'avortement (voir chapitre 3) ;
- l'obligation pour les femmes de donner les noms des praticiens ayant pratiqué sur elles un avortement illégal, avant de pouvoir se voir administrer des soins pour traiter les complications de cet avortement ;
- l'interprétation réductrice des fondements juridiques.

Ces obstacles favorisent la pratique d'avortements non sécurisés parce qu'ils :

- empêchent les femmes de se faire soigner et les prestataires d'offrir leurs services au sein du système de santé officiel ;
- retardent l'accès aux services, ce qui peut se solder par un refus de fournir les services à cause des limites d'âge gestationnel imposées au titre des fondements juridiques ;
- engendrent des procédures administratives complexes et lourdes ;
- augmentent les coûts de l'accès aux services d'avortement ;
- limitent la disponibilité des services et leur répartition géographique équitable.

Des détails sur des obstacles politiques choisis sont fournis ci-dessous.

4.2.2.1 Accès à l'information

L'accès à l'information est un facteur déterminant de l'avortement sécurisé. À cause des lois pénales, notamment celles relatives à la fourniture d'informations concernant l'avortement, et de la stigmatisation de l'avortement, bon nombre de femmes hésitent à demander à leurs prestataires

habituels de soins de santé des informations sur les services légaux. Les femmes peuvent préférer ne pas consulter leurs prestataires habituels, ou peuvent chercher à se faire soigner à l'extérieur de leurs communautés.

Beaucoup de femmes et de prestataires de soins (de même que la police et le personnel judiciaire) ne savent pas ce que la loi permet en ce qui concerne l'avortement (50, 51). Par exemple, dans un certain pays où l'avortement est autorisé jusqu'à 20 semaines d'aménorrhée pour protéger la santé de la femme et pour échec de la contraception, une étude a révélé que plus de 75 % des femmes et hommes mariés ne savaient pas qu'il était légal dans ces circonstances-là (52). Les politiques ou les réglementations en matière de santé publique peuvent comporter des dispositions spéciales qui apportent des éclaircissements sur l'interprétation de la loi sur l'avortement. Mais dans de nombreux pays, il n'existe aucune interprétation officielle ni aucune réglementation de base (53). La crainte de violer une loi entraîne un effet paralysant. Les femmes renoncent à faire appel aux services du secteur officiel de la santé. Les professionnels de la santé ont tendance à se montrer trop prudents lorsqu'ils doivent décider si les fondements juridiques de l'avortement sont respectés, refusant ainsi aux femmes des services auxquels elles ont normalement droit. Dans d'autres cas, il peut y avoir des informations insuffisantes ou contradictoires, par exemple, sur les posologies appropriées des médicaments servant aux avortements médicamenteux.

- La diffusion de l'information sur l'avortement légal et sécurisé est primordiale pour protéger la santé des femmes et leurs droits fondamentaux. Il faut que les États dépénalisent la diffusion d'informations concernant l'interruption légale de grossesse et offrent d'une part des directives

claires sur la manière dont les fondements juridiques de l'avortement doivent être interprétés et appliqués, et d'autre part des informations sur la manière de bénéficier de soins légaux et sur les endroits où se rendre pour les obtenir. Les législateurs, les juges, les procureurs et les décideurs ont eux aussi besoin de comprendre la place accordée aux droits de l'homme et à la santé dans l'accès légal aux services d'avortement sécurisé, grâce à la formation ou à d'autres informations convenablement ciblées.

4.2.2.2 Autorisation d'une tierce personne

Le fait de devoir présenter l'autorisation d'un parent ou du partenaire peut dissuader les femmes de faire appel aux services légaux d'avortement (54). L'accès aux soins peut être exagérément retardé par des procédures lourdes et complexes d'autorisation médicale, notamment quand il arrive que les spécialistes ou les comités hospitaliers demandés soient injoignables. L'obligation de fournir l'autorisation du mari, d'un parent ou d'autorités hospitalières peut

violer le droit à la vie privée et le droit d'accès des femmes aux soins de santé en vertu de l'égalité entre les sexes (8, 16). Par ailleurs, négocier les procédures d'autorisation constitue une charge disproportionnée pour les femmes nécessiteuses, les adolescentes, celles qui ont peu d'éducation, et celles confrontées, ou risquant d'être confrontées, à la violence et aux conflits familiaux, et crée ainsi une inégalité d'accès aux services. L'autorisation parentale, souvent basée sur un âge limite fixé arbitrairement, nie la reconnaissance de l'évolution des capacités des jeunes femmes (55).

- L'autorisation d'un tiers ne devrait pas être exigée pour que les femmes puissent bénéficier de services d'avortement. Pour protéger les meilleurs intérêts et le bien-être des mineures, et compte tenu de leurs capacités évolutives, les politiques et les pratiques devraient encourager, au lieu d'exiger, l'engagement des parents par des mesures de soutien, d'information, et d'éducation (voir également chapitre 3).

ENCADRÉ 4.2

Informations essentielles pour les femmes

- Les femmes ont le droit de décider librement en leur âme et conscience si elles désirent des enfants et à quel moment, sans aucune contrainte, ni discrimination ou violence.
- Savoir comment une grossesse survient, ses signes et ses symptômes, et où se procurer un test de grossesse.
- Savoir comment éviter une grossesse non désirée, notamment où et comment obtenir des moyens contraceptifs, y compris des préservatifs.
- Savoir où et quand pouvoir bénéficier d'un avortement légal et sécurisé, et à quel prix.
- Les détails sur l'âge gestationnel limite en deçà duquel il est possible de bénéficier d'une interruption de grossesse dans un cadre légal.
- Savoir que l'avortement est une procédure médicale très sûre, mais que le risque de complications augmente avec l'âge gestationnel.
- Savoir comment reconnaître les complications d'une fausse couche et d'un avortement non sécurisé, l'importance vitale de recevoir immédiatement un traitement, et quand et où se faire soigner.

4.2.2.3 Fourniture de médicaments essentiels

Il se peut que les méthodes d'avortement médicamenteuses soient indisponibles à cause de l'absence d'autorisation ou d'homologation réglementaire pour des médicaments essentiels. La mifépristone et le misoprostol sont tous deux intégrés à la liste modèle OMS des médicaments essentiels depuis 2005 (56, 57), et pourtant, beaucoup de pays n'ont pas encore homologué ces médicaments ou ne les ont pas encore inscrits dans leur liste nationale de médicaments essentiels. Il arrive parfois également que des restrictions légales soient imposées à la distribution des médicaments après qu'ils ont été autorisés.

- L'homologation et la distribution de stocks suffisants de médicaments pour l'avortement médicamenteux (voir chapitre 3) sont indispensables si l'on veut améliorer la qualité des services d'avortement, quelle que soit l'indication légale. L'accès aux médicaments essentiels est par ailleurs nécessaire pour éviter le risque d'atteintes à la santé causées par l'utilisation de médicaments non homologués achetés via des circuits dont on ne maîtrise pas la qualité.

4.2.2.4 Réglementation des structures de soins et des prestataires

Restreindre les catégories de prestataires (par ex., gynécologues seulement) ou les catégories d'établissements (par ex., niveau tertiaire seulement) ayant légalement le droit de pratiquer l'avortement rend les services moins disponibles et leur répartition géographique moins équitable, exigeant des femmes qu'elles parcourent de plus grandes distances pour se faire soigner, ce qui augmente alors les coûts et retarde l'accès aux services (58).

- La réglementation régissant les structures de soins et les prestataires doit reposer sur des

données factuelles afin d'empêcher toute sur-médicalisation, arbitraire ou autrement déraisonnable. Cette réglementation devrait reprendre les critères actuellement requis pour la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé (voir chapitre 3). L'aspiration et les méthodes médicamenteuses recommandées dans le chapitre 2 peuvent être pratiquées dans les meilleures conditions au niveau des soins de santé primaires par des personnels de niveau intermédiaire (59, 60). La réglementation des prestataires et des structures de soins devrait avoir pour objectif de veiller à ce que les méthodes recommandées par l'OMS soient mises en œuvre de façon à la fois sûre et efficace.

4.2.2.5 Objection de conscience

Certains professionnels de la santé se refusent parfois à pratiquer l'avortement pour objection de conscience, sans pour autant adresser la patiente à un autre prestataire. En l'absence d'un prestataire de services d'avortement facilement disponible, cette pratique peut retarder les soins pour les femmes nécessitant un avortement sécurisé, ce qui augmente les risques pour leur santé et leur vie. Bien que le droit à la liberté de pensée, de conscience, et de religion soit protégé par les lois internationales sur les droits de l'homme, ces lois stipulent aussi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction peut faire l'objet de restrictions nécessaires à la protection des droits fondamentaux d'autrui (61). Par conséquent, les lois et les réglementations ne donnent pas aux prestataires et aux établissements le droit d'entraver l'accès des femmes aux services de santé légaux. (62)

- Les agents de santé qui invoquent l'objection de conscience ont l'obligation d'adresser la patiente à un autre professionnel consentant et qualifié

du même établissement, ou d'un établissement facilement accessible, en accord avec les lois nationales. Quand ce transfert n'est pas possible, l'agent de santé a l'obligation de pratiquer l'avortement pour sauver la vie de la femme ou pour prévenir tout effet néfaste sur sa santé. Les services de santé doivent s'organiser de telle manière que l'exercice effectif du droit à la liberté de conscience des personnels de santé dans le cadre professionnel n'empêche pas les patientes d'accéder aux services auxquels elles ont droit en vertu de la législation applicable.

4.2.2.6 Délais de réflexion

Les lois ou les réglementations et/ou les procédures administratives imposées par les établissements ou les prestataires indépendants impliquent souvent des délais de réflexion obligatoires. Ces délais obligatoires peuvent avoir pour effet de retarder les soins, et donc de compromettre les possibilités d'accès des femmes aux services légaux d'avortement sécurisé et de les rabaisser en dénigrant leurs capacités à se montrer des décideurs compétents (24, 43).

- Les États et autres prestataires de services de santé doivent veiller à ce que les soins liés à l'avortement soient dispensés d'une manière qui respecte les femmes en tant que personnes aptes à prendre des décisions. Les délais de réflexion ne doivent pas remettre en cause l'accès des femmes aux services légaux d'avortement sécurisé. Les États devraient envisager de supprimer les périodes de délais de réflexion qui n'ont pas de motif médical, et de développer ces services pour que toutes les femmes qui y ont droit soient rapidement prises en charge.

4.2.2.7 Censure, retenue ou déformation intentionnelle d'informations concernant la santé

Les femmes ont le droit d'être pleinement informées de toutes les solutions qui s'offrent à elles pour bénéficier de soins de santé par un personnel suffisamment qualifié, notamment des avantages probables et des effets secondaires possibles des interventions proposées et des alternatives disponibles (8). Censurer, retenir ou déformer intentionnellement des informations sur les services d'avortement peut entraîner un manque d'accès aux services ou des retards, qui augmentent les risques sanitaires pour les femmes. La diffusion de l'information est une partie essentielle des activités des services de qualité (voir encadré 4.2 et également chapitre 2 « Information et conseil »).

L'information doit être complète, exacte et facile à comprendre, et communiquée de manière à aider une femme à donner librement son consentement, dans le respect de sa dignité et de sa vie privée, et de la confidentialité de ses données, en tenant compte de ses besoins et de ses attentes (8).

- Les États devraient s'abstenir de limiter l'accès aux moyens permettant de préserver la santé sexuelle et génésique, notamment s'abstenir de censurer, de retenir ou de déformer intentionnellement les informations concernant la santé (63).

4.2.2.8 Accès au traitement des complications de l'avortement

Les prestataires de soins de santé ont l'obligation de dispenser des soins médicaux vitaux à toute femme qui souffre de complications liées à un avortement, notamment de traiter les complications d'un avortement non sécurisé, quels que soient les fondements juridiques de l'avortement (19). Mais dans certains cas, le traitement des complications d'un avortement n'est administré qu'à la condition expresse que la

femme donne des informations sur la ou les personnes qui ont pratiqué l'avortement clandestin. Cette exigence a été considérée comme un acte de torture et comme un traitement inhumain et dégradant (20).

- Il faut faire cesser la pratique consistant à arracher des aveux aux femmes qui se font soigner en urgence après s'être fait avorter clandestinement, et supprimer l'obligation légale faite aux médecins et autres personnels de santé de signaler les cas de femmes ayant subi un avortement. Les États ont l'obligation d'assurer un traitement immédiat et sans condition à toute personne ayant besoin d'une prise en charge d'urgence (19, 20, 41).

4.2.2.9 Interprétation restrictive des lois sur l'avortement

Le respect, la protection et le plein exercice des droits de l'homme exigent des gouvernements qu'ils veillent à ce que les services d'avortement qui sont autorisés par la loi soient, dans la pratique, facilement accessibles (10, 64). Il faut que des mécanismes institutionnels et administratifs soient en place et servent de protection contre toute interprétation exagérément restrictive des fondements juridiques de l'avortement. Ces mécanismes devraient autoriser l'examen, par un organisme indépendant, de toutes les décisions des prestataires et des administrateurs d'établissements, devraient prendre en compte les opinions exprimées par la femme enceinte, et devraient permettre le règlement rapide des processus d'examen (64).

4.3 Créer un environnement propice

Il faut créer un environnement qui permette à toute femme qui y a légalement droit, de bénéficier de prestations de bonne qualité en cas d'avortement. Il faut que les politiques qui seront menées visent à respecter et à protéger les droits des femmes dans leur intégralité ; qu'elles aient des effets positifs sur la santé des femmes ; qu'elles donnent des informations et assurent des services de bonne qualité en matière de contraception et qu'elles répondent aux besoins particuliers de certains groupes tels que les femmes nécessiteuses, les adolescentes, les victimes survivantes de viols et celles qui vivent avec le VIH. Le respect, la protection, et le plein exercice des droits fondamentaux exigent la mise en place de réglementations et de politiques globales, qui tiennent compte de tous les éléments énumérés dans la section 4.2.2, pour faire en sorte que l'interruption de grossesse soit sécurisée et accessible. Les politiques existantes devraient être examinées pour déterminer celles qui présentent des lacunes et celles qui nécessitent des améliorations (voir également chapitre 3).

Les politiques devraient avoir pour objectif de :

- respecter, protéger et faire appliquer les droits fondamentaux des femmes, notamment leur dignité, leur autonomie, et leur égalité ;
- promouvoir et protéger la santé des femmes, à savoir un état de complet bien-être physique, mental et social ;
- réduire au minimum la fréquence des grossesses non désirées en offrant des informations et des services de bonne qualité en matière de contraception, notamment une large gamme de moyens contraceptifs, une contraception d'urgence, et une éducation complète à la sexualité ;

- prévenir et combattre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des femmes qui cherchent à avorter ou à recevoir un traitement pour les complications d'un avortement ;
- réduire la mortalité et la morbidité maternelles dues aux avortements non sécurisés, en veillant à ce que chaque femme qui a droit à un avortement légal puisse accéder à des services sûrs et rapides, y compris une contraception post-avortement ;
- répondre aux besoins particuliers des femmes appartenant à certains groupes vulnérables et défavorisés, telles que les femmes nécessiteuses, les adolescentes, les femmes célibataires, les femmes réfugiées et déplacées, les femmes qui vivent avec le VIH, et les victimes survivantes de viols.

Bien que les conditions sanitaires nationales existantes et les contraintes qui pèsent sur les ressources disponibles varient d'un pays à l'autre, tous sont en mesure de prendre des mesures immédiates et ciblées pour élaborer des politiques globales qui élargiront l'accès aux services de santé sexuelle et génésique, notamment aux soins liés à l'avortement sécurisé.

Bibliographie

1. Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2011, 115:121–126.
2. *Global burden of disease 2004 update*. Geneva: World Health Organization, 2008.
3. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
4. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887–1892.
5. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2009, 31:1149–1158.
6. *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, adopted by the twenty-first special session of the General Assembly, New York, 30 June–2 July 1999*. New York, United Nations, 1999.
7. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
8. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health (article 12)*. United Nations, 1999.
9. Human Rights Committee. *General comment no. 28: equality of rights between men and women (article 3)*, 20 March 2000. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Ecuador*, 18 August 1998. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Guatemala*, 27 August 2001. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Poland*, 2 December 2004. United Nations. Human Rights Committee. *Concluding observations: Madagascar*, 11 May 2007. United Nations, Human Rights Committee. *Concluding observations: Chile*, 18 May 2007. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Colombia*, 26 May 2004. United Nations; Human Rights Committee. *Karen Noella Llantoy Huaman v. Peru*, Communication no. 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, 2005; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Nepal*, 24 September 2001. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Costa Rica*, 22 April 2008. United Nations; Committee on the Rights of the Child. *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007. United Nations; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.

10. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Malta*, 4 December 2004. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Monaco*, 13 June 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding observations: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Dominican Republic*, 18 August 2004. United Nations; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
11. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations; Nepal*, 29 August 2001. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Malta*, 4 December 2004. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *Concluding observations: Chile*, 1 December 2004. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Monaco*, 13 June 2006. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Costa Rica*, 22 April 2008; United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Sri Lanka*, 1 February 2002. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; Committee on the Rights of the Child. *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
12. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*, 5 February 1999, United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Mauritius*, 17 March 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Chile*. 25 August 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007; United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Liechtenstein*, 10 August 2007. United Nations. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: El Salvador*, 18 November 2010. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Guatemala*, 27 August 2001. United Nations.
13. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Rights of the Child, *General comment no. 4 Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. United Nations, 2003; Committee on the Rights of the Child, *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007. United Nations. *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
14. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999.

15. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health* (article 12) United Nations, 2000; Committee on the Rights of the Child. *General comment no. 4 Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. 01 July 2003. United Nations; European Court of Human Rights. *Case of Tysi c v. Poland*. Council of Europe, 2007 (Application no. 5410/03); European Court of Human Rights. *Case of Open Door Counselling and Dublin Well Woman v. Ireland*, 1992, Series A, no. 246. Council of Europe.
16. Human Rights Committee. *General comment no. 28: equality of rights between men and women* (article 3). United Nations 2000; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999.
17. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*. United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Human Rights Committee *Concluding observations: Zambia*, 9 August 2007. United Nations; European Court of Human Rights, *R.R. v. Poland*, App. No. 27617/04, Eur. Ct. H.R, Council of Europe, 2011.
18. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; European Court of Human Rights. *Tysi c v. Poland*, App. no. 5410/03. Council of Europe, 2007; European Court of Human Rights. *A.B.C. v. Ireland*, App. no. 25579/05. Council of Europe, 2004.
19. Committee against Torture. *Concluding observations on Chile*, 14 June 2004. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Sri Lanka*, 1 February 2002. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Mauritius*, 17 March 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Chile*, 25 August 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Honduras*, 10 August 2007. United Nations.
20. Committee against Torture *Concluding observations on Chile*, 14 June 2004. United Nations.
21. Sedgh G, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379:625–632.
22. Levine PB, Staiger D. Abortion policy and fertility outcomes: the Eastern European experience. *Journal of Law and Economics*, 2004, XLVII:223–243.
23. Grimes D et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.
24. Joyce et al. *The impact of state mandatory counseling and waiting period laws on abortion: a literature review*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
25. Payne D. More British abortions for Irish women. *British Medical Journal*, 1999, 318(7176):77.
26. David HP. Soviet Union. In: *Abortion research: international experience*. HP David, ed. Lexington, MA, Lexington Books, 1974.
27. Serbanescu et al. The impact of recent policy changes on fertility, abortion, and contraceptive use in Romania. *Studies in Family Planning*, 1995, 26(2):76–87.
28. Zhirova IA et al. Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation. *Studies in Family Planning*, 2004, 35(3):178–188.

29. Millennium development goals in Russia: looking into the future. Moscow, United Nations Development Programme, 2010.
30. Cook RJ, Dickens BM. Human rights dynamics of abortion law reform. *Human Rights Quarterly*, 2003, 25:1–59.
31. Boland R, Katzive L. Developments in laws on induced abortion: 1998–2007. *International Family Planning Perspectives*, 2008, 34:110–120.
32. Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:1–8.
33. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
34. Jewkes R et al. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 112:355–359.
35. *World Health Report 2008 – Primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
36. UN Department for Economic and Social Affairs. *World abortion policies 2011*. New York, Population Division, United Nations, 2011.
37. Singh S et al. *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
38. Oye-Adeniran BA, Umoh AV, Nnatu SNN. Complications of unsafe abortion: a case study and the need for abortion law reform in Nigeria. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:19–22.
39. Human Rights Committee. *Karen Noella Llantoy Huaman v. Peru*. Communication no. 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, 2005. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; Committee against Torture. *Concluding observations: Peru*, 16 May 2006. United Nations.
40. Constitution of the World Health Organization, 47th ed. Geneva, World Health Organization, 2009.
41. Human Rights Committee. *General comment no. 28: equality of rights between men and women (article 3)*. 20 March 2000. United Nations.
42. *Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons*. Geneva, World Health Organization, 2004.
43. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. *Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and law*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
44. Billings D et al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:87–95.
45. Villela WV, Oliveira Araujo M. Making legal abortion available in Brazil: partnership in practice. *Reproductive Health Matters*, 2000, 8:77–82.
46. Cook RJ, Ngwena CG. Women’s access to health care: the legal framework. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006, 94:216–225.
47. Cook RJ et al. Prenatal management of anencephaly. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2008, 102:304–308.
48. Becker D, Garcia SG, Larsen U. Knowledge and opinions about abortion law among Mexican youth. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:205–213.
49. Goldman LA et al. Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices. *Reproductive Health*, 2005, 2:10.
50. Jewkes R et al. Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitan South Africa? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1236–1242.
51. Morroni C, Myer L, Tibazarwa K. Knowledge of the abortion legislation among South African women: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 2006, 3:7.
52. Iyengar K, Iyengar SD. Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:54–63.

53. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Achieving transparency in implementing abortion laws. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 99:157–161.
54. Mundigo A, Indriso C. *Abortion in the developing world*. London and New York, Zed Books, 1999.
55. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 92:182–187.
56. *WHO model list of essential medicines*, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
57. PATH, World Health Organization, United Nations Population Fund. *Essential medicines for reproductive health: guiding principles for their inclusion on national medicines lists*. Seattle, WA, PATH, 2006.
58. Scott Jones B, Weitz TA. Legal barriers to second-trimester abortion provision and public health consequences. *American Journal of Public Health*, 2009, 99(4):623–630.
59. Warriner IK et al. Rates of complication in first-trimester manual vacuum abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 2006, 368:1965–1972
60. Warriner IK et al. Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 2011, 377:1155–1161.
61. International Covenant on Civil and Political Rights, entry into force 23 March 1976, Article 18. United Nations.
62. European Court of Human Rights, *Kontakt-information-Therapie and Hagen v. Austria*, 57 Eur. Ct. H.R. 81. Council of Europe, 1988.
63. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health* (article 12), 2000. United Nations.
64. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; European Court of Human Rights. *Case of Tysiac v. Poland*. Application no. 5410/03. Council of Europe, 2007; *Paulina del Carmen Ramirez Jacinto, Mexico, Friendly Settlement, Report No. 21/07, Petition 161–01, 9 March 2007*. Inter-American Commission on Human Rights, 2007.

ANNEXE 1

Lacunes en matière de recherche identifiées lors de la consultation technique

- L'efficacité de doses plus faibles (telles que 600 µg) de misoprostol lorsqu'on l'utilise à la suite de la mifépristone (200 mg) aux stades précoces de la grossesse ou pour certaines voies d'administration.
- L'existence éventuelle d'un bénéfice à l'utilisation d'une dose de départ, supérieure à la dose de répétition du misoprostol, au cours de l'avortement médicamenteux au deuxième trimestre.
- L'identification du schéma d'association le plus efficace pour l'avortement médicamenteux entre 9 et 12 semaines d'aménorrhée.
- L'identification du laps de temps que préfèrent les femmes entre la prise de mifépristone et la prise de misoprostol, sachant que le délai permettant d'obtenir la plus grande efficacité pour l'avortement est compris entre 24 et 48 heures.
- L'évaluation de l'existence ou non d'un effet de la préparation du col utérin sur la douleur ressentie par les femmes pendant l'avortement chirurgical.
- L'évaluation de l'existence ou non d'un effet de la préparation du col utérin sur les complications de l'avortement chirurgical à la fin du premier trimestre (9-12 semaines d'aménorrhée).
- Les risques et les avantages de la préparation du col, et la variation ou non de ces risques et avantages en fonction du niveau d'expérience de l'opérateur.
- L'identification de l'existence ou non d'une similitude entre la pharmacocinétique du carboprost et celle du géméprost.
- L'évaluation des algorithmes de suivi après un avortement médicamenteux ou chirurgical.
- L'évaluation de la sécurité de l'utilisation des contraceptifs (en particulier les DIU, les implants et les produits injectables) à la suite d'un avortement médicamenteux.
- L'évaluation du laps de temps qui doit s'écouler après un avortement septique avant de pouvoir poser un DIU dans les meilleures conditions.

- L'évaluation des meilleures options de prise en charge de la douleur pour les avortements au premier et au deuxième trimestre, y compris le moment de leur administration.
- L'évaluation du rôle des mesures incitatives à la pratique de l'avortement, pour les prestataires, et de la manière dont cela influence différemment l'accès aux services d'avortement.
- L'identification de la façon dont les femmes paient pour les avortements, et si ces informations peuvent être utilisées pour offrir des services plus équitables.
- L'évaluation de l'effet de l'accès à l'internet, de la télémédecine, du marketing social et d'autres services similaires, sur la prestation de services d'avortement et l'accès à ces mêmes services, dans de bonnes conditions de sécurité.

ANNEXE 2

Questions et résultats GRADE finals

1. Lorsqu'on ne dispose pas de mifépristone, quelle est la méthode recommandée pour un avortement médicamenteux jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée ?
 - a. Résultat 1 : échec de l'avortement complet
 - b. Résultat 2 : poursuite de la grossesse
 - c. Résultat 3 : effets secondaires (globaux, individuels)
 - d. Résultat 4 : temps écoulé entre l'instauration du traitement et l'avortement
 - e. Résultat 5 : autres complications liées à l'intervention

2. Quelle méthode de contrôle de la douleur doit-on utiliser pour un avortement chirurgical jusqu'à 12-14 semaines d'aménorrhée ?
 - a. Résultat 1 : efficacité pour diminuer la douleur liée à l'intervention
 - b. Résultat 2 : effets secondaires (globaux, individuels)
 - c. Résultat 3 : complications liées aux méthodes de contrôle de la douleur

3. Doit-on utiliser des antibiotiques pour prévenir les risques d'infection après l'avortement ?
 - a. Résultat 1 : infection
 - b. Résultat 2 : effets secondaires (globaux, individuels)
 - c. Résultat 3 : complications
 - d. Résultat 4 : coût

4. Quelle est le schéma médicamenteux recommandé pour un avortement jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée ?
 - a. Résultat 1 : échec de l'avortement complet
 - b. Résultat 2 : poursuite de la grossesse
 - c. Résultat 3 : effets secondaires (globaux, individuels)
 - d. Résultat 4 : temps écoulé entre l'instauration du traitement et l'avortement
 - e. Résultat 5 : autres complications liées à l'intervention

5. Quelle est la méthode recommandée pour un avortement au-delà de 12 semaines d'aménorrhée ?
 - a. Résultat 1 : échec de l'avortement complet
 - b. Résultat 2 : poursuite de la grossesse
 - c. Résultat 3 : effets secondaires (globaux, individuels)
 - d. Résultat 4 : temps écoulé entre l'instauration du traitement et l'avortement
 - e. Résultat 5 : autres complications liées à l'intervention

6. Comment doit-on prendre en charge un avortement incomplet ?
 - a. Résultat 1 : échec de l'avortement complet
 - b. Résultat 2 : effets secondaires (globaux, individuels)
 - c. Résultat 3 : temps écoulé entre l'instauration du traitement et l'avortement
 - d. Résultat 4 : autres complications liées à l'intervention

7. Quelle méthode doit-on utiliser pour un avortement médicamenteux au-delà de 12 semaines d'aménorrhée ?
 - a. Résultat 1 : avortement complet
 - b. Résultat 2 : effets secondaires (globaux, individuels)
 - c. Résultat 3 : complications liées à l'intervention
 - d. Résultat 4 : temps écoulé entre l'instauration du traitement et l'avortement

8. Comment doit-on réaliser la préparation du col utérin avant un avortement chirurgical ?
 - a. Résultat 1 : dilatation du col réussie
 - b. Résultat 2 : degré (en mm) de dilatation du col
 - c. Résultat 3 : acceptabilité de la patiente
 - d. Résultat 4 : durée de l'intervention
 - e. Résultat 5 : temps écoulé entre l'instauration du traitement et l'avortement complet
 - f. Résultat 6 : effets secondaires (globaux, individuels)
 - g. Résultat 7 : complications

9. Qui doit bénéficier d'une préparation du col utérin avant un avortement chirurgical ?
- a. Résultat 1 : aucune nécessité de poursuivre la dilatation
 - b. Résultat 2 : degré (en mm) de dilatation du col
 - c. Résultat 3 : préférence de la patiente
 - d. Résultat 4 : complications
10. Quelles méthodes de contrôle de la douleur doit-on utiliser pour un avortement médicamenteux ?
- a. Résultat 1 : effets secondaires (globaux, individuels)
 - b. Résultat 2 : complications
 - c. Résultat 3 : temps écoulé entre l'instauration du traitement et l'avortement
 - d. Résultat 4 : efficacité pour soulager la douleur liée à l'intervention
11. Doit-on recommander une échographie avant un avortement ?
- a. Résultat 1 : complications
 - b. Résultat 2 : échec de l'avortement complet
12. Quelle méthode doit-on utiliser pour un avortement chirurgical avant 12 semaines d'aménorrhée ?
- a. Résultat 1 : échec de l'avortement complet
 - b. Résultat 2 : effets secondaires (globaux, individuels)
 - c. Résultat 3 : autres complications liées à l'intervention
13. Les femmes doivent-elles bénéficier d'un suivi systématique après un avortement provoqué ?
- a. Résultat 1 : complications
 - b. Résultat 2 : coût
 - c. Résultat 3 : acceptabilité de la patiente

¹ Il convient de noter que dans les recommandations (annexe 5), cette question a été divisée en deux recommandations, basées sur un âge gestationnel <9 semaines et sur un âge gestationnel de 9–12 semaines.

ANNEXE 3

Critères GRADE standard pour le classement des données probantes

Voir références 19–23.

| Domaine | Grade | Caractéristique |
|--------------------------------|-------|---|
| Structure de l'étude | 0 | Uniquement des essais contrôlés randomisés |
| | -1 | Uniquement des études observationnelles |
| Limites du modèle de l'étude | 0 | L'effet global provient en majeure partie d'études à risque faible de biais |
| | -1 | L'effet global provient en majeure partie d'études à risque modéré de biais |
| | -2 | L'effet global provient en majeure partie d'études à risque élevé de biais |
| | Note | <p><i>Faible risque de biais</i> : aucune limite, ou limites mineures</p> <p><i>Risque de biais modéré</i> : limites importantes ou potentiellement très importantes, notamment un masquage peu clair de l'allocation, ou limites importantes, hors celles portant sur la randomisation ou le masquage de l'allocation</p> <p><i>Risque de biais élevé</i> : limites concernant la randomisation, le masquage de l'allocation, notamment la randomisation en blocs trop petits (<10) ou d'autres limites méthodologiques très importantes et déterminantes</p> |
| Incohérence | 0 | Pas de forte hétérogénéité ($I^2 < 60\%$ ou $\chi^2 \geq 0,05$) |
| | -1 | <p>Forte hétérogénéité, non expliquée ($I^2 \geq 60\%$ or $\chi^2 < 0,05$)</p> <p>Si l'hétérogénéité a pu être causée par un biais de publication ou une imprécision due à des études de faible envergure, rétrograder uniquement pour biais de publication ou imprécision (autrement dit, la même faiblesse ne doit pas être rétrogradée deux fois)</p> |
| Caractère indirect des données | 0 | Pas de données indirectes |
| | -1 | Présence de comparaisons indirectes, ou de données indirectes en matière de population, d'intervention, de comparateur, ou de résultat |
| Imprécision | 0 | <p>L'intervalle de confiance est précis, conformément à la figure ci-dessous</p> <p>La population cumulée totale de l'étude n'est pas trop petite (autrement dit, la taille de l'échantillon est supérieure à 300 participants) et le nombre total d'événements est supérieur à 30</p> |
| | -1 | L'une des conditions susmentionnées n'est pas remplie |
| | -2 | Les deux conditions susmentionnées ne sont pas remplies |
| | Note | Si le nombre total d'événements est inférieur à 30 et si la taille de l'échantillon totale (cumulée) est suffisamment grande (par ex. supérieure à 3000 patients), envisager de ne pas rétrograder les preuves. S'il n'y a pas d'événements aussi bien dans le groupe témoin que dans le groupe intervention, la qualité des preuves pour le résultat concerné devra être considérée comme très faible. |
| Biais de publication | 0 | Aucune asymétrie évidente dans le graphique en entonnoir ou moins de cinq études à tracer |
| | -1 | Asymétrie évidente dans le graphique en entonnoir avec au moins cinq études |

ANNEXE 4

Participants à la consultation technique

Dr Marijke Alblas

Clinician, health advocate

Independent medical consultant

Cape Town

Afrique du Sud

Ms Marge Berer

Health advocate

Editor

Reproductive Health Matters

London

Royaume-Uni

Dr Mohsina Bilgrami

Programme manager, policy-maker, health advocate

Managing Director

Marie Stopes Society

Karachi

Pakistan

Dr Paul Blumenthal

Clinician, researcher

Professor of Obstetrics and Gynecology

Stanford University School of Medicine

Stanford, CA

USA

Dr Lidia Casas-Becerra

Lawyer, researcher, health advocate

Professor of Law

Diego Portales Law School

Universidad Diego Portales

Santiago

Chili

Dr Laura Castleman

Clinician, programme manager

Medical Director

Ipas

Birmingham, MI

USA

Ms Jane Cottingham

Researcher, health advocate

Independent consultant in sexual and reproductive health and rights

Carouge, GE

Suisse

Dr Kelly Culwell

Clinician, health advocate, programme manager

Senior adviser

International Planned Parenthood Federation

London

Royaume-Uni

Dr Teresa Depiñeres

Researcher, clinician, programme manager

Senior Technical Advisor

Fundacion Orientame

Bogota

Colombie

Dr Joanna Erdman

Lawyer, researcher, health advocate

Adjunct Professor, Faculty of Law

University of Toronto

Ontario

Canada

Dr Anibal Faúndes

Clinician, health advocate

Professor of Obstetrics and Gynaecology

State University of Campinas

Campinas, São Paulo

Brésil

Professor Mahmoud Fathalla

Clinician, researcher, health advocate

Assiut University

Assiut

Égypte

Dr Kristina Gemzell-Danielsson

Researcher, clinician, policy-maker

Professor of Obstetrics and Gynaecology

Karolinska University Hospital

Stockholm

Suède

Dr Anna Glasier

Clinician, researcher

Lead Clinician, Sexual Health
NHS Lothian and University of Edinburgh
Edinburgh
Écosse

Dr Türkiz Gökgöl

Researcher, policy-maker, programme manager

Director of International Programs
The Susan Thompson Buffett Foundation
Omaha, NE
USA

Dr David Grimes

Methodologist, epidemiologist, researcher

Distinguished scientist
Family Health International
Durham, NC
USA

Dr Selma Hajri

Clinician, researcher

Consultant in reproductive health
Coordinator
African Network for Medical Abortion (ANMA)
Tunis
Tunisie

Dr Pak Chung Ho

Clinician, researcher

Professor of Obstetrics and Gynaecology
Queen Mary Hospital
Hong Kong
République populaire de Chine

Dr Sharad Iyengar

Clinician, policy-maker

Chief Executive
Action Research & Training for Health
Udaipur
Inde

Ms Heidi Bart Johnston

Temporary Adviser

Reproductive Health and Rights Consultant
Wetzikon
Suisse

Ms Bonnie Scott Jones

Lawyer, health advocate

Deputy Director
Center for Reproductive Rights
New York, NY
USA

Dr Vasantha Kandiah

Researcher

Consultant
Population and Family Planning Development Board
Kuala Lumpur
Malaisie

Dr Nguyen Duy Khe

Programme manager

Head, Mother and Child Healthcare Department
Ministry of Health
Hanoi
Vietnam

Dr Chisale Mhango

Programme manager

Director, Reproductive Health Unit
Ministry of Health
Lilongwe
Malawi

Dr Suneeta Mittal

Clinician, researcher, health advocate

Head, Department of Obstetrics and Gynecology
All India Institute of Medical Sciences
Ansari Nagar, New Delhi
Inde

Dr Nuriye Ortayli

Clinician, programme manager

Senior Adviser
UNFPA
New York, NY
USA

Dr Mariana Romero

Researcher, health advocate

Associate researcher
CEDES
Buenos Aires
Argentine

Dr Helena von Hertzen

Researcher
Consultant
Concept Foundation
Geneva
Suisse

Dr Beverly Winikoff

Methodologist, epidemiologist, researcher
President
Gynuity Health Projects
New York, NY
USA

Ms Patricia Ann Whyte

Temporary Adviser
Senior research fellow
Deakin Strategic Centre in Population Health
Faculty of Health, Deakin University
Victoria
Australie

Additional peer reviewers**Ms Rebecca Cook**

Chair in International Human Rights Law
Faculty of Law
University of Toronto
Toronto, Ontario
Canada

Ms Laura Katsive

Program Officer
Wellspring Advisors, LLC
New York
USA

Dr Paul FA Van Look

Consultant in Sexual and Reproductive Health
Val d'Illeiez
Suisse

Conseillers régionaux de l'OMS

Dr Khadiddiatou Mbaye, Bureau régional de l'Afrique
Dr Gunta Lazdane, Bureau régional de l'Europe

Secrétariat de l'OMS

Dr Katherine Ba-Thike
Dr Dalia Brahmi
Dr Peter Fajans
Dr Bela Ganatra
Dr Emily Jackson
Dr Ronald Johnson
Dr Nathalie Kapp
Ms Eszter Kismodi
Dr Regina Kulier
Dr Michael Mbizvo
Dr Lale Say
Dr Iqbal Shah
Dr João Paulo Dias de Souza

Observateurs**Dr Mari Mathiesen**

Member of the Management Board
Estonian Health Insurance Fund
Lembitu
Estonie

Dr Helvi Tarien

Head of Health Services Department
Estonian Health Insurance Fund
Lembitu
Estonie

ANNEXE 5

Recommandations issues de la consultation technique pour la deuxième édition du document paru sous le titre *Avortement médicalisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*

Recommandation 1 : avortement chirurgical jusqu'à un âge gestationnel de 12 à 14 semaines

L'aspiration est la technique recommandée pour un avortement chirurgical jusqu'à un âge gestationnel de 12 à 14 semaines. Cette intervention ne doit pas être systématiquement complétée par un curetage. La méthode par dilatation et curetage (D&C), dans la mesure où elle est encore pratiquée, doit être remplacée par l'aspiration.

(Force de la recommandation : forte)

Remarques

- Des études observationnelles indiquent que l'aspiration entraîne moins de complications que la méthode D&C ; toutefois, des essais contrôlés randomisés n'ont pas été en mesure de détecter une différence dans les taux de complications.
- Rien ne permet de justifier le recours au contrôle de la vacuité utérine à la curette (autrement dit, le recours au curetage pour « terminer » l'avortement) après une aspiration.
- La qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés est faible à moyenne.

Recommandation 2 : l'avortement médicamenteux jusqu'à un âge gestationnel de 9 semaines (63 jours)

Recommandation 2.1

La méthode recommandée pour l'avortement médicamenteux est l'administration de mifépristone suivie par du misoprostol.

(Force de la recommandation : forte)

Remarques

- Des essais contrôlés randomisés démontrent l'efficacité supérieure du schéma combiné (mifépristone suivie de misoprostol) par rapport au misoprostol utilisé seul.
- La qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés est moyenne.

Recommandation 2.2

La mifépristone doit toujours être administrée par voie orale. La dose recommandée est de 200 mg.

(Strength of recommendation: strong)

Remarques

- Des essais contrôlés randomisés indiquent qu'une dose de 200 mg de mifépristone est aussi efficace qu'une dose de 600 mg.
- La qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés est moyenne.

Recommandation 2.3

Par la voie vaginale, buccale (entre joue et gencive) ou sublinguale, la dose de misoprostol recommandée est de 800 µg. Par la voie orale, la dose de misoprostol recommandée est de 400 µg.

(Force de la recommandation : forte)

Remarques

- L'efficacité du misoprostol peut varier selon l'âge de la grossesse, la voie d'administration, ou la fréquence d'administration des doses. Des recherches sont actuellement en cours pour déterminer dans quelles situations cliniques, le cas échéant, une dose plus faible de misoprostol pourrait être utilisée avec une efficacité comparable.
- La qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés est moyenne.

Recommandation 2.4

Posologies et voies d'administration recommandées pour la mifépristone suivie par du misoprostol :

La mifépristone doit toujours être administrée par voie orale. La dose recommandée est de 200 mg.

L'administration de misoprostol est recommandée 1 à 2 jours (24 à 48 heures) après la prise de mifépristone.

- Par la voie vaginale, buccale (entre joue et gencive) ou sublinguale, la dose de misoprostol recommandée est de 800 µg.
- Par la voie orale, la dose de misoprostol recommandée est de 400 µg.

- Lorsque l'âge gestationnel va jusqu'à 7 semaines (49 jours), le misoprostol peut être administré par voie vaginale, buccale (entre joue et gencive), sublinguale ou orale. Après la 7^{ème} semaine, il ne faut pas administrer le misoprostol par la voie orale.
- Lorsque l'âge gestationnel va jusqu'à 9 semaines (63 jours), le misoprostol peut être administré par voie vaginale, buccale (entre joue et gencive) ou sublinguale.

(Force de la recommandation : forte)

Remarques

- La voie vaginale pour l'administration du misoprostol est recommandée en raison de sa plus grande efficacité et des taux plus faibles d'effets secondaires qui l'accompagnent que dans le cas des autres voies d'administration ; cependant, il arrive que certaines femmes préfèrent une voie d'administration différente.
- La qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés est moyenne.

Recommandation 2.5

L'administration de misoprostol est recommandée 1 à 2 jours (24 à 48 heures) après la prise de mifépristone.

(Force de la recommandation : forte)

Remarque

- La qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés est moyenne.

Recommandation 3 : l'avortement médicamenteux pour un âge gestationnel compris entre 9 et 12 semaines (entre 63 et 84 jours)

La méthode recommandée pour un avortement médicamenteux consiste à donner 200 mg de mifépristone par voie orale suivie 36 à 48 heures plus tard par 800 µg de misoprostol par voie vaginale. Les doses suivantes de misoprostol (jusqu'à 4 doses supplémentaires) devront être de 400 µg, administrées toutes les 3 heures par voie vaginale ou sublinguale, jusqu'à l'expulsion des produits de la conception.

(Force de la recommandation : faible)

Remarques

- Le schéma relatif à l'avortement médicamenteux entre 9 et 12 semaines d'aménorrhée est un thème de recherches en cours ; cette recommandation est susceptible d'être modifiée lorsque les études seront terminées.
- La qualité des preuves selon un essai contrôlé randomisé et une étude observationnelle est faible.

Recommandation 4 : l'avortement médicamenteux jusqu'à un âge gestationnel de 12 semaines (84 jours) lorsqu'on ne dispose pas de mifépristone

La méthode recommandée pour un avortement médicamenteux, lorsqu'on ne dispose pas de mifépristone, consiste à administrer 800 µg de misoprostol par voie vaginale ou sublinguale. On peut administrer jusqu'à trois doses de 800 µg à intervalles d'au moins 3 heures, mais pas au-delà de 12 heures.

(Force de la recommandation : forte)

Remarques

- Le misoprostol par voie sublinguale s'accompagne de taux d'effets secondaires plus élevés qu'en cas d'administration vaginale. Chez les femmes nullipares, la voie sublinguale est également moins efficace lorsqu'on répète l'administration de la dose à intervalles supérieurs à 3 heures.
- La qualité des preuves selon un essai contrôlé randomisé est élevée.
- La mifépristone associée au misoprostol est plus efficace que le misoprostol utilisé seul, et s'accompagne de moins d'effets secondaires. Le méthotrexate associé au misoprostol, un schéma thérapeutique utilisé dans certaines zones géographiques mais qui n'est pas recommandé par l'OMS, est moins efficace que la mifépristone associée au misoprostol, mais est plus efficace que le misoprostol utilisé seul.

Recommandation 5 : les méthodes d'avortement à un âge gestationnel supérieur à 12-14 semaines (84-98 jours)

Lorsque l'âge gestationnel est supérieur à 12-14 semaines, on peut recommander aussi bien une dilatation et évacuation (D&E) que des méthodes médicamenteuses (mifépristone et misoprostol ; misoprostol seul). Les établissements de soins doivent proposer au moins l'une de ces méthodes, et de préférence les deux si possible, en fonction de l'expérience des soignants et des possibilités de formation.

(Force de la recommandation : forte)

Remarques

- Les preuves concernant cette question sont limitées par le consentement des patientes, qui doivent accepter d'être sélectionnées au hasard dans des essais cliniques pour bénéficier d'un

avortement chirurgical ou d'un avortement médicamenteux.

- La qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés est faible.
- Le choix de la méthode d'avortement peut être limité ou non applicable si la femme présente des contre-indications médicales à l'une des méthodes.

Recommandation 6 : l'avortement médicamenteux à un âge gestationnel supérieur à 12 semaines (84 jours)

La méthode recommandée pour un avortement médicamenteux consiste à donner 200 mg de mifépristone par voie orale suivie 36 à 48 heures plus tard par des doses répétées de misoprostol.

(Force de la recommandation : forte)

- Pour un âge gestationnel compris entre 12 et 24 semaines, la dose initiale de misoprostol qui fait suite à la prise de mifépristone par voie orale peut être soit de 800 µg par voie vaginale, soit de 400 µg par voie orale. Les doses suivantes de misoprostol (jusqu'à 4 doses supplémentaires) devront être de 400 µg, administrées toutes les 3 heures par voie vaginale ou sublinguale.
- Lorsque l'âge gestationnel est supérieur à 24 semaines, il faut réduire la dose de misoprostol en raison de la plus grande sensibilité de l'utérus aux prostaglandines, mais faute d'études cliniques, on ne peut pas recommander de doses précises.

(Force de la recommandation : forte)

La méthode recommandée pour un avortement médicamenteux, lorsqu'on ne dispose pas de mifépristone, consiste à administrer 400 µg de misoprostol (jusqu'à cinq doses) par voie vaginale ou sublinguale toutes les 3 heures.

(Force de la recommandation : forte)

Remarques

- Un laps de temps inférieur à 36 heures entre la prise de mifépristone et la prise de misoprostol est associé à une durée d'avortement plus longue et à des taux plus élevés d'avortement incomplet.
- Le lactate d'éthacridine est associé à une durée d'avortement similaire à celle des schémas utilisant le misoprostol seul ; les études n'ont pas comparé la sécurité ni l'efficacité de son utilisation à celles de l'association mifépristone+misoprostol.
- Les femmes présentant une cicatrice utérine ont un très faible (0,28 %) risque de rupture utérine au cours de l'avortement médicamenteux au deuxième trimestre.
- En cas d'utilisation de misoprostol seul chez des femmes nullipares, l'administration vaginale de misoprostol est plus efficace que l'administration sublinguale.
- La qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés est faible à moyenne.

Recommandation 7 : la préparation du col utérin avant un avortement chirurgical jusqu'à un âge gestationnel de 12 à 14 semaines (84 à 98 jours)

Recommandation 7.1

Avant un avortement chirurgical, la préparation du col utérin est recommandée pour toutes les femmes dont la grossesse correspond à un âge gestationnel supérieur à 12-14 semaines. On peut aussi l'envisager quel que soit l'âge gestationnel.

(Force de la recommandation : forte)

Remarques

- Si l'on a recours à la préparation du col à des âges gestationnels <12-14 semaines, il faut tenir compte du fait qu'y sont associés une augmentation de la durée de l'intervention et des effets secondaires, notamment douleur, saignements vaginaux et avortement précipité.
- L'absence de disponibilité des méthodes de préparation du col ne doit pas limiter l'accès aux services d'avortement.
- La qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés est faible.

Recommandation 7.2

On recommande l'une ou l'autre des méthodes suivantes de préparation du col utérin préalablement à un avortement chirurgical au cours du premier trimestre :

- mifépristone 200 mg par voie orale (24 à 18 heures à l'avance) ; ou
- misoprostol 400 µg par voie sublinguale, 2 à 3 heures avant l'intervention ; ou

- misoprostol 400 µg par voie vaginale 3 heures avant l'intervention ; ou
- pose d'un laminaire intracervical 6 à 24 heures avant l'intervention.

(Force de la recommandation : forte)

Remarques

- Le coût, la disponibilité locale des méthodes de préparation du col et la formation à l'utilisation de ces méthodes influenceront le choix de la méthode à utiliser.
- La qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés est faible à moyenne.

Recommandation 8 : la préparation du col utérin avant un avortement chirurgical à un âge gestationnel ≥14 semaines (98 jours)

Recommandation 8.1

Une préparation du col utérin est nécessaire avant l'intervention pour toutes les femmes qui sont traitées par la méthode de dilatation et évacuation (D&E) et dont la grossesse correspond à un âge gestationnel de plus de 14 semaines.

(Force de la recommandation : forte)

Remarques

- La qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés est faible à moyenne.

Recommandation 8.2

Pour la préparation du col utérin avant un avortement par dilatation et évacuation (D&E) après 14 semaines de gestation, il est recommandé d'utiliser des dilateurs osmotiques ou du misoprostol.

(Force de la recommandation : forte)

Remarques

- Les dilateurs osmotiques réduisent la durée de l'intervention et la nécessité de poursuivre la dilatation, par rapport à l'utilisation de misoprostol. L'effet du misoprostol avant la D&E, pour les grossesses correspondant à un âge gestationnel supérieur à 20 semaines, n'a pas fait l'objet de recherches cliniques.
- La qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés est moyenne.

Recommandation 9 : le suivi après un avortement provoqué

Du point de vue médical, un suivi systématique sous la forme d'une visite médicale n'est pas nécessaire après un avortement chirurgical ou médicamenteux (mifépristone + misoprostol) dont les suites sont simples. On indiquera toutefois aux patientes qu'elles peuvent bénéficier de services complémentaires si cela est nécessaire ou si elles le souhaitent .

(Force de la recommandation : forte)

Remarques

- On devra suffisamment informer les femmes sur les symptômes de poursuite de la grossesse et d'autres signaux d'alerte, comme des saignements importants prolongés ou de la fièvre, qui doivent les faire revenir pour un contrôle si jamais elles sont concernées.
- D'autres stratégies de suivi par des consultations au centre après un avortement médicamenteux au premier trimestre font l'objet de recherches en cours.
- La qualité des preuves selon des études observationnelles et des éléments d'appréciation indirects est faible.

Recommandation 10 : le traitement d'un avortement incomplet

Si la taille de l'utérus, au moment du traitement, correspond à une grossesse d'âge gestationnel inférieur ou égal à 13 semaines, il est recommandé de soumettre les femmes dont l'avortement est incomplet à une aspiration ou de leur donner du misoprostol. En ce qui concerne le misoprostol, il est recommandé de l'administrer en une seule dose soit par voie sublinguale (400 µg), soit par voie orale (600 µg).

(Force de la recommandation : forte)

Remarques

- La prise en charge en expectative de l'avortement incomplet peut s'avérer aussi efficace que le misoprostol, mais le processus prend plus de temps. Les décisions en matière de traitement ou de prise en charge en expectative de l'avortement incomplet devront se fonder sur l'état clinique de la patiente et sur ses préférences de traitement.
- Cette recommandation est extrapolée à partir de recherches menées chez des femmes ayant signalé un avortement spontané. Un avortement raté est un état différent de l'avortement incomplet faisant suite à un avortement spontané ou provoqué.
- D'après la recommandation concernant l'avortement chirurgical au cours du premier trimestre, l'aspiration peut également être utilisée chez les femmes dont la taille de l'utérus correspond à un âge gestationnel de 14 semaines.
- Le misoprostol peut également être utilisé par voie vaginale. Les études sur l'administration de misoprostol par voie vaginale utilisaient des doses allant de 400 µg à 800 µg ; des essais cliniques comparatifs en matière de posologie n'ont pas été rapportés.
- La qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés est faible.

Recommandation 11 : l'antibiothérapie prophylactique pour l'avortement provoqué

Une antibiothérapie prophylactique pré- ou périopératoire appropriée est nécessaire pour toutes les femmes qui subissent un avortement chirurgical, quel que soit leur risque de maladie inflammatoire pelvienne.

(Force de la recommandation : forte)

Une antibiothérapie prophylactique systématique n'est pas recommandée pour les femmes qui subissent un avortement médicamenteux.

(Force de la recommandation : forte)

Remarques

- Le manque d'antibiotiques ne doit pas limiter l'accès aux services d'avortement.
- L'administration d'une dose unique de nitroimidazoles, de tétracyclines ou de pénicillines s'est révélée efficace.
- La qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés pour l'avortement chirurgical est moyenne. La qualité des preuves selon une étude observationnelle pour l'avortement médicamenteux est très faible ; pour l'avortement chirurgical, elle est modérée.

Recommandation 12 : le recours à l'échographie avant un avortement provoqué

Une échographie systématique n'est pas nécessaire avant l'avortement.

(Force de la recommandation : forte)

Remarque

- La qualité des preuves selon un essai contrôlé randomisé et des études observationnelles est très faible.

Recommandation 13 : la contraception après un avortement

Les femmes peuvent commencer une contraception hormonale lors d'un avortement chirurgical, ou dès la prise de la première pilule lors d'un avortement médicamenteux.

(Force de la recommandation : forte)

Après un avortement médicamenteux, on peut poser un DIU dès lors qu'on peut raisonnablement avoir la certitude que la patiente n'est plus enceinte.

Remarques

- Le démarrage d'une contraception hormonale au cours d'un avortement médicamenteux, avant l'expulsion des produits de la conception, n'a pas fait l'objet d'essais cliniques.
- La qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés est très faible.

Recommandation 14 : la prise en charge de la douleur au cours de l'avortement

Une prise en charge médicamenteuse (par ex. avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens) de la douleur doit être systématiquement proposée à toutes les femmes qui subissent un avortement médicamenteux ou chirurgical.

(Force de la recommandation : forte)

Une anesthésie générale n'est pas recommandée de façon systématique lors d'un avortement par aspiration ou par D&E.

(Force de la recommandation : forte)

Remarques

- Il faut toujours proposer une prise en charge médicamenteuse de la douleur en cas d'avortement chirurgical ou médicamenteux et donner sans délai des antalgiques aux femmes qui le souhaitent. Des analgésiques, une anesthésie locale et/ou une sédation consciente accompagnés de paroles rassurantes suffisent dans la plupart des cas, mais une prise en charge de la douleur est d'autant plus nécessaire que l'âge gestationnel est plus élevé.
- Le moment de l'administration d'antalgiques n'a pas été suffisamment ni correctement étudié, ce qui empêche de formuler des recommandations sur tel ou tel schéma en particulier ; cependant, offrir une prise en charge de la douleur est un élément important des soins liés à l'avortement sécurisé.
- Les narcotiques et/ou les tranquillisants administrés par voie intraveineuse et le bloc paracervical sont largement utilisés, bien qu'insuffisamment étudiés.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont prouvé leur efficacité pour diminuer la douleur ; à l'opposé, le paracétamol s'est montré inefficace pour diminuer la douleur associée à l'avortement chirurgical ou médicamenteux.
- Certaines femmes peuvent avoir besoin d'analgésiques narcotiques supplémentaires, notamment au cours d'un avortement au deuxième trimestre.
- Le recours à l'anesthésie régionale pendant l'avortement médicamenteux, pour les grossesses correspondant à un âge gestationnel supérieur à 12 semaines, n'a pas fait l'objet de recherches cliniques.
- L'anesthésie générale s'accompagne de taux plus élevés d'effets secondaires et d'événements indésirables que d'autres méthodes de prise en charge de la douleur.
- La qualité des preuves selon des essais contrôlés randomisés est faible.

ANNEXE 6

Critères médicaux d'éligibilité pour l'utilisation des méthodes contraceptives après un avortement¹

Tableau A1. Tableau récapitulatif des recommandations relatives aux critères médicaux d'éligibilité après un avortement pour les contraceptifs hormonaux, les dispositifs intra-utérins et les méthodes contraceptives mécaniques

| État après l'avortement | COC | CIC | Patch & anneau vaginal | PPP | AMPR, NET-EN | LNG/ETG | DIU-Cu | DIU-LNG | Préservatif | Spermicide | Diaphragme |
|--|-----|-----|------------------------|-----|--------------|---------|--------|---------|-------------|------------|------------|
| Avortement au premier trimestre | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Avortement au deuxième trimestre | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Immédiatement après un avortement septique | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 |

CIC, contraceptifs injectables combinés ; COC, contraceptifs oraux combinés ; AMPR/NET-EN, progestatifs seuls sous forme d'injections : acétate de médroxyprogestérone retard/éнанthate de noréthistérone ; DIU, dispositifs intra-utérins (-Cu, au cuivre ; -LNG, à diffusion de lévonorgestrel) ; LNG/ETG, progestatifs seuls sous forme d'implants : lévonorgestrel/étonorgestrel ; PPP, pilules progestatives pures.

Définition des catégories

- 1 : état où l'utilisation de la méthode contraceptive n'appelle aucune restriction.
- 2 : état où les avantages de la méthode contraceptive l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés.
- 3 : état où les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode.
- 4 : état équivalent à un risque inacceptable pour la santé en cas d'utilisation de la méthode contraceptive

¹ Tiré de *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, 4^{ème} éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

Tableau A2. Recommandations relatives aux critères médicaux régissant l'accès à la stérilisation chirurgicale féminine après un avortement

| État après l'avortement | Stérilisation chirurgicale féminine |
|--|-------------------------------------|
| Post-abortum non compliqué | A |
| Infection ou fièvre post-abortum | D |
| Hémorragie grave post-abortum | D |
| Lésion grave de l'appareil génital ; déchirure cervicale ou vaginale au moment de l'avortement | D |
| Perforation utérine | S |
| Hématométrie aiguë | D |

Définition des catégories

- *A = (accepter)* : il n'y a pas de raison justifiant le refus de la stérilisation à une personne dans cet état.
- *P = (prudence)* : la stérilisation est normalement exécutée dans le cadre des soins habituels, mais avec un surcroît de préparation et de précautions.
- *D = (différer)* : l'intervention est différée jusqu'à ce que l'avortement soit évalué et/ou corrigé. Des méthodes de contraception temporaires doivent être offertes.
- *S = (spécial)* : la stérilisation exige la présence d'un chirurgien et d'un personnel expérimentés, du matériel requis pour l'anesthésie générale et autres services médicaux d'appui. En pareil cas, il faut être en mesure de choisir la méthode de stérilisation et le type d'anesthésie les plus appropriés. Des méthodes contraceptives temporaires doivent être offertes si la patiente doit être orientée vers un spécialiste, ou si l'intervention doit être reportée pour une raison quelconque à une date ultérieure.

ANNEXE 7

Principaux traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme

| Tableau A3. Principaux traités internationaux relatifs aux droits de l'homme | |
|--|---|
| Traité international relatif aux droits de l'homme (date d'entrée en vigueur) | Organe de surveillance du traité |
| Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (ICERD) (1969) | Comité pour l'élimination de la discrimination raciale (CERD) |
| Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) (1976) | Comité des droits économiques, sociaux et culturels |
| Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIRDPC) (1976) | Comité des droits de l'homme |
| Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) (1981) | Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes |
| Convention contre la torture et autres peines et traitements cruels, inhumains ou dégradants (1987) | Comité contre la torture |
| Convention sur les droits de l'enfant (CRC) (1990) | Comité des droits de l'enfant |
| Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (2003) | Comité des travailleurs migrants |
| Convention sur les droits des personnes handicapées (CRPD) (2008) | Comité des droits des personnes handicapées |

| Tableau A4. Traités régionaux relatifs aux droits de l'homme | |
|--|--|
| Traité régional relatif aux droits de l'homme (date d'entrée en vigueur) | Organe de surveillance du traité |
| Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme (1948) | Commission interaméricaine des droits de l'homme |
| Convention de sauvegarde des Droits de l'homme et des libertés fondamentales (telle que modifiée par les Protocoles 1, 4, 6, 7, 12 et 13) (1953) | Cour européenne des droits de l'homme |
| Convention américaine des Droits de l'homme (1978) | Commission interaméricaine des droits de l'homme |
| Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1986) | Commission africaine des droits de l'homme et des peuples |
| Convention interaméricaine pour la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme (« Convention de Belém do Pará ») (1994) | Commission interaméricaine des droits de l'homme |
| Charte sociale européenne (1961)/Charte sociale européenne révisée (1996) | Comité européen des droits sociaux |
| Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (1999) | Comité africain d'experts sur les droits et le bien-être de l'enfant |
| Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (« Protocole de San Salvador ») (1999) | Commission interaméricaine des droits de l'homme |
| Protocole à la Charte africaine des Droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (2005) | Commission africaine des droits de l'homme et des peuples |
| Charte arabe des Droits de l'homme (2008) | Commission arabe des droits de l'homme |
| Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (2009) | Tribunal/Cour de justice de l'Union européenne |

