

Avortement médicalisé :

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



Organisation mondiale de la Santé
Genève
2004

Remerciements

L'Organisation mondiale de la Santé remercie vivement tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce document, en particulier les participants à la Consultation technique OMS sur l'avortement médicalisé, qui s'est tenue à Genève en septembre 2000. La préparation et l'impression de ce document, ainsi que la tenue de la Consultation technique, ont été rendues possibles grâce aux contributions financières de la Fondation David et Lucille Packard (USA), de la Fondation Ford, de l'Agence suédoise de Développement international et du Department for International Development du Royaume-Uni.

Département Santé et recherche génésiques
Organisation mondiale de la Santé
20 avenue Appia
1211 Genève 27, Suisse
Télécopie : +41-22-791-4171
mél. : rhrpublications@who.int
Site Web : <http://www.who.int/reproductive-health>

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Organisation mondiale de la Santé.

Avortement médicalisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé.

1. Avortement provoqué - méthodes 2. Avortement provoqué - normes
3. Soins prénataux - organisation et administration 4. Soins prénataux - normes 5. Protection maternelle 6. Politique sanitaire 7. Ligne directrice I. Titre..

ISBN 92 4 259034 7

(NLM classification: WQ 440)

© Organisation mondiale de la Santé, 2004

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : 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 à l'unité Publications, à l'adresse ci-dessus (télécopie +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

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 ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Imprimé

Table des matières

Introduction	7		
Chapitre 1 : Des services d'avortement médicalisé : un défi pour la santé publique			
Résumé	10		
1 Historique	11		
2 Avortement provoqué	12		
3 Avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité	12		
4 Avortement médicalisé	14		
5 Considérations d'ordre juridique et politique	14		
6 Le défi – proposer des services de qualité	16		
Bibliographie	17		
Chapitre 2 : Soins cliniques dispensés aux femmes qui subissent un avortement			
Résumé	20		
1 Soins précédant l'avortement	23		
1.1 Anamnèse de la patiente	23		
1.2 Examen physique	23		
1.3 Examens de laboratoire	24		
1.4 Echographie	24		
1.5 Affections préexistantes	24		
1.6 Infections de l'appareil reproducteur	25		
1.7 Grossesse ectopique	25		
1.8 Iso-immunisation Rhésus	25		
1.9 Cytologie du col de l'utérus	26		
1.10 Information et conseil	26		
1.10.1 Conseil pour la prise de décision	26		
1.10.2 Information concernant la procédure d'avortement	27		
1.10.3 Information et services de contraception	27		
2 Les différentes méthodes d'avortement	29		
Résumé	29		
2.1 Préparation du col	30		
2.2 Prise en charge de la douleur	30		
2.2.1 Traitement de la douleur	31		
2.2.2 Anesthésie	31		
2.3 Avortement chirurgical	32		
2.3.1 Aspiration	32		
2.3.2 Dilatation et curetage	33		
2.3.3 Dilatation et évacuation	33		
2.3.4 Autres méthodes chirurgicales pour les interruptions de grossesse tardives	34		
2.3.5 Examen des tissus après un avortement chirurgical	35		
2.4 Avortement médicamenteux	35		
2.4.1 Mifépristone et prostaglandine	36		
2.4.1.1 Jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée	36		
2.4.1.2 De 9 à 12 semaines d'aménorrhée	38		
2.4.1.3 Au-delà de 12 semaines d'aménorrhée	38		
2.4.2 Le misoprostol ou le géméprost seuls	38		
2.4.2.1 Jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée	38		
2.4.2.2 Au-delà de 12 semaines d'aménorrhée	39		

2.4.3	Autres produits utilisés pour l'avortement médicamenteux	39
2.5	Autres questions en rapport avec l'avortement	40
2.5.1	Prévention et lutte contre l'infection	40
2.5.1.1	Le lavage des mains et l'utilisation de gants	40
2.5.1.2	Nettoyage	40
2.5.1.3	Eliminations sans risque des déchets contaminés par des liquides organiques	40
2.5.1.4	Manipulation sans risque et éliminations des instruments tranchants et aiguilles	41
2.5.1.5	Nettoyage de matériel en toute sécurité après utilisation	41
2.5.2	Prise en charge des complications d'avortement	42
2.5.2.1	Avortement incomplet	42
2.5.2.2	Echec de l'avortement	42
2.5.2.3	Hémorragie	42
2.5.2.4	Infection	43
2.5.2.5	Perforation utérine	43
2.5.2.6	Complications de l'anesthésie	43
2.5.2.7	Séquelles à long terme	43
3	Le suivi	44
3.1	Le rétablissement	44
3.1.1	Méthodes chirurgicales	44
3.1.2	Méthodes médicamenteuses	44

3.2	Offre d'une méthode contraceptive et conseil en matière d'IST	45
3.3	Instructions relatives aux soins après un avortement	45
Bibliographie		46
Chapitre 3 : Mise en place des services		
Résumé		54
1	Evaluation de la situation actuelle	55
2	Etablissement de normes nationales	58
2.1	Les types de services d'avortement et leur implantation	59
2.1.1	Au niveau de la communauté	59
2.1.2	Centre de soins de santé primaires	59
2.1.3	Hôpital de district (premier niveau de recours)	60
2.1.4	Hôpitaux des deuxième et troisième niveaux de recours	60
2.2	Matériel, fournitures, médicaments essentiels et compétences de l'établissement	62
2.2.1	Réglementations relatives aux médicaments et appareils	64
2.3	Mécanismes de transfert	64
2.4	Respect de la prise de décision éclairée, de l'autonomie, de la confidentialité et de la vie privée des femmes, en portant une attention particulière aux besoins spécifiques des adolescentes	65
2.4.1	Prise de décision libre et éclairée	65
2.4.2	Autonomie dans la prise de décision (autorisation d'une tierce personne)	66

2.4.3	Confidentialité	68
2.4.4	Respect de la vie privée	68
2.5	Dispositions particulières pour les femmes victimes de viol	68
3	Veiller à la compétence et aux bons résultats obtenus par les prestataires de soins de santé	69
3.1	Compétences et formation des prestataires	69
3.1.1	Programmes de formation	70
3.2	Supervision	72
3.3	Certification et accréditation des professionnels de santé et des établissements	73
4	Surveillance et évaluation des services	73
4.1	Surveillance	73
4.2	Évaluation	76
5	Financement	76
5.1	Coût pour l'établissement ou le système de santé	77
5.2	Rendre ces services financièrement abordables pour les femmes	77
	Bibliographie	78
	Chapitre 4 : Considérations d'ordre juridique et politique	
	Résumé	82
1	Santé des femmes et accords internationaux	83
2	Les lois et leur application	83
3	Comprendre les fondements juridiques de l'avortement	85
3.1	Lorsque la vie de la femme est en danger	85

3.2	Lorsque la santé physique et mentale de la femme est en péril	86
3.3	Lorsque la grossesse est le résultat d'un viol ou d'un inceste	86
3.4	Lorsqu'il y a une malformation fœtale	86
3.5	Pour des raisons économiques et sociales	87
3.6	Sur demande	87
3.7	Les limites imposées à l'âge de la grossesse	87
3.8	Autres limitations	87
4	Créer un environnement politique propice	87
4.1	Les objectifs	88
4.2	Un ensemble de services	88
4.3	Les méthodes d'avortement	88
4.4	Catégories de personnel	88
4.5	Rémunération des actes	89
4.6	Exigences du système de santé/qualité des soins	89
4.7	Information du public	89
5	Lever les obstacles réglementaires et administratifs	90
	Bibliographie	95
	Annexe 1 : Pour en savoir plus	96
	Annexe 2 : Documents internationaux de consensus en rapport avec l'avortement médicalisé	98
	Annexe 3 : Instruments et fournitures pour aspiration manuelle	102
	Annexe 4 : La contraception après avortement	103

Introduction

En octobre 2000, au Sommet du Millénaire des Nations Unies, les pays ont été unanimes à reconnaître la nécessité, à l'échelle mondiale, de réduire la pauvreté et les inégalités. La nécessité d'améliorer la santé maternelle a été identifiée comme l'un des principaux objectifs du Millénaire pour le développement, avec pour cible une diminution de la mortalité maternelle de 75 % d'ici à 2015 par rapport aux chiffres de 1990.

Les causes de mortalité maternelle sont multiples. Les femmes meurent parce que les complications survenant pendant le travail et l'accouchement passent inaperçues ou ne sont pas bien prises en charge. Elles meurent de maladies comme le paludisme, que la grossesse aggrave. Elles meurent de complications survenant à un stade précoce de la grossesse, quelquefois même avant que la femme sache qu'elle est enceinte, comme dans le cas d'une grossesse extra-utérine. Elles meurent aussi en cherchant à interrompre une grossesse non désirée, sans avoir accès à des services appropriés. Pour parvenir à atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement – l'amélioration de la santé maternelle et la réduction de la mortalité maternelle – il faut agir sur tous ces fronts.

Malgré le développement spectaculaire de la contraception ces trente dernières années, on estime à 40-50 millions le nombre d'avortements pratiqués chaque année, dont près de la moitié dans de mauvaises conditions. Dans le monde, environ 13 % de l'ensemble des décès maternels sont dus à des complications de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité. En plus des quelque 70 000 femmes qui meurent chaque année, des dizaines de milliers d'autres souffrent de séquelles durables, telles que l'infécondité. Même lorsque les services de planification familiale sont largement accessibles, des grossesses surviennent suite à un échec de la contraception, à des difficultés d'utilisation, voire à sa non-utilisation, ou parce que la femme a été victime d'un viol ou d'un inceste. La grossesse peut en outre mettre en danger la vie ou la santé physique et mentale de la femme. C'est pourquoi presque tous les pays ont promulgué des lois qui autorisent l'interruption de grossesse dans des cas bien précis. Dans certains endroits, l'avortement n'est autorisé que pour sauver la vie de la femme ; dans d'autres, il est autorisé sur demande de cette dernière. Les systèmes de santé se doivent de réagir en conséquence.

Le rôle de l'Organisation mondiale de la Santé est d'élaborer des normes et standards et de conseiller les Etats Membres de manière à renforcer les capacités des systèmes de santé. Pendant plus de trois décennies, l'OMS a aidé les gouvernements, les institutions internationales et les organisations non gouvernementales à planifier et à offrir des services de santé maternelle, notamment la prise en charge des complications de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, et des services de planification familiale de qualité.

Lors de la séance extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies, en juin 1999, les gouvernements ont convenu de ce que « dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, les services 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 ».

Ce document fournit des directives afin que cet accord devienne réalité.

Chapitre

1

Des services d'avortement médicalisé :
un défi pour la santé publique

Chapitre 1 Résumé

- On estime à 46 millions chaque année le nombre de grossesses interrompues volontairement, dont 19 millions dans des conditions estimées dangereuses.
- Environ 13 % des décès liés à la grossesse ont été attribués à des complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, ce qui représente probablement à peu près 68 000 décès par an.
- Dans les pays en développement, le risque de décès par suite des complications liées à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions est plusieurs centaines de fois supérieur au risque lié à un avortement pratiqué par des professionnels dans de bonnes conditions.
- Les complications faisant suite à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions entraînent de graves séquelles pour la santé des femmes, telles que l'infécondité.
- Comme aucune méthode contraceptive n'est sûre à 100 %, il y aura toujours des grossesses non désirées que les femmes chercheront à interrompre.
- Dans presque tous les pays, la loi autorise l'avortement pour sauver la vie de la mère et, dans la plupart, elle l'autorise pour préserver la santé physique et mentale de la femme.
- Les services d'avortement médicalisé prévus par la loi doivent donc être fournis par des personnels de santé qualifiés, appuyés par des politiques, des règlements et une infrastructure des systèmes de santé, y compris le matériel et les fournitures, de façon que les femmes aient un accès rapide à ces services.

1 Historique

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue au Caire en 1994, et la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, tenue à Beijing en 1995, ont toutes deux affirmé les droits de la femme en matière de sexualité et de santé génésique. La Conférence du Caire stipule que « les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction » (Nations Unies, 1995, paragraphe 7.3).

A Beijing, les gouvernements ont convenu de ce que « les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine. L'égalité entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la sexualité et la procréation, y compris le respect total de l'intégrité de la personne, exige le respect mutuel, le consentement et le partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences » (Nations Unies, 1996, paragraphe 96).

Lors de la Conférence du Caire, au sujet de l'avortement en particulier, les gouvernements du monde entier ont reconnu que l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité constituait un problème de santé publique majeur et ont renouvelé leur engagement en faveur d'une diminution du recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale, tout en reconnaissant que, dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être médicalisé (Nations Unies, 1995, paragraphe 8.25). Un an plus tard, la Conférence de Beijing a confirmé ces accords et a appelé les gouvernements à réexaminer les lois renfermant des dispositions répressives à l'encontre des femmes ayant eu recours à un avortement illégal (Nations Unies, 1996, paragraphe 106).

Le rapport de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies pour la poursuite de l'application du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue en 1999 (CIPD+5), a de plus affirmé 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 pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité et soit accessible. Des mesures supplémentaires devraient être prises pour préserver la santé des femmes » (Nations Unies, 1999, paragraphe 63.iii).

Pendant de nombreuses années, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres organisations ont élaboré des directives pour la prévention de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité et la prise en charge de ses complications (voir annexe 1). Le présent document fournit des conseils techniques aux gouvernements, aux responsables de

l'élaboration des politiques, aux administrateurs de programme et aux agents de santé sur la façon de mettre en application le paragraphe 63.iii mentionné ci-dessus.

2 Avortement provoqué

Sur les 210 millions de grossesses recensées chaque année, 46 millions (22 %) sont interrompues volontairement et, dans le monde, la grande majorité des femmes auront vraisemblablement recours à au moins un avortement avant d'avoir atteint l'âge de 45 ans (Alan Guttmacher Institute, 1999). On constate que le pourcentage total d'avortements chute brutalement dans les pays où les méthodes de contraception sont disponibles et largement employées (Bongaarts et Westoff, 2000) mais n'atteint jamais zéro, et cela pour plusieurs raisons. Premièrement, des millions d'hommes et de femmes n'ont pas accès à des méthodes contraceptives appropriées, ou ne reçoivent pas suffisamment d'informations ni d'aide pour les utiliser avec efficacité. Deuxièmement, aucune méthode contraceptive n'est infaillible, comme le montre le Tableau 1.1 à l'aide d'estimations calculées pour une « utilisation optimale » d'une méthode par quelqu'un qui suit à la lettre les instructions d'utilisation, et d'estimations calculées pour une « utilisation courante » qui tient compte du fait que les gens ne réussissent pas toujours à utiliser de façon optimale les méthodes contraceptives. Troisièmement, nombre de grossesses non désirées sont la conséquence de violences subies par les femmes, tant à la maison qu'au cours des guerres. Quatrièmement, un changement survenu dans la vie, tel qu'un divorce ou toute autre crise, peut transformer une grossesse désirée en une grossesse non désirée.

3 Avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité

Même si toutes les méthodes de contraception étaient toujours utilisées de façon optimale, il y aurait tout de même 6 millions de grossesses accidentelles par an. Ainsi, même avec un taux de contraception élevé, il y aura des grossesses non désirées que les femmes chercheront à interrompre.

Un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité est une intervention visant à interrompre une grossesse non désirée, effectuée soit par des personnes qui ne possèdent pas les compétences nécessaires, soit dans un contexte où les conditions sanitaires minimales n'existent pas, ou les deux (Organisation mondiale de la Santé, 1992). On estime qu'environ 20 millions d'avortements, soit près de la moitié de tous ceux pratiqués chaque année, le sont dans de mauvaises conditions et surviennent à 95 % dans les pays en développement (Organisation mondiale de la Santé, 1998). Dans le monde, on compte un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité pour sept naissances vivantes (Organisation mondiale de la Santé, 1998) mais, dans certaines régions, ce rapport est beaucoup plus élevé. Par exemple, en Amérique latine et aux Caraïbes, il y a plus d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité pour trois naissances vivantes (Organisation mondiale de la Santé, 1998).

Tableau 1.1 Grossesses accidentelles résultant d'un échec de la contraception dans le monde (estimations pour 1993)

Méthode de contraception	Estimation du taux d'échec (utilisation optimale) ¹	Estimation du taux d'échec (utilisation courante) ¹	Nombre d'utilisateurs ²	Nombre de grossesses non désirées (utilisation optimale)	Nombre de grossesses non désirées (utilisation courante)
	%	%	000's	000's	000's
Stérilisation féminine	0.50	0.50	201,000	1,005	1,005
Stérilisation masculine	0.10	0.15	41,000	41	62
Contraceptifs injectables	0.30	0.30	26,000	78	78
DIU	0.60	0.80	149,000	894	1,192
Pilule	0.10	5.00	78,000	78	3,900
Préservatif masculin	3.00	14.00	51,000	1,530	7,140
Contraceptif mécanique féminin	6.00	20.00	4,000	240	800
Abstinence périodique	3.00	25.00	26,000	780	6,500
Retrait	4.00	19.00	31,000	1,240	5,890
Total			607,000	5,886	26,567

¹ Trussel (1998) Estimations basées sur des données des Etats-Unis d'Amérique. Les taux d'échec sont exprimés en pourcentage de femmes qui tomberont enceintes durant une année d'utilisation de cette méthode.

² Division de la Population des Nations Unies (2002). Nombre estimé de femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou vivant maritalement.

3 Avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité

suite

On attribue près de 13 % des décès liés à la grossesse aux complications d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité (Organisation mondiale de la Santé, 1998) ; ce pourcentage, appliqué aux estimations les plus récentes de la mortalité maternelle dans le monde (529 000 décès en 2000 ; Organisation mondiale de la Santé, 2004) correspond à environ 68 000 décès par an. De plus, il faut associer à l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité une morbidité considérable. Par exemple, des études montrent qu'au moins une femme sur cinq ayant subi un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions souffrira d'une infection de l'appareil reproducteur. Certaines de ces infections sont graves et peuvent conduire à l'infécondité (Organisation mondiale de la Santé, 1998).

Quand la loi restreint l'accès aux services d'avortement ou permet ce dernier pour de nombreux motifs, mais que les services ne sont pas réellement disponibles ou sont de qualité médiocre, les femmes qui en ont les moyens peuvent néanmoins souvent s'offrir les services compétents du secteur privé. Mais beaucoup d'autres, qui n'ont pas souhaité leur grossesse, risquent de l'interrompre dans de mauvaises conditions : ce sont celles qui sont pauvres, qui vivent dans des endroits isolés, qui sont vulnérables (telles les réfugiées ou les femmes des populations déplacées à l'intérieur d'un pays), ou sont encore adolescentes, tout spécialement celles qui ne sont pas mariées. Ces femmes ont moins facilement accès aux services et à l'information en matière de santé génésique, sont souvent très exposées à la violence et à des rapports sexuels sous la contrainte, risquent de retarder le recours à l'avortement

et de s'en remettre à des méthodes à risque pratiquées par des personnes non qualifiées (Bott, 2001, Gardner et Blackburn, 1996, Mundigo et Indriso, 1999).

4 Avortement médicalisé

Presque tous les décès et complications dûs à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions sont évitables. En effet, les méthodes et les techniques employées pour une interruption précoce de grossesse sont simples et sûres. Quand il est pratiqué par un prestataire de soins formé avec le bon matériel, suivant une technique correcte et des normes sanitaires rigoureuses, l'avortement est l'une des interventions médicales les plus sûres. Dans les pays où les femmes ont accès à des services de qualité, le risque de mortalité lié à un avortement pratiqué suivant des méthodes modernes n'est pas supérieur à 1 pour 100 000 (Alan Guttmacher Institute, 1999). Dans les pays en développement, le risque de décès par complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité est plusieurs centaines de fois supérieur à celui résultant d'un avortement médicalisé par un personnel qualifié (Organisation mondiale de la Santé, 1998). Des services d'avortement précoce correctement assurés permettent de sauver des vies et économisent les coûts souvent très élevés des traitements des complications évitables de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions (Fortney, 1981, Tshibangu et al., 1984, Figa-Talamanca et al., 1986, Mpangile et al., 1999).

5 Considérations d'ordre juridique et politique

Dans presque tous les pays, la loi autorise l'avortement lorsqu'il s'agit de sauver la vie de la mère (Figure 1.1). Dans plus des trois cinquièmes des pays, l'avortement est également autorisé pour sauvegarder la santé

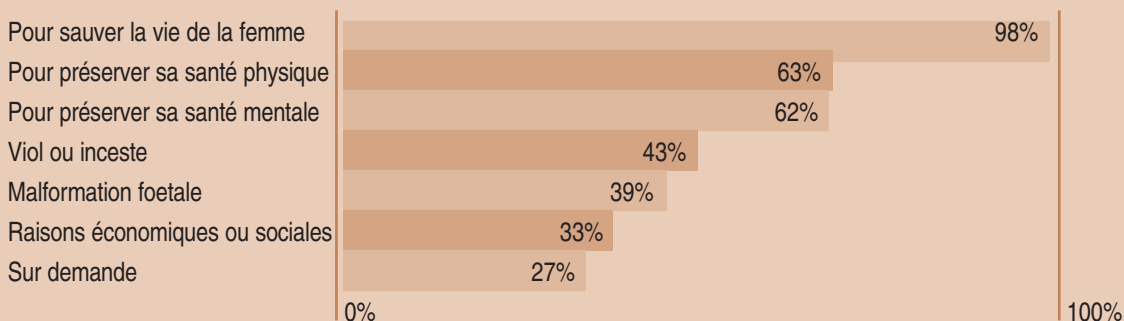
mentale et physique de la femme et, dans près de 40 % des pays, il est autorisé en cas de viol, d'inceste ou de malformation du fœtus. Un tiers des pays autorisent l'avortement pour raisons sociales ou économiques et au moins un quart sur demande (Division de la Population des Nations Unies, 1999). Ainsi donc, pratiquement tous les pays devraient proposer des services d'interruption de grossesse accessibles et de qualité aux femmes qui y ont droit en vertu de la loi.

Cependant, dans bien des situations où les femmes ont le droit d'interrompre leur grossesse, les services compétents ne sont pas disponibles pour un certain nombre de raisons, dont les problèmes inhérents aux services de santé tels que le manque de personnel qualifié ou sa concentration dans les zones urbaines, l'attitude négative des dispensateurs de soins, des méthodes inappropriées ou dépassées, le fait que les dispensateurs de soins et les établissements n'ont pas les autorisations voulues, l'ignorance de la loi ou son non-respect par le personnel de santé, des réglementations très complexes, ou un manque de ressources. Si on veut faciliter l'accès à des services sûrs et légaux, on doit également se pencher sur un

ensemble de facteurs sociaux et politiques plus large qui inclut les contraintes réglementaires et juridiques, le manque d'information du public concernant la loi et les droits des femmes en vertu de cette loi, la méconnaissance des établissements pratiquant l'avortement ou de la nécessité que l'interruption de grossesse soit précoce, l'attitude des familles, la stigmatisation et les craintes relatives au respect de la vie privée et de la confidentialité, et la perception de la qualité des soins.

Les professionnels de santé, à tous les niveaux, sont éthiquement et légalement tenus de respecter les droits des femmes. En travaillant de concert avec les ministères de la santé et de la justice et leurs associations professionnelles, ils peuvent aider à préciser les situations dans lesquelles l'avortement n'est pas contraire à la loi. Ils devraient être en mesure de comprendre et d'appliquer leurs lois nationales relatives à l'avortement et participer à l'élaboration des réglementations, des politiques et des protocoles pour assurer l'accès à des services de qualité dans le cadre de la loi et en respectant le droit des femmes à bénéficier d'un traitement humain et confidentiel.

Figure 1.1 **Motifs pour lesquels l'avortement est autorisé – pourcentage de pays**



Source: Division de la Population des Nations Unies 1999

L'accès rapide à un avortement médicalisé précoce réduit sérieusement les taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles ; il évite les dépenses qu'impose actuellement l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité aux systèmes de santé ; il permet de fournir des soins aux femmes qui n'ont pas encore suffisamment accès aux services de planification familiale ou pour qui la contraception a échoué.

6 Le défi - proposer des services de qualité

Pour rendre l'avortement sûr et accessible dans toute la mesure prévue par la loi, il est essentiel de former le personnel de santé pour qu'il connaisse les lois et la réglementation nationale, ainsi que les techniques utilisées, en veillant à ce que le matériel et les fournitures soient disponibles et en élaborant des protocoles, des réglementations et des politiques visant à promouvoir l'accès à des services d'avortement de qualité. Les chapitres qui suivent formulent des recommandations sur chacun de ces sujets, à partir de l'expérience et des données disponibles et en suivant les principes approuvés lors des réunions de la CIPD, de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes et de leurs anniversaires respectifs cinq ans plus tard conformément aux normes internationales relatives aux droits de l'homme. L'avortement étant autorisé dans certaines circonstances dans la plupart des pays du monde, il y a dans presque tous les pays – qu'ils soient développés ou en développement – des champs d'application considérables où mettre en oeuvre les directives préconisées dans ce document.

- Le chapitre 2, "Soins cliniques dispensés aux femmes qui subissent un avortement" passe en revue

les aspects cliniques de la fourniture de services d'avortement de qualité, comprenant le diagnostic de la grossesse, l'information et le conseil, le choix et la fourniture d'une méthode d'avortement appropriée, ainsi que les soins faisant suite à l'intervention. On y décrit les différentes méthodes d'avortement recommandées et les paramètres qui influent sur leur sûreté, leur efficacité et leur utilisation optimale.

- Le chapitre 3, "Mise en place des services", donne des conseils sur les éléments essentiels nécessaires à la mise en place de services légaux et de qualité. Les sujets abordés portent sur l'évaluation des besoins, les normes et standards nationaux, les éléments de soins présents à chaque niveau du système de santé, le fait de veiller aux compétences et aux résultats obtenus par les prestataires de soins, à la certification et à l'agrément, à la surveillance et à l'évaluation, ainsi qu'au financement.
- Le chapitre 4, "Considérations d'ordre juridique et politique" établit un cadre stratégique pour assurer l'accessibilité optimale à des services médicalisés dans toute la mesure prévue par la loi. On y traite divers sujets : les lois et leur application en matière d'avortement, la création d'un contexte politique favorable et la suppression des entraves inutiles aux soins.

Le lecteur trouvera une bibliographie à l'annexe 1, à laquelle il pourra se référer pour en savoir plus sur les sujets abordés. L'annexe 2 renferme les textes pertinents d'accords internationaux, et les annexes 3 et 4 fournissent de plus amples informations sur le matériel nécessaire pour l'aspiration manuelle et sur les méthodes contraceptives à utiliser à la suite d'un avortement.

Bibliographie

Alan Guttmacher Institute. (1999) *Sharing responsibility: women, society & abortion worldwide*. New York et Washington DC, The Alan Guttmacher Institute.

Bongaarts J et Westoff CF. (2000) *The potential role of contraception in reducing abortion. Studies in Family Planning* 31:193-202.

Bott S. (2001) Unwanted pregnancy and induced abortion among adolescents in developing countries: findings from WHO case studies. Dans : Puri CP et Van Look PFA (eds). *Sexual and reproductive health: recent advances, future directions*. New Delhi, New Age International (P) Limited, Volume 1, 351-366.

Figa-Talamanca I, Sinnathuray TA, Yusof K, Fong CK, Palan VT, Adebé N, Nylander P, Onifade A, Akin A et Bertan M. (1986) Illegal abortion: an attempt to assess its costs to the health services and its incidence in the community. *International Journal of Health Services* 16:375-389.

Fortney JA. (1981) The use of hospital resources to treat incomplete abortions: examples from Latin America. *Public Health Reports* 96: 574-579.

Gardner R et Blackburn R. (1996) People who move: new reproductive health focus. *Population Reports Series J*, No. 45.

Mpangile GS, Leshabari MT et Kihwele DJ. (1999) Induced abortion in Dar es Salaam, Tanzania: the plight of adolescents. Dans : Mundigo AI et Indriso C. (eds). *Abortion in the developing world*. New Delhi, Vistaar Publications [pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé], pp. 387-403.

Mundigo AI et Indriso C. (eds). (1999) *Abortion in the developing world*. New Delhi, Vistaar Publications [pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé].

Nations Unies. (1995) *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994*. New York, Nations Unies. (Numéro de vente : 95.XIII.18)

Nations Unies. (1996) *Rapport de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes. Beijing, 4-15 septembre 1995*. New York, Nations Unies. (Numéro de vente : 96.IV.13)

Nations Unies. (1999a) *Principales mesures pour la poursuite de l'application du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*. New York, Nations Unies. (A/S-21/5/Add.1)

Nations Unies, Division de la Population. (1999b) *World abortion policies 1999*. New York, Nations Unies, Division de la Population. (ST/ESA/SER.A/178).

Nations Unies, Division de la Population. (2002) *World contraceptive use 2001*. New York, Nations Unies. (Sales No. E.02.XIII.7).

Organisation mondiale de la Santé. (1992) *The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (WHO/MSM/92.5)

Organisation mondiale de la Santé. (1998) *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (WHO/RHT/MSM/97.16)

Organisation mondiale de la Santé. (2004) *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

Trussell J. (1998) Contraceptive efficacy. Dans : Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates W Jr, Stewart GK, Guest F et Kowal D (eds). *Contraceptive technology (17th revised edition)*. New York, Ardent Media Inc., pp. 779-844.

Tshibangu K, Ntabona B, Liselele-Bolemba L et Mbiye K. (1984) Avortement clandestin, problème de santé publique à Kinshasa. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction (Paris)* 13:759-763.

Chapitre

2

Soins cliniques dispensés aux
femmes qui subissent un avortement

Chapitre 2 Résumé

Les soins précédant un avortement

- Déterminer l'âge de la grossesse est un facteur essentiel dans le choix de la méthode d'interruption appropriée. On y parvient habituellement en procédant à un examen pelvien bimanuel et en identifiant d'autres symptômes de la grossesse. On peut le confirmer par des analyses de laboratoire ou par une échographie.
- Dans les régions où l'anémie est importante, le fait d'effectuer un hémogramme et un hématocrite permettra de réagir rapidement en cas de complications pouvant nécessiter une transfusion sanguine.
- L'utilisation systématique d'antibiotiques au moment de l'avortement réduit le risque d'infection par la suite. Cependant, on ne devrait pas refuser de pratiquer un avortement en cas de pénurie d'antibiotiques.
- Il est nécessaire de donner à la patiente des informations précises et simples sur la méthode employée et sur ce qui va se passer pendant et après l'intervention, ainsi que des conseils sur toutes les possibilités qui s'offrent à elle pour l'aider à prendre sa décision en connaissance de cause.

Les différentes méthodes d'avortement

- Pour une interruption de grossesse précoce (au premier trimestre), on privilégie les méthodes suivantes :
 - l'aspiration manuelle ou électrique, jusqu'à 12 semaines révolues depuis les dernières règles ;
 - les méthodes médicamenteuses – une prise de mifépristone suivie d'une prostaglandine telle que le misoprostol ou le géméprost, jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée. Le misoprostol est la prostaglandine de choix, car il est peu coûteux et ne nécessite pas de réfrigération.
- La dilatation et le curetage (D&C) ne devraient être pratiqués que lorsque l'aspiration et les méthodes médicamenteuses ne sont pas disponibles.
- Pour les grossesses de plus de 12 semaines d'aménorrhée, on préfère les méthodes suivantes :
 - la dilatation et l'évacuation de la cavité utérine (D&E) par aspiration et à l'aide de pince-forceps ;
 - la mifépristone suivie de plusieurs doses de prostaglandine – misoprostol ou géméprost ;
 - les prostaglandines seules (misoprostol ou géméprost) en plusieurs doses.

- On recommande de préparer le col utérin pour un avortement chirurgical dans le cas d'une grossesse de plus de 9 semaines révolues chez les nullipares, les femmes âgées de moins de 18 ans et chez toutes les femmes dont la grossesse remonte à plus de 12 semaines complètes.
- On doit toujours offrir des médicaments pour calmer la douleur. Dans la plupart des cas, des analgésiques, une anesthésie locale et/ou un léger calmant et des paroles réconfortantes sont suffisants.
- On utilise un anesthésique local tel que la lidocaïne injectée autour du col pour soulager l'inconfort suscité par la dilatation mécanique du col avant l'intervention chirurgicale. L'anesthésie générale n'est pas recommandée pour l'avortement, car elle a été associée à des taux de complications plus élevés que l'anesthésie locale.
- On doit respecter les précautions universelles recommandées pour tous les soins aux patientes en toutes circonstances pour réduire les risques d'infections à transmission hémotogène, notamment l'infection à VIH.

Le suivi

- Après un avortement chirurgical, les femmes peuvent quitter l'établissement de santé dès qu'elles s'en sentent capables et que tous leurs signes vitaux sont normaux.
- L'idéal serait qu'elles reviennent pour une visite de contrôle 7 à 10 jours après l'intervention chirurgicale.
- Pour un avortement médical, en cas d'évacuation partielle avant leur départ, les femmes doivent revenir 10 à 15 jours après pour confirmer la vacuité utérine.
- Avant leur départ de l'établissement de santé, toutes les femmes doivent avoir reçu des informations sur la contraception et celles qui le désirent des contraceptifs, ou être dirigées vers des services de planification familiale.
- On devrait donner aux femmes des instructions verbales et écrites leur indiquant comment prendre soin d'elles après leur départ de l'établissement de soins, à quels saignements elles doivent s'attendre, comment identifier une complication éventuelle et auprès de qui rechercher de l'aide.

Définitions utilisées dans ce document

Avortement chirurgical

- Procédures transcervicales d'interruption dont l'aspiration, la dilatation et le curetage (D&C), et la dilatation et l'évacuation par aspiration (D&E).

Avortement médicamenteux

- Utilisation de médicaments pour interrompre la grossesse.

Avortement médicalisé

- Procédure pour interrompre une grossesse par un personnel qualifié dans de bonnes conditions de sécurité.

Avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité

- Une interruption de grossesse pratiquée par des personnes non qualifiées ou dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou les deux.

Age de la grossesse

- Nombre de jours ou de semaines écoulés depuis le premier jour des dernières règles.

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 (Grimes et Cates, 1979). La détermination de l'âge de la grossesse est donc un facteur essentiel du choix de la méthode la plus appropriée.

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. 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. Le personnel devrait également être en mesure de conseiller et d'aider la femme à examiner les différentes options (voir section 1.10.1).

1.1 ANAMNESE DE LA PATIENTE

La plupart des femmes commencent à soupçonner une grossesse lorsqu'elles ont un retard de règles. On demandera à la femme la date du premier jour de ses dernières règles, c'est à dire le premier jour de saignement, et si les règles étaient normales. 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. 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.

1.2 EXAMEN PHYSIQUE

Les prestataires de soins de santé doivent confirmer la grossesse et estimer son âge en pratiquant un examen pelvien bimanuel. 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 devant pratiquer les avortements doit donc souvent suivre une formation complémentaire (voir chapitre 3).

Pendant l'examen pelvien bimanuel, les signes indiquant une grossesse dès 6 à 8 semaines 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 foetale ; et 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, un fibrome ou une grossesse molaire.

1 Soins précédant l'avortement *suite*

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 de la grossesse 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 soins supplémentaires ou un transfert pour traitement. En cas de pathologie grave du col utérin, la patiente doit être transférée dans un établissement approprié pour un examen plus poussé.

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. Cependant, la réalisation de ces tests ne devrait pas empêcher ou retarder l'évacuation utérine.

La détermination du taux d'hémoglobine et de l'hématocrite permet, dans les régions où l'anémie est très répandue, de commencer le traitement et de se préparer à une hémorragie éventuelle au moment de l'avortement ou après celui-ci.

Lorsque c'est possible, on effectuera un groupage ABO et Rhésus (Rh), surtout dans les centres de recours,

en cas de complication qui pourrait nécessiter une transfusion sanguine (voir 2.5.2.3 ci-après).

1.4 ECHOGRAPHIE

Il n'est pas nécessaire de faire une échographie pour une interruption de grossesse précoce (RCOG, 2000). Quand on a la possibilité de la faire, elle peut aider à détecter une grossesse extra-utérine au-delà de 6 semaines environ. Dans le cas d'une grossesse plus avancée, certains opérateurs considèrent l'échographie utile avant et pendant l'avortement. 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.

1.5 AFFECTIONS PREEXISTANTES

En plus de la confirmation de la grossesse et de son âge, le personnel de santé doit recueillir l'anamnèse de la patiente et identifier les autres facteurs qui pourraient influencer sur la pratique de l'avortement, à savoir : des saignements, des allergies à certains médicaments que l'on emploie durant l'intervention, et toute information concernant des médicaments que prend la patiente et qui pourraient interférer avec ceux utilisés pendant l'avortement.

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 2.5.1 ci-après). Si on sait que la patiente est VIH-positive, elle peut avoir besoin d'un soutien particulier (voir 1.10.1).

1.6 INFECTIONS DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR

L'infection des voies génitales basses, au moment de l'avortement, est un facteur de risque d'infections consécutives à l'intervention (Penney et al., 1998). On a observé que l'administration systématique d'antibiotiques au moment de l'intervention réduit de moitié le risque d'infection postopératoire (Sawaya et al., 1996). 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, la stricte observation des méthodes de nettoyage et de désinfection joue un rôle essentiel dans la prévention des infections postopératoires (voir section 2.5.1).

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 au laboratoire et qu'on ne remarque aucun signe visible d'infection, on procédera à l'intervention sans attendre le résultat des tests.

1.7 GROSSESSE ECTOPIQUE (EXTRA UTERINE)

Une grossesse ectopique peut mettre la vie de la mère en danger ; elle a pour signes une taille anormalement petite de l'utérus pour l'âge de la grossesse et des douleurs abdominales basses, surtout si ces dernières sont accompagnées de saignements et de « spotting » vaginaux, d'étourdissements ou d'une perte de connaissance, d'une grande pâleur et, chez quelques patientes, de 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 démarrer le traitement (voir Organisation mondiale de la Santé, 2002a, pour de plus amples informations sur les traitements).

Il est à noter qu'il est plus difficile d'identifier une grossesse extra-utérine pendant et après une interruption médicamenteuse de grossesse, car les symptômes sont les mêmes. C'est pourquoi, si on a utilisé une méthode d'avortement médicamenteuse sans confirmer au préalable qu'il s'agit bien d'une grossesse intra-utérine et si la patiente ressent des douleurs intenses allant crescendo après l'intervention, il convient de rechercher une grossesse extra-utérine.

1.8 ISO-IMMUNISATION RHESUS

Aux Etats-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 (Finn et al., 1961), mais il n'y a toujours pas de preuves tangibles justifiant cette mesure après un avortement provoqué au premier trimestre. Dans les établissements 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. Lorsqu'il s'agit d'un avortement médicamenteux, il est recommandé d'administrer l'immunoglobuline anti-D en même temps que la prostaglandine (Urquhart et Templeton, 1990).

1 Soins précédant l'avortement *suite*

1.9 CYTOLOGIE DU COL DE L'UTERUS

Dans certains établissements, on peut aussi offrir aux femmes la possibilité de faire un frottis du col et d'autres prestations de santé gynécologique. Une demande d'interruption de grossesse peut être l'occasion de vérifier l'état du col, en particulier dans les zones de forte prévalence du cancer du col utérin et des infections sexuellement transmissibles (IST). Cependant, accepter ce dépistage ne doit, en aucun cas, être une condition pour obtenir un avortement et ces services ne sont pas nécessaires pour pratiquer un avortement en toute sécurité.

1.10 INFORMATION ET CONSEIL

La diffusion de l'information est une partie essentielle des activités des services de qualité. L'information doit être complète, exacte et facile à comprendre, et communiquée dans le respect de la vie privée de la femme et de la confidentialité. Le chapitre 3 fournit des renseignements sur la formation et les autres qualifications du personnel chargé de l'information et du conseil, notamment les normes éthiques auxquelles il doit se conformer.

1.10.1 Conseil pour la prise de décision

Le conseil est très important, car il aide la femme à examiner les options qui s'offrent à elle et lui permet de prendre une décision à l'abri de toute pression. Le conseil doit être volontaire, confidentiel et délivré par une personne compétente.

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. Il conviendra cependant de lui expliquer les avantages que présente sur le plan de la sécurité et de l'efficacité une interruption précoce de grossesse. 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 qui veulent qu'elle interrompe sa grossesse. Les adolescentes non mariées et les femmes infectées par le VIH sont particulièrement vulnérables à ce genre de pression. Toutes les femmes connues pour être infectées par le VIH doivent être informées des risques d'une grossesse pour leur santé et du risque de transmission du virus à leur bébé. Elles doivent également être informées des traitements qui existent pour elles et pour éviter de transmettre le virus à leur enfant afin de prendre en connaissance de cause la décision de poursuivre ou d'interrompre leur grossesse, quand la loi le permet. Elles peuvent aussi demander à être plus soutenues psychologiquement (Organisation mondiale de la Santé, 1999). 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 ou sévices sexuels, il doit l'adresser à d'autres services de conseil et de traitement s'il y a lieu. Les responsables doivent s'assurer que tout le personnel connaît l'existence de ces moyens d'action dans le système de santé et dans la communauté (voir chapitre 3).

1.10.2 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 de l'intervention ;
- la prise en charge de la douleur possible ;
- des risques et des complications associés à la méthode ;
- du délai nécessaire pour reprendre ses activités normales, y compris les rapports sexuels ; et
- des soins durant le suivi après avortement.

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, de son état de santé et des facteurs de risque potentiels.

1.10.3 Information et services de contraception

L'offre d'information et de services 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. Toute femme doit savoir que l'ovulation peut reprendre dès la troisième semaine suivant l'avortement (Cameron et Baird, 1988), 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. 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, la corriger, ou s'il est préférable qu'elle en change (pour l'exposé des différentes méthodes, voir section 3.2 et annexe 4). Cependant, le choix final d'une méthode doit être laissé à la femme elle-même.

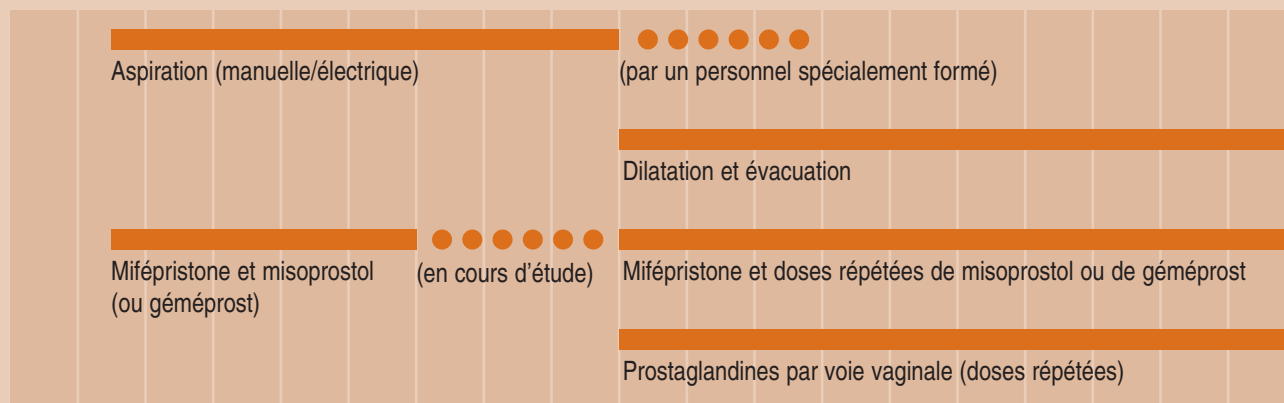
L'avortement ne doit en aucun cas être subordonné à sa décision d'accepter ou non une méthode contraceptive.

Figure 2.1 Les différentes méthodes d'avortement

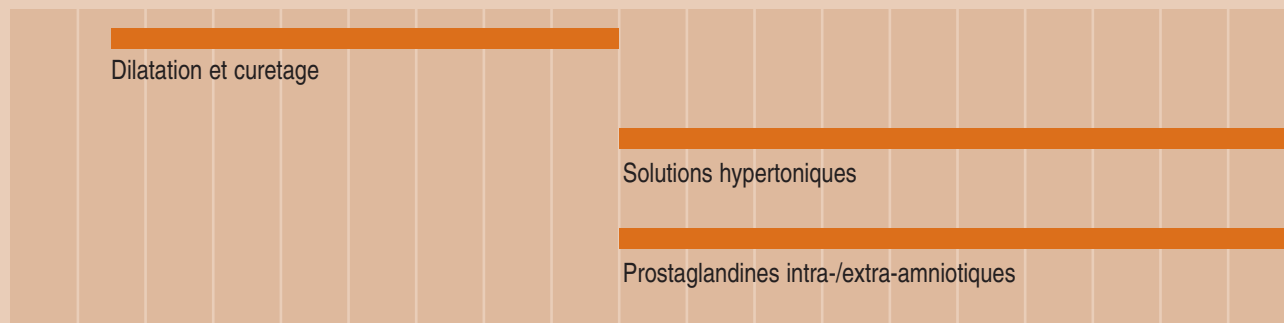
Nombre de semaines écoulées depuis les dernières règles

4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Méthodes privilégiées



Autres méthodes



2 Les différentes méthodes d'avortement

RESUME

La Figure 2.1 récapitule les méthodes les plus appropriées aux différents stades de la grossesse, fondées sur des protocoles reconnus utilisés dans le monde entier. Concernant les limites de temps, elles 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 semaines, tandis que d'autres, spécialement formés, ayant suffisamment d'expérience et disposant de canules de taille appropriée, peuvent la pratiquer dans de bonnes conditions de sécurité jusqu'à 15 semaines complètes d'aménorrhée (RCOG, 2000).

La disponibilité de méthodes médicamenteuses d'interruption de grossesse sûres et efficaces reste encore limitée. Cependant le rapide développement des recherches menées pourrait déboucher sur une utilisation plus vaste dans un futur proche. On évoque donc le recours à ces médicaments de façon que les planificateurs et les administrateurs de programme puissent se préparer à les introduire systématiquement le moment voulu.

Méthodes utilisées jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée

On privilégie l'aspiration manuelle ou électrique ou bien des méthodes médicamenteuses associant la mifépristone suivie d'une prostaglandine. Cette combinaison s'est avérée sûre et efficace jusqu'à 9 semaines complètes de grossesse. Son efficacité et sa sécurité sont actuellement en cours d'étude pour une grossesse de 9 à 12 semaines complètes.

L'utilisation de méthodes médicamenteuses nécessite de pouvoir pratiquer une aspiration sur place ou transférer la patiente si l'avortement n'est pas déclenché ou est incomplet. On ne devrait avoir recours à la dilatation et au curetage (D&C) que si les méthodes citées plus haut ne sont pas disponibles. Les responsables de la santé et les décideurs devraient faire tout ce qui est en leur pouvoir pour remplacer le curetage (D&C) par l'aspiration.

Méthodes utilisées au-delà de 12 semaines d'aménorrhée

Un certain nombre de circonstances peuvent faire qu'un avortement plus tardif soit nécessaire et tous les services de santé, à tous les niveaux du système, devraient pouvoir transférer les patientes dans des centres ayant la capacité de pratiquer des interruptions de grossesse tardives en toute sécurité. On ne peut pas faire un diagnostic de malformation foetale avant 12 semaines de grossesse, et une maladie cardio-vasculaire grave ou un cancer chez la femme nécessitant un traitement lourd, par exemple, peuvent amener à interrompre la grossesse tardivement pour raisons médicales. Certaines femmes, en particulier les adolescentes, ne peuvent accéder rapidement aux soins ou tardent à se présenter dans les services concernés. Cela peut être dû à la méconnaissance des conditions dans lesquelles un avortement est autorisé, au manque d'information sur les services de soins de santé ou sur la manière de les contacter, à des contraintes financières, à l'incapacité à reconnaître les premiers signes de la grossesse, à des règles irrégulières, à l'ambivalence liée à l'interruption de grossesse, à des problèmes de santé se produisant après le premier trimestre, à des conflits familiaux ou à un changement de situation transformant une grossesse désirée en une grossesse non désirée.

2 Les différentes méthodes d'avortement *suite*

La méthode médicamenteuse privilégiée pour un avortement au-delà de 12 semaines d'aménorrhée est la mifépristone suivie de doses répétées d'une prostaglandine telle que le misoprostol ou le géméprost. La méthode chirurgicale privilégiée est la dilatation et l'évacuation (D&E) par aspiration et pince-forceps.

2.1 PREPARATION DU COL

Dans certains pays, on utilise couramment des dilateurs osmotiques 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, la rendent plus facile et diminuent l'incidence des complications immédiates courantes des avortements pratiqués au-delà de 9 semaines complètes de gestation (Organisation mondiale de la Santé, 1997). 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 jeunes femmes, à celles dont la grossesse est déjà très avancée, à celles qui courent un risque sérieux de lésion du col ou de perforation utérine pouvant entraîner une hémorragie (Grimes et al., 1984, Schulz et al., 1983). Cependant, la préparation du col présente quelques inconvénients, notamment son coût plus élevé et la durée qu'elle demande. Elle est donc recommandée pour des grossesses de plus de 9 semaines complètes chez les nullipares, les femmes de moins de 18 ans et chez toutes les femmes qui sont enceintes depuis plus de 12 semaines révolues (RCOG, 2000, Organisation mondiale de la Santé, 1997).

Selon des recherches récentes, l'administration par voie vaginale de 400 µg de misoprostol 3 ou 4 heures avant l'intervention serait efficace (Singh et al., 1998). L'administration orale de 400 µg de misoprostol 3 ou 4 heures avant l'intervention convient également pour préparer le col (Ngai et al., 1999). On peut aussi administrer oralement 200 mg de mifépristone 36 heures avant l'intervention (Organisation mondiale de la Santé, Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation, 1994) ou 1 mg de géméprost par voie vaginale 3 heures avant (Henshaw et Templeton, 1991).

2.2 PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

La plupart des femmes se plaignent de douleurs lors d'un avortement. Plusieurs études d'observation 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, l'âge de la grossesse, le degré de dilatation du col et l'anxiété de la patiente (Smith et al., 1979). La douleur sera moindre si la femme a déjà accouché par voie basse (Borgatta et Nickinovich, 1997). On a aussi remarqué que la patiente souffrira plus si l'intervalle entre l'administration de l'anesthésique local et le début de l'intervention est inférieur à 2 minutes, si l'on n'a pas le choix entre anesthésie générale et locale et si elle a fréquemment recours aux analgésiques (Donati et al., 1996).

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.

Le fait de prodiguer des conseils et de réconforter la patiente permet de réduire sa perception de la douleur et ses craintes (Solo, 2000). 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 du mari ou du partenaire, d'un membre de la famille ou d'un(e) ami(e) peut aussi être une aide. Cependant ces éléments ne sauraient remplacer un traitement médical de la douleur.

2.2.1 Traitement de la douleur

On devrait toujours offrir un traitement contre la douleur. 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 endorment la sensation physique. Dans la plupart des cas, des analgésiques, une anesthésie locale et/ou une sédation douce complétés par des paroles de réconfort sont suffisants. 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, sont généralement suffisants pour calmer la douleur associée aux méthodes d'avortement médicamenteuses et chirurgicales, notamment celle à type de crampes (Suprpto et Reed, 1984, Matambo et al., 1999). Lors de trois essais contrôlés randomisés, on s'est aperçu que le paracétamol était inefficace pour calmer la douleur après l'intervention (Cade et Ashley, 1993, Hein et al., 1999, Dahl et al., 2000).

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. 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 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 dans chacun des quatre quadrants du col. L'avantage de l'anesthésie locale sur l'anesthésie générale est que la patiente se remet plus rapidement et que, restant consciente durant toute l'intervention, elle est en mesure d'alerter le praticien en cas de problème. L'injection d'un anesthésique local doit être bien faite afin d'éviter que le produit ne passe dans les veines. On a prouvé que le recours à l'anesthésie locale lors d'un avortement par aspiration était une pratique sûre et efficace (Thonneau et al., 1998).

2 Les différentes méthodes d'avortement *suite*

L'anesthésie générale n'est pas recommandée pour l'avortement et elle augmente les risques cliniques (Lawson et al., 1994, MacKay et al., 1985, Osborn et al., 1990). Elle est associée à une plus grande fréquence des hémorragies que l'anesthésie locale (Grimes et Cates, 1979). Elle coûte plus cher aux services de santé et à la patiente, particulièrement du fait que certains hôpitaux exigent, sans nécessité, que la patiente reste jusqu'au lendemain. Néanmoins, 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.

2.3 AVORTEMENT CHIRURGICAL

2.3.1 Aspiration

Pour un avortement chirurgical jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée, on préfère l'aspiration. Certains prestataires, selon leur formation et leur expérience et en fonction du cas particulier, sont capables de pratiquer une aspiration jusqu'à 15 semaines révolues. Plusieurs essais contrôlés randomisés ont établi la grande efficacité de l'aspiration. On rapporte des taux de 95 % à 100 % d'avortements complets (Greenslade et al., 1993). Les méthodes manuelles et électriques sont tout aussi efficaces (Westfall et al., 1998).

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. On dispose aussi de pompes mécaniques à pédale. Les pompes à vide disponibles sont reliées à des canules en plastique de différentes tailles, ayant un diamètre de 4 à au moins 12 mm. Certains aspirateurs et canules sont réutilisables après nettoyage, désinfection poussée ou stérilisation.

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. 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, seuls ou associés à l'administration d'une prostaglandine, ou de préparer le col à l'aide d'agents pharmacologiques tels que la mifépristone ou une prostaglandine (misoprostol ou géméprost), avant d'introduire la canule.

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, aux Etats-Unis d'Amérique, (la majorité par aspiration), on a rapporté que moins de 0,1 % des femmes avaient présenté des complications graves nécessitant une hospitalisation (Hakim-Elahi et al., 1990). 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 (Grimes et Cates, 1979). Toute méthode d'avortement entraîne des crampes ou des douleurs abdominales et des saignements semblables à ceux des règles.

2.3.2 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 (Cates et al., 2000) et beaucoup plus douloureuse pour les femmes (Grimes et al., 1977). L'aspiration a systématiquement remplacé la dilatation et le curetage dans la plupart des pays développés et dans beaucoup d'autres. La fréquence des grandes complications de la D&C est deux à trois fois supérieure à celles de l'aspiration (Grimes et Cates, 1979). 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 (Lean et al., 1976).

Le Tableau 2.1 résume les conditions requises pour une aspiration et une D&C. Quand la méthode D&C est couramment 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. Quand aucun service d'avortement n'existe, on devrait introduire l'aspiration plutôt que la D&C. Dans les centres où la méthode D&C continue à être utilisée, les responsables doivent s'assurer que les traitements contre la douleur sont bien administrés et que les opérateurs sont suffisamment qualifiés et encadrés dans leur pratique clinique pour maintenir leur niveau de compétence.

2.3.3 Dilatation et évacuation (D&E)

La méthode de la dilatation et de l'évacuation est utilisée à partir de 12 semaines complètes de grossesse. C'est la méthode chirurgicale la plus sûre et la plus efficace d'avortement tardif lorsqu'on dispose d'opérateurs expérimentés et compétents (RCOG, 2000). Il faut pour cela préparer le col avec de la mifépristone, une prostaglandine telle que le misoprostol, ou des lamineaires ou tout autre dilateur hydrophile similaire ; dilater le col ; et évacuer le contenu de l'utérus par aspiration électrique au moyen d'une canule de 14 à 16 mm de diamètre et de pince-forceps. Selon l'âge de la grossesse, la dilatation peut nécessiter de 2 heures à une journée entière. Beaucoup de prestataires trouvent que l'échographie est utile durant l'intervention, mais n'est pas indispensable.

Tableau 2.1 Conditions requises pour une aspiration et une D&C

Caractéristiques	Aspiration	Dilatation et curetage
Lieu	Salle d'examen, bloc opératoire ou bloc de gynécologie/obstétrique	Bloc opératoire ou bloc de gynécologie/obstétrique
Traitement de la douleur	Sédation douce, analgésie et/ou anesthésie locale	Sédation douce ou forte, analgésie et/ou anesthésie locale
Catégories d'opérateur	Gynécologue, médecin généraliste qualifié, opérateur qualifié de niveau intermédiaire	Gynécologue, médecin généraliste qualifié

D'après Greenslade et al. 1993

2 Les différentes méthodes d'avortement *suite*

Un essai contrôlé randomisé comparant la méthode D&E à l'inoculation intra-amniotique de la prostaglandine déjà ancienne qu'est la PGF_{2α} a montré que la première était plus rapide, plus sûre et plus acceptable, du moins jusqu'à 18 semaines environ (Grimes et al., 1980). La méthode D&E n'a pas été comparée aux méthodes médicamenteuses plus récentes que sont l'administration de mifépristone accompagnée de doses répétées de misoprostol. Si les opérateurs n'ont pas de formation encadrée suffisante ni un nombre de cas leur permettant d'entretenir leur savoir-faire en D&E, il faut avoir recours aux méthodes médicamenteuses.

Une D&E peut normalement être pratiquée après un bloc paracervical et une légère analgésie, et donc en ambulatoire. Cependant, les centres offrant cette méthode devraient être équipés et avoir un personnel formé pour la sédation superficielle ou profonde, si nécessaire. Il n'est pas indispensable de procéder à une

anesthésie générale qui pourrait accroître les risques (voir 2.2.2 ci-dessus). Une D&E ne prend généralement pas plus de 30 minutes. On doit s'attendre à des pertes postopératoires plus abondantes, y compris des saignements, qu'après un avortement au premier trimestre. Le personnel devrait également être formé à soutenir psychologiquement les femmes ayant subi un avortement au second trimestre.

2.3.4 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.

2.3.5 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. Avec la méthode d'aspiration manuelle, après 6 semaines de grossesse complètes, un opérateur entraîné peut généralement identifier visuellement les produits de la conception, en particulier les villosités chorioniques. 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, comme indiqué plus haut (voir 1.7). De plus, les opérateurs doivent être attentifs aux signes évoquant une grossesse molaire. Si le produit d'aspiration ne correspond pas à l'estimation de l'âge de la grossesse, ils doivent envisager la possibilité d'un avortement incomplet. Il n'est pas indispensable de faire analyser systématiquement les produits de la conception par un laboratoire d'anatomopathologie.

2.4 AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX

Les méthodes médicamenteuses d'interruption de grossesse se sont avérées sûres et efficaces (Ashok et al., 1998a, Peyron et al., 1993, Schaff et al., 1999, Spitz et al., 1998, Trussell et Ellertson, 1999, Urquhart et al., 1997, Winikoff et al., 1997). Les schémas les plus couramment utilisés font appel à un antiprogéstatif, 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, qui amplifie les contractions utérines et facilite l'expulsion des produits de la conception (Swahn et Bygdeman, 1988).

Les effets d'une interruption médicale de grossesse, à savoir crampes 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 (Creinin et Aubény, 1999). On peut observer des effets secondaires tels que des nausées, des vomissements et des diarrhées. En cas d'insuffisance hépatique ou surrénale chronique ou sévère, de troubles de la coagulation, de tabagisme excessif et d'allergie à l'un des médicaments utilisés, on ne doit utiliser la mifépristone et une prostaglandine qu'avec beaucoup de précautions. 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 (voir Organisation mondiale de la Santé, 2002a pour des précisions sur le traitement).

Les méthodes médicamenteuses d'avortement se sont avérées acceptables dans plusieurs pays disposant de peu de moyens (Elul et al., 1999, Ngoc et al., 1999). Cependant, les produits nécessaires, la mifépristone en particulier, ne sont largement disponibles que dans quelques pays en développement. La situation peut évoluer dans les années à venir, et on devrait informer les administrateurs de programme de ce qu'il faudrait faire pour introduire les méthodes médicamenteuses dans les services de santé.

Tableau 2.2 **Schémas par la mifépristone plus prostaglandine couramment administrés**

Jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée	Après 12 semaines d'aménorrhée
200 mg de mifépristone suivis, 36 à 48 heures après, de 1 mg de géméprost par voie vaginale	200 mg de mifépristone suivis, 36 à 48 heures après, de 1 mg de géméprost par voie vaginale (dose répétée toutes les 6 heures, 4 fois au maximum et si nécessaire toutes les 3 heures jusqu'à 4 fois de plus)
<i>ou</i>	<i>ou</i>
800 µg de misoprostol par voie vaginale	400 µg de misoprostol par voie orale toutes les 3 heures jusqu'à 5 doses
<i>ou</i>	<i>ou</i>
400 µg de misoprostol par voie orale jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée	800 µg de misoprostol par voie vaginale, suivis de 400 µg de misoprostol par voie orale toutes les 3 heures jusqu'à 4 doses au maximum
	µg = microgrammes mg = milligrammes

2.4.1 Mifépristone et prostaglandine

2.4.1.1 Jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée

La mifépristone associée au misoprostol ou au géméprost s'est révélée très efficace, sûre et acceptable pour les interruptions précoces de grossesse au premier trimestre (RCOG, 2000). On rapporte des taux d'efficacité de 98 % (Trussell et Ellertson, 1999). Environ 2 à 5 % des femmes traitées par la mifépristone et le misoprostol nécessiteront une intervention chirurgicale pour traiter un avortement incomplet, interrompre une grossesse qui se poursuit ou pour maîtriser les saignements (World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation, 2000).

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 le dosage de choix est de 200 mg de mifépristone, qui est tout aussi efficace que les 600 mg (McKinley et al., 1993 ; World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation, 1993) et moins coûteux.

Le misoprostol, une prostaglandine qui s'est aussi avérée efficace (RCOG, 2000), est beaucoup moins coûteuse que le géméprost et ne nécessite pas de stockage au froid. C'est donc une prostaglandine de choix pour la plupart des pays. Une dose orale de 200 mg de mifépristone suivie d'une dose de 800 µg de misoprostol par voie vaginale constituent un schéma efficace (RCOG, 2000). Le misoprostol s'est révélé plus efficace et mieux toléré par voie vaginale que par voie orale (El-Refaey et al., 1995). Une dose orale de 400 µg de misoprostol est efficace jusqu'à 7 semaines complètes de grossesse (World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation, 2000).

Dans la plupart des protocoles, la femme doit prendre la mifépristone et la prostaglandine sous surveillance clinique, ce qui implique une deuxième visite au centre de santé deux jours après avoir reçu la mifépristone, pour prendre la prostaglandine. Les femmes peuvent quitter le centre peu après la prise de mifépristone, une fois informées du fait qu'elles doivent s'attendre à des saignements et à une éventuelle expulsion des produits de la conception, de la manière de reconnaître les signes de complications et de la personne à contacter en pareil cas. Le personnel doit être disponible 24 heures sur 24 pour faire face à de telles éventualités.

La période d'observation normale, après l'administration de la prostaglandine lors de la seconde visite, est de 4 à 6 heures, au cours desquelles jusqu'à 90 % des femmes expulseront les produits de la conception. Certaines peuvent avoir besoin de médicaments contre les douleurs dues aux crampes pendant cette période (voir 2.2.1 ci-dessus). Les femmes qui n'avortent pas au cours de cette période d'observation (près de 10 %) devront venir au centre de santé deux semaines plus tard pour s'assurer que l'avortement a bien eu lieu.

Les protocoles qui autorisent la femme à quitter l'établissement de santé immédiatement après avoir pris la prostaglandine prévoient qu'on lui explique qu'elle va vraisemblablement expulser les produits de la conception chez elle ou ailleurs sans surveillance médicale. Dans ce cas, elle devra revenir deux semaines plus tard pour que l'on s'assure de l'expulsion complète par un examen physique ou un test de laboratoire.

Quelques chercheurs ne considèrent pas la deuxième visite obligatoire pour la prise de la prostaglandine et suggèrent que la patiente la prenne chez elle (Schaff et al., 1997). Cette approche a récemment été bien acceptée par de nombreuses femmes et utilisée dans des communautés en Tunisie et au Viet Nam (Elul et al., 2001). Cependant, on examine encore la sécurité et l'opportunité de cette approche dans différents contextes.

Si l'avortement est incomplet ou a échoué, un avortement chirurgical est nécessaire. Tout centre de santé offrant des méthodes médicamenteuses d'avortement doit 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.

2 Les différentes méthodes d'avortement *suite*

Les femmes sont d'autant plus satisfaites de la méthode qu'elles ont des attentes réalistes (Breitbart, 2000). 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 si elles s'administrent elles-mêmes certains produits, et à ce qu'elles sachent reconnaître des complications et que faire dans ce cas-là.

2.4.1.2 De 9 à 12 semaines d'aménorrhée

On étudie l'effet de la mifépristone et du misoprostol pour l'interruption d'une grossesse de 9 à 13 semaines (Ashok et al., 1998b). Les premiers résultats positifs obtenus doivent être confirmés avant de pouvoir établir les traitements les meilleurs.

2.4.1.3 Au-delà de 12 semaines d'aménorrhée

Un schéma associant de la mifépristone par voie orale suivie de doses répétées de misoprostol ou de géméprost est sûr et très efficace (RCOG, 2000). Dans 97 % des cas, l'administration d'une dose orale de 200 mg de mifépristone suivie de 800 µg de misoprostol par voie vaginale 36 à 48 heures plus tard, puis de 400 µg de misoprostol par voie orale toutes les 3 heures, jusqu'à un maximum de 4 doses, est efficace (El-Refaey et Templeton, 1995), de même qu'une dose orale de 400 µg de misoprostol toutes les 3 heures, répétée jusqu'à 5 fois après la prise d'une dose de 200 mg de mifépristone (Ngai et al., 2000). 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 (Ho et al., 1996). On peut poursuivre le traitement par le géméprost à raison de 1 mg toutes les 3 heures, renouvelé 4 fois si nécessaire (Genzell-Danielsson et Ostlund, 2000, Tang et al., 2001).

2.4.2 Le misoprostol ou le géméprost seuls

2.4.2.1 Jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée

On a également étudié l'innocuité et l'efficacité du misoprostol seul. Bien que ne disposant pas d'études comparatives, on a pu déduire des données disponibles que le misoprostol seul est moins efficace, est plus long à agir et est plus douloureux, avec des effets secondaires gastro-intestinaux plus importants que lorsqu'il est associé à la mifépristone (Bugalho et al., 2000).

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. (Costa et Vessy, 1993), on se penche actuellement sur la mise au point d'un schéma de traitement optimal par le misoprostol seul (Blanchard et al., 2000).

On s'inquiète des conséquences que pourrait avoir la poursuite de grossesses suite à l'utilisation du misoprostol seul (Fonseca et al., 1991, Gonzalez et al., 1998, Schonhofer, 1991, Orioli et Castilla, 2000). Des études plus poussées sont nécessaires pour évaluer la possible tératogénicité du misoprostol.

2.4.2.2 Au-delà de 12 semaines d'aménorrhée

L'administration de diverses doses de misoprostol par voie orale ou vaginale provoque dans 84 % des cas un avortement dans les 24 heures (Dickinson et al., 1998, Wong et al., 1996), bien que l'effet ne soit pas aussi rapide que lorsqu'il est utilisé en association avec la mifépristone. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer le schéma de traitement optimal du misoprostol seul pour les grossesses de plus de 12 semaines.

Dans plusieurs pays, le géméprost seul, administré par voie vaginale, est homologué pour interrompre les grossesses au second 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 (Thong et al., 1992).

2.4.3 Autres produits utilisés pour l'avortement médicamenteux

Le méthotrexate, qui est un produit cytotoxique utilisé dans le traitement du cancer, de la polyarthrite rhumatoïde, du psoriasis et de quelques autres maladies, a été employé associé au misoprostol pour provoquer un avortement médicamenteux précoce (jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée) dans quelques pays où la mifépristone n'est pas disponible. Lors d'un essai contrôlé randomisé récent, on a rapporté 92 % de succès en administrant 50 mg de méthotrexate suivis, 6 à 7 jours plus tard, de 800 µg de misoprostol par voie intra-vaginale. Au quinzième jour, ce pourcentage était de 83 % (Creinin, 2000). Cependant, préoccupé par

la possible tératogénicité du produit, un panel OMS d'experts en toxicologie s'est opposé à l'utilisation du méthotrexate pour provoquer l'avortement (Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine, 1997). 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 foetus lors de grossesses s'étant poursuivies après l'échec d'une interruption provoquée avec du méthotrexate (Powell et Ekert, 1971, Diniz et al., 1978, Feldkamp et Carey, 1993). Il est donc recommandé aux services qui souhaitent introduire des méthodes médicamenteuses d'avortement d'utiliser la mifépristone et le misoprostol, et non le méthotrexate.

D'autres produits sont utilisés pour stimuler les contractions utérines et provoquer l'avortement à partir de 12 semaines d'aménorrhée : l'injection intra-amniotique de soluté physiologique hypertonique ou d'urée hyperosmolaire ; l'administration intra- ou extra-amniotique d'éthacridine ; l'administration parentérale, intra- ou extra-amniotique, d'analogues des prostaglandines ; et l'injection intra-veineuse ou intra-musculaire d'ocytocine (Organisation mondiale de la Santé, 1997). La plupart de ces méthodes et modes d'administration sont cependant invasifs et moins sûrs que les méthodes médicamenteuses plus récentes.

2 Les différentes méthodes d'avortement *suite*

2.5 AUTRES QUESTIONS EN RAPPORT AVEC L'AVORTEMENT

2.5.1 Prévention et lutte contre l'infection

A 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 universelles de prévention et de lutte contre l'infection pour se protéger et protéger leurs patientes.

Les précautions universelles sont des normes simples relatives aux pratiques de lutte contre l'infection applicables aux soins de toutes les patientes, en toutes circonstances, afin de réduire le risque de transmission hémotogène 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, 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 soigneuse des instruments et du matériel contaminés (Organisation mondiale de la Santé, 2001).

2.5.1.1 *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 immédiatement après tout contact avec du sang, des liquides organiques ou des muqueuses. 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. Il est à noter que l'utilisation de chaussons stériles n'influe pas de manière significative sur les taux d'infection, mais augmente les coûts. Masques et lunettes sont obligatoires.

2.5.1.2 *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 avec des gants.

2.5.1.3 *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 mis dans des récipients étanches et incinérés ou enterrés dans une fosse de 2 m de profondeur, à au moins 10 m d'une source d'eau. Les déchets liquides tels que le sang ou les liquides organiques doivent être versés dans une canalisation reliée à un égout dont les eaux sont traitées ou une fosse d'aisance.

2.5.1.4 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 l'hépatite B. La transmission se produit le plus souvent lorsqu'on se blesse profondément avec des aiguilles en les recapuchonnant, en les nettoyant, en les jetant ou en les détruisant. Bien qu'il faille éviter de recapuchonner les aiguilles dans la mesure du possible, 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.

2.5.1.5 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. Quand de tels services centraux 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. Les instruments doivent être immédiatement lavés au savon et à l'eau courante.

Il faut ensuite tous les stériliser ou les désinfecter avec un produit très puissant. 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 meilleure façon de stériliser les instruments est de le faire à la vapeur [20 minutes à 121°C et à une pression de 103,5 à 140kPa] ou au gaz (oxyde d'éthylène) (Sopwith et al., 2001).

On parvient à une désinfection poussée des instruments en les trempant dans une solution d'eau de javel [5 minutes à 20-25°C avec une solution d'hypochlorite tamponné (pH = 7-8) d'une concentration de 5000 ppm de chlore mobilisable] ou dans une solution fraîche de glutaraldéhyde [5 heures à 20-25°C, avec une formulation alcaline activée à 2 % (pH = 7,5-9)] (Sopwith et al., 2001). Ce type de désinfection détruit tous les micro-organismes, y compris le virus de l'hépatite B et le VIH, mais ne détruit pas de façon certaine les endospores bactériennes. Le phénol et les antiseptiques ne désinfectent pas suffisamment. Les instruments doivent être rincés à l'eau stérile après désinfection.

On ne doit pas exposer les instruments en plastique comme les seringues et les canules d'aspiration actuellement disponibles à une température trop élevée pour les stériliser, car elles se fendront et fondront. Sauf indications contraires, on utilisera une des méthodes à froid mentionnées ci-dessus.

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.

2 Les différentes méthodes d'avortement *suite*

2.5.2 Prise en charge des complications d'un avortement

Quant l'intervention est pratiquée par un personnel qualifié, les complications sont rares. Cependant, tous les services pratiquant des avortements, à tous les échelons 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 (Organisation mondiale de la Santé, 1994). Les installations et le personnel requis pour la prise en charge des complications d'un avortement sont ceux nécessaires pour traiter les patientes ayant fait une fausse couche.

2.5.2.1 Avortement incomplet

Un avortement incomplet est rare avec l'aspiration quand elle est pratiquée par un personnel compétent, mais se produit plus souvent avec les méthodes médicales. Les signes et symptômes en sont un saignement vaginal, des douleurs abdominales et des signes d'infection. On doit également le suspecter quand on s'aperçoit que les tissus aspirés pendant l'intervention ne correspondent pas à l'âge estimé de la grossesse. Le personnel de tous les établissements de santé devrait être formé et équipé pour traiter un avortement incomplet, en pratiquant une nouvelle aspiration, tout en étant attentif au risque d'hémorragie ou d'infection.

2.5.2.2 Echec de l'avortement

Cela peut se produire chez des femmes qui ont subi un avortement médicamenteux ou chirurgical. Si, lors de la visite de contrôle effectuée à la suite de l'une ou l'autre méthode, on s'aperçoit que la grossesse se poursuit, on doit l'interrompre par aspiration, ou par D&E pour les grossesses au deuxième trimestre.

2.5.2.3 Hémorragie

Une hémorragie peut être due à la rétention des produits de la conception, à un traumatisme ou à une lésion du col, ou encore, plus rarement, à une perforation utérine. Selon la cause, on pratiquera à nouveau une évacuation utérine et on administrera des utéro-toniques pour arrêter le saignement, on effectuera un remplissage vasculaire et, dans les cas graves, on aura recours à une transfusion sanguine, une coelioscopie ou une laparotomie exploratoire. Parce que l'incidence des hémorragies est très faible lorsqu'on pratique une aspiration, il n'est pas recommandé d'administrer systématiquement des ocytociques, sauf parfois lors d'une D&E. Des saignements prolongés semblables à ceux des règles sont normaux après un avortement médical. Ces saignements sont rarement assez importants pour constituer une urgence, mais tous les établissements qui pratiquent des avortements doivent être en mesure de stabiliser et de traiter ou de transférer aussi rapidement que possible les patientes présentant une hémorragie.

2.5.2.4 Infection

Une infection fait rarement suite à un avortement pratiqué dans de bonnes conditions. Les 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 1.6 ci-dessus, la prescription d'antibiotiques à titre prophylactique aux femmes devant subir un avortement chirurgical a permis de réduire les risques d'infection par la suite (Sawaya et al., 1996) et devrait être généralisée lorsque c'est possible.

2.5.2.5 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 (Kaali et al., 1989). Quand on suspecte une perforation utérine, il suffit souvent d'administrer des antibiotiques et de surveiller. Lorsqu'elle est possible, 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 tissus endommagés.

2.5.2.6 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 dilatation et d'une évacuation au deuxième trimestre (Osborn et al., 1990, MacKay et al., 1985). Lorsqu'on a recours à une anesthésie générale, le personnel doit être capable de stabiliser des convulsions et une insuffisance cardio-respiratoire. Il faut toujours avoir à portée de la main des anti-analgésiques-narcotiques.

2.5.2.7 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. Les exceptions ne concernent que quelques femmes parmi le petit nombre de celles qui ont eu des complications sévères (Organisation mondiale de la Santé, 1997).

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 (Hogue et al., 1999). Des données épidémiologiques sérieuses montrent qu'il n'existe pas de risque accru de cancer du sein chez les femmes qui ont interrompu une grossesse au premier trimestre (Melbye et al., 1997). D'après un examen exhaustif des études publiées (Dagg, 1991), des séquelles psychologiques négatives surviennent chez un très petit nombre de femmes, dans le cadre de ce qui semble être des affections préexistantes.

3 Le suivi

3.1 LE RETABLISSEMENT

3.1.1 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 ou une hématométrie aiguë – sang remplissant l'utérus – qui peut être traitée en provoquant des contractions utérines à l'aide d'ocytociques. Ainsi, et en particulier dans le cas d'interruptions de grossesse tardives, il est important de confirmer la taille de l'utérus par un examen bimanuel 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. 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.

L'idéal serait que la patiente ait une visite de contrôle, pratiquée par un praticien qualifié 7 à 10 jours après l'intervention, qui permette d'évaluer son état de santé général.

3.1.2 Méthodes médicamenteuses

Comme on l'a vu ci-dessus, les protocoles d'avortement médicamenteux, pratiqués jusqu'à 9 semaines complètes de grossesse, impliquent que la patiente reste sous observation clinique pendant 4 à 6 heures après la prise de la prostaglandine. Le personnel doit examiner tous les bassins et serviettes hygiéniques utilisés pendant la période d'observation pour optimiser les chances de confirmer l'expulsion pendant cette période.

Pour les femmes dont l'avortement complet n'a pas été confirmé, ou pour celles qui prennent la prostaglandine chez elles ou qui quittent l'établissement juste après l'avoir prise, il faut prévoir une visite de contrôle 10 à 15 jours plus tard pour s'assurer que l'avortement est complet, qu'il n'y a pas d'infection et qu'aucune autre complication n'est survenue. Dans la plupart des cas, on confirmera la vacuité utérine durant cette visite. Si ce n'est pas le cas, la femme peut choisir une aspiration. Celle-ci n'est cliniquement nécessaire que si l'examen physique, les symptômes cliniques ou un test de laboratoire montrent que la grossesse se poursuit.

Comme les femmes qui subissent une interruption de grossesse au-delà de 12 semaines d'aménorrhée courent davantage de risques d'hémorragie et d'avortement incomplet, il faudrait les garder en observation jusqu'à ce que le fœtus et le placenta aient été expulsés.

3.2 OFFRE D'UNE METHODE CONTRACEPTIVE ET CONSEIL EN MATIERE D'IST

Le personnel doit s'assurer que les femmes sont informées et conseillées sur la contraception post-avortement, y compris la contraception d'urgence, avant qu'elles ne quittent l'établissement de santé.

Après un avortement, on peut adopter n'importe laquelle des méthodes de contraception, y compris les dispositifs intra-utérins 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 4). Le diaphragme et la cape cervicale ne devront pas être utilisés dans les 6 semaines suivant un avortement au second trimestre et il existe un risque d'expulsion des dispositifs intra-utérins s'ils ont été posés au cours d'un tel avortement (Stanwood et al., 2001). Les méthodes de contraception naturelles ne doivent être démarrées qu'au bout de trois cycles (Organisation mondiale de la Santé, 2001b). 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 et pour éviter tout regret par la suite.

Les établissements qui pratiquent des avortements devraient être en mesure d'offrir la plupart des méthodes sur place si la femme en choisit une. Si on ne peut pas lui fournir 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. Toutes les femmes devraient connaître la contraception

d'urgence et il faudrait envisager de la leur donner 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, quelle que soit la méthode choisie. On insistera sur la prévention des infections, surtout auprès des personnes à haut risque et dans les zones connues pour avoir une forte prévalence du VIH. On peut offrir un dépistage volontaire et un conseil, ou adresser les personnes à un autre centre de conseil. Il convient de mettre en avant la double protection contre la grossesse et contre les IST offerte par les préservatifs.

3.3 INSTRUCTIONS RELATIVES AUX SOINS APRES UN AVORTEMENT

On donnera aux femmes quittant le centre de santé après un avortement des instructions orales et écrites claires et simples pour se soigner, y compris sur la façon de reconnaître une complication nécessitant un avis médical. En attendant un avortement médicamenteux, elles devraient pouvoir contacter un médecin ou un agent de santé susceptible de répondre à leurs questions et de les réconforter.

Après une interruption de grossesse chirurgicale, elles 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 ou plus importants que ceux des règles après une interruption

3 Le suivi *suite*

de grossesse médicamenteuse. Des symptômes tels que des saignements excessifs, une fièvre durant plus d'une journée et des douleurs pelviennes 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 analgésiques en vente libre. On doit expliquer aux femmes ne sachant pas lire comment reconnaître les complications et à qui s'adresser à l'aide de dessins.

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.

La visite de contrôle permet aux 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.

Bibliographie

Ashok PW, Penney GC, Flett GMM et Templeton A. (1998a)

An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction* 13:2962-2965.

Ashok PW, Flett GM et Templeton A. (1998b) Termination of pregnancy at 9-13 weeks' amenorrhoea with mifepristone and misoprostol. *Lancet* 352:542-543.

Blanchard K, Winikoff B, Coyaji K et Ngoc NTN. (2000)

Misoprostol alone: a new method of medical abortion? *Journal of the American Medical Women's Association* 55:189-190.

Borgatta L et Nickinovich D. (1997) Pain during

early abortion. *Journal of Reproductive Medicine* 42:287-293.

Breitbart V. (2000) Counseling for medical abortion. *American*

Journal of Obstetrics and Gynecology 183(Suppl 2):S26-S33.

Bugalho A, Mocumbi S, Faúndes A et David E. (2000) Termination

of pregnancies <6 weeks gestation with a single dose of 800 µg of vaginal misoprostol. *Contraception* 61:47-50.

Cade L et Ashley J. (1993) Prophylactic paracetamol for analgesia

after vaginal termination of pregnancy. *Anaesthesia & Intensive Care* 21:93-96.

Cameron IT et Baird DT. (1988) The return to ovulation following

early abortion: a comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinologica (Copenhagen)* 118:161-167.

Cates W, Grimes DA et Schultz KF. (2000) Abortion surveillance

at CDC : creating public health light out of political heat. *American Journal of Preventive Medicine* 19(Suppl 1):12-17.

Costa SH et Vessy MP. (1993) Misoprostol and illegal abortion

in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet* 341:1258-1261.

- Creinin MD. (2000)** Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception* 62:117-124.
- Creinin MD et Aubény E. (1999)** Medical abortion in early pregnancy. Dans Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes D and Stubblefield PG (eds). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, Churchill Livingstone, pp. 91-106.
- Dagg PKB. (1991)** The psychological sequelae of therapeutic abortion – denied and completed. *American Journal of Psychiatry* 148:578-585.
- Dahl V, Fjellanger F et Raeder JC. (2000)** No effect of preoperative paracetamol and codeine suppositories for pain after termination of pregnancies in general anaesthesia. *European Journal of Pain* 4:211-215.
- Dickinson JE, Godfrey M et Evans SF. (1998)** Efficacy of intravaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination: a randomized controlled trial. *Journal of Maternal-Fetal Medicine* 7: 115-119.
- Diniz EM, Corradini HB, Ramos JL et Brock R. (1978)** Efeitos sobre o concepto do methotrexate (ametofterine) administrado a mac. Apresentacao de caso. *Revista do Hospital das Clinicas; Faculdade de Medicina a Universidade de Sao Paulo* 33:286-290.
- Donati S, Medda E, Proietti S, Rizzo L, Spinelli A, Subrizi D et Grandolfo ME. (1996)** Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 70:145-149.
- El-Refaey H et Templeton A. (1995)** Induction of abortion in the second trimester by a combination of misoprostol and mifepristone: a randomized comparison between two misoprostol regimens. *Human Reproduction* 10:475-478.
- El-Refaey H, Rajasekar D, Abdalla M, Calder L et Templeton A. (1995)** Induction of abortion with mifepristone (RU486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine* 332:983-987.
- Elul B, Ellertson C, Winikoff B et Coyaji K. (1999)** Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion. Data from a trial in China, Cuba and India. *Contraception* 59:107-114.
- Elul B, Hajri S, Ngoc NN, Ellertson C, Slama CB, Pearlman E et Winikoff B. (2001)** Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet* 357:1402-1405.
- Feldkamp M et Carey JC. (1993)** Clinical teratology counseling and consultation case report: low dose methotrexate exposure in the early weeks of pregnancy. *Teratology* 47:533-539.
- Finn R, Clarke CA, Donohoe WTA, McConnell RB, Sheppard PM, Lehane D et Kulke W. (1961)** Experimental studies on the prevention of Rh haemolytic disease. *British Medical Journal* 1:1486-1490.
- Fonseca W, Alencar AJ, Mota FS et Coelho HL. (1991)** Misoprostol and congenital malformations. *Lancet* 338:56.
- Gemzell-Danielsson K et Ostlund E. (2000)** Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost. The clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandinavica* 79:702-706.
- Gonzalez CH, Marques-Dias MJ, Kim CA, Sugayama SM, Da Pa JA, Huson SM et Holmes LB. (1998)** Congenital abnormalities in Brazilian children associated with misoprostol misuse in first trimester of pregnancy. *Lancet* 351:1624-1627.
- Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M et Leonard A. (1993)** Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2): 1-4.

Bibliographie *suite*

Grimes DA et Cates W Jr. (1979) Complications from legally-induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey* 34:177-191.

Grimes DA, Hulka JF et McCutchen ME. (1980) Midtrimester abortion by dilatation and evacuation versus intra-amniotic instillation of prostaglandin F2 alpha: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 137:785-790.

Grimes D, Schulz KF, Cates W et Tyler CW. (1977) The Joint Program for the Study of Abortion/CDC ; a preliminary report. Dans Hern W et Andrikopolous B (eds). *Abortion in the seventies*. New York, National Abortion Federation, pp. 41-46.

Grimes DA, Schulz KF et Cates W Jr. (1984) Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *JAMA* 251:2108-2112.

Hakim-Elahi E, Tovell HM et Burnhill MS. (1990) Complications of first trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology* 76:129-135.

Hein A, Jakobsson J et Ryberg G. (1999) Paracetamol 1 g given rectally at the end of minor gynaecological surgery is not efficacious in reducing postoperative pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 43: 245-247.

Henshaw RC et Templeton AA. (1991) Pre-operative cervical preparation before first trimester vacuum aspiration: a randomized controlled comparison between gemeprost and mifepristone (RU 486). *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 98:1025-1030.

Ho PC, Chan YF et Lau W. (1996) Misoprostol is as effective as gemeprost in termination of second trimester pregnancy when combined with mifepristone: a randomised comparative trial. *Contraception* 53: 281-283.

Hogue CJ, Boardman LA, Stotland NL et Peipert JF. (1999) Answering questions about long-term outcomes. Dans Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes D et Stubblefield PG (eds). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Philadelphia, Churchill Livingstone, pp 217-228.

Kaali SG, Szigetvari IA et Bartfai GS. (1989) The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 161:406-408.

Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Shulman HB et Ramick M. (1994) Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 171:1365-1372.

Lean TH, Vengadasalam D, Pachauri S et Miller ER. (1976) A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 14:481-486.

MacKay HT, Schulz KF et Grimes DA. (1985) Safety of local versus general anaesthesia for second trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstetrics and Gynecology* 66:661-665.

Matambo J, Moodley J et Chigumadzi P. (1999) Analgesia for termination of pregnancy. *South African Medical Journal* 89:816.

McKinley C, Thong KJ et Baird DT. (1993) The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction* 8:1502-1505.

Melbye M, Wohlfahrt J, Olsen JH, Frisch M, Westergaard T, Helweg-Larsen K et Andersen PK. (1997) Induced abortion and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine* 336:81-85.

Ngai SW, Chan YM, Tang OS et Ho PC. (1999) The use of misoprostol for pre-operative cervical dilatation prior to vacuum aspiration: a randomized trial. *Human Reproduction* 8:2139-2142.

Ngai SW, Tang OS et Ho PC. (2000) Randomized comparison of vaginal (200 microg every 3 h) and oral (400 microg every 3h) misoprostol when combined with mifepristone in termination of second trimester pregnancy. *Human Reproduction* 15:2205-2208.

Ngoc NN, Winikoff B, Clark S, Ellertson C, Am KN, Hieu DT et Elul B. (1999) Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives* 25:10-14 & 33.

Organisation mondiale de la Santé. (1994) *Prise en charge clinique des complications de l'avortement : guide pratique*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (WHO/FHE/MSM/94.1)

Organisation mondiale de la Santé. (1997) *Méthodes médicales d'interruption de grossesse. Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS*. OMS, Série de Rapports techniques, No. 871. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (1999) *HIV and pregnancy: a review*. Geneva, World Health Organization. (WHO/CHS/RHR/99.15)

Organisation mondiale de la Santé. (2001) *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale : critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. Deuxième édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (WHO/RHR/00.02)

Organisation mondiale de la Santé. (2001b) *VIH au lieu de travail et précautions universelles*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. Disponible sur le site internet : http://www.who.int/health-services-delivery/hiv_aids/French/FactSheet_FR__11.htm.

Organisation mondiale de la Santé. (2002) *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (WHO/RHR/00.7)

Organisation mondiale de la Santé. Groupe spécial sur les méthodes post-ovulatoires de régulation de la fécondité. (1993) Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. *British Medical Journal* 307:532-537.

Organisation mondiale de la Santé. Groupe spécial sur les méthodes post-ovulatoires de régulation de la fécondité. (1994) Cervical ripening with mifepristone (RU 486) in late first trimester abortion. *Contraception* 50:461-475.

Organisation mondiale de la Santé. Groupe spécial sur les méthodes post-ovulatoires de régulation de la fécondité. (2000) Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107:524-530.

Orioli IM et Castilla EE. (2000) Epidemiological assessment of misoprostol teratogenicity. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107:519-523.

Osborn JF, Arisi E, Spinelli A et Stazi MA. (1990) General anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? *European Journal of Epidemiology* 6:416-422.

Penney GC, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L, Smith R et Imrie M. (1998) A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105:599-604.

Peyron R, Aubény E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F, Leclerc P, Ulmann A et Baulieu EE. (1993) Early termination of pregnancy with mifepristone (RU486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *New England Journal of Medicine* 21:1509-1513.

Powell HR et Ekert H. (1971) Methotrexate-induced congenital malformations. *Medical Journal of Australia* 2:1076-1077.

Bibliographie *suite*

Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine. (1997) Methotrexate for the termination of early pregnancy: a toxicology review. *Reproductive Health Matters* 9: 162-166.

RCOG – Royal College of Obstetricians et Gynaecologists. (2000) *The care of women requesting induced abortion*. Evidence-based guideline No.7. London, RCOG Press.

Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K et Grimes DA. (1996) Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 87: 884-890.

Schaff EA, Eisinger SH, Stadalius LS, Franks P, Gore BZ et Poppers S. (1999) Low-dose mifepristone 200mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contraception* 59:1-6.

Schaff EA, Stadalius LS, Eisinger SH et Franks P. (1997) Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. *Journal of Family Practice* 44:353-360.

Schonhofer PS. (1991) Brazil: misuse of misoprostol as an abortifacient may induce malformations. *Lancet* 337:1534-1535.

Schulz KF, Grimes DA et Cates W Jr. (1983) Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1:1182-1184.

Singh K, Fong YF, Prasad RNV et Dong F. (1998) Randomized trial to determine optimal dose of vaginal misoprostol for preabortion cervical priming. *Obstetrics and Gynecology* 92:795-798.

Smith GM, Stubblefield PG, Chirchirillo L et McCarthy MJ. (1979) Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 133: 489-498.

Solo J. (2000) Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. *Reproductive Health Matters* 8:45-51.

Spitz IM, Bardin CW, Benton L et Robbins A. (1998) Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *New England Journal of Medicine* 338:1241-1247.

Stanwood NL, Grimes DA et Schulz KF. (2001) Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 108:1168-1173.

Suprpto K et Reed S. (1984) Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 150:1000-1001.

Swahn ML et Bygdeman M. (1988) The effect of the antiprogesterin RU486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 95:126-134.

Tang OS, Thong KJ et Baird DT. (2001) Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. *Contraception* 64:29-32.

Thong KJ, Robertson AJ et Baird DT. (1992) A retrospective study of 932 second trimester terminations using gemeprost (16, 16 dimethyl-trans delta 2PGE1 methyl ester). *Prostaglandins* 44:65-74.

Thonneau P, Fougeyrollas B, Ducot B, Boubilley D, Dif J, Lalonde M et Soulat C. (1998) Complications of abortion performed under local anesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology* 81:59-63.

Trussell J et Ellertson C. (1999) Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception* 60:119-135.

Urquhart DR et Templeton AA. (1990) Reduced risk of isoimmunisation in medical abortion. *Lancet* 335:914.

Urquhart DR, Templeton AA, Shinewi F, Chapman M, Hawkins K, McGarry J, Rodger M, Baird DT et al. (1997) The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation; UK multicentre study ; final results. *Contraception* 55:1-5.

Westfall JM, O'Brien-Gonzales A et Barley G. (1998) Update on early medical and surgical abortion. *Journal of Women's Health* 7: 991-995.

Winikoff B, Sivin I, Coyaji KJ, Cabezas E, Xiao B, Gu S, Du MK, Krishna UR, Eschen A et Ellertson C. (1997) 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* 176:431-437.

Wong KS, Ngai CSW, Khan KS, Tang LC et Ho PC. (1996) Termination of second trimester pregnancy with gemeprost and misoprostol: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Contraception* 54:23-25.

Chapitre **3** Mise en place des services

Chapitre 3 Résumé

Pour planifier et gérer des services d'avortement, on doit prendre en considération un certain nombre de facteurs telles que soient les situations dans lesquelles l'interruption est légale ou la personne chargée de la prise de décision et/ou de leur mise en œuvre dans le système de santé. Ces facteurs s'appliquent indifféremment aux services publics, privés ou non gouvernementaux. Dans la plupart des cas, de légères modifications de services existants, l'acquisition d'un minimum de matériel supplémentaire ou la possibilité d'une formation de base 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. Ces adaptations doivent être soigneusement étudiées et englober ce qui suit :

- **L'évaluation de la situation actuelle.** Cela n'est pas nécessairement long ni complexe. Les points à examiner sont : les lois et règlements encadrant l'offre et l'accessibilité à l'avortement médicalisé ; l'étendue et le niveau des prestations actuellement offertes ; leur qualité, y compris les méthodes utilisées pour provoquer l'avortement et traiter les complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions ; les caractéristiques des bénéficiaires ; et les attitudes et les connaissances du personnel de santé.
- **L'établissement de normes nationales** encadrant l'offre de services d'avortement de qualité. Ces normes devraient concerner : les types de services et leur distribution ; le matériel, les fournitures, les médicaments et les moyens essentiels dont dispose l'établissement ; les mécanismes de référence et de transfert des malades ; le respect de la décision

éclairée de la femme, de son autonomie, du secret médical et de sa vie privée, en portant une attention particulière aux besoins spécifiques des adolescentes ; et des dispositions spéciales pour les femmes ayant subi un viol.

- **La définition des compétences,** de la formation, de la supervision et des processus de certification des prestataires de soins. En particulier, il faut clairement définir quelles sont les catégories de personnel de santé habilitées à procéder à un avortement. Il faudra préciser d'autres détails tels que le contenu essentiel des programmes de cours sur l'avortement, la supervision des normes et les critères de certification et d'autorisation pour veiller à ce que les prestataires de soins et les institutions satisfassent aux critères essentiels de l'avortement médicalisé.
- **Surveillance et évaluation des services.** Cela suppose la collecte systématique des statistiques et des renseignements sur les patientes, l'utilisation de listes de contrôle par les superviseurs et des études périodiques spéciales.
- **Le financement.** Les budgets des services de santé devraient comprendre les coût en personnel, les programmes de formation, les instruments, les fournitures et les médicaments, 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 médicalisé dans des services de santé existants sera vraisemblablement modique, comparée aux avantages qu'ils présentent pour la santé des femmes.

1 Evaluation de la situation actuelle

L'évaluation aidera à déterminer où il est nécessaire d'installer ces services et/ou comment améliorer des services existants. Une évaluation de départ aux niveaux national, régional et local n'est pas nécessairement longue ni complexe. Dans la plupart des cas, l'examen des données existantes, la consultation de toutes les parties prenantes (y compris les responsables du ministère de la santé, les prestataires de soins, les femmes, les représentants de la société civile concernés et les institutions techniques ou donatrices) et l'observation des prestations fournies à divers niveaux des services de santé fourniront toutes les informations nécessaires. On trouvera à l'annexe 1 des renseignements détaillés sur ces approches (techniques d'évaluation rapide et analyses de situation).

L'approche stratégique pour l'amélioration de la qualité des soins dans les services de santé de la reproduction (Organisation mondiale de la Santé, 1999, Organisation mondiale de la Santé, 2002a) est une méthodologie qui a été utilisée avec efficacité dans différents pays. Elle repose sur la création d'une équipe d'évaluation représentant un large éventail d'intéressés, équipe qui évalue sur le terrain les techniques disponibles, la qualité des services proposés et les besoins et les points de vue des femmes.

Quelle que soit l'approche adoptée, il est important de s'assurer que l'on a pris en considération 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 oeuvre. 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 aussi important que l'évaluation étudie l'accessibilité des services de santé génésique en général et l'accès à l'information sur la contraception et aux services de planification familiale en particulier, puisqu'ils ont des conséquences sur l'incidence des grossesses non désirées. Quand l'évaluation comporte l'observation directe d'avortement, il est indispensable d'obtenir le consentement éclairé auparavant des femmes et des prestataires.

On trouvera ci-dessous des exemples de questions à poser durant une évaluation. Les sources de données typiques pour y répondre sont les dossiers des services de santé (locaux et nationaux), les rapports envoyés au ministère de la santé, les études locales ou nationales portant sur les points de vue des prestataires et/ou des utilisatrices et, dans une certaine limite, les enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales sur la santé. On peut obtenir de nombreux renseignements en analysant la littérature existante, mais ces analyses devront être complétées par les données obtenues à la suite d'une évaluation rapide. Il est important de noter que malgré toutes ces sources d'informations, on observe souvent une sous-notification du nombre d'interruptions de grossesse – légales ou illégales, médicalisées ou non – qui sont pratiquées.

1 Evaluation de la situation actuelle

suite

a) Quelles sont les lois, les politiques et les réglementations, y compris les politiques dans les établissements, régissant la disponibilité et l'accessibilité des avortements médicalisés ?

Les professionnels de la santé et le public peuvent s'imaginer que la loi est plus restrictive qu'elle ne l'est en réalité et donc les services ne sont peut-être pas disponibles ou les femmes n'ont peut-être pas accès aux services auxquels elles ont légalement droit. Ou alors, les professionnels de la santé sont parfaitement au courant de la loi, mais ne l'appliquent pas pour toutes sortes de raisons. Une étape importante de l'évaluation consiste donc à faire en sorte que des juristes et des experts de la santé publique examinent de près le texte de la loi et son application.

- Par exemple, si les lois et les politiques requièrent l'autorisation ou la certification d'une tierce partie tel le comité de l'hôpital chargé de l'avortement, l'autorisation du mari ou le rapport médical ou de police certifiant un rapport sexuel sous la contrainte, l'évaluation rapide montrera des retards excessifs, nuisibles à la santé de la femme. L'évaluation peut faire apparaître des possibilités ou des modalités pour simplifier les procédures et/ou informer plus clairement le public, les juristes, les juges et les médecins des situations dans lesquelles les femmes peuvent avoir accès à ces services et de la façon dont elles peuvent le faire. De tels changements peuvent prendre du temps, mais cela a été réalisé avec succès dans certains pays (Veira Villela et de Oliveira Araujo, 2000, Billings et al., 2002).

b) Quelle est l'incidence de l'avortement légal et des complications de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité ? Qui utilise les services actuels et qui n'y a pas accès ?

Estimer l'incidence des interruptions de grossesse pratiquées dans de mauvaises conditions de sécurité et le nombre d'interruptions de grossesse légales peut se révéler difficile, surtout dans les situations où la loi restreint l'accès à l'avortement. Cependant, dans presque toutes les situations, les études fournissent souvent des données qui peuvent aider à dresser un tableau général de la situation (Mundigo et Indriso, 1999). Les statistiques des services de santé peuvent fournir des estimations du nombre d'avortements légaux pratiqués et du nombre d'admissions à l'hôpital pour des complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité. Des données, par exemple celles des enquêtes démographiques et sanitaires, peuvent exister sur le nombre de grossesses non désirées ou mal programmées. Quand elles existent, les données sur l'âge, la situation matrimoniale et socio-économique des femmes ayant recours aux services d'avortement légaux et des femmes souffrant de complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité donneront une indication sur les femmes qui utilisent actuellement ces services. Ces données peuvent être ensuite utilisées pour concevoir un programme en conséquence.

- Par exemple, si les informations sur les femmes soignées pour des complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité révèlent qu'elles appartiennent à la classe d'âge de moins de 25 ans, les responsables de l'élaboration des politiques et les planificateurs de programme

devront développer des stratégies axées sur l'information et l'éducation des jeunes en matière de sexualité et de santé génésique, d'offre de services de contraception et d'avortement. Des informations supplémentaires sur les attitudes des prestataires de soins peuvent révéler la nécessité d'une formation complémentaire pour les rendre plus ouverts et moins critiques vis-à-vis des adolescentes et des jeunes.

c) Où l'avortement est-il pratiqué légalement actuellement?

Est-il possible au niveau des soins de santé primaires, au niveau secondaire ou seulement au niveau tertiaire ? S'agit-il d'établissements publics, privés ou non gouvernementaux ? Est-il possible dans toutes les régions du pays ? Ces services sont-ils indépendants ou intégrés dans d'autres services de santé ? Quelle est la part des services d'avortement dans ces différents types d'établissement ?

- L'évaluation peut indiquer que ces services ne sont offerts que dans les hôpitaux des grandes villes. Dans ce cas, la priorité pourrait être de former et d'équiper le personnel des établissements de niveaux inférieurs, y compris ceux des zones rurales, pour leur permettre de pratiquer au moins des interruptions de grossesse au premier trimestre et de référer les cas plus compliqués.

d) Quelle est la qualité actuelle des soins pratiqués dans les services d'avortement ?

Quelles méthodes sont utilisées pour provoquer l'avortement et traiter les complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, aux différents stades de la grossesse ? Quelle est la qualité technique de ces services ? Les femmes sont-elles informées correctement ? Reçoivent-elles des conseils

avant et après l'avortement sur la contraception et les services de planification familiale ? La qualité des soins varie-t-elle en fonction des différents niveaux des services de santé ou des différentes régions du pays ? On peut trouver quelques-unes de ces informations dans les dossiers des services de santé. Un examen des protocoles d'avortement indiquera si, sur le plan des politiques de santé, les normes de qualité des soins sont explicites et si les femmes doivent recevoir une information sur la contraception et les services de planification familiale après un avortement. Une évaluation rapide permettra de déterminer si les pratiques sont conformes aux normes.

- L'observation directe des services durant l'évaluation peut révéler une qualité des soins médiocre, par exemple le manque de fournitures nécessaires, le non-respect du secret médical ou la compétence technique insuffisante des prestataires de soins. On peut remédier à de telles carences en investissant dans les systèmes de logistique ou en améliorant, par exemple, la formation et l'encadrement.

e) Quels sont les attitudes et les connaissances des prestataires de soins en ce qui concerne l'avortement ?

Que connaissent-ils des lois et des techniques cliniques et savent-ils où on peut bénéficier de ces services ? Dans quelle mesure leurs réponses correspondent-elles aux pratiques constatées par l'équipe durant l'évaluation rapide ? Les informations existantes sur ces questions sont très limitées dans la plupart des pays, mais il est important de les collecter parce que les attitudes et les pratiques des prestataires de soins sont des déterminants majeurs de l'accès des femmes à des services légaux d'avortement médicalisé.

1 Evaluation de la situation actuelle

suite

- Par exemple, l'évaluation peut révéler que certains personnels de santé ou prestataires potentiels ont des sentiments ambivalents ou négatifs concernant l'avortement, même lorsqu'il est légal sur simple demande (Dickson-Tetteh et al., 2000). Dans ce cas, les planificateurs de programme devront trouver les moyens d'assurer l'accès à ces services aux femmes y ayant droit.

f) Quelles sont les connaissances et les points de vue des femmes sur l'avortement et les services qui le pratiquent ?

Les connaissances et l'appréciation des femmes sur les services d'avortement et le contexte social dans lequel ils opèrent peuvent aussi représenter un obstacle à l'utilisation de ces services auxquels elles ont droit.

Les études montrent que les femmes craignent souvent d'être maltraitées, ont peur de l'attitude négative de leur mari ou partenaire, ou d'une condamnation sociale (Mundigo et Indriso, 1999), ce qui les empêche de rechercher de l'aide. Une évaluation devrait aussi permettre de déterminer si les femmes connaissent leurs droits en matière d'avortement et si elles savent quel est son coût, dans les secteurs public et privé.

- Par exemple, si l'évaluation rapide révèle que les femmes n'apprécient pas les services publics et n'y ont pas recours pour toutes sortes de raisons telles que l'absence de confidentialité/de respect de la vie privée, la crainte des critiques ou la qualité ressentie comme médiocre des soins qui y sont prodigués, les planificateurs et les responsables de programme devront prendre des mesures pour améliorer la qualité des soins. Cela pourrait se faire en donnant des cours de recyclage au personnel de santé afin

de mettre à jour leurs compétences techniques et développer leurs talents de communication interpersonnelle.

g) Quel est le coût de la fourniture de services d'avortement médicalisé pour le système de santé ? Quel est le coût du traitement des complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité ?

On peut trouver des renseignements sur les coûts directs dans les dossiers des services de santé, ou en enquêtant rapidement dans ces services, qu'ils soient publics ou privés. On peut obtenir des informations plus complètes sur ces coûts en menant des études plus approfondies. Des estimations portant sur un an dans un établissement sont suffisantes pour les besoins de l'évaluation initiale (King et al., 1998). On peut aussi analyser les informations à l'aide de tableurs servant au calcul des coûts (voir annexe 1).

- Ces informations permettront de prendre des décisions rationnelles concernant les services qui peuvent être offerts à chaque niveau du système de santé et les méthodes qui pourraient être introduites à chaque niveau.

2 Etablissement de normes nationales

Dans beaucoup de pays, il n'y a pas de normes écrites relatives aux services d'avortement et, en pareil cas, il convient de les établir. Quand elles existent déjà, il faut les revoir régulièrement pour s'assurer qu'elles sont le reflet des nouvelles données relatives aux meilleures pratiques médicales. Ces normes doivent être établies pour veiller à ce que des services d'avortement de bonne qualité soient disponibles, dans la mesure autorisée par la loi. Elles doivent fixer les critères

déterminant la fourniture des éléments essentiels des soins de qualité dispensés par les institutions publiques, privées et non gouvernementales, à savoir :

- les types de services d'avortement et leur implantation ;
- le matériel, les fournitures, les médicaments essentiels et les compétences du centre ;
- les mécanismes de référence et de transfert ;
- le respect de la prise de décision éclairée de l'autonomie, de la confidentialité et de la vie privée des femmes, en portant une attention particulière aux besoins spécifiques des adolescentes ;
- des dispositions particulières pour les femmes victimes de viols.

2.1 LES TYPES DE SERVICES D'AVORTEMENT ET LEUR IMPLANTATION

La mise en place de services d'interruption précoce de grossesse au niveau des soins de santé primaires peut grandement en améliorer l'accessibilité pour les femmes qui peuvent y prétendre. La formation et l'équipement des professionnels de santé au niveau des soins de santé primaires afin qu'ils pratiquent des avortements et effectuent les transferts appropriés sont donc les premiers investissements importants à envisager. Quand la capacité d'offrir des services de santé de qualité n'existe pas encore au niveau des soins de santé primaires, la mesure minimum à prendre est de créer des mécanismes de référence et de transfert efficaces du premier niveau de soins aux niveaux plus élevés.

Dans toutes les situations, un système de transfert fonctionnant bien est essentiel (voir section 2.3).

Les établissements de niveau supérieur, avec un investissement correct dans la formation et l'équipement, peuvent servir à la formation des agents de santé venant de centres de niveau inférieur, étendant ainsi leur portée géographique à travers le système de santé.

Dans les cas où les services sont répandus mais de qualité médiocre, il faudra dans un premier temps évaluer les raisons principales de ces carences et élaborer et mettre en oeuvre des recommandations. Cela peut signifier le recyclage du personnel ou l'amélioration des infrastructures et des équipements à tous les échelons du système. Dans la plupart des cas, l'intégration de services d'avortement dans des services de santé génésique existants semble être la stratégie la plus facile et la plus rentable.

2.1.1 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 contraceptifs et en les informant des conséquences d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité. Ils doivent être capables d'indiquer aux femmes comment obtenir un avortement médicalisé, légal et sans retard excessif, et de référer les femmes souffrant de complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, pour qu'elles reçoivent des soins appropriés.

2.1.2 Centres de soins de santé primaires

Les centres de soins de santé primaires ont en général une capacité médicale élémentaire et des agents de soins de santé qualifiés. A partir du moment où il n'est pas nécessaire que la femme passe la nuit dans le centre, on peut envisager de pratiquer l'aspiration et les méthodes d'avortement médicamenteuses à ce niveau.

2 Etablissement de normes nationales *suite*

Le personnel compte des infirmières, des sages-femmes, des assistants et, dans certains cas, des médecins. Le personnel de santé déjà formé et qui s'est montré capable de pratiquer un examen pelvien bimanuel pour diagnostiquer une grossesse et de pratiquer une intervention transcervicale telle que la pose d'un DIU peut être formé à la pratique de l'aspiration (Freedman et al., 1986, Greenslade et al., 1993). Quand les méthodes médicamenteuses sont reconnues et disponibles, ce personnel peut aussi administrer et superviser le traitement (Coyaji, 2000).

Comme pour la prise en charge des naissances normales ou des fausses couches, il doit y avoir des mécanismes de transfert pour assurer rapidement un plus haut niveau de soins, si nécessaire. Pour cette raison, du personnel qualifié devrait être joignable pendant et après les heures ouvrables, en cas de besoin.

2.1.3 Hôpital de district (premier niveau de recours)

Les hôpitaux de district devraient offrir tous les services d'avortement du niveau des soins de santé primaires, comme indiqué dans le Tableau 3.1, même si ces soins sont aussi offerts à un niveau de soins inférieur. L'avortement ne nécessite que rarement des soins spécialisés et ceux-ci ne doivent pas faire systématiquement partie des services offerts, surtout

quand les ressources sont limitées. Par exemple, l'utilisation systématique de matériel spécialisé, tel que l'échographe pour pratiquer un avortement précoce, augmente les coûts et n'est pas nécessaire (RCOG, 2000). On ne devrait pas pratiquer une anesthésie générale pour un avortement précoce, car cela augmente les risques et les coûts de l'intervention (Lawson et al., 1994). Les hôpitaux devraient donc offrir des services d'avortement en ambulatoire, qui sont sans risque, réduisent les coûts et sont plus pratiques pour les femmes.

Les hôpitaux de recours qui ont du personnel et des équipements leur permettant de dispenser des soins obstétricaux d'urgence sont capables de prendre en charge les complications de l'avortement. Ils doivent donc être prêts à accepter les transferts liés à un avortement, depuis les centres de santé de la zone qu'ils desservent.

2.1.4 Hôpitaux des deuxième et troisième niveaux de recours

Les hôpitaux des deuxième et troisième niveaux 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 les complications d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité. La pratique des soins liés à l'avortement dans les centres hospitaliers universitaires est très importante pour faire en sorte que les professionnels de santé cadres acquièrent cette compétence durant leur formation clinique.

Tableau 3.1 **Types de services pouvant être établis à chaque niveau du système de santé**

Au niveau de la communauté

- Education pour la santé/information sur la santé de la reproduction, y compris la planification familiale et l'avortement
- Distribution de moyens contraceptifs appropriés, y compris la contraception d'urgence
- Formation de tous les agents de santé à l'information sur les services légaux d'avortement et à l'orientation des patientes
- Formation de tous les personnels de santé à la reconnaissance des complications d'un avortement et au transfert rapide des femmes pour traitement
- Transport vers les services d'avortement et pour la prise en charge de complications dues à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité
- Formation de tous les personnels de santé (et autres professionnels importants de la communauté tels que les policiers et les professeurs) pour leur permettre de reconnaître les signes indiquant que des femmes ou des jeunes filles ont subi un viol ou un inceste et de les adresser à des services de santé ou à d'autres services sociaux

Au niveau des centres de soins de santé primaire

- 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 planification familiale, de grossesse non désirée et d'avortement
- Un plus large éventail de méthodes de contraception (y compris par exemple les DIU et les contraceptifs injectables)
- L'aspiration jusqu'à 12 semaines complètes de grossesse (voir chapitre 2)
- Les méthodes médicamenteuses jusqu'à 9 semaines complètes de grossesse (voir chapitre 2)
- La stabilisation clinique et la fourniture d'antibiotiques aux femmes présentant des complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité
- L'aspiration en 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 de l'hôpital de district

- Tous les éléments de soins 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 (avant emploi et formation continue) à la fourniture de services d'avortement

Au niveau des hôpitaux de recours (deuxième et troisième niveaux)

- Tous les éléments de soins mentionnés pour les niveaux précédents
- La prise en charge de toutes les complications de l'avortement, notamment celles qui ne peuvent être prises en charge à l'hôpital de district

2 Etablissement de normes nationales *suite*

2.2 MATERIEL, FOURNITURES, MEDICAMENTS ESSENTIELS ET COMPETENCES DE L'ETABLISSEMENT

Le tableau suivant (Tableau 3.2) donne un résumé de ce qui est nécessaire pour équiper des services d'avortement aux différents niveaux du système de soins de santé. Les fournitures, matériel et infrastructures requis pour l'aspiration et les méthodes médicamenteuses sont, pour la plupart, ceux dont on a besoin pour les soins gynécologiques et la contraception clinique. Une liste détaillée du matériel et des fournitures essentiels pour l'aspiration manuelle figure à l'annexe 3. On peut trouver ailleurs des précisions concernant les médicaments nécessaires au traitement des complications, tels que l'ocytocine, les liquides IV et les antibiotiques (Organisation mondiale de la Santé, 2000).

Ces instruments et produits médicaux devraient figurer systématiquement 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, la capacité du système à assurer un approvisionnement et un entretien régulier dans le temps, et le coût.

L'introduction de l'aspiration peut aider les systèmes de santé à améliorer l'offre et l'accessibilité de l'avortement, car elle est facile à utiliser et peut être pratiquée au niveau des soins de santé primaires. De plus, elle est relativement peu coûteuse (Lean et al., 1976). Des études de coût sur l'aspiration manuelle ont été faites dès son introduction pour le traitement des complications de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité. Elles montrent une réduction sensible des coûts liée à son utilisation, ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins (Anonyme, 2000, Brambila et al., 1999, El Shafei et al., 1999). Des considérations d'ordre programmatique et financier peuvent influencer sur les décisions relatives au choix de la méthode d'aspiration à offrir. Dans les hôpitaux et les autres centres qui pratiquent de nombreuses interruptions de grossesse, l'aspiration électrique peut se révéler plus efficace que l'aspiration manuelle. Cependant, quand on a recours à l'aspiration électrique et que les coupures d'électricité sont fréquentes, il est essentiel de pouvoir se rabattre sur l'aspiration manuelle. L'aspiration est une méthode jugée tout à fait acceptable par les prestataires de différents endroits (Bradley et al., 1991, Ekwempu, 1990, Population Council, 2000a, Population Council, 2000b, Université de Caroline du Nord, 2001).

Tableau 3.2 Instruments, médicaments et installation nécessaires à l'avortement

Méthode	Instruments et médicaments	Installations nécessaires
Aspiration	<ul style="list-style-type: none"> - Instruments et fournitures médicaux et gynécologiques de base (par exemple spéculum, pincés porte-coton ou portepansements, solution antiseptique, gaze ou tampons, gants), ténaculum - Bougies de dilatation mécanique (de Pratt ou Denniston), dilatareurs osmotiques, ou misoprostol pour la dilatation du col - Aiguilles et anesthésique local pour bloc paracervical - Analgésiques - Aspirateur : pompe à vide manuelle ou électrique et tubulure - Canule : souple ou rigide, courbée ou droite, de différentes tailles - Tamis et bol en verre pour l'inspection des tissus 	<ul style="list-style-type: none"> - Instruments et médicaments - Endroit isolé pour le conseil - Lieu de soins propre et isolé - Table d'examen avec supports pour les jambes ou étriérs - Lit - Tabouret pour l'opérateur - Eau propre - Eclairage puissant - Produits de décontamination et de nettoyage et désinfection très poussée des instruments - Récipients de récupération de déchets - Toilettes
Méthodes médicamenteuses	<p>Instruments et fournitures médicaux et gynécologiques de base (par exemple spéculum, serviettes hygiéniques, gants) Suivant le protocole utilisé:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mifépristone + misoprostol or géméprost - Analgésiques - Bol en verre pour l'inspection des tissus 	<ul style="list-style-type: none"> - Endroit isolé pour le conseil - Endroit isolé avec des chaises séparé des femmes qui accouchent, pour attendre l'expulsion - Toilettes - Possibilité de pratiquer une aspiration ou de transférer la patiente pour cela
D&E	<p>Tous les éléments indiqués sur la liste pour aspiration plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bougies de dilatation plus grandes et canule de gros calibre - Pincés spéciales (par exemple de Sopher ou Bierer) pour les avortements tardifs - Ocytocine 	<p>Tous les éléments figurants dans la liste réservée à l'aspiration</p>

2 Etablissement de normes nationales *suite*

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 et de multiples nettoyages. Les instruments à usage unique ont l'avantage d'être parfaitement stériles et sûrs pour la femme, tout en étant commodes pour l'opérateur. L'inconvénient est qu'ils coûtent plus cher et qu'on doit constamment se réapprovisionner. Ils doivent aussi être soigneusement détruits pour éviter au personnel et à la communauté tout risque sanitaire. Les instruments réutilisables coûtent moins cher en matériel, mais il faut suivre des procédures de nettoyage et de désinfection très strictes (voir chapitre 2, section 2.5.1).

2.2.1 Réglementations relatives aux médicaments et appareils

Chaque pays a des réglementations spécifiques pour l'homologation et l'importation des médicaments. 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 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) (Organisation mondiale de la Santé, 2002b). 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 (voir annexe 1 pour une information en ligne).

Certains pays, mais pas tous, exigent aussi l'homologation des dispositifs médicaux. Les administrateurs de programme, avant d'importer des dispositifs comme les trousseaux d'aspiration manuelle, devront vérifier s'ils sont homologués.

Les articles figurant dans le Tableau 3.2 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 centres de santé qui les demandent.

2.3 MECANISMES DE REFERENCE/TRANSFERT

La mise en place et le bon fonctionnement d'un mécanisme de transfert sont très importants pour pouvoir offrir des services d'avortement médicalisé de qualité. Tous les personnels des centres de santé, dispensaires ou hôpitaux doivent être capables d'adresser les femmes à des services appropriés s'ils n'existent pas sur place. Des dispositions relatives à la référence et au transport entre les différents échelons du système de soins de santé doivent être prises pour veiller à ce que a) les femmes qui ont besoin de ces services puissent en bénéficier en temps voulu, et b) les femmes souffrant de complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité reçoivent des soins rapidement. Il est important que les prestataires de soins soient capables d'offrir soutien, information et/ou conseil aux femmes poursuivant une grossesse non désirée et ne pouvant bénéficier d'une interruption légale de grossesse, pour les aider à planifier la suite de leur grossesse et les diriger vers des centres de soins prénatals.

Les éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de référence et de transport sont les suivants :

- des procédures standard pour déterminer quand la référence ou le transfert sont nécessaires et comment y procéder, y compris les dispositions relatives au transport ;
- des procédures à standard pour que les établissements acceptent et soignent les femmes qui leur sont adressées et en fassent rapport aux centres qui les ont envoyées ;
- des directives relatives à la gestion des informations concernant les patientes, pour veiller à les soigner avec efficacité et en toute confidentialité ;
- des directives pour évaluer la nécessité de référer les patientes vers d'autres types de services, tels que les services de prévention et de lutte contre les IST ou le VIH, les services sociaux ou de conseil et les services judiciaires pour les femmes qui ont été victimes d'un viol.

2.4 RESPECT DE LA PRISE DE DECISION ECLAIREE, DE L'AUTONOMIE, DE LA CONFIDENTIALITE ET DE LA VIE PRIVEE DES FEMMES, EN PORTANT UNE ATTENTION PARTICULIERE AUX BESOINS SPECIFIQUES DES ADOLESCENTES

La réglementation et les normes nationales devraient encourager les femmes à exercer leurs droits en matière de procréation ou dans d'autres domaines et

les personnels de santé à accomplir pleinement leurs obligations éthiques. Dans le cadre des lois nationales sur l'avortement, des normes devraient protéger la prise de décision autonome, libre et éclairée, la confidentialité et la vie privée (Cook et Dickens, 2000). Elles sont renforcées par les normes internationales relatives aux droits de l'homme figurant entre autres dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et dans la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes.

2.4.1 Prise de décision libre et éclairée

Les femmes devant faire face à une grossesse non désirée peuvent souvent se sentir vulnérables, surtout vis-à-vis des services de santé. Elles doivent être traitées avec respect et compréhension. Les personnels de santé devraient donc soutenir la femme et l'informer de façon à ce qu'elle puisse comprendre et se souvenir, pour qu'elle puisse faire le choix d'interrompre ou non sa grossesse dans les limites prévues par la loi, en échappant à toute pression, contrainte ou discrimination.

Le personnel de santé doit aussi être sensibilisé aux situations dans lesquelles la femme peut être amenée à interrompre sa grossesse contre son gré, pour des raisons médicales, par exemple à cause d'une infection par le VIH. En pareil cas, le prestataire de soins doit s'assurer qu'elle prend sa décision librement et en toute connaissance de cause.

Les agents de santé ont le droit d'objecter en conscience à la pratique de l'avortement, mais ils ont l'obligation de suivre les codes d'éthique professionnelle, qui exigent qu'ils orientent les patientes vers des collègues qualifiés

2 Etablissement de normes nationales *suite*

qui ne sont pas, par principe, opposés à une interruption de grossesse autorisée par la loi. Si aucun opérateur ne peut le remplacer, l'agent de santé doit pratiquer l'avortement pour sauver la vie de la femme ou pour éviter de nuire durablement à sa santé, en accord avec les lois nationales.

Quand un hôpital, un dispensaire ou un centre de santé a été désigné comme établissement public proposant des services autorisés par la loi, il ne peut mettre en danger la vie ou la santé des femmes en refusant ces prestations. Il doit pratiquer l'avortement pour les motifs autorisés par la loi.

2.4.2 Autonomie dans la prise de décision (autorisation d'une tierce personne)

Le principe éthique fondamental du respect des personnes implique le respect de leur autonomie. Cela veut dire que des adultes mentalement aptes n'ont pas besoin du consentement (de l'autorisation) d'une tierce personne, comme le mari ou le partenaire, pour avoir accès à un service de santé. Les personnels de santé ne devraient donc pas exiger d'autorisation du mari, à moins que cela ne soit requis par la loi promulguée et la réglementation afférente.

Le respect des personnes implique aussi l'obligation de protéger les personnes vulnérables. Les femmes célibataires, les adolescentes, celles qui vivent dans

une extrême pauvreté et celles qui subissent des violences domestiques doivent être considérées comme particulièrement vulnérables. La discrimination et la stigmatisation associées à des incapacités mentales et physiques et à des problèmes de santé comme l'infection par le VIH sont très répandues et peuvent être utilisées comme un motif pour forcer les femmes à interrompre leur grossesse. Les prestataires de soins ont l'obligation éthique de s'assurer que ces femmes reçoivent les soins de santé nécessaires.

En ce qui concerne l'autorisation parentale pour les mineures, presque tous les gouvernements ont ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant. L'article 5 de la Convention demande que « les Etats Parties respectent la responsabilité, le droit et le devoir qu'ont les parents ... de donner à celui-ci, d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités, l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice des droits que lui reconnaît la présente Convention ». Cependant, l'article 3, qui contient l'un des quatre principes généraux qui président à la mise en oeuvre de tous les articles de la Convention, stipule que « dans toutes les décisions qui concernent les enfants [définis comme toute personne âgée de moins de 18 ans], qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale ».

Considérations spéciales relatives aux adolescentes

Les adolescentes connaissent souvent très mal la sexualité, la contraception, la façon dont une grossesse survient, les signes d'une grossesse et les infections sexuellement transmissibles. Les jeunes adolescentes célibataires en particulier peuvent ne pas reconnaître avoir eu des rapports sexuels et donc l'éventualité d'une grossesse. Elles n'ont peut-être qu'une expérience limitée du dialogue avec les adultes sur de tels sujets et du recours aux services de santé pour répondre à leurs besoins en matière d'hygiène sexuelle et de santé génésique. Les adolescentes ont besoin d'un environnement qui les soutienne, dans lequel elles puissent exprimer leurs besoins, leurs peurs et leur gêne sans craindre d'être jugées ou méprisées.

Les prestataires de soins de santé doivent dominer leur embarras possible vis-à-vis de la sexualité des adolescentes, particulièrement des adolescentes non mariées, puisqu'elle est une réalité dans la plupart des endroits. Ils doivent aussi développer les compétences et acquérir les connaissances appropriées pour s'occuper des adolescentes, ce qui suppose de savoir écouter leur histoire. Par exemple, ils doivent être doux et il leur faut poser des questions simples dans un langage clair. Il se peut qu'ils aient à répéter leurs questions et à examiner le problème avec précaution et considération. Ils peuvent devoir suggérer des réponses différentes pour encourager les adolescentes à parler, car elles ont souvent besoin de temps pour parler de leurs problèmes. Ils doivent absolument garantir clairement la confidentialité en promettant à l'adolescente qu'ils ne parleront pas de leur visite au centre avec qui que ce soit.

Il peut être nécessaire de développer **des services de santé « aménagés pour les adolescentes »** pour s'assurer que ces dernières aient accès aux services dont elles ont besoin. Cela peut fréquemment se faire en réorientant des services existants afin de mieux répondre aux besoins des adolescentes. Cela peut impliquer de veiller à ce que ces services soient ouverts à des heures et dans des endroits où les adolescentes peuvent se rendre et à ce qu'ils soient abordables financièrement. Il faut faire connaître l'existence de ces services aux adolescentes et à leur famille et pour cela l'aide de la communauté est souvent précieuse.

(Organisation mondiale de la Santé, 2002c)

2 Etablissement de normes nationales *suite*

Les agents de santé devraient encourager les mineures à parler de leur grossesse à leurs parents ou à un autre adulte de confiance. Si la jeune fille estime que cela n'est pas possible (par exemple si elle craint la réaction de l'un de ses parents), les prestataires de soins ne devraient pas demander le consentement parental, à moins qu'il ne soit exigé explicitement par la loi et les réglementations qui s'y rapportent. Les prestataires de soins de santé doivent 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.

2.4.3 Confidentialité

Les prestataires de soins ont le devoir de protéger les données relatives aux patientes 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.

La peur que cette confidentialité ne soit pas respectée empêche beaucoup de femmes – en particulier les adolescentes et les célibataires – de faire appel aux services de santé et les conduit à rechercher les services de prestataires clandestins et dangereux, ou à provoquer elles-mêmes l'avortement. A moins que la femme ne consente explicitement à ce que le prestataire consulte son mari ou parent, ou toute autre personne non indispensable pour l'administration de soins appropriés et sûrs, le fait de les consulter constitue un manquement grave au secret médical.

2.4.4 Respect de la vie privée

Les administrateurs des services de santé doivent veiller à ce que le maximum soit fait pour que les conversations entre les femmes et les prestataires ainsi que les soins eux-mêmes se déroulent dans le respect de leur vie privée. On peut par exemple, au minimum, n'effectuer qu'un seul acte à la fois par pièce, en fixant des rideaux aux fenêtres et aux portes et en fournissant un drap en tissu ou en papier à la patiente pour l'intervention.

2.5 DISPOSITIONS PARTICULIERES 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 relatives à la pratique de l'avortement en pareil cas et de former le personnel. 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 (Billings et al., 2002) (voir aussi chapitre 4). L'idéal serait qu'elles fassent partie d'un ensemble de normes relatives à la prise en charge globale des victimes de viols, comprenant les soins physiques et psychologiques, la contraception d'urgence, le traitement des IST ou des blessures, la collecte des preuves résultant de l'examen médico-légal, le conseil et le suivi (Organisation mondiale de la Santé et Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, 2002).

3 Veiller à la compétence et aux bons résultats obtenus par les prestataires de soins de santé

3.1 COMPETENCES ET FORMATION DES PRESTATAIRES

Garantir l'accessibilité de services légaux d'avortement médicalisé à toutes les femmes y ayant droit implique la collaboration de professionnels de la santé de niveau intermédiaire, les médecins qualifiés n'étant pas suffisamment nombreux dans beaucoup de régions du monde. Dans un certain nombre de pays, des personnels de santé de niveau intermédiaire comme les sages-femmes et autres agents de santé qualifiés qui ne sont pas médecins ont été formés pour prodiguer des soins de qualité durant et après l'avortement (Billings et al., 1999, Dickson-Tetteh et al., 2000, Population Council, 2000b, Université de Caroline du Nord, 2001, Yumkella et Githiori, 2000). Une étude comparative n'a montré aucune différence dans les taux de complications des aspirations manuelles au premier trimestre, qu'elles

soient pratiquées par un assistant médical ou par un médecin (Freedman et al., 1986).

Les agents de santé déjà compétents pour pratiquer des avortements simples peuvent être formés pour fournir des soins plus complexes. Par exemple, les agents de santé qui pratiquent des avortements jusqu'à 9 semaines de grossesse peuvent être formés à interrompre des grossesses plus avancées. Les opérateurs qui pratiquent des aspirations en cas d'avortement incomplet peuvent apprendre à réaliser des avortements médicalisés moyennant une courte formation supplémentaire.

L'apprentissage du savoir-faire nécessaire pour pratiquer un avortement médicalisé devrait faire partie des programmes de formation avant emploi ou de formation continue du personnel de santé qui sera autorisé à les pratiquer. Les compétences nécessaires à l'identification et à la prise en charge des complications de l'avortement devraient figurer dans tous les programmes de formation des personnels de santé qui soignent les femmes. Tout le personnel offrant ces soins devrait aussi bénéficier périodiquement de cours de recyclage.

Par personnel de santé de niveau intermédiaire, on entend toute une série de personnels cliniques non médecins – sages-femmes, infirmières, assistants médicaux et autres – dont la formation et les responsabilités diffèrent selon les pays, mais qui sont formés pour exécuter des gestes cliniques simples dans le domaine de la santé génésique, comme l'examen pelvien bimanuel, pour diagnostiquer une grossesse et la position de l'utérus, l'auscultation foetale, et qui peuvent être formés à la pratique de l'interruption de grossesse précoce. [Définition proposée et acceptée par les participants de la Consultation technique de septembre 2000.]

3 Veiller à la compétence et aux bons résultats obtenus par les prestataires de soins de santé *suite*

3.1.1 Programmes de formation

Les programmes de formation, avant emploi ou de formation continue, devraient être fondés sur la base des compétences à acquérir, notamment sur une pratique encadrée suffisante pour permettre au praticien de faire la preuve de sa compétence clinique. Ils devraient utiliser toutes sortes de méthodologies d'apprentissage et d'acquisition des connaissances et aborder le savoir-faire aussi bien technique que clinique, de même que les attitudes et les croyances du prestataire de soins. Il peut être nécessaire pour cela de procéder à une mise au point concernant les valeurs, qui permettrait aux prestataires de soins de faire la différence entre leurs propres valeurs et les droits de leurs clientes à bénéficier de services de qualité. Les programmes doivent 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.

Le contenu et la durée des programmes de cours peuvent varier en fonction des compétences que le prestataire de soins possède déjà au début de la formation (voir Tableau 3.3 pour la liste complète des matières essentielles). Toute formation doit faire en sorte que le praticien soit en mesure de :

- Se servir d'une palette complète de compétences en matière de communication interpersonnelle pour établir un contact et un échange réels avec toutes les usagères du service, en respectant leur droit à être traitées avec dignité et respect, et leur droit à la confidentialité ;

- bien transmettre et analyser les informations sensibles relatives au comportement sexuel et à la grossesse ;
- permettre aux patientes de prendre des décisions éclairées ;
- effectuer un examen pelvien bimanuel sans danger et précis pour diagnostiquer une grossesse et déterminer la taille et la position de l'utérus, et décider si on doit pratiquer l'avortement ou référer la patiente à un niveau de soins supérieur ;
- reconnaître ou suspecter une grossesse extra-utérine ;
- reconnaître de façon précise les signes et les symptômes des infections de l'appareil reproducteur et les IST ;
- reconnaître les signes de sévices physiques ;
- administrer correctement les médicaments ;
- procéder correctement à l'avortement ;
- prendre les mesures voulues en cas de complications avant, pendant et après l'intervention ;
- transférer efficacement les patientes dans d'autres services compétents ;
- fournir des informations et des services en matière de contraception ;
- nettoyer et s'assurer de l'innocuité de tout le matériel utilisé pendant l'intervention ;
- tenir des dossiers précis.

Le Tableau 3.3 indique le contenu de la formation recommandée pour tous les professionnels de santé. On trouvera des précisions sur les programmes de cours et les documents connexes à l'annexe 1.

Tableau 3.3 L'essentiel des programmes de formation sur les services d'avortement

Contexte dans lequel opèrent les services d'avortement

- Dispositions légales, réglementaires et politiques
- Responsabilité éthique liée à la pratique de l'avortement
- Effets sur la santé d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions
- Normes nationales relatives aux soins liés à l'avortement

Conseil et interaction patiente-prestataire

- Mise au point relative à l'attitude et aux croyances des prestataires en ce qui concerne l'avortement
- Groupes nécessitant une attention particulière, comme les adolescentes, les réfugiées et les femmes présentant une infection à VIH ou une IST
- Respect de la vie privée et confidentialité
- Reconnaissance des signes montrant que la femme a subi des violences et conseils pour l'aider à bénéficier d'un soutien et d'un conseil supplémentaires
- Talents de communication interpersonnelle et de conseil
- Information sur l'avortement et la contraception
- Problèmes et risques associés au VIH et autres IST

Compétences cliniques

- Anatomie et physiologie ayant un rapport avec la grossesse et son interruption
- Identification et prise en charge des complications de l'avortement, et/ou transfert de la patiente
- Evaluation précédant l'intervention : anamnèse, examens, âge de la grossesse, etc.
- Prise en charge et soins après l'intervention, y compris information et services disponibles en matière de contraception
- Dépistage des IST
- Critères de référence et de transfert et façon de référer ou de transférer les cas dépassant les compétences du prestataire de soins
- Techniques d'avortement
- Prévention des infections
- Prise en charge de la douleur

Questions administratives et gestionnaires et assurance de qualité

- Tenue des dossiers et établissement de rapports
- Surveillance et évaluation
- Conditions permettant de préserver la vie privée et la confidentialité des données
- Mécanisme efficace de transfert et de transport vers les établissements qualifiés
- Logistique, matériel et gestion des stocks
- Normes de supervision

3 Veiller à la compétence et aux bons résultats obtenus par les prestataires de soins de santé *suite*

3.2 SUPERVISION

Le système doit permettre aux superviseurs de s'assurer que les soins fournis correspondent aux normes, répondent aux besoins des patientes et respectent leurs droits. Les tâches des superviseurs sont les suivantes :

- créer un environnement respectueux en ayant une attitude et un comportement de soutien envers les prestataires de soins et leurs patientes ;
- répartir les travaux et les tâches entre les agents de santé en fonction de leurs compétences et surveiller leur travail pour veiller à la qualité technique des soins de bonne qualité ;

- veiller à ce que les prestataires de soins aient accès au matériel et aux produits nécessaires, et disposent de lieux où offrir conseil et services dans le respect de la vie privée et de la confidentialité ;
- surveiller les besoins en formation du personnel et organiser son recyclage ;
- veiller à ce que les services soient accessibles sans discrimination en raison, par exemple, de l'âge ou de la situation matrimoniale, ou à ce qu'aucune demande de paiement illicite ne soit faite ; et
- veiller à ce que le consentement soit tout à fait éclairé et librement accordé pour l'avortement et la contraception postintervention.

Pour la supervision, une liste de contrôle des points à surveiller régulièrement serait un outil important (voir Tableau 3.4). Une telle liste de contrôle doit être dressée localement pour tenir compte de la situation particulière à chaque endroit, et utilisée pour maintenir la qualité des soins.

Tableau 3.4 **Catégories à inclure dans la liste de contrôle du superviseur**

- Matériel (disponibilité, quantité, état, nettoyage, stérilisation, rangement)
- Fournitures (suffisantes, non périmées, stockées de façon appropriée)
- Observation des séances de conseil
- Observation des prestations cliniques
- Respect de la vie privée
- Propreté de l'établissement
- Tenue exacte et complète des dossiers
- Examen des statistiques et des dossiers des patientes pour s'assurer qu'ils sont bien complets
- Analyse des statistiques de base du service
- Analyse des références et transferts

3.3 CERTIFICATION ET ACCREDITATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET DES ETABLISSEMENTS

Lorsque la certification du personnel de santé pratiquant les avortements est exigée, le seul but est de veiller à ce qu'il se conforme bien aux critères essentiels de la dispensation des soins en toute sécurité, comme pour toutes les autres interventions médicales. Les normes de certification et d'accréditation ne doivent pas être utilisées pour exclure des catégories de professionnels de santé. Comme on l'a mentionné à la section 3.1, on peut former différentes catégories d'agents de santé à la pratique de l'avortement médicalisé.

Dans les pays où les établissements pratiquant l'avortement sont agréés, les normes d'agrément doivent satisfaire aux critères convenus à l'échelle nationale. L'agrément des établissements assure aux clientes la sécurité et l'intégrité des soins. Cependant, ces normes d'accréditation ne doivent pas imposer un recours excessif à du matériel sophistiqué, une infrastructure ou du personnel qui ne sont pas indispensables pour dispenser des soins de qualité et qui en réduiraient l'accès inutilement.

4 Surveillance et évaluation des services

Comme tous les services de santé, les services d'avortement devraient faire l'objet d'une surveillance et d'une évaluation de la qualité. La collecte régulière et correcte des statistiques de service, la surveillance et l'évaluation sont essentielles pour maintenir et améliorer la qualité des soins offerts. Elles peuvent aussi aider à déterminer si ces services sont effectivement disponibles pour les femmes qui y ont droit. Avec le temps, si les

informations de départ ont été collectées, y compris les données sur la mortalité et la morbidité dues aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, et si les statistiques de base du service sont systématiquement et exactement tenues à jour, les programmes pourront évaluer dans quelle mesure l'accès sans réserve aux services prévus par la loi réduit la mortalité et la morbidité maternelles. Ces statistiques et autres renseignements rassemblés lors de la surveillance et de l'évaluation doivent être communiqués, discutés avec les parties concernées et utilisés pour décider des améliorations à apporter aux services.

4.1 SURVEILLANCE

La surveillance s'exerce sur la mise en oeuvre 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 processus et les mécanismes de surveillance comprennent l'examen des cas, l'étude des dossiers, l'observation, les listes de contrôle, les enquêtes internes et les audits portant sur les décès maternels, qui peuvent être utilisés pour améliorer la qualité des soins (pour en savoir plus, voir annexe 1).

4 Surveillance et évaluation des services *suite*

Autant que faire se peut, les établissements devraient intégrer les données relatives aux services d'avortement dans leurs systèmes habituels d'enregistrement des données (par exemple les formulaires, registres, états des stocks, listes de contrôle, dossiers cliniques des patientes, registres d'activité journalière) plutôt que d'en créer d'autres. Les statistiques de base comptabilisent au minimum les interruptions de grossesse pratiquées, les femmes accueillies mais qui n'ont pas reçu de soins, les femmes transférées à un niveau de soins supérieur, le traitement des complications de l'avortement et les méthodes de contraception acceptées. Le volume et les catégories de données statistiques à collecter doivent correspondre aux compétences et à la charge de travail du personnel. Il est préférable d'avoir une série restreinte de données exactes avec un bon mécanisme de retour de l'information que d'imposer des normes de notification auxquelles le personnel n'est pas en mesure de se conformer ou est réticent à le faire.

Des données choisies recueillies à l'échelon de l'établissement doivent être systématiquement envoyées aux échelons supérieurs pour faciliter la surveillance de tous les établissements et de toutes les régions géographiques et seront utilisées au niveau national pour guider les politiques et la planification.

Il peut être également utile de surveiller, pour les établissements qui les proposent, les coûts de l'avortement légal et du traitement des complications

d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.

Une surveillance systématique de routine comprendra :

- l'analyse des tendances ou des problèmes qui se posent dans les services en utilisant les statistiques (par exemple nombre de femmes accueillies mais qui n'ont pas reçu de soins, nombre de complications, nombre de méthodes contraceptives offertes par catégorie) ;
- le pourcentage de femmes qui ont recours plusieurs fois à l'avortement ;
- l'observation des services de conseil et des services cliniques pour évaluer la qualité de la relation avec la femme durant tout le processus, corriger tout manquement au respect des normes techniques ou toute autre pratique susceptible de compromettre la qualité des soins (par exemple une attitude moralisatrice, le prélèvement d'« honoraires officieux ») ;
- le fonctionnement de la logistique chargée d'assurer un approvisionnement régulier en matériel et consommables ;
- le regroupement régulier des données depuis les établissements périphériques jusqu'aux niveaux supérieurs ;
- l'évaluation des progrès réalisés pour remédier aux problèmes identifiés lors de la surveillance systématique.

Tableau 3.5 **Sources de données et indicateurs proposés pour la surveillance et l'évaluation des services d'avortement**

Données recueillies systématiquement en routine

- Nombre d'avortements pratiqués, par nombre de semaines complètes de grossesse et par type de méthode
- Temps écoulé entre la première consultation et l'intervention
- Nombre de femmes référées et transférées, par motif
- Nombre de femmes accueillies mais n'ayant pas reçu de soins, par motif
- Nombre de femmes soignées pour des complications, par type de méthode d'avortement
- Contraceptifs fournis, par catégorie
- Transferts pour contraception

Evaluation périodique

- Pourcentage d'établissements proposant des soins liés à l'avortement, leur distribution par région géographique et par niveau du système de soins de santé, et modes d'utilisation
- Nombre d'opérateurs pratiquant l'avortement, leur distribution par région géographique et par niveau du système de soins de santé
- Nombre d'agents de santé formés, par catégorie ; évaluation de la qualité de la formation
- Evaluation de la qualité des soins prodigués
- Coûts des avortements et du traitement de leurs complications, par méthode et par catégorie d'opérateurs, et honoraires éventuellement perçus
- Etudes spéciales périodiques (satisfaction des clientes, proximité des établissements, coûts, impact, etc.)
- Nombre d'agents de santé ayant besoin d'un recyclage et nombre d'agents formés

Renseignements concernant la patiente (conservés dans le dossier de la patiente)

- Age, parité, situation matrimoniale
- Motif(s) de la référence ou du transfert
- Motif(s) du refus
- Soins de suivi prodigués
- Méthode contraceptive choisie
- Honoraires perçus, le cas échéant

4 Surveillance et évaluation des services *suite*

4.2 EVALUATION

L'évaluation permet d'estimer la pertinence, l'efficacité, la pérennité et l'impact des services en ayant recours à leurs statistiques de surveillance de routine, ainsi qu'aux enquêtes spéciales pour estimer dans quelle mesure les buts assignés au programme ont été atteints. Par exemple, la qualité s'est-elle améliorée ? Toutes les femmes y ayant droit y ont-elles davantage accès ? Atteint-on les objectifs de formation sur le plan qualitatif et quantitatif ? Le nombre d'endroits offrant ces services a-t-il augmenté ? Les évaluations peuvent être menées à l'échelon des établissements de santé, aux niveaux régional ou infrarégional et national, et devraient être conçues dès le début de l'élaboration des programmes afin qu'une évaluation de départ et des évaluations périodiques programmées y figurent.

Des évaluations périodiques, centrées sur les patientes, visant à analyser les expériences qu'elles ont vécues, les complications survenues, la qualité des soins prodigués et l'accessibilité des services fourniront des informations importantes permettant d'améliorer les services cliniques et ceux destinés aux groupes mal desservis. Cela peut être fait au moyen de questionnaires, de manuels d'observation et d'entretiens lors de la sortie. Des évaluations analogues devraient aussi être effectuées auprès des prestataires de soins pour analyser leurs attitudes, leurs connaissances, leurs pratiques, leurs besoins et leurs idées pour améliorer les services.

Les évaluations d'impact permettent d'établir dans quelle mesure l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services pour les femmes qui y ont droit contribue à la réalisation des objectifs fixés. Par exemple, on peut vérifier si le recours aux services légaux d'avortement

s'est accru en effectuant périodiquement des études spéciales dans un certain nombre d'établissements et de zones desservies. Des études particulières pourraient aussi s'intéresser aux changements survenus dans les admissions hospitalières pour des complications d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions avant et après que ces améliorations aient été apportées. Comme toutes les autres, les évaluations d'impact nécessitent une solide évaluation de départ et une définition claire des objectifs et des indicateurs du programme.

Dans la plupart des cas, il est plus important de définir quelques indicateurs clairement mesurables que d'essayer de collecter une liste exhaustive de données, surtout quand les moyens de recherche du système de santé sont limités. Lorsque ces moyens sont importants, une approche plus complète peut être souhaitable. Les évaluations devraient comporter non seulement des indicateurs quantitatifs, mais aussi des appréciations qualitatives. Ces dernières pourront comprendre des entretiens avec les prestataires de soins, les femmes, les hommes, les chefs de communauté, pour déterminer ce qu'ils savent de ces services et du droit à en bénéficier, ce qu'ils pensent être leurs besoins en la matière et leurs opinions sur les services existants.

5 Financement

Les budgets des services de santé devraient inclure le coût :

- des instruments, fournitures et médicaments nécessaires à l'ouverture de services d'avortement ou à l'amélioration des services existants dans tout le système (voir chapitre 2) ;
- des salaires du personnel (temps partiel ou temps complet) ;
- des programmes de formation ;

- des dépenses (souvent modestes) d'équipement ponctuelles, comme la rénovation d'un espace de soins.

Du fait que les services d'avortement médicalisé ne nécessitent pas de compétences ni de matériel autres que ceux déjà disponibles pour les soins gynécologiques et obstétricaux, le surcoût qu'implique la mise en place de ces services pour les femmes y ayant droit sera vraisemblablement modeste en regard des avantages qu'ils présentent pour la santé des femmes. La plupart des budgets de santé nationaux devraient pouvoir supporter cette dépense.

Si les honoraires, l'assurance médicale et les autres mesures de recouvrement des dépenses sont appliqués à l'avortement, ils doivent l'être de manière à ne pas empêcher les femmes d'y avoir accès.

5.1 COUT POUR L'ETABLISSEMENT OU LE SYSTEME DE SANTE

Les coûts comprennent les dépenses d'équipement peu fréquentes et modestes et les dépenses de fonctionnement. L'achat d'appareils, par exemple d'un aspirateur, d'une table d'examen, d'un stérilisateur ou d'un autoclave, la construction ou la rénovation des salles de consultation et de soins sont des dépenses d'équipement ponctuelles. L'achat d'instruments et de fournitures que l'on devra recommander régulièrement comme les canules, les pompes à vide manuelles, les médicaments, la gaze, les solutions antiseptiques et les désinfectants à action stérilisante utilisés à froid pour les instruments sont des dépenses de fonctionnement ; la formation continue, le recrutement et la gestion de l'établissement en font aussi partie. Comme on l'a mentionné plus haut, la plupart de ces éléments existent vraisemblablement déjà dans les établissements s'occupant des femmes enceintes.

Les décisions relatives au choix des méthodes d'avortement à offrir et à 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. Premièrement, comme mentionné plus tôt, le fait de passer de la dilatation et du curetage (D&C) à l'aspiration pour l'évacuation utérine est non seulement plus sûr pour la patiente, mais réduit de façon substantielle les coûts pour le système de santé (Jowett, 2000). L'aspiration peut être pratiquée dans une simple salle de soins ambulatoires par un agent de santé de catégorie intermédiaire formé à cela, tandis que la dilatation et le curetage nécessitent un bloc opératoire et un médecin. On administre en général moins de médicaments contre la douleur lors d'une aspiration, parce qu'elle est moins douloureuse que la D&C (Grimes et al., 1977) et les femmes peuvent quitter l'établissement de soins plus rapidement. Deuxièmement, 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 à des méthodes à moindre coût augmentera en comparaison des méthodes onéreuses nécessaires pour des grossesses avancées. Ces éléments, associés à d'autres modifications apportées à la prise en charge des patientes, permettent non seulement de réduire les dépenses, mais aussi d'améliorer la qualité des soins.

5.2 RENDRE CES SERVICES FINANCIEREMENT ABORDABLES POUR LES FEMMES

Les établissements de soins fixent souvent des honoraires si élevés qu'ils en deviennent inabordables pour beaucoup de femmes. Certains programmes du service public, qui offrent gratuitement d'autres types de soins pour les femmes pauvres, ne couvrent pas l'avortement ou ne le font que pour certaines méthodes.

5 Financement *suite*

De plus, on peut demander à la femme de payer des « honoraires officiels » (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, dressent autant d'obstacles que beaucoup de femmes ne peuvent franchir. De telles pratiques coûteront probablement plus cher au système de santé à long terme, car elles augmentent le nombre de femmes qui essaient d'avorter par leurs propres moyens ou qui ont recours à des prestataires non qualifiés, et finissent à l'hôpital avec des complications graves.

Quand on perçoit des honoraires pour un avortement, ils devraient être calculés en fonction des possibilités de paiement de la patiente et ne devraient pas restreindre l'accès à ces services pour des femmes qui ne peuvent pas payer, en particulier les femmes et les adolescentes à faibles revenus. De plus, tous les établissements devraient avoir des procédures en place pour veiller à ce que des « honoraires officiels » ne soient pas exigés par le personnel. D'autres mesures pourraient être prises pour rendre les services d'avortement plus abordables, en les subventionnant pour les pauvres à l'aide des recettes d'autres services ou des femmes ayant plus de moyens ; en réduisant les écarts d'honoraires entre avortements pratiqués à différents stades de la grossesse et entre différentes méthodes, de façon que les femmes puissent avoir accès aux services qui leur conviennent le mieux indépendamment du coût ; et en fournissant des informations sur les services d'avortement disponibles et sur les dépenses afférentes, afin que les femmes puissent se décider en toute connaissance. Un avortement ne devrait jamais pouvoir être refusé ou différé parce qu'une femme n'est pas en mesure de payer.

Bibliographie

- Anonyme. (2000)** Improving quality and reducing costs in post-abortion care in Peru. *Reproductive Health Matters* 8:189.
- Billings DL, Ankrah V, Baird TL, Taylor JE, Ababio KP et Ntow S. (1999)** Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana. Dans Huntington D et Piet-Pelon NJ (eds). *Postabortion care: lessons from operations research*. New York, Population Council, pp 141-158.
- Billings DL, Moreno C, Ramos C, González de León D, Ramirez R, Martinez LV et Díaz MR. (2002)** Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters* 10(19):87-95.
- Bradley J, Sikazwe N et Healy J. (1991)** Improving abortion care in Zambia. *Studies in Family Planning* 22:391-394.
- Brambila C, Langer A, Garcia-Barríos C et Heimbürger A. (1999)** Estimating costs of postabortion services at Dr Aurelio Valdivieso General Hospital, Oaxaca, Mexico. Dans Huntington D et Piet-Pelon NJ (eds). *Postabortion care: lessons from operations research*. New York, Population Council, pp 108-124.
- Cook R et Dickens B. (2000)** *Considerations for formulating reproductive health laws*. Second edition. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (WHO/RHR/00.1)
- Coyaji K. (2000)** Early medical abortion in India: three studies and their implications for abortion services. *Journal of American Medical Women's Association* 55(Suppl):191-194.
- Dickson-Tetteh K, Mavuya LM, Gabriel M, Rees H, Billings DL et King TDN. (2000)** *Abortion care services provided by registered midwives in South Africa: a report on the midwifery training program*. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit et Ipas.
- Ekwempu CC. (1990)** Uterine aspiration using the Karman cannula and syringe. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology* 8:37-38.
- El Shafei M, Hassan EO, Mashalli A, Shalan H et El Lakkany N. (1999)** Improving reproductive health service by using manual vacuum aspiration in the management of incomplete abortion. *Egyptian Society of Obstetrics and Gynecology* 25:711-722.

Freedman MA, Jillson D, Coffin RR et Novick LF. (1986)

Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American Journal of Public Health* 76:550-554.

Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M et

Leonard A. (1993) Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2): 1-4.

Grimes D, Schulz KF, Cates W et Tyler CW. (1977)

The Joint Program for the Study of Abortion/ CDC: a preliminary report. Dans Hern W et Andrikopolous B (eds). *Abortion in the seventies*. New York, National Abortion Federation, pp. 41-46.

Jowett M. (2000) Safe motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy* 53:201-228.

King TD, Abernathy M, Hord C, Nicholson LA, Benson J et

Johnson BR. (1998) *A guide to assessing resource use in the provision of postabortion care*. Carrboro, Ipas.

Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Shulman HB et

Ramick M. (1994) Abortion mortality, United States: 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 171:1365-1372.

Lean TH, Vengadasalam D, Pachauri S et Miller ET. (1976)

A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 14:481-486.

Mundigo AI et Indriso C (eds). (1999) *Abortion in the developing world*. New Delhi, Visitaar Publications [pour le compte de

l'Organisation mondiale de la Santé].

Organisation mondiale de la Santé. (1999) *Abortion in Viet Nam: an assessment of policy, programme and research issues*. Genève,

Organisation mondiale de la Santé. (WHO/RHR/HRP/ITT/99.2)

Organisation mondiale de la Santé. (2000) *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (WHO/RHR/00.7)

Organisation mondiale de la Santé. (2002a) *Making decisions about contraceptive introduction. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (WHO/RHR/02.11)

Organisation mondiale de la Santé. (2002b) *Médicaments essentiels : La 12e liste modèle OMS des médicaments essentiels*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. Disponible sur le site internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/expertcomm.shtml>.

Organisation mondiale de la Santé. (2002c) *Global consultation on adolescent friendly health services. A consensus statement*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (WHO/FCH/02.18)

Organisation mondiale de la Santé et Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés. (2002) *Gestion clinique des victimes de viols. Guide pour le développement des protocoles à adopter avec les réfugiées et les personnes déplacées dans leurs propres pays*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés. (WHO/RHR/02.08)

Population Council. (2000a) *Burkina Faso: postabortion care. Upgrading postabortion care benefits patients and providers*. Washington DC, Population Council, *Frontiers in Reproductive Health*.

Population Council. (2000b) *Senegal: postabortion care. Train more providers in postabortion care*. Washington DC, Population Council, *Frontiers in Reproductive Health*.

RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2000) *The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline No.7*. Londres, RCOG Press.

Université de Caroline du Nord. (2001) *PRIME postabortion care*. Chapel Hill, Université de Caroline du Nord, Program for International Training in Health (INTRAH).

Veira Villela W et de Oliveira Araujo MJ. (2000) *Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. Reproductive Health Matters* 8(16):77-82.

Yumkella F et Githiori F. (2000) *Expanding opportunities for postabortion care at the community level through private nurse-midwives in Kenya*. Chapel Hill, Université de Caroline du Nord, Program for International Training in Health (INTRAH).

Chapitre 4

Considérations d'ordre juridique et politique

Chapitre 4 Résumé

- L'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité constitue l'une des principales causes de mortalité et de morbidité maternelles même si, dans la plupart des pays, l'avortement est autorisé dans diverses situations. La raison en est que les services d'avortement médicalisés sont souvent inexistantes alors même qu'ils sont autorisés par la loi. Lors du processus d'examen et d'évaluation « CIPD+5 », il a été convenu que, dans les cas où l'avortement n'est pas contraire à la loi, « les systèmes de santé devraient former et équiper les prestataires de soins de santé et prendre les mesures voulues pour que l'avortement soit médicalisé et accessible ». Il est essentiel de bien comprendre dans quelles situations l'avortement ne va pas à l'encontre de la loi et les aspects réglementaires correspondants pour appliquer ce mandat.
- Dans presque tous les pays, l'avortement est autorisé au minimum lorsque la vie de la femme est en danger. La majorité des lois nationales le permet aussi quand la grossesse menace la santé physique et mentale de la mère ; de nombreux pays l'autorisent quand la grossesse est la conséquence d'un viol ou d'un inceste, ou quand il y a une anomalie foetale. De nombreuses lois l'autorisent aussi pour des motifs socio-économiques et sur demande de la femme.
- Pour veiller à ce que chaque femme qui y a droit ait facilement accès à des services d'avortement de qualité, il faut un environnement politique favorable. Les politiques devraient être orientées de façon à améliorer la santé des femmes, à fournir des informations et des services de qualité en matière de planification familiale et à satisfaire les besoins particuliers de groupes tels que les femmes nécessiteuses et les adolescentes, celles qui ont été victimes d'un viol ou qui sont infectées par le VIH.
- Les politiques et les programmes devraient lever les obstacles à l'offre de services en temps utile. Par obstacles, on comprend la méconnaissance de la loi et de l'endroit où on peut bénéficier de ces services légalement de la part du public ; les clauses relatives à la notification ou à l'autorisation d'un tiers ; les procédures ou conditions gênantes et inutiles telles que les périodes d'attente ou l'absence de confidentialité ; et des restrictions excessives concernant la catégorie de professionnels de la santé ou d'établissements agréés. Le Tableau 4.2, 91-94, énumère certains des obstacles courants et préconise des mesures à prendre pour les supprimer.

1 Santé des femmes et accords internationaux

La grande majorité des décès dus à des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité se produisent dans les pays en développement ou l'avortement est strictement réglementé (Alan Guttmacher Institute, 1999). Dans les régions en développement (à l'exception de la Chine), on compte 330 décès pour 100 000 interruptions de grossesse, soit un taux de mortalité plusieurs centaines de fois supérieur au taux des pays développés. Ce taux est encore plus élevé en Afrique où on l'estime à 680 décès pour 100 000 interventions (Alan Guttmacher Institute, 1999, Organisation mondiale de la Santé, 1998).

La plupart des gouvernements ont ratifié des conventions et des traités internationaux juridiquement contraignants qui protègent les droits fondamentaux de l'homme, 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.

Compte tenu de ce qui précède, les gouvernements ont approuvé, lors de la 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 » (Nations Unies, 1999, paragraphe 63.iii). Une compréhension claire des lois sur l'avortement et des stratégies politiques correspondantes est nécessaire pour veiller à ce

que toutes les femmes qui y ont droit aient accès à des services d'avortement médicalisé. De plus, la majorité des gouvernements, lors de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes de 1995, ont convenu de ce qu'ils devaient envisager de « revoir les lois répressives à l'encontre des femmes ayant eu recours à un avortement illégal » (Nations Unies, 1996, paragraphe 106).

2 Les lois et leur application

Lorsqu'une grossesse met la vie de la femme en danger, presque tous les pays autorisent l'avortement, comme on l'a indiqué dans le chapitre 1, Figure 1.1 (Division de la Population des Nations Unies, 1999). Près des deux tiers des pays autorisent l'avortement pour préserver la santé physique et mentale de la mère. Dans plus de 40 % des pays, le viol et l'inceste sont des motifs supplémentaires y donnant droit et, dans un pourcentage équivalent, les malformations foetales également.

De nombreuses femmes cherchent à interrompre leur grossesse parce qu'elles n'ont pas les moyens de s'occuper de l'enfant. De plus, pour beaucoup d'entre elles – et en particulier les jeunes femmes célibataires – poursuivre une grossesse serait socialement difficile, voire impossible. Compte tenu de ces problèmes, un tiers des pays autorisent l'avortement pour des raisons économiques et/ou sociales. 27 % des pays autorisent l'avortement sur demande, conscients que les femmes qui cherchent à interrompre leur grossesse sont confrontées à un ou plusieurs de ces problèmes.

La libéralisation des lois sur l'avortement a commencé dans la première partie du XX^e siècle lorsqu'on a commencé à prendre conscience de l'ampleur du problème de santé publique posé par l'avortement

2 Les lois et leur application *suite*

pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité. Les poursuites pour pratique de l'avortement ont progressivement cessé dans les années 30 dans certains pays. En Angleterre, un médecin provoqua délibérément une action en justice à son encontre, dans le but de militer publiquement en faveur de la dépénalisation de l'avortement pour des raisons de santé publique. Les lois sur l'avortement ont commencé à être libéralisées dans toute l'Europe et au Canada, à Cuba, aux Etats-Unis d'Amérique, en Inde, en Zambie et dans plusieurs autres pays dans les années 60 et 70. Depuis le milieu des années 80, en particulier, de nombreux autres pays appartenant à toutes les régions du monde ont continué à lever les restrictions et à abandonner les poursuites pour ce qui concerne les avortements (Berer, 2000, Rahman et al., 1998).

La formulation des lois sur l'avortement varie grandement selon les pays, reflétant leurs divers fondements historiques, politiques et religieux (Nations Unies, 2001a, 2001b, 2002). On peut trouver des dispositions concernant l'avortement dans le code pénal, dans le code civil, ou dans les deux. Dans certains pays, les codes de santé publique et les codes d'éthique médicale 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. Dans d'autres, l'avortement n'est peut-être pas régi par une loi mais par une interprétation de la jurisprudence. Dans quelques pays, l'existence de nombreux textes rend parfois difficile la détermination du sens exact de la loi et de la politique

concernant l'avortement, en raison de dispositions multiples et parfois contradictoires. L'élaboration et la mise en application des lois, des politiques et des réglementations sont le reflet de l'interprétation et de l'engagement de divers acteurs, notamment des juges, des parlementaires, des responsables de l'élaboration des politiques et des prestataires de soins, à diverses époques. Tous ces facteurs jouent un rôle dans la disponibilité et l'accessibilité des services légaux d'avortement médicalisé.

Des recherches effectuées dans plusieurs pays montrent que les femmes ayant droit aux services d'avortement prévus par la loi ne sont souvent pas en mesure de les obtenir (Gupte et al., 1997, Iyengar et Iyengar, 2002, Koster-Oyekan, 1998, Mundigo et Indriso, 1999). Les raisons en sont le manque de formation des prestataires de soins et leur réticence, les restrictions de l'Etat sur les catégories d'établissements et de prestataires qui peuvent pratiquer les interruptions de grossesse, ou l'impossibilité de leur fournir les autorisations nécessaires. Ce peut être aussi le manque de ressources et d'engagement à fournir des prestations de qualité à l'échelon des soins de santé primaires (Berer, 2000). De plus, de nombreuses personnes – prestataires aussi bien que patientes – ne savent tout simplement pas ce que la loi permet. Par exemple, dans une région d'un certain pays où l'avortement est autorisé jusqu'à 20 semaines de grossesse, plus de 75 % des femmes et hommes mariés ne savaient pas qu'il était légal (Iyengar et Iyengar, 2002). Dans les pays ayant des lois restrictives, l'attitude prudente des prestataires de soins associée à des formalités très complexes risquent de rendre les demandes d'autorisation compliquées et intimidantes, en particulier pour les femmes des

campagnes, les jeunes et les analphabètes (Alan Guttmacher Institute, 1999).

Il y a donc beaucoup à faire dans la plupart des pays pour :

- faire le point et promouvoir une meilleure compréhension des lois et des politiques en la matière ;
- concevoir et mettre en oeuvre des politiques globales pour garantir l'accès à ces services dans le cadre de la loi ;
- recenser et éliminer les obstacles juridiques et administratifs inutiles.

3 Comprendre les fondements juridiques de l'avortement

Il est essentiel que les professionnels de la santé et d'autres acteurs tels que les policiers, les fonctionnaires de justice et le public soient informés avec exactitude et comprennent clairement ce que la loi permet dans leur pays. Les interprétations juridiques seront toujours spécifiques à chaque pays, mais on peut faire des remarques générales sur les situations dans lesquelles l'avortement est le plus souvent autorisé, comme suit (Nations Unies, 2001a, 2001b, 2002).

3.1 LORSQUE LA VIE DE LA FEMME EST EN DANGER

Presque tous les pays autorisent l'avortement lorsque la vie de la femme enceinte est en danger. Certains pays ont établi une liste détaillée des situations qu'ils considèrent comme dangereuses. Ces listes ont généralement pour but d'illustrer les cas considérés comme mettant la vie en danger, mais ne visent pas à faire obstacle à la décision clinique du médecin sur ce qui est ou non dangereux pour une femme en particulier. Cependant, de telles listes peuvent être interprétées de façon réductrice ou être considérées comme exhaustives alors qu'en fait elles ne le sont pas. Par exemple, si une liste de situations physiquement dangereuses est considérée comme exhaustive, elle exclurait les maladies mentales qui mettent la vie en danger.

Tout le personnel de santé devrait connaître les risques élevés de mortalité et de morbidité maternelles liés à l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité et il devrait être en mesure de conseiller les femmes sur les solutions prévues par la loi. Dans certains cas, les médecins soutiennent qu'il faut offrir un avortement médicalisé parce que, s'ils ne le font pas, la femme va risquer sa vie en s'adressant à un praticien non qualifié (Oye-Adeniran et al., 2002).

Même lorsque la seule raison reconnue est le fait de protéger la vie de la femme, il est indispensable que les prestataires de soins soient formés, que les services soient disponibles et connus, et que l'on puisse traiter les complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité et offrir des services de planification familiale.

3 Comprendre les fondements juridiques de l'avortement *suite*

3.2 LORSQUE LA SANTE PHYSIQUE OU MENTALE DE LA FEMME EST EN PERIL

Bien que l'on fasse quelquefois la distinction entre motifs liés à la « santé physique » et motifs liés à la « santé mentale » pour demander un avortement, dans de nombreux pays, la loi ne spécifie pas les aspects de la santé concernés mais indique simplement que l'avortement est autorisé pour éviter de risquer de porter atteinte à la santé de la femme enceinte. Dans ces cas-là, la définition de la santé de l'OMS – « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » – a parfois été appliquée (Organisation mondiale de la Santé, 2001).

Quand la « santé mentale » est explicitement mentionnée dans la loi, certains pays ont interprété la « santé mentale » de façon à inclure la détresse psychologique provoquée par exemple par un viol ou un inceste, ou par le diagnostic d'une malformation foetale. Des pays y ont aussi inclus, dans d'autres cas, la détresse causée par des situations socio-économiques défavorables.

3.3 LORSQUE LA GROSSESSE EST LA CONSEQUENCE D'UN VIOL OU D'UN INCESTE

Dans de nombreux pays, on estime que ces cas relèvent de la santé mentale et c'est ce qui motive l'avortement. Certains pays acceptent comme preuve le témoignage de la femme. D'autres exigent une expertise médico-légale prouvant la pénétration, ou une preuve indiquant que le rapport sexuel a eu lieu sous

la contrainte ou de manière abusive. Par exemple, ils peuvent exiger que le délit de viol soit établi de façon à convaincre un juge, qui peut demander à des témoins de déposer ; ou qu'un officier de police ait la conviction que la femme a bien été violée, avant de donner à cette dernière l'autorisation d'interrompre sa grossesse.

Ces exigences, dont le but est d'éliminer les cas fabriqués de toutes pièces, dissuadent souvent les femmes qui ont des doléances légitimes de s'adresser très tôt à des services médicalisés. Les retards occasionnés par les impératifs judiciaires et policiers peuvent conduire les femmes à avoir recours à des services clandestins et dangereux, ou ils peuvent être si longs qu'en fin de compte on refuse à la femme l'autorisation d'interrompre sa grossesse parce qu'elle est trop avancée.

Dans de telles situations, les règles judiciaires ou administratives devraient être allégées ou supprimées et il faudrait établir des protocoles clairs à l'usage de la police et des personnels de santé pour faciliter la référence rapide des femmes dans des structures de soins appropriées (Billings et al., 2002, Veira Villela et de Oliveira Araujo, 2000).

3.4 LORSQU'IL Y A MALFORMATION FOETALE

Les pays ayant des lois sur l'avortement plus restrictives admettent de plus en plus cette raison parce qu'il est possible de nos jours de diagnostiquer de telles malformations, dont beaucoup sont considérées comme incompatibles avec la vie ou avec l'autonomie de vie de l'enfant touché. 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 santé mentale en y incluant la détresse causée par un diagnostic de malformation foetale.

3.5 POUR DES RAISONS ECONOMIQUES ET SOCIALES

La plupart des pays qui autorisent l'avortement pour des raisons économiques et sociales interprètent la loi pour y inclure les conditions de la vie économique et sociale de la femme enceinte, réelles ou prévisibles. Certains essaient d'évaluer si la détresse de la femme est due à sa situation. Dans certaines lois, on inclut la notion du risque que ferait courir une nouvelle naissance aux enfants qu'elle a déjà.

3.6 SUR DEMANDE

La loi autorise l'avortement sans qu'il soit nécessaire d'invoquer un motif. 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.

3.7 LES LIMITES LIEES A L'AGE DE LA GROSSESSE

Il peut être nécessaire d'interrompre la grossesse à n'importe quel moment pour sauver la vie de la femme. Un avortement pour malformation foetale aura probablement lieu durant le deuxième trimestre de la grossesse, la plupart de ces diagnostics ne pouvant se faire qu'après 12 semaines. Les lois et politiques qui autorisent l'avortement pour raisons économiques et sociales, ou sur demande, fixent en général un âge limite de la grossesse. Cet âge limite est souvent de 12 semaines d'aménorrhée. Certains pays fixent la limite à 18, 22 ou 24 semaines d'aménorrhée, alors que d'autres ne précisent aucune limite. Les lois qui

fixent un âge limite autorisent habituellement des avortements plus tardifs dans certaines situations en imposant des contraintes supplémentaires, par exemple en exigeant l'autorisation de deux médecins au lieu d'un (Alan Guttmacher Institute, 1999, Rahman et al., 1998).

3.8 AUTRES LIMITATIONS

Les lois et les politiques sur l'avortement restreignent quelquefois inutilement les catégories d'établissements et de praticiens autorisés à le pratiquer. Elles peuvent aussi exiger le consentement d'autres membres de la famille. Ces exigences, initialement conçues pour protéger la santé de la femme, peuvent avoir l'effet inverse en créant des obstacles insurmontables qui l'empêcheront d'avoir accès aux soins (Iyengar et Iyengar, 2002, Koster-Oyekan, 1998).

Une loi peut aussi préciser quand un avortement est illégal, au lieu de préciser quand il est légal. Par exemple, une telle loi peut indiquer que l'avortement est illégal lorsqu'il est pratiqué sans le consentement de la femme ; ou sans se conformer aux normes professionnelles acceptées ; ou dans un centre non accrédité ; ou pour en tirer profit (Alvarez-Lajonchere, 1989).

4 Créer un environnement politique propice

Les politiques peuvent revêtir diverses formes et comprendre des règlements statutaires, des réglementations émanant du ministère de la santé, des directives professionnelles et des guides de formation, entre autres. Les éléments essentiels d'une politique garantissant l'accès à des services d'avortement médicalisé dans le cadre de la loi sont énumérés ci-dessous. On peut ne pas être en mesure d'appliquer

4 Créer un environnement politique propice *suite*

immédiatement une politique globale, mais la mise en oeuvre des accords de la CIPD (Nations Unies, 1995) et de la CIPD+5 (Nations Unies, 1999) stipulant que l'avortement légal doit être pratiqué en toute sécurité implique en dernier ressort d'agir sur tous les éléments énumérés dans les sections 4.1 à 4.7. On devrait examiner les politiques existantes afin d'identifier les lacunes et les améliorations à apporter.

4.1 LES OBJECTIFS

Les politiques devraient prendre en compte l'état actuel des services de santé nationaux et viser à :

- réduire le taux de grossesses non désirées et donc le recours à l'avortement en fournissant des informations et des services de planification familiale de qualité, y compris la contraception d'urgence ;
- veiller à ce que chaque femme y ayant droit accède facilement à des services d'avortement médicalisé ;
- répondre aux besoins spécifiques de certains groupes, comme les femmes nécessiteuses, les adolescentes, les réfugiées et les personnes déplacées, les femmes infectées par le VIH et celles ayant été victimes d'un viol, qui nécessiteront une approche et un soutien particuliers.

Pour atteindre ces objectifs, les politiques devront aborder les questions suivantes.

4.2 UN ENSEMBLE DE SERVICES

Les services d'avortement devraient toujours fournir au minimum des informations médicales précises sur l'avortement et des conseils, des informations et des services de contraception non directifs, ainsi que des

services cliniques d'avortement (voir chapitres 2 et 3 pour plus de détails). Le fait de fournir des informations sur la contraception, des transferts vers les services d'avortement et de traitement des complications des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité permet d'éviter de futures grossesses non désirées et réduit la nécessité de l'avortement.

4.3 LES METHODES D'AVORTEMENT

Il est préférable de fournir un choix de différentes méthodes correspondant à la capacité du système de santé, comme on l'a indiqué en détail dans le chapitre 2. Même les systèmes de santé les plus limités en moyens devraient être en mesure d'offrir en toute sécurité des aspirations manuelles pour l'avortement précoce, et cela à tous les niveaux appropriés du système de santé, et de transférer les femmes vers des niveaux de soins supérieurs, si nécessaire. L'aspiration manuelle devrait également être largement disponible pour traiter les femmes présentant des complications après un avortement incomplet ou pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.

4.4 CATEGORIES DE PERSONNEL

En général, la législation stipule que les avortements doivent être pratiqués par des médecins agréés. Cependant, la législation et les politiques régissant les interventions médicales autorisent presque toujours d'autres agents, comme les prestataires de soins d'échelon intermédiaire (par exemple les sages-femmes et les infirmières), à effectuer divers actes médicaux sous le contrôle d'un médecin, si nécessaire. Ces personnels de santé d'échelon intermédiaire peuvent être formés à la pratique de l'avortement précoce médicalisé. Le fait de former et d'équiper ces agents permet de participer à l'amélioration de l'offre et de l'accessibilité des services sans faire courir de risques,

surtout lorsque les médecins sont peu nombreux ou difficilement accessibles (voir chapitre 3).

4.5 RENUMERATION DES ACTES

Si les honoraires officiels ou « officieux » d'un avortement légal et médicalisé sont trop élevés, les femmes, surtout les plus pauvres et les adolescentes, risquent d'avoir recours à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité. Quand il est indispensable de faire payer ces services et d'autres frais, le prix devrait en rester aussi bas et abordable que possible, et celles qui ne peuvent pas payer devraient bénéficier de subventions. En ce qui concerne les services de santé publique, les coûts en seront compensés par les économies réalisées grâce à la réduction du nombre d'avortements à risque et du poids des complications résultant de ces avortements.

4.6 EXIGENCES DU SYSTEME DE SANTE/ QUALITE DES SOINS

Le chapitre 3 traite des programmes et de la qualité de l'enseignement, de la formation et du recyclage, des systèmes de logistique, des systèmes informatisés d'aide à la gestion, des services de soutien technique et des mécanismes de supervision, et du financement. Tous ces aspects devraient être précisés dans le cadre d'une politique favorisant l'application de la loi.

Il est indispensable que tout le personnel du système de santé reçoive l'information nécessaire pour renseigner les femmes sur l'endroit et la marche à suivre lui permettant de bénéficier des services prévus par la loi.

4.7 INFORMATION DU PUBLIC

Les grands programmes d'éducation sanitaire devraient expliquer comment survient une grossesse, quels en sont les premiers signes, renseigner sur la contraception

et indiquer où et comment on peut bénéficier des services d'avortement prévus par la loi (Tableau 4.1).

Si de nombreux pays vont avoir besoin de temps pour élaborer des politiques exhaustives, tous peuvent immédiatement s'employer progressivement à élargir l'accès aux services d'avortement prévus par la loi et à améliorer la qualité des services existants, comme indiqué ci-dessous.

Tableau 4.1 Informations de base pour l'éducation du public

- Les femmes ont le *droit de décider librement en âme et conscience* si elles désirent des enfants et à quel moment, sans aucune contrainte, discrimination ni violence
- Notions élémentaires de *physiologie de la procréation*, notamment sur la manière dont une grossesse survient, ses signes et ses symptômes
- Comment *éviter une grossesse non désirée*, notamment où et comment obtenir des méthodes contraceptives
- Connaître les *situations* dans lesquelles l'avortement est autorisé
- Savoir qu'il est important de s'adresser *aussitôt que possible* à des services légaux d'avortement lorsque la décision est prise
- *Où et quand* pouvoir bénéficier d'un avortement et à quel prix
- Comment *reconnaître les complications* d'une fausse couche et d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, quand et où se faire soigner
- L'importance de *se faire soigner immédiatement*.

5 Lever les obstacles réglementaires et administratifs

Il arrive souvent que certaines réglementations et directives se rapportant à la loi empêchent d'accéder aux services légaux. Ces obstacles ne sont pas déterminés ni exigés par la loi elle-même. Certains découlent simplement de l'usage et on est persuadé à tort qu'ils sont exigés par la loi. Il entre dans les obligations du ministère de la santé et des associations professionnelles d'examiner et d'éliminer ces obstacles pour veiller à l'accessibilité de ces services dans le cadre de la loi. Le ministère de la santé peut clarifier les exigences juridiques, informer le personnel et mettre un terme aux « pratiques courantes » qui gênent l'accès aux services autorisés par la loi. Le Tableau 4.2 donne des exemples d'obstacles administratifs, réglementaires ou autres qui peuvent être éliminés ou modifiés pour faciliter l'accès des femmes qui y ont droit aux services d'avortement.

En fonction du contexte national, les obstacles énumérés dans le Tableau 4.2 peuvent être imposés par les réglementations, ou simplement par des procédures administratives. Certains de ceux figurant dans la colonne de gauche peuvent découler de pratiques dépassées. Par exemple, le recours à la D&C peut avoir engendré des restrictions concernant les catégories de personnel ou d'établissements autorisés à pratiquer des avortements, devenues inutiles depuis l'introduction de l'aspiration. D'autres obstacles, comme le consentement du mari, les honoraires autorisés ou les délais d'attente, sont souvent des procédures administratives imposées

par les prestataires de soins. Ces formalités sont souvent ni prévues par la politique officielle, ni exigées par la loi, ni nécessaires.

Il est probable que le fait d'éliminer ces obstacles présenterait des avantages considérables sur le plan de la santé publique. Des mesures permettant de venir à bout de ces obstacles sont indiquées dans la colonne du milieu du Tableau 4.2. Elles sont souvent relativement directes mais, dans certains cas, pour soutenir l'éducation du public par exemple il faudra soigneusement planifier et investir du temps et des ressources. Les tâches évoquées dans la colonne « Mesures possibles » sont développées dans les différents chapitres de cette monographie. La troisième colonne met en relief les raisons d'agir, également traitées en détail dans ce document d'orientation.

Tableau 4.2 **Obstacles administratifs et réglementaires à l'obtention d'un avortement légal et mesures à prendre pour les éliminer**

Obstacles	Mesures possibles	Motifs
Les femmes et les professionnels de la santé ne connaissent pas la loi ni ne savent où trouver les services légaux d'avortement.	Faire en sorte que les juristes des pouvoirs publics et autres hommes de loi s'interrogent et expliquent la manière dont ils comprennent la loi. Soutenir les programmes d'éducation du public. Incorporer des informations sur la loi dans la formation et la mise à jour des connaissances des professionnels de la santé.	Le manque d'information est l'une des principales raisons qui font que les femmes ont recours à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité. La méconnaissance de la jurisprudence en matière d'avortement entraîne les prestataires de soins à en limiter l'accès.
Il faut obtenir l'autorisation d'un ou de plusieurs membres du personnel médical (ou quelquefois de commissions).	Laisser la femme décider. Si la loi exige une autorisation, il faut éviter les signatures multiples ou l'approbation d'un comité ; en confier la responsabilité à des personnes qualifiées facilement disponibles dans le système de santé.	Le consentement d'une personne autre que la femme n'est pas médicalement nécessaire (sauf dans des cas rares où l'avortement présente un risque médical pour la femme).
Des limites d'âge de la grossesse qui ne sont ni médicalement ni légalement requises sont imposées.	Réviser ou supprimer les limites d'âge de la grossesse qui ne sont ni médicalement ni légalement exigées.	Dans quelques pays, par exemple, on limite à 8 semaines d'aménorrhée la pratique de l'aspiration manuelle, alors qu'elle peut être pratiquée jusqu'à 12 semaines sans aucun danger par des opérateurs qualifiés.
On fixe un délai entre la demande d'avortement et l'intervention, ou bien on inscrit les patientes sur une liste d'attente.	Supprimer les périodes d'attente qui n'ont pas de motif médical et développer ces services pour que toutes les femmes qui y ont droit soient rapidement prises en charge.	Les délais retardent inutilement les soins et augmentent les risques.

Tableau 4.2 **Obstacles administratifs et réglementaires à l'obtention d'un avortement légal et mesures à prendre pour les éliminer** *suite*

Obstacles	Mesures possibles	Motifs
Il faut l'autorisation du mari ou d'un parent.	Si cela n'est pas exigé par la loi, veiller à ce que les prestataires n'imposent pas l'autorisation du mari ou d'un parent. Si la loi l'exige, dans le cas d'une mineure célibataire, permettre qu'une personne autre que le père ou la mère l'autorise si la patiente mineure pense qu'elle ne peut pas en parler à sa famille (par exemple lorsque l'un des parents peut être l'abuseur).	Ces contraintes empêchent les femmes de se faire soigner en temps utile et peuvent les mener à essayer d'interrompre elles-mêmes leur grossesse ou à faire appel à des opérateurs clandestins.
Les prestataires de soins de santé excluent des soins certains groupes de femmes.	Permettre à toutes les femmes y ayant droit d'accéder aux services d'avortement sans aucune discrimination en fonction de la situation matrimoniale, de l'âge ou de toute autre caractéristique non imposée par la loi. Former tous les prestataires à ne faire aucune discrimination et sanctionner ceux qui en font.	Les textes des accords internationaux reconnaissent le droit des individus à accéder aux méthodes de régulation de la fécondité de leur choix, dans le cadre de la loi.
Il est demandé aux victimes de viol ou d'inceste de porter plainte contre leur agresseur, d'obtenir les rapports de police, l'autorisation du tribunal, ou d'accomplir d'autres formalités médicalement inutiles pour obtenir l'autorisation d'interrompre leur grossesse.	Réduire au minimum les exigences, élaborer et utiliser des protocoles clairs pour faciliter une référence rapide et l'accès à des soins appropriés. Former les fonctionnaires de police et de justice et les prestataires de soins à comprendre la nécessité d'agir rapidement et avec bienveillance et à coordonner tous les services.	Les règles juridiques retardent inutilement les soins et augmentent les risques de recours à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.
Les catégories d'établissements pouvant pratiquer l'avortement sont inutilement restreintes, ce qui limite l'accessibilité des services autorisés par la loi.	Se conformer aux droits de l'homme à la non-discrimination, développer les services médicalisés afin que toutes les femmes qui y ont droit puissent y avoir accès, indépendamment de leur lieu de résidence, de leur revenu ou d'autres facteurs.	Le fait de limiter inutilement les endroits offrant ces services empêche les femmes d'y accéder rapidement, augmente les coûts et peut encourager ces dernières à se faire soigner par des prestataires locaux mais non qualifiés.

Obstacles	Mesures possibles	Motifs
Les normes en vigueur qui surmédicalisent l'avortement (par exemple l'échographie, l'hospitalisation, l'anesthésie générale, le bloc opératoire, etc.) sont obligatoires.	Supprimer toutes les exigences inutiles sur le plan médical. Modifier les directives relatives aux services et s'assurer que les établissements de formation les suivent.	Une médicalisation excessive augmente les coûts, réduit la disponibilité des services et non seulement n'améliore pas la qualité et la sécurité des soins, mais risque de les réduire.
Seuls les médecins sont formés à la pratique de l'avortement.	Former les catégories de personnel intermédiaires dans les limites autorisées par la loi.	Surtout dans les situations où la proportion médecin-patientes est très faible, cela empêche les femmes d'avoir accès rapidement aux services, augmente les coûts et conduit les femmes à se tourner vers des dispensateurs non qualifiés. Des personnels de catégorie intermédiaire (comme les sages-femmes), bien formés, peuvent pratiquer des aspirations manuelles sans danger et offrir des méthodes médicamenteuses d'avortement.
Certains professionnels de la santé se refusent à pratiquer l'avortement pour objection de conscience, mais n'adressent pas la patiente à un autre prestataire.	Exiger de tout professionnel qui fait valoir l'objection de conscience qu'il se conforme à l'éthique professionnelle.	L'éthique professionnelle exige habituellement des prestataires qu'ils adressent la patiente à un autre professionnel consentant et qualifié du même établissement, ou d'un établissement facilement accessible. Quand la référence n'est pas possible et que la vie de la femme est en jeu, exiger du professionnel qu'il pratique l'avortement conformément à la loi nationale.

Table 4.2 **Obstacles administratifs et réglementaires à l'obtention d'un avortement légal et mesures à prendre pour les éliminer** *suite*

Obstacles	Mesures possibles	Motifs
On a limité sans raison le choix des méthodes d'avortement.	Introduire toutes les méthodes qui correspondent aux capacités du système de santé.	Dans certains pays, par exemple, la méthode de D&C est la seule utilisée bien que l'aspiration soit une méthode plus sûre, moins coûteuse et qui convient aussi à tous les échelons du système de santé. L'introduction de méthodes médicamenteuses en plus des méthodes chirurgicales permettrait d'élargir l'accès aux services.
Des honoraires officiels ou non et d'autres frais diminuent l'accessibilité des services, surtout pour les femmes nécessiteuses et les adolescentes qui n'ont aucun moyen.	Elaborer et mettre en oeuvre des systèmes de remboursement équitables qui permettent à celles qui n'en ont pas les moyens de bénéficier de ces services. Fixer les honoraires en fonction des coûts et surveiller et mettre fin à la pratique des honoraires officieux.	En abaissant les honoraires, on élargit l'accès aux services. Le montant des subventions sera probablement compensé par les économies réalisées du fait de la réduction du nombre d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité et de la prise en charge de leurs complications.
Le secret médical n'est pas respecté.	Etablir des directives relatives au secret médical, former le personnel, le superviser et veiller à ce qu'il le respecte. Modifier le système de tenue des dossiers de manière à dissimuler l'identité de la patiente. Réserver un endroit à l'écart pour le conseil, de façon que personne ne puisse entendre les conversations.	Le secret médical est un principe essentiel de l'éthique médicale. Son non-respect peut conduire les femmes à s'adresser à un opérateur non qualifié.

Bibliographie

Alan Guttmacher Institute. (1999) *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*. New York et Washington DC, Alan Guttmacher Institute.

Alvarez-Lajonchere C. (1989) Commentary on abortion law and practice in Cuba. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* Supplement 3:93/95.

Berer M. (2000) Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* Recueil d'articles, 2000, 3:117-128.

Billings DL, Moreno C, Ramos C, González de León D, Ramirez R, Martinez LV et Díaz MR. (2002) Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters* 10(19):87-95.

Gupte M, Bandewar S et Pisal H. (1997) Abortion needs of women in India: a case study of rural Maharashtra. *Reproductive Health Matters* 5(9):77-86.

Iyengar K et Iyengar SD. (2002) Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Reproductive Health Matters* 10(19):55-64.

Koster-Oyekan W. (1998) Why resort to illegal abortion in Zambia? Findings of a community-based study in Western Province. *Social Science and Medicine* 46:1303-1312.

Mundigo AI et Indriso C (eds). (1999) *Abortion in the developing world*. New Delhi, Vistaar Publications [pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé].

Nations Unies. (1995) *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994*. New York, Nations Unies. (Numéro de vente. 95.XIII.18)

Nations Unies. (1996) *Rapport de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes. Beijing, 4-15 septembre 1995*. New York, Nations Unies. (Numéro de vente. 96.IV.13)

Nations Unies. (1999) *Principales mesures pour la poursuite de l'application du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*. New York, Nations Unies. (A/S-21/5/Add.1)

Nations Unies. (2001a) *Abortion policies: a global review. Volume I Afghanistan to France*. New York, Nations Unies. (ST/ESA/SER.A/187)

Nations Unies. (2001b) *Abortion policies: a global review. Volume II Gabon to Norway*. New York, Nations Unies. (ST/ESA/SER.A/191)

Nations Unies. (2002) *Abortion policies: a global review. Volume III Oman to Zimbabwe*. New York, Nations Unies. (ST/ESA/SER.A/196)

Nations Unies, Division de la Population. (1999) *World abortion policies 1999*. New York, Nations Unies, Division de la Population. (ST/ESA/SER.A/178)

Organisation mondiale de la Santé. (1998) *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (WHO/RHT/MSM/97.16)

Organisation mondiale de la Santé. (2001) *Documents fondamentaux*. Quarante-troisième édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

Oye-Adeniran BA, Umoh AV et Nnatu SNN. (2002) Complications of unsafe abortion: a case study and the need for abortion law reform in Nigeria. *Reproductive Health Matters* 10(19):19-22.

Rahman A, Katzive L et Henshaw SK. (1998) A global review of laws on induced abortion, 1985-1997. *International Family Planning Perspectives* 24:56-64.

Veira Villela W et de Oliveira Araujo MJ. (2000) Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. *Reproductive Health Matters* 8(16):77-82.

Annexe 1 Pour en savoir plus

American College of Obstetricians and Gynecologists. Domestic violence. ACOG educational bulletin. (2000) *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 71:79-87.

Annett H et Rifkin S. (1995) *Guidelines for rapid participatory appraisals to assess community health needs*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception www.ancic-asso.fr.

AVSC International. (1995) Postabortion women. Dans AVSC International. *Family planning counseling - a curriculum prototype*. New York, AVSC International.

Baird DT, Grimes DA et Van Look PFA (eds). (1995) *Modern methods of inducing abortion*. Oxford, Blackwell Science.

Baird T, Castleman LD, Gringle RE et Blumenthal PD. (2000) *Clinician's guide for second-trimester abortion*. Carrboro, NC, Ipas.

Baird TL et Flinn SK. (2001) *Manual vacuum aspiration: expanding women's access to safe abortion services*. Chapel Hill, NC, Ipas.

Baker A. (1995) *Abortion and options counseling: a comprehensive reference*. Granite City, IL, The Hope Clinic for Women.

Bertrand J et Tsui A. (1995) *Indicators for reproductive health program evaluation*. Chapel Hill, NC, The Evaluation Project.

Brazier E, Rizzuto R et Wolf M. (1998) *Prevention and management of unsafe abortion: a guide for action*. New York, Family Care International.

Comprehensive abortion care with Ipas MVA Plus™ - Reference manual and trainer's manual. Chapel Hill, NC, Ipas (à venir).

Consortium for Emergency Contraception. (2000) *Emergency contraceptive pills: medical and service delivery guidelines*. Seattle, Consortium for Emergency Contraception.

Consortium for Emergency Contraception. (2000) *Expanding global access to emergency contraception. A collaborative approach to meeting women's needs*. Seattle, Consortium for Emergency Contraception.

Cook R et Dickens B. (2001) *Advancing safe motherhood through human rights*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (WHO/RHR/01.5)

Cook RJ, Dickens BM et Bliss LE. (1999) International developments in abortion law from 1988 to 1998. *American Journal of Public Health* 89:579-586.

DataPAC Core Questionnaire Series. Rapport final. (1998) Carrboro, NC, Ipas. (2001)

DeBruyn M. (2001) *Violence, pregnancy and abortion: issues of women's rights and public health. A review of worldwide data and recommendations for action*. Chapel Hill, NC, Ipas.

Dickson-Tetteh K, Gabriel M, Rees H, Gringle R et Winkler J. (1998) *Abortion care manual: a guide for the training of registered midwives in termination of pregnancy, management of incomplete abortion and related reproductive health matters*. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit et Ipas.

EngenderHealth. (2000) *Counseling the postabortion patient: training for service providers. Trainer's guide (draft)*. (1999) New York, EngenderHealth.

EngenderHealth. (2000) *Prévention des infections. Guide de référence à l'intention des prestataires des soins de santé*. New York, EngenderHealth.

Foreit R et Frejka T (eds). (1998) *Family planning operations research*. New York, Population Council.

Gerhardt AJ, Hausknecht R, Baird TL et Shochet T. (2000) *Manual vacuum aspiration*. Slide presentation on one compact disc. New York, Physicians for Reproductive Choice and Health.

Greenslade FC, McKay H, Wolf M, et Mc Laurin K. (1994) *Soins après l'avortement : initiative de la santé des femmes pour combattre l'avortement à risque*. Chapel Hill, Ipas. Consulter le site internet www.reproline-jhu.edu

Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme. Pour de plus amples renseignements sur les pactes internationaux, les conventions des droits de l'homme ou autres documents sur ce sujet, consulter le site internet www.unhchr.ch.

Hord CE. (2001) *Making safe abortion accessible: a practical guide for advocates*. Chapel Hill, NC, Ipas.

Hord CE, Baird TL et Billings DL. (1999) *Advancing the role of midlevel providers in abortion and postabortion care: a global review and key future actions*. Issues in Abortion Care No. 6. Carrboro, NC, Ipas.

Huber D. (1997) *Postpartum and postabortion contraception: a comprehensive training course*. Watertown, MA, Pathfinder International.

Organisation mondiale de la Santé. (1995) *Complications des avortements : directives techniques et questionnaires pour la prévention et le traitement*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (1996) *Avortement à risque. Axes de recherche*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (WHO/RHT/MSM/96.25)

Organisation mondiale de la Santé. (1997) *Planification familiale après avortement : guide pratique à l'intention des responsables de programmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (WHO/RHT/97.20)

Organisation mondiale de la Santé. (1999) *Interpréter la santé génésique*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (WHO/CHS/RHR/99.7)

Organisation mondiale de la Santé. (2000) *Renforcement de la prestation des services de santé conviviaux aux adolescents pour répondre aux besoins des adolescents en matière de santé et de développement en Afrique. Déclaration de consensus émanant d'une consultation régionale, Harare, Zimbabwe, 17-21 octobre 2000*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (WHO/FCH/CAH/01.16 et AFR/ADH/01.3)

Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes D et Stubblefield PG (eds). (1999) *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Philadelphia, Churchill Livingstone.

Pereira IG et Novaes da Mota C. (2000) *Manual para o estabelecimento de um serviço de atendimento para aborto previsto por lei*. Carrboro, NC, Ipas.

Physicians for Reproductive Choice and Health. (1999) *Medical abortion slide and lecture presentation*. New York, Physicians for Reproductive Choice and Health.

Policar MJ et Pollack AE. (1995) *Clinical training curriculum in abortion practice*. Washington, DC, National Abortion Federation.

Reproductive Health for Refugees Consortium. (1997) *Refugee reproductive health needs assessment field tools*. New York, RHR Consortium.

Reproductive Health for Refugees Consortium. (1998) *Five-day training program for health personnel on reproductive health programming in refugee settings*. New York, RHR Consortium.

Rinehart W, Rudy S et Drenna M. (1998) *GATHER guide to counseling*. Population Reports, Series J, No. 48. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.

Santana F, Sloan NL, Schiavon R, Billings D, King T, Pobia B et Langer A. (2000) *Guidelines and instructions for monitoring and evaluation of postabortion care services (electronic version 1.0)*. New York, The Population Council.

Annexe 1 Pour en savoir plus *suite*

Solter C, Farrell B et Gutierrez M. (1997) *Manual vacuum aspiration: a comprehensive training course*. Watertown, MA, Pathfinder International.

Talluri-Rao S et Baird TL. (1999) *Counseling and information guide for medical abortion – with training guide*. Chapel Hill, NC, Ipas.

Varkey SJ, Fonn S et Ketthapile M. (2001) *Health workers for choice: working to improve quality of abortion services*. Johannesburg, Women's Health Project, University of the Witwatersrand.

WHO Certification scheme on the quality of pharmaceutical products moving in international commerce. Consulter le site internet www.who.int/medicines/library/dap.

Winkler J et Gringle R. (1999) *Postabortion family planning: a two day curriculum for improving counseling and services*. Chapel Hill, NC, Ipas.

Wolf M et Benson J. (1994) Meeting women's needs for postabortion family planning: report of a Bellagio technical working group. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 45 (Supplément).

Yordy L, Leonard AH et Winkler J. (1993) *Manual vacuum aspiration guide for clinicians*. Carboro, NC, Ipas.

Annexe 2 Documents internationaux de consensus en rapport avec l'avortement

Les dernières décennies ont vu se développer dans le monde une plus grande compréhension des droits civiques, sociaux et économiques dont peut se prévaloir chaque être humain à sa naissance. Elle s'est exprimée progressivement dans des conventions, dans des traités et autres instruments internationaux. De tels accords constituent le fondement d'une amélioration réelle de la vie des gens, car les nations qui les ratifient s'engagent à défendre les droits qui y sont énumérés, notamment en amendant leurs lois et politiques.

La série de conférences internationales qui se sont déroulées dans les années 90 ont élaboré des documents qui exposent dans le détail les divers aspects de la santé génésique. Ces documents de consensus international, qui ont été adoptés par la majorité des pays, peuvent compter sur le soutien de l'ensemble des organes de suivi des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et ont été très explicites en exposant les droits en matière de santé génésique. On trouvera ci-dessous des déclarations extraites de documents de consensus international récents qui mettent en lumière les questions intéressantes l'avortement.

1974 Conférence mondiale sur la population, Plan d'action de Bucarest

« Tout couple et tout individu a le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l'espacement des naissances, d'être suffisamment instruit et informé de ces questions et de bénéficier de services adéquats en la matière ; dans l'exercice de ce droit, les couples et les individus doivent tenir compte des besoins de leurs enfants vivants et à venir et de leurs responsabilités à l'égard de la communauté. »

Paragraphe 14 (f)

1984 Recommandations relatives à la poursuite de la mise en œuvre du Plan d'action mondial sur la population, Mexico City

« L'un des principes du Plan d'action mondial sur la population est la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et individus de décider librement et en toute responsabilité du nombre de leurs enfants et de l'espace des naissances. L'exercice de ce droit exige que les couples et les individus aient accès à l'éducation, à l'information et aux méthodes nécessaires pour déterminer leur fécondité, quels que soient les objectifs démographiques globaux du gouvernement. »

Paragraphe 24

1994 Programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire (CIPD)

« Promouvoir l'égalité entre les sexes et l'équité ainsi qu'assurer la promotion des femmes ... et veiller à ce que les femmes aient les moyens de maîtriser leur fécondité sont des éléments capitaux des programmes relatifs à la population et au développement. »

Principe 4

« Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de

planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables. »

Paragraphe 7.2

« Les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et autres documents qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et les individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espace de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence ... Que tous exercent ce droit de façon responsable devrait être l'objectif fondamental des politiques et des programmes financés par des fonds publics, au niveau gouvernemental comme au niveau local, dans le domaine de la santé en matière de reproduction, y compris de la planification familiale. »

Paragraphe 7.3

« Plus précisément, les gouvernements devraient faciliter la prise en charge par les couples et les individus de leur santé en matière de reproduction, en abolissant toutes les restrictions injustifiées d'ordre juridique, médical, clinique et réglementaire à l'information sur les services et méthodes de planification familiale et à l'accès à ces services et méthodes. »

Paragraphe 7.20

Annexe 2 Documents internationaux de consensus en rapport avec l'avortement

suite

« L'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. Tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressées sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité* en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. La plus haute priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout devrait être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement. Les femmes qui ont des grossesses non désirées devraient avoir facilement accès à une information fiable et à des conseils empreints de compréhension. Toute mesure ou toute modification relative à l'avortement au sein du système de santé ne peut être arrêtée qu'à l'échelon national ou local conformément aux procédures législatives nationales. Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement. Après un avortement, des services de conseil, d'éducation et de planification familiale devraient être offerts rapidement, ce qui contribuera également à éviter des avortements répétés. »

* L'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité est une interruption de grossesse

pratiquée par des personnes non qualifiées ou dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou les deux (OMS). »

Paragraphe 8.25

1995 Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing

« Les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine. L'égalité entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la sexualité et la procréation, y compris le respect total de l'intégrité de la personne, exige le respect mutuel, le consentement et le partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences. »

Paragraphe 96

« Tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressées sont vivement invités à :

- j. Prendre conscience du fait que les séquelles des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité posent un problème majeur de santé publique et remédier à cette situation comme en a convenu la Conférence internationale sur la population et le développement au paragraphe 8.25 de son programme d'action ;
- k. Aux termes du paragraphe 8.25 du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement ... envisager de réviser les lois qui prévoient des sanctions contre les femmes en cas d'avortement illégal. »

Paragraphe 106

1999 Principales mesures pour la poursuite de l'application du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD+5)

« (i) L'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. Tous les gouvernements ou les organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressées sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. La plus haute priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout devrait être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement. Les femmes qui ont des grossesses non désirées devraient avoir facilement accès à une information fiable et à des conseils empreints de compréhension. Toute mesure ou toute modification relative à l'avortement au sein du système de santé ne peut être arrêtée qu'à l'échelon national ou local conformément aux procédures législatives nationales. Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement. Après un avortement, des services de conseil, d'éducation et de planification familiale devraient être offerts rapidement, ce qui contribuera également à éviter des avortements répétés.

(ii) Les gouvernements devraient prendre des mesures appropriées pour aider les femmes à éviter l'avortement, qui ne devrait en aucun cas être encouragé comme une méthode de planification familiale, et dans tous les

cas, veiller à ce que les femmes qui ont eu recours à l'avortement soient traitées avec humanité et bénéficient de conseils.

(iii) Pour se conformer aux dispositions qui précèdent et les appliquer 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. »

Paragraphe 63

2000 Autres actions et initiatives visant à mettre en oeuvre la Déclaration de Beijing et la plate-forme d'action

« Elaborer et exécuter, avec l'entière participation des jeunes, s'il y a lieu, des programmes d'éducation et d'information et des programmes leur offrant des services appropriés, spécifiques, commodes et accessibles, sans discrimination, qui répondent efficacement à leurs besoins dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité, en tenant compte de leurs droits à la protection de leur vie privée, à la confidentialité, au respect et au consentement éclairé, et des responsabilités, droits et devoirs des parents et tuteurs, pour ce qui est de donner, de façon compatible avec les capacités évolutives de l'enfant, des conseils et des directives appropriés dans l'exercice, par l'enfant, des droits reconnus par la Convention relative aux droits de l'enfant et en conformité avec la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, et assurant que, dans toutes les actions envisagées en ce qui concerne les enfants, la considération première est bien l'intérêt supérieur de l'enfant. »

Paragraphe 115f bis

Annexe 3 Instruments et fournitures pour aspiration manuelle

Fournitures de base

- Kit et liquides de perfusion intraveineuse (lactate de sodium, glucose et soluté physiologique)
- Aspirateurs (seringues) (5, 10 et 20 ml)
- Aiguilles (calibre 22 pour le bloc paracervical ; 21 pour l'injection de médicaments)
- Gants stériles (de taille petite, moyenne et grande)
- Tampons de coton hydrophile et compresses de gaze
- Solutions antiseptiques aqueuses (sans alcool)
- Détergent ou savon
- Eau propre
- Chlore ou glutaraldéhyde pour la désinfection/décontamination
- Agent de désinfection ou de stérilisation puissant

Instruments et matériels

- Spéculum vaginal
- Pince de Pozzi
- Pinces porte-coton (en cœur) ou porte-pansements utérins
- Bougies de dilatation utérine de Pratt ou Denniston, tailles de 13 à 27 French
- Récipient pour solution antiseptique
- Passoire (en métal, en verre ou en gaze)
- Plat en verre transparent pour l'inspection des tissus

Médicaments

- Analgésiques (par exemple acétaminophène, ibuprofène ou péthidine)
- Anxiolytiques (par exemple diazépam)
- Anesthésiques – chloroprocaïne (1-2 %) ou lidocaïne (0,5-2 %) sans épinéphrine
- Ocytocine 10 unités ou ergométrine 0,2 mg

Instruments pour aspiration manuelle

- Aspirateur
- Canules souples de différentes tailles
- Adaptateurs, si nécessaire
- Silicone pour lubrifier les seringues, si nécessaire

Annexe 4 La contraception après avortement

Méthode	A quel moment	Remarques
Contraceptifs oraux (pilules : oestroprogestatifs ou progestatifs seuls)	<ul style="list-style-type: none"> La prise d'oestroprogestatifs ou de progestatifs seuls peut débuter immédiatement après l'avortement, voire le jour même de l'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Si l'on ne peut garantir ni le conseil ni la prise de décision éclairée, retarder la prise de la pilule et fournir des préservatifs en attendant Ils n'offrent aucune protection contre les IST et le VIH Peuvent être démarrés immédiatement, même en cas d'infection
Contraceptifs injectables (AMPR, NET-EN, Cyclofem, Mesigyna)	<ul style="list-style-type: none"> Peuvent être administrés immédiatement après l'avortement 	<ul style="list-style-type: none"> Si l'on ne peut garantir ni le conseil ni la prise de décision éclairée, retarder la première injection et fournir des préservatifs en attendant Ils n'offrent aucune protection contre les IST et le VIH Peuvent être démarrés immédiatement, même en cas d'infection
Implants	<ul style="list-style-type: none"> Peuvent être posés immédiatement après l'avortement 	<ul style="list-style-type: none"> Si l'on ne peut garantir ni le conseil ni la prise de décision éclairée, retarder la pose et fournir des préservatifs en attendant Il convient d'avoir accès à un prestataire qualifié, capable de les poser et de les retirer Ils n'offrent aucune protection contre les IST et le VIH Peuvent être démarrés immédiatement, même en cas d'infection

Annexe 4 La contraception après avortement *suite*

Méthode	A quel moment	Remarques
DIU	<ul style="list-style-type: none">▪ Les DIU peuvent être posés si on a écarté tout risque d'infection▪ Différer la pose jusqu'à guérison des lésions graves, maîtrise des hémorragies et amélioration de l'anémie aiguë	<ul style="list-style-type: none">▪ Si l'on ne peut garantir ni le conseil ni la prise de décision éclairée, retarder la pose et fournir des préservatifs en attendant▪ Il convient d'avoir accès à un prestataire compétent capable de les poser et de les retirer▪ Ils n'offrent aucune protection contre les IST et le VIH▪ Il existe une certaine inquiétude quant à un risque augmenté d'expulsion après un avortement au second trimestre▪ Une perforation utérine peut se produire au cours de la pose▪ En cas d'infection, différer la pose d'au moins 3 mois
Préservatifs (masculins ou féminins)	<ul style="list-style-type: none">▪ A utiliser dès la reprise des rapports sexuels	<ul style="list-style-type: none">▪ Bonne méthode provisoire si on en a choisi une autre qui ne peut être utilisée tout de suite ; bonne méthode permanente si elle est utilisée correctement et régulièrement▪ Il est prouvé que le préservatif masculin est la seule méthode qui protège à la fois contre une grossesse et contre les IST et le VIH▪ Le préservatif féminin permet de se protéger contre les IST et le VIH mais est peut-être moins efficace que le préservatif masculin

Méthode	A quel moment	Remarques
Spermicides (mousse, crème, film, gel, suppositoires et comprimés)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A utiliser dès la reprise des rapports sexuels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Méthode provisoire possible si on doit différer une autre méthode ▪ Beaucoup moins efficaces que d'autres méthodes ▪ Ne protègent pas contre les IST et le VIH
Méthodes mécaniques (diaphragme avec spermicide ; cape cervicale)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ On peut utiliser le diaphragme immédiatement après un avortement au premier trimestre ▪ Après un avortement au second trimestre, on ne peut utiliser un diaphragme que lorsque l'utérus a repris sa taille normale (4 à 6 semaines) ▪ Il faut également attendre que l'utérus ait repris sa taille normale (4 à 6 semaines) pour utiliser une cape cervicale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un diaphragme utilisé avant un avortement au second trimestre peut s'avérer trop petit juste après l'intervention, les tissus vaginaux et le col ayant subi des modifications ▪ Le diaphragme offre une certaine protection contre les IST ; rien ne permet de penser qu'il protège contre le VIH
Méthodes basées sur l'observation du cycle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne sont pas recommandées immédiatement après l'intervention ▪ Peuvent être reprises au bout de trois cycles normaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'efficacité dépend de leur bonne utilisation ▪ Ne protègent pas contre les IST et le VIH

Annexe 4 La contraception après avortement *suite*

Méthode	A quel moment	Remarques
Ligature des trompes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Par mini-laparotomie ou célioscopie après un avortement non compliqué ■ En cas d'infection, de fièvre ou d'hémorragie sévère post abortum, de lésions graves de l'appareil génital ou d'hématométrie aiguë, on retardera l'intervention jusqu'à la fin du traitement et/ou jusqu'à la guérison 	<ul style="list-style-type: none"> ■ On doit s'assurer du conseil et de la décision prise en toute connaissance de cause avant une stérilisation volontaire (ligature des trompes ou vasectomie) ■ Ne protège pas contre les IST et le VIH
Pilule contraceptive d'urgence (lévonorgestrel seul et oestroprogestatifs)	<ul style="list-style-type: none"> ■ A utiliser dès qu'il y a rapport sexuel non protégé 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ne convient pas comme méthode de contraception régulière ■ Importante méthode de secours après un rapport non protégé ■ Ne protège pas contre les IST et le VIH

Source: Les informations de ce tableau sont tirées de : *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. Deuxième édition, Genève, **Organisation mondiale de la Santé**, 2000 (WHO/RHR/00.2).