



Bonnes pratiques des soins après avortement complets

Guide de bonnes pratiques n° 3

Mars 2016

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

www.rcog.org.uk

Organisme de bienfaisance enregistré n° 213280

Première publication 2016

© 2016 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]. 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)

Table des matières

Introduction aux <i>Guides de bonnes pratiques de l'initiative Leading Safe Choices</i> du RCOG	ii
Introduction	I
Prise en charge d'un avortement incomplet	I
Évaluation	I
Traitement	2
Interruption thérapeutique de grossesse	4
Informations destinées aux femmes chez qui une ITG est indiquée	4
Évaluation des femmes pour une interruption thérapeutique de grossesse	7
Tests sanguins	7
Détermination de l'âge gestationnel	7
Dépistage des IST	7
Prévention des complications infectieuses	8
Contraception	8
Fournir une interruption thérapeutique de grossesse	8
Pour les grossesses de moins de 14 semaines d'aménorrhée	8
Pour les grossesses de 14 semaines d'aménorrhée ou plus	9
Préparation du col de l'utérus avant un avortement chirurgical	9
Médicaments pour la gestion de la douleur	10
Fournir des contraceptifs	10
Soins dispensés aux femmes après une interruption thérapeutique de grossesse	10
Informations à fournir	10
Contraception	11
IgG anti-D	11
Prestation de services	11
Accès aux services	11
Fournir des d'informations	12
Dispositions en place pour la procédure	12
Sources de données probantes	13
Autres publications examinées	13
Annexe: Contraception après un avortement	14

Introduction aux *Guides de bonnes pratiques de l'initiative Leading Safe Choices* du RCOG

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 après avortement complets, y compris l'interruption thérapeutique de grossesse et la contraception après l'avortement.

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 des femmes qui reçoivent des soins, 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.

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. Quelles que soient les adaptations effectuées, il est important de veiller à ce que les bonnes pratiques soient toujours respectées. À cet égard, le RCOG est conscient que certaines des recommandations données sont ambitieuses; elles sont incluses afin d'aider les décideurs politiques à faire progresser leurs services. Ce guide a été écrit en vue d'une utilisation en Tanzanie où l'avortement est uniquement légal pour sauver la vie de la mère.

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.

Remerciements

Ce document a été élaboré par Anna Glasier en étroite concertation avec David Baird, Paul Blumenthal, Sharon Cameron, Alison Fiander, Stefan Gebhardt, Natalie Kapp, Hawa Kawawa, Judy Kluge, Patricia Lohr, Grace Magembe, Gileard Masenga, Projestine Muganyizi, Malika Patel, Gregory Petro, Lesley Regan et Petrus Steyn. Le *Guide de bonnes pratiques des soins d'avortement complets* du RCOG à partir duquel ce guide a été adapté a été soumis, pour relecture, aux collègues: Kelly Culwell, Kristina Gemzell-Danielsson et Angela Hyde. Ce *Guide de bonnes pratiques des soins après avortement complets* a été soumis, pour relecture, aux collègues: Daniel Grossman et Beverley Winikoff.

L'initiative *Leading Safe Choices*

De par le monde, 222 millions de femmes aimeraient prévenir ou retarder une grossesse mais n'ont pas accès à la contraception. 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 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 pays, exercent actuellement dans le domaine de la santé des femmes dans ces deux pays. 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 après avortement complets.

Le programme a trois objectifs généraux:

- 1 élaborer les *Guides de bonnes pratiques* du RCOG sur la PFPP et les soins d'avortement complets en Afrique du Sud, et sur les 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. Les soins après avortement doivent être disponibles et accessibles à toutes les femmes. L'objectif des soins après avortement complets est de réduire le nombre des décès et des blessures dus à un avortement incomplet ou à risque: en évacuant l'utérus, en traitant l'infection, en répondant aux besoins physiques, psychologiques et de planification familiale et, enfin, en orientant, si nécessaire, la femme vers d'autres services de santé sexuelle.

Comme pour nombre d'autres procédures médicales, l'adhésion aux normes de bonnes pratiques garantit la prestation de services plus efficace et plus sûre. Ce guide est donc conçu pour être utilisé au quotidien par les professionnels de la santé qui fournissent des services de soins après avortement; cela inclut la contraception après un avortement.

Tous les aspects des soins après avortement doivent être offerts, en reconnaissant les femmes comme décideurs. Il convient de livrer aux femmes des informations et de leur apporter un soutien de manière sensible.

Prise en charge d'un avortement incomplet

Pour les femmes ayant fait une fausse couche ou pour celles dont l'avortement a été effectué dans un contexte à risque, des soins après avortement peuvent réduire la morbidité et la mortalité liées aux complications. Le traitement d'un avortement incomplet comprend l'évacuation utérine au moyen d'une intervention chirurgicale ou médicamenteuse. Les caractéristiques des traitements médicamenteux et chirurgicaux dans le cas d'un avortement incomplet et d'une interruption thérapeutique de grossesse sont détaillées au Tableau 1.

Pour les femmes qui souhaitent éviter une nouvelle grossesse, il faut aborder avec elles le sujet de la contraception et leur fournir une méthode. Il est généralement recommandé pour les femmes ayant fait une fausse couche et qui souhaitent de nouveau tomber enceintes d'attendre, au moins, après un cycle de règles normal.

Évaluation

Il faut soupçonner un avortement incomplet, si une femme en âge de procréer présente des saignements vaginaux et/ou des douleurs abdominales après l'absence de règles depuis un ou plusieurs cycles.

Avortement à risque

Les signes indiquant qu'une tentative d'avorter par des méthodes à risque a eu lieu 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 d'avoir une infection en cours 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

Le traitement d'un avortement incomplet dépendra de l'état de la femme, de la présence ou non d'une infection, de l'aménorrhée *ainsi que* des compétences du personnel disponible et des installations et équipements disponibles. Lorsqu'une évacuation utérine est urgente (la femme est en état de choc, elle saigne abondamment ou fait a une infection grave), si des membres du personnel disponible ont les compétences nécessaires pour effectuer une aspiration intra-utérine manuelle (AMIU) (et s'ils font cette procédure assez souvent pour pouvoir maintenir ces compétences), et si l'équipement approprié est disponible, alors une AMIU peut s'avérer être une meilleure option par rapport à l'utilisation de misoprostol, car elle permet de vider l'utérus plus rapidement. Si aucun membre du personnel n'a les compétences requises pour effectuer une AMIU, alors il est plus sûr d'utiliser du misoprostol pour vider l'utérus. La dose de misoprostol dépend de l'aménorrhée et de la voie d'administration (orale, buccale, vaginale, etc.). Si une femme saigne abondamment, alors il se peut que le misoprostol administré par voie vaginale soit moins absorbé que s'il l'était par voie buccale, par exemple.

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 (avec ou sans 200 mg de doxycycline après 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 aucune suspicion d'infection et si la taille de l'utérus correspond à 14 semaines ou plus

- évacuation par aspiration intra-utérine et avec une pince à faux germes de Lepage si nécessaire (à condition que le clinicien ait été formé à son utilisation):
 - 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 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

- misoprostol:
 - 14 à 28 semaines: 200 microgrammes administrés par voie vaginale, sublinguale ou buccale au moins toutes les 6 heures (quatre doses maximum)
 - 28 semaines et plus: 25 microgrammes par voie vaginale toutes les 6 heures ou 25 microgrammes par voie orale toutes les 2 heures
 - 14 semaines et plus, si la femme a déjà subi une césarienne: 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 par voie orale immédiatement si l'infection est légère, mais par voie intraveineuse si l'infection est moyenne ou grave
- la femme doit être transférée vers un service qui a les équipements pour effectuer une évacuation chirurgicale, au cas où une telle opération ne pourrait être effectuée dans l'établissement où la femme se présente
- si la femme fait un choc septique, il faut poser une perfusion (solution salée isotonique normale ou solution composée de lactate de sodium). Elle doit 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:

- moins de 14 semaines: 600 microgrammes de misoprostol par voie orale ou 400 microgrammes par voie sublinguale
- 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 sur:

- l'abondance des saignements à laquelle elles peuvent s'attendre
- la manière de détecter d'éventuelles complications
- comment et où chercher de l'aide, si nécessaire
- il est conseillé aux femmes qui souhaitent essayer de concevoir un autre enfant d'attendre d'avoir eu 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 des méthodes de contraception réversibles et à longue durée d'action (implants et DIU) et, à moins qu'elles aient une nette préférence pour une autre méthode efficace (par exemple pilule ou contraceptif injectable), de les encourager à choisir un DIU ou un implant.

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 injection dans le muscle deltoïde à toutes les femmes Rhésus-D négatif et non immunisées dans les 72 heures suivant l'avortement, si celui-ci survient après 12 semaines d'aménorrhée.

Interruption thérapeutique de grossesse

L'avortement est légal en Tanzanie si la continuation de la grossesse présente un risque pour la vie de la mère. La décision est généralement prise par un obstétricien-gynécologue, mais tous les professionnels des soins de santé qui procurent des soins prénatals doivent connaître les circonstances dans lesquelles une interruption thérapeutique de grossesse (ITG) peut être indiquée pour sauver la vie de la mère. Les professionnels des soins de santé à tous les niveaux doivent savoir où orienter les femmes enceintes chez qui une ITG peut être indiquée et doivent être conscients du besoin de les orienter rapidement.

Si une ITG est indiquée, elle doit être effectuée sans risque. Comme pour nombre d'autres procédures médicales, l'adhésion aux normes de bonnes pratiques garantit la prestation de services de façon plus efficace et plus sûre. Il convient de porter les informations aux femmes et de leur apporter un soutien de manière sensible.

Informations destinées aux femmes chez qui une ITG est indiquée

Toutes les femmes chez qui une ITG est indiquée doivent être informées sur leurs options en matière de grossesse et doivent recevoir les informations suivantes:

- la gamme des méthodes d'avortement disponibles (le cas échéant) et les caractéristiques de chaque méthode (voir Tableau 1)
- ce qui sera fait durant et après l'avortement
- les symptômes probables durant et après l'avortement (par ex. crampes de type menstruelles, douleurs et saignement)
- les différentes émotions généralement éprouvées à la suite d'un avortement

- la durée probable de l'avortement
- les antidouleurs disponibles
- les risques et complications propres à chaque méthode d'avortement
- les soins de suivi, y compris les conseils relatifs à la contraception et l'octroi de contraceptifs
- les autres services qui sont disponibles, tels que le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et le soutien pour les femmes victimes de contraintes sexuelles ou de violence domestique
- les soins nécessaires pour les problèmes de santé liés à la grossesse et qui ont nécessité l'ITG
- s'il est conseillé ou non pour la femme de tomber de nouveau enceinte à l'avenir et, si oui, quand la femme peut essayer de concevoir à nouveau
- les soins de suivi, y compris les conseils portant sur la contraception et l'octroi de contraceptifs – cela est particulièrement important si une nouvelle grossesse est contre-indiquée.

Tableau I Caractéristiques des procédures d'avortement et du traitement médicamenteux et chirurgical en cas d'avortement incomplet; adapté de l'OMS (2014) *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion*

Traitement médicamenteux	Traitement chirurgical
<ul style="list-style-type: none"> ● présente un risque plus élevé d'avortement incomplet ou d'échec ● évite l'opération chirurgicale ● reproduit une fausse couche ● contrôlé par la femme ● 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 ● les femmes ont des saignements et des crampes, et éventuellement d'autres effets secondaires (nausée, vomissements) ● les produits de conception peuvent être expulsés à la maison ● peut nécessiter plus de visites au dispensaire qu'un avortement chirurgical <p>Peut être préférable dans les situations suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● pour les femmes très obèses ● si la femme a des malformations utérines ou des fibromes, ou si elle a subi une opération chirurgicale du col de l'utérus ● si la femme veut éviter une intervention chirurgicale ● si un examen gynécologique n'est pas faisable ou n'est pas désiré 	<ul style="list-style-type: none"> ● procédure rapide ● la grossesse intra-utérine est vérifiée en examinant les produits de conception aspirés et une grossesse molaire (môle hydatiforme) peut être détectée ● a lieu dans un établissement médical ● une stérilisation de la femme ou la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU) peut être effectuée au même moment que la procédure ● nécessite l'utilisation d'instruments dans l'utérus ● petit risque de lésion au niveau de l'utérus ou du col de l'utérus ● le moment de l'avortement est contrôlé par le service de santé <p>Peut être nécessaire dans la situation suivante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● en cas de contre-indications au traitement médicamenteux d'un avortement incomplet ou à l'avortement médicamenteux

Les informations concernant les effets secondaires liés à l'avortement doivent mettre l'accent sur la sécurité générale de la procédure et doivent être fournies de manière à ce que les femmes puissent les comprendre. Ces informations doivent être communiquées sans porter de jugement et en offrant un soutien à la femme.

La consultation doit inclure les informations suivantes:

- 1 L'avortement est une procédure sûre pour laquelle les complications majeures et la mortalité sont rares, quel que soit l'âge gestationnel.
- 2 Pour les femmes chez qui une ITG est indiquée, plus la grossesse est à un stade précoce, moins l'ITG 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 avec mifépristone et misoprostol et environ 15 sur 100 avec misoprostol seul).
- 5 Les complications suivantes peuvent survenir:
 - saignements importants nécessitant une transfusion – le risque est plus petit 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 à une date avancée du deuxième trimestre – le risque est de moins de 1 sur 1 000.

Pour les avortements chirurgicaux uniquement:

- traumatisme utérin – 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 est plus faible pour les avortements du premier trimestre.
- 6 Un traitement supplémentaire (par ex. transfusion sanguine, coelioscopie, laparotomie ou hystérectomie) peut être nécessaire, si l'une de ces complications survient.
 - 7 Une infection de gravité variable est peu probable mais peut subvenir après un avortement médicamenteux ou chirurgical, et elle est généralement causée par 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 risque de cancer du sein ou des problèmes psychologiques à la suite de cet avortement.

Il est probable que les femmes pour qui une ITG est indiquée souhaitent de nouveau tomber enceintes le plus rapidement possible. Il faut généralement leur conseiller d'attendre d'avoir eu au moins un cycle de règles normal, ou plus longtemps, si elles souffrent de problèmes de santé chroniques qui nécessitent un traitement (par ex. anémie), ou si elles subissent une ITG à un terme avancé de la grossesse. Chez certaines femmes, une nouvelle grossesse présenterait un risque inacceptable pour leur santé.

Évaluation des femmes pour une interruption thérapeutique de grossesse

Si une ITG est indiquée pour sauver la vie de la mère, il peut s'agir d'une urgence, car son état risque de se détériorer plus la grossesse avance. **Il est important de veiller à ce que l'âge gestationnel soit correctement évalué et que toute infection actuelle soit exclue ou correctement traitée.**

Tests sanguins

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

S'il existe des indications cliniques en ce sens, l'évaluation avant l'avortement doit 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 la grossesse se situe dans la fourchette d'éligibilité pour une méthode spécifique d'ITG. 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 éventuelle grossesse sont suffisants. Le Tableau 2 indique l'âge gestationnel en semaines et en jours.

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'ITG n'est pas nécessaire, mais si celle-ci est disponible, elle peut être utile, au cas où des inquiétudes à propos de complications, telles qu'une grossesse extra-utérine, venaient à percer.

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 toutefois être effectué sans retarder l'ITG.

Les conjoints des femmes dont les résultats à l'issue des tests IST sont positifs doivent être informés et conseillés sur le traitement à suivre.

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 une ITG des informations sur la prévention des IST et doivent leur distribuer des préservatifs, afin de 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 elle réduit le risque d'infection après l'avortement. Cependant, l'avortement ne doit pas être retardé si des antibiotiques ne sont pas disponibles.

Les schémas thérapeutiques 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'ITG. Avant de quitter l'établissement médical, toutes les femmes doivent recevoir 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 l'efficacité élevée des implants et DIU (méthodes de contraception réversibles et à longue durée d'action) et de les encourager à choisir ces méthodes à moins qu'elles aient une nette préférence pour une autre méthode efficace. La période qui suit immédiatement un avortement est idéale pour poser 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 que la procédure d'avortement a commencé.

Fournir une interruption thérapeutique de grossesse

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 et doit être remplacée par une aspiration intra-utérine et/ou une méthode médicamenteuse.

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 recommandent 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 l'associant au misoprostol, car elle réduit le délai entre le déclenchement et l'avortement, réduit les effets secondaires et diminue le taux de persistance de la grossesse; 200 mg de mifépristone doivent être administrés par voie orale 24 à 48 heures avant le misoprostol.
- 800 microgrammes de misoprostol administré 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 effectuer un avortement chirurgical par:

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

OU

Avortement médicamenteux

- 800 microgrammes de misoprostol, suivis de 400 mg 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 plus de 14 semaines d'aménorrhée. Les préparations adéquates comprennent:

- dilateurs osmotiques 12 à 24 heures avant la procédure

OU

- 400 microgrammes de misoprostol par voie vaginale, sublinguale ou buccale 3 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 ou buccale 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 anti-inflammatoires non stéroïdiens prophylactiques peuvent réduire le besoin en analgésiques narcotiques durant l'aspiration intra-utérine manuelle (AMIU).
- Du paracétamol prophylactique (par voie orale ou rectale) ne permet pas de réduire la douleur durant l'avortement chirurgical ou médicamenteux.

Un **anesthésique local**, tel que la lidocaïne, soulagera la gêne due à la dilatation mécanique du col de l'utérus et à l'évacuation utérine durant l'avortement chirurgical et doit être systématiquement proposé, s'il est disponible.

Une anesthésie générale n'est pas recommandée pour les procédures habituelles d'ITG, 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'ITG (par ex. pose d'un DIU une fois l'aspiration manuelle intra-utérine terminée), il est important de 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'ITG. Des implants contraceptifs peuvent être posés à n'importe quel moment durant la procédure d'ITG.

Soins dispensés aux femmes après une interruption thérapeutique de grossesse

Le personnel soignant procurant des soins après une ITG doit veiller à ce que la femme quitte l'établissement où a lieu l'ITG, 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 planification familiale 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 médical, 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'ITG
- la manière de détecter d'éventuelles complications, y compris les signes d'une grossesse en cours
- le moment de reprise des activités normales (y compris les rapports sexuels)
- comment et où chercher de l'aide, si nécessaire
- si elles peuvent ou non de nouveau tomber enceintes, et à partir de quel moment elles peuvent recommencer à réessayer de concevoir.

Contraception

Avant de quitter l'établissement médical, les femmes chez qui une méthode contraceptive est indiquée doivent recevoir toutes les informations appropriées et obtenir, si elles le souhaitent, 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 les encourager à choisir ces méthodes, à moins qu'elles aient une nette préférence pour une autre méthode efficace.

La stérilisation peut être réalisée 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.

Le taux d'échec de la stérilisation est légèrement plus élevé, lorsque celle-ci est effectuée en même temps que l'avortement.

IgG anti-D

Si possible, il convient d'administrer une dose d'IgG anti-D par injection dans le muscle deltoïde à toutes les femmes Rhésus-D négatif et non immunisées dans les 72 heures suivant l'avortement, pourvu que celui-ci survienne après 12 semaines d'aménorrhée.

Prestation de services

Pour garantir une prestation de services de soins après avortement complets sûrs et efficaces, ainsi qu'une ITG sûre, toutes les personnes impliquées dans ces services doivent s'assurer que tout est mis en œuvre pour répondre aux besoins des patientes. 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 après avortement complets et des soins d'ITG 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 L'avortement sûr est légal en Tanzanie pour sauver la vie de la mère.
- 3 Les prestataires de soins de santé doivent connaître les processus nécessaires à l'autorisation d'une ITG qui, en Tanzanie, requièrent l'accord de deux médecins.
- 4 Plus l'avortement est effectué à un stade précoce de la grossesse, moins il comporte de risques. Les services de santé doivent fournir l'ITG le plus tôt possible dans la grossesse et aussi près que possible de l'endroit où habitent les femmes.
- 5 Tous les prestataires de soins de santé doivent être formés pour fournir des soins après avortement complets et des soins d'ITG, 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 destinés aux femmes; ce qui améliore la sécurité de tous les soins avant, pendant et après l'avortement.

- 6 Intégrer les services de soins après avortement et de soins d'ITG aux services de soins généraux de santé des femmes et de soins de santé maternelle minimise la stigmatisation associée aux soins se rapportant à l'avortement, à la fois pour les femmes et les prestataires de soins de santé.
- 7 Dans les endroits où les femmes qui ont un avortement incomplet sont susceptibles de se présenter, 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 d'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 après avortement et à une ITG, si celle-ci est indiquée.
- 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 se présentent pour des soins après avortement, ou pour qui une ITG est indiquée. Les informations doivent être disponibles dans une variété de langues et de formats.
- 3 Les femmes pour qui une ITG est indiquée 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 et prendre en compte le besoin d'intimité des femmes.

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 les soins après avortement et les ITG puissent être fournis le plus rapidement, idéalement le jour même de l'évaluation.
- 2 Un système doit être mis en place pour veiller à ce que les documents nécessaires soient complétés avec exactitude et rapidité après la procédure.
- 3 Dans le contexte où les soins après avortement et l'ITG sont procurés, y compris la salle de consultation, la salle d'intervention et la salle de surveillance, le besoin d'intimité et de dignité de la femme doit être respecté.

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/].

World Health Organization. *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion*. Geneva: WHO; 2014 [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/].

Autres publications examinées

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.

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.

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.

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.

The United Republic of Tanzania. *Standard Treatment Guidelines and Essential Medicines List*. 4th edition. Ministry of Health and Social Welfare; 2013 [www.who.int/selection_medicines/country_lists/Tanzania_STG_052013.pdf].

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/].

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).