



# Bonnes pratiques des soins d'avortement complets

Guide de bonnes pratiques n° 2  
Juin 2015

Publié par le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 27 Sussex Place, Regent's Park,  
NW1 4RG Londres, Royaume-Uni

[www.rcog.org.uk](http://www.rcog.org.uk)

Organisme de bienfaisance enregistré n° 213280

Première publication 2015

© 2015 The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, archivée ou transmise sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur ou, dans le cas d'une reproduction par reprographie, conformément aux modalités des licences émises par la *Copyright Licensing Agency* au Royaume-Uni [[www.cla.co.uk](http://www.cla.co.uk)]. Les demandes de renseignements concernant la reproduction en dehors du champ d'application des modalités susmentionnées doivent être envoyées à l'éditeur à l'adresse du Royaume-Uni indiquée sur cette page.

Édition et composition: Andrew Welsh ([www.andrew-welsh.com](http://www.andrew-welsh.com))

## Table des matières

Introduction aux <i>Guides de bonnes pratiques</i>	ii
Introduction	I
Informations destinées aux femmes désirant se faire avorter	I
Informations destinées au personnel chargé de l'évaluation des femmes avant un avortement	4
Vérification des antécédents médicaux	4
Tests sanguins	4
Détermination de l'âge gestationnel	4
Dépistage des IST	5
Prévention des complications infectieuses	5
Contraception	5
Informations destinées au personnel pratiquant l'avortement	5
Pour les grossesses de moins de 14 semaines d'aménorrhée	6
Pour les grossesses de 14 semaines d'aménorrhée ou plus	6
Préparation du col de l'utérus avant un avortement chirurgical	7
Médicaments pour la gestion de la douleur	7
Fournir des contraceptifs	8
Informations destinées au personnel procurant des soins après un avortement	8
Informations à fournir	8
Contraception	8
IgG anti-D	9
Traitement d'un avortement incomplet	9
Évaluation	9
Traitement	10
Prestation de services	12
Accès aux services	12
Fournir des informations	12
Évaluation initiale	13
Dispositions en place pour la procédure	13
Sources de données probantes	14
Autres publications examinées	14
Annexe: Contraception après un avortement	15

## Introduction aux Guides de bonnes pratiques

Les professionnels fournissant des soins de santé de la reproduction ont la responsabilité de veiller à ce que les femmes et les hommes qu'ils traitent bénéficient des plus récentes pratiques cliniques fondées sur des données probantes. À l'appui de ces pratiques et conformément au mandat du *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* d'améliorer les soins de santé pour les femmes dans le monde entier en établissant des normes de pratique clinique, ce Guide de bonnes pratiques définit les principaux éléments d'un service de soins d'avortement complets de haute qualité, y compris les soins après avortement complets et la contraception.

Les bonnes pratiques décrites ici sont tirées des lignes directrices fondées sur des données probantes en vigueur et produites par des organismes, tels que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* et Ipsas. Afin qu'il soit compris de tous et utile pour les personnes prodiguant des soins de santé au quotidien, ce guide est délibérément court et succinct. Par conséquent, les principales données probantes pour les recommandations et la qualité de ces données probantes ayant servi de base ont été omises, mais celles-ci figurent dans les documents de référence d'origine. Les données probantes publiées très récemment ont été évaluées afin de déterminer si certaines des recommandations des lignes directrices en vigueur doivent être modifiées.

Compte tenu du fait que différents prestataires de soins de santé puissent être impliqués dans les différentes étapes du traitement de l'avortement, ce guide est divisé en plusieurs sections spécifiques à ces étapes.

Le suivi des recommandations cliniques doit être individualisé pour chaque femme, en mettant l'accent sur les besoins cliniques de celle-ci.

Les recommandations peuvent également être utilisées comme outil pour aider les décideurs politiques à faire progresser leurs services.

Bien que le guide puisse être utilisé à titre de référence dans n'importe quel pays, les différents contextes juridiques, réglementaires, politiques et de prestation de services peuvent nécessiter l'adaptation de certaines recommandations au contexte local; il est cependant important de veiller à ce que les bonnes pratiques soient respectées.

Pour obtenir de l'aide en vue d'adapter le document, tout en respectant les bonnes pratiques, veuillez envoyer un e-mail à [leadingsafechoices@rcog.org.uk](mailto:leadingsafechoices@rcog.org.uk).

## Remerciements

Ce document a été élaboré par Anna Glasier, en étroite concertation avec David Baird, Paul Blumenthal, Sharon Cameron, Alison Fiander, Ailsa Gebbie, Stefan Gebhardt, Natalie Kapp, Hawa Kawawa, Judy Kluge, Patricia Lohr, Grace Magembe, Gileard Masenga, Projestine Muganyizi, Malika Patel, Gregory Petro, Lesley Regan, Sam Rowlands, Petrus Steyn et Zephne van der Spuy. Il a été soumis, pour relecture, aux collègues: Kelly Culwell, Kristina Gemzell-Danielsson et Angela Hyde.

## L'initiative *Leading Safe Choices*

De par le monde, 222 millions de femmes aimeraient prévenir ou retarder une grossesse, mais elles n'ont pas accès aux méthodes contraceptives. Répondre à ce besoin permettrait aux femmes de contrôler leur propre fécondité et de réduire d'un tiers les décès maternels; ce qui aurait des effets bénéfiques durables pour leurs familles et leurs communautés.

Grâce à une subvention de plusieurs millions de livres sterling étalés sur trois ans, une nouvelle initiative importante, appelée *Leading Safe Choices* («encourager des choix sûrs»), offre au RCOG l'occasion unique de combler ce besoin non satisfait. Au départ, *Leading Safe Choices* consistera en un programme pilote en Tanzanie et en Afrique du Sud et sera axé sur la PFPP dans ces deux pays, ainsi que sur les soins d'avortement complets en Afrique du Sud et sur les soins après avortement complets en Tanzanie.

L'initiative suivra une approche de systèmes intégrés, en travaillant au sein des structures de santé existantes et avec des professionnels qui, dans ces deux pays, exercent actuellement dans le domaine de la santé des femmes. La phase pilote sera axée sur une sélection de maternités et maisons de naissance avec un nombre important de patients et visera à renforcer les compétences et à améliorer la qualité de la PFPP et des soins d'avortement complets.

Le programme a trois objectifs généraux:

- 1 élaborer les *Guides de bonnes pratiques* du RCOG en matière de PFPP et de soins d'avortement complets en Afrique du Sud, et de soins après avortement complets en Tanzanie;
- 2 former les professionnels de santé et encourager la prestation de haute qualité d'une PFPP, ainsi que de soins d'avortement complets en Afrique du Sud et de soins après avortement complets en Tanzanie;
- 3 établir un processus formel d'accréditation et de certification pour:
  - reconnaître les compétences
  - relever le statut des prestataires de soins au sein de leurs professions
  - accroître le recours aux et la qualité des prestations de services.

La vision à long terme est d'élargir l'initiative à toute l'Afrique du Sud et la Tanzanie et à d'autres pays après cette phase pilote.

## Introduction

On estime à 22 millions le nombre d'avortements à risque pratiqués chaque année de par le monde, provoquant le décès de près de 47 000 femmes. Environ 5 millions de femmes souffrent de blessures liées à des complications causées par un avortement à risque, aboutissant souvent à une invalidité chronique. L'avortement ne devrait **pas** présenter de risques. Un avortement sans risque devrait et peut être proposé et accessible à toutes les femmes, dans toute la mesure permise par la loi. Même dans les pays où l'avortement légal est fortement limité, celui-ci devrait toujours pouvoir être pratiqué en toute sécurité dans les circonstances où cela est autorisé par la loi, par exemple pour sauver la vie de la femme.

L'avortement n'est pas une procédure complexe. Un éventail de professionnels de la santé, y compris des infirmières et des sages-femmes, a démontré ses compétences à fournir des services d'avortement en toute sécurité dans un certain nombre de contextes. Comme pour nombre d'autres procédures médicales, l'adhésion aux normes de bonnes pratiques garantit la prestation de services de façon la plus efficace et la plus sûre. Ce *Guide de bonnes pratiques* est conçu pour être utilisé au quotidien par les professionnels de la santé qui procurent des services de conseil et d'évaluation dans la période qui précède l'avortement, ainsi que lors des services de soins pendant et après l'avortement, y compris pour les cas de contraception après un avortement.

Tous les aspects des soins autour de l'avortement doivent être fournis d'une manière respectueuse et sensible qui reconnaisse les femmes comme décideurs.

## Informations destinées aux femmes désirant se faire avorter

Les femmes doivent être informées des options disponibles en matière de grossesse, afin qu'elles puissent prendre une décision éclairée sur la façon d'opérer leur choix.

Il faut identifier toutes les femmes qui ont besoin de soutien supplémentaire pour décider si elles souhaitent continuer leur grossesse ou se faire avorter et leur donner plus d'occasions de discuter de leur décision.

S'il est pratiqué dans le respect des bonnes pratiques, l'avortement est plus sûr que l'accouchement.

Les informations suivantes devraient être fournies aux femmes qui demandent une interruption volontaire de grossesse (IVG), en mettant l'accent sur la sécurité générale de la procédure et de telle manière que les femmes puissent comprendre:

- le choix de méthodes d'avortement disponibles (le cas échéant) et les caractéristiques de chaque méthode (voir Tableau 1)
- les effets secondaires, les risques et les complications liés à chaque méthode d'avortement disponible
- les étapes durant et après l'avortement
- les symptômes probables durant et après l'avortement (par ex. crampes similaires à celles ressenties pendant la menstruation, douleurs et saignement)
- le temps nécessaire pour que l'avortement soit complet
- quels médicaments antidouleurs seront disponibles

- les soins de suivi, y compris les conseils sur la contraception et la fourniture de contraceptifs
- les diverses émotions généralement éprouvées après un avortement
- les autres services disponibles, tels que le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et le soutien pour les femmes qui subissent des contraintes sexuelles ou une violence domestique.

**Tableau I** Caractéristiques des procédures d'avortement; adapté de l'OMS (2014) *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion*

Avortement médicamenteux	Avortement chirurgical
<ul style="list-style-type: none"> <li>● évite une intervention chirurgicale</li> <li>● reproduit une fausse couche</li> <li>● contrôlé par la femme et peut avoir lieu à la maison (à moins de 9 semaines d'aménorrhée)</li> <li>● prend du temps (entre plusieurs heures et plusieurs jours) jusqu'à ce que l'avortement soit complet, et le moment de l'avortement n'est pas forcément prévisible</li> <li>● les femmes ont des saignements et des crampes, et éventuellement d'autres effets secondaires (nausée, vomissements)</li> <li>● peut nécessiter plus de visites au dispensaire qu'un avortement chirurgical</li> </ul> <p><b>Peut être nécessaire dans les situations suivantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● pour les femmes très obèses</li> <li>● si la femme a des malformations utérines ou des fibromes, ou si elle a subi une opération chirurgicale du col de l'utérus</li> <li>● si la femme veut éviter une intervention chirurgicale</li> <li>● si un examen gynécologique n'est pas faisable ou n'est pas désiré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● procédure rapide</li> <li>● il est facile de vérifier que l'avortement est bien complet en examinant les produits de conception qui ont été aspirés</li> <li>● a lieu dans un établissement de soins</li> <li>● une stérilisation de la femme ou la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU) peut être effectuée au même moment que la procédure</li> <li>● nécessite l'utilisation d'instruments dans l'utérus</li> <li>● petit risque de lésion au niveau de l'utérus ou du col de l'utérus</li> <li>● le moment de l'avortement est contrôlé par le professionnel de santé</li> </ul> <p><b>Peut être nécessaire dans les situations suivantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● en cas de contre-indications à l'avortement médicamenteux</li> <li>● s'il existe des contraintes concernant le moment exact de l'avortement</li> </ul>

Ces informations doivent être communiquées sans porter de jugement et en offrant un soutien à la femme.

Cela est particulièrement important pour les adolescentes qui se rendent peut-être pour la première fois dans un établissement médical. Si, dans le cas d'une adolescente, la loi exige qu'un adulte donne son consentement à la procédure, cela doit être clairement expliqué au début de la consultation. Même s'il faut encourager toutes les jeunes filles à impliquer, dans la mesure du possible, un adulte de confiance dans leur décision, il ne faut **pas** insister pour obtenir l'autorisation des parents, à moins qu'il ne s'agisse d'une obligation légale.

La **consultation avant l'avortement** doit confirmer la décision de la femme et inclure les informations suivantes:

- 1 L'avortement est une procédure sûre pour laquelle les complications majeures et la mortalité sont rares, quelle que soit la semaine d'aménorrhée. S'il est effectué dans le respect des bonnes pratiques, l'avortement est plus sûr que l'accouchement.
  - 2 Plus l'avortement est pratiqué au début de la grossesse, moins il présente de risques.
  - 3 L'avortement chirurgical et l'avortement médicamenteux présentent un petit risque d'échec (1 ou 2 procédures sur 100).
  - 4 Le risque de devoir effectuer une intervention supplémentaire pour terminer la procédure, par ex. une intervention chirurgicale à la suite d'un avortement médicamenteux, ou une ré-évacuation à la suite d'un avortement chirurgical, est petit (moins de 2 procédures sur 100 pour l'avortement chirurgical et moins de 5 procédures sur 100 pour l'avortement médicamenteux).
  - 5 Les complications suivantes peuvent survenir:
    - saignements abondants nécessitant une transfusion – le risque est plus faible pour les avortements durant le premier trimestre (moins de 1 sur 1 000), et il s'élève à environ 4 sur 1 000 à partir de 20 semaines d'aménorrhée;
    - rupture utérine, liée à un avortement médicamenteux durant le deuxième trimestre – le risque est de moins de 1 sur 1 000.
- Pour les avortements chirurgicaux uniquement:*
- traumatisme cervical – le risque de lésion est inférieur à 1 sur 100, et il est plus faible pour les avortements durant le premier trimestre; un traumatisme est moins probable si la préparation du col de l'utérus est effectuée dans le respect des bonnes pratiques;
  - perforation utérine – le risque est de l'ordre de 1 à 4 sur 1 000, et il est plus faible pour les avortements durant le premier trimestre.
- 6 Un traitement supplémentaire (par ex. transfusion sanguine, coelioscopie, laparotomie ou hystérectomie) peut être nécessaire, si l'une de ces complications survenait.
  - 7 Une infection génitale haute (tractus génital supérieur) plus ou moins grave est peu probable, mais elle peut subvenir après un avortement médicamenteux ou chirurgical, et elle est généralement associée à une infection déjà existante.

Il existe un certain nombre de mythes sur les conséquences de l'avortement. Si la femme exprime une inquiétude, on peut la rassurer en l'avisant qu'il n'existe pas de liens prouvés entre un avortement et une grossesse extra-utérine, un placenta prævia, une infertilité, un cancer du sein ou des problèmes psychologiques à la suite de cet avortement.

Les bonnes pratiques veulent que l'on aborde le sujet de la contraception lors de la première consultation.

Les avantages des méthodes les plus efficaces (DIU et implants) doivent être expliqués.

Si une méthode de contraception est choisie, ce choix doit être documenté pour que la méthode puisse être fournie au moment de l'avortement.

## Informations destinées au personnel chargé de l'évaluation des femmes avant un avortement

Il faut confirmer que la demande d'une IVG émane de la femme, elle-même. Les personnes chargées de l'évaluation des femmes pour déterminer si elles peuvent subir une IVG doivent être capables de s'assurer que les femmes qui ont besoin de soins spécialisés (par ex. les femmes souffrant d'affections chroniques graves, telles qu'une maladie cardiaque) soient, dès que possible, orientées vers un service approprié.

Il est important à ce stade de veiller à ce que les critères médicaux d'éligibilité pour un avortement en fonction de l'aménorrhée soient correctement évalués et que toute infection génitale soit exclue ou traitée correctement.

## Vérification des antécédents médicaux

Il faut déterminer si la femme est, d'un point de vue médical, éligible pour subir un avortement sans risque dans le service concerné, en vérifiant ses antécédents médicaux généraux, pour exclure toute affection grave ou aiguë ou chronique pertinente.

### Tests sanguins

L'évaluation avant l'avortement doit inclure la détermination du groupe sanguin Rhésus, si un test est possible.

Si des indications cliniques existent dans ce sens, l'évaluation avant l'avortement peut également inclure la mesure du taux d'hémoglobine.

### Détermination de l'âge gestationnel

Il n'est pas nécessaire de déterminer l'âge gestationnel exact, mais il faut s'assurer que l'aménorrhée se situe dans la fourchette d'éligibilité pour une méthode spécifique d'avortement. Après un test de grossesse positif, la date de début des dernières règles, un examen pelvien bimanuel, un examen abdominal et la détection des symptômes d'une grossesse éventuelle sont généralement suffisants. Le Tableau 2 donne l'âge gestationnel en semaines et en jours d'aménorrhée.

**Tableau 2** Semaines de grossesse en jours depuis les dernières règles; reproduit à partir de RCOG (2011) *The Care of Women Requesting Induced Abortion*, lignes directrices cliniques fondées sur des éléments probants n° 7

Semaines révolues	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Jours depuis les dernières règles	0-6	7-13	14-20	21-27	28-34	35-41	42-48	49-55	56-62	63-69	70-76	77-83	84-90

Semaines révolues	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Jours depuis les dernières règles	91-97	98-104	105-111	112-118	119-125	126-132	133-139	140-146	147-153	154-160	161-167	168-174



Une échographie de routine avant l'avortement n'est pas nécessaire, mais si celle-ci est disponible, elle peut être utile, au cas où il y a des inquiétudes à propos de complications, telles qu'une grossesse extra-utérine.

### Dépistage des IST

Les bonnes pratiques recommandent d'effectuer une analyse des risques d'IST pour toutes les femmes (par ex. VIH, chlamydia, gonorrhée, syphilis), puis d'effectuer un dépistage, si cela s'avérait nécessaire et possible. Cela doit être effectué sans retarder l'avortement. Les conjoints des femmes qui obtiennent un résultat positif à l'issue des tests d'IST doivent être informés et conseillés sur le traitement à suivre, à condition que la femme donne son accord.

Idéalement, un système de notification des conjoints et de suivi ou d'orientation vers un spécialiste doit être en place.

Les services doivent mettre à la disposition de toutes les femmes qui subissent un avortement des informations sur la prévention des IST et doivent leur distribuer des préservatifs visant à prévenir les IST.

### Prévention des complications infectieuses

L'utilisation systématique d'antibiotiques au moment de l'avortement chirurgical est recommandée par les bonnes pratiques, car ils réduisent le risque d'infection après l'avortement. Cependant, l'avortement ne doit pas être retardé si des antibiotiques ne sont pas disponibles.

Les traitements suivants sont recommandés en **prophylaxie** antibiotique au moment de l'avortement chirurgical:

- 200 mg de doxycycline dans les 2 heures précédant la procédure

**OU**

- 500 mg d'azithromycine dans les 2 heures précédant la procédure.

### Contraception

Il convient de parler des méthodes efficaces de contraception avec les femmes lors de l'évaluation initiale, et la méthode choisie doit être approuvée et documentée pour la contraception après l'avortement. Il faut informer les femmes de la plus grande efficacité des méthodes de contraception réversibles et à longue durée d'action (implants et DIU), et les encourager (et non les forcer) à choisir ces méthodes. La période qui suit immédiatement un avortement est idéale pour un DIU (et cette méthode est sûre pour les avortements durant le premier et le deuxième trimestre). Des implants contraceptifs peuvent être fournis à n'importe quel moment, une fois la procédure d'avortement commencée.

## Informations destinées au personnel pratiquant l'avortement

Il faut déterminer les méthodes ou traitements d'avortement les plus appropriés (chirurgical ou médicamenteux) et en parler avec la femme (voir Tableau 1).

La méthode de dilatation et de curetage est une méthode d'avortement chirurgical obsolète, à la place de laquelle la méthode par aspiration intra-utérine est actuellement recommandée.

## *Pour les grossesses de moins de 14 semaines d'aménorrhée*

### **Avortement chirurgical**

Aspiration intra-utérine manuelle ou électrique:

- Il n'y a pas de limite inférieure d'aménorrhée pour un avortement chirurgical.
- Les bonnes pratiques commandent que les tissus aspirés soient examinés, quel que soit le stade d'aménorrhée, pour vérifier que l'évacuation est bien complète; cela est essentiel après une aspiration à moins de 7 semaines d'aménorrhée.
- Durant l'aspiration, l'utérus doit être vidé uniquement à l'aide de la canule d'aspiration et de pinces (si nécessaire). La procédure ne doit **pas** être terminée systématiquement par un curetage.
- L'utilisation de médicaments qui contiennent de l'ocytocine ou de l'ergométrine n'est **pas** recommandée en prophylaxie pour prévenir les saignements abondants au moment de l'aspiration ou après.
- Un curetage ne doit pas être effectué.

**OU**

### **Avortement médicamenteux**

Si de la mifépristone est disponible, les bonnes pratiques recommandent de l'utiliser en combinaison avec du misoprostol, car elle réduit le délai entre le déclenchement et l'avortement, réduit les effets secondaires et diminue le taux de grossesse persistante.

Les schémas thérapeutiques efficaces pour un avortement médicamenteux comprennent:

- jusqu'à 63 jours d'aménorrhée: 200 mg de mifépristone par voie orale, suivis 24 à 48 heures plus tard de 800 microgrammes de misoprostol administrés par voie vaginale, buccale ou sublinguale; si le misoprostol est donné à une femme pour qu'elle le prenne à la maison, une dose unique de 800 microgrammes doit être fournie
- entre 64 jours et 13 semaines et 6 jours d'aménorrhée: 200 mg de mifépristone par voie orale, suivis 24 à 48 heures plus tard de 800 microgrammes de misoprostol administrés par voie vaginale, buccale ou sublinguale, suivis de 400 microgrammes de misoprostol toutes les 3 heures jusqu'à ce que l'avortement survienne

**OU**

- si la mifépristone n'est pas disponible, et pour toutes les aménorrhées jusqu'à 13 semaines et 6 jours, 800 microgrammes de misoprostol administrés par voie vaginale, buccale ou sublinguale, suivis de 400 microgrammes de misoprostol toutes les 3 heures jusqu'à ce que l'avortement survienne.

## *Pour les grossesses de 14 semaines d'aménorrhée ou plus*

### **Avortement chirurgical**

Des prestataires de soins de santé formés peuvent provoquer un avortement chirurgical par:

- aspiration intra-utérine à l'aide d'une canule de gros calibre
- dilatation et évacuation.

**OU**

## Avortement médicamenteux

À 14 semaines d'aménorrhée ou plus, un avortement médicamenteux devrait être effectué dans un établissement médical. Si de la mifépristone est disponible, elle doit être utilisée en lui associant du misoprostol, car elle réduit le délai entre le déclenchement et l'avortement, réduit les effets secondaires et diminue le taux de grossesse persistante. Les schémas thérapeutiques sont les suivants:

- 200 mg de mifépristone par voie orale, suivis 12 à 48 heures plus tard de 800 microgrammes de misoprostol par voie vaginale, suivis de 400 microgrammes de misoprostol par voie orale ou vaginale toutes les 3 heures jusqu'à ce que l'avortement survienne; si l'avortement ne survient pas après 24 heures, de la mifépristone peut être de nouveau administrée toutes les 3 heures après la dernière dose de misoprostol, et l'administration du misoprostol peut être recommencée 12 heures plus tard

**OU**

- si la mifépristone n'est pas disponible, 800 microgrammes de misoprostol suivis de 400 microgrammes de misoprostol toutes les 3 heures jusqu'à ce que l'avortement survienne.

## Préparation du col de l'utérus avant un avortement chirurgical

La préparation du col de l'utérus doit être effectuée pour toutes les femmes ayant un terme de plus de 14 semaines d'aménorrhée. Les préparations adéquates comprennent:

- dilateurs osmotiques 12 à 24 heures avant la procédure; si le terme est à moins de 18 semaines d'aménorrhée, les dilateurs osmotiques seront efficaces jusqu'à 3 à 4 heures avant la procédure

**OU**

- 200 mg de mifépristone 12 à 24 heures avant la procédure

**OU**

- 400 microgrammes de misoprostol par voie vaginale 3 heures, ou par voie sublinguale 2 heures avant la procédure.

La préparation du col de l'utérus peut être envisagée pour les femmes à moins de 14 semaines d'aménorrhée s'il existe un risque élevé de lésion du col de l'utérus ou de perforation utérine. Le traitement suivant est recommandé:

- 400 microgrammes de misoprostol administré par voie vaginale 3 heures avant la procédure ou par voie sublinguale 2 heures avant la procédure.

## Médicaments pour la gestion de la douleur

Pour les avortements médicamenteux et chirurgicaux, une analgésie (soulagement de la douleur) doit **toujours** être proposée et fournie sans délai si demandée.

- Dans la majorité des cas, des analgésiques (par ex. anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]), une anesthésie locale et/ou une sédation consciente accompagnée de paroles rassurantes sont suffisants.
- Le besoin d'une gestion de la douleur augmente avec l'âge gestationnel et des analgésiques narcotiques peuvent être nécessaires.

- Des AINS prophylactiques au moment de commencer le traitement au misoprostol pour les avortements médicamenteux durant le deuxième trimestre peuvent réduire le besoin en analgésiques narcotiques.
- Du paracétamol prophylactique (par voie orale ou rectale) ne permet pas de réduire la douleur de façon efficace après un avortement chirurgical.

Un **anesthésique local**, tel que la lidocaïne, peut être utilisé pour soulager la gêne due à la dilatation mécanique du col de l'utérus et à l'évacuation utérine durant l'avortement chirurgical.

Une anesthésie générale n'est pas recommandée pour les procédures habituelles d'avortement, car elle est associée à des taux plus élevés de complications par rapport à une analgésie et un anesthésique local.

### *Fournir des contraceptifs*

Si une femme a choisi une méthode de contraception qui peut être fournie avec ou durant la procédure d'avortement (par ex. pose d'un DIU une fois l'aspiration intra-utérine manuelle terminée), il faut s'assurer que cette méthode soit bel et bien fournie. Durant le premier ou deuxième trimestre, les DIU peuvent être posés au moment de l'avortement. Des implants contraceptifs peuvent être posés à n'importe quel moment durant la procédure d'avortement.

## **Informations destinées au personnel procurant des soins après un avortement**

Le personnel soignant procurant des soins après un avortement doit veiller à ce que la femme quitte l'établissement où a lieu l'avortement, en sachant à quoi s'attendre après la procédure et où obtenir de l'aide si nécessaire. Le personnel doit également s'assurer que chaque femme reparte avec une méthode de contraception qu'elle peut commencer immédiatement. Il faut informer les femmes de l'efficacité accrue des DIU et des implants pour la prévention d'une grossesse non désirée.

### *Informations à fournir*

Avant de quitter l'établissement de soins, les femmes doivent recevoir des instructions relatives à la façon de prendre soin d'elles-mêmes, une fois rentrées à la maison; cela comprend:

- l'abondance des saignements à laquelle elles peuvent s'attendre dans les jours et semaines suivant l'avortement
- la manière de détecter d'éventuelles complications, y compris les signes d'une persistance de la grossesse
- le moment de reprise des activités normales (y compris les rapports sexuels)
- comment et où chercher de l'aide, si nécessaire.

### *Contraception*

Avant de quitter l'établissement de soins, toutes les femmes doivent recevoir des informations sur la contraception et, si elles le désirent, la méthode de contraception de leur choix. Si la méthode choisie n'est pas disponible, elles doivent être orientées vers un service où la méthode peut être fournie.

Il convient d'informer les femmes de la plus grande efficacité et durée des méthodes de contraception réversibles et à longue durée d'action (implants et DIU) et de leur sécurité, et le personnel soignant doit dissiper tous les mythes qui peuvent exister autour de ces méthodes.

La stérilisation peut être sans risque au moment de l'avortement; cependant, il est plus probable qu'une stérilisation lors de l'avortement soit associée à des regrets ultérieurs par rapport à une stérilisation d'intervalle.

### *IgG anti-D*

Si possible, il convient d'administrer une dose d'IgG anti-D par voie intramusculaire à toutes les femmes Rhésus-D négatif non immunisées dans les 72 heures suivant l'avortement.

## Traitement d'un avortement incomplet

Les soins après un avortement peuvent réduire la morbidité et la mortalité associées aux complications liées soit à une fausse couche, soit à un avortement incomplet (y compris l'avortement réalisé dans des conditions à risque). Les options de traitement d'un avortement incomplet comprennent des méthodes chirurgicales et médicamenteuses d'évacuation utérine.

Pour les femmes qui souhaitent éviter une nouvelle grossesse, il faut aborder le sujet de la contraception et fournir une méthode. À celles qui ont fait une fausse couche et qui souhaitent tomber de nouveau enceintes, il faudrait leur conseiller d'attendre d'avoir eu au moins un cycle de règles normal, et même plus longtemps si elles souffrent de problèmes de santé chroniques (par ex. anémie) nécessitant un traitement.

### *Évaluation*

Il convient de soupçonner un avortement incomplet, si une femme en âge de procréer présente des signes de saignements vaginaux et/ou des douleurs abdominales, après l'absence de règles depuis un ou plusieurs cycles. Il faut soupçonner une grossesse extra-utérine, si l'utérus est petit, le col de l'utérus fermé et/ou en cas de présence d'une masse annexielle.

### **Avortement à risque**

Dans de nombreux contextes, il est important de faire la distinction entre un avortement sûr et un avortement à risque, car ce dernier sera plus probablement associé à une infection. Les signes indiquant qu'il y a eu une tentative d'avortement avec des méthodes à risque comprennent:

- lacération de la paroi vaginale
- lésion du col de l'utérus
- augmentation de la taille de l'utérus, correspondant à plus de 12 semaines d'aménorrhée
- produits de conception visibles au niveau du col de l'utérus.

### **Infection**

Il est vital d'identifier une femme susceptible de contracter une infection et de la traiter de toute urgence. Une infection est beaucoup plus probable, et beaucoup plus susceptible d'être grave, si l'avortement a été réalisé dans des conditions à risque. Les caractéristiques cliniques qui suggèrent une infection comprennent:

- température supérieure à 37,5°C

- sensibilité abdominale localisée ou générale, défense musculaire et douleur à la palpation
- mauvaise odeur ou pus visible au niveau de l'orifice du col de l'utérus
- sensibilité utérine.

Les caractéristiques qui suggèrent un sepsis et indiquent la nécessité d'une intervention comprennent:

- hypotension
- tachycardie
- fréquence respiratoire élevée.

## Traitement

### **S'il n'existe aucune suspicion d'infection et si la taille de l'utérus correspond à moins de 14 semaines**

- évacuation utérine par aspiration:
  - une prophylaxie antibiotique doit être administrée avant l'évacuation chirurgicale – 200 mg de doxycycline dans les 2 heures précédant la procédure ou une dose unique de 500 mg d'azithromycine dans les 2 heures précédant la procédure (N.B. Si des antibiotiques ne sont pas disponibles, la procédure ne doit pas être reportée.)

#### **OU**

- 600 microgrammes de misoprostol par voie orale ou 400 microgrammes par voie sublinguale.

### **S'il n'existe aucun soupçon d'infection et si la taille de l'utérus correspond à 14 semaines ou plus**

- évacuation par aspiration et avec une pince à faux germes de Lepage si nécessaire:
  - une prophylaxie antibiotique doit être donnée avant l'évacuation chirurgicale – 200 mg de doxycycline dans les 2 heures précédant la procédure (avec ou sans 200 mg de doxycycline après l'avortement) ou une dose unique de 500 mg d'azithromycine dans les 2 heures précédant la procédure (N.B. Si des antibiotiques ne sont pas disponibles, la procédure ne doit pas être reportée.)

#### **OU**

- misoprostol:
  - 14 à 28 semaines: au moins 200 microgrammes administrés par voie vaginale, sublinguale ou buccale au moins toutes les 6 heures:
    - Si ce médicament est disponible et que le temps le permet, 200 mg de mifépristone devraient être administrés par voie orale, 12 à 48 heures avant le misoprostol
    - Afin d'harmoniser les protocoles, les services médicaux peuvent utiliser les mêmes doses et espacements d'administration que ceux recommandés pour le traitement d'un avortement
  - 28 semaines et plus: 25 microgrammes par voie vaginale toutes les 6 heures ou 25 microgrammes par voie orale toutes les 2 heures.

### **En cas d'infection, l'utérus doit être évacué d'urgence**

- il faut commencer un traitement d'antibiotiques à large spectre immédiatement – par voie intraveineuse si l'infection est grave

- la femme doit être transférée vers un service qui a les équipements pour effectuer une évacuation chirurgicale, si celle-ci ne peut pas être effectuée dans l'établissement où la femme se trouve
- si la femme fait un choc septique, elle devrait être transférée immédiatement dans une unité spécialisée pour une évacuation utérine chirurgicale – des antibiotiques à large spectre (par exemple une combinaison de 0,5 g à 1 g d'ampicilline toutes les 6 heures, de 500 mg de métronidazole toutes les 8 heures et de 120 mg de gentamicine une fois par jour) doivent être administrés par voie intraveineuse avant le transfert, si ces médicaments sont disponibles
- si les compétences nécessaires à une évacuation utérine chirurgicale d'urgence ne sont pas disponibles, du misoprostol peut être utilisé:
  - 14 à 28 semaines: au moins 200 microgrammes administrés par voie vaginale, sublinguale ou buccale au moins toutes les 6 heures
  - 28 semaines et plus: 25 microgrammes par voie vaginale toutes les 6 heures ou 25 microgrammes par voie orale toutes les 2 heures.

### Informations à fournir après l'avortement

Avant de quitter l'établissement médical, les femmes doivent recevoir des informations sur comment prendre soin d'elles-mêmes une fois rentrées à la maison, y compris:

- l'abondance des saignements à laquelle elles peuvent s'attendre dans les jours et semaines suivant l'avortement
- la manière de détecter d'éventuelles complications, y compris les signes d'une grossesse qui continue
- le moment de reprise des activités normales (y compris les rapports sexuels)
- comment et où chercher de l'aide, si nécessaire
- il est à conseiller aux femmes qui souhaitent essayer de tomber à nouveau enceintes d'attendre d'avoir au moins un cycle de règles normal, ou plus longtemps si elles souffrent de problèmes de santé chroniques (par ex. anémie) qui nécessitent un traitement.

### Contraception

Avant de quitter l'établissement médical, toutes les femmes doivent recevoir des informations sur la contraception et la méthode de contraception de leur choix, si elles le souhaitent. Si la méthode choisie n'est pas disponible, elles doivent être orientées vers un service où la méthode peut être fournie.

Il convient d'informer les femmes de la plus grande efficacité et durée des méthodes de contraception réversibles et à longue durée d'action (implants et DIU) et de leur sécurité; et le personnel soignant doit dissiper tous les mythes qui peuvent exister autour de ces méthodes.

La pose de DIU ou la stérilisation féminine doit être retardée jusqu'à ce que la femme soit rétablie et toute infection guérie. Une contraception provisoire doit être fournie et la méthode acceptable la plus efficace doit être utilisée jusqu'à ce qu'un DIU puisse être posé ou qu'une stérilisation soit effectuée.

### IgG anti-D

Si possible, il convient d'administrer une dose d'IgG anti-D par voie intramusculaire à toutes les femmes Rhésus-D négatif et non immunisées dans les 72 heures suivant l'avortement.

## Prestation de services

Pour garantir une prestation de services d'avortement complets sûrs et efficaces, toutes les personnes impliquées dans ces services doivent s'assurer que tout puisse être mis en œuvre pour répondre aux normes essentielles des soins d'avortement sûrs. Il ne suffit pas que les médecins, infirmières et sages-femmes exercent leurs fonctions avec efficacité, si les équipements et outils dont ils ont besoin ne sont pas facilement disponibles, et si le service n'est pas organisé de manière à assurer des soins d'avortement complets sûrs et efficaces. Les **bonnes pratiques pour la prestation de services** sont listées ci-dessous.

### Accès aux services

- 1 Les services d'avortement doivent être disponibles dans toute la mesure permise par la loi. Les prestataires de soins de santé doivent savoir ce qu'*autorise ou non* la loi dans leur pays et doivent avoir une connaissance claire des circonstances dans lesquelles l'avortement est légal.
- 2 Si une femme souhaitant une IVG satisfait aux critères juridiques, l'âge, la situation matrimoniale ou le nombre d'avortements déjà effectués ne devrait aucunement constituer une restriction à l'accès aux services.
- 3 Plus l'avortement est pratiqué dans les premières heures de la grossesse, moins il comporte de risques. Les services doivent être capables de répondre à la demande locale en matière d'avortement, afin que les femmes puissent se faire avorter le plus tôt possible dans les premiers moments de la grossesse et le plus près possible de chez elles.
- 4 Étant donné que l'équipement nécessaire à un avortement médicamenteux précoce et habituel n'est pas sophistiqué, ce service peut être fourni dans des établissements de base, ce qui permet d'augmenter l'accès à des soins d'avortement sûrs et le confort des femmes.
- 5 Étant donné que l'équipement et l'espace nécessaires pour pratiquer un avortement sans risque sont similaires à ceux requis dans les services de soins de santé pour femmes et de planification familiale, il faut s'efforcer de fournir des services d'avortement sûrs dans un grand nombre d'établissements médicaux et sur la base d'une approche intégrée.
- 6 Tous les prestataires de soins de santé doivent être formés à fournir des soins d'avortement complets, conformément à leurs compétences et à leur autorisation d'exercer. Cette formation peut aider à répartir la charge de travail et à améliorer les compétences de *tous* les prestataires de soins de santé pour femmes; ce qui améliore l'accès à et la sécurité des soins d'avortement.
- 7 Intégrer les services d'avortement aux services de soins généraux de santé des femmes et de soins de santé maternelle minimise la stigmatisation associée aux soins d'avortement, à la fois pour les femmes et les prestataires de soins de santé.
- 8 Dans les endroits où des services d'avortement sont fournis, mais où aucun service d'urgence ou spécialisé n'est disponible, un système efficace et rapide d'orientation vers des spécialistes doit être mis en place.

### Fournir des informations

- 1 Des dispositions locales doivent être en place pour fournir des informations aux femmes et aux professionnels de la santé sur les moyens d'accéder à des soins d'avortement sûrs.
- 2 Les services doivent veiller à ce que des informations écrites, objectives et guidées par des données probantes soient disponibles, de manière à ce qu'elles soient compréhensibles pour



les femmes qui envisagent un avortement. Les informations doivent être disponibles dans une variété de langues et de formats.

- 3 Les femmes doivent avoir accès à des informations objectives et, si nécessaire, à des services de soutien-conseil et d'aide à la prise de décision sur leurs options en matière de grossesse.
- 4 Les informations destinées aux femmes et aux prestataires de santé doivent mettre l'accent sur le besoin de confidentialité.

### *Évaluation initiale*

- 1 Un système permettant un accès à des soins médicaux appropriés pour les femmes souffrant de troubles médicaux importants et qui nécessitent des soins d'avortement spécialisés (par ex. une maladie cardiaque) doit être en place.
- 2 Les femmes qui se présentent pour un avortement et chez qui on détecte un fœtus non viable nécessitent également une contraception et des soins de santé sexuelle.
- 3 Les femmes qui demandent une IVG, mais qui décident ensuite de continuer leur grossesse doivent être orientées vers des services de soins prénatals (et toutes les informations pertinentes, telles que les rapports d'échographie, doivent y être transférées).
- 4 Les services de santé doivent identifier les problèmes ou caractéristiques qui rendent les femmes particulièrement vulnérables (par ex. adolescentes, victimes de violence domestique ou de violence basée sur le genre) et les orienter vers des services de soutien appropriés.

### *Dispositions en place pour la procédure*

- 1 Pour minimiser l'attente, les dispositions des services de santé doivent être mises en place de telle sorte que l'avortement puisse être effectué le plus tôt possible, idéalement le jour de l'évaluation.
- 2 Un système doit être mis en place pour veiller à ce que les documents juridiques nécessaires soient complétés avec exactitude et à temps.
- 3 Le cadre dans lequel l'avortement est effectué (salle de consultation, salle d'intervention et salle de surveillance) doit respecter le besoin d'intimité et de dignité de la femme.

## Sources de données probantes

World Health Organization. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. 2nd ed. Geneva: WHO; 2012 [[www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9789241548434/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/)].

World Health Organization. *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion*. Geneva: WHO; 2014 [[www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/clinical-practice-safe-abortion/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/en/)].

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The Care of Women Requesting Induced Abortion*. Evidence-based Guideline Number 7. London: RCOG; 2011 [[www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/the-care-of-women-requesting-induced-abortion/](http://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/the-care-of-women-requesting-induced-abortion/)].

## Autres publications examinées

Berghella V, Airoidi J, O'Neill A, Einhorn K, Hoffman M. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review. *BJOG* 2009;116:1151–7.

Conde-Agudelo A, Belizan JM, Berman R, Brockman SC, Rosas-Bermudez A. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;89 Suppl 1:S34–40.

Gomez Ponce de Leon R, Wing D, Fiala C. Misoprostol for intrauterine fetal death. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;99 Suppl 2:S190–3.

Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2009;113:1117–23.

Love ER, Bhattacharya S, Smith NC, Bhattacharya S. Effect of interpregnancy interval on outcomes of pregnancy after miscarriage: retrospective analysis of hospital episode statistics in Scotland. *BMJ* 2010;341:c3967.

Mark AG, Edelman A, Borgatta L. Second-trimester postabortion care for ruptured membranes, fetal demise, and incomplete abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2015;129:98–103.

Passini R Jr, Cecatti JG, Lajos JG, Tedesco RP, Nomura ML, Dias TZ, et al., for the Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth study group. Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth (EMIP): prevalence and factors associated with spontaneous preterm birth. *PLoS One* 2014;9:e109069.

World Health Organization. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing*. Geneva: WHO; 2005 [[www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/birth\\_spacing05/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/birth_spacing05/en/)].

## Annexe: Contraception après un avortement

(Adapté de l'Organisation mondiale de la Santé [2014] *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion*)

Généralement, presque toutes les méthodes de contraception peuvent être commencées immédiatement après un avortement chirurgical ou médicamenteux. Une utilisation immédiate de la contraception après un avortement chirurgical signifie le jour même de la procédure; et pour l'avortement médicamenteux, le jour de la prise du premier comprimé d'avortement médicamenteux. Comme pour le début de toute méthode de contraception, il convient de vérifier l'éligibilité médicale de la femme pour l'usage de contraceptifs.

### Recommandations d'éligibilité médicale après un avortement pour l'usage de contraceptifs hormonaux, de dispositifs intra-utérins et des méthodes barrières

CATÉGORIE APRÈS UN AVORTEMENT	PREMIER TRIMESTRE	DEUXIÈME TRIMESTRE	IMMÉDIATEMENT APRÈS UN AVORTEMENT SEPTIQUE
COC	1	1	1
CIC	1	1	1
Patch & anneau vaginal	1	1	1
PPS	1	1	1
AMPR, EN-NET	1	1	1
Implants LNG/ENG	1	1	1
DIU au cuivre	1	2	4
DIU libérant du LNG	1	2	4
Préservatif	1	1	1
Spermicide	1	1	1
Diaphragme	1	1	1

CIC: contraceptifs injectables combinés; COC: contraceptifs oraux combinés; AMPR/EN-NET, progestatifs injectables: acétate de médroxyprogestérone retard / énanthate de noréthistérone; DIU: dispositif intra-utérin; LNG/ENG, implants progestatifs: lévonorgestrel / étonogestrel; PPS: pilule de progestatif seul.

#### Définition des catégories

- **1:** Cas pour lequel il n'existe aucune restriction à l'utilisation de la méthode de contraception.
- **2:** Cas pour lequel les avantages de l'utilisation de la méthode dépassent généralement les risques théoriques ou prouvés.
- **3:** Cas pour lequel les risques théoriques ou prouvés dépassent généralement les avantages de l'utilisation de la méthode.
- **4:** Cas représentant un risque inacceptable pour la santé, si la méthode de contraception est utilisée.

### Contraception pour les femmes sous traitement antirétroviral pour le VIH

Il existe un risque d'interactions médicamenteuses entre certains médicaments antirétroviraux et une contraception hormonale. Cependant, l'OMS a examiné les données et est parvenue à la conclusion que les avantages de l'utilisation d'une contraception hormonale sont supérieurs aux risques (2015 MEC, Category 2).