



Deuxième édition

Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence

ISBN: 1-882220-87-0

© 2005, 2017 Ipas.

Produit aux États-Unis.

Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (Editeurs.), Chapel Hill, NC : Ipas.

Ipas est une organisation sans but lucratif, active dans le monde entier et dont le travail a pour but de promouvoir la capacité des femmes d'exercer leurs droits sexuels et reproductifs et plus particulièrement leur droit à l'avortement sécurisé. Nous cherchons à mettre un terme à l'avortement non sécurisé afin d'éliminer la mortalité et les séquelles qui en résultent. Notre objectif est d'étendre à toutes les femmes l'accès à des soins complets d'avortement, y compris à la contraception et aussi aux soins et informations relatives à la santé sexuelle et reproductive. Nous nous efforçons de contribuer à l'instauration d'un climat juridique, politique et social qui permette aux femmes de prendre en toute liberté et autonomie et en toute sécurité leurs propres décisions concernant leur santé sexuelle et reproductive.

Ipas est une organisation sans but lucratif enregistrée aux États-Unis sous le numéro : 501(c)(3). Toutes les donations faites à Ipas sont déductibles fiscalement conformément à la législation en vigueur.

Photographie : © Richard Lord

Illustrations : Stephen C. Edgerton

Les photographies et illustrations utilisées dans cette publication n'y figurent qu'à titre illustratif. Toute similarité avec une personne réelle, vivante ou morte, serait entièrement fortuite.

Pour plus d'informations ou pour faire une donation à Ipas, veuillez contacter :

Ipas

P.O. Box 9990

Chapel Hill, NC 27515 USA

1-919-967-7052

info@ipas.org

www.ipas.org

Imprimé sur papier recyclé.

Présentation et principes directeurs

1.0 Introduction

La prise en charge des soins complets d'avortement centrés sur la femme est une approche des soins d'avortement qui tient compte des besoins individuels en termes de santé physique et émotionnelle de chaque femme, de ses circonstances personnelles et de sa capacité à accéder aux soins. C'est une approche qui inclut l'avortement provoqué ; le traitement de l'avortement incomplet, grossesse arrêtée ou avortement non sécurisé ; des informations et un accompagnement compatissant; des services de contraception; des soins et services de santé sexuelle et génésique liés à l'avortement et dispensés sur place ou par le biais d'un transfert ou d'une orientation vers des établissements accessibles ou des prestataires partenaires disponibles au sein de la communauté.

En vertu d'un cadre juridique fondé sur les droits humains, toute femme en tant qu'individu a droit à l'avortement et aux soins

destinés à lui sauver la vie en cas de complications consécutives à un avortement. En parlant de droit de la femme à l'avortement, Ipas se réfère à toutes les femmes indépendamment de leur âge et notamment aux femmes jeunes, aux adolescentes et aux célibataires. Les conditions qui facilitent ou entravent l'accès de la femme à l'avortement sécurisé déterminent sa capacité d'exercer ce droit. Ces conditions incluent les suivantes:

- Un cadre juridique propice
- Un engagement gouvernemental et public favorable à la santé des femmes
- La liberté permettant aux femmes d'exercer leurs droits sexuels et reproductifs
- Des infrastructures adaptées et des ressources économiques suffisantes pour permettre au système de santé de répondre aux besoins de toutes les femmes
- Un environnement social et culturel favorable aux droits des femmes

Le droit de la femme d'obtenir des soins d'avortement de qualité ne peut se convertir en une réalité que si :

- On lui propose autant de choix que possible.
- Elle peut accéder aux soins et services.
- Les soins et services qu'elle obtient lui sont dispensés avec respect, sans discrimination et dans le plein respect de sa vie privée et de sa confidentialité.

Lorsque l'environnement juridique est particulièrement restrictif, l'avortement doit être proposé et pratiqué pour toutes les indications prévues et dans toute l'étendue de la loi.

- *« Le nombre de déclarations et de résolutions signées par les pays au cours des deux dernières décennies témoigne du consensus croissant sur le fait que l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions est une cause importante de décès maternels qui peuvent, et devraient, être évités grâce à la promotion de l'éducation sexuelle, de la planification familiale, des services d'avortement sécurisé dans le plein respect de la loi, et des soins après avortement dans tous les cas. Il existe aussi une large convergence de vues sur le fait que la fourniture de soins après un avortement devrait être systématique, et qu'il est impératif d'élargir l'accès à la contraception moderne pour prévenir les grossesses non prévues et les avortements non sécurisés. Ainsi, l'argument de la santé publique pour justifier la prévention des pratiques d'avortement dans de mauvaises conditions de sécurité est clair et sans équivoque ». (OMS, 2012)*

- « *Lorsqu'il est pratiqué par des prestataires qualifiés, avec les techniques médicales et les médicaments qui conviennent, et dans de bonnes conditions d'hygiène, l'avortement est une procédure médicale très sûre* ».
- « *Dans les pays où l'avortement est strictement réglementé, il peut en résulter un accès inégal à l'avortement sécurisé. Dans de telles situations, les avortements satisfaisant aux exigences de sécurité sont souvent le privilège des gens aisés, les femmes nécessiteuses n'ayant d'autre choix que de s'adresser à des avorteurs ou avorteuses qui opèrent dans de mauvaises conditions de sécurité avec, à la clé, invalidités et décès* ». (OMS, 2012)

Ce module fournit les bases indispensables pour suivre le cursus de formation. Il est recommandé à tous les prestataires de soins de santé qui proposent des soins liés à l'avortement du premier trimestre de le suivre à titre d'introduction aux concepts suivants :

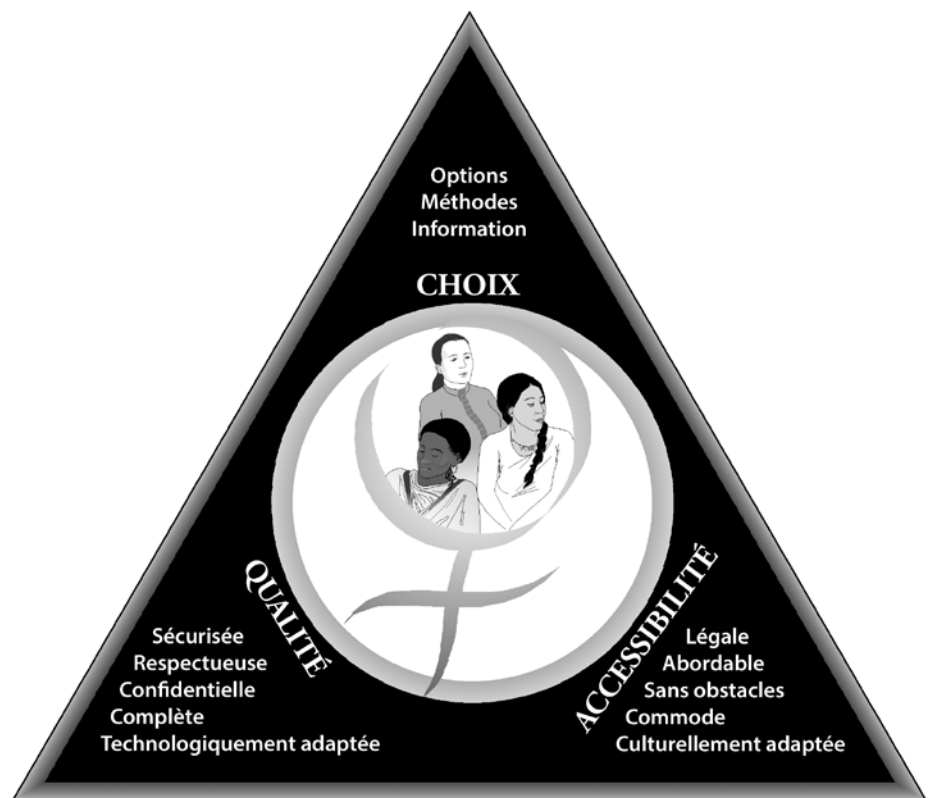
- Soins complets d'avortement
- Droits des patientes
- Déontologie des prestataires

Des informations plus approfondies sur une prestation de soins fondée sur ces concepts seront données dans les prochains modules. Les prestataires de soins de santé qui exercent dans des environnements où l'avortement est interdit, soit extrêmement limité, doivent se référer à l'autre cursus d'Ipas, *Soins après avortement centrés sur la femme: Manuel de référence*, deuxième édition, qui propose des informations sur la prise en charge de femmes qui présentent des complications consécutives à un avortement non sécurisé

2.0 Les éléments essentiels des soins complets d'avortement centrés sur la femme

Les soins complets d'avortement centrés sur la femme incluent une série de soins médicaux et de services liés à la santé, et comprennent trois éléments essentiels:

1. Choix
2. Accessibilité
3. Qualité



Cadre de prise en charge des soins centrés sur la femme

2.1 Choix

Avoir le choix, en matière de droits sexuels et génésiques, signifie que personne ne doit s'immiscer dans les décisions que prend une femme concernant son corps et sa santé.

Le choix signifie qu'une femme a le droit de déterminer :

- Si et quand elle souhaite être enceinte
- Si elle souhaite poursuivre ou interrompre une grossesse
- Ce qu'elle souhaite utiliser parmi les procédures d'avortement et les contraceptifs disponibles, et à quel prestataires ou centre de soins elle souhaite s'adresser pour obtenir des soins et/des services.

Les choix que font les femmes doivent s'appuyer sur des informations complètes et exactes. Elles doivent également avoir la possibilité de poser des questions et d'exprimer leurs préoccupations aux prestataires de soins. Pour que les soins qu'ils dispensent soient réellement centrés sur la femme, les prestataires doivent reconnaître à toutes les femmes le droit de faire des choix, indépendamment de leur âge ou de leur situation matrimoniale.

De nombreuses femmes qui nécessitent des soins liés à l'avortement se trouvent dans des situations de vulnérabilité. Elles peuvent être à la merci de membres de leur famille qui peuvent les forcer à subir un avortement ou à poursuivre une grossesse. Dans certaines circonstances, il peut arriver que des prestataires de soins n'acceptent de dispenser des soins d'avortement ou des soins après avortement qu'en échange d'honoraires élevés ou qu'ils imposent une méthode contraceptive particulière. De telles contraintes ou restrictions dans les choix offerts vident le concept de choix de son sens, violent les droits humains de la femme, et mettent sa santé et son bien-être en péril

2.2 Accessibilité

L'accessibilité aux soins et services d'une femme est en partie déterminée par la disponibilité de prestataires de soins qualifiés, techniquement compétents qui:

- Utilisent des technologies cliniques appropriées
- Peuvent être aisément atteints au sein des communautés locales
- Exercent dans toute une variété de centres de soins différents.

L'accessibilité est entravée si le temps ou la distance nécessaire pour atteindre un établissement de soins est excessive. Les systèmes de santé peuvent consacrer des ressources à la formation de prestataires de soins du secteur public ou privé au niveau local. Des collectivités peuvent demander que le système de santé propose le type de soins que les membres de la communauté souhaitent obtenir et dont ils ont besoin. Les liens entre secteur privé et public peuvent également offrir aux prestataires de soins des réseaux utiles de transfert dans des zones où les lois sur l'avortement sont restrictives.

Une femme a une meilleure accessibilité aux soins complets d'avortement lorsque:

- Les soins sont abordables et dispensés de manière opportune sans obstacles logistiques ou administratifs abusifs
- Les soins d'urgence sont disponibles indépendamment de la capacité de la femme de les payer
- Les soins ne lui sont pas refusés en vertu de sa situation matrimoniale ou économique, de son âge, de son niveau social ou d'éducation, de sa religion ou de ses opinions politiques, de sa race, de son groupe ethnique ou de ses préférences sexuelles
- Les prestataires de soins font preuve de respect, de compassion et d'empathie.

L'accessibilité est également déterminée par des facteurs culturels. Dans de nombreuses sociétés, les femmes ont un accès plus réduit à l'éducation, aux soins de santé et aux services sociaux que les hommes. Les femmes subissent bien souvent une dépendance économique. Une femme qui n'a qu'un contrôle très limité sur les ressources familiales peut rencontrer des difficultés pour financer son transport vers un établissement de soins et couvrir les frais de sa consultation médicale.

Parmi les autres facteurs plus subtils qui peuvent limiter l'accessibilité d'une femme aux soins il convient de citer les suivants :

- La priorité accordée à la santé et aux besoins des enfants de sexe masculin
- L'influence excessive de la belle-famille
- Les attentes de la société qui imposent aux femmes d'avoir des enfants, parfois à un âge précoce
- La stigmatisation attachée à la sexualité des femmes, à l'avortement et à la santé génésique
- Des normes culturelles qui font que des femmes, surtout des femmes jeunes, sont gênées d'avoir à demander des soins et services de santé génésique, plus particulièrement si elles doivent s'adresser à un prestataire de soins de sexe masculin
- Des formulaires et des processus qui, de manière involontaire, excluent certaines femmes, comme les femmes jeunes et célibataires ou celles qui ont une relation homosexuelle.

La pérennité à long terme des soins et services est déterminante en vue de garantir une prise en charge de qualité. Pour pouvoir maintenir durablement la prise en charge des soins d'avortement, les systèmes de santé doivent:

- Prévoir des programmes de formation qui renseignent sur les possibilités locales de transfert
- Disposer d'un approvisionnement disponible, fiable et adapté en équipements et médicaments
- Disposer de systèmes efficaces de gestion, suivi et évaluation des services
- Établir des liens entre communauté et prestataires de services.

2.3 Qualité

Parmi les aspects fondamentaux des soins de qualité optimale se trouvent les suivants :

- Des soins adaptés spécifiquement aux circonstances sociales et aux besoins individuels de la population locale
- Des informations et un accompagnement qui favorisent la prise de décisions en toute connaissance de cause, y compris dans le cas de femmes jeunes qui peuvent nécessiter davantage d'informations ou de temps pour parvenir à faire un choix véritablement éclairé.
- La disponibilité de technologies médicales internationalement recommandées, particulièrement aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et méthodes médicamenteuses
- Des normes et protocoles cliniques appropriés en matière de prévention des infections, de contrôle de la douleur et de gestion des complications
- Des services de contraception et des possibilités de choix parmi une gamme de méthodes contraceptives au moment des soins d'avortement afin d'aider les femmes à éviter d'autres grossesses non désirées et promouvoir un espacement des naissances propice à leur santé
- Des soins et services de santé génésique, et autres, au moment des soins d'avortement, notamment dépistage, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), VIH y compris, ainsi que le dépistage et l'accompagnement des cas de violence sexuelle
- Des prestataires de soins qui veillent tout particulièrement à ce que les besoins spécifiques des jeunes femmes et des adolescentes soient pris en compte
- Une garantie de confidentialité, de protection de la vie privée et d'interactions positives entre les femmes et le personnel soignant, indépendamment de l'âge ou de la situation matrimoniale des patientes
- La garantie que des systèmes ont été mis en place pour suivre et évaluer les incidents
- La garantie que des systèmes ont été mis en place en vue d'améliorer la qualité des soins, notamment à travers la participation des membres de la communauté

3.0 Respecter les droits de la femme dans une situation de soins d'avortement

La Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) a élaboré une charte officielle en vertu de laquelle elle reconnaît les droits sexuels et génésiques comme des aspects essentiels des droits humains. Les 12 principes de cette Charte sont les suivants:

1. *Le droit à la vie.* La vie d'aucune femme ne sera mise en danger à cause d'une grossesse.
2. *Le droit à la liberté et à la sécurité de la personne.* Aucune femme ne sera obligée de poursuivre une grossesse, à la stérilisation ou à l'avortement.
3. *Le droit à l'égalité et à n'être soumis à aucune discrimination.* Ce droit s'étend à la vie sexuelle et génésique de chaque femme.
4. *Le droit à la protection de la vie privée.* Tous les soins et services relatifs à la santé génésique doivent être confidentiels. Toutes les femmes ont le droit de faire en toute indépendance des choix relatifs à leur vie génésique.
5. *Le droit à la liberté de penser.* Ce droit inclut la liberté de ne pas être soumis à des interprétations restrictives fondées sur des convictions et des coutumes religieuses utilisées pour limiter la liberté de penser relative aux soins de santé sexuelle et génésique.
6. *Le droit à l'éducation et à l'information.* Ce droit inclut l'éducation et l'information relative à la santé sexuelle et génésique, l'accès à des informations complètes, et un consentement donné librement et en toute connaissance de cause.
7. *Le droit de choisir de se marier ou non et de fonder et planifier une famille.*
8. *Le droit de décider d'avoir ou non des enfants.*
9. *Le droit aux soins et services de santé et à la protection de la santé.* Ce droit inclut le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de ne pas être soumis à des pratiques traditionnelles préjudiciables à sa santé.
10. *Le droit de bénéficier des progrès de la science et de ses applications.* Ce droit inclut de pouvoir accéder aux nouvelles technologies médicales en matière de santé génésique, pour autant qu'elles soient sûres, efficaces et acceptables.
11. *Droit à la liberté de réunion et à la participation politique.* Ce droit inclut pour toute personne de chercher à influencer les communautés et gouvernements afin qu'ils fassent de la

santé et des droits sexuels et génésiques une priorité.

12. Le droit de ne pas être soumis à la torture ou à des traitements cruels, inhumains ou dégradants. Ce droit inclut le droit d'être protégé de la violence, de l'exploitation sexuelle et des abus.

(Adapté à partir de la Déclaration des droits sexuels de l'IPPF, 1996)

3.1 Valeurs, attitudes, empathie et respect

Les soignants doivent réussir à séparer leurs convictions personnelles de leur pratique professionnelle et traiter toutes les femmes de la même manière, indépendamment de leur âge ou de leur situation matrimoniale. Les soignants doivent traiter leurs patients avec empathie, c'est-à-dire avec la capacité de comprendre le ressenti et le point de vue d'une autre personne et de lui communiquer cette compréhension.

Les attitudes des soignants envers les femmes ont énormément d'influence. Des expériences positives avec des soignants respectueux peuvent contribuer à améliorer la satisfaction que les femmes retirent des soins qu'elles ont reçu, à augmenter le suivi de la prescription médicale et de manière générale, à renforcer la confiance des femmes dans les professionnels de santé et les inciter à revenir à l'avenir afin d'obtenir des soins médicaux appropriés. Des expériences positives constituent également les bases de bonnes relations entre les prestataires de soins et la communauté, ce qui peut contribuer à créer un environnement propice à leur travail.

Les prestataires de soins complets d'avortement doivent s'efforcer :

- D'identifier leurs propres valeurs et attitudes à l'égard de la sexualité et de la santé génésique, et doivent être conscients qu'ils peuvent avoir besoin de réexaminer et de s'interroger sur leurs valeurs à l'égard de la sexualité des jeunes femmes et des adolescentes.
- De séparer leurs valeurs de celles de leurs patientes
- De prendre conscience du fait que leurs attitudes peuvent avoir une influence négative ou positive sur la manière dont ils interagissent avec leurs patientes ainsi que sur la qualité de leurs prestations
- De s'assurer qu'ils sont en mesure de dispenser, en toute circonstance, des soins avec compassion et empathie.

Les directeurs ou responsables d'établissement de soins peuvent contribuer à établir et à maintenir un environnement de sensibilité et de respect face aux besoins des femmes par le biais de formations, d'une supervision positive, d'un feed-back mutuel entre collègues et d'évaluation anonymes.

3.2 Interaction et communication

Il est essentiel de garantir une interaction et une communication positives entre prestataires de soins et patientes si l'on veut dispenser des soins de qualité optimale et il est primordial également de ne pas faire de suppositions préalables sur les femmes qui cherchent à obtenir ce type de services. Les prestataires de soins doivent penser, s'exprimer et agir de manière aussi neutre que possible, ils doivent adapter leur comportement et leur langage en fonction des indices que leur donne chaque femme. Ceci est particulièrement important lorsque les patientes sont des jeunes femmes. Parce que l'avortement est un domaine médical extrêmement propice à la stigmatisation, les soignants doivent prendre encore davantage de précautions et adopter des mesures supplémentaires pour ne pas contribuer à augmenter la discrimination à travers leur manière d'agir et de s'exprimer.

Ce que les soignants peuvent faire afin d'initier une interaction positive avec les patientes :

- Parler de manière respectueuse
- Écouter attentivement
- Poser des questions réfléchies
- Donner des informations et des réponses exactes et précises en utilisant un vocabulaire simple que la femme est en mesure de comprendre
- Faire preuve d'empathie et de compassion à l'égard de chaque femme dont ils assurent la prise en charge.

Quelques simples marques de considération— comme présenter des excuses pour une longue attente ou permettre à la femme de rester habillée jusqu'à ce que l'examen physique soit effectivement sur le point de débiter— peuvent améliorer la qualité d'ensemble de la consultation pour la femme concernée.

3.3 Respect de la vie privée et de l'intimité et protection de la confidentialité

Il est essentiel que les informations, l'accompagnement et les soins liés à l'avortement se fassent dans le respect de la vie privée et la protection de la confidentialité.

- Les directeurs d'établissement doivent afficher une copie de la politique en matière de confidentialité des soins dans les zones de soins des patientes.
- Le personnel soignant doit expliquer cette politique de respect de la vie privée et de protection de la confidentialité à chaque femme.

- Les administrateurs doivent établir et faire respecter une politique et des procédures strictes de protection de la confidentialité applicables à tous les prestataires de soins.
- L'accès aux renseignements personnels des patientes doit être sécurisé
- Des conditions, auditives et visuelles, permettant le respect de l'intimité et la protection de la confidentialité doivent être mises en place avant de parler ou d'examiner une femme.

3.4 Consentement éclairé et volontaire

Les prestataires de soins doivent expliquer à la femme son état et les options qui s'offrent à elle dans des termes simples et non techniques, et obtenir qu'elle donne son consentement éclairé et volontaire avant le début des soins. Les prestataires de soins ne doivent pas procéder à l'administration de soins avant que la femme ait donné volontairement son consentement en toute connaissance de cause et qu'elle ait signé un formulaire de consentement par écrit. Les femmes jeunes sont tout à fait capables de prendre la décision d'interrompre une grossesse. Dans certaines situations, il peut être approprié et courant de permettre à la femme de donner un consentement oral devant témoin plutôt qu'un consentement écrit. L'obtention du consentement éclairé ne doit en aucun cas retarder des procédures d'urgence nécessaires pour sauver la vie d'une femme.

4.0 Résumé

- Suivre ce module est une condition préalable à la poursuite du cursus.
- Toutes les femmes, y compris les jeunes femmes et les adolescentes, ont droit à des soins complets d'avortement de qualité optimale.
- Les soins complets d'avortement centrés sur la femme incluent : l'avortement pratiqué dans les limites prévues par la loi ; le traitement de l'avortement incomplet, grossesse arrêtée (ou fausse couche) ou non sécurisé ; des informations et un accompagnement compatissant ; des services de contraception ; des soins et services de santé sexuelle et génésique liés aux soins d'avortement dispensés sur place ou par le biais d'un transfert ou d'une orientation vers des établissements accessibles ou des prestataires partenaires disponibles au sein de la communauté.
- Choix, accessibilité et qualité sont les trois éléments essentiels de la prise en charge des soins complets d'avortement.

- Les choix que font les femmes doivent s'appuyer sur des informations complètes, précises et exactes.
- Les prestataires de soins doivent comprendre le concept des droits de la femme afin d'établir des interactions professionnelles fondées sur la compassion et dispenser des soins de qualité optimale.
- Les prestataires de soins doivent faire preuve d'empathie et de respect à l'égard des femmes, et doivent protéger leur droit à la vie privée et à la confidentialité.
- Les prestataires de soins doivent expliquer à la femme son état et les options qui s'offrent à elle dans des termes simples et non techniques et obtenir qu'elle donne volontairement et en toute connaissance de cause son consentement préalablement au début des soins.
- Les prestataires de soins doivent être qualifiés, techniquement compétents, et doivent utiliser des technologies cliniques appropriées afin de dispenser des soins de qualité optimale.

Bibliographie

Burns, A. A., Ronnie Lovich, Jane Maxwell et Katharine Shapiro. (2012). *Where Women Have No Doctor*. Berkeley, CA: The Hesperian Foundation.

Cook, R. J. et Dickens, B. M. (2000). *Considerations for Formulating Reproductive Health Laws, deuxième édition*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé.

Creinin, M. D., Schwartz, J. L., Guido, R. S. et Pymar, H. C. (2001). Early pregnancy failure - current management concepts. *Obstetrical Gynecological Survey*, 56(2), 105-113.

Family Health International. (1999). Client-provider interaction: Family planning counseling. *Contraceptive Technology and Reproductive Health Series*. D'après : [http://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/ Modules/CPI/s1pg1.htm](http://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/Modules/CPI/s1pg1.htm)

Hall, J. A., Roter, D. L. et Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26(7), 657-675.

Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF). (1996). IPPF, *Charte des droits en matière de santé procréative et sexuelle, Vision 2000*. Londres IPPF.

Ipas. (2013). *Soins après avortement centrés sur la femme: Manuel de référence* (deuxième édition) K.L. Turner et A. Huber (Eds.). Chapel Hill, NC : Ipas.

John, J. (1991). Améliorer la qualité grâce à la communication entre patients et prestataires de soins. *Journal of Health Care Marketing*, 11(4), 51-60.

Leonard, A. H. et Winkler, J. (1991). A quality of care framework for abortion care. *Advances in Abortion Care*, 1(1).

Nations Unies. (1994). *Programme d'action de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement*. Consulté : 01 avril 2013, d'après : <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>

Nations Unies (1995). *Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes*. Consulté : 01 avril 2013, d'après : <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/>

Nations Unies (1999). *Rapport du Comité ad hoc plénier de la vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale, notamment Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*. New York, NY: Nations Unies et Winkler, J., et Gringle, R. E. (1999). *Planification familiale après avortement Programme de formation de deux jours pour l'amélioration du counselling et des soins*.

Organisation mondiale de la Santé (2012). *Avortement sécurisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Yellen, E. et Davis, G. C. (2001). Patient satisfaction in ambulatory surgery. *Association des infirmières de salle d'opération*, 74(4), 483-486, 489-494, 496-488.

Droits reproductifs

Principaux points traités dans ce module :

- Cadre international des droits humains relatifs à l'avortement et aux soins après avortement.
- Obstacles à la prise en charge légale et sécurisée de l'avortement.

1.0 Introduction

Plusieurs documents internationaux relatifs aux droits humains ont abordé la santé sexuelle et génésique. La première partie de ce module est consacrée à ces documents et donne des informations sur leur contenu. La deuxième, aborde les obstacles qui empêchent les femmes d'obtenir en toute sécurité et dans la légalité des soins d'avortement, et expose les différentes approches que les prestataires de soins peuvent adopter pour les surmonter. (Voir : Ressources supplémentaires, Droits reproductifs.)

2.0 Droits reproductifs

« La santé génésique est un état de total bien-être physique et mental qui ne se limite pas à l'absence de maladie ou d'infirmité, dans tous les domaines en rapport avec le système reproducteur et ses fonctions et processus. ... Les droits génésiques comprennent un certain nombre de droits humains qui sont déjà reconnus par les législations nationales, les traités internationaux des droits humains et divers autres documents faisant l'objet d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit de base de tous les couples et de toutes les personnes à décider librement et de manière responsable du nombre, de l'espacement et du moment de la naissance de leurs enfants et à obtenir les informations et les moyens d'y parvenir, ainsi que du droit à jouir de la meilleure santé sexuelle et génésique possible. Ils comprennent également leur droit à prendre des décisions en matière de reproduction en l'absence de toute discrimination, contrainte et violence, tel qu'il est exprimé dans les documents ayant trait aux droits de l'homme».

Cette définition globale de la santé et des droits reproductifs a été adoptée lors de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement (CIPD) de 1994. Cette définition constitue un cadre qui donne légitimité et protection aux droits reproductifs de la femme.

Parmi les droits qui soutiennent spécifiquement l'accès aux soins liés à l'avortement se trouvent les suivants :

- Droit des femmes de décider si, et à quel moment, elles veulent avoir des enfants. Les femmes doivent avoir accès aux méthodes contraceptives de leur choix et pouvoir décider si, et quand, elles souhaitent interrompre leur grossesse.
- Droit à la vie. Aucune femme ne doit mourir des suites d'un avortement non sécurisé.
- Droit à la santé. Aucune femme ne doit souffrir de séquelles à court ou long terme consécutives à un avortement non sécurisé.
- Droit à la dignité et à l'intégrité physique. Les jeunes femmes doivent être en mesure de consentir elles-mêmes à une procédure d'évacuation utérine.
- Droit de n'être soumise à aucune discrimination. L'évacuation utérine, par exemple, est une procédure médicale que seules les femmes nécessitent, c'est pourquoi elle ne devrait pas être indûment restreinte.
- Droit de ne pas subir de traitements cruels, inhumains et dégradants. Ce droit est violé, par exemple, lorsque l'avortement ou les soins après avortement sont refusés

ou qu'ils sont pratiqués de manière condamnatoire ou punitive.

- Droit de bénéficier des progrès de la science. Ce droit, par exemple, est respecté lorsque les prestataires de soins sont en mesure de dispenser les méthodes d'évacuation utérine préconisées par l'OMS.
- Droit à la liberté d'opinion et d'expression. Ce droit, par exemple, est respecté lorsque n'importe qui est en mesure de faire savoir qu'il soutient les soins d'avortement sécurisé.

2.1 Traités et accords

Le principe de l'universalité des droits humains est inscrit dans les conventions internationales, également appelées traités, chartes et pactes. Les gouvernements — également appelés États dans le système des droits humains — signent et ratifient les conventions internationales, ce qui a pour effet de les contraindre juridiquement à appliquer les dispositions et les objectifs des dites conventions. Plusieurs conventions obligent les gouvernements à respecter, protéger et permettre la réalisation des droits sexuels et reproductifs des femmes adultes et des jeunes femmes. Les conventions suivantes, très largement ratifiées, établissent le fondement des droits sexuels et reproductifs des femmes, y compris des jeunes femmes, dans le cadre des droits humains :

- Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP).
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC).
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW).
- Convention relative aux droits de l'enfant (CDE).
- Convention contre la torture et autres peines et traitements cruels, inhumains et dégradants.
- Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (CADHP) et son Protocole relatifs aux droits de la femme en Afrique.
- Convention américaine des droits de l'homme.
- Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction, et l'élimination de la violence contre la femme (Convention de Belém do Para).

Ces conventions peuvent être utilisées à des fins de plaider pour recommander l'adoption de politiques de soins qui protègent la santé sexuelle et génésique des femmes.

Des Organes de surveillance des traités vérifient la mise en œuvre des conventions internationales par les États signataires. Ils publient des Recommandations générales et des Observations finales en vue d'aider les États à remplir leurs obligations aux termes des conventions qu'ils ont signées.

(Voir Annexe A: Comités de surveillance des traités.)

2.2 Engagements mondiaux

Les déclarations de consensus et les déclarations publiées à l'issue de conférences internationales organisées par les Nations Unies et les agences affiliées constituent des ressources utiles pour faire progresser les droits sexuels et génésiques des femmes, et notamment des jeunes femmes. Certains comités de surveillance des traités les utilisent comme éléments d'un cadre d'évaluation permettant de vérifier dans quelle mesure un État applique les accords sur les droits humains.

Plusieurs conférences internationales historiques des années 1990 ont abordé le thème de la santé génésique des femmes et de la prise en charge des soins d'avortement sécurisé :

- *CIPD, Le Caire, 1994*: Pour la première fois, des responsables politiques ont évoqué conjointement l'avortement non sécurisé comme un problème de santé publique et ont demandé que l'avortement sécurisé soit pratiqué dans toutes les circonstances où il est prévu par la loi. Ils ont en outre énoncé des mesures destinées à améliorer la sécurité et l'accessibilité des soins et services d'avortement.
- *Nations Unies, Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, dite de Beijing, 1995* : Les décideurs politiques ont demandé aux gouvernements « d'envisager de réviser les lois qui prévoient des sanctions contre les femmes en cas d'avortement illégal ».
- *Examen quinquennal de la CIPD (CIPD +5), 1999*: Les gouvernements ont convenu qu'un accès adéquat aux soins et services devait accompagner les lois et les politiques qui permettent l'avortement légal et sécurisé, et ils ont affirmé : « Dans les circonstances où l'avortement n'est pas illégal, les systèmes de santé doivent former et équiper les prestataires de soins et prendre toutes autres mesures visant à garantir la sécurité et l'accessibilité des soins d'avortement. En outre, des mesures additionnelles doivent être prises pour préserver la santé des femmes ».

Les États ont également adopté des résolutions dans le cadre du Conseil des droits de l'homme dont la responsabilité est de renforcer la promotion et la protection des droits humains partout dans le monde. De telles résolutions contiennent des recommandations exhortant les États à agir et sont souvent pertinentes au travail touchant au choix relatif à la reproduction.

2.3 Déclarations des organes de décision

Les principaux organes de décision peuvent définir des normes qui contribuent à faire progresser les droits génésiques des femmes. Même si de telles déclarations ne sont pas juridiquement contraignantes, elles sont empreintes de l'autorité d'experts de santé respectés, et sont la traduction d'avis consensuels de ces experts.

Agences des Nations Unies

- *Rapport du Groupe d'experts indépendants sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant*, septembre 2012 : ce rapport remarque que les soins d'avortement sécurisé font partie des domaines négligés critiques en vue d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement dans le domaine de la survie des enfants et de la santé maternelle et reproductive, et déclare « que les preuves sont irréfutables » et que les objectifs ne seront pas atteints « à moins que le fardeau énorme que représente l'avortement non sécurisé ne soit combattu par des stratégies de santé publique visant à en réduire les méfaits - notamment par la mise à disposition de services de planification familiale et de soins d'avortement sécurisé ».
- Rapport de la Commission des Nations Unies sur la population et le développement
- *Quarante-cinquième session, Résolution 27*, avril 2012 : ce rapport « exhorte les gouvernements et les partenaires du développement, à travers la coopération internationale, en vue d'améliorer la santé maternelle, réduire la morbidité maternelle et infantile, et prévenir et répondre au VIH et au sida, de renforcer les systèmes de santé et de veiller à ce qu'ils priorisent l'accès universel à l'information et aux services de santé sexuelle et génésique, notamment [...], dans les circonstances où l'avortement n'est pas illégal, en formant et équipant les prestataires de soins et en prenant d'autres mesures permettant de garantir la sécurité et l'accessibilité de l'avortement dans ce type de circonstances... ».
- *OMS Avortement sécurisé, directives techniques[...]* Deuxième édition, 2012 (mise à jour de l'édition de 2003) : affirme que dans presque tous les cas, les décès et les invalidités imputables à des avortements non sécurisés auraient pu être évités grâce à une éducation à la sexualité, à un accompagnement et à des services de contraception, à des avortements provoqués et pratiqués dans un cadre légal et à la prise en charge correcte des complications consécutive à l'avortement. Ce manuel fournit un aperçu des méthodes d'avortement privilégiées, traite des

difficultés rencontrées par les systèmes de santé et examine les considérations politiques, légales et relatives aux droits à l'avortement sécurisé.

- *En quête de Justice*, ONU Femmes, 2012 : aborde la question de l'avortement sélectif en fonction du sexe, et déclare: « Les femmes ont souvent recours à la sélection des sexes, sous la forte pression de la société et des familles qui souhaitent des garçons. Des normes sociales discriminatoires, un modèle d'héritage patrilinéaire et la dépendance envers les fils pour apporter un soutien économique à un âge avancé conduisent les familles à accorder une plus grande valeur à la naissance de garçons. Les gouvernements sont dans l'obligation de remédier à cette discrimination systémique, mais sans exposer les femmes à des risques de blessures graves ou de décès en leur refusant l'accès à un avortement sécurisé ». L'agence onusienne poursuit en examinant la législation de plusieurs pays qui ont étendu l'accès des femmes à l'avortement légal et sécurisé.
- *Rapporteur spécial sur le droit à la santé*, Nations Unies, 2011 : le Rapporteur affirme que « les femmes ont droit, sur pied d'égalité, à la protection de la santé offerte par l'État dans le cadre du droit à la santé. Quel que soit le statut légal de l'IVG, les femmes ont le droit de bénéficier de l'accès aux produits, services et informations liés à la santé sexuelle et génésique. Elles ont droit, en particulier, à l'accès à des services de soins de santé de qualité pour la gestion des complications, y compris celles qui résultent d'IVG à risque et de fausses couches. Ces soins ne peuvent être soumis à conditions, même en présence d'une menace de poursuites pénales, et ne peuvent dépendre de la coopération d'une femme à toute poursuite pénale ultérieure, ni être utilisés comme preuve dans toute procédure à son encontre ou contre les fournisseurs d'IVG. Les lois ne peuvent imposer aux personnels des soins de santé de signaler aux forces de l'ordre ou aux autorités judiciaires les femmes qui font l'objet de soins liés à une IVG ».
- *Interventions essentielles, produits et lignes directrices en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile*, publié conjointement par le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH), l'OMS et l'Université Aga Khan, 2011, ce document classe, sur la base des données probantes disponibles, la prise en charge de l'avortement sécurisé, lorsqu'il est indiqué, et les soins après avortement, comme des interventions favorables à la réduction de la mortalité maternelle.
- *Community Innovation*, ONUSIDA, 2011 : ce document décrit des programmes novateurs à l'échelle des

communautés destinés à promouvoir la santé sexuelle et génésique et les droits des femmes par le biais de l'intervention sur le VIH, et souligne le travail accompli au Malawi, en Namibie et en Afrique du Sud, pour aborder la question de l'avortement avec les membres de la communauté.

- *La Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant, 2010* : affirme qu'un ensemble intégré et complet d'interventions et de services essentiels doit inclure « des services d'avortement dans de bonnes conditions de sécurité (lorsque l'avortement n'est pas interdit par la loi) » ainsi que d'autres services de santé génésique.
- *Le Consensus pour la santé maternelle, néonatale et infantile, 2009* : affirme que les interventions visant l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile peuvent être accomplies dans le cadre des systèmes de santé et qu'elles incluent des services d'avortement sécurisé, lorsque l'avortement est légal.
- *Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA) et Haut-commissariat aux droits de l'homme, Directives internationales sur le VIH, 2006* : reconnaît aux femmes atteintes du VIH/Sida d'exercer leur droit d'obtenir des soins d'avortement.
- *Le Comité des droits de l'enfant, Nations Unies, 2003* : spécifie que les gouvernements doivent « mettre à disposition [des filles et des femmes] des services de santé sexuelle et génésique, et notamment de planification familiale, de contraception ainsi que des soins d'avortement sécurisé lorsque l'avortement n'est pas illégal ».
- *Initiative pour une grossesse à moindre risque, 2000* : l'une des stratégies préconisées dans le cadre de cette Initiative consiste à « élaborer (ou mettre à jour) une politique et des normes nationales en matière de planification familiale, d'avortement provoqué (lorsque l'avortement n'est pas illégal), de soins maternels et néonataux (y compris des soins après avortement), et à développer un ensemble de dispositions réglementaires afin d'appuyer ces politiques et ces normes dans la pratique ».
- *Objectifs du millénaire pour le développement, 2000* : la première cible de l'Objectif n°5 du millénaire pour le développement est de réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle; la deuxième est de rendre universel l'accès à la médecine procréative d'ici à 2015.

Associations professionnelles

- *Association of Reproductive Health Professionals (Association américaine des professionnels de santé reproductive—ARHP)*, 2012 : la prise en charge de l'avortement est une composante déterminante des soins complets en santé reproductive, et l'ARHP soutient le droit de chaque femme de recourir à l'avortement. L'ARHP s'oppose également à toute tentative juridique, législative ou administrative menée au niveau local, des états ou fédéral, visant à interdire l'avortement ou les procédures médicamenteuses d'interruption de grossesse.
- *Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO)—Déclaration de consensus sur l'évacuation utérine*, 2011 : « l'aspiration intra-utérine et l'évacuation utérine par méthodes médicamenteuses doivent être introduites au lieu du curetage afin d'améliorer la sécurité et la qualité des soins d'avortement pour les femmes », une recommandation importante en vue de garantir aux femmes leur droit de bénéficier des progrès de la science.
- *Conseil de la confédération internationale des sages-femmes*, 2008 : a renforcé ses déclarations antérieures de 1996 et 2002, afin de garantir qu'une femme qui cherche à obtenir ou nécessite des soins liés à l'avortement ait le droit de les obtenir auprès des sages-femmes, y compris des soins d'avortement sécurisé conformément à la législation et aux politiques en vigueur dans son pays.
- *Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) - Code de déontologie: responsabilités professionnelles et déontologiques relatives aux droits sexuels et reproductifs*, paragraphe A-5, 2003 : L'objection de conscience relative à certaines procédures ne dispense pas le médecin, en cas d'urgence, d'accomplir les gestes immédiats permettant de garantir que le traitement nécessaire est administré sans délai ».
- Également dans FIGO - *Code de déontologie*, paragraphe B-4 : « veiller à ce que les adolescentes soient traitées sans discrimination due à leur âge, en fonction de leurs capacités évolutives plutôt qu'en fonction de leur âge chronologique, de manière à les aider à prendre en toute liberté des décisions éclairées concernant leur santé sexuelle et génésique ».
- *Fédération latino-américaine des associations de gynécologie et d'obstétrique (FLASOG)*, 2002 : la Fédération latino-américaine a adopté des recommandations exhortant les associations régionales de gynécologie et d'obstétrique à étendre les indications permettant légalement la pratique de l'avortement de manière à inclure les cas de

malformation fœtale et les affections mettant la vie du fœtus en danger.

- *Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), Directives déontologiques relatives à l'avortement provoqué pour des raisons non-médicales, 1999* : « ...[après] des informations et un accompagnement appropriés, une femme [a] le droit d'obtenir un avortement médicamenteux ou chirurgical, et les services de santé [ont] l'obligation de pratiquer ce type de soins dans les meilleures conditions de sécurité possible ».

(Voir : Ressources supplémentaires, Droits reproductifs).

3.0 Obstacles à la prise en charge et accès à l'avortement légal

Pratiquement tous les pays autorisent l'avortement dans certaines circonstances, et la plupart d'entre eux permettent l'avortement lorsqu'il s'agit de sauver la vie ou de préserver la santé de la femme.

Le droit à l'avortement dans le monde



Prière de vous rendre sur : www.worldabortionlaws.com pour consulter la version la plus récente de cette carte.

I	POUR SAUVER LA VIE DE LA FEMME OU ENTIÈREMENT INTERDIT	III	POUR DES MOTIFS SOCIOÉCONOMIQUES	■	INDISPONIBLE
II	POUR PRÉSERVER LA SANTÉ DE LA FEMME	IV	SANS AUCUNE RESTRICTION QUANT AU MOTIF		

Même dans les contextes où il est légal, l'avortement fait souvent l'objet de restrictions juridiques ou réglementaires qui peuvent en limiter l'accessibilité. À continuation sont énumérés certains des obstacles que les femmes peuvent rencontrer ainsi que les dispositions que les prestataires de soins peuvent prendre pour réduire les limitations à la prise en charge de l'avortement.

3.1 Une interprétation étroite de la loi

L'accès à l'avortement légal dépend en grande partie de la manière dont la loi est interprétée. Il arrive fréquemment que les systèmes de santé interprètent la loi de manière restrictive. En outre, il est possible que les prestataires de soins ou les systèmes de santé imposent des conditions plus restrictives que celles prévues par la loi ou nécessaires d'un point de vue médical. Par exemple, alors que le consentement du conjoint n'est pas prescrit par la loi, il peut arriver que celui-ci figure dans le cadre d'une politique officielle. Il existe également des exemples de législations dans lesquelles les droits de la femme sont clairement stipulés, comme c'est le cas au Vietnam, (voir encadré).

En l'absence d'orientations claires émanant des organismes politiques ou de réglementation comme le ministère de la Santé, les principales parties concernées, et notamment les prestataires, peuvent rencontrer des difficultés pour interpréter la loi. Par exemple, les lois qui permettent l'avortement en vue de préserver la santé de la femme peuvent être interprétées de manière restrictive par les prestataires qui permettront l'avortement uniquement dans les cas où la poursuite de la grossesse aurait pour conséquence de porter préjudice à la santé physique de la femme. Toutefois, pratiquement tous les pays dans le monde acceptent la définition de la santé de l'OMS, à savoir « un état complet de bien-être physique, mental et social... », et devraient donc, à ce titre, tenir compte du bien-être social et mental de la femme au moment d'évaluer les risques qu'elle encourt en matière de santé.

Les ministères de la Santé doivent travailler avec le personnel médical afin d'élaborer et de diffuser des lignes directrices et des normes cliniques nationales qui contribuent à garantir une prise en charge des soins dans la pleine application de la loi. S'il n'existe pas de directives à l'échelle nationale, les établissements de santé doivent s'assurer qu'ils disposent et appliquent leurs propres directives et protocoles.

3.2 Les restrictions concernant l'accès

Outre une interprétation étroite de la loi, il existe plusieurs autres restrictions qui peuvent influencer sur la capacité d'une femme d'obtenir des soins d'avortement. On peut trouver ce type de restrictions dans les lois, les réglementations, les politiques et les pratiques. Voici quelques exemples de ces restrictions :

La législation vietnamienne relative à la protection de la santé des personnes, adoptée en 1989, affirme:

« Toutes les personnes sont libres de choisir et d'utiliser des moyens de contraception, toute action visant à limiter ou forcer l'adoption de méthodes de planification familiale est interdite; les femmes ont le droit, de leur propre chef et en toute liberté, de recourir à l'avortement et d'obtenir un diagnostic et un traitement gynécologique, des examens physiques pendant leur grossesse ainsi que des soins médicaux lorsqu'elles accouchent dans des établissements de santé ».

– Ministère de la Santé du Vietnam 2002

- Absence ou manque d'accès à l'information sur l'avortement sécurisé.
- Obligation d'obtenir le consentement d'un tiers (p. ex. autorisation d'un parent, tuteur, conjoint, ou autorisation judiciaire).
- Périodes d'attente obligatoire.
- Limitations réglementaires sur l'accès aux médicaments.
- Obligation faite à une femme de dénoncer le viol à la police ou d'obtenir un ordre de poursuite pour avoir accès à l'avortement légal.
- Refus des prestataires de pratiquer des soins d'avortement pour clause de conscience (« objection de conscience »).
- Restriction de la pratique des soins d'avortement exclusivement aux médecins, en excluant les professionnels intermédiaires.
- Exigence que la prescription des soins d'avortement soit certifiée par au minimum deux médecins ou plus.

Même lorsque la loi ou les dispositions réglementaires ne prévoient pas de restrictions, certains prestataires de soins imposeront ce type de restrictions dans un souci excessif de prudence.

Les prestataires de soins peuvent collaborer avec des associations de professionnels et le gouvernement ou avec les responsables de l'institution de santé en vue d'éliminer ce type de restrictions. S'il n'existe aucune politique nationale relative au consentement parental, les prestataires de soins doivent appliquer le principe de la capacité évolutive de l'enfant, selon lequel il n'existe pas d'âge unique et défini indiquant qu'une mineure possède la maturité et la compréhension nécessaires pour prendre ses propres décisions. Dans le cadre de cette approche, avalisée par la Convention relative aux droits de l'enfant, les professionnels de santé peuvent utiliser leur propre jugement pour dispenser par extension des soins d'avortement sécurisé à des jeunes femmes ou des adolescentes qui autrement risqueraient de devoir recourir à un avortement non sécurisé ou dangereux. (Pour des informations plus complètes sur les soins d'avortement à l'intention des jeunes femmes et des adolescentes, et sur le principe qui s'y rapporte de « capacité évolutive », consulter : Ressources additionnelles, Droits reproductifs).

3.3 Pénuries de prestataires de soins

De nombreux pays limitent, en vertu de la loi ou dans la pratique, la prise en charge de l'avortement aux médecins, et en particulier aux gynécologues obstétriciens. Ce type de disposition peut avoir pour conséquence de limiter l'accès aux soins des femmes. Des

professionnels de santé de niveau intermédiaire peuvent pratiquer une procédure d'avortement de manière compétente. Le partage et le transfert des tâches peuvent inclure de former et d'autoriser les sages-femmes, les infirmières, les médecins internes ou stagiaires et d'autres professionnels de santé de niveau intermédiaire à pratiquer tous les aspects de la prise en charge des soins complets d'avortement, avec pour effet d'augmenter significativement l'accès à ces services.

C'est une mesure qui permet également de réduire les coûts et permet aux femmes d'obtenir les soins dont elles ont besoin plus près de chez elles. De plus, les méthodes médicamenteuses d'évacuation utérine offrent la possibilité d'une utilisation en toute sécurité à l'extérieur des établissements de santé, ce qui permet d'accroître encore l'accessibilité des soins d'avortement.

3.4 Restrictions technologiques

L'un des obstacles les plus courants aux soins d'avortement sécurisé et aux soins après avortement est le recours à des technologies obsolètes, plus particulièrement au curetage. Une telle situation pose problème pour deux raisons :

- Les femmes sont ainsi privées des avantages qu'offrent des méthodes plus sûres et moins douloureuses ; et
- Le coût et la complexité de la prise en charge se trouvent augmentées.

L'OMS recommande aux systèmes de santé d'abandonner le curetage au profit de l'aspiration intra-utérine ou des méthodes médicamenteuses, tant pour les soins après avortement que pour l'interruption volontaire de grossesse. Dès 2005, l'OMS a ajouté la mifépristone associée au misoprostol et le misoprostol administré seul dans sa liste modèle des médicaments essentiels. En 2011, la mifépristone et le misoprostol ont été ajoutés en tant que médicaments essentiels dans :

Interventions essentielles, produits et lignes directrices en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile. La mifépristone associée au misoprostol a également été ajoutée à la Liste inter-institutions des médicaments essentiels pour la santé génésique, élaborée conjointement par plusieurs agences des Nations Unies et ONG internationales, spécifiquement en vue de l'avortement médicamenteux au cours des 9 premières semaines de gestation. (Voir : Ressources supplémentaires, Droits reproductifs).

Pour garantir la disponibilité et l'utilisation des technologies recommandées, les professionnels de santé peuvent :

- Demander que l'équipement nécessaire à l'aspiration intra-utérine et les médicaments nécessaires à l'évacuation utérine médicamenteuse soient ajoutés aux listes normalisées de leur pays et de leur établissement, et insister pour que l'approvisionnement et le

Le cas de l'Afrique du Sud

La loi sur l'avortement adoptée en Afrique du Sud après l'apartheid autorise les sages-femmes et les infirmières à pratiquer des avortements. La loi de 1997 sur l'interruption volontaire de grossesse et ses amendements subséquents permettent aux sages-femmes et infirmières professionnelles et qualifiées de pratiquer des avortements au cours du premier trimestre. Des professionnels de santé de niveau intermédiaire sont en mesure de pratiquer des soins de qualité optimale lorsqu'il n'y a pas de médecins disponibles. C'est une mesure qui a permis d'étendre la prise en charge des soins d'avortement aux centres de santé et aux hôpitaux de district en milieu rural.

réapprovisionnement soient prévus à temps.

- Prendre l'engagement de réactualiser fréquemment leurs compétences et encourager leurs collègues à faire de même.
- Former d'autres professionnels de santé à l'utilisation de technologies plus novatrices.

3.5 Refus de soins pour objection de conscience

Tout prestataire de soins a l'obligation de dispenser des soins après avortement visant à sauver la vie de la femme, et ne peut donc pas refuser d'offrir ce type de soins pour un motif de conscience. La grande majorité des pays autorisent l'avortement lorsqu'il s'agit de sauver la vie de la femme, et aux yeux de la loi, dans ces circonstances les femmes ont droit aux soins. Certains professionnels de santé refusent de provoquer un avortement au nom d'objections personnelles. Il s'agit d'un obstacle à l'accessibilité des soins. Ce sont uniquement les prestataires de soins autorisés à pratiquer des avortements qui ont le droit de refuser de pratiquer cette procédure en se fondant sur des motifs moraux ou religieux (et uniquement dans les cas où la vie de la femme n'est pas en danger); toutefois, ils sont liés par le code de déontologie médicale et ont l'obligation juridique de veiller à ce que les femmes puissent avoir accès, en toute sécurité, à des soins dans un établissement de santé proche et dans un délai raisonnable. Les professionnels de santé indirectement impliqués ne peuvent pas refuser de pratiquer les tâches qui sont les leurs en se prévalant du droit à l'objection de conscience. En outre, les membres du personnel administratif des établissements de santé publique ne peuvent pas invoquer l'objection de conscience.

Dans l'optique de s'assurer que le refus de donner des soins pour des motifs moraux ou religieux n'a pas pour conséquence de restreindre l'accès des femmes aux soins, les directeurs d'établissements de santé peuvent :

- Veiller à ce que leur établissement offre une prise en charge de l'avortement conforme aux normes et lignes directrices.
- Revendiquer une prise en charge de l'avortement sécurisé fondée sur la conscience dans leur établissement.
- Exiger des prestataires qui refusent de pratiquer certains soins qu'ils réfèrent la patiente à un autre prestataire disposé à les pratiquer conformément aux protocoles relatifs à l'avortement en vigueur au sein de l'établissement.
- Dresser une liste des prestataires de soins qui pratiquent et ne pratiquent pas les soins liés à l'avortement.

« Exercer son droit d'objection de conscience en matière de soins de santé est généralement considéré comme équivalent à refuser de participer à des soins médicaux contestés, plus particulièrement dans le cas de l'avortement. Une telle interprétation omet entièrement de tenir compte du fait que la prise en charge de l'avortement puisse être en soi également une décision fondée sur la conscience. Le défaut récurrent qui consiste à refuser de reconnaître la prise en charge des soins d'avortement comme un acte de « conscience » se traduit pas des lois qui ne protègent pas les soignants auxquels leur conscience impose de fournir des soins d'avortement, contribue à perpétuer la stigmatisation de ceux qui pratiquent des avortements, et crée ... des angles morts... en ce qui concerne le respect des exigences positives de conscience — c'est-à-dire l'exigence fondée sur la conscience qui pousse à donner des soins plutôt que de les refuser ».

- Lisa Harris, 2012

- Mettre à disposition des prestataires de soins qui refusent de pratiquer des soins d'avortement une liste de prestataires et d'établissements de soins vers lesquels les patientes peuvent être référées.
- Élaborer un protocole indiquant clairement les sanctions qui seront prises à l'encontre des prestataires de soins qui refusent de référer les patientes ou refusent de traiter les patientes dont la vie est en danger.

3.6 Les attitudes des prestataires de soins

Les attitudes et les convictions des prestataires de soins déterminent leur manière d'interagir avec les femmes et de les accompagner, et ont une influence conséquente. Des prestataires de soins peuvent avoir inconsciemment, des convictions sur qui devrait être aux commandes pendant l'avortement ou sur la capacité d'une femme à déterminer ce qui se passe dans son corps. La clarification des valeurs peut aider les prestataires de soins à identifier leurs convictions et leurs valeurs, à explorer les conséquences de leurs actions, à apprendre à séparer leurs valeurs de celles de leurs patientes et à offrir des soins en respectant les droits et les décisions de chaque femme. (Voir : Ressources supplémentaires, Droits reproductifs).

4.0 Rôle de plaidoyer de certains prestataires

Certains prestataires de soins peuvent souhaiter participer à des campagnes de plaidoyer en vue de changer les lois et les politiques qui limitent les droits reproductifs des femmes, y compris des jeunes femmes. Voici quelques suggestions dans ce sens :

- Demander aux associations professionnelles auxquelles ils appartiennent d'organiser des séminaires en vue de réexaminer les lois et la manière dont elles sont interprétées et appliquées.
- Travailler en partenariat avec d'autres activistes comme les associations de juristes et les organisations de défense des droits de la femme en vue d'élaborer des stratégies.
- Écrire, publier et encourager des organisations sœurs à publier des déclarations reconnaissant les droits reproductifs comme des droits humains ou indiquant leur soutien à l'avortement légal et sécurisé.
- Collaborer avec les décideurs politiques pour assumer un rôle actif dans la définition des lois et des politiques en vigueur.
- Éclairer les décideurs politiques et autres personnes influentes en diffusant des statistiques sur la mortalité et la morbidité maternelles imputables à l'avortement.

- S'associer aux efforts de plaidoyer qui, à partir des communautés, demandent la mise à disposition de soins d'avortement sécurisé, l'amélioration de l'accès à la contraception et/ou à l'éducation à la santé sexuelle et génésique pour les femmes, particulièrement pour les jeunes femmes.

(Pour des informations plus complètes sur les actions que peuvent entreprendre les prestataires de soins afin de défendre l'accès des femmes à l'avortement sécurisé et légal, voir: Ressources supplémentaires, Droits reproductifs).

5.0 Éléments à prendre en considération dans le cadre des soins post avortement

- Dans leurs grandes lignes, les questions liées aux droits reproductifs et aux politiques sont les mêmes que pour les soins d'avortement provoqué (IVG). Dans les situations où des lois restrictives continuent d'exposer les femmes à des risques qui mettent leur vie et leur santé en danger, il est nécessaire d'aborder cette question de santé publique à travers une réforme juridique et politique bien plus globale.

6.0 Résumé

- Les traités internationaux, les conventions, les déclarations consensuelles et les prises de position peuvent contribuer à la protection des droits reproductifs.
- Des organes de surveillance des traités ont été mis en place pour vérifier que les États agissent conformément aux conventions internationales.
- Les déclarations consensuelles, les prises de position et les engagements sont autant d'éléments sur lesquels adosser le respect des droits et de la santé sexuelles et génésiques des femmes et des jeunes femmes.
- Les déclarations des agences des Nations Unies, des associations de professionnels de la santé et des décideurs politiques peuvent contribuer à définir des normes en vue de faire progresser les droits reproductifs des femmes et des jeunes femmes.
- Seuls les prestataires de soins de santé autorisés à pratiquer un avortement ont le droit de refuser de pratiquer cette procédure pour des motifs moraux ou religieux (et uniquement si la vie de la femme n'est pas en danger); néanmoins, ils restent liés par le code de déontologie médicale et ont l'obligation juridique de veiller à ce que les femmes obtiennent ces services en toute sécurité dans un établissement proche et dans des délais raisonnables.

- Les prestataires de soins qui souhaitent s'engager dans des efforts de plaidoyer en vue d'étendre les droits reproductifs des femmes doivent savoir ce que permettent les lois en vigueur, comment elles sont appliquées, et s'il existe des obstacles qui empêchent couramment les femmes d'exercer leurs droits tels que prévus par la loi.

Bibliographie

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

Alan Guttmacher Institute. (2009). *Abortion worldwide: A decade of uneven progress*. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute.

Assemblée Générale des Nations Unies (1966). *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. New York et Genève : UNGASS.

Assemblée Générale des Nations Unies (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*. New York et Genève : UNGASS.

Assemblée Générale des Nations Unies (1989. (2000). *Déclaration du Millénaire de l'ONU*. New York : ONU - D'après: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>.

Association of Reproductive Health Professionals. (2012). *Déclaration de principes #9*. D'après: <http://www.arhp.org/About-Us/PositionStatements#9>

Center for Reproductive Rights. (2006). *Bringing Rights to Bear*. D'après: http://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/pub_bp_BRB.pdf

Comité des droits de l'enfant de l'ONU (2003). *Observation générale n° 4: La santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant*. D'après : CRC/GC/2003/4. <http://tb.ohchr.org/default.aspx?Symbol=CRC/GC/2003/4>.

Commission de la population et du développement des Nations Unies. (2012). *Rapport sur la quarante-cinquième session, résolution 27*. New York: ONU, d'après : <http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2012/cpd45.htm>.

Confédération internationale des sages-femmes (ICM) (2008). *Midwives' provision of abortion-related services*. La Haye: ICM.: La Haye.

Conseil des droits de l'homme de l'ONU. (2011). *Rapport intermédiaire préparé par le Rapporteur spécial du Conseil des droits de l'homme, sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental possible*. New York : ONU.

Cook, R. J., et Dickens, B. M. (2000). *Considerations for Formulating Reproductive Health Laws*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé.

Dickson-Tetteh, Kim et Deborah L. Billings. (2002). Abortion care services provided by registered midwives in South Africa. *International Family Planning Perspectives*, 28 (3), 144–150.

Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO). (2003). *Code of ethics: FIGO Professional and Ethical Responsibilities Concerning Sexual and Reproductive Rights*. Consulté le 11 avril 2013, d'après: <http://www.figo.org/Codeofethics>

Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO). (2011). Consensus Statement on Uterine Evacuation. D'après: <http://www.figo.org/news/new-download-uterine-evacuation-figo-consensusstatement-003824>

Fédération latino-américaine des associations de gynécologie et d'obstétrique (FLASOG) (2002). Recommandations de l'Assemblée générale, 17e Congrès.

Gomperts, R. J., Jelinska, K., Davies, S., Gemzell-Danielsson, K. et Kleiverda, G. (2008). Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. *BJOG*, 115(9), 1171–1175; discussion 1175–1178. 0.1111/j.1471-0528.2008.01787.x

Groupe d'examen indépendant d'experts (iERG) sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. (2012). *Chaque femme, chaque enfant: de l'engagement à l'action (premier rapport)* D'après: http://www.who.int/woman_child_accountability/ierg/reports/2012/IERG_report_low_resolution.pdf

Harris, L. H. (2012). Recognizing conscience in abortion provision. *New England Journal of Medicine*, 367(11), 981–983. doi: 10.1056/NEJMp1206253

Haut-commissariat aux droits de l'homme. Nations Unies, Conseil des droits de l'homme: Information générale sur le Conseil des droits de l'homme. Repris dans : <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/AboutCouncil.aspx>

Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. (1998). *VIH/Sida et droits de l'homme: Directives internationales Deuxième consultation internationale sur le VIH/sida et les droits de l'homme*. New York et Genève: ONU.

Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, ONUSIDA. (2006). *Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de l'homme, version consolidée 2006*. Genève: ONUSIDA. Repris dans : http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-interguidelines_en.pdf.

Ipas. (2002). *Human rights, unwanted pregnancy and abortion-related care: Reference information and illustrative cases*.

D'après: [http:// ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Human-rights--unwantedpregnancy-and-abortion-related-care--Reference-information-and-illu.aspx](http://ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Human-rights--unwantedpregnancy-and-abortion-related-care--Reference-information-and-illu.aspx) website:

Ipas et IHCAR. (2002). Deciding women's lives are worth saving: Expanding the role of midlevel providers in safe abortion care. *Issues in Abortion Care*, 7. D'après: <http://ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Deciding-womens-lives-are-worth-saving--Expanding-therole-of-midlevel-providers-in-safe-a.aspx>:

Klugman, Barbara et Debbie Budlender, eds. 2001. *Advocating for abortion access: Eleven country studies*. Johannesburg, South Africa, Women's Health Project.

Lichtenberg, E. S., Grimes, D. A. et Paul, M. (1999). *Abortion complications: Prevention and management*. Churchill, New York: Livingston.

Lichter, D. T., McLaughlin, D. K. et Ribar, D. C. (1998). State abortion policy, geographic access to abortion providers and changing family formation. *Family Planning Perspectives*, 30 (6), 281–287.

Nations Unies (1994). *Programme d'action de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement*. Consulté : 01 avril 2013, d'après : <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>.

Nations Unies (1995). *Programme d'action de la Quatrième Conférence mondiale sur les Femmes*. Consulté : 01 avril 2013, d'après : <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/>.

Nations Unies (1999). *Rapport du Comité ad hoc plénier de la vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale incluant les principales mesures proposées pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*. New York : ONU.

ONU Femmes (2011). *Enquête de justice: 2011–2012. Le progrès des femmes dans le monde*. New York: ONU Femmes - D'après : <http://progress.unwomen.org/pdfs/EN-Report-Progress.pdf>.

ONUSIDA. (2011). *Community innovation: Achieving sexual and reproductive health and rights for women and girls through the HIV response*. Genève, Suisse : ONUSIDA, d'après: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/07/20110719_Community%20innovation.pdf.

Organisation mondiale de la Santé. (2000a). *Pour une grossesse à moindre risque. Rapport du Secrétariat Conseil exécutif 107e session, EB107/26*. D'après : http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB107/ee26.pdf.

Organisation mondiale de la Santé. (2000b). *Grossesse et VIH/Sida. Fact Sheet No. 250*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, d'après : <https://apps.who.int/inf-fs/en/fact250.html>.

Organisation mondiale de la Santé). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Organisation mondiale de la Santé. (2005). *OMS Liste modèle des médicaments essentiels*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, d'après : <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>.

Organisation mondiale de la Santé, Fédération internationale pour la planification familiale, John Snow, Inc., Partners for Appropriate Technologies in Health (PATH), Population Services International, Fonds des Nations Unies pour la population, Banque mondiale. (2006). *Principes directeurs inter-institutions: Liste inter-institutions des médicaments essentiels pour la santé génésique*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé, d'après : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/69255>.

Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH). 2009. *Consensus pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant*. D'après : http://www.who.int/pmnch/topics/part-publications/2009_mnchconsensus/en/

Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH). (2011). *Tour d'horizon mondial des interventions essentielles, produits et lignes directrices en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (RMNCH)*. Genève, Suisse : PMNCH.

Renner, R. M., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Li, H. et Edelman, A. B. (2012). Paracervical block for pain control in first-trimester surgical abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 119(5), 1030–1037.

Schenker, J. G. et Cain, J. M. (1999). FIGO, Rapport du comité de la FIGO, Comité sur les aspects éthiques de la reproduction humaine et la santé de la femme. Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO). *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 64(3), 317–322.

Secrétaire général des Nations Unies. (2010). *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*. Genève, Suisse : ONU. D'après : http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/201009_globalstrategy_wch/en/index.html.

Turner, K. L. et Chapman Page, K. (2008). *Transformation des attitudes face à l'avortement : boîte à outils de clarification des valeurs pour une audience internationale*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Turner, K. L., Weiss, E. et Gulati-Partee, G. (2009). *Les prestataires de soins en tant que défenseurs du droit à l'avortement médicalisé: Un manuel de formation*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Vietnam : ministère de la Santé. (2002). *Stratégie nationale sur la santé reproductive pour la période 2001–2010*. Hanoï, Vietnam : Ministère de la Santé.

Warriner, I. K., Wang, D., Huong, N. T., Thapa, K., Tamang, A., Shah, I., . . . Meirik, O. (2011). Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial. Népal. *The Lancet*, 377(9772), 1155–1161.

Annexe A : Comités de surveillance des traités

Les Comités de surveillance des traités ont été institués afin de vérifier que les États appliquent les dispositions des conventions internationales et respectent leurs obligations. Ils publient des recommandations et des observations générales pour aider les États parties à mettre en pratique leurs obligations. Par exemple, le Comité sur les droits de l'enfant a exhorté les États: « (a) à élaborer et mettre en œuvre des programmes en vue de donner accès à des soins et services de santé sexuelle et génésique, y compris à la planification familiale, à la contraception et aux soins d'avortement sécurisé dans les endroits où l'avortement n'est pas illégal ».

Au cours du processus de suivi et d'évaluation :

- Les États soumettent des rapports périodiques, résumant les dispositions qu'ils ont prises en vue de respecter leurs obligations et signalant les mesures qu'ils doivent encore mettre en œuvre.
- Des individus et des organisations soumettent « des communications écrites et des rapports indépendants » afin de communiquer aux comités leurs propres constatations sur l'application par l'État de ses obligations en vertu de la convention.
- Les Comités préparent des recommandations sur la manière dont un État peut améliorer le respect et la mise en pratique de ses obligations.

Les États n'ont pas d'obligation légale d'appliquer ces recommandations mais il est toutefois attendu qu'ils le fassent. Les défenseurs des droits humains peuvent utiliser ces recommandations afin de demander aux gouvernements de rendre des comptes et d'amender les lois et les pratiques de manière à respecter les droits sexuels et génésiques des femmes. Certaines conventions sont également dotées de protocoles facultatifs qui permettent aux individus et aux organisations de soumettre des plaintes relatives à des violations des droits humains. Le Comité de la CEDAW, par exemple, a reçu des plaintes relatives à l'avortement et a demandé aux États de prendre des mesures pour que l'avortement légal soit accessible à toutes les femmes et sans délais.

Sept conventions internationales des droits de l'homme disposent de Comité de surveillance des traités chargés de vérifier l'application des conventions par les États qui les ont ratifiées. Ces traités et comités sont :

1. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) – Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/cedaws40.htm
2. Comité des droits de l'enfant – Convention relative aux droits de l'enfant, www2.ohchr.org/english/bodies/crc/
3. Comité contre la torture – Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, www2.ohchr.org/english/bodies/cat/
4. Comité des droits de l'homme – Pacte international relatif aux droits civils et politiques, www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/index.htm
5. Comité pour l'élimination de la discrimination raciale - Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, www2.ohchr.org/english/bodies/cerd/
6. Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR) – Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/
- 7 Comité pour la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille - Convention internationale pour la protection des droits des migrants et des membres de leur famille, www2.ohchr.org/english/bodies/cmw/

Ipas a réuni les textes spécifiques à ces conventions, et à d'autres conventions pertinentes, concernant la mortalité maternelle, la grossesse non désirée et l'avortement dans trois documents :

- Maternal Mortality, Unwanted Pregnancy and Abortion as addressed by International Human Rights Bodies [Mortalité maternelle, grossesse non voulue et avortement : ce qu'en disent les Organes internationaux des droits humains]
- Part One, www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/IHRCOMPAE12.ashx
- Part Two, www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/IHRCOMPBE12.ashx
- Part Three, www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/IHRCOMPCE12.ashx

Liens avec la communauté

Principaux points abordés dans ce module :

- Partenariats avec la communauté
- Évaluation de la communauté
- Interventions fondées sur la communauté

1.0 Introduction

De même que dans le cas d'autres services de santé essentiels, les systèmes de santé ont l'obligation de mettre des soins complets d'avortement à disposition des communautés dans lesquelles vivent et travaillent des femmes. Les communautés peuvent remplir un rôle déterminant dans la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles en établissant des partenariats avec les établissements de santé qui proposent des soins et services de santé sexuelle et reproductive en vue de garantir que les femmes disposent des informations, du soutien et des moyens d'accès

aux soins dont elles ont besoin. Parallèlement, les prestataires de soins, eux aussi, peuvent établir des liens avec les membres de la communauté en vue d'initier la mise en place de partenariats de ce type. En travaillant en étroite collaboration avec les communautés qu'ils servent, les prestataires de soins sont à même de mieux comprendre les circonstances dans lesquelles vivent les femmes, les obstacles qui les empêchent d'obtenir des soins, et peuvent apprendre ce que les femmes considèrent comme des soins de qualité optimale. Un climat de confiance mutuelle peut s'établir grâce à des relations étroites et soucieuses des sensibilités entre les membres de la communauté et le personnel des centres de santé, favorisant ainsi une meilleure prise en charge des soins pour les femmes, y compris pour les jeunes femmes et les adolescentes.

Le terme *communauté* est couramment utilisé pour désigner des personnes qui vivent dans un lieu géographique commun, quartier, village ou ville. Il existe toutefois de nombreux autres types de communautés diverses fondées sur un intérêt spécifique commun ou regroupant une population partageant une histoire ou une culture, ou un intérêt social, politique ou économique particulier.

Ces définitions insistent sur les similarités et le partage des intérêts entre les membres d'une communauté donnée. Dans la réalité, il peut toutefois exister des différences d'opinion et des conflits. De telles différences peuvent avoir un impact déterminant sur la santé et le bien-être des membres de la communauté, surtout des femmes. La question de l'avortement peut s'avérer très sensible et être une source de conflit au sein de la communauté. Le harcèlement manifeste ou même plus discret des professionnels qui dispensent des soins liés à l'avortement par des membres de la communauté peut avoir un impact négatif sur la prise en charge et l'accès aux soins. Les prestataires de soins peuvent chercher à identifier des alliés au sein de la communauté susceptibles de les aider à mieux faire comprendre pourquoi des soins d'avortement sécurisé peuvent être nécessaires, et plus généralement, à promouvoir l'accès des femmes à des soins liés à l'avortement de qualité optimale.

Les prestataires de soins d'avortement et les autres membres de l'établissement de santé doivent prendre une part active à l'établissement de partenariats avec les membres de la communauté. En vue d'établir des relations solides avec les membres de la communauté dans laquelle ils exercent, les personnels de santé peuvent :

- Dispenser à toutes les femmes qui se présentent des soins de qualité optimale en faisant preuve de respect et en protégeant leur confidentialité ;
- Informer et consulter les chefs et représentants des différents segments de la communauté, notamment ceux des différents groupes ethniques et des jeunes femmes ;

- Instaurer des mécanismes permanents, comme par exemple des comités communautaires consultatifs qui regroupent divers représentants dans le but de : impliquer la communauté à l'évaluation de la prestation de services ; la consulter en cas d'incidents indésirables ; l'impliquer dans l'élaboration de recommandations visant l'amélioration de la qualité des services ; l'impliquer dans la promotion de partenariats positifs entre la communauté et les prestataires de soins; et, en cas de survenue d'incidents indésirables, promouvoir la discussion pour éviter les malentendus et une mise en danger potentielle des prestataires de soins.
- Établir ou renforcer les programmes de sensibilisation par l'intermédiaire des auxiliaires de santé de manière à diffuser des informations appropriées à la situation locale et proposer un appui et des soins à tous les membres de la communauté.

Les membres de la communauté peuvent également souhaiter avoir une attitude proactive, définir des perspectives, identifier des problèmes et proposer des solutions adaptées. En travaillant conjointement, les prestataires de soins et les membres de la communauté peuvent améliorer l'accès aux soins et leur qualité.

2.0 Évaluation de la communauté

Les résidents de la communauté ont un intérêt manifeste à leur propre santé, leur sécurité et leur bien-être. Plutôt que de faire des suppositions, il est capital de réunir des informations directement auprès des membres de la communauté et des représentants de ses chefs, et d'écouter attentivement ce que les femmes, y compris les jeunes femmes, ont à dire sur leurs préoccupations de santé et les ressources qui leur sont consacrées. Les prestataires de soins de santé peuvent commencer à établir des liens au sein de la communauté en identifiant et en engageant un dialogue avec les chefs et représentants communautaires suivants :

- Fonctionnaires du gouvernement local
- Chefs traditionnels
- Membres du comité sanitaire
- Dirigeants des groupes de femmes, d'hommes et de jeunes
- Chefs religieux
- Fonctionnaires chargés du maintien de l'ordre ou de la loi
- Accoucheuses et guérisseurs traditionnels
- Professionnels/auxiliaires de santé communautaire
- Dirigeants de mouvements étudiants

Comité consultatif communautaire

Un comité consultatif communautaire est constitué de chefs et représentants communautaires, et joue le rôle de comité directeur dans le cadre d'un projet ou d'un service. Il comprend habituellement de 12 à 20 individus issus de la communauté et intéressés par le projet, y compris des jeunes et des membres influents provenant de différents secteurs. L'objectif de ce groupe est d'adapter les services ou le projet aux besoins de la communauté, de recruter le soutien de l'ensemble de la communauté, et plus généralement d'orienter et de prodiguer des conseils.

Les membres du comité doivent comprendre les questions de santé reproductive qui touchent la communauté, et bien souvent ils ont un accès direct aux membres de la communauté qui sont les plus susceptibles de tirer un avantage des informations relatives à ces services de santé. Les membres du comité peuvent élargir l'impact des efforts en matière de promotion de la santé, améliorer les services de santé et renforcer les relations entre les services de santé et la communauté dans son ensemble. Il est important d'éviter les mesures symboliques - tous les membres du Comité consultatif communautaire doivent être des membres actifs et avoir des responsabilités, il est essentiel d'accorder de la valeur à toutes leurs idées et opinions. Habituellement, les responsabilités des membres d'un comité consultatif incluent :

- plaidoyer, promotion des droits
- informations et sensibilisation de la communauté
- orientation éclairée du projet ou des services

Un effort tout particulier devrait être réalisé pour inclure la participation des jeunes femmes dans le cadre de ces conversations avec la communauté. Il est possible que les jeunes femmes, ainsi que d'autres groupes de la communauté, hésitent à parler ouvertement et publiquement de leurs préoccupations. Des conversations individuelles ou en petit groupe peuvent donc s'avérer plus productives.

Le personnel des centres de santé et/ou d'autres membres de la communauté peuvent organiser un état des lieux de la communauté afin de mieux comprendre comment les membres de la communauté perçoivent les différents domaines sanitaires ainsi que les difficultés et les questions de ressources qui s'y rapportent, et peuvent influencer la prestation de services et l'accès aux soins. Des enquêtes et des évaluations communautaires peuvent contribuer à déterminer toute une série d'éléments importants : services et soins auxquels les femmes ont accès ; expériences antérieures des femmes avec le système de santé ; structures et mécanismes de santé disponibles sur place ; et permettre de déterminer ce qui est important pour les femmes et leurs familles ainsi que les aspects pertinents de leurs circonstances et modes de vie. Il est possible que les membres de la communauté, et probablement également le personnel des établissements de santé, aient besoin d'orientations et de conseils sur la manière de mener une évaluation. C'est là une occasion de développer au sein de la communauté un type de compétences qui peuvent être utiles à l'amélioration d'autres services de santé. Ces constatations seront capitales pour établir des partenariats fonctionnels et permettre la mise en place de soins véritablement adaptés aux besoins des membres de la communauté.

En termes généraux, les principaux éléments d'une évaluation communautaire peuvent inclure des questions comme les suivantes :

- Où, comment et dans quelles circonstances, les personnes préfèrent-elles obtenir des informations relatives à leur santé sexuelle et génésique ?
- Quelles sont les ressources disponibles en matière de santé sexuelle et génésique, et les femmes les connaissent-elles ?
- Où les femmes de la communauté obtiennent-elles des avortements en dehors du système de santé officiel, par exemple, auprès de droguistes, d'accoucheurs traditionnels, de guérisseurs ou de travailleurs de santé non qualifiés ?
- Comment les membres de la communauté définissent-ils la qualité des soins et la compétence des prestataires ?
- Quelles sont les questions de santé publique qui sont au centre des préoccupations, et quelles sont les autres facteurs qui ont un impact sur la santé comme la pauvreté, un taux de chômage élevé ou des logements insalubres ?
- Quelles sont les perspectives des différents segments de la communauté sur l'avortement ?
- Quel est le degré de préoccupation relatif à la mortalité et la morbidité maternelles ? La communauté a-t-elle conscience ou comprend-elle que l'avortement non sécurisé est un facteur qui y contribue ?

- Quelles sont les expériences antérieures que les femmes ont pu avoir des établissements de santé ?
- Quels sont les services sanitaires et les mécanismes de soutien communautaires disponibles pour répondre aux besoins des femmes ?
- Quels sont les aspects les plus importants aux yeux des femmes et de leurs familles ?
- Quels sont les aspects les plus importants aux yeux, spécifiquement, des jeunes femmes et des adolescentes ?

Pour des informations plus complètes sur la manière de mener une évaluation sur la situation de l'avortement pour les jeunes femmes, voir : Ressources supplémentaires, Liens avec la communauté.

3.0 Interventions communautaires

Les prestataires de soins de santé peuvent utiliser les informations réunies lors de leur évaluation de la communauté pour concevoir des interventions qui contribuent à établir des liens entre la prise en charge des soins liés à l'avortement et les membres de la communauté. Les prestataires de soins doivent être ouverts et prêts à mettre en place des solutions spécifiques à la communauté et générées par elle aux problèmes rencontrés. Les interventions sont beaucoup plus efficaces lorsque l'impulsion provient de la communauté et que des chefs locaux et influents qui peuvent leur conférer de la crédibilité et de la pérennité en font la promotion.

Les femmes, leurs conjoints/partenaires et leurs familles ont besoin d'informations sur :

- Les signes et symptômes de grossesse.
- Les options concernant la grossesse.
- La disponibilité des Services de contraception, y compris la contraception d'urgence.
- Les conditions légales pour obtenir une interruption volontaire de grossesse (IVG).
- Les endroits où elles peuvent obtenir des services d'avortement sécurisé et être traitées en cas de complications suite à un avortement.
- Les dangers de l'avortement non sécurisé.
- L'importance d'obtenir des soins liés à l'avortement auprès de prestataires de soins qualifiés et autorisés à les pratiquer.

Les femmes doivent être en mesure d'exercer pleinement leurs droits à l'avortement tels que prévus par la loi, et les prestataires de soins doivent les y aider. Ils peuvent le faire :

En informant et éduquant les femmes et leurs conjoints/partenaires sur la reproduction humaine, la contraception et les options relatives à la grossesse.

Le personnel de santé peut, par exemple, organiser des réunions communautaires et des sessions éducatives ou former des auxiliaires de santé communautaire à le faire.

En éduquant les chefs communautaires et en leur faisant comprendre la nécessité de garantir que les jeunes femmes et les adolescentes reçoivent une éducation sexuelle et reproductive complète. En veillant à ce qu'ils comprennent que ce type d'information ne provoque pas une activité sexuelle accrue mais qu'elle entraîne au contraire une meilleure prise de décisions, davantage de rapports sexuels protégés, et par conséquent moins de grossesses non voulues et d'avortements non sécurisés.

Instaurer un partenariat avec les jeunes femmes.

Les jeunes femmes peuvent contribuer à définir et concevoir des soins d'avortement plus accessibles et mieux adaptés à leurs paires, et elles peuvent aider à l'évaluation de la qualité des soins et influencer les efforts visant à l'améliorer.

Former et équiper les auxiliaires de santé communautaire à informer et accompagner les femmes dans le choix d'une méthode contraceptive de manière à ce que celles-ci puissent satisfaire leurs besoins en matière de contraception plus près de chez elles.

Le personnel des établissements de santé peut identifier des ressources et développer des systèmes de transfert afin de répondre aux femmes qui ont des besoins spécialisés.

Alerter la communauté en cas de tendance négative en matière de santé publique.

Par exemple, si de nombreuses femmes se présentent aux centres de santé avec des complications consécutives à des avortements non sécurisés, les prestataires de soins peuvent se réunir avec les chefs de la communauté en vue de promouvoir au niveau local une éducation sur les services sécurisés et sur l'assistance disponible aux femmes qui nécessitent des soins. De même, si de nombreuses jeunes femmes qui ont des relations sexuelles avec des hommes beaucoup plus âgés ou mariés contractent des infections sexuellement transmissibles (IST), les prestataires de soins peuvent alerter la communauté et les dirigeants des groupes de jeunes de leurs préoccupations. Les prestataires de soins doivent toujours et en toutes circonstances veiller à préserver la confidentialité des femmes.

Sensibiliser et susciter l'adhésion à l'avortement et le soutien aux prestataires de soins.

Les prestataires de soins peuvent organiser des ateliers de clarification des valeurs au sein de la communauté afin de susciter l'adhésion et le soutien, et réduire la stigmatisation dont font l'objet les femmes qui ont un avortement et les prestataires qui pratiquent ce type de soins. Les directeurs d'établissements de santé peuvent faire des annonces, afficher des informations et relayer des messages aux médias afin de s'assurer que le public sait quels types de soins et services ils offrent et connaît leur engagement à respecter leurs politiques de confidentialité. Des campagnes publiques peuvent encourager les femmes qui souhaitent interrompre une grossesse à rechercher des soins sécurisés.

Informar les pharmaciens et les commerçants qui vendent des médicaments ainsi que les femmes elles-mêmes sur l'avortement médicamenteux à base de mifépristone et/ou de misoprostol.

Les prestataires de soins peuvent donner des informations à ceux qui utilisent ou dispensent des médicaments sur les doses adaptées de mifépristone et de misoprostol, et contribuer à l'établissement d'un réseau de référence pour les pharmaciens qui dispensent ces médicaments.

Identifier les ressources communautaires, régionales ou nationales

Trouver les ressources disponibles susceptibles de satisfaire les besoins spécialisés de certaines patientes et développer un système de transfert afin de répondre aux besoins des femmes qui nécessitent des soins spécialisés.

(Voir : Appendice A : Pour des informations plus complètes sur des audiences potentielles ainsi que des sujets d'information, d'éducation et de communication sur l'avortement).

3.1 Assurer le traitement immédiat des complications

Il est possible de réduire les taux de morbidité et de mortalité liés à l'avortement en dispensant les trois services suivants:

- Information et accompagnement précoce.
- Transferts vers des soins d'avortement sécurisé et/ou traitement des complications.
- Garantie d'un suivi adéquat des soins.

Les prestataires de soins peuvent collaborer avec les chefs communautaires afin d'informer les femmes et leur faire connaître les signes et symptômes des complications consécutives à un avortement qui nécessitent une attention médicale urgente, et peuvent s'assurer que les femmes savent où trouver des soins en urgence. Plusieurs communautés peuvent mettre leurs ressources en commun pour mettre en place un système de transport d'urgence afin d'éviter les délais et transférer les femmes rapidement en cas d'urgences obstétricales. Le personnel des centres de santé peut former les auxiliaires de santé communautaire ou des volontaires pour qu'ils sachent reconnaître les situations nécessitant un transfert urgent vers un établissement de santé, qu'ils puissent assurer le suivi des femmes après traitement, et soient en mesure de les diriger vers des services de contraception.

3.2 Évaluer et surveiller la prestation de services

Les établissements de santé peuvent former des conseillers ou des comités communautaires chargés d'évaluer la qualité des soins, de faire des recommandations d'amélioration, et, le cas échéant, de participer à la mise en application de ces recommandations. Les directeurs de centres de santé et les prestataires de soins peuvent également former des membres de la communauté à réaliser des enquêtes de satisfaction auprès des patientes dans le cadre du centre de santé ou de la communauté, en respectant pleinement la vie privée et la confidentialité de ces dernières. Un aspect important de ce travail avec les communautés consiste à aider les personnes à comprendre et à utiliser les informations recueillies. (Voir : Module sur le suivi et l'évaluation en vue de

Moyens pour sensibiliser le public et faire connaître les services et soins liés à l'avortement :

- Dispenser des soins respectueux et de qualité optimale, et ce de manière constante
- Faire connaître les services
- Afficher des panneaux, des fresques, des pancartes dans les établissements de santé et les communautés
- Concevoir et diffuser des brochures spécifiques à la communauté ainsi que des messages destinés aux médias de masse
- Utiliser des médias locaux comme un journal ou une radio
- Participer à des activités communautaires
- Organiser des discussions au sein de la communauté
- Encourager les patientes satisfaites à parler à d'autres

Principaux messages à diffuser:

- Éviter les grossesses non désirées est crucial pour réduire le nombre d'avortements.
- Il est important de connaître les indications légales pour obtenir une interruption volontaire de grossesse (IVG) dans le pays ou la région.
- Les femmes doivent éviter de recourir à des prestataires non formés ou non qualifiés et ne pas accepter une intervention dans des conditions dangereuses.
- Les avortements précoces sont plus sûrs que ceux qui ont lieu plus tardivement.
- Si une femme souffre de problèmes consécutifs à un avortement elle doit retourner à l'établissement de santé aussi rapidement que possible.

l'amélioration des services.) Les prestataires de soins doivent également envisager d'assister aux réunions locales appropriées afin de faire part à la communauté des constatations et résultats suite au suivi et à l'évaluation des services et lui communiquer les dispositions prises en vue de les améliorer. De tels échanges peuvent être utiles afin de motiver les membres de la communauté à donner des informations destinées à améliorer la prise en charge.

3.3 Communiquer des informations relatives à la prévention des infections

Les personnes qui vivent près d'un établissement de santé peuvent éprouver des inquiétudes concernant les déchets infectieux, et notamment les produits de conception (PDC). Les directeurs d'établissement de santé doivent communiquer aux chefs de la communauté les protocoles utilisés pour l'élimination des déchets infectieux, et collaborer avec eux en vue d'assurer la protection de la santé du public. Les prestataires de soins peuvent également informer les femmes et les membres de la communauté sur les dispositions à prendre afin d'éviter les infections.

Le traitement et l'élimination inappropriés des instruments liés à l'avortement peut représenter un risque de santé publique, particulièrement dans des situations où il y a des prestataires de soins non qualifiés et de mauvaises conditions d'hygiène. Les risques d'infection peuvent être réduits si :

- Les instruments utilisés et autres déchets médicaux sont éliminés de manière adéquate, c'est à dire qu'ils ne sont pas jetés dans des décharges ouvertes ou d'autres endroits accessibles au public ;
- Les prestataires de soins appliquent les techniques adéquates de traitement des instruments et ne transportent pas d'agents pathogènes hors de l'établissement de soins vers la communauté.

(Voir: Module sur la Prévention des infections pour des informations plus complètes sur ce sujet).

3.4 Plaider en faveur d'une amélioration des politiques

Les prestataires de soins de santé et les membres de la communauté peuvent organiser des campagnes locales visant à encourager les représentants locaux à prioriser la santé et les droits sexuels et reproductifs. Ils peuvent expliquer que les établissements de santé locaux proposent des soins d'avortement aussi complets que possible dans les limites prévues par la loi et argumenter en faveur d'une extension des indications juridiques. Ils peuvent également argumenter en faveur d'une amélioration de l'accès aux soins pour les jeunes femmes et les adolescentes.

Si les prestataires de soins constatent que de nombreuses femmes ont besoin de soins spécialisés - dépistage, accompagnement, soutien ou prise en charge du VIH, par exemple - ils peuvent travailler en

collaboration avec les chefs de la communauté pour obtenir du système de santé que ces lacunes en matière de soins soient comblées. Des agences communautaires et des individus peuvent souhaiter initier des services bénévoles, comme par exemple un groupe de soutien ou un programme d'éducation par les pairs.

Pour des informations plus complètes sur le rôle que peuvent jouer les prestataires de soins dans le plaidoyer et la défense de la prise en charge de l'avortement et de l'accès aux soins, voir : Ressources supplémentaires, Établir des liens avec la communauté.

4.0 Considérations relatives aux soins après avortement

Les partenariats entre le personnel des établissements de santé et les communautés peuvent se concentrer sur les points suivants:

- La prévention des grossesses non désirées à travers des programmes d'éducation à la santé communautaire et l'accès à des services de contraception accessibles localement ;
- S'assurer que les membres de la communauté connaissent les conséquences sanitaires et autres de l'avortement non sécurisé et qu'ils savent où s'adresser pour obtenir le traitement de complications consécutives à un avortement non sécurisé et comment obtenir des soins d'avortement dans le cadre des indications prévues par la loi ;
- Évaluer la situation de l'avortement non sécurisé dans la communauté concernée et élaborer des recommandations d'interventions ;
- Mettre en place des systèmes permettant l'identification des complications consécutives à un avortement non sécurisé et le transport d'urgence vers un établissement de santé pour des soins immédiats ; identifier d'autres moyens en vue de mobiliser des ressources pour assurer le traitement en temps opportun des complications liées à un avortement ;
- Veiller à ce que les soins après avortement répondent aux attentes et aux besoins de la communauté.

Pour des informations plus complètes sur l'établissement de liens avec la communauté dans le cadre des soins après avortement, voir la publication d'Ipas : *Soins après avortement centrés sur la femme: Manuel de référence* (deuxième édition).

5.0 Résumé

- Les partenariats entre le personnel des établissements de santé et les communautés sont essentiels pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles.
- Les prestataires de soins doivent être conscients du rôle et de l'influence qu'ils ont au sein de la communauté en tant que modèles et dirigeants grâce au travail qu'ils accomplissent,

en partenariat avec les membres de la communauté, pour améliorer la santé des femmes.

- Les Comités consultatifs communautaires peuvent être un excellent moyen d'établir un partenariat avec la communauté en vue de prendre différentes mesures, effectuer des changements ou évaluer le succès du travail.
- Il est important d'inclure la participation des jeunes femmes et des adolescentes au sein des partenariats communautaires.
- Les évaluations communautaires peuvent éclairer les prestataires de soins et autres parties prenantes sur les conditions générales de santé et sur les questions liées à l'avortement.
- Les prestataires de soins et les autres personnels des établissements de santé, en coordination avec ou par l'intermédiaire des chefs communautaires, peuvent sensibiliser le public aux droits reproductifs et donner des informations sur la sexualité, la santé reproductive et les soins d'avortement.
- Un transfert précoce en cas de complications consécutives à un avortement et le suivi des soins sont des éléments critiques en vue de réduire la morbidité et la mortalité maternelles. Les communautés peuvent prendre des dispositions afin de contribuer à la réduction des délais de transfert des femmes souffrant d'une urgence obstétricale vers les services sanitaires susceptibles de leur sauver la vie.
- Les établissements de santé qui impliquent la participation de la communauté à l'évaluation et au suivi de la prise en charge sont mieux en mesure de répondre adéquatement aux besoins de la communauté et de garantir la mise à disposition de soins complets d'avortement centrés sur la femme.
- Les communautés qui entourent un établissement de santé risquent d'être exposées à des déchets infectieux ; les directeurs des établissements de santé ont donc pour responsabilité d'assurer que des protocoles adéquats de prévention des infections sont appliqués en toutes circonstances.

- Les communautés et les personnels des établissements de santé peuvent collaborer en vue de demander aux autorités de prioriser la santé et les droits sexuels et génésiques, de fournir les services et soins nécessaires, et d'adopter des politiques qui servent les besoins des femmes.

Bibliographie

Ipas. (2016). Soins après avortement centrés sur la femme: Manuel de référence, (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (Eds.), Chapel Hill, NC: Ipas.

Johnston, H. B., Rajani Ved, Lyall, N. et Agarwal., K. (2001). From community to action: Managing postabortion complications and their management: A community assessment conducted in rural Uttar Pradesh, India. *PRIME Technical Report* (Vol. 23).

McInerney, T., Baird, T. L., Hyman, A. G. et Huber, A. B. (2001). *Guide to providing abortion care*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Pathfinder International. (2001). Tapping community opinion on postabortion care services. *Pathfinder Technical Guidance Series, 2*.

PRIME. (2002). Expanding opportunities for post-abortion care for communities through private nurses/midwives in Kenya. *PAC Clinical Skills Training Curriculum, Module 11*.

Rogo, K. O., Bohmer, L. et Ombaka, C. (1999). Developing community-based strategies to decrease maternal morbidity and mortality due to unsafe abortion: pre-intervention report. *East African Medical Journal, 76*(11 Suppl), S1-71.

Turner, K. L., Börjesson, E. Huber, A. et Mulligan, C. (2011). *Abortion care for young women: A training toolkit*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Varkey, S. J., Fonn, S. et Ketlhapile, M. (2001). *Health workers for choice: Working to improve quality of abortion services*. Johannesburg, Afrique du Sud: Women's Health Project.

Annexe A : Audiences potentielles et sujets d'information, d'éducation ou de communication sur l'avortement

Audience	Contenu	Lieux et modes de communication
<p>Femmes jeunes et adultes; leurs partenaires/conjoints, des membres de leur famille ou leurs tuteurs</p> <p>Des enseignants, des groupes de femmes, des groupes d'hommes, des groupes d'adolescents, des groupes d'étudiants et d'autres groupes issus de la communauté</p> <p>Des syndicats et des associations d'apprentis ainsi que des associations sportives, des réseaux d'échanges sociaux, des groupes de théâtre/d'art, etc.</p> <p>Des chauffeurs de taxi, des pharmaciens et d'autres informateurs locaux comme les accoucheuses traditionnelles et les auxiliaires d'accouchement</p>	<p>Grossesse non désirée : Signes et symptômes de grossesse et où s'adresser pour obtenir de l'aide ; importance d'obtenir de l'aide au plus tôt ; complications liées à la grossesse, où se rendre pour obtenir de l'aide, les dangers d'un avortement non sécurisé</p> <p>Avortement : Lois sur l'avortement et politiques de soins ; où, comment et à quel coût un avortement peut-il être obtenu ; différentes techniques d'avortement et leurs avantages respectifs : comment reconnaître les complications consécutives à un avortement et à quel moment il est impératif d'obtenir de l'aide ; retour rapide de la fécondité suite à un avortement ; rôle de la communauté en matière de soins d'urgence, reconnaître l'urgence et organiser le transport</p> <p>Contraception : information sur les méthodes modernes de contraception (y compris contraception d'urgence), notamment leur sécurité et leur efficacité ; où et comment ces méthodes peuvent-elles être obtenues</p>	<p>Lieux : Centres/établissements de santé Écoles et universités Lieu de travail Centres de jeunesse Cercles de femmes Réunions de groupes sur les marchés</p> <p>Modes de communication: Journaux, magazines, affiches, brochures, radio, TV, conférences, pièces de théâtre</p>
<p>Fonctionnaires du système de santé, juristes et autres décideurs politiques</p> <p>Associations professionnelles (médicales, de juristes, etc.)</p> <p>Membres des médias</p> <p>Chefs/dirigeants non traditionnels ou personnes influentes comme des vedettes de cinéma, des artistes ou des sportifs renommés</p>	<p>Prévalence de l'avortement non sécurisé et des grossesses non désirées, leur impact sur la santé et sur les ressources des femmes et des familles</p> <p>Droits des femmes en matière d'avortement</p> <p>Problèmes pertinents en matière d'accessibilité et leur impact sur la santé et les ressources</p> <p>Coûts relatifs de la prise en charge et des soins d'urgence en cas d'avortement non sécurisé comparés à ceux d'une IVG ou de la contraception</p> <p>Sécurité relative d'un avortement précoce, et techniques nouvelles ou différentes</p> <p>Nécessité de légiférer en vue d'obtenir le financement de soins de santé reproductive de qualité optimale pour toutes les femmes</p>	<p>Lieux : Conférences Auditions gouvernementales</p> <p>Modes de communication : Conversations, distribution de rapports de recherche en vue de réunions et d'auditions législatives, communications aux fonctionnaires, ateliers/séminaires, campagne sous forme d'envoi de lettres et/ou d'autres moyens de communication imprimés ou électroniques</p>

Annexe A : Audiences potentielles et sujets d'information, d'éducation ou de communication sur l'avortement (suite)

Audience	Contenu	Lieux et modes de communication
Chefs traditionnels et religieux	<p>Importance d'éduquer les constituants afin d'éviter les grossesses non désirées et les convaincre de la nécessité d'obtenir de l'aide si elles surviennent</p> <p>Où et comment obtenir des services de contraception et d'autres services de santé reproductive</p> <p>Coûts relatifs pour les familles et les communautés de la morbidité et de la mortalité maternelles imputables aux grossesses non désirées et à l'avortement non sécurisé</p> <p>Sécurité relative de l'avortement précoce</p> <p>Loi d'avortement en vigueur et politiques de prise en charge</p> <p>Comment informer et conseiller en matière de soins dans le cas d'une grossesse et disponibilité des services de planification familiale.</p>	<p>Lieux : Réunions communautaires et religieuses formelles ou informelles, ateliers organisés par des professionnels de la santé :</p> <p>Conversations, pièces de théâtre, conférences/présentations, modes de communication imprimée et électronique.</p>
Personnel de santé Praticiens ou guérisseurs traditionnels	<p>Loi sur l'avortement et politiques de prestation de soins en vigueur</p> <p>Obligations juridiques et éthiques (code de déontologie médicale) concernant la prestation de soins d'avortement</p> <p>Comment obtenir les informations nécessaires et comment les communiquer aux groupes énumérés ci-dessus</p> <p>Vers qui orienter les patientes qui ont une grossesse non désirée ou souffrent de complications suite à un avortement ; dangers des avortements non sécurisés</p> <p>Importance de la confidentialité et de la précocité des soins</p> <p>Comment se former à la pratique des soins d'avortement.</p>	<p>Lieux : Réunions professionnelles, conférences, séminaires</p> <p>Publications professionnelles</p> <p>Modes de communication : Journaux, affiches, brochures, conférences, ateliers/séminaires, présentations.</p>

Adapté à partir de McInerney et autres, 2001.

Méthodes d'évacuation utérine

Principaux points abordés dans ce module :

- Les méthodes recommandées pour induire un avortement au cours du premier trimestre sont l'aspiration intra-utérine et l'avortement médicamenteux
- Risques et effets indésirables potentiels, coût et avantages de ces méthodes
- Méthodes recommandées dans le cadre des soins après avortement

1.0 Introduction

Une évacuation utérine consiste à éliminer le contenu de l'utérus. Il existe deux méthodes recommandées pour induire un avortement au cours du premier trimestre :

- Aspiration intra-utérine (électrique ou manuelle)
- Méthodes médicamenteuses (mifépristone associée au misoprostol ou misoprostol seul)

Une aspiration intra-utérine consiste à évacuer le contenu de l'utérus par aspiration, la force d'aspiration étant fournie soit par un aspirateur manuel portable (aspiration manuelle intra-utérine), soit par une pompe électrique (aspiration électrique intra-utérine). L'aspiration intra-utérine est une alternative importante à l'avortement médicamenteux et peut être occasionnellement une méthode de secours en cas d'échec de celui-ci.

Un avortement médicamenteux consiste à utiliser des médicaments pour vider l'utérus. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), « les méthodes d'avortement médicamenteux ont apporté la preuve de leur sécurité et de leur efficacité ». Lorsqu'il est utilisé pour provoquer un avortement, le misoprostol seul est moins efficace que le schéma de traitement combiné. La mifépristone et le misoprostol sont de plus en plus utilisés partout dans le monde pour induire un avortement médicamenteux. D'autres médicaments, à savoir le méthotrexate et d'autres prostaglandines telles que le géméprost, sont parfois utilisés. Ce manuel n'aborde que les schémas de traitement utilisant la mifépristone en association avec le misoprostol ou le misoprostol seul pour provoquer un avortement.

Les méthodes recommandées lors d'avortement incomplet au cours du premier trimestre sont :

- Aspiration intra-utérine (électrique ou manuelle)
- Misoprostol
- Prise en charge attentiste

En cas d'avortement incomplet, on recourt à une aspiration intra-utérine pour aspirer les tissus de la grossesse retenus dans l'utérus. Le misoprostol évacue les tissus de la grossesse retenus dans l'utérus en induisant des contractions et en expulsant son contenu. Une prise en charge attentiste lors d'avortement incomplet laisse aux contractions utérines le temps d'expulser naturellement le contenu de l'utérus, tout en assurant un suivi pour contrôler que la totalité du contenu a été entièrement expulsée. Pour de plus amples informations, se reporter au manuel d'Ipas *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition).

Une évacuation utérine par aspiration intra-utérine ou par administration de misoprostol pour éliminer les tissus de la grossesse retenus dans l'utérus est souvent un élément des soins après avortement indispensable pour sauver la vie de la patiente. Les prestataires de soins amenés à traiter des patientes confrontées à des complications consécutives à un avortement, de même que ceux qui dispensent des services d'avortement sécurisé,

doivent posséder les compétences cliniques requises pour être à même de réaliser ou de diriger une évacuation utérine.

Les méthodes de choix pour une évacuation utérine au cours du second trimestre sont :

- Aspiration intra-utérine jusqu'à 15 semaines depuis la date des dernières règles, moyennant une formation appropriée et une expérience suffisante des prestataires de soins et la disponibilité de l'équipement requis
- Dilatation et évacuation, qui consiste à associer aspiration intra-utérine et forceps
- Mifépristone suivie de doses répétées de misoprostol pour provoquer un avortement
- Misoprostol seul, qui peut être utilisé en toute sécurité pour provoquer un avortement et dans le cadre des soins après avortement

(Pour de plus amples informations sur l'avortement au cours du second trimestre, voir la section Méthodes d'évacuation utérine du module Ressources supplémentaires.)

Les adolescentes et les très jeunes femmes peuvent recourir aux mêmes méthodes d'évacuation utérine que les femmes adultes. Les adolescentes qui ont recours à un avortement médicamenteux présentent un taux d'échec identique ou inférieur à celui observé chez les femmes adultes.

De nombreuses catégories de professionnels des soins de santé peuvent pratiquer en toute sécurité une évacuation utérine ou y prendre part. Une formation préalable ou une formation interne offre l'opportunité aux prestataires de soins d'acquérir les compétences cliniques requises.

Ce module traite de l'évacuation utérine au cours du premier trimestre et propose :

- un bref aperçu des méthodes d'évacuation utérine recommandées au cours du premier trimestre ;
- des informations sur la sécurité et l'efficacité cliniques, le coût, l'acceptabilité pour les patientes ;
- une liste des risques et des effets indésirables spécifiques associés à chaque méthode

(Voir annexe A : Aspiration intra-utérine et avortement médicamenteux pour provoquer un avortement au cours du premier trimestre et annexe B : Options de traitement dans le cadre des soins après avortement.)

Le curetage n'est pas recommandé par l'OMS. Une description de cette technique est reprise parce qu'elle est encore utilisée

Les effets indésirables potentiels de toute procédure d'évacuation utérine sont :

- *Crampes abdominales*
- *Nausées*
- *Vomissements*
- *Douleur*
- *Saignements*

dans un grand nombre de centres de soins. On trouvera dans le manuel du formateur des informations sur la manière d'aider les prestataires de soins et les centres de santé à passer du curetage à l'aspiration intra-utérine et aux méthodes d'avortement médicamenteux.

2.0 Aspiration intra-utérine

L'aspiration intra-utérine est considérée comme un service essentiel par un grand nombre d'organismes nationaux et internationaux tels que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO).

Description

L'aspiration intra-utérine (AIU) est une méthode qui consiste à évacuer le contenu de l'utérus via une canule en plastique ou en métal raccordée à une source de vide.

- L'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) utilise un aspirateur manuel portable
- L'aspiration électrique intra-utérine (AEIU) fait usage d'une pompe électrique

Le niveau de vide généré par l'aspirateur pour AMIU diminue à mesure que le cylindre se remplit de sang et de tissus alors qu'une pompe électrique génère une puissance d'aspiration constante.

La procédure consiste à dilater le col de l'utérus, à introduire une canule dans la cavité utérine au travers du col et à raccorder cette canule à la source de vide. Le contenu de l'utérus est ainsi aspiré vers l'extérieur. En fonction de la taille de l'utérus et de la quantité de tissus, la procédure dure de trois à dix minutes.

Sécurité et efficacité cliniques

L'aspiration intra-utérine est extrêmement efficace et sûre et réussit dans 98% à 100% de cas, tant pour un avortement que pour le traitement d'un avortement incomplet. Cette méthode ne provoque que peu de complications, surtout lorsqu'elle est utilisée jusqu'à 13 semaines. Les avantages en termes de sécurité et sur le plan programmatique de l'aspiration intra-utérine par rapport au curetage sont notamment :

- Moindre perte de sang
- Durée plus brève de la procédure
- Moindre risque de complications majeures et mineures
- Douleur moins importante
- Moindre coût

Lorsqu'une aspiration intra-utérine est effectuée par des prestataires de soins correctement formés, les complications sont rares. Néanmoins, les complications possibles sont :

- Évacuation incomplète
- Lésions cervicales ou utérines, par exemple perforation ou déchirure
- Complications liées à l'anesthésie
- Infection
- Hémorragie
- Hématométrie
- Échec de l'avortement

Dans de rares cas, ces complications peuvent avoir pour conséquence une infertilité secondaire, d'autres dommages importants ou le décès de la patiente. L'OMS, en association avec le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et la Banque Mondiale et avec l'approbation de la FIGO et de la Confédération internationale des sages-femmes (CISF), considère l'AMIU comme une technique essentielle pour l'évacuation utérine.

Comme beaucoup de prestataires de soins pratiquent le curetage en salle d'opérations sous sédation profonde ou sous anesthésie générale, les risques liés à l'anesthésie sont moindres dans le cas de l'aspiration intra-utérine.

Coût

L'aspiration intra-utérine peut être particulièrement économique lorsqu'elle est réalisée en ambulatoire. L'aspiration intra-utérine permet aux centres de soins de réaliser des économies qui peuvent ensuite être répercutés sur les patientes.

Acceptabilité pour les patientes

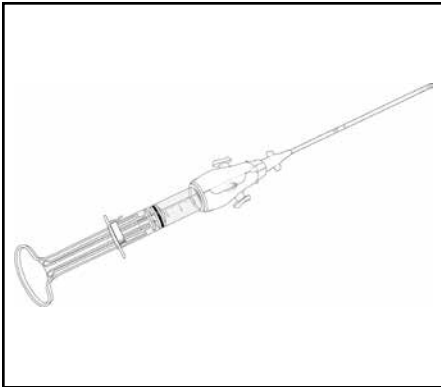
L'aspiration intra-utérine est bien acceptée par les femmes, y compris par les adolescentes et les très jeunes femmes. Comme cette méthode est moins douloureuse qu'un curetage, dans la plupart des cas, elle requiert un moindre degré de contrôle de la douleur. En général, l'association d'une anesthésie locale (bloc paracervical), d'analgésiques oraux et de réconfort verbal permet à la patiente de demeurer éveillée et consciente de ce qui se passe au cours de l'intervention tout en assurant un contrôle suffisant de la douleur. On peut y adjoindre une légère sédation si les médicaments correspondants sont disponibles et si la patiente le souhaite. Avec une moindre dose d'analgésiques, l'avortement ou les soins après avortement peuvent se dérouler en ambulatoire, ce qui est généralement plus acceptable pour les patientes qu'une hospitalisation.

2.1 Aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)

Lors d'une procédure d'AMIU, un aspirateur manuel en plastique d'une contenance de 60 ml qui fournit une source de vide est raccordé à une canule et activé manuellement pour aspirer le contenu de l'utérus. Pour pratiquer la procédure d'AMIU, on introduit dans l'utérus une canule de taille appropriée au travers du col préalablement dilaté. La canule est raccordée à un aspirateur dans lequel on a préalablement créé une dépression pour générer une force d'aspiration et on libère le vide en enfonçant les boutons de l'aspirateur. On fait délicatement et lentement pivoter la canule tout en lui imprimant un mouvement de va-et-vient dans l'utérus. L'aspirateur joue le rôle de source de vide pour aspirer les produits de la conception dans le corps via la canule.

L'AMIU est une méthode sûre et efficace :

- Elle peut être effectuée par des prestataires de niveau intermédiaire sans que cela n'engendre aucune différence en termes de taux de complications par rapport à la même procédure effectuée par un médecin.

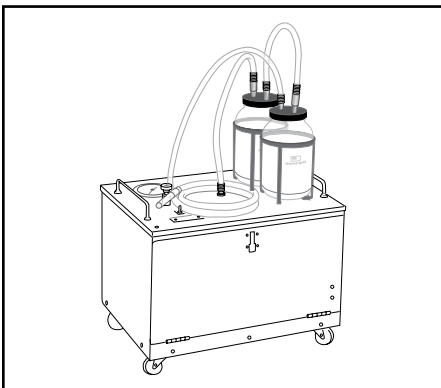


Aspirateur Ipas AMIU Plus avec canule
Ipas EasyGrip

- Elle ne nécessite pas d'électricité et peut être utilisée dans des centres ruraux décentralisés où la fourniture d'électricité n'est pas assurée en permanence.
- Elle peut être effectuée en ambulatoire au sein d'un centre de soins, ce qui mobilise moins de ressources et réduit le coût des soins.
- Là où la réutilisation des instruments est autorisée, le coût par procédure peut être relativement bas.
- Elle diminue les temps morts et améliore la disponibilité des soins au niveau local, ce qui en fait une méthode acceptable pour la plupart des femmes, y compris les adolescentes et les très jeunes femmes.
- La procédure par AMIU est peu bruyante, ce que certaines femmes trouvent plus agréable.

(Voir le module Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus pour de plus amples informations.)

2.2 Aspiration électrique intra-utérine (AEIU)



Système d'AEIU

L'AEIU fait usage d'une pompe ou d'un système d'aspiration électrique raccordé à une canule pour évacuer le contenu de l'utérus. On introduit la canule dans l'utérus puis on la raccorde aux tuyaux du système d'aspiration. On ouvre ensuite la valve à commande digitale du tuyau et on met l'appareil en marche. On fait délicatement pivoter la canule tout en lui imprimant un mouvement de va-et-vient pour évacuer le produit de la grossesse dans un récipient en verre qui se trouve à l'extrémité du tuyau.

- Comme le coût d'achat initial d'un appareil pour AEIU est important, ce type de système est habituellement utilisé dans des institutions centralisées qui traitent de grands nombres de patientes.
- L'AEIU convient moins bien aux centres qui ne bénéficient pas d'une fourniture continue d'électricité.
- L'AEIU est bien acceptée par les femmes, y compris les adolescentes et les très jeunes femmes.

3.0 Méthodes médicamenteuses

L'avortement médicamenteux utilise la mifépristone en association avec le misoprostol ou le misoprostol seul pour expulser le contenu de l'utérus.

- La mifépristone inhibe l'activité de la progestérone au niveau de l'utérus, ce qui entraîne le décollement du produit de

conception. Elle ramollit également le col de l'utérus et induit des contractions utérines. La mifépristone seule ne suffit pas à provoquer un avortement : on l'utilise en association avec une prostaglandine comme le misoprostol.

- Le misoprostol a été développé pour des indications gastro-intestinales mais a également pour effet de ramollir le col de l'utérus et de provoquer des contractions utérines. C'est un abortif efficace, seul ou en association avec la mifépristone. On l'utilise pour de multiples indications en obstétrique et en gynécologie, notamment pour l'induction de l'accouchement, l'avortement médicamenteux, le traitement des avortements incomplets ou de la rétention fœtale, la prévention et le traitement des hémorragies post-partum et la préparation du col.

Ces médicaments stimulent les contractions de l'utérus et entraînent l'expulsion du produit de conception. D'autres médicaments ont été utilisés pour induire des avortements mais les données cliniques montrent que l'utilisation combinée de la mifépristone et du misoprostol constitue la méthode la plus efficace et la plus sûre. Le misoprostol seul pour provoquer un avortement est une option envisageable là où la mifépristone n'est pas disponible et s'utilise également pour le traitement des avortements incomplets (voir annexe C : Induction d'un avortement par le misoprostol jusqu'à treize semaines depuis la date des dernières règles du module Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses).

La mifépristone et le misoprostol pour l'évacuation utérine figurent sur la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS, ainsi que sur la liste interorganisations de médicaments essentiels pour la santé génésique publiée par plusieurs organisations des Nations-Unies et par d'autres ONG internationales (voir Ressources supplémentaires, Méthodes d'évacuation utérine).

Sécurité et efficacité cliniques

- Les schémas de traitement combinés utilisant la mifépristone et le misoprostol jusqu'à 13 semaines depuis la date des dernières règles ont été étudiés de manière intensive et utilisés en toute sécurité par plusieurs millions de femmes dans de nombreux pays. Les études indiquent que l'association mifépristone plus misoprostol est plus efficace pour induire un avortement complet que chacun des deux médicaments utilisé seul. Les protocoles de recherche portant sur des grossesses jusqu'à 13 semaines d'âge gestationnel font état de taux de réussite de plus de 95 pour cent.
- Le misoprostol seul pour induire un avortement, en utilisant le schéma de traitement recommandé, est efficace dans environ 85 pour cent de cas.

Complications possibles

Les complications sont rares avec les méthodes médicamenteuses. Néanmoins, les complications possibles sont :

- *Évacuation incomplète*
- *Infection*
- *Hémorragie*
- *Réaction allergique*
- *Échec de l'avortement*

- Les taux d'efficacité moyens rapportés dans la littérature pour le traitement au misoprostol lors d'avortement incomplet (c'est-à-dire l'utilisation du misoprostol dans le cadre des soins après avortement) varie entre 91 et 99 pour cent, selon le schéma de traitement utilisé et les études. Le misoprostol est utilisé en toute sécurité pour le traitement des avortements incomplets dans de nombreux pays et n'a jamais été mis en relation avec des effets à long terme sur la santé des femmes.

La plupart des femmes qui subissent une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses présentent des crampes abdominales plus ou moins intenses et des saignements. Les autres effets indésirables possibles, selon la posologie et la voie d'administration choisie, sont notamment des vomissements, des nausées, de la diarrhée, des frissons et de la fièvre.

Certaines études semblent indiquer que le misoprostol peut provoquer des anomalies congénitales dans un petit nombre de cas, de sorte que, avant de prendre la décision de poursuivre sa grossesse après avoir reçu du misoprostol, la patiente doit être informée de ce risque. Si une femme décide de poursuivre sa grossesse après l'échec d'un avortement médicamenteux, le prestataire de soins doit respecter son choix.

Coût

Le coût d'un avortement médicamenteux dépend du schéma de traitement, de la méthode utilisée et du coût du traitement de secours si une nouvelle évacuation est nécessaire. L'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses est considérée comme un traitement peu coûteux.

Acceptabilité pour les patientes

L'avortement médicamenteux est une méthode extrêmement bien acceptée par les femmes dans toute une série de contextes, notamment là où les ressources sont limitées. Les études indiquent systématiquement que 85 à 95 pour cent des femmes sont satisfaites ou très satisfaites de cette méthode et souhaiteraient y recourir à nouveau ou la recommanderaient à une amie le cas échéant. Les femmes doivent, dans la mesure du possible, avoir le choix de la méthode et recevoir suffisamment d'informations pour pouvoir prendre leur décision en connaissance de cause.

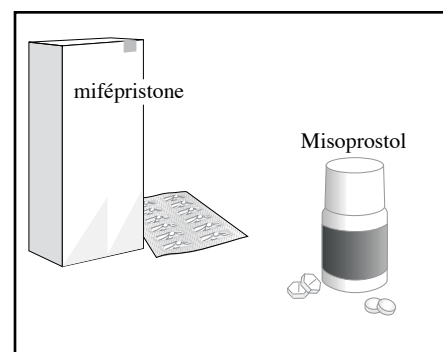
Les adolescentes et les très jeunes femmes montrent des préférences similaires en ce qui concerne l'avortement médicamenteux et leur participation à la prise de décision. Des études réalisées à Cuba, en Afrique du Sud, en Australie et aux États-Unis montrent que la plupart des très jeunes femmes qui ont opté pour un avortement médicamenteux font état d'un niveau de satisfaction élevé ou très élevé vis-à-vis de la méthode choisie et

92 pour cent des jeunes femmes ayant participé aux études - études réalisées à Cuba recommanderaient cette méthode à une amie.

- Les femmes mentionnent souvent l'aspect non chirurgical de l'avortement médicamenteux, par opposition à une procédure d'aspiration intra-utérine, comme un avantage important.
- Certaines femmes, y compris des adolescentes et de très jeunes femmes perçoivent l'avortement médicamenteux comme une méthode plus privée et plus naturelle. Les femmes peuvent prendre les médicaments chez elles, ce qui leur permet de mieux contrôler les conditions dans lesquelles se déroule leur avortement.

(Voir le module Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses pour de plus amples informations.)

Dans les revues de la littérature portant sur l'acceptabilité du misoprostol dans le cadre des soins après avortement, plus de 90 pour cent des femmes se sont dites satisfaites ou très satisfaites de leur traitement au misoprostol. Une étude de faisabilité dans le nord du Nigéria a montré une bonne acceptabilité de la part des femmes au sein d'une population majoritairement musulmane. Cette même étude a également montré que les cliniciens participants, (médecins, sages-femmes et infirmiers ou infirmières), expriment un degré élevé de satisfaction vis-à-vis de cette méthode.



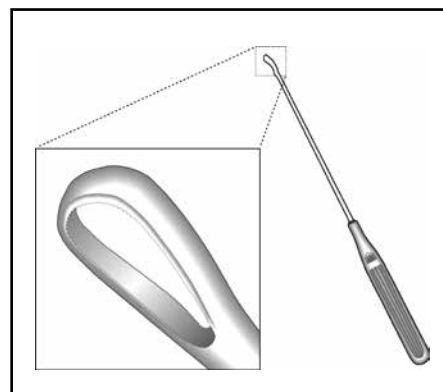
Comprimés de mifépristone et de misoprostol

4.0 Autres méthodes : curetage

Description

Le curetage, également désigné sous le nom de dilatation et curetage, consiste à dilater le col de l'utérus et à racler les parois de l'utérus à l'aide d'une curette métallique tranchante. La procédure se déroule généralement sous anesthésie générale ou sédation profonde à légère.

Selon l'OMS, « la technique par dilatation et curetage est une méthode d'avortement chirurgical obsolète et doit être remplacée par l'aspiration intra-utérine et/ou par des méthodes médicamenteuses ». La Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) est également en faveur du recours à l'aspiration intra-utérine ou à des méthodes médicamenteuses plutôt qu'au curetage pour une évacuation utérine. Le curetage est encore souvent utilisé dans de nombreux pays ; par conséquent, les représentants officiels du système de santé et les administrateurs doivent faire tout ce qui est en leur pouvoir et pour remplacer le curetage par l'aspiration intra-utérine ou l'avortement médicamenteux et leurs efforts dans ce sens doivent être encouragés.



curette métallique

Sécurité et efficacité cliniques

Par rapport à l'aspiration intra-utérine, le curetage est associé à une perte de sang plus importante, à une douleur plus intense et à une durée plus importante de la procédure d'évacuation utérine.

Coût

Le curetage s'effectue généralement en salle d'opérations, sous anesthésie générale, et nécessite une hospitalisation. Tous ces facteurs alourdissent le coût des soins.

Acceptabilité pour les patientes

Les plus fortes doses d'analgésiques habituellement requises lors d'un curetage, y compris une anesthésie générale, nécessitent souvent une hospitalisation plus longue et donc plus coûteuse, ce qui peut être moins bien accepté par les femmes. En raison des risques plus importants associés à cette méthode, son utilisation doit être exclusivement réservée aux circonstances où une aspiration intra-utérine ou des méthodes médicamenteuses ne sont pas envisageables.

5.0 Considérations relatives aux soins après avortement

- Selon les recommandations de l'OMS, si la taille de l'utérus au moment du traitement correspond à un âge gestationnel inférieur ou égal à 13 semaines, l'aspiration intra-utérine ou le traitement au misoprostol sont les méthodes de choix lors d'avortement incomplet.
- Une prise en charge attentiste constitue également une méthode d'évacuation utérine dans le cadre des soins après avortement.
- La taille de l'utérus doit être inférieure à celle correspondant à la date des dernières règles de la patiente, puisqu'une partie du contenu de l'utérus a déjà été expulsée. L'éligibilité d'une patiente pour une méthode d'évacuation utérine dans le cadre des soins après avortement doit être basée sur la taille de son utérus plutôt que par la date des dernières règles.
- Dans la mesure du possible, la patiente doit pouvoir choisir entre différentes méthodes d'évacuation utérine en fonction de leur recevabilité.
- L'aspiration intra-utérine et le misoprostol sont deux méthodes cliniquement efficaces et peu coûteuses qui sont bien acceptées tant par les femmes que par les prestataires de soins.

Pour de plus amples informations sur les méthodes d'évacuation utérine dans le cadre des soins après avortement, se reporter à la publication d'Ipas *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition).

6.0 Résumé

- Les deux méthodes d'évacuation utérine recommandées au cours du premier trimestre sont l'aspiration intra-utérine et les méthodes médicamenteuses.
- La mifépristone suivie par le misoprostol est la méthode d'avortement médicamenteux la plus efficace.
- Les deux principales méthodes d'évacuation au cours du deuxième trimestre sont la dilatation et évacuation et l'avortement médicamenteux.
- L'aspiration intra-utérine pour un avortement au cours du premier trimestre et dans le cadre des soins après avortement est une méthode sûre et acceptable, y compris pour les adolescentes et les très jeunes femmes, et réussit dans 98 à 100 pour cent des cas.
- L'avortement médicamenteux pour un avortement au cours du premier trimestre est sûr et acceptable, y compris pour les adolescentes et les très jeunes femmes, et réussit dans au moins 95 pour cent des cas si l'on utilise l'association mifépristone plus misoprostol et dans 85 pour cent des cas avec le misoprostol seul.
- Le misoprostol lors d'avortement incomplet est sûr et acceptable, y compris pour les adolescentes et les très jeunes femmes, et réussit dans 91 à 99 pour cent des cas.
- Les prestataires de soins doivent tenir compte des éléments suivants lors du choix de la méthode d'évacuation à utiliser : préférences personnelles de la femme, situation clinique, âge gestationnel, disponibilité de l'équipement, des fournitures et d'un personnel formé à la méthode choisie et données scientifiques et médicales actuellement disponibles.
- Le curetage n'est pas recommandé parce qu'il est moins sûr que les autres méthodes. Lorsque des services d'évacuation utérine ne sont pas encore proposés, l'aspiration intra-utérine et l'avortement médicamenteux doivent être introduits en premier lieu.

Bibliographie

Andolsek, L., Cheng, M., Hren, M., Ogrinc-Oven, M., Ng, A., Ratnam, S., Tietze, C. (1977). The safety of local anesthesia and outpatient treatment: a controlled study of induced abortion by vacuum aspiration. *Study of Family Planning*, 8(5), 118–124.

Baird, T. L. et Flinn, S. K. (2001). *Manual vacuum aspiration: Expanding women's access to safe abortion services*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Balogh, S. A. (1983). Vacuum aspiration with the IPAS Modified Gynecologic Syringe. *Contraception*, 27(1), 63–68.

Beri, B. M. et Kupresanin, M. (1971). Vacuum aspiration, using pericervical block, for legal abortion as an outpatient procedure up to the 12th week of pregnancy. *The Lancet*, 2(7725), 619–621.

Bird, S. T., Harvey, S. M., Beckman, L. J., Nichols, M. D., Rogers, K. et Blumenthal, P. D. (2003). Similarities in women's perceptions and acceptability of manual vacuum aspiration and electric vacuum aspiration for first trimester abortion. *Contraception*, 67(3), 207–212.

Bird, S. T., Harvey, S. M., Nichols, M. D. et Edelman, A. (2001). Comparing the acceptability of manual vacuum aspiration and electric vacuum aspiration as methods of early abortion. *Journal of American Medicine Women's Association*, 56(3), 124–126.

Blumenthal, P. D. et Remsburg, R. E. (1994). A time and cost analysis of the management of incomplete abortion with manual vacuum aspiration. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 45(3), 261–267.

Caceres, G. H., Riaño Gamboa, G., Hernández, M. A. et López Escobar, G. (1981). *Hospital management of incomplete abortion: Comparative study of dilation and curettage versus vacuum aspiration*. Bogotá, Colombie : Corporación Centro Regional de Población.

Carbonell, J. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S., Marí, J. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6(1), 39–45.

Cates, W., Grimes, D. A. et Schulz, K. F. (2000). Abortion surveillance at CDC: creating public health light out of political heat. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(1 Suppl), 12–17.

Cemicamp., F. W. T. F. a. (1997). *Abortion: A professional responsibility for obstetricians and gynecologists*. Rapport final non publié d'un séminaire, Campinas, Brésil, mars 1997.

Choobun, T., Khanuengkitkong, S. et Pinjaroen, S. (2012). A comparative study of cost of care and duration of management for first-trimester abortion with manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(5), 1161–1164.

Clark, S., Blum, J., Blanchard, K., Galvão, L., Fletcher, H. et Winikoff, B. (2002). Misoprostol use in obstetrics and gynecology in Brazil, Jamaica, and the United States. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 76(1), 65–74.

Creinin, M. D. (2000). Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*, 62(3), 117–124.

Creinin, M. D. et Burke, A. E. (1996). Methotrexate and misoprostol for early abortion: a multicenter trial. Acceptability. *Contraception*, 54(1), 1922.

Dalton, V. K. et Castleman, L. (2002). Manual vacuum aspiration for treatment of early pregnancy loss. *Postgraduate Obstetrics & Gynecology*, 22(19), 1–6.

Dao, B., Blum, J., Thieba, B., Raghavan, S., Ouedraogo, M., Lankoande, J. et Winikoff, B. (2007). Is misoprostol a safe, effective and acceptable alternative to manual vacuum aspiration for postabortion care? Results from a randomized trial in Burkina Faso, West Africa. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 114(11), 1368–1375.

Dean, G., Cardenas, L., Darney, P. et Goldberg, A. (2003). Acceptability of manual versus electric aspiration for first trimester abortion: a randomized trial. *Contraception*, 67(3), 201–206.

Do, H., Ng Le Quan, Suong Bui, ThuyThanh Le et Tri Manh Nguyen. (1998). *Use of double-valve syringe for first-trimester induced abortions at the Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital*. Non publié.

Edelman, D. A., Brenner, W. E. et Berger, G. S. (1974). The effectiveness and complications of abortion by dilatation and vacuum aspiration versus dilatation and rigid metal curettage. *American Journal of Obstetricians and Gynecologists*, 119(4), 473–480.

Edwards, J. et Crenin, M. D. (1997). Surgical abortion for gestations of less than 6 weeks. *Current Problems in Obstetrics, Gynecology and Fertility* (janvier/ février).

El Kabarity, H., S. Abo Louz, A. El Etribi, M. Yehya et A. Ellian. (1985). *Suction abortion versus traditional evacuation in the management of incomplete inevitable abortions*. Article non publié présenté lors de l'International College of Surgeons, Fifth African Federation, Le Caire, Égypte.

- Ferris, L. E., McMMain-Klein, M., Colodny, N., Fellows, G. F. et Lamont, J. (1996). Factors associated with immediate abortion complications. *Canadian Medical Association Journal*, 154(11), 1677–1685.
- Forna, F. et Gülmezoglu, A. M. (2001). Surgical procedures to evacuate incomplete abortion. *Cochrane Database Systematic Reviews* (1), CD001993.
- Freedman, M. A., Jillson, D. A., Coffin, R. R. et Novick, L. F. (1986). Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American Journal of Public Health*, 76(5), 550–554.
- Gabbe, S. G. (2002). *Obstetrics: Normal and problem pregnancies* (Fourth ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L. et Annas, G. J. (1996). *Obstetrics: Normal and problem pregnancies* (Third ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Geyman, J. P., Oliver, L. M. et Sullivan, S. D. (1999). Expectant, medical, or surgical treatment of spontaneous abortion in first trimester of pregnancy? A pooled quantitative literature evaluation. *Journal of the American Board of Family Practice*, 12(1), 55–64.
- Goldberg, A. B., Dean, G., Kang, M. S., Youssof, S. et Darney, P. D. (2004). Manual versus electric vacuum aspiration for early first-trimester abortion: a controlled study of complication rates. *Obstetrics and Gynecology*, 103(1), 101–107.
- Goldberg, A. B., Greenberg, M. B. et Darney, P. D. (2001). Misoprostol and pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 344(1), 38–47.
- Greenslade, F., Leonard, A. H., Benson, J., Winkler, J. et Henderson, V. (1993). *Manual vacuum aspiration: a summary of clinical & programmatic experience worldwide*. Carrboro, NC: Ipas.
- Grimes, D. A. et Cates, W. (1979). Complications from legally-induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 34(3), 177–191.
- Grimes, D. A., Schulz, K. F., Cates, W. et Tyler, C. W. (1979). Local versus general anesthesia: which is safer for performing suction curettage abortions? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 135(8).
- Hakim-Elahi, E., Tovell, H. M. et Burnhill, M. S. (1990). Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology*, 76(1), 129–135.
- Hamoda, H., Flett, G. M., Ashok, P. W. et Templeton, A. (2005). Surgical abortion using manual vacuum aspiration under local anaesthesia: a pilot study of feasibility and women's acceptability.

Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 31(3), 185–188.

Hart, G. et Macharper, T. (1986). Clinical aspects of induced abortion in South Australia from 1970-1984. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26(3), 219–224.

Heisterberg, L. et Kringelbach, M. (1987). Early complications after induced first-trimester abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 66(3), 201-204.

Hemlin, J. et Möller, B. (2001). Manual vacuum aspiration, a safe and effective alternative in early pregnancy termination. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(6), 563–567.

Hodgson, J. E. et Portmann, K. C. (1974). Complications of 10,453 consecutive first-trimester abortions: a prospective study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 120(6), 802–807.

Hu, D., Grossman, D., Levin, C., Blanchard, K., Adanu, R. et Goldie, S. J. (2010). Cost-effectiveness analysis of unsafe abortion and alternative first-trimester pregnancy termination strategies in Nigeria and Ghana. *African Journal of Reproductive Health*, 14(2), 85–103.

Induced abortion operations and their early sequelae. Joint study of the Royal College of General Practitioners and the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (1985). *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35(273), 175–180.

International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2011). Consensus statement on uterine evacuation. Dernier accès le 8 avril 2013, accessible via <http://www.figo.org/news/new-download-uterine-evacuation-figo-consensusstatement-003824>

Ipas Nigeria et Society of Gynaecology and Obstetrics of Nigeria (SOGON). (2011b). Notes from the field: Resource needs and considerations for the introduction of misoprostol into existing PAC services. Results of a study conducted by the Society of Gynaecology and Obstetrics of Nigeria and Ipas (p. 1-2). Abuja, Nigéria: Ipas Nigéria.

Jacot, F. R., Poulin, C., Bilodeau, A. P., Morin, M., Moreau, S., Gendron, F. et Mercier, D. (1993). A five-year experience with second-trimester induced abortions: no increase in complication rate as compared to the first trimester. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168(2), 633–637.

Johnson, B. R., Benson, J., Bradley, J. et Ordonez, A. R. (1993). Costs and resource utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya and Mexico. *Social Science & Medicine*, 36(11), 1443–1453. doi: 10.1016/0277-9536(93)90386-i

- Jowett, M. (2000). Safe Motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy*, 53(3), 201–228.
- Kaali, S. G., Csákány, G. M., Szigetvári, I. et Barad, D. H. (1990). Updated screening protocol for abortion services. *Obstetrics and Gynecology*, 76(1), 136–138.
- Kaali, S. G., Szigetvari, I. A. et Bartfai, G. S. (1989). The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 161(2), 406–408.
- Karki, C., Pokharel, H., Kushwaha, A., Manandhar, D., Bracken, H. et Winikoff, B. (2009). Acceptability and feasibility of medical abortion in Nepal. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 106(1), 39–42. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.02.007
- King, T. M., Atienza, M. F. et Burkman, R. T. (1980). The incidence of abdominal surgical procedures in a population undergoing abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 137(5), 530–533.
- Kittiwatanakul, W. et Weerakiet, S. (2012). Comparison of efficacy of modified electric vacuum aspiration with sharp curettage for the treatment of incomplete abortion: randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 38(4), 681–685. doi: 10.1111/j.14470756.2011.01762.x
- Koontz, S. L., Molina de Perez, O., Leon, K. et Foster-Rosales, A. (2003). Treating incomplete abortion in El Salvador: cost savings with manual vacuum aspiration. *Contraception*, 68(5), 345–351.
- Kulier, R., Cheng, L., Fekih, A., Hofmeyr, G. J. et Campana, A. (2001). Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L. et Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (11), CD002855. doi: 10.1002/14651858.CD002855.pub4
- Laufe, L. E. (1977). The menstrual regulation procedure. *Studies in Family Planning*, 8(10), 253–256.
- Lindell, G. et Flam, F. (1995). Management of uterine perforations in connection with legal abortions. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 74(5), 373–375.
- Macisaac, L. et Darney, P. (2000). Early surgical abortion: an alternative to and backup for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183(Suppl 2), S76–83.

- Magotti, R. F., Munjinja, P. G., Lema, R. S. et Ngwalle, E. K. (1995). Cost-effectiveness of managing abortions: manual vacuum aspiration (MVA) compared to evacuation by curettage in Tanzania. *East African Medical Journal*, 72(4), 248–251.
- Mamers, P. M., Lavelle, A. L., Evans, A. J., Bell, S. M., Rusden, J. R. et Healy, D. L. (1997). Women's satisfaction with medical abortion with RU486. *Medical Journal of Australia*, 167(6), 316–317.
- Marshall, B. R. (1971). Emergency room vacuum curettage for incomplete abortion. *Journal of Reproductive Medicine*, 6(4), 177–178.
- Nathanson, B. N. (1972). Ambulatory abortion: experience with 26,000 cases (July 1, 1970, to August 1, 1971). *New England Journal of Medicine*, 286(8), 403–407. doi: 10.1056/NEJM197202242860805
- Neilson, J. P., Gyte, G. M., Hickey, M., Vazquez, J. C. et Dou, L. (2010). Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 20(1), CD007223. doi: 10.1002/14651858.CD007223.pub2
- Ngoc, N. T. N., Winikoff, B., Clark, S., Ellertson, C., Am, K. N., Hieu, D. T. et Elul, B. (1999). Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives*, 25(1), 10–33.
- Ngoc, T. N., Blum, J., Durocher, J., Quan, T. T. et Winikoff, B. (2005). A randomized controlled study comparing 600 versus 1,200 microg oral misoprostol for medical management of incomplete abortion. *Contraception*, 72(6), 438–442. doi: 10.1016/j.contraception.2005.05.010
- Niinimäki, M., Suhonen, S., Mentula, M., Hemminki, E., Heikinheimo, O. et Gissler, M. (2011). Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: population register based study. *BMJ*, 342, d2111.
- Organisation mondiale de la Santé. (1994). *Prise en charge clinique des complications de l'avortement : guide pratique*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).
- Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).
- Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).
- Paul, M. E., Mitchell, C. M., Rogers, A. J., Fox, M. C. et Lackie, E. G. (2002). Early surgical abortion: efficacy and safety. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(2), 407–411.

- Peretz, A., Grunstein, S., Brandes, J. M. et Paldi, E. (1967). Evacuation of the gravid uterus by negative pressure (suction evacuation). *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 98(1), 18–22.
- Phelps, R. H., Schaff, E. A. et Fielding, S. L. (2001). *Mifepristone abortion in minors*. *Contraception*, 64(6), 339–343.
- Reproductive Health Technologies Project et Gynuity Health Projects. (2003). *Instructions for use: Abortion induction with misoprostol (Cytotec®) in pregnancies up to 9 weeks LMP*. Reproductive Health Technologies Project et Gynuity Health Projects. Washington, DC.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2004). *The care of women requesting induced abortion*. Evidence-based Clinical Guideline No. 7. London: RCOG Press.
- Schulz, K. F., Grimes, D. A. et Cates, W. (1983). Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *The Lancet*, 1(8335), 1182–1185.
- Schüler, L., Pastuszak, A., Sanseverino, T. V., Orioli, I. M., Brunoni, D., Ashton-Prolla, P., Koren, G. (1999). Pregnancy outcome after exposure to misoprostol in Brazil: a prospective, controlled study. *Reproductive Technology*, 13(2), 147–151.
- Shwekerela, B., Kalumuna, R., Kipingili, R., Mashaka, N., Westheimer, E., Clark, W. et Winikoff, B. (2007). Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: results from Tanzania. *BJOG*, 114(11), 1363–1367. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01469.x
- Society of Gynaecology and Obstetrics Nigeria (SOGON) et Ipas (2011a). *Offering misoprostol as an alternative to manual vacuum aspiration for treatment of incomplete abortion in Nigeria: Lessons from a multi-site introduction*. Abuja, Nigéria; SOGON et Ipas
- Stewart, F. H., Weitz, T. A., Wilcox, N. et Tracey, J. (2002). *Abortion provider training manual*. San Francisco, CA: UCSF Center for Reproductive Health Research and Policy.
- Stubblefield, P. G., Carr-Ellis, S. et Borgatta, L. (2004). Methods for induced abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 104(1), 174–185. doi: 10.1097/01.AOG.0000130842.21897.53
- Tasnim, N., Mahmud, G., Fatima, S. et Sultana, M. (2011). Manual vacuum aspiration: a safe and cost-effective substitute of electric vacuum aspiration for the surgical management of early pregnancy loss. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 61(2), 149–153.

Thonneau, P., Fougeyrollas, B., Ducot, B., Boubilley, D., Dif, J., Lalande, M. et Soulat, C. (1998). Complications of abortion performed under local anesthesia. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 81(1), 59–63.

Tunçalp, O., Gülmezoglu, A. M. et Souza, J. P. (2010). Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database Systemic Reviews* (9), CD001993. doi: 10.1002/14651858.CD001993.pub2

Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S., Chami, S., Carbonell, J. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 5(4), 227–233.

Velázquez, J. F., Wrooman, E., Cuevas, R. P., Flores, B. O. et Pérez, A. C. (2001). Evaluación de la introducción de aspiración manual endouterina en hospitales del IMSS. *Revista Médica del IMSS*, 39(5), 393–401.

Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N. T., Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 368(9551), 1965–1972. doi: 10.1016/s01406736(06)69742-0

Weeks, A., Alia, G., Blum, J., Winikoff, B., Ekwaru, P., Durocher, J. et Mirembe, F. (2005). A randomized trial of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 106(3), 540–547. doi: 10.1097/01.AOG.0000173799.82687.dc

Westfall, J. M., O'Brien-Gonzales, A. et Barley, G. (1998). Update on early medical and surgical abortion. *Journal of Women's Health*, 7(8), 991–995.

Westfall, J. M., Sophocles, A., Burggraf, H. et Ellis, S. (1998). Manual vacuum aspiration for first-trimester abortion. *Archives of family medicine*, 7, 559–562.

Winikoff, B., Ellertson, C., Elul, B. et Sivin, I. (1998). Acceptability and feasibility of early pregnancy termination by mifepristone-misoprostol. Results of a large multicenter trial in the United States. Mifepristone Clinical Trials Group. *Archives of Family Medicine*, 7(4), 360–366.

Winikoff, B., Sivin, I., Coyaji, K. J., Cabezas, E., Xiao, B., Gu, S., Ellertson, C. (1997). Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176(2), 431–437.

Annexe A: Aspiration intra-utérine et avortement médicamenteux pour provoquer un avortement au cours du premier trimestre

	Aspiration intra-utérine	Avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et le misoprostol	Avortement médicamenteux par le misoprostol seul
De quoi s'agit-il ?	Une procédure qui fait usage d'un instrument d'aspiration électrique ou manuel pour évacuer l'utérus et éliminer le produit de conception	Des médicaments utilisés en association qui provoquent l'expulsion par l'utérus du produit de conception	Un médicament qui provoque l'expulsion par l'utérus du produit de conception
Comment cela agit-il ?	Le produit de conception est éliminé de l'utérus via une canule raccordée à une pompe électrique ou à un aspirateur manuel.	La mifépristone provoque le décollement du produit de conception de la paroi utérine. Le misoprostol provoque des contractions qui expulsent le produit de conception.	Le misoprostol provoque des contractions qui expulsent le produit de conception.
Quand peut-on l'utiliser ?	Entre le diagnostic de grossesse et treize semaines (tout au long du premier trimestre).	Entre le diagnostic de grossesse et treize semaines (tout au long du premier trimestre).	Entre le diagnostic de grossesse et treize semaines (tout au long du premier trimestre).
Où peut-on l'utiliser ?	Dans un centre de santé	La mifépristone (le premier comprimé) est généralement administrée au centre. Le misoprostol (la seconde série de comprimés) peut être pris au centre ou à domicile pour les femmes enceintes de moins de dix semaines. Lorsque l'âge gestationnel est compris entre 10 et 13 semaines, la patiente doit prendre le misoprostol au centre.	Le misoprostol peut être pris au centre ou à domicile pour les femmes enceintes de moins de neuf semaines. Lorsque l'âge gestationnel est compris entre 9 et 13 semaines, la patiente doit prendre le misoprostol au centre.
Quelle est son degré d'efficacité ?	97 à 99,5%	95 à 98%	83 à 87%
Méthode sûre et efficace ? Tant pour les adolescentes que pour les femmes adultes ?	Oui Oui	Oui Oui	Oui Oui
Quels sont les effets indésirables ?	Saignements et crampes.	Des saignements et des crampes sont attendus. Les effets indésirables potentiels sont : nausées, vomissements, diarrhée, fièvre/frissons ou étourdissements.	Des saignements et des crampes sont attendus. Les effets indésirables potentiels sont : nausées, vomissements, diarrhée, fièvre/frissons ou étourdissements.

Annexe A: Aspiration intra-utérine et avortement médicamenteux pour provoquer un avortement au cours du premier trimestre (suite)

	Aspiration intra-utérine	Avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et le misoprostol	Avortement médicamenteux par le misoprostol seul
Quelles sont les complications possibles ?	Les rares complications sont notamment des lésions de l'utérus ou du col de l'utérus, des saignements excessifs, une infection, l'accumulation de sang dans l'utérus ou un avortement incomplet. Une AMIU échoue dans moins de 1% des cas, surtout si elle est effectuée par un prestataire compétent.	Les rares complications sont notamment des saignements excessifs et une infection. L'avortement médicamenteux échoue dans 5% des cas et une poursuite de la grossesse ne survient que chez moins de 1% de femmes	Les rares complications sont notamment des saignements excessifs et une infection. L'avortement médicamenteux échoue dans 15% des cas et une poursuite de la grossesse survient chez 4 à 6% des femmes
Comment pratique-t-on habituellement ?	Le produit de conception est éliminé par aspiration via un tuyau raccordé à une pompe électrique ou à un aspirateur manuel. La procédure dure entre deux et dix minutes. Le succès de la procédure est immédiatement confirmé, ce qui fait qu'elle ne nécessite qu'une seule visite au centre.	Le produit de conception est éliminé par aspiration via un tuyau raccordé à une pompe électrique ou à un aspirateur manuel. La procédure dure entre deux et dix minutes. Le succès de la procédure est immédiatement confirmé, ce qui fait qu'elle ne nécessite qu'une seule visite au centre.	On place le misoprostol sous la langue ou dans le vagin, après quoi l'avortement survient généralement dans un délai de 24 heures, mais peut prendre plusieurs jours.
Que faire en cas d'échec de l'avortement ?	Répéter la procédure.	Répéter la procédure.	Éliminer le produit de conception par aspiration intra-utérine.

Annexe B : Options de traitement dans le cadre des soins après avortement

Méthodes	Prise en charge attentiste	Aspiration électrique	Aspiration manuelle	Misoprostol
Comment cela agit-il ?	En laissant le temps à l'utérus d'évacuer les produits de conception par des contractions spontanées sans autre intervention Processus naturel Tout au long du premier trimestre	Une procédure qui fait usage d'un instrument d'aspiration électrique inséré dans l'utérus pour éliminer les produits de conception Taille utérine inférieure ou égale à 13 semaines de grossesse	Une procédure qui fait usage d'un instrument d'aspiration manuel inséré dans l'utérus pour éliminer les produits de conception Taille utérine inférieure ou égale à 13 semaines de grossesse	Provoque des contractions qui expulsent les produits de conception résiduels Taille utérine inférieure ou égale à 13 semaines de grossesse
Sécurité	L'accès à des soins d'urgence est important en cas de rétention des produits de conception induisant des complications (à savoir une infection)	Faible risque d'infection ou de lésions Peu ou pas de dilatation cervicale Perte de sang peu importante Court séjour en ambulatoire	Faible risque d'infection ou de lésions Peu ou pas de dilatation cervicale Perte de sang peu importante Court séjour	Une possibilité de renvoi vers un centre équipé pour effectuer une aspiration intra-utérine doit être mise en place
Efficacité	L'efficacité est variable et une aspiration intra-utérine peut malgré tout s'avérer nécessaire	98 à 100%	98 à 100%	91 à 99% *95% en moyenne
Considérations relatives au coût	Ne coûte rien	Peu coûteuse si elle est réalisée en ambulatoire sous anesthésie locale L'appareil pour AEIU est cher et nécessite une fourniture constante d'électricité	Peu coûteuse si elle est réalisée en ambulatoire sous anesthésie locale L'instrument pour AMIU est bon marché	Peu coûteux
Accessibilité	Les femmes peuvent utiliser cette méthode chez elles Doit se faire sous la surveillance d'un prestataire correctement formé (éventuellement de niveau intermédiaire)	Peut être utilisée au sein de centres de santé de niveau intermédiaire ou de haut niveau, dans de bonnes conditions de propreté et moyennant une formation adéquate des prestataires de soins	Peut être utilisée au sein de centres de santé de niveau inférieur, dans de bonnes conditions de propreté et moyennant une formation adéquate des prestataires de soins Immédiatement disponible dans la plupart des situations	Peut être dispensé dans n'importe quel centre de santé ou de planning familial Les femmes peuvent utiliser cette méthode chez elles
Acceptabilité pour les patientes	Acceptabilité pour les patientes	La patiente peut demeurer consciente Privé Plus naturel/similaire à une fausse couche Demande du temps et de patience Effets indésirables : saignements et crampes	La patiente peut demeurer consciente Effets indésirables : saignements et crampes	La patiente peut demeurer consciente Privé Plus naturel/similaire à une fausse couche Effets indésirables : nausées, vomissements, fièvre, frissons

Monitoring visant à améliorer la qualité des services

Principaux sujets traités dans ce module:

- Définition du monitoring
- Les étapes principales du monitoring
- L'objet du monitoring

1.0 Introduction

Tous les services de santé peuvent bénéficier d'un monitoring de routine. Le monitoring contribue à garantir et à maintenir un niveau de qualité des soins qui satisfasse tant les patientes que les prestataires de soins. Le présent module inclut :

- Les caractéristiques principales d'un mécanisme de monitoring efficace
- Les étapes qui constituent le monitoring

L'une des approches de monitoring les plus formelles est la méthode COPE® adaptée aux soins complets d'avortement, qui consiste en un processus permanent d'amélioration de la qualité et une série d'outils utilisés par les professionnels de santé afin d'évaluer et améliorer activement et en continu la qualité des soins complets d'avortement qu'ils dispensent. Dix guides d'auto-évaluation, couvrant les différentes composantes des soins complets d'avortement centrés sur la femme, sont organisés autour des droits des patientes et des besoins des prestataires de soins. (Voir : Ressources supplémentaires, Monitoring visant à améliorer la qualité des services).

- Les différents aspects de la prise en charge des soins d'avortement qui doivent être évalués et suivis de manière régulière
- L'importance d'évaluer et suivre les incidents et d'en rendre compte

2.0 Qu'est-ce que le monitoring et pourquoi est-il important?

Le monitoring est un moyen qui permet d'utiliser des informations pour repérer les points forts et les faiblesses, pour donner un feedback et effectuer des ajustements dans le but d'améliorer la qualité des soins. Le monitoring examine tous les aspects des soins, et notamment la satisfaction des patientes qui n'est peut-être pas prise en considération par d'autres moyens. Un monitoring régulier suivi des ajustements adaptés permet de garantir que les patientes reçoivent des soins de qualité optimale et que les professionnels de santé disposent des ressources et du soutien dont ils ont besoin pour dispenser les soins. Le monitoring est un processus continu qui doit se poursuivre de manière permanente, chaque fois et partout où des soins sont dispensés.

Le monitoring peut recouvrir toute une gamme d'approches, des plus simples et peu coûteuses aux plus complexes et très formelles. Une approche toute simple peut consister à évaluer et suivre uniquement quelques indicateurs alors que des approches plus formelles privilégient habituellement une évaluation et un suivi à travers toute une gamme d'aspects étendus de la prestation de services.

Les informations nécessaires au monitoring peuvent être rassemblées grâce à des systèmes routiniers de recueil d'informations existants ou légèrement modifiés, comme le carnet de bord des soins administrés, les statistiques relatives aux soins et les dossiers des patientes.

Les outils de monitoring évaluent les mêmes services à différents points dans le temps. La série chronologique d'informations recueillie de cette manière permet un examen à long terme de l'évolution des services sur la durée. Le suivi des informations permet aux prestataires de soins et aux administrateurs de repérer des tendances et d'identifier des zones de problèmes, d'effectuer les ajustements pertinents et de vérifier que ces ajustements ont produit l'effet escompté.

Le monitoring doit être mené dans les établissements du secteur public comme dans ceux du secteur privé. Le nombre et la complexité des activités pourront varier en fonction de la disponibilité des employés et des ressources. Dans les établissements plus importants, ce sont habituellement les administrateurs et les directeurs qui mènent les activités de

Tableau 5-1 : Exemple de monitoring effectué au niveau d'un établissement de soins

Objectif	Plan de monitoring en vigueur	Données recueillies antérieurement	Plan d'amélioration
100 % des patientes bénéficient d'un accompagnement individualisé avec un prestataire qualifié.	65 % des patientes bénéficient d'un accompagnement individualisé avec un prestataire qualifié.	Comparé aux données de l'année antérieure, l'accompagnement individualisé a augmenté de 40 %.	Les espaces privés consacrés à l'accompagnement seront étendus et des prestataires supplémentaires seront formés afin d'augmenter l'accompagnement individualisé.
Les fournitures essentielles nécessaires à une désinfection de haut niveau des instruments d'AMIU sont disponibles à tout moment (100 % du temps).	Les produits chimiques nécessaires à la désinfection des instruments sont disponibles dans 70% du temps. La livraison de ces produits a souvent un retard d'une à trois semaines.	Comparé avec les données des six mois précédents, la disponibilité des produits nécessaires à la désinfection des instruments a augmenté de 10 %	Même si une augmentation du taux de disponibilité des produits chimiques est positive, l'objectif fixé est à 100% du temps. Un changement administratif sera effectué afin de commander les produits chimiques nécessaires à la désinfection des instruments suffisamment à l'avance pour garantir leur disponibilité même en cas de livraison tardive.

monitoring. Dans les établissements de plus petite taille, les prestataires de soins peuvent avoir à se charger eux-mêmes du monitoring.

Le tableau suivant donne quelques brefs exemples de monitoring effectués au niveau d'un établissement qu'il est possible d'accomplir sans devoir recourir à des outils complexes de recueil et d'analyse des informations. Ces exemples démontrent que c'est lorsqu'il est mené sur une période de temps étendue et qu'il comprend des évaluations permanentes accompagnées d'une mise à jour des plans d'amélioration que le monitoring fonctionne le mieux. Il convient de remarquer que de véritables plans d'amélioration seraient plus spécifiques et qu'ils devraient inclure des détails sur le moment, le lieu, la manière et les personnes chargées de mettre en œuvre les mesures recommandées.

3.0 Les fondamentaux d'un mécanisme de monitoring efficace

Le monitoring a un niveau d'efficacité maximale :

... lorsqu'il est intégré à la routine de travail

Utilisation des indicateurs

Les indicateurs sont des mesures qui permettent de quantifier les activités et les résultats. Il est important de sélectionner des indicateurs dont le personnel soignant a réellement le contrôle; dans le cas contraire le processus peut s'avérer très démotivant. Les exemples d'indicateurs donnés ci-dessous peuvent contribuer à décrire la qualité globale des soins d'avortement :

- Nombre et type de procédures pratiquées en fonction de l'âge de la patiente
- Nombre et type de procédures pratiquées en utilisant les méthodes d'évacuation utérine appropriées
- Nombre et pourcentage de femmes qui reçoivent des médicaments pour contrôler la douleur
- Nombre et types de complications
- Nombre et pourcentage de femmes qui souhaitent obtenir une contraception et reçoivent effectivement une méthode contraceptive, par âge
- Nombre de transferts effectués
- Nombre et pourcentage de femmes ayant subi un dépistage pour des infections sexuellement transmissibles, y compris pour le VIH
- Nombre et pourcentage de femmes examinées en vue de dépister une exposition à la violence
- Nombre et pourcentage de femmes satisfaites des soins et services obtenus, par âge
- Nombre et pourcentage de femmes qui reçoivent des soins d'avortement sécurisés par rapport à la totalité des femmes qui se présentent pour obtenir des soins liés à l'avortement (soins après avortement, et avortement induit).

Lorsque le monitoring ajoute un trop grand nombre d'étapes supplémentaires, le processus prend trop de temps et devient un fardeau pour les professionnels de santé.

Les informations recueillies à des fins de monitoring peuvent être rassemblées à partir de sources existantes comme les carnets de soins et les statistiques des services

... lorsqu'il utilise des indicateurs simples

Un nombre réduit d'indicateurs simples et soigneusement sélectionnés peut fournir des informations précieuses sur la prestation de soins.

... lorsqu'il est participatif et transparent

Lorsque le processus de monitoring est véritablement participatif et qu'il implique l'ensemble des personnels soignants, ceux-ci ont davantage le sentiment de contribuer aux résultats obtenus. Les employés doivent être formés à l'utilisation des outils de monitoring de manière à ce qu'ils puissent intégrer le monitoring à leurs responsabilités.

... lorsqu'il est mené de manière éthique

Le respect de l'intimité, de la vie privée et de la confidentialité des femmes doit être une priorité en toutes circonstances. Un consentement éclairé doit être obtenu de chaque femme avant de l'interroger ou avant qu'une interaction patiente/prestataire de soins ne fasse l'objet d'une observation. (Voir, à titre d'exemples : Appendice A : Formulaire de consentement écrit préalable à un entretien ; et Appendice B : Formulaire de consentement écrit préalable à l'observation des soins).

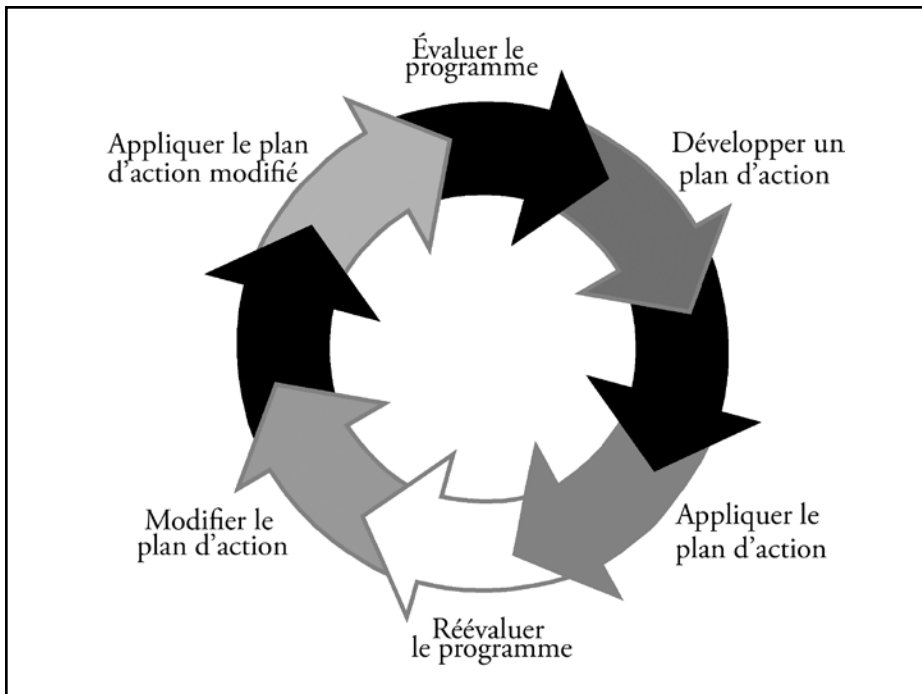
... lorsqu'il n'est pas punitif

C'est lorsque les employés s'évaluent eux-mêmes et que les informations recueillies sont utilisées en vue de récompenser et de reconnaître le travail accompli que le monitoring est le plus efficace.

... lorsque la participation des bénéficiaires des soins et services, y compris des jeunes femmes, est impliquée dans la conception et la mise en place de la procédure de monitoring.

Organiser des entretiens lors de la sortie des patientes, des groupes de discussion, ou faire remplir des listes de contrôle de satisfaction sont d'excellents moyens pour obtenir des informations directement auprès des utilisatrices des services en vue d'améliorer la qualité des soins.

Le monitoring est un processus permanent



Le monitoring est un processus permanent

4.0 Monitoring des incidents

Les incidents sont des complications qu'une femme subit au cours des soins mais qui ne sont pas le résultat d'une pathologie. Même si les incidents sont rares dans le cadre des soins courants d'avortement, il est important de les évaluer et de les suivre parce que chacun d'entre eux constitue une opportunité pour apprendre comment améliorer et sécuriser encore davantage la prise en charge et les soins. (Voir : Module Complications)

5.0 Les quatre étapes d'un monitoring efficace

Tout processus de monitoring implique quatre étapes fondamentales :

1. Planification

Élaborer un plan d'évaluation et de suivi spécifiant de quelle manière l'information sera recueillie, communiquée et analysée. Impliquer toute une série de parties prenantes au processus de planification. Le plan doit inclure :

- a. Les membres de l'équipe de monitoring, comprenant un échantillon représentatif du personnel et des bénéficiaires des services, y compris des jeunes femmes, et la manière dont les membres de cette équipe seront formés à leur tâche.
- b. Les aspects des services qui feront l'objet du monitoring.
- c. Les normes de qualité et les indicateurs pour mesurer différents aspects des services et des soins.

Tableau 5-2 : Exemples de monitoring des soins d'avortement

Types de soins et services	Indicateurs	Sources d'informations	Listes de contrôle, questionnaires et entretiens de sortie des patientes
Quels soins et services doivent être évalués et suivis ?	Qu'allons-nous utiliser pour mesurer ces activités ?	Où pouvons-nous obtenir ces informations ?	Quels types de questions faut-il poser ou se poser ?
Prévention des infections	Pourcentage des cas dans lesquels les pratiques relatives à la prévention des infections ont été entièrement observées	Observation des services à l'aide d'une liste de contrôle	La technique sans contact a-t-elle été effectuée? Les instruments pour l'AMIU étaient-ils correctement traités/désinfectés?
Gestion et organisation des services	Durée moyenne de présence des patientes dans l'établissement de soins Durée moyenne entre l'arrivée et le début de la procédure Horaires pendant lesquels les soins sont disponibles	Examiner les dossiers des cliniques, des finances, du personnel ainsi que les inventaires Observer et évaluer le flot des patientes (entrées et sorties) Examiner les dossiers des patientes et mener des entretiens avec le personnel	À quels moments de la journée les temps d'attente des patientes sont-ils les plus longs?
Information et accompagnement	Nombre et pourcentage de femmes qui reçoivent des services d'accompagnement de qualité optimale	Observer les services d'accompagnement à la contraception à l'aide d'une liste de contrôle Passer en revue les cas récents dans le registre	Le cas échéant, les patientes ayant des besoins spécifiques ont-elles été orientées ou transférées de manière adéquate?
Accompagnement et services de contraception	Nombre et types de contraceptifs dispensés sur place Nombre et pourcentage de femmes ayant reçu un accompagnement à la contraception Nombre et pourcentage de femmes qui souhaitent obtenir une contraception et ont effectivement obtenu une méthode contraceptive avant leur sortie	Observer l'accompagnement à l'aide de listes de contrôle Mener des entretiens de sortie de soins avec les femmes Passer en revue les cas récents dans les registres	Dans quelle mesure la patiente a-t-elle été bien conseillée sur les méthodes contraceptives disponibles ? La femme a-t-elle quitté l'établissement de soins avec la méthode contraceptive ou les informations souhaitées? La patiente a-t-elle dû se rendre dans un autre établissement de soins pour obtenir une méthode contraceptive?
Satisfaction des patientes	Pourcentage de femmes ayant indiqué que les soins leur avaient été dispensés avec respect Pourcentage de femmes considérant que les coûts pratiqués par la clinique sont raisonnables	Mener des entretiens de sortie de soins avec les femmes Passer en revue les dossiers financiers	Considérez-vous avoir été traitées avec respect? Considérez-vous que ce que vous avez dû payer pour les soins était justifié/raisonnable?

- d. Les sources d'information, comme les carnets de bord des cliniques, accompagnés des statistiques des services et des dossiers des patientes.
- e. Les méthodes permettant de rassembler des informations (entretiens individuels, groupes de discussion, observation et examen des dossiers).
- f. Les listes de contrôle et les autres outils permettant d'orienter l'observation, les entretiens et l'examen des dossiers. Les listes de contrôle doivent inclure les caractéristiques essentielles d'une prestation de soins de qualité optimale, comme par exemple la disponibilité des fournitures, l'utilisation des techniques médicales privilégiées et la qualité des informations et de l'accompagnement (Voir : Annexe C : Dossiers des patientes - liste de contrôle pour les soins complets d'avortement).
- g. Un plan pour communiquer les résultats au personnel et à la communauté et, le cas échéant, pour améliorer les services en fonction des besoins
- h. Des délais encadrant le processus de monitoring, accompagnés d'informations sur les activités à mener et les personnes qui en sont chargées.

Le tableau suivant liste, à titre d'exemple, différents aspects des services d'avortement qui méritent d'être évalués et suivis, et propose des exemples de questions.

2. Réunir des informations

Une fois que l'équipe de monitoring a élaboré des listes de contrôle et d'autres outils, elle peut initier la collecte des informations. Il existe plusieurs méthodes pour réunir des données :

- a. Utiliser des informations qui sont rassemblées de manière routinière par l'établissement de soins dans les carnets de bord, les dossiers médicaux et les registres d'inventaires. L'analyse sur place de ces données a pour avantage d'éviter tout contrôle redondant et encourage la collaboration entre les personnels administratifs et les prestataires de soins.
- b. Pour pouvoir mesurer un changement dans un domaine spécifique de la prestation de soins, il est impératif d'utiliser le même indicateur sur une période de temps donnée.
- c. Procéder à des observations régulières et à des entretiens avec les patientes en vue d'évaluer différents aspects de la prestation de soins comme la qualité de l'interaction patiente/prestataire ainsi que la satisfaction des patientes. L'équipe de monitoring doit s'efforcer de recueillir également le point de vue des femmes jeunes.

La prise en charge des soins d'avortement sécurisé (SAS) d'Ipas a été conçue dans l'optique d'aider les responsables et les prestataires de soins à planifier et surveiller la prise en charge des soins les plus déterminants en vue de réduire les décès et les séquelles causés par des avortements non sécurisés. Sept indicateurs de soins d'avortement sécurisé, basés sur le modèle élaboré pour évaluer la disponibilité et l'utilisation des services obstétricaux d'urgence, sont utilisés afin d'évaluer la disponibilité, la qualité et l'utilisation de la prise en charge des soins d'avortement sécurisé. On attend de cette amélioration progressive des soins et des indicateurs qu'elle contribue à la réduction de la mortalité maternelle liée à l'avortement. (Voir : Ressources supplémentaires, Monitoring visant à améliorer la qualité des services). La boîte à outils Soins d'avortement sécurisé contient le matériel pratique permettant la mise en place d'une approche de soins d'avortement sécurisé, et elle est disponible sur www.ipas.org.

Évaluation de la satisfaction des patientes ayant un faible niveau d'alphabétisation

Une approche permettant d'évaluer la satisfaction des patientes ayant un faible niveau d'alphabétisation peut consister à donner à chaque patiente un haricot sec à placer dans une boîte lors de sa sortie de l'établissement de soins. Le haricot lui permet d'indiquer comment elle se sent à propos des soins qu'elle a reçus ce jour-là. La boîte est divisée en trois compartiments et sur chacun d'eux se trouve un visage exprimant un sentiment - un visage heureux, un visage neutre, et un visage triste. Les personnels de soins peuvent alors utiliser ces informations comme un échantillon qualitatif de ce que les patientes pensent des soins dans le cadre de l'évaluation de la qualité de leur performance.

Les membres de l'équipe de monitoring doivent se présenter, expliquer à la femme pourquoi elle fait l'objet d'une observation ou pourquoi elle est interrogée, et lui demander la permission avant de poursuivre. Il n'est pas envisageable de poursuivre l'entretien ou l'observation si la femme ne donne pas son consentement. Les membres de l'équipe de monitoring doivent également veiller en toute circonstance au respect de la vie privée et de la confidentialité des patientes. Le nom des patientes et les informations susceptibles de les identifier individuellement doivent être exclus des formulaires de monitoring.

(Voir, proposés à titre d'exemples : Annexe A : Formulaire de consentement écrit préalable à un entretien ; et : Annexe B : Formulaire de consentement écrit préalable à l'observation des soins).

3. Analyser les informations réunies

L'information recueillie au cours du monitoring doit être rassemblée de manière à pouvoir être analysée par l'équipe de monitoring. L'analyse des données issues du monitoring est une occasion qui permet aux personnels de soins de discuter ouvertement des points forts et des faiblesses de l'établissement de soins. Rassembler les constatations, et analyser les données en vue de :

- a. Faire apparaître les domaines dans lesquels il y a des problèmes
- b. Élaborer des plans d'amélioration
- c. Estimer les progrès dans l'amélioration des soins

Les données quantitatives font apparaître des chiffres ainsi que des faits concrets. Par exemple, on observe une baisse conséquente du nombre de consultations effectuées par la clinique au cours des deux derniers mois.

Les données qualitatives, comme les entretiens, peuvent être utilisées pour compléter les informations quantitatives. Par exemple, des entretiens lors de la sortie des patientes dans un établissement de soins ont montré que les femmes n'étaient pas satisfaites de la qualité de l'accompagnement.

Une fois que les employés comprennent mieux en quoi consistent les problèmes soulevés, ils sont en mesure de se pencher plus précisément sur les causes sous-jacentes des problèmes identifiés. Les professionnels de santé doivent s'interroger sur « les facteurs qui ont contribué à créer ces problèmes ». Dans l'exemple mentionné ci-dessus, la mauvaise qualité de l'accompagnement peut se devoir à une formation inadéquate des employés nouvellement recrutés et à un système de réception des patientes qui ne laisse pas suffisamment de temps à l'accompagnement. Il est possible également qu'un passage en revue du personnel

mette en lumière d'autres causes plus omniprésentes, comme par exemple la conviction enracinée que peuvent avoir certains prestataires de soins qui considèrent que l'accompagnement n'est pas un élément important des soins. Les employés doivent également chercher à obtenir le point de vue des patientes et de la communauté afin de déterminer la cause sous-jacente d'un problème ou d'une situation préoccupante.

4. Prévoir des mesures correctives

L'équipe doit en premier lieu estimer quels sont les problèmes qui peuvent être corrigés relativement facilement, en fonction des ressources disponibles. Elle peut formuler un plan d'action à cet effet. Il est indispensable d'inclure la participation de jeunes de la communauté à la discussion sur la manière de répondre aux problèmes de soins qui touchent les jeunes. Toute une gamme d'approches différentes doit être discutée pour chaque problème avant de décider de la meilleure solution possible à mettre en place. Des solutions alternatives devraient être envisagées comme options potentielles pour l'avenir, au cas où la solution initiale ne suffirait pas à remplir les attentes.

En vue d'élaborer un plan d'action il convient de :

- a. Préparer un projet de plan comprenant des délais d'exécution et d'évaluation.
- b. Spécifier qui aura la responsabilité d'appliquer chaque étape de la solution proposée.
- c. Discuter le plan d'action avec le personnel susceptible de collaborer à l'exécution des différentes étapes.
- d. Présenter les constatations ainsi que les solutions proposées à l'ensemble du personnel. C'est l'occasion d'obtenir des membres du personnel un feedback précieux. Faire part, si approprié, des constatations positives aux employés et aux membres de la communauté, en y incluant les points forts et les compétences ainsi que toutes les améliorations qui ont été réalisées. Il est essentiel de reconnaître les efforts et le travail des employés qui ont entraîné une amélioration des services pour qu'ils puissent célébrer leur succès.

6.0 Considérations relatives aux soins après avortement

- Il peut être utile de rassembler des informations sur les méthodes d'avortement non sécurisé que les femmes qui se présentent pour des soins après avortement ont utilisé (p. ex. si elles semblent avoir déjà pris du misoprostol ou si elles ont subi une procédure chirurgicale non sécurisée), et d'utiliser ces informations en vue d'orienter des activités éducatives à mener auprès de la communauté.

Les solutions à des problèmes en matière de soins d'avortement peuvent inclure...

- Assurer une formation continue des prestataires de soins, c'est-à-dire en cours d'emploi
- Réorganiser les services cliniques
- Changer les horaires de fonctionnement
- Réviser les systèmes d'approvisionnement et de stockage du matériel et de l'équipement
- Consolider les mécanismes de transfert.

- Une distinction doit être effectuée dans le carnet de bord entre des complications que présente une femme à son arrivée et les complications qui surgissent suite aux soins après avortement.
- Il est utile de suivre la proportion des soins dispensés à des femmes qui présentent des complications liées à un avortement en vue d'évaluer la demande que les complications liées à l'avortement font peser sur le système de santé.

7.0 Résumé

- Le monitoring est essentiel pour s'assurer que les femmes reçoivent des soins d'avortement de qualité optimale et que les professionnels de santé disposent des ressources dont ils ont besoin pour garantir la qualité des soins.
- Le monitoring est un processus permanent qui fonctionne au mieux lorsqu'il est cohérent et continu et lorsque les mêmes outils sont utilisés régulièrement en vue de mesurer les résultats.
- Le monitoring doit s'inscrire dans la routine de travail de l'établissement de soins, il doit recourir à des indicateurs simples, il doit être transparent et participatif et doit être mené de manière éthique.
- Chaque fois que possible, le monitoring doit inclure la participation et les contributions des membres de la communauté et/ou des patientes qui ont reçu les soins.
- Le monitoring ne doit pas être un processus compliqué ou punitif.
- Le monitoring et le compte rendu des incidents sont des éléments essentiels de la qualité des soins.
- Les quatre étapes du monitoring sont la planification, le recueil des informations, l'analyse et finalement la planification de la réponse.

Bibliographie

- Adamchak, S., Bond, K., MacLaren, L., Magnani, R., Nelson, K. et Seltzer, J. (2000). *A guide to monitoring and evaluating adolescent reproductive health programs*. Washington, DC: Focus on Young Adults.
- Bruce, J. (1990). Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning*, 21(2), 61–91.
- EngenderHealth. (2003). *COPE® Handbook: A process for improving quality in health services, revised edition*. New York, NY: EngenderHealth.
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). (1997). *Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services*. New York, NY: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).
- Garcia-Nunez, J. (1992). *Improving family planning evaluation: A step-by-step guide for managers and evaluators*. West Hartford, CT: Kumarian Press.
- Healy, J., Otsea, K. et Benson, J. (2006). Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 95(2), 209–220. doi: 10.1016/j.ijgo.2006.08.002
- Huezo, C. et Diaz, S. (1993). Quality of care in family planning: clients' rights and providers' needs. *Advances in Contraception*, 9(2), 129–139.
- Ipas. (2006). *Safe Abortion Care (SAC) Toolkit*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- King, T. D. N., Abernathy, M. et Hord, C. (1998a). A guide to assessing resource use in the provision of postabortion care: *DataPAC Module 3 DataPAC Core Questionnaire Series*. Carrboro, NC: Ipas.
- King, T. D. N., Abernathy, M. et Hord, C. (1998b). A guide to using the general information questionnaire for postabortion care patients: DataPAC Module 1. *DataPAC Core Questionnaire Series*.
- Leonard, A. H. et Winkler, J. (1991). A quality of care framework for abortion care. *Advances in Abortion Care*, 1(1).
- Management Sciences for Health (MSH). (1997). Using evaluation as a management tool. *The Family Planning Manager*, 6(1).
- McInerney, T., Baird, T. L., Hyman, A. G. et Huber, A. B. (2001). *Guide to Providing Abortion Care*. D'après : <https://venus.ipas.org/library/Fulltext/GuidetoProviding.pdf>
- Otsea, K., Benson, J., Measham, D., Thorley, M. et Lidh, R. (1999). Monitoring postabortion care. *Technical resources for postabortion care* (Vol. 3). Carrboro, NC: Ipas.

Annexe A: Formulaire de consentement écrit préalable à un entretien

Demande d'autorisation pour mener un entretien avec une femme qui vient de recevoir des soins d'avortement

Personne chargée de l'entretien :

Bonjour, mon nom est _____, et je travaille avec une équipe chargée d'évaluer la qualité des soins. Nous aimerions pouvoir améliorer les soins dispensés dans cet établissement et pour cela nous souhaiterions connaître votre opinion sur les soins que vous venez de recevoir.

J'aimerais vous poser quelques questions sur les discussions que vous avez pu avoir avec le personnel soignant et sur la procédure que vous avez subie. Je ne vais pas prendre votre nom et il ne figurera pas sur le formulaire de recueil d'information. Tout ce que vous allez me dire restera strictement confidentiel et je communiquerai ces informations uniquement aux autres membres de l'équipe d'évaluation. Personne ne sera en mesure de vous identifier à l'aide des informations que nous recueillons.

Votre participation est entièrement volontaire, et vous n'avez aucune obligation de répondre aux questions qui vous gênent ou auxquelles vous ne voulez pas répondre.

Me donnez-vous la permission de poursuivre?

Patiente :

Oui, je vous donne ma permission.

Signature _____ Date _____

Témoin _____ Date _____

Nom de l'établissement de soins _____

Annexe B : Formulaire de consentement écrit préalable à une observation des soins

Demande de consentement pour pouvoir observer les soins dispensés à une femme pendant son avortement :

Personne chargée de l'observation :

Bonjour, mon nom est _____, et je travaille avec une équipe chargée d'évaluer la qualité des soins. Nous aimerions pouvoir améliorer les soins dispensés dans cet établissement en observant les soins que vous allez recevoir.

Je ne vais pas prendre votre nom et il ne figurera pas sur le formulaire de recueil d'information. Tout ce que j'observerai restera strictement confidentiel et sera divulgué uniquement aux autres membres de l'équipe d'évaluation. Personne ne sera en mesure de vous identifier à l'aide des informations que nous recueillons. Votre participation est entièrement volontaire, et vous n'avez aucune obligation de me permettre d'observer les soins si vous ne le souhaitez pas. Si vous ne souhaitez pas participer à cette observation, cela n'aura aucune influence sur les soins et les services que vous allez recevoir aujourd'hui.

Me donnez-vous la permission de poursuivre?

Patiente :

Oui, je vous donne ma permission.

Signature _____ Date _____

Témoin _____ Date _____

Nom de l'établissement de soins _____

Annexe C : Dossier des patientes - liste de contrôle pour les soins complets d'avortement

Lieu :	Évaluateur :										Date :	
(Sélectionner 10 dossiers au hasard et cocher si chaque point de la liste de contrôle a été enregistré dans le dossier de la patiente).												
Point de la liste de contrôle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	Remarques
1. N° d'enregistrement de la patiente, et/ou éléments d'identification personnelle												
2. Date de la visite												
3. Âge de la femme ou date de naissance												
4. Nombre d'accouchements de la femme												
5. Antécédents médicaux												
6. Examen physique												
7. Signes vitaux (température, pouls, pression artérielle)												
8. Taille de l'utérus (en semaines) et position												
9. Complications préexistantes												
10. Diagnostic												
11. Médicaments et doses utilisées pour soulager la douleur												
12. Formulaire de consentement éclairé, signé												
13. Techniques d'évacuation utérine												
14. Information et accompagnement complet												
15. Méthode contraceptive sélectionnée et sa mise à disposition (si souhaitée) avant la sortie												
16. Autres services de santé sexuelle et reproductive dispensés, selon besoins												
17. Orientation ou transfert vers d'autres services de santé sexuelle et reproductive, selon besoins												
18. Suivi prévu												
19. Nom du prestataire de soins et signature												

(suite à la page suivante)

Annexe C : Dossier des patientes - liste de contrôle pour les soins complets d'avortement (suite)

Lieu :		Évaluateur :					Date :					
_____		_____					_____					
(Sélectionner 10 dossiers au hasard et cocher si chaque point de la liste de contrôle a été enregistré dans le dossier de la patiente).												
Point de la liste de contrôle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	Remarques
20. Description détaillée de la complication												
21. Description détaillée de la prise en charge de la complication												
22. Médicaments dispensés et doses												
23. État à la sortie												
24. Formulaire de consentement éclairé, signé et inclus dans le dossier												

Consentement éclairé, information et accompagnement

Principaux sujets traités dans ce module :

- Options concernant la grossesse et consentement éclairé
- Définition de l'accompagnement centré sur la femme
- Respect de la vie privée et confidentialité
- Valeurs et empathie de la personne chargée de l'accompagnement
- Considérations particulières

1.0 Introduction

L'expérience que vit une femme pendant un avortement est à la fois physique et émotionnelle. Les prestataires de soins doivent être prêts à interagir et communiquer de manière efficace et compatissante, ils doivent pouvoir offrir un soutien émotionnel et, si elle le souhaite, un accompagnement centré sur les besoins

individuels de chaque femme. Les circonstances qui entourent la grossesse non souhaitée de chaque femme sont uniques et il est possible qu'elle ressente toute une gamme d'émotions différentes. Il est également possible que la femme et le prestataire aient des valeurs, des circonstances sociales et culturelles différentes et qu'ils parlent même une langue différente, ce qui peut contribuer à créer des barrières en termes de compréhension. C'est au prestataire qu'il incombe de reconnaître ces barrières et d'y répondre de manière positive afin d'adopter une attitude empathique et réussir à comprendre la patiente et se faire comprendre d'elle.

Ce chapitre traite des informations essentielles dont les femmes ont besoin, du consentement éclairé et volontaire et de l'accompagnement dans le cadre des soins en rapport avec l'avortement ; il indique aux prestataires de soins comment interagir et communiquer avec les femmes de manière respectueuse et efficace. Y figurent également des directives sur la manière d'orienter adéquatement les patientes ainsi que des informations sur l'accompagnement de celles d'entre elles qui ont des besoins spécifiques.

2.0 Les différentes options possibles concernant la grossesse

Une femme qui cherche à obtenir une IVG a habituellement déjà longuement réfléchi aux options envisageables et a pris une décision avant de se présenter pour obtenir des soins ; c'est pourquoi, l'accompagnement concernant les différentes options concernant la grossesse ne devrait pas être imposé ou servir d'obstacle pour obtenir des soins d'avortement. Si la femme a des questions concernant les options qui sont les siennes concernant sa grossesse, les prestataires de soins peuvent les discuter avec elle. Elles peuvent inclure :

- Poursuivre la grossesse à son terme et élever l'enfant ou abandonner l'enfant pour qu'il puisse être adopté.
- Interrompre la grossesse.

En fournissant les informations requises et en soutenant la femme dans sa décision, les prestataires de soins peuvent aider les femmes à se sentir rassurée et confiante d'avoir pris par rapport à leur grossesse la meilleure décision pour elles-mêmes et pour les autres personnes importantes dans leur existence.

3.0 Consentement éclairé et volontaire

Le consentement éclairé est un processus à travers lequel une femme rassemble les informations dont elle a besoin pour faire volontairement et librement le choix de se soumettre à une interruption de grossesse. Afin de s'assurer que chaque femme

donne un consentement éclairé avant de subir un avortement, les prestataires de soins doivent discuter certaines informations avec la femme et confirmer qu'elle les a comprises:

- Les avantages et les risques de l'avortement et les alternatives possibles.
- Les conséquences possibles de ne pas recevoir de soins d'avortement.
- Le déroulement dans le détail de la procédure prévue, une fois que la méthode a été déterminée.

Les avantages, les risques et toute autre information pertinente sur les méthodes d'évacuation utérine recommandées figurent dans : Méthodes d'évacuation utérine, Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses. Annexe au module sur les Méthodes d'évacuation utérine - Annexe A: Aspiration intra-utérine et avortement médicamenteux pour provoquer un avortement au coursé du premier trimestre - contient des informations qu'il peut être utile de communiquer et discuter avec les femmes.

Les prestataires de soins doivent expliquer ces informations dans un langage simple et s'assurer que les femmes les comprennent. Le respect de la vie privée et la confidentialité sont des éléments déterminants du processus de consentement éclairé. Les prestataires doivent également s'assurer que les femmes ont donné leur consentement volontairement et qu'elles ne subissent aucune pression ou que personne ne les force lorsqu'elles donnent leur consentement en vue de pratiquer un avortement. Les prestataires doivent rester attentifs à n'importe quelle circonstance qui pourrait limiter la capacité d'une femme de prendre une décision en toute autonomie, comme par exemple:

- Pression de son partenaire ou de sa famille pour qu'elle subisse un avortement
- Difficultés de communication due à des obstacles liés à la langue, ou parce que la femme est sourde ou malentendante
- Déficit cognitif ou troubles mentaux
- Immaturité mentale
- Événement traumatique (violence ou conséquences (état de choc) suite à un avortement non sécurisé)

Les jeunes femmes et les adolescentes sont tout à fait en mesure de prendre la décision d'interrompre une grossesse. Que ce soit parce qu'elles n'ont pas reçu des informations adéquates ou qu'elles font l'objet d'une désinformation systématique à propos de la sexualité, de la grossesse et de l'avortement, les très jeunes femmes et les adolescentes peuvent nécessiter davantage d'information pour les aider à prendre une décision en toute

connaissance de cause et faciliter le processus menant à un consentement éclairé. Les jeunes femmes peuvent présenter des niveaux variés de maturité qui ne correspondent pas toujours à leur âge chronologique. Les prestataires de soins doivent écouter les très jeunes femmes et les adolescentes et parler avec elles pour estimer le degré de soutien dont elles ont besoin. En disposant d'informations correctes et du niveau de soutien adéquat, les très jeunes femmes et les adolescentes sont capables et ont le droit de prendre des décisions concernant leur propre santé et peuvent donner elles-mêmes un consentement éclairé. (Consulter à ce sujet: Ressources supplémentaires, Consentement éclairé, informations et accompagnement).

4.0 Options en matière de procédures

Lorsqu'il apparaît clairement qu'une femme a pris la décision d'interrompre sa grossesse, le prestataire de soins devra discuter avec elle des options qui s'offrent à elle en matière de procédures d'avortement en fonction des méthodes adaptées à son état clinique et disponibles dans l'établissement de soins. Si l'aspiration intra-utérine et l'avortement médicamenteux sont disponibles, le prestataire de soins chargés de l'accompagnement devra expliquer les différences entre les méthodes et aider la femme à décider l'option qui lui convient le mieux. Le prestataire et la femme doivent discuter des avantages et des risques possibles de chaque méthode et de ce à quoi il faut s'attendre. À condition que les deux méthodes soient cliniquement appropriées, le prestataire de soins doit éviter d'inclure sa propre préférence en faveur d'une méthode dans la discussion et doit soutenir le choix de la femme. Ce n'est qu'après avoir répondu à toutes les questions de la femme sur les différentes options et une fois qu'elle a pris sa décision quant à la procédure qu'elle souhaite adopter que les prestataires de soins pourront obtenir le consentement de la femme pour pratiquer/administrer la procédure de son choix.

Une fois qu'une femme a pris une décision ferme et volontaire d'interrompre sa grossesse, le prestataire doit établir l'âge gestationnel de la grossesse, et doit :

- S'assurer de l'intimité visuelle et sonore du lieu de consultation. Lui demander en privé si elle souhaite la présence d'une personne pour la soutenir et inviter cette personne uniquement dans l'affirmative.
- Déterminer si la femme est en mesure d'écouter et de comprendre les informations données.
- Garantir à la femme que toute information médicale ou personnelle discutée au cours de la session d'accompagnement restera confidentielle, et l'assurer qu'aucune information ne sera divulguée sans son autorisation volontaire et explicite.

- Conforter la femme et la rassurer en lui réaffirmant que se présenter pour obtenir des soins était une décision positive.
- Lui expliquer, dans un langage clair et non technique, quelles sont les méthodes d'avortement et les analgésiques disponibles ainsi que ses propres critères médicaux de recevabilité vis-à-vis de ces options.
- Estimer la nature et la gravité de toutes anomalies fœtales ou de toute autre indication médicale justifiant une interruption de grossesse.
- Obtenir de la femme son consentement pour la traiter, en cas de survenue improbable, d'une complication ou d'une situation d'urgence.
- L'encourager à poser des questions et veiller à ce qu'elle comprenne les informations fournies ; si elle ne les comprend pas, les lui expliquer à nouveau d'une manière plus simple et plus compréhensible.

Les prestataires de soins doivent demander à la femme - ou à la personne qui la représente, si elle n'est pas capable de comprendre les explications médicales - de donner son consentement aux soins. Les prestataires doivent confirmer le consentement avant d'initier l'avortement.

Les prestataires de soins doivent s'assurer que la femme sait qu'une ovulation peut survenir pratiquement immédiatement après une évacuation utérine, ce qui pourrait entraîner très rapidement une nouvelle grossesse si elle reprend des rapports sexuels sans utiliser une méthode contraceptive moderne. Si la femme souhaite obtenir une méthode contraceptive en vue d'éviter une grossesse future, le prestataire de soins doit s'assurer qu'elle obtient des services de contraception ou qu'elle est orientée adéquatement au cours de sa visite. La plupart des établissements de soins peuvent à minima garantir que la femme reçoit une méthode contraceptive provisoire et qu'elle est référée vers des services adéquats pour obtenir une contraception à plus long terme avant sa sortie.

(Merci de consulter le module sur les Services de contraception pour des informations plus complètes sur ce sujet.)

Une fois que la femme a fait son choix, le prestataire chargé de l'accompagnement doit lui donner les informations suivantes :

- Ce qui se passera pendant et après la procédure.
- Ce que la patiente est susceptible de ressentir - crampes, douleurs, etc.
- Combien de temps la procédure risque de prendre.
- Quelles sont les options de contrôle de la douleur qu'elle peut choisir.

- Quels sont les effets secondaires, les risques et les complications associés à la méthode choisie.
- Quels types de soins et de suivi sont nécessaires après la procédure.

(Voir Annexe A : Aspiration intra-utérine et avortement médicamenteux pour provoquer un avortement au cours du premier trimestre dans le module Méthodes d'évacuation utérine pour une synthèse des informations à ce sujet).

5.0 Accompagnement dans le contexte de l'avortement

Un processus d'interaction structuré à travers lequel une personne reçoit volontairement un soutien psychologique et un accompagnement de la part d'une personne formée à cet effet et ce, dans un environnement propice à partager ouvertement ses pensées, son ressenti et ses perceptions. L'accompagnement est une excellente opportunité qui permet aux prestataires de soins de déterminer quels sont les besoins physiques et émotionnels uniques de chaque femme afin d'y répondre au mieux.

Un accompagnement efficace, qui se caractérise par un échange respectueux et empathique entre la femme et le professionnel de santé, peut aider la femme à prendre une décision concernant sa grossesse et un avortement éventuel, peut la conforter dans son choix et la préparer au processus d'avortement. Un accompagnement efficace peut améliorer l'expérience vécue par la femme pendant son avortement et l'inciter à faire davantage confiance aux professionnels de santé, ce qui à son tour peut l'inciter à se présenter à l'avenir pour obtenir des soins médicaux appropriés. Même si des éléments d'accompagnement doivent être présents au cours de l'ensemble de la visite, les prestataires doivent proposer à la femme une session formelle d'accompagnement si elle le souhaite.

L'accompagnement centré sur la femme se structure autour des besoins et des préoccupations de chaque femme. Il n'existe pas de scénario préétabli ou de liste de sujets à couvrir et à cocher. Le prestataire de soins chargé de l'accompagnement doit tenir compte de l'état émotionnel et physique de la femme, de son état clinique, de son contexte culturel et religieux, de sa capacité à comprendre les termes médicaux et de son niveau général de compréhension. Un prestataire de soins peut déterminer quels sont les préoccupations les plus pressantes de la femme en lui posant des questions ouvertes sur ses besoins et en lui demandant comment il peut l'aider; il utilisera les réponses de la femme comme point de départ de l'accompagnement.

Parce que de nombreux établissements ne disposent pas de poste à plein temps dédié au conseil et à l'accompagnement, les autres membres du personnel peuvent être formés à assurer des services

de conseil et d'accompagnement de base en matière d'avortement. Dans les cas où des cliniciens sont également appelés à assurer des activités de conseil et d'accompagnement, ils doivent rester attentifs au fait que la dynamique patiente/accompagnant peut différer de la relation patiente/clinicien. Qu'ils aient ou non officiellement des responsabilités en matière d'accompagnement, les cliniciens doivent avoir des connaissances minimales en matière d'accompagnement et de conseil et doivent s'abstenir de tout jugement. Ils doivent faire preuve de compassion et de soutien en toute circonstance.

Pour être utile, un conseiller en soins d'avortement doit :

- Interroger la femme sur son ressenti et la conforter dans ce qu'elle ressent.
- Prendre connaissance des circonstances qui entourent la grossesse et qui peuvent avoir des implications pour sa prise en charge clinique et l'orienter éventuellement vers d'autres services en cas de besoin.
- Aider la femme à faire le tri dans ses pensées et à clarifier sa décision concernant sa grossesse, ses choix et sa santé sexuelle et génésique future.
- La laisser explorer ses propres sentiments face à l'avortement.
- Veiller à ce qu'elle reçoive des réponses appropriées à toutes ses questions et inquiétudes dans un langage qu'elle soit capable de comprendre.
- L'orienter, le cas échéant, vers des services complémentaires.
- L'aider à déterminer, le cas échéant, à qui elle pourrait s'adresser en vue d'obtenir une assistance sociale.

Un conseiller en soins d'avortement ne doit en aucun cas :

- Donner des informations qui n'ont rien à voir avec la situation particulière de la femme concernée.
- Donner des conseils ou dire à la femme ce qu'il/elle pense être la meilleure solution.
- Tenter d'influer sur ses attitudes, ses convictions ou ses comportements à force de persuasion ou de menace.

(Se référer au module: Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses. Voir également Annexe A : Considérations particulières et Ressources supplémentaires, Consentement éclairé, information et accompagnement pour des informations plus complètes sur l'accompagnement destiné à des patientes plus jeunes ou à des adolescentes).

6.0 Respect de la vie privée et confidentialité

Les femmes ont droit à la protection de leur vie privée et au respect de la confidentialité dans le cadre des soins d'avortement. Dans l'idéal, toute session de conseil et d'accompagnement à l'avortement devrait avoir lieu dans un endroit où il n'est pas possible d'être vu ou entendu. L'échange entre la femme et le conseiller ne doit pas avoir lieu en présence d'autres patients, de visiteurs ou d'autres membres du personnel qui ne seraient pas impliqués directement dans les soins qui lui sont dispensés. Une autre personne - un partenaire ou un conjoint, par exemple, ou un autre membre de la famille ou un proche - peut demander à participer à la session d'accompagnement. Il est toutefois essentiel que la première rencontre avec le conseiller ait lieu avec la femme seule, pour pouvoir lui demander si elle souhaite inviter une autre personne à se joindre à la session d'accompagnement. En lui demandant sa permission en privé, la femme ressentira moins de pression de devoir accepter, peut-être contre sa volonté, la présence d'autres personnes pendant la session.

Dans un contexte d'accompagnement, la prise de décision en toute connaissance de cause concerne le processus à travers lequel la femme prend ses propres décisions librement après avoir reçu et compris des informations exhaustives et exactes. Le conseiller doit informer la femme et lui confirmer que toute information médicale ou personnelle discutée au cours de la session d'accompagnement restera confidentielle, et l'assurer qu'aucune information ne sera divulguée sans son autorisation volontaire et explicite. Offrir à la femme la possibilité d'un accompagnement respectueux dans un environnement garantissant le respect de sa vie privée et de sa confidentialité contribuera à renforcer son sens de sa propre dignité et améliorera la qualité globale des soins qui lui sont donnés.

7.0 Valeurs et empathie

Les conseillers doivent faire preuve de compassion et de respect envers toutes les femmes, indépendamment de leurs circonstances personnelles. Les conseillers doivent examiner leurs propres attitudes et s'interroger sur leurs propres préjugés à l'égard de femmes qui par exemple :

- Ne souhaitent pas être enceinte mais n'utilisent pas de contraception.
- Subissent des avortements à répétition.
- Se présentent avec une grossesse plus avancée.
- Ont déjà de nombreux enfants ou pas d'enfant du tout.
- Poursuivent leur grossesse à son terme même si la grossesse n'était ni prévue ni souhaitée.

- Décident d'interrompre une grossesse pour cause de malformation fœtale.
- Ont de multiples partenaires sexuels.
- Ont subi un viol ou des violences sexuelles.
- Sont célibataires.
- Appartiennent à une race, un groupe ethnique, une classe sociale, une religion; ont un âge particulier ; ont une orientation sexuelle ou de genre particulière; présentent un problème de santé ou des IST; ont une affiliation politique particulière.
- Sont tombées enceintes alors qu'elles savaient qu'elles étaient séropositives ou avaient le sida.
- Ont un niveau d'éducation très limité, ou aucune éducation formelle.
- Sont sexuellement actives alors qu'elles sont très jeunes.

Les attitudes et les convictions des prestataires de soins influent sur leur manière de se comporter et d'accompagner les femmes, et peuvent avoir une influence considérable. Les prestataires de soins peuvent avoir des idées inconscientes sur qui devrait contrôler le déroulement de l'avortement ainsi que sur le droit d'une femme d'être en charge de ce qui se passe dans son corps, et de telles convictions peuvent être liées à des préjugés relatifs au genre, à l'âge, à la sexualité et à d'autres facteurs. Contrairement à l'aspiration intra-utérine, et en fonction du protocole adopté, les méthodes médicamenteuses peuvent donner davantage de contrôle sur l'avortement à la femme plutôt qu'au clinicien. Dans le cadre de nombreux protocoles approuvés, la femme peut initier et gérer le processus d'avortement chez elle ou dans un endroit extérieur à l'établissement de soins qui lui convient mieux et où elle se sent plus à l'aise. Le malaise que peuvent éprouver certains prestataires de soins à l'idée que les femmes gèrent elles-mêmes leur avortement peut, consciemment ou inconsciemment, avoir un effet négatif sur la manière dont ils/elles administrent l'avortement médicamenteux et peut même entraîner de leur part une certaine résistance à proposer ce type de soins.

Une prise en charge de soins centrée sur la femme signifie que les prestataires doivent :

- Reconnaître leurs propres convictions et valeurs relatives à l'avortement et aux facteurs qui s'y rattachent comme le genre, l'âge, la sexualité et le contrôle de la procédure.
- Séparer leurs convictions et leurs valeurs de celles de leurs patientes et se concentrer sur les besoins de ces dernières.
- Faire preuve de respect à l'égard de toutes les femmes, indépendamment de leur âge, de leur situation matrimoniale,

de leurs comportements sexuels et reproductifs et des décisions qu'elles prennent ou ne prennent pas.

- Traiter toutes les femmes avec empathie - être capables de comprendre ce qu'elles ressentent ainsi que leur point de vue, et réussir à leur communiquer cette compréhension.

La clarification des valeurs peut aider les prestataires de soins à identifier leurs convictions et leurs valeurs, à explorer les conséquences de leurs actions, à apprendre à séparer leurs valeurs de celles de leurs patientes et à offrir des soins en respectant les droits et les décisions de chaque femme. Les directeurs d'établissements et les mentors cliniciens peuvent contribuer à établir et à maintenir un environnement de sensibilité et de respect à l'égard des besoins des femmes grâce à l'adoption de toute une variété de méthodes, et notamment par le biais de la clarification des valeurs et d'autres formations, d'un mentorat clinique, d'une supervision positive, d'un système de feed-back entre collègues, d'évaluations anonymes et d'enquêtes auprès des patientes. (Consulter à ce sujet : Ressources supplémentaires, Consentement éclairé, informations et accompagnement).

8.0 Communication efficace

Les conseillers doivent s'efforcer d'instaurer un environnement sécurisant dans lequel chaque femme peut explorer et valider ce qu'elle ressent.

Un conseiller efficace doit rester ouvert et doit s'abstenir de tout jugement même lorsque ses convictions personnelles diffèrent de celles de ses patientes. Un conseiller doit pratiquer l'empathie, la capacité à comprendre les sentiments et le point de vue d'une autre personne et doit être capable de lui communiquer cette compréhension. Un conseiller ne doit jamais insister et obliger une femme à parler ou à divulguer des informations si elle ne se sent pas à l'aise pour les communiquer. Un conseiller recourt toujours à une communication mutuelle (à double sens) entre le prestataire de soins et la femme. Chacune des deux personnes prend le temps de parler, d'écouter et de poser et répondre à des questions.

Un conseiller qui pratique une communication efficace :

- Reste attentif et concentré sur la femme et ses besoins.
- Utilise des indices non verbaux pour montrer son intérêt et sa préoccupation à l'égard de la femme et observe attentivement les indices non verbaux qu'elle transmet à son tour.
- Pose des questions ouvertes et utilise des paroles d'encouragement pour aider la femme à parler ouvertement.
- Laisse la femme s'exprimer avant de donner des informations supplémentaires.

- Effectue un suivi en posant des questions appropriées et en donnant un feed-back.
- Utilise des termes et un langage aisément compréhensibles, y compris pour des femmes très jeunes ou des adolescentes.
- Se montre chaleureux et sans préjugé et ni témoigne ni colère ni désapprobation, que ce soit dans sa communication verbale ou à travers son langage corporel.

Un conseiller qui ne pratique pas une communication efficace :

- Émet un jugement sur le comportement de la femme.
- Fait des suppositions sur la femme et ses besoins, ou se concentre sur ses propres priorités.
- Démontre son manque d'intérêt par le biais d'indices non verbaux et ne fait pas attention aux indices non verbaux que transmet la femme.
- Ne pose que des questions fermées.
- N'écoute pas attentivement, ou se montre distrait.
- Interrompt ou parle en même temps que la femme.
- Utilise des termes médicaux ou un langage que la femme éprouve des difficultés à comprendre.
- Ne vérifie pas pour s'assurer que la femme a compris ses questions.
- Ne fait rien pour empêcher les interruptions, comme des coups de téléphone ou des tiers qui entrent dans l'endroit réservé à la session d'accompagnement.
- A l'impression de savoir, mieux que la femme elle-même, ce qui lui convient.

8.1 Une écoute active

Une *écoute active* ne se borne pas à entendre. Un conseiller qui pratique une écoute active fait appel à plusieurs sens pour recueillir des informations pertinentes, pour témoigner sa compréhension et encourager la femme à parler de son ressenti et des circonstances auxquelles elle fait face. Quelques éléments d'une écoute active :

- Démontrer que l'on est attentif en interjectant des phrases comme « je vois » ou « je comprends ».
- Avoir des intonations de voix, adopter des expressions du visage et des gestes invitant et encourageant la femme à poursuivre ce qu'elle dit.

Les conseillers doivent résister à la tentation de faire des déclarations qui semblent rassurantes mais qui donnent à la femme l'impression de ne pas être soutenue ou qui lui offre un réconfort factice. Par exemple le fait de dire, « ne vous en faites pas », « ça va aller mieux bientôt », ou « tout va bien se passer », peut donner à la femme l'impression que ses inquiétudes n'ont pas été prises au sérieux.

8.2 Questions ouvertes et traduction d'un ressenti

Il n'est pas possible de répondre à une question ouverte en se contentant d'un « oui » ou d'un « non ». Les questions ouvertes commencent par « comment », « quand » ou « parlez-moi de », « expliquez-moi cela plus en détails ». Ce sont des questions qui nécessitent des réponses complètes qui induisent des informations supplémentaires, et demandent de participer pleinement à la conversation.

- Il faut éviter de poser des questions ouvertes qui débutent par « pourquoi », parce qu'elles peuvent être considérées comme impliquant un jugement de valeur. Au contraire, les conseillers doivent poser des questions ouvertes sans jugement et sans présuppositions. Par exemple, « Comment vous sentez-vous maintenant que l'avortement est arrivé à son terme? ».
- Il faut suivre la réponse de la femme d'une phrase qui démontre de la compréhension pour ce qu'elle ressent ou la préoccupe.
- Si le conseiller n'est pas sûr d'avoir bien compris la réponse, il peut ajouter une question à la fin de sa phrase, comme « c'est bien cela? ». Ce qui donne à la femme la possibilité de confirmer ou de corriger ce que le conseiller semble avoir compris.

8.3 Communication non verbale

En accordant de l'attention aux indices non verbaux, un conseiller sera mieux à même de comprendre pleinement le ressenti de la femme. Le conseiller doit rester attentif et remarquer les différences entre les indices verbaux et non verbaux que peut communiquer une patiente. Par exemple: si une femme dit qu'elle se sent bien mais elle a une expression triste sur le visage, le conseiller peut lui demander: « Vous dites que vous vous sentez bien, mais vous avez l'air triste – aimeriez-vous m'en dire un peu plus à ce propos? ».

Un conseiller peut utiliser la communication non verbale pour démontrer sa préoccupation à l'égard d'une femme :

- En se plaçant en face d'elle ou en s'asseyant à côté d'elle et

en éliminant les barrières physiques entre eux comme par exemple un bureau ou un ordinateur.

- En se penchant légèrement en avant et en ayant un contact visuel adapté au contexte.
- En acquiesçant de la tête et en employant un ton de voix rassurant.
- Il convient d'éviter de se retourner et de regarder ailleurs, de regarder sa montre ou une horloge à plusieurs reprises, ou d'utiliser un ton de voix sévère.

Le conseiller doit se souvenir que les indices non verbaux varient d'une culture à une autre, mais aussi en fonction de l'âge et du sexe à l'intérieur d'une même culture.

9.0 Renvoi/transfert vers d'autres services

Si un conseiller ne se trouve pas en mesure de répondre adéquatement aux besoins de la femme, il doit l'orienter ou l'adresser vers d'autres personnes ou services. Afin de faciliter ce processus il convient :

- D'identifier les préoccupations les plus courantes des patientes pour créer et maintenir à jour une liste des autres ressources disponibles localement.
- D'accompagner les renvois de notes d'information, écrites ou graphiques, précises exactes et faciles à suivre. S'assurer auprès de chaque femme que le fait de repartir avec une note écrite d'information pour son renvoi ne la met pas en danger. Pour certaines femmes, il peut être dangereux de recevoir des informations concernant l'avortement qui pourraient être trouvées par quelqu'un d'autre alors que pour d'autres femmes il peut s'avérer utile de conserver des informations écrites sur l'endroit et les horaires des services vers lesquels elles ont été adressées.
- De recommander des services et des établissements de soins qui sont accessibles à la femme, à la fois d'un point de vue géographique et financier, et l'assurer qu'elle peut revenir si elle rencontre des difficultés à se rendre dans l'établissement de renvoi ou si ses besoins n'y sont pas couverts.
- De vérifier que les établissements de renvoi s'occupent des jeunes femmes, et que celles-ci s'y sentent à l'aise avant d'y adresser des jeunes femmes ou des adolescentes.
- De suivre les renvois dans un registre destiné à cet effet dans lequel les conseillers peuvent inscrire le nom de la patiente, le service vers lequel elle a été adressée ainsi que le détail du suivi des soins.

Les prestataires de soins doivent connaître les ressources qui offrent des soins de qualité optimale dans leur zone et doivent savoir comment y adresser leurs patientes. Dans le cas de jeunes femmes et d'adolescentes, les renvois doivent être effectués vers des prestataires et des services qui sont connus pour offrir des soins adaptés à cette catégorie de patientes. Des protocoles concernant les transferts et/ou les renvois et des listes de ressources qui fournissent des informations simples, exactes, précises et à jour sont des éléments essentiels d'un système de transfert efficace. (Voir : Annexe D : Exemple de formulaire de renvoi dans le module Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus).

Les établissements qui accueillent des patientes doivent avoir mis en place des processus de réception des patientes transférées de manière à faciliter leur intégration dans le système de santé communautaire pour le suivi des soins. Ils doivent également fournir un feed-back destiné à l'établissement à l'origine du transfert. (Voir module Liens avec la communauté).

10.0 Comment conclure une session d'accompagnement

Lorsqu'il est sur le point de conclure une session d'accompagnement, le conseiller doit :

- Reprendre dans une brève synthèse les principaux concepts discutés.
- Demander à la patiente si elle a d'autres questions à poser.
- Vérifier que la femme comprend toutes les instructions ou suggestions verbales.
- Le cas échéant, remettre à la femme, une note de transfert écrite ou sous forme graphique, mais uniquement si approprié.
- Lui expliquer ce à quoi elle doit s'attendre pour le reste de sa visite dans l'établissement de soins.

11.0 Considérations particulières

Certaines patientes peuvent avoir des besoins spécifiques qu'elles éprouvent des difficultés à mentionner à un conseiller. C'est pourquoi il est important que le conseiller pose des questions pour obtenir des informations sur les circonstances, la situation et la décision spécifiques à chaque femme. Les conseillers qui ne se sentent pas à l'aise pour travailler avec certaines populations de patientes ont peut-être la possibilité de suivre des formations complémentaires afin d'améliorer leur compétence. Le cas échéant, ils sont peut-être en mesure d'adresser ces femmes à d'autres conseillers ou à des agences qui sont compétentes pour donner

des soins de qualité optimale dans le cas de besoins spécifiques, comme par exemple :

- Femmes ayant subi des avortements à répétition.
- Femmes victimes de violences.
- Femmes séropositives ou atteintes du sida.
- Adolescentes et très jeunes femmes.
- Femmes travailleuses du sexe ou qui échangent des services sexuels pour des biens ou de l'argent.
- Femmes souffrant de déficiences cognitives et développementales ou de troubles mentaux.
- Femmes réfugiées ou déplacées.
- Femmes ayant subi des mutilations génitales féminines.
- Femmes ayant des relations homosexuelles.
- Femmes qui se présentent avec une grossesse avancée.

(Voir : Annexe A : Considérations particulières).

12.0 Considérations relatives aux soins après avortement

- Dans les cas de choc et d'autres conditions mettant la vie en danger, il peut s'avérer nécessaire de différer l'évaluation clinique complète et l'obtention de son consentement éclairé et volontaire jusqu'à ce que l'état de la femme ait été stabilisé.
- Si une femme se trouve dans une situation de douleur intense ou de détresse émotionnelle, il peut être nécessaire de différer l'information et l'accompagnement jusqu'à ce que son état soit stabilisé et qu'elle soit en mesure de comprendre et communiquer.
- Les femmes ont droit au respect de leur vie privée et à la confidentialité. Dans un environnement juridiquement restrictif, les femmes qui ont provoqué elles-mêmes un avortement ou qui ont eu recours à un avortement clandestin peuvent avoir particulièrement peur d'être dénoncées aux autorités. Les prestataires de soins doivent informer la femme que les informations médicales ou personnelles la concernant ne seront pas divulguées sans son autorisation volontaire et explicite, excepté dans les cas où il s'agit d'une obligation légale à laquelle le personnel médical ne peut se soustraire.
- Les prestataires doivent être en mesure de répondre à des questions relatives à l'obtention d'un avortement légal et sécurisé et pouvoir renseigner les femmes sur les endroits qui dispensent de tels services.

- Les prestataires de soins doivent envisager qu'il peut s'agir d'une grossesse désirée et, le cas échéant, en tenir compte.

Pour des informations plus complètes sur comment établir des liens avec la communauté dans le cadre des soins après avortement, Voir la publication d'Ipas *Soins après avortement centrés sur la femme: Manuel de référence* (deuxième édition).

13.0 Résumé

- Le conseil et l'accompagnement relatifs aux différentes options concernant la grossesse ne doivent pas être imposés ou servir d'obstacle pour empêcher une femme d'obtenir des soins d'avortement.
- Pour pouvoir donner un consentement éclairé et volontaire, une femme doit connaître toutes les options qui s'offrent à elle ainsi que leurs avantages et risques respectifs. Elle doit également être en mesure de faire un choix volontaire et en toute liberté, sans pression et sans coercition.
- Les jeunes femmes et les adolescentes sont tout à fait en mesure de prendre la décision d'interrompre une grossesse, elles peuvent toutefois nécessiter davantage d'informations pour faciliter leur processus de prise de décision et parvenir à donner un consentement éclairé.
- Si l'aspiration intra-utérine et l'avortement médicamenteux sont disponibles, le prestataire de soins chargé de l'accompagnement devra expliquer les différences entre ces deux procédures et aider la femme à décider l'option qui lui convient le mieux.
- Les prestataires de soins doivent être prêts à offrir un soutien compatissant et, si la femme le souhaite, un accompagnement centré sur ses besoins individuels.
- Un accompagnement centré sur la femme se structure autour des besoins et des préoccupations spécifiques à chaque femme, jeunes femmes et adolescentes, et doit tenir compte de tous autres types de considérations particulières.
- L'accompagnement doit avoir lieu dans un endroit où il n'est pas possible d'être vu ou entendu.
- Les informations données par la femme sont confidentielles et ne doivent pas être divulguées sans son autorisation volontaire et explicite.
- Les patientes sont plus réceptives face à un conseiller qui leur apporte un soutien sans jugement, fait preuve d'empathie et sait instaurer un environnement sécurisant dans lequel elles peuvent se sentir à l'aise afin d'explorer ce

qu'elles éprouvent et ressentent.

- L'accompagnement centré sur la femme comprend des techniques telles une écoute active, un questionnement ouvert et une prise en compte attentive du ressenti et de la communication non verbalisée.
- Les conseillers, ou les prestataires de soins chargés de l'accompagnement, doivent prendre conscience de leurs propres convictions, valeurs et préjugés potentiels de manière à ce qu'ils n'influent pas sur leur manière d'accompagner les patientes.
- Les protocoles de transfert et les listes de ressources qui fournissent des informations simples, exactes, précises et à jour sont des éléments essentiels d'un système de transfert efficace.
- La session d'accompagnement doit se terminer par une synthèse des principaux concepts discutés et sur ce à quoi la femme doit s'attendre pour la suite des soins; il convient de s'assurer à ce stade que la femme a bien compris ce qui a été discuté et qu'elle a obtenu une réponse à toutes ses questions, besoins et préoccupations.

Bibliographie

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2008). *Female genital cutting: Clinical management of circumcised women, second edition*. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.

Baker, A. et Beresford, T. (2009). Informed consent, patient education, and counseling. In M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes et P. G. Stubblefield (Eds.), *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, NY: Churchill Livingstone.

Cameron, S. T. et Glasier, A. (2012). Identifying women in need of further discussion about the decision to have an abortion and eventual outcome. *Contraception*. doi: 10.1016/j.contraception.2012.10.032

Caralis, P. V. et Musialowski, R. (1997). Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *South African Medical Journal*, 90(11), 1075–1080.

De Bruyn, M. (2003). *Violence, pregnancy and abortion: Issues of women's rights and public health*, second edition. Chapel Hill, NC: Ipas.

- Family Health International. (2003). *Reproductive health of young adults: Contraception, pregnancy and sexually transmitted diseases*. Research Triangle Park, NC: Family Health International.
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). (2000). La violence domestique à l'égard des femmes et des filles. *Innocenti Digest*, 6. www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest6f.pdf
- Gallo, M. F. et Nghia, N. C. (2007). Real life is different: A qualitative study of why women delay abortion until the second trimester in Vietnam. *Social Science and Medicine*, 64(9), 1812–1822. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.02.005
- Gardner, R. et Blackburn, R. (1997). People who move: new reproductive health focus. *Population Reports, Series J*(45), 1–27.
- Hall, J. A., Roter, D. L. et Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26(7), 657–675.
- Harries, J., Orner, P., Gabriel, M. et Mitchell, E. (2007). Delays in seeking an abortion until the second trimester: a qualitative study in South Africa. *Reproductive Health*, 4, 7.
- Haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. (1995). *Violence sexuelle à l'encontre des réfugiés — Principes directeurs concernant la prévention et l'intervention*. Genève, Suisse : Haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés.
- Johns Hopkins School of Public Health. (1999). Pullout guide: What health care providers can do about domestic violence. *Population Reports, Series L*(11).
- Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L. et Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11), CD002855. doi: 10.1002/14651858.CD002855.pub4
- Lansdown, G. et UNICEF. Centre de recherche Innocenti. (2005). *Les capacités évolutives de l'enfant*. Florence, Italie: Save the Children : UNICEF.
- McIntyre, J. (1999). *HIV in pregnancy: A review*. Genève, Suisse : ONUSIDA.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2013). Transmission du VIH de la mère à l'enfant. D'après : <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ONUSIDA. (2007). *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé*. D'après : <http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241595568/fr/>

Organisation mondiale de la Santé. *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Paul, M., Grimes, D. A., Lichtenberg, E. S., Borgatta, L. et Stubblefield, P. G. (1999). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York: Churchill Livingstone.

Paul, M. E., Mitchell, C. M., Rogers, A. J., Fox, M. C. et Lackie, E. G. (2002). Early surgical abortion: efficacy and safety. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(2), 407–411.

Policar, M. S., Pollack, A. E., Nicholas, C. et Dudley, S. (Eds.). (1999). *Principles of abortion care: A curriculum for physician assistants and advanced practice nurses*. Washington, DC: National Abortion Federation.

PRIME. (1997). *Reproductive health training for primary providers: A sourcebook for curriculum development*. Chapel Hill, NC: INTRAH.

Rowlands, S. (2008). The decision to opt for abortion. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 34(3), 175–180. doi: 10.1783/147118908784734765

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2004). The care of women requesting induced abortion. *Evidence-based Clinical Guideline*, (No. 7).

Stewart, F. H., Wells, E. S., Flin, S. K. et Weitz, T. A. (2001). *Early medical abortion: Issues for practice*. D'après : <http://bixbycenter.ucsf.edu/publications/files/EMAR.pdf>

Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A. et Mulligan, C. (2011). *Abortion care for young women: A training toolkit* (p. 198). Chapel Hill, NC: Ipas.

Turner, K. L. et Chapman Page, K. (2008). *Transformation des attitudes face à l'avortement : boîte à outils de clarification des valeurs pour une audience internationale*. Chapel Hill, NC: Ipas.

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

Annexe A : Considérations particulières

Voici la synthèse des informations pertinentes les plus importantes à l'intention des prestataires qui dispensent des soins complets d'avortement. (Voir : Ressources supplémentaires, Consentement éclairé, informations et accompagnement ; et Annexe C : Considérations particulières en matière d'accompagnement à la contraception du module Services de contraception, pour des informations plus complètes sur chacun des sujets abordés).

Jeunes femmes (âgées de 10 à 24 ans)

Sur le plan physique, les besoins cliniques des jeunes femmes et des adolescentes sont en grande partie similaires à ceux des femmes adultes ; toutefois, leur vie et leurs circonstances sociales sont souvent très différentes et exigent des soins adaptés à leurs circonstances individuelles uniques, particulièrement en ce qui concerne le conseil et l'accompagnement et les attitudes des professionnels de santé à leur égard. Les prestataires de soins doivent faire un effort conscient pour éviter que leurs convictions personnelles ne limitent leur capacité à dispenser la meilleure qualité de prise en charge possible aux jeunes femmes et aux adolescentes.

Lorsqu'une jeune femme demande une IVG, elle a probablement déjà soigneusement envisagé les options qui sont les siennes et pris sa décision avant de se présenter pour obtenir des soins. Il se peut toutefois, qu'une jeune femme souhaite obtenir davantage d'informations afin d'étayer sa décision. Afin d'obtenir un consentement éclairé, il est important que le conseiller revienne sur la condition médicale de la jeune femme et sur les principales options qui s'offrent à elle : poursuivre la grossesse à son terme et élever l'enfant ou l'abandonner pour qu'il puisse être adopté ; ou, interrompre la grossesse. Les jeunes femmes et les adolescentes doivent avoir la possibilité de prendre librement une décision informée et cette décision doit être respectée. Parce qu'elles manquent d'informations en matière de santé sexuelle et reproductive ou que les informations dont elles disposent sont insuffisantes ou inexactes, l'accompagnement des jeunes femmes et des adolescentes peut nécessiter davantage de temps que pour les femmes adultes. Si la loi exige qu'une jeune femme ou une adolescente notifie ou obtienne le consentement d'un tiers, et que sa situation ne justifie pas une exemption ou une alternative, les prestataires de soins doivent lui expliquer cette exigence et lui proposer de l'aider à parler à ce tiers.

Les décisions relatives à l'avortement ont souvent lieu en dehors du contexte de l'établissement de soins, et une jeune femme peut être particulièrement sensible à l'influence de certains adultes, et plus particulièrement d'un partenaire/conjoint ou d'une autre personne qui exerce un pouvoir sur elle. Il est possible que ces adultes aient intériorisé des stéréotypes négatifs par rapport à la grossesse des adolescentes et à leur capacité d'être responsables, ce qui peut avoir une influence profonde sur la décision de la jeune femme d'interrompre sa grossesse. Les prestataires de soins doivent poser des questions pour s'assurer que la jeune femme ou l'adolescente n'a pas subi de pressions et n'a pas été forcée par quiconque - partenaire, famille, communauté ou amies – dans sa prise de décision.

La stigmatisation qui entoure la sexualité des jeunes femmes, les lois et les dispositions relatives au consentement, le conditionnement culturel, social et familial, sont autant d'éléments qui rendent l'accompagnement particulièrement difficile. Les prestataires qui veulent offrir un accompagnement de qualité doivent avoir conscience de ces besoins particuliers et doivent aussi reconnaître leurs propres attitudes sous-jacentes à l'égard de la sexualité des jeunes femmes qui peuvent avoir une influence négative sur leur manière de dispenser les soins. Chaque fois que possible, les jeunes femmes et les adolescentes doivent avoir la possibilité d'être conseillées et accompagnées par un conseiller appartenant au même groupe d'âge ou par une personne de leur choix.

Femmes ayant subi des avortements à répétition

Si une femme ne souhaite pas être enceinte mais qu'elle a déjà subi plusieurs grossesses non désirées, le conseiller peut aborder avec elle les raisons qui expliquent cela. Il se peut qu'elle choisisse de ne pas utiliser de contraception, certaines femmes n'ont pas de raison pour expliquer pourquoi elles font ce choix. Dans certains cas, il peut exister une raison sous-jacente qui empêche la femme de se protéger adéquatement contre les grossesses non voulues, notamment des mythes concernant la contraception, des rapports sexuels forcés, une relation sexuelle abusive ou des conflits émotionnels non résolus. Des femmes qui ont des troubles émotionnels graves doivent être orientées vers des services professionnels de santé mentale à plus long terme, s'ils sont disponibles.

Femmes victimes de violences

En toute probabilité les prestataires de soins peuvent être amenés à rencontrer des femmes qui ont subi des violences sexuelles. Les femmes qui ont subi ce type de violences - qui incluent le viol, l'agression sexuelle, les rapports sexuels forcés, l'inceste et la prostitution forcée - souffrent souvent de troubles associés, blessures et lésions physiques, infections sexuellement transmissibles (IST), détresse psychologique et grossesse non planifiée/non désirée. La violence physique ou psychologique pendant la grossesse peut également entraîner une fausse couche ou un souhait d'avortement.

La consultation pour des soins d'avortement est peut-être le seul contact d'une femme victime de violences avec le système de santé. Les conseillers doivent élaborer une méthode standardisée permettant de poser à toutes les patientes des questions relatives à la violence qu'elles sont susceptibles de subir dans leur vie, et doivent intégrer ces questions à leur protocole courant d'accompagnement. Les professionnels de santé doivent avoir conscience de leurs propres limites lorsqu'ils aident des femmes victimes de violences et, chaque fois que possible, doivent orienter la femme vers d'autres spécialistes mieux équipés et formés pour répondre à ses besoins spécifiques.

Considérations à prendre en compte pour un accompagnement dans un contexte de violence :

- Une grossesse non désirée peut être le résultat d'un viol ou d'un inceste.
- Des violences physiques peuvent être la cause d'un avortement spontané.

L'infection par le VIH constitue une menace conséquente à la santé et à la longévité des femmes en âge de procréer et de leurs enfants. Les taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant varient de 15 à 45 %. Ces taux peuvent être diminués à moins de 5 % grâce à la mise en place d'une thérapie antirétrovirale courante dans les régions du monde où ces médicaments sont disponibles et accessibles. En dépit des risques, les femmes séropositives ou atteintes du sida ont les mêmes droits que les autres femmes de décider si elles souhaitent mener une grossesse à terme ou l'interrompre.

- Il peut s'agir d'une grossesse désirée.

- Une femme peut être soumise à de nouvelles violences si son avortement ou son recours à la contraception ne reste pas confidentiel.

- Une femme peut avoir été poussée ou forcée dans sa décision d'avorter.

Femmes séropositives ou atteintes du sida

Les femmes qui reçoivent des soins d'avortement et qui sont séropositives ont besoin d'informations, de soutien, d'accompagnement et de soins spécifiques. Si les conseillers n'ont pas reçu une formation complète relative au VIH, ils doivent orienter les femmes séropositives vers des services appropriés, s'ils sont disponibles. Les femmes qui sont séropositives doivent recevoir des informations qui peuvent les aider à mieux comprendre leur condition et à améliorer leur propre santé ainsi que celle de leurs partenaires sexuels et de leurs enfants.

Femmes travailleuses du sexe

Les raisons qui poussent les femmes à se prostituer ainsi que leur ressenti et leurs perspectives à cet égard, varient énormément. Les femmes travailleuses du sexe ont les mêmes droits que toutes les autres femmes, et doivent être traitées de manière respectueuse et sans jugement. Les préjugés des conseillers concernant l'activité sexuelle des femmes, leurs choix de partenaires, le type de relations (intimes ou commerciales) qu'elles entretiennent ou leur pouvoir de négociation dans le cadre de leurs relations sexuelles peuvent avoir un impact négatif sur la session d'accompagnement. C'est en répondant aux besoins de la femme en termes de ses besoins de santé et en la transférant vers d'autres services qu'un conseiller peut parfois être le plus efficace.

Femmes présentant un déficit cognitif ou développemental et/ou souffrant de troubles mentaux

Il existe d'importantes variations en termes de déficits cognitifs et développementaux et de troubles mentaux, et certaines femmes auront besoin de plus d'assistance que d'autres. Certaines femmes arrivent au centre accompagnées de leur partenaire, d'un garde-malade, d'un parent, d'une amie ou d'un membre de leur famille. Même s'il peut paraître opportun d'impliquer la participation de l'accompagnant dans la discussion relative aux besoins, à l'état, au consentement éclairé, aux choix de soins et aux options en matière de contraception de la femme, il n'en reste pas moins que c'est à la femme elle-même que le conseiller doit s'adresser directement.

Il est courant, mais erroné, de penser qu'une femme avec un déficit cognitif et développemental et/ou souffrant de troubles mentaux n'est pas sexuellement active. De nombreuses femmes dans ces conditions sont tout à fait en mesure d'avoir des relations sexuelles consensuelles et sans risques. Il est important de remarquer, toutefois, que les femmes qui vivent avec ces types de conditions ont davantage de risques de subir des violences sexuelles ou des rapports sexuels forcés, potentiellement de la part des personnes qui s'occupent d'elles. En cas de suspicion de violence sexuelle, le conseiller doit avoir un entretien privé avec la femme et la transférer vers des services communautaires appropriés.

La communication avec une femme qui a un déficit cognitif peut nécessiter davantage de temps et d'efforts de la part du conseiller.

La femme peut se trouver, ou non, sous tutelle, ce qui peut affecter sa capacité de donner elle-même un consentement éclairé. Si la femme est en mesure de prendre elle-même des décisions concernant les soins qu'elle reçoit, le prestataire de soins doit déployer encore davantage d'efforts pour s'assurer qu'elle comprend entièrement ce à quoi elle consent ainsi que les différents choix qui sont les siens. Les femmes qui ont un déficit cognitif peuvent être promptes à accepter ou à répondre « oui » avant d'avoir entièrement compris une question ou une situation.

Femmes réfugiées ou déplacées

Les femmes réfugiées ou déplacées peuvent se trouver confrontées à des pressions différentes et multiples, émotionnelles ou liées à leur sécurité personnelle ; violence institutionnelle, sociétale ou personnelle ; séparation de leur famille, leur culture et leur lieu d'origine ; manque de nourriture ; manque d'accès à l'ensemble des soins de santé : et, incertitude concernant leur avenir. De nombreuses femmes ont été victimes de violence au cours de la période initiale de leur déplacement et beaucoup d'entre elles continuent de subir des violences à l'endroit où elles se trouvent réfugiées ou déplacées. Il est important lorsqu'il s'agit de conseiller et accompagner des femmes réfugiées ou déplacées de les laisser orienter elles-mêmes le processus d'accompagnement. Le prestataire de soins doit être attentif aux différences de langage entre lui et la femme et si possible, devrait essayer de trouver un interprète dont la langue maternelle est la même que celle de la femme réfugiée ou déplacée.

Femmes ayant subi des mutilations génitales

Les conseillers sont susceptibles de rencontrer des femmes qui ont été excisées ou ont subi des mutilations génitales féminines (MGF). Les MGF sont définies comme l'ablation partielle ou totale des organes génitaux féminins externes et toute autre blessure des organes génitaux féminins infligés sans raisons médicales.

Il est possible que les femmes concernées ne veuillent pas aborder le sujet des MGF avec le conseiller ou qu'elles ne réalisent pas que les MGF vont avoir une incidence sur les soins d'avortement. Si la femme a été excisée, il est impératif que le conseiller fasse preuve de sensibilité dans ses questions à ce propos et qu'il ne pré-suppose pas que toutes les femmes ont la même expérience des MGF.

Femmes se présentant à un stade avancé de leur grossesse

Les femmes qui se présentent à un stade plus avancé de leur grossesse ont peut-être dû se confronter à des obstacles multiples qui les ont empêché de se présenter plus rapidement, comme par exemple, ne pas savoir qu'elles étaient enceintes, avoir eu besoin de plus de temps pour prendre une décision et/ou difficultés d'accès aux services de santé. En outre, lorsqu'elles se sont présentées pour obtenir des soins, il est possible qu'elles aient été confrontées à des attitudes négatives ou discriminatoires qui ont encore retardé la prise en charge. Comprendre les problèmes sociaux et émotionnels qui bien souvent accompagnent un avortement au cours du deuxième trimestre, et offrir une prise en charge ou un transfert rapide est un élément essentiel d'une pratique de soins centrés sur la femme.

Femmes ayant des relations homosexuelles

Les conseillers ne doivent pas pré-supposer automatiquement que les femmes qui cherchent à obtenir des soins d'avortement n'ont que des partenaires sexuels masculins. Différentes raisons peuvent expliquer pourquoi une femme qui a des relations avec d'autres femmes a besoin de soins d'avortement. Elle peut avoir eu un rapport sexuel consensuel avec un homme ou elle peut avoir été victime de violence sexuelle ou de viol. Certaines femmes ont des relations sexuelles avec des femmes et avec des hommes. Les circonstances de la grossesse peuvent varier, comme peut varier ce que ressent la femme par rapport à l'avortement. Les conseillers ne doivent pas pré-supposer que la grossesse était non désirée ou écarter le risque d'une autre grossesse non désirée à l'avenir.

En fonction des normes culturelles, il peut être très difficile pour une femme de divulguer qu'elle a une relation avec une autre femme. Les conseillers peuvent faciliter les choses en rassurant la femme et en l'assurant de la confidentialité de l'entretien, en témoignant du respect à sa partenaire et à sa famille et en respectant ses autres choix.

Services de contraception

Principaux points abordés dans ce module:

- Dispenser des conseils en matière de contraception et mise à disposition d'une méthode contraceptive
- Modèles de prestation de services
- Information et accompagnement efficaces en matière de contraception
- Critères médicaux de recevabilité des méthodes contraceptives suite à un avortement
- Contraception d'urgence ou pilule contraceptive d'urgence (PCU)
- Situations spéciales en termes d'accompagnement ou de transfert

Dans ce cursus nous avons privilégié le terme de « contraception » plutôt que celui de « planification familiale ». De nombreuses femmes qui veulent obtenir des services de contraception cherchent à éviter une grossesse plutôt que planifier une famille. Ceci peut s'avérer particulièrement vrai dans le cas de très jeunes femmes ou d'adolescentes. Il est primordial que les prestataires de soins n'émettent aucune supposition quant aux intentions reproductives d'une femme.

1.0 Introduction

Les organisations internationales considèrent l'accès à la contraception comme faisant partie intégrante des droits humains élémentaires, un élément fondamental de la santé sexuelle et reproductive. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) toutes les femmes doivent recevoir des informations sur la contraception ainsi que des conseils et des méthodes de contraception, contraception d'urgence y comprise, après avoir subi un avortement et avant qu'elles ne quittent l'établissement de soins. La Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), le Conseil international des infirmières (CII) et l'USAID s'accordent pour affirmer, dans le cadre d'une déclaration de consensus, que toutes les femmes doivent recevoir des informations, un accompagnement et des services de contraception après un avortement spontané ou provoqué, indépendamment du processus utilisé. La Charte sur les droits sexuels et reproductifs de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) inclut dans son énoncé des droits, le droit de choisir de se marier ou non, et de fonder et planifier une famille ainsi que le droit de décider d'avoir ou non des enfants et quand. Dans de nombreux pays les lois nationales et les normes sanitaires confortent ses droits.

À continuation sont énumérés un certain nombre de faits déterminants relatifs aux services de contraception:

- Toutes les femmes qui reçoivent des soins d'avortement se trouvent à un moment déterminant de leur vie reproductive et peuvent bénéficier d'informations et d'un accompagnement compatissant sur leurs options en matière de contraception.
- Environ 21 % de toutes les grossesses se terminent par une interruption volontairement provoquée. Les méthodes contraceptives, lorsqu'elles sont couramment disponibles et utilisées en continu, peuvent aider les femmes à éviter des grossesses non voulues et diminuer significativement le taux d'avortements.
- Il est important de proposer des informations et un accompagnement à la contraception ainsi que des méthodes de contraception à toutes les femmes qui subissent un avortement, y compris aux jeunes femmes et aux adolescentes.
- Une étude réalisée par Boyd et autres, en 1972 a établi que l'ovulation peut survenir dans les 10 jours qui suivent un avortement par aspiration intra-utérine, et dans le cadre d'une étude récente de Schreiber et autres, des patientes ont ovulé dès le 8ème jour après un avortement médicamenteux. De même, Ratten a découvert qu'une femme peut ovuler dès le 10ème jour après un avortement incomplet. Ainsi, parce

que l'ovulation peut survenir pratiquement immédiatement après une évacuation utérine, la contraception doit être fournie immédiatement aux femmes qui souhaitent éviter ou retarder une prochaine grossesse.

« Si une femme se rend dans un hôpital avec un avortement incomplet, nous avons déjà failli une première fois envers elle puisque nous n'avons pas réussi à l'aider à éviter une grossesse non désirée ou inopportune. Si elle quitte l'établissement de soins sans avoir les moyens d'éviter une autre grossesse à l'avenir qui risque de ne pas être voulue non plus, nous aurons doublement échoué envers elle ».

— Cynthia Steele Verme, Postabortion Care (PAC) Consortium

Ce module explique pourquoi le conseil en matière de contraception et la mise à disposition de méthodes contraceptives sont des éléments essentiels des soins complets d'avortement. Il aborde également comment informer et accompagner les femmes qui reçoivent des soins d'avortement de manière à ce que celles qui souhaitent utiliser une contraception soient en mesure de choisir la méthode la mieux adaptée à leurs besoins et sachent l'utiliser efficacement.

2.0 Accompagnement à la contraception et mise à disposition de méthodes contraceptives après un avortement

L'objectif de l'accompagnement à la contraception est d'aider une femme à décider si elle souhaite éviter une prochaine grossesse à court ou à plus long terme, et de la guider dans son choix d'une méthode adaptée. Dans le cadre d'un accompagnement à la contraception centré sur la femme, les prestataires se concentrent sur les besoins, les intentions en matière de reproduction, les circonstances et l'état clinique qui sont uniques à chaque femme.

L'utilisation d'une contraception peut contribuer à promouvoir la santé et les droits de la femme en :

- donnant la possibilité aux mères d'espacer les naissances et d'avoir une famille moins nombreuse ce qui contribue à améliorer la santé et à sauver la vie de nombreux nouveaux-nés ;
- améliorant la qualité de vie des femmes en leur permettant de contrôler leur santé reproductive et notamment le nombre et l'espacement de leurs enfants ;
- aidant les femmes à éviter des grossesses non désirées, ce qui prévient une exposition inutile aux risques potentiels associés à la grossesse et à l'accouchement.

Les services de contraception après avortement sont efficaces s'ils tiennent compte des besoins individuels de chaque femme.

L'accompagnement à la contraception doit aider chaque femme à évaluer sa propre situation et ses propres besoins et la guider pour qu'elle puisse prendre elle-même une décision éclairée. L'efficacité de la contraception est à son maximum lorsque la femme a été informée des avantages, des risques, et des probabilités de succès de toutes les options et de leurs alternatives.

3.0 Modèles de prestation de services

L'accompagnement à la contraception et la mise à disposition des méthodes peut avoir lieu à différents moments et de différentes manières aux cours des soins d'avortement.

Les différents modèles de prestations incluent les suivants :

- Les prestataires qui travaillent dans la zone de l'établissement où les soins d'avortement sont dispensés peuvent informer et donner des orientations sur mise à disposition des méthodes contraceptives. Cette méthode de prestation de services contribue à réduire les obstacles liés à l'accessibilité. Si les services de contraception ne peuvent pas être dispensés au même endroit que les soins d'avortement, des dispositions doivent être prises pour aider les femmes qui subissent un avortement à se rendre dans la zone où les services de contraception sont dispensés.
- Des dispositions peuvent être prises pour permettre au personnel d'autres zones de l'établissement de soins ou d'autres établissements de venir dans la zone dédiée aux soins d'avortement pour accompagner les patientes et leurs procurer les méthodes contraceptives dont elles ont besoin.
- L'accompagnement peut être pris en charge à l'endroit où les soins d'avortement sont dispensés et les patientes peuvent être ensuite renvoyées vers un autre centre de soins où elles peuvent obtenir des méthodes contraceptives.
- Les femmes se rendent dans un autre établissement de soins pour y obtenir des services de contraception.
- Accompagnement à la contraception et mise à disposition des méthodes contraceptives au niveau de la communauté par des personnels formés à cet effet comme les auxiliaires de santé du village ou des organisations communautaires.

La mise à disposition des services de contraception au même moment et au même endroit que les soins d'avortement permet de garantir à la femme qu'elle obtient une méthode contraceptive avant de quitter l'établissement de soins. Si une femme remplit les critères médicaux d'admissibilité et qu'elle a donné son consentement à la méthode, toutes les méthodes contraceptives - y compris le stérilet (DIU) et la stérilisation féminine - peuvent être initiées en même temps qu'une aspiration

intra-utérine. La plupart des méthodes de contraception peuvent être initiées en même temps que la prise du premier comprimé d'un avortement médicamenteux. Après un avortement par méthode médicamenteuse, un DIU peut être inséré lorsqu'il est raisonnablement certain que la femme n'est plus enceinte. (Voir: Tableau 7-1 de la section 8.1 pour des informations plus complètes à ce sujet).

4.0 Besoins en matière de contraception des femmes qui viennent de subir un avortement

Même si certaines femmes qui cherchent à obtenir des soins d'avortement souhaitent être à nouveau enceintes rapidement, les autres peuvent vouloir utiliser une contraception pour éviter ou retarder une autre grossesse dans l'immédiat. Ces femmes recherchent généralement des méthodes contraceptives plus efficaces sur le long terme et peuvent avoir un taux de continuité d'utilisation élevé lorsqu'elles utilisent la méthode de leur choix. Un prestataire peut initier l'entretien en demandant à la femme si elle souhaite être enceinte à nouveau et à quel moment, et si elle souhaite utiliser une contraception.

La capacité d'une femme d'utiliser avec succès une contraception ne dépend pas toujours d'elle. Les prestataires doivent faire preuve d'empathie et aider chaque femme à évaluer sa propre situation, à envisager les différentes méthodes qui peuvent l'aider à éviter une grossesse non désirée à l'avenir, et discuter avec elle les solutions possibles aux difficultés qu'elle peut rencontrer dans l'utilisation d'une contraception. Dans certains cas, des méthodes discrètes et à long terme qui ne nécessitent pas une prise quotidienne du traitement comme les DIU ou les implants peuvent être plus efficaces et plus susceptibles d'entraîner un succès d'utilisation. Les prestataires doivent éviter de culpabiliser les femmes qui n'ont pas réussi à éviter des grossesses par le passé, car cela peut entraîner une réticence à revenir pour obtenir des soins à l'avenir. Les prestataires doivent aussi avoir conscience des convictions et des comportements culturels qui peuvent influencer l'utilisation de la contraception, particulièrement dans le cas des jeunes femmes et des adolescentes.

4.1 Échec de la contraception

Les prestataires de soins se trouveront également face à des femmes qui ont interrompu une grossesse non désirée résultant d'un échec de contraception. Les échecs de contraception peuvent survenir pour toute une série de raisons différentes :

Échec du contraceptif

- Aucune méthode n'est efficace à 100 %. Même lorsqu'une méthode moderne de contraception est utilisée correctement et en continu, il peut arriver que certaines femmes tombent enceintes.

Échec d'utilisation, ou utilisation incorrecte, de la méthode ou manque de constance dans l'utilisation pour différentes raisons :

- Oubli d'utiliser la méthode de manière constante.
- Ne pas avoir les moyens de se procurer la méthode de manière régulière.
- Arrêt d'utilisation pour cause d'effets secondaires inattendus ou mauvaise compréhension des effets de la méthode sur la fécondité ou sur la santé.
- Désapprobation du conjoint/partenaire, de la belle-mère, d'autres membres de la famille, des chefs religieux ou d'autres personnes influentes.
- Rapport sexuel forcé ou non consenti.
- Peur d'être stigmatisée du fait d'attitudes culturelles qui assimilent le recours à la contraception à la promiscuité sexuelle.

Des dysfonctionnements liés au système de santé peuvent également contribuer à ce qu'une femme n'ait pas accès ou ne puisse pas utiliser correctement les méthodes de contraception, notamment :

- Le prestataire ne lui a pas suffisamment bien expliqué comment utiliser la méthode.
- Certaines politiques en matière de santé génésique limitent l'accès à la contraception dans le cas de certaines femmes, comme les jeunes femmes ou les femmes célibataires.
- Les méthodes contraceptives sont trop coûteuses.
- L'approvisionnement des centres de planification familiale n'est pas suffisamment régulier pour garantir la mise à disposition opportune de la méthode que privilégie la femme.
- Les lieux et horaires des services de contraception ne sont pas pratiques.
- Les protocoles pratiqués par les services de contraception limitent le réapprovisionnement ; par exemple, en ne délivrant qu'un mois de traitement à la fois.

Les prestataires de soins doivent s'assurer que chaque femme qui reçoit des soins liés à l'avortement sait :

- *Que l'ovulation, et donc une grossesse, peut survenir pratiquement immédiatement après une évacuation utérine*
- *Que de manière générale, toutes les méthodes de contraception peuvent être utilisées immédiatement après une évacuation utérine*
- *Où elle peut obtenir des services de contraception et des méthodes contraceptives y compris une contraception d'urgence (PCU)*

5.0 Droits au respect de la vie privée et de la confidentialité, droit de faire un choix éclairé

Le respect de la vie privée et la confidentialité sont essentiels, particulièrement dans les situations de soins d'avortement.

- Les femmes doivent être informées et accompagnées dans

un endroit où elles ne peuvent pas être vues ou entendues par des tiers. Le prestataire doit garantir à la femme la confidentialité de l'entretien.

- Les prestataires de soins doivent appliquer des protocoles professionnels relatifs à la protection de la confidentialité. Cela suppose de ne pas divulguer d'informations sur la femme sans son consentement explicite et de ne pas discuter sa situation en présence de tiers, y compris de son conjoint/partenaire ou des membres de sa famille.

Toutes les femmes, y compris les jeunes femmes et les adolescentes, ont le droit de choisir librement et en toute connaissance la méthode contraceptive qu'elles veulent utiliser. L'acceptation d'une contraception ou d'une méthode particulière ne doit jamais être une condition préalable à la prise en charge des soins d'avortement. Choisir librement et en toute connaissance signifie qu'une femme choisit une méthode volontairement et sans coercition ou pression. Cela exige qu'elle puisse choisir parmi un éventail de méthodes en connaissant clairement les avantages et les risques inhérents à chacune d'entre elles.

6.0 Implication du partenaire/conjoint

Il faut demander à la femme en privé et sans témoin si elle souhaite ou non que son conjoint/partenaire participe à la séance d'information et d'accompagnement à la contraception. Dans certains cas, l'implication du conjoint/partenaire à la séance d'information et d'accompagnement à la contraception peut améliorer l'efficacité de l'accompagnement. Le soutien du conjoint ou du partenaire masculin à la contraception est un bon moyen de favoriser une utilisation optimale de la méthode. Informer et accompagner les conjoints ou les partenaires masculins permet de mieux les sensibiliser aux méthodes de contraception masculine comme les préservatifs masculins et la vasectomie.

Si le conjoint ou le partenaire d'une femme souhaite être inclus au processus d'accompagnement à la contraception, le prestataire doit tout d'abord rencontrer la femme seule pour déterminer si elle souhaite l'implication de son partenaire. Si une femme ne souhaite pas la participation de son partenaire, elle doit recevoir les informations, être conseillée dans son choix et recevoir la méthode de manière privée, et aucune information sur cette visite ne doit être communiquée à son partenaire ou à quiconque.

Si le conjoint ou le partenaire de la femme est opposé à la contraception mais que la femme veut tout de même y recourir, le prestataire peut l'aider à choisir une méthode qui ne nécessite pas la collaboration de son partenaire, comme un injectable, un implant ou un DIU. Le prestataire doit également aborder certaines conséquences possibles, comme la violence, si le partenaire de la femme venait à apprendre qu'elle recourt à la contraception. Le cas échéant, le prestataire doit aider la femme

à réfléchir à la manière dont elle peut se protéger en cas de survenue d'un événement de ce type et l'orienter vers des services appropriés. (Voir Module: Consentement éclairé, information et accompagnement. Voir également: Ressources supplémentaires, Services de contraception).

7.0 Étapes essentielles d'un accompagnement efficace à la contraception

Pour offrir un accompagnement efficace à la contraception, le prestataire ne se contente pas de décrire les différentes méthodes disponibles; Il cherchera à établir un climat de confiance avec la femme, s'efforcera de comprendre ses besoins et adaptera la séance d'accompagnement de manière à répondre le plus précisément possible à ses besoins. L'accompagnement à la contraception nécessite un échange ouvert d'informations qui peut se produire uniquement dans une atmosphère de respect mutuel. (Voir Module: Consentement éclairé, information et accompagnement).

Les étapes suivantes sont adaptées de l'approche BERCER, une approche couramment utilisée dans le cadre des services de contraception.

Bienvenue - saluer la femme et établir avec elle une relation de confiance

- S'assurer que le lieu choisi garanti la confidentialité de la discussion, accueillir la femme de manière bienveillante, s'adresser à elle directement et faire preuve d'intérêt et de préoccupation à son égard.
- Lui demander si le moment est opportun pour parler de contraception, lui garantir que la conversation restera confidentielle et lui demander si elle souhaite la présence de son conjoint/partenaire.

Entretien - recueillir des informations sur la femme

- Poser des questions à la femme sur ses besoins. Recourir à des questions ouvertes, aborder les facteurs qui ont mené à l'avortement et déterminer s'il s'agissait d'une grossesse non prévue.
- Si la femme utilisait un moyen de contraception, lui demander d'expliquer ce qui n'a pas fonctionné. Expliquer, si nécessaire, comment fonctionne la reproduction humaine. Certaines femmes qui cherchent à obtenir des soins liés à l'avortement ne comprennent peut-être pas les informations les plus élémentaires sur la manière dont elles se sont trouvées enceintes ou sur la manière dont fonctionne la contraception pour éviter une grossesse. Ceci peut s'avérer particulièrement vrai dans le cas de très jeunes femmes ou d'adolescentes.

- Il se peut qu'il s'agisse d'un avortement thérapeutique et dans ce cas d'autres grossesses futures sont susceptibles également de poser des risques à la santé de cette femme, ou la grossesse peut avoir été interrompue pour cause de malformations fœtales.
- Demander à la femme si elle souhaite retarder ou éviter une grossesse future. Certaines femmes peuvent ne pas souhaiter retarder une nouvelle grossesse. Pour ces femmes, l'accompagnement à la contraception et les informations sur les avantages de l'espacement des naissances peuvent tout de même être utiles pour l'avenir, ou dans l'éventualité où il y aurait des raisons médicales pour recommander d'éviter une nouvelle grossesse dans l'immédiat. Un grand nombre de femmes souhaitent utiliser une contraception pour éviter ou retarder une nouvelle grossesse.
- Tenir compte de l'état clinique et de la situation personnelle de la femme.

(Voir Annexe A: Facteurs individuels, recommandations et justifications en matière d'accompagnement.

Renseigner la femme et lui expliquer les caractéristiques des différentes méthodes disponibles

- Déterminer quelles sont les méthodes contraceptives disponibles et accessibles dans l'établissement de santé et au sein de la communauté ;
- Expliquer les caractéristiques, les effets secondaires et l'efficacité de chacune des méthodes disponibles, et orienter la femme vers les endroits accessibles pour les obtenir.

Choisir - aider la femme à choisir la méthode qui lui convient

- Soutenir la femme dans son choix de la méthode qui lui conviendra le mieux, à elle et à son partenaire;
- Encourager la femme à poser des questions sur le suivi du traitement, lui expliquer les caractéristiques des différentes méthodes, et aborder avec elle les questions de réapprovisionnement, notamment lui indiquer les endroits où les produits contraceptifs sont disponibles au sein de sa communauté ;
- Discuter des éventuels obstacles qui peuvent entraver une utilisation efficace de la contraception et envisager les moyens de les résoudre.

Expliquer clairement comment fonctionne la méthode choisie

- S'assurer que la femme comprend bien la manière dont la méthode fonctionne ;

Tableau 7-1: Quand débiter la contraception suite à un avortement médicamenteux

Méthode contraceptive	Calendrier
Pilules contraceptives, anneau et patch contraceptifs	Jour 1 du protocole d'avortement médicamenteux
Implant contraceptif	Jour 1 du protocole d'avortement médicamenteux
Injection	Jour 1 du protocole d'avortement médicamenteux
Stérilet/DIU	Dès que l'on est raisonnablement certain que la femme n'est plus enceinte
Stérilisation	Dès que l'on est raisonnablement certain que la femme n'est plus enceinte
Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité	Après le retour d'au moins un cycle menstruel après l'avortement, chez une femme ayant des antécédents de cycles menstruels réguliers

- L'aider à élaborer un plan lui permettant une utilisation permanente de la méthode de son choix.

Retour - lui demander de revenir pour un suivi et l'orienter vers d'autres ressources

- Encourager la femme à revenir si elle est préoccupée ou si elle rencontre des problèmes avec sa méthode de contraception ou si la méthode devient inacceptable. Lui indiquer qu'elle doit également revenir si elle souhaite changer de méthode, si elle a besoin d'être réapprovisionnée ou si elle veut arrêter l'utilisation de la contraception.
- Les discussions sur la contraception peuvent également mettre en lumière d'autres facteurs touchant à la santé sexuelle et reproductive de la femme, comme la violence ou la prostitution.
- Les prestataires doivent avoir à portée de main des listes de ressources disponibles.

8.0 Critères médicaux de recevabilité pour l'utilisation d'une contraception après une évacuation utérine

Les critères médicaux de recevabilité de chaque méthode doivent être pris en compte lors de la mise à disposition d'une contraception. De manière générale, une femme (y compris une jeune fille) peut utiliser n'importe quelle méthode contraceptive moderne immédiatement après une évacuation utérine si :

- Il n'y a pas de complications graves nécessitant un traitement ultérieur.

- Elle a bénéficié de conseils adéquats et a donné son consentement éclairé.
- Le prestataire a vérifié les précautions d'utilisation éventuelles d'une méthode contraceptive donnée.

Il peut tout de même y avoir des raisons incitant à la prudence :

- Les femmes doivent éviter tout rapport sexuel jusqu'à ce que des complications médicales éventuelles aient été résolues et que la méthode contraceptive de leur choix commence à être efficace.
- Les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité ne sont pas recommandées jusqu'au retour d'un cycle menstruel régulier.
- Certaines affections médicales nécessitent de retarder l'utilisation de certaines méthodes. Dans ce cas, une autre méthode contraceptive à utiliser de manière provisoire doit être proposée à la femme en attendant.

La section suivante explique, conformément aux données fournies par l'OMS, quelles sont les méthodes appropriées, ou non, dans certaines situations cliniques. Voir Annexe B : Directives pour la sélection de la contraception en fonction des méthodes.

Les méthodes contraceptives auxquelles nous faisons référence sont:

- Les méthodes dites barrière comme les préservatifs masculins et féminins, les spermicides, les diaphragmes et les capes cervicales ;
- Les méthodes hormonales comme, les contraceptifs oraux ou pilules, les injectables, les implants, les patchs et les anneaux vaginaux ;
- Les méthodes intra-utérines comme les DIU et les systèmes intra-utérins (SIU) ;
- Les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité comme la méthode de la température basale ou la méthode du calendrier ;
- La contraception d'urgence, qui doit être utilisée dans les cinq jours suivant un rapport non protégé et inclut un protocole particulier de pilules contraceptives ou l'insertion d'un DIU ;
- Les méthodes chirurgicales comme la stérilisation féminine ou masculine.

Méthodes de contraception réversibles à longue durée d'action (CRLDA)

Il a été démontré que les DIU et les implants étaient plus efficaces pour éviter des grossesses futures et qu'ils généraient, pour toutes les femmes, jeunes et adultes, des taux de satisfaction plus élevés que les contraceptifs oraux (pilule). De plus, les femmes qui utilisent un DIU ou un implant sont satisfaites de leur méthode contraceptive ce qui entraîne de leur part une continuité d'utilisation plus élevée qu'avec les contraceptifs oraux ou injectables. Parce que les grossesses non prévues surviennent principalement lorsque les femmes arrêtent ou changent de méthode contraceptive, la satisfaction et la continuité d'utilisation sont des critères importants qui jouent en faveur des DIU et des implants comme méthodes de contraception de choix.

8.1 Évacuation utérine par méthodes médicamenteuses sans complications

Les critères médicaux d'éligibilité après une évacuation utérine par méthodes médicamenteuses ne sont pas différents de ceux des autres méthodes d'avortement utilisées au cours du premier trimestre.

La plupart des méthodes contraceptives hormonales peuvent être utilisées immédiatement avec le misoprostol, à condition qu'il n'y ait aucune contre-indication. Cette recommandation est fondée sur une opinion d'expert. Retarder la mise à disposition des méthodes de contraception fait courir aux femmes le risque d'une nouvelle grossesse non désirée. Une femme qui souhaite une contraception doit obtenir la méthode de son choix dès que possible.

8.2 Évacuation intra-utérine sans complications

Toutes les méthodes contraceptives modernes peuvent être utilisées immédiatement.

8.3 Aspiration intra-utérine avec complications

En cas d'infection avérée ou de suspicion d'infection, le prestataire doit conseiller à la femme d'éviter tout rapport sexuel jusqu'à ce que l'infection ait été éliminée ou exclue. Toutes les méthodes de contraception peuvent être prescrites suite à un avortement compliqué par une infection, à l'exception du DIU (stérilet) et de la stérilisation féminine. Un dispositif intra-utérin peut être inséré ou une stérilisation pratiquée une fois que l'on est certain que l'infection a été éliminée.

Les traumatismes génitaux ou les saignements excessifs ne constituent pas des contre-indications médicales de recevabilité, mais les prestataires de services doivent tenir compte de ces affections. Les traumatismes génitaux incluent les perforations utérines, les déchirures cervicales, les traumatismes et lacérations vaginales. Des blessures de ce type peuvent nécessiter de retarder l'utilisation de certaines méthodes contraceptives. Les méthodes qui peuvent être temporairement exclues sont la stérilisation féminine, les DIU, SIU, les spermicides et les méthodes dites barrières autres que le préservatif masculin.

Une perte de sang excessive peut nécessiter de retarder le recours à la stérilisation féminine et à l'insertion d'un DIU, en fonction de la gravité de l'hémorragie. Dans le cas de la stérilisation, il est recommandé de différer la procédure si les tests de laboratoire ou les signes cliniques indiquent une anémie.

9.0 Contraception d'urgence

La contraception d'urgence ou pilule contraceptive d'urgence

(PCU) est une option particulièrement importante afin d'éviter une grossesse après un rapport sexuel non protégé ou un échec de contraception, et elle est habituellement facilement disponible en pharmacie. Dans le cas des femmes recevant des soins d'avortement, la mise à disposition de PCU à l'avance comme méthode de secours à utiliser en cas d'échec de contraception peut contribuer à éviter de futures grossesses non désirées. Le recours à la PCU n'aura pas d'effets nocifs et n'interrompra pas une grossesse déjà établie.

Il existe deux types de PCU:

- Dispositif intra-utérin (DIU) : lorsqu'il est inséré dans les cinq jours qui suivent un rapport sexuel non protégé, un DIU au cuivre a habituellement un taux d'efficacité de 99 % pour éviter une grossesse.
- Pilules contraceptives d'urgence (PCU) : les PCU ont une efficacité de 75 à 95 % lorsqu'elles sont utilisées dans les cinq jours qui suivent un rapport sexuel non protégé.

Pour une efficacité optimale, le traitement avec la PCU doit être initié aussi rapidement que possible et peut être pris jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel non protégé.

- Il convient de remarquer même s'il est possible d'utiliser, pour un usage de PCU, les pilules qui combinent œstrogène et progestatif, que les pilules à progestatif seul sont plus efficaces et qu'elles produisent moins d'effets secondaires.
- Prises dans les 24 heures qui suivent un rapport sexuel non protégé, il a été démontré que les pilules à progestatif seul réduisent le risque de grossesse de 95 %.
- Prises dans les 72 heures qui suivent un rapport sexuel non protégé, il a été démontré que les pilules à progestatif seul réduisent le risque de grossesse de 89 %, alors que les pilules qui combinent œstrogène et progestatif réduisent le risque de grossesse de 75 %.

10.0 Considérations particulières en matière d'accompagnement à la contraception

Il existe, pour certaines femmes et dans certaines circonstances particulières, des considérations spéciales que les prestataires de soins doivent garder à l'esprit. Des informations sur la manière dont les prestataires peuvent répondre aux besoins spécifiques en matière de contraception des femmes se trouvant dans ces circonstances figurent à l'Annexe C: Considérations spéciales en matière d'accompagnement à la contraception. Parmi ces considérations spéciales se trouvent les suivantes :

- Adolescentes et très jeunes femmes

Mise à disposition de pilules contraceptives d'urgence (PCU)

Dans certains contextes, des comprimés spécialement conditionnés pour la contraception d'urgence sont disponibles. Dans les endroits où la PCU n'est pas disponible en version pré-conditionnée à cet effet, la prise d'une dose spécifique d'un contraceptif oral courant est acceptable. Les doses recommandées dépendent de la formulation des comprimés concernés. Les doses suivantes de PCU sont données à titre d'exemple :

- *Pilule à progestatif seul : Dose unique de 1,5 mg de lévonorgestrel [nom générique] à prendre dans les cinq jours qui suivent un rapport sexuel non protégé. Dans les pays où les pilules contenant 1,5 mg de lévonorgestrel ne sont pas disponibles, deux pilules de 0,75 mg peuvent être prises ensemble. D'autres pilules à progestatif seul contenant du lévonorgestrel peuvent également être utilisées, en fonction de la composition de la pilule les femmes devront prendre le nombre de comprimés équivalent à 1,5 mg de lévonorgestrel.*
- *Contraceptifs oraux combinés: Deux doses de 0,1 mg (100 mcg) d'éthinylestradiol associé soit à 0,50 mg de lévonorgestrel, soit à 1,0 mg de norgestrel pris à 12 heures d'intervalle mais dans les 120 heures (5 jours) qui suivent le rapport sexuel non protégé.*

Il est important d'indiquer aux femmes que le protocole à progestatif seul est le plus efficace et qu'il est aussi celui qui comporte le moins d'effets secondaires.

- Avortements à répétition
- Violence
- Femmes vivant avec le VIH
- Femmes travailleuses du sexe
- Femmes souffrant de déficiences cognitives et développementales ou de troubles mentaux
- Femmes réfugiées ou déplacées
- Femmes ayant subi des mutilations génitales

11.0 Considérations relatives aux soins après avortement

- Les critères médicaux de recevabilité relatifs à des soins après avortement sont les mêmes qu'après une interruption volontaire de grossesse (IVG).
- En l'absence de complications suite aux soins après avortement, toutes les méthodes de contraception peuvent être proposées et mises à disposition en fonction des critères médicaux de recevabilité propres à chaque femme et à condition qu'elle comprenne les différentes méthodes et soit en mesure de donner un consentement éclairé.
- Si une femme présente des signes et symptômes d'infection, la pose d'un DIU ou une stérilisation féminine devra être retardée jusqu'à ce que l'infection ait été éliminée.

12.0 Résumé

- Toutes les femmes qui reçoivent des soins d'avortement, y compris les jeunes femmes, doivent recevoir des informations et un accompagnement à la contraception, et le cas échéant, obtenir une méthode de contraception.
- Les services de contraception soutiennent l'exercice du droit humain élémentaire qui consiste à pouvoir décider librement d'avoir ou non des enfants et à quel moment. Les femmes qui reçoivent des services de contraception ont droit au respect de la vie privée, à la confidentialité et à la possibilité de faire un choix éclairé.
- S'ils veulent être efficaces, les prestataires de soins doivent établir un climat de confiance avec la femme, ils doivent chercher à comprendre ses préférences et ses besoins, et adapter la séance d'accompagnement de manière à répondre à ces besoins.

- Il existe plusieurs modèles différents de prestation de services de contraception. La mise à disposition des services de contraception au même moment et au même endroit que les soins d'avortement est un moyen qui permet de garantir que la femme obtient une méthode contraceptive avant de quitter l'établissement de soins.
- Les femmes qui reçoivent des soins d'avortement peuvent avoir des antécédents de recours à la contraception qui incluent un échec du contraceptif, une utilisation incorrecte, un oubli ou une non-utilisation de la méthode de leur choix, ou encore une faillite du système de santé qui n'a pas été en mesure de lui fournir la méthode de leur choix.
- L'implication du partenaire à la séance d'accompagnement à la contraception peut améliorer l'efficacité de la consultation, mais ne devrait avoir lieu que si la femme y a consenti préalablement et dans le cadre d'une conversation privée avec le prestataire de soins. Si une femme ne souhaite pas la participation de son partenaire, elle doit recevoir les informations, être conseillée dans son choix et recevoir la méthode de manière privée. Aucune information sur cette visite ne sera communiquée à son partenaire.
- Les prestataires doivent connaître toute la gamme des méthodes contraceptives et doivent tenir compte des critères médicaux de recevabilité de plusieurs méthodes pour chaque femme, y compris en ce qui concerne la contraception d'urgence.
- Les prestataires doivent comprendre que les femmes peuvent se trouver dans des circonstances particulières de leur existence qui risquent d'influer sur leurs besoins et la manière dont elles utilisent la contraception, et ils doivent être prêts à répondre à de telles situations.

Bibliographie

Abdel-Tawah, N., Huntington, D., Hassan, E. O., Youssef, H. et Nawar, L. (1999). Effets de l'implication des conjoints dans le rétablissement des patientes après avortement et l'utilisation de la contraception en Égypte. Dans D. Huntington et N. J. Peterson (Eds.), *Postabortion care: Lessons from operations research*. New York, NY: The Population Council.

Alan Guttmacher Institute. (1999). *Sharing responsibility: women, society & abortion worldwide*: The Alan Guttmacher Institute.

Bednarek, P. H., Creinin, M. D., Reeves, M. F., Cwiak, C., Espey, E. et Jensen, J. T. (2011). Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2208–2217. doi: 10.1056/NEJMoa1011600

- Benson, J., Leonard, A. H., Winkler, J., Wolf, M. et McLaurin, K. E. (1992). Meeting women's needs for post-abortion family planning: Framing the questions. *Issues in Abortion Care*, 2.
- Betstadt, S. J., Turok, D. K., Kapp, N., Feng, K. T. et Borgatta, L. (2011). Intrauterine device insertion after medical abortion. *Contraception*, 83(6), 517–521. doi: 10.1016/j.contraception.2010.10.006
- Bongaarts, J. et Westoff, C. F. (2000). The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning*, 31(3), 193–202.
- Boyd, E. F. et Holmstrom, E. G. (1972). Ovulation following therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 113(4), 469–473.
- Center for Reproductive Rights. (2008). *Bringing rights to bear: 2008 update*. D'après: <http://reproductiverights.org/en/press-room/bringing-rights-to-bear-anew-2008-update>
- Cheng, L., Che, Y. et Gülmezoglu, A. M. (2012). Methods of emergency contraception. *Cochrane Summaries*.
- Curtis, C., Huber, D. et Moss-Knight, T. (2010). Postabortion family planning: addressing the cycle of repeat unintended pregnancy and abortion. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(1), 44–48. doi: 10.1363/ipsrh.36.044.10
- Curtis, K. M., Mohllajee, A. P. et Peterson, H. B. (2006). Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. *Contraception*, 73(2), 205–210. doi: 10.1016/j.contraception.2005.08.006
- Dinerman, L. M., Wilson, M. D., Duggan, A. K. et Joffe, A. (1995). Outcomes of adolescents using levonorgestrel implants vs oral contraceptives or other contraceptive methods. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 149(9), 967–972.
- Diouf, K. et Nour, N. (2013). Female genital cutting and HIV transmission: is there an association? *American Journal of Reproductive Immunology*, 69 Suppl 1, 45–50. doi: 10.1111/aji.12028
- Family Health International. (2000). Contraception after pregnancy. *Contraceptive Technology Update Series, October 2000*.
- Ferreira, A. L., Souza, A. I., Lima, R. A. et Braga, C. (2010). Choices on contraceptive methods in post-abortion family planning clinic in the northeast Brazil. *Reproductive Health*, 7(5). doi: 10.1186/1742-4755-7-5
- Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, International Confederation of Midwives, Conseil internationale des infirmières, et United States Agency for International Development (2009). *Family planning: A key component of*

post abortion care. Déclaration de consensus. D'après: http://transition.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/pac/fp_component.pdf

International Consortium for Emergency Contraception. (2012). *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines* (3rd ed.). New York, NY: ICEC.

Johnson, B. R., Ndhlovu, S., Farr, S. L. et Chipato, T. (2002). Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception. *Studies in Family Planning*, 33(2), 195–202: 10.1111/j.1728-4465.2002.00195.x

Leonard, A. H. et Ladipo, O. A. (1994). Postabortion family planning: Factors in individual choice of contraceptive methods. *Advances in Abortion Care*, 4(2).

Mason, K. et Pilyman, L. (1992). Not for women only: Child spacing clubs for Malawian men. *AVSC News*, 30(4).

McDougall, J., Fetters, T., Clark, K. A. et Rathavy, T. (2009). Determinants of Contraceptive Acceptance Among Cambodian Abortion Patients. *Studies in Family Planning*, 40(2), 123–132.

Organisation mondiale de la Santé. (1997). *Planification familiale après avortement: Guide pratique à l'intention des responsables de programmes*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, mise à jour de la deuxième édition*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Organisation mondiale de la Santé. (2010a). *Guide pratique pour les soins aux adolescents. Un outil de référence destiné aux agents de santé de premier niveau*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé.

Organisation Mondiale de la Santé. (2010b). *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. (4e édition). Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Organisation Mondiale de la Santé. (2012). Contraception d'urgence. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/fr/>

Peipert, J. F., Zhao, Q., Allsworth, J. E., Petrosky, E., Madden, T., Eisenberg, D. et Secura, G. (2011). Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 117(5), 1105–1113. doi: 10.1097/AOG.0b013e31821188ad

Ratten, G. J. (1972). Resumption of ovulation after incomplete abortion. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 12(4), 217–219.

- Roberts, H., Silva, M. et Xu, S. (2010). Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 82(3), 260–265. doi: 10.1016/j.contraception.2010.03.003
- Rosenstock, J. R., Peipert, J. F., Madden, T., Zhao, O. et Secura, G. M. (2012). Continuation of reversible contraception in teenagers and young women. *Obstetrics & Gynecology*, 120(6), 1298–1305. doi: <http://10.1097/AOG.0b013e31827499>
- Ross, J. A., Rich, M. et Molzan, J. P. (1989). Management strategies for family planning programs. New York, NY: Columbia University.
- Salter, C., Johnston, H. B. et Hengen, N. (1997). Care for postabortion complications: Saving women's lives. Population Reports, Series L(10).
- Scholes, D., La Croix, A. Z., Ichikawa, L. E., Barlow, W. E. et Ott, S. M. (2005). Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine*, 159(2), 139–144. doi: 10.1001/archpedi.159.2.139
- Schreiber, C. A., Sober, S., Ratcliffe, S. et Creinin, M. D. (2011). Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*, 84(3), 230–233. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.013
- Sedgh, G., Singh, S., Shah, I. H., Ahman, E., Henshaw, S. K. et Bankole, A. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*, 379(9816), 625–632. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61786-8
- Solo, J., Billings, D. L., Aloo-Obunga, C., Ominde, A. et Makumi, M. (1999). Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya. *Studies in Family Planning*, 30(1), 17–27. doi: 10.1111/j.1728-4465.1999.00017.x
- Stanek, A. M., Bednarek, P. H., Nichols, M. D., Jensen, J. T. et Edelman, A. B. (2009). Barriers associated with the failure to return for intrauterine device insertion following first-trimester abortion. *Contraception*, 79(3), 216–220. doi: 10.1016/j.contraception.2008.09.003
- Stevens-Simon, C., Kelly, L. et Kulick, R. (2001). A village would be nice but...it takes a long-acting contraceptive to prevent repeat adolescent pregnancies. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(1 Suppl), 60–65.
- Templeman, C. L., Cook, V., Goldsmith, L. J., Powell, J. et Hertweck, S. P. (2000). Postpartum contraceptive use among adolescent mothers. *Obstetrics and Gynecology*, 95(5), 770–776.

Tolaymat, L. L. et Kaunitz, A. M. (2007). Long-acting contraceptives in adolescents. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 19(5), 453–460: 10.1097/GCO.0b013e3282ef1cd2

Tripney, J., Schucan, B. K., Kwan, I. et Kavanagh, J. (2010). *The impact of post-abortion care family planning counselling and services in low-income countries: a systematic review of the evidence (Technical report)*. London, England: University of London.

Trussell, J. (2009). Choosing a Contraceptive: Efficacy, Safety and Personal Considerations. Dans: R. A. Hatcher, J. Trussell, A. L. Nelson, W. Cates Jr., F. H.

Stewart et D. Kowal (Eds.), *Contraceptive Technology* (19 ed.). New York, NY: Ardent Media.

Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A. et Mulligan, C. (2011). *Abortion care for young women: A training toolkit* (pp. 198). Chapel Hill, NC: Ipas.

Upadhyay, U. D. et Robey, B. (1999). Why family planning matters. *Population Reports, Series J* (49).

Winner, B., Peipert, J. F., Zhao, Q., Buckel, C., Madden, T., Allsworth, J. E. et Secura, G. M. (2012). Effectiveness of long-acting reversible contraception. *New England Journal of Medicine*, 366(21), 1998–2007. doi: 10.1056/NEJMoa1110855

Wolf, M. et Benson, J. (1994). Meeting women's needs for post-abortion family planning. Report of a Bellagio Technical Working Group. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 45 Suppl 1, S33–177.

Annexe A : Facteurs individuels : recommandations et justifications en matière d'accompagnement

Si la femme	Recommandations	Justifications
Ne souhaite pas être enceinte dans un proche avenir	Envisager toutes les méthodes réversibles	Le fait d'avoir eu recours à un avortement tend à suggérer que la femme ne souhaite pas être enceinte à ce moment de son existence.
Vit une période de stress ou de souffrance	Envisager toutes les méthodes réversibles. Ne pas encourager le recours à des méthodes permanentes à ce moment précis. Orienter la femme vers des services de suivi de contraception.	Le stress et la douleur influent sur la capacité à prendre librement des décisions éclairées, et ce moment n'est habituellement pas propice à la prise d'une décision permanente.
Utilisait une méthode contraceptive lorsqu'elle s'est trouvée enceinte	Chercher à déterminer la raison de l'échec de la contraception et les problèmes que la femme a pu rencontrer et qui ont pu influencer sur l'efficacité de la contraception. Aider la femme à choisir une méthode qu'elle sera en mesure d'utiliser efficacement. S'assurer qu'elle comprend comment utiliser cette méthode, comment obtenir des soins de suivi et se réapprovisionner, mais aussi qu'elle sait comment interrompre l'utilisation de cette méthode et/ou la changer pour une autre.	Un échec de la méthode, un problème d'acceptabilité, une utilisation inadéquate ou une absence de réapprovisionnement sont autant de raisons qui peuvent avoir entraîné la grossesse accidentelle. Ces raisons subsistent peut-être encore et peuvent entraîner une autre grossesse accidentelle.
A cessé d'utiliser une méthode contraceptive	Chercher à déterminer pourquoi la femme a cessé d'utiliser la méthode de contraception, ne pas oublier d'envisager des effets secondaires éventuels ou des problèmes de réapprovisionnement. Aider la femme à choisir une méthode qu'elle sera en mesure d'utiliser efficacement. S'assurer qu'elle comprend comment utiliser cette méthode, comment obtenir des soins de suivi et comment se réapprovisionner, et qu'elle sait aussi comment interrompre l'utilisation de cette méthode et/ou la changer pour une autre.	Un problème d'acceptabilité de la méthode ou de manque d'accès au réapprovisionnement peut être à l'origine de la grossesse accidentelle. Ces facteurs peuvent subsister et peuvent entraîner une autre grossesse accidentelle.
Est jeune	Envisager toutes les méthodes et notamment les méthodes réversibles à longue durée d'action (CRLDA) comme les DIU ou les implants.	Il n'y a pas de contre-indication liée uniquement à l'âge, les critères médicaux d'admissibilité sont les mêmes pour les jeunes femmes que pour les femmes plus âgées ou adultes.
A un partenaire qui refuse d'utiliser des préservatifs et qui l'empêche d'utiliser une autre méthode de contraception	Si la femme le souhaite, impliquer le partenaire à la séance d'accompagnement. Veiller à protéger la confidentialité de la femme en toute circonstance, même si elle décide que son partenaire participe à la séance d'accompagnement. Discuter en privé avec la femme des méthodes qu'elle peut utiliser sans que son partenaire le sache, comme les injectables, les DIU ou les implants. Ne pas recommander de méthodes que la femme ne sera pas en mesure d'utiliser de manière efficace	Dans certaines situations, l'implication du partenaire masculin entraînera l'utilisation de sa part d'un moyen de contraception ou son soutien à la méthode choisie par la femme; toutefois, si la femme, pour quelque motif que ce soit, ne souhaite pas inclure la participation de son partenaire, il est impératif de respecter sa volonté.
Souhaite être enceinte à nouveau rapidement	Ne pas chercher à la convaincre d'accepter une méthode contraceptive. Lui donner des informations ou la référer vers d'autres services si elle nécessite d'autres soins de santé reproductive.	Une femme qui a un avortement peut souhaiter être enceinte à nouveau rapidement.

Remarque : il est possible que plus d'un facteur soit pertinent.

(Adapté d'après Leonard et Ladipo, 1994).

Annexe B : Directives pour la sélection de la contraception en fonction des méthodes

Méthode	Délais après avortement*	Avantages	Remarques
Méthodes barrières physiques ne nécessitant pas de pose/ Méthodes barrières chimiques préservatifs masculins et féminins en latex ou silicone ; éponges vaginales et ovules, tels que comprimés moussants, gels/ gelées ou film	Peuvent être utilisées immédiatement après un avortement	<ul style="list-style-type: none"> Aucun risque de santé lié à ce type de méthodes Peu coûteuses Bonnes méthodes provisoires si une autre méthode ne peut être initiée immédiatement Aucune supervision médicale nécessaire Les préservatifs en latex ou silicone offrent également une protection contre les IAG et les IST (VHB et VIH) Très faciles à interrompre Efficaces immédiatement 	<ul style="list-style-type: none"> Dans des conditions d'utilisation courante, moins efficaces que les DIU et les méthodes hormonales Nécessitent d'être utilisées lors de chaque rapport ou incident sexuel Exigent une motivation permanente Le réapprovisionnement doit être disponible et fiable Peuvent interférer avec le rapport sexuel
Méthodes barrières physiques utilisées avec un spermicide Diaphragme ou cape cervicale utilisé avec un gel ou une mousse	Le diaphragme peut être inséré immédiatement après un avortement Retarder l'insertion d'une cape cervicale jusqu'à l'arrêt des saignements et jusqu'à ce que l'utérus ait repris sa taille d'avant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> Aucun risque de santé lié à ce type de méthodes Peu coûteuses Aucune supervision médicale nécessaire Offrent un certain degré de protection contre les IAG et les IST (VHB et VIH) Très faciles à interrompre Efficaces immédiatement 	<ul style="list-style-type: none"> Moins efficaces que les DIU et les méthodes hormonales Nécessitent d'être utilisées lors de chaque rapport ou incident sexuel Exigent une motivation permanente Nécessité de pouvoir se réapprovisionner aisément en spermicides Peuvent être associées à des infections des voies urinaires chez certaines utilisatrices Nécessitent d'être posés par un prestataire de soins formé
Contraceptifs oraux (pilule) Combinés ou à progestatif seul	Peuvent être utilisés immédiatement après l'avortement ou administrés le même jour que la première dose dans le cas d'un avortement médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> Efficacité élevée Disponibles dans certaines circonstances en pharmacie ou droguerie au sein de la communauté Peuvent être initiés immédiatement, même en cas d'infection avérée Peuvent être dispensés par des non-médecins N'interfèrent pas avec les rapports sexuels 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessitent une utilisation quotidienne et une motivation permanente Nécessitent de pouvoir compter sur un réapprovisionnement disponible et fiable N'offrent pas de protection contre les IST et le VIH Leur efficacité peut être diminuée par l'utilisation à long terme de certains médicaments, notamment rifabutine, rifampicine, diphantoïne et griséofulvine.

*Cette information s'applique à l'utilisation des méthodes utilisées après un avortement du premier trimestre.

Annexe B : Directives pour la sélection de la contraception en fonction des méthodes (suite)

Méthode	Délais après avortement*	Avantages	Remarques
Pilules contraceptives d'urgence (PCU)	Peuvent être utilisées immédiatement après un avortement	<ul style="list-style-type: none"> Méthode contraceptive de secours importante en cas d'échec de la contraception (par exemple en cas de déchirure d'un préservatif), ou si aucune méthode n'a été utilisée ou qu'il s'agit d'un rapport sexuel forcé Disponibles dans certains contextes en pharmacie ou en droguerie 	<ul style="list-style-type: none"> La mise à disposition de PCU à l'avance comme méthode de secours peut contribuer à éviter la survenue de grossesses futures non désirées. N'offrent pas de protection contre les IST ou le VIH Sont généralement moins efficaces que d'autres méthodes contraceptives Peuvent entraîner des effets secondaires comme des nausées et des vomissements
Anneaux vaginaux	Peuvent être utilisés immédiatement après un avortement ou le même jour que la première dose dans le cas d'un avortement médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> Efficacité élevée Peuvent être dispensés par des non-médecins Ne nécessitent aucune intervention quotidienne de la part de l'utilisatrice ; restent en place pendant trois semaines après insertion Peuvent être insérés par l'utilisatrice Disponibles dans certains contextes en pharmacie ou droguerie au sein de la communauté Efficacité élevée 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessité de s'assurer de la disponibilité du réapprovisionnement L'efficacité peut être diminuée en cas d'utilisation à long terme de certains médicaments, notamment rifabutine, rifanpicine, diphantoïne et griséofulvine
Patches/Dispositifs transdermiques	Peuvent être utilisés immédiatement après un avortement ou le même jour que la première dose dans le cas d'un avortement médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> Peuvent être utilisés immédiatement, même en cas d'infection avérée Peuvent être dispensés par des non-médecins Disponibles dans certains contextes en pharmacie ou droguerie au sein de la communauté N'interfèrent pas avec les rapports sexuels Ne nécessitent aucune intervention quotidienne de l'utilisatrice; une seule application par semaine Appliqués par l'utilisatrice 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessité de s'assurer de la disponibilité du réapprovisionnement L'efficacité peut être diminuée en cas d'utilisation à long terme de certains médicaments, notamment rifabutine, rifanpicine, diphantoïne et griséofulvine Pendant le premier cycle menstruel, si le patch est appliqué plus de 24h après le début des règles, une autre méthode auxiliaire devra être utilisée pendant sept jours

*Cette information s'applique à l'utilisation des méthodes utilisées après un avortement du premier trimestre.

Annexe B : Directives pour la sélection de la contraception en fonction des méthodes (suite)

Méthode	Délais après avortement*	Avantages	Remarques
Injectables à progestatif seul AMPR et NET-EN	Peuvent être administrés immédiatement après un avortement ou le même jour que la première dose dans le cas d'un avortement médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité élevée • Peuvent être administrés immédiatement, même en cas d'infection avérée • Peuvent être administrés par un non-médecin • N'interfèrent pas avec les rapports sexuels • Ne demandent aucune intervention de l'utilisatrice, excepté de se souvenir du renouvellement de l'injection tous les deux à trois mois • L'utilisatrice n'a pas à assurer son propre réapprovisionnement 	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent entraîner des saignements irréguliers, et plus particulièrement des cas d'aménorrhée ; dans de rares cas, des saignements excessifs peuvent aussi survenir. • Retard de retour à la fécondité suite à l'arrêt de l'injectable • Nécessitent un renouvellement de l'injection tous les deux à trois mois • Dans de nombreuses situations, obligation de retourner au centre de santé pour obtenir le renouvellement de l'injection
Injectables combinés	Peuvent être administrés immédiatement après un avortement ou le même jour que la première dose dans le cas d'un avortement médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité élevée • Peuvent être administrés immédiatement, même en cas d'infection avérée • Peuvent être administrés par un non-médecin • N'interfèrent pas avec les rapports sexuels • Ne demandent aucune intervention de l'utilisatrice, excepté de se souvenir du renouvellement de l'injection tous les deux à trois mois • L'utilisatrice n'a pas à assurer son propre réapprovisionnement 	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent entraîner initialement des saignements excessifs et/ou irréguliers, particulièrement au cours des premiers mois; retour habituellement de saignements mensuels réguliers par la suite. • Retard de retour de la fécondité suite à l'arrêt de l'injectable • Nécessitent un renouvellement de l'injection tous les deux à trois mois • Dans de nombreuses situations, obligation de retourner au centre de santé pour obtenir le renouvellement de l'injection
Implants contraceptifs sous-cutanés à progestatif seul	Peuvent être posés immédiatement après un avortement ou le même jour que la première dose dans le cas d'un avortement médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité élevée • Contraception réversible à longue durée d'action (CRLDA) • Retour immédiat de la fécondité suite au retrait de l'implant • N'interfèrent pas avec les rapports sexuels • L'utilisatrice n'a pas à assurer son propre réapprovisionnement 	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent entraîner des saignements irréguliers, et plus particulièrement des pertes ou une aménorrhée • La pose et le retrait de l'implant requièrent des prestataires de soins qualifiés • Le rapport coût/efficacité est fonction de la durée d'utilisation

*Cette information s'applique à l'utilisation des méthodes utilisées après un avortement du premier trimestre.

Annexe B : Directives pour la sélection de la contraception en fonction des méthodes (suite)

Méthode	Délais après avortement*	Avantages	Remarques
DIU/SIU‡	Les DIU/SIU peuvent être posés après une aspiration intra-utérine, à condition que le risque ou la présence d'une infection ait pu être écarté. Après un avortement médicamenteux, les DIU/SIU peuvent être posés aussitôt que l'on est raisonnablement certain que la femme n'est plus enceinte	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité élevée • Contraception réversible à longue durée d'action; efficacité de cinq à dix ans selon le type de DIU utilisé • Retour immédiat de la fécondité suite au retrait • N'interfèrent pas avec les rapports sexuels • L'utilisatrice n'a pas à assurer son propre réapprovisionnement • Ne nécessitent qu'une vérification mensuelle des fils • Une visite de suivi unique est nécessaire, excepté en cas de problèmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent entraîner initialement des saignements excessifs et des crampes au cours des premiers mois après l'insertion • Les DIU/SIU hormonaux peuvent diminuer les saignements ou provoquer une aménorrhée. Les DIU/SIU hormonaux ont des avantages médicaux secondaires associés. Les complications peuvent inclure la perforation utérine lors de l'insertion, ce qui un cas rare, et l'expulsion • Peuvent entraîner un risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) et consécutivement une infertilité chez les femmes à risque d'IAG et d'IST (VHB et VIH) • La pose et le retrait du DIU/SIU requièrent des prestataires de soins qualifiés
Stérilisation féminine volontaire/Stérilisation féminine à visée contraceptive	La stérilisation peut être pratiquée après une évacuation intra-utérine sans complications. Après un avortement médicamenteux, une stérilisation peut être pratiquée dès qu'il est raisonnablement certain que la femme n'est plus enceinte. Il faut envisager l'utilisation d'une méthode transitoire ou de secours en cas de délais.	<ul style="list-style-type: none"> • C'est une méthode permanente • Efficacité élevée • Ne produit aucune modification de la fonction sexuelle • N'entraîne aucun effet secondaire à long terme • Est efficace immédiatement 	<ul style="list-style-type: none"> • Un accompagnement rigoureux et l'obtention d'un consentement éclairé et pleinement conscient des conséquences est impératif avant la pratique d'une stérilisation • Faible possibilité de complications chirurgicales • Requièrent la participation de personnel qualifié et un équipement adapté
Méthode basée sur la connaissance de la fécondité	Possibilité d'utiliser cette méthode après le retour du cycle menstruel normal. Ne peut être utilisée que par des femmes avec des antécédents de cycles menstruels réguliers.	<ul style="list-style-type: none"> • Ne comporte aucun coût • Aucun risque de santé lié à ce type de méthodes • Aucune supervision médicale nécessaire • Très faciles à interrompre • Efficace immédiatement 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu fiable immédiatement après un avortement • Le recours à des méthodes alternatives transitoires est recommandé jusqu'au retour d'un cycle menstruel normal • Nécessite des consignes détaillées et un accompagnement rigoureux • Nécessite une motivation permanente et une excellente compréhension de la part de la femme et de son partenaire des modalités de la méthode • N'offre pas de protection contre les IST ou le VIH

Adapté à partir de : Benson et al. 1992; OMS, 2010b.

* Cette information s'applique à l'utilisation de méthodes utilisées après évacuation utérine pratiquée au cours du premier trimestre.

‡ Voir Section 9.0 pour des informations sur l'utilisation du DIU comme méthode de contraception d'urgence

Annexe C : Considérations spéciales en matière d'accompagnement à la contraception

(Voir Annexe A : Considérations particulières du Module Consentement éclairé, information et accompagnement, pour des informations plus complètes sur ce sujet).

Jeunes femmes (âgées de 10 à 24 ans)

Les besoins en matière de contraception des adolescentes et des jeunes femmes varient énormément. Les considérations dont il faut tenir compte dans le cas d'une jeune femme mariée mère d'un enfant qui veut éviter d'avoir un deuxième enfant sont très différentes de celles d'une autre jeune femme qui peut avoir davantage de risques de contracter des IST, ou même le VIH. Certaines jeunes femmes peuvent souhaiter être enceintes immédiatement et ne pas nécessiter de contraception. Lors de l'accompagnement à la contraception, il est important de demander à une jeune femme quels sont ses projets reproductifs immédiats, et à plus long terme, afin de la conseiller de manière appropriée.

L'accompagnement à la contraception doit également inclure des informations sur la prise de conscience de sa propre fécondité, en demandant à la patiente comme point de départ ce qu'elle sait de son cycle menstruel et de sa fécondité pour développer ses connaissances et lui enseigner à reconnaître les périodes de fécondité et de non fécondité au cours de son cycle. Les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité ne sont pas recommandées dans le cas de jeunes femmes qui ont un cycle menstruel imprévisible et irrégulier. De même que pour l'avortement, les jeunes femmes peuvent avoir, fondées sur des informations erronées, des inquiétudes quant à l'innocuité ou l'efficacité des méthodes contraceptives. Elles peuvent, par exemple, ne pas savoir exactement comment survient une grossesse ou comment la prévenir. Elles peuvent aussi avoir entendu dire que la grossesse ne surviendra pas si le rapport sexuel a lieu dans certaines positions, dans l'eau, ou pendant les règles, ou croire que la contraception risque d'entraîner une stérilité future permanente. Du fait de ce type d'informations erronées, il est d'autant plus important que les prestataires de soins expliquent comment fonctionnent les différents contraceptifs, ainsi que leur efficacité et leurs effets indésirables potentiels, comme par exemple une prise de poids ou une sensibilité des seins ainsi que leurs effets secondaires et les éventuelles implications cliniques à long-terme de ces effets secondaires. Les prestataires de soins peuvent poser des questions indirectes comme par exemple: « Que vous ont dit vos amies sur ce qu'il faut faire pour éviter d'être enceinte? » ou, « Qu'avez-vous entendu dire à propos de cette méthode? » afin de savoir si cette jeune femme a été mal informée.

L'accompagnement à la contraception doit se fonder sur la réalité de la patiente. C'est-à-dire qu'il faut commencer par découvrir et parler de ce que croit la patiente, que ces informations soient exactes ou non, afin de prévenir un éventuel abandon de la méthode choisie. Les prestataires doivent aussi se familiariser avec les obstacles d'utilisation que peut rencontrer la jeune femme dans le cas des différentes méthodes et l'aider à trouver celle qui est la mieux adaptée à sa situation. La nécessité de protéger sa vie privée, peut également avoir une influence sur la sélection des moyens de contraception d'une jeune femme ; les injectables, les implants et les dispositifs intra-utérins peuvent, par exemple, mieux convenir à une jeune femme qui doit à tout prix préserver sa vie privée, même si dans d'autres circonstances son choix de méthode serait différent.

La mise à disposition d'une gamme plus étendue de méthodes contraceptives est étroitement liée à une meilleure acceptation de la contraception par toutes les femmes, qu'elles soient jeunes ou adultes. En plus de la méthode de son choix, il faut proposer de donner à chaque jeune femme au moins un dose de pilule contraceptive d'urgence (PCU) avant qu'elle quitte l'établissement de soins, à utiliser en cas d'accident ou d'échec contraceptif.

Les informations suivantes devraient également être fournies lors d'une discussion sur la contraception avec des jeunes femmes :

Critères médicaux de recevabilité pour les jeunes femmes

Les directives relatives aux critères médicaux de recevabilité de la contraception sont les mêmes pour les jeunes femmes que pour les femmes adultes. Trois méthodes ont des implications pour les jeunes femmes qui nécessitent des informations supplémentaires et une discussion plus approfondie :

Stérilisation

Il n'existe pas de contre-indication clinique à la stérilisation pour les jeunes femmes. Toutefois, les femmes de moins de 30 ans ont plus de probabilité d'éprouver des regrets suite à une stérilisation. Au cours de l'accompagnement à la contraception, le prestataire doit insister sur le fait que la stérilisation est une méthode permanente, et aussi qu'il n'existe aucun avantage supplémentaire à la pratiquer au moment de l'avortement plutôt que d'utiliser une autre méthode réversible pendant quelques temps afin de s'assurer qu'il s'agit bien de la solution que la jeune femme veut adopter. Il se peut qu'il existe des lois et des dispositions limitant la capacité d'une personne mineure à donner son consentement à la pratique d'une intervention chirurgicale non réversible ou qui interdisent la stérilisation comme option à l'intention des mineures. Les prestataires doivent donner des informations factuelles de manière neutre et soutenir la jeune femme dans la prise d'une décision éclairée.

Méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (CRLDA)

Les méthodes de contraception réversibles à longue durée d'action comme les DIU ou les implants sont sûres et efficaces, et présentent des avantages pour les jeunes femmes. Ces méthodes, sont plus efficaces pour éviter la grossesse que d'autres méthodes modernes, y compris les contraceptifs oraux, les injections ou les préservatifs, pour toutes les femmes. De plus, parce que les femmes qui utilisent des DIU et des implants n'ont pas besoin de se souvenir de prendre la pilule tous les jours, de se réapprovisionner ou de retourner au centre de santé pour une injection tous les deux à trois mois, il n'y a pas de risque d'échec de la méthode pour une question d'utilisation. Les jeunes femmes ont plus de difficultés à utiliser des méthodes contraceptives à courte durée d'action que les femmes plus âgées, et la conséquence est un taux de grossesses pratiquement double chez les jeunes femmes qui utilisent des méthodes à courte durée d'action que chez les femmes plus âgées. C'est pourquoi, la facilité d'utilisation des DIU et des implants constituent des avantages qui rendent ces méthodes particulièrement adaptées pour les jeunes femmes. Pour conclure, les femmes qui utilisent un DIU ou un implant en sont satisfaites, ce qui entraîne de leur part une continuité d'utilisation plus longue que dans le cas de la pilule ou des injectables. Parce que la grossesse survient lorsque la femme arrête sa contraception ou change de méthode, la satisfaction et la continuité d'utilisation sont des facteurs déterminants de l'efficacité des DIU et des implants.

Dispositifs intra-utérins (DIU)

Il n'y a pas de contre-indications médicales à l'utilisation des DIU pour les adolescentes ou les jeunes femmes ; les DIU ne présentent aucune contre-indication fondée uniquement sur l'âge. Dans certains pays, il est plus rare que des jeunes femmes optent pour l'utilisation d'un DIU que des femmes plus âgées. Il n'est toutefois pas entièrement avéré s'il s'agit en partie d'une réticence de la part des prestataires de proposer l'option des DIU à des femmes jeunes, ou plutôt d'une réticence des femmes jeunes ou des adolescentes d'opter pour un DIU après avoir reçu des informations exactes et impartiales sur leurs avantages et inconvénients. Néanmoins, une étude menée en Nouvelle Zélande a démontré que les femmes qui quittent un centre de soins avec un DIU ont 70 % moins de risque de revenir pour un avortement au cours des trois mois qui suivent que celles qui en repartent avec un

contraceptif oral (Roberts 2010). Les prestataires doivent donner cette information à leurs patientes, mais sans toutefois les pousser à accepter un DIU si elles ne sont pas intéressées par cette méthode.

Contraceptifs injectables

Les contraceptifs injectables incluent des préparations à progestatif seul et d'autres qui associent œstrogène et progestatif (injectables combinés), notamment Depo-Provera (DMPA) et Mesigyna et Norigynon (NET-EN). Dans le cadre de la même étude menée en Nouvelle Zélande, la DMPA est associée à une baisse de 40 % du risque de retour pour un avortement, comparé aux utilisatrices de contraceptifs oraux combinés (Roberts 2010).

Des inquiétudes ont été soulevées concernant une possible perte de densité minérale osseuse (DMO) provoquée par la DMPA chez les jeunes femmes ; ceci parce que la DMPA diminue temporairement la DMO et que les adolescentes n'ont pas encore atteint leur masse osseuse maximale. Une étude spécifique portant sur les adolescentes a montré qu'elles avaient toutes entièrement récupéré leur DMO dans les 12 mois suivant l'arrêt de la DMPA, et que la durée d'utilisation n'avait pas influé sur cette récupération. Néanmoins, les recommandations les plus récentes de l'OMS en termes de recevabilité médicale indiquent que la plupart des études ont montré que les femmes récupéraient leur DMO après l'arrêt de la DMPA mais qu'il n'était pas certain si son utilisation avait une influence sur la masse osseuse maximale des jeunes femmes; à ce titre, la DMPA est donc listée dans la Catégorie 2 (qui signifie « utiliser la méthode – d'une manière générale » - par rapport à la Catégorie 1, qui signifie « utiliser la méthode – dans tous les cas ») pour les femmes de moins de 18 ans.

Femmes ayant subi des avortements à répétition

Si une femme ne souhaite pas être enceinte et qu'elle a subi plusieurs grossesses non désirées et plusieurs avortements, le prestataire de soins doit l'aider à identifier les difficultés qu'elle a pu rencontrer en matière d'utilisation ou d'accès de la contraception, et l'aider à leur trouver une solution.

Lors de la discussion avec une femme qui a déjà subi plusieurs avortements, il convient d'explorer avec la femme ses antécédents d'utilisation de la contraception, et :

- Si elle n'utilise pas de contraception, lui poser des questions à ce sujet, mais sans exprimer de jugement.
- Si elle utilise une contraception, chercher à identifier et résoudre les difficultés qu'elle semble rencontrer avec la méthode de son choix et le cas échéant l'aider à choisir une autre méthode qui pourrait être mieux adaptée à sa situation.
- Si le réapprovisionnement de la méthode de son choix s'est avéré un problème, l'aider à identifier une méthode qu'elle sera en mesure de se procurer de manière constante et fiable.
- Informer et conseiller la femme sur comment obtenir et utiliser une contraception d'urgence (PCU) en cas de rapport sexuel non protégé ou d'échec contraceptif. Si possible, lui fournir à l'avance une réserve de PCU.

Femmes victimes de violence

Lorsqu'il s'agit d'aider une femme qui a été victime de violence, il convient de sélectionner une méthode contraceptive adaptée et il faut lui demander si elle pense qu'il existe une corrélation entre la violence et son recours à la contraception. Si la violence est le résultat de son recours à la contraception, il faut l'aider à envisager l'utilisation d'une méthode contraceptive impossible à détecter par d'autres personnes. Si la femme n'est pas en mesure de contrôler les circonstances de

son activité sexuelle, il convient de lui conseiller des méthodes qui n'impliquent aucune participation de son partenaire comme des contraceptifs injectables, des dispositifs intra-utérins ou des implants, et lui indiquer comment obtenir et utiliser la PCU. Il peut être judicieux de lui fournir à l'avance une réserve de PCU.

Femmes séropositives/atteintes du VIH

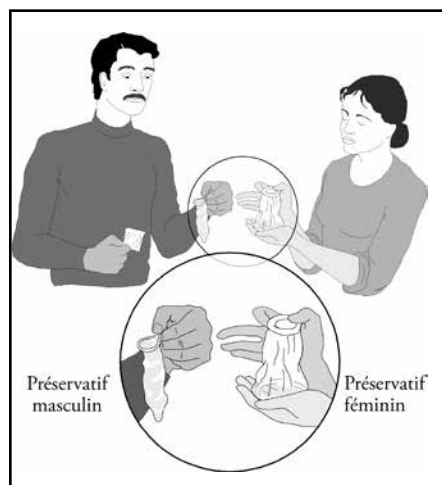
Les informations suivantes doivent être mentionnées lors d'une discussion relative à la contraception avec une femme séropositive (atteinte du VIH) :

- Les préservatifs masculins et féminins contribuent à la protection contre la transmission du VIH et doivent être utilisés correctement lors de chaque rapport sexuel.
- Si la femme a un rapport sexuel avec un partenaire séropositif, elle risque une infection avec une souche différente du VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles (IST).
- La double protection est recommandée. Cette pratique consiste en une utilisation simultanée, correcte et constante d'un préservatif masculin ou féminin dans le but d'assurer la protection contre les IST et le VIH, associée à une autre méthode de contraception plus efficace contre la grossesse, ou associée au recours à la PCU comme méthode de secours pour éviter la grossesse. Les femmes qui reçoivent un traitement pour le VIH ont besoin d'informations sur les options de contraception qui s'offrent à elles en fonction du protocole médicamenteux qu'elles suivent.

Femmes travailleuses du sexe

Les informations suivantes doivent être mentionnées lors d'une discussion relative à la contraception avec une femme travailleuse du sexe :

- Les prestataires de soins doivent recommander l'utilisation d'une protection double, à travers l'utilisation simultanée de préservatifs et d'une autre méthode, de manière à assurer une protection à la fois contre les IST et une grossesse non désirée. Si le préservatif masculin n'est pas une option pour la femme, elle peut vouloir envisager l'utilisation de préservatifs féminins, s'ils sont disponibles.
- Les prestataires de soins doivent conseiller à la femme de ne pas utiliser de DIU ou de SIU dans la mesure où elle a un risque élevé de souffrir ou de contracter des IST.
- Il faut informer la femme sur la manière d'obtenir et d'utiliser la PCU.



- Il peut être judicieux de fournir à la femme une réserve de PCU à l'avance.

Femmes présentant un déficit cognitif ou développemental et/ou souffrant de troubles mentaux

Le prestataire de soins doit commencer par évaluer le degré de connaissances et d'expérience de la femme en matière de contraception. Le prestataire peut alors l'aider à déterminer quelle méthode est la mieux adaptée à sa situation en lui demandant avec qui elle a des rapports sexuels et dans quelles circonstances.

Les informations suivantes doivent être prises en considération lors d'une discussion relative à la contraception avec une femme présentant un déficit cognitif ou développemental et/ou souffrant de troubles mentaux:

- La femme peut éprouver des difficultés à se souvenir comment et quand elle doit utiliser certaines méthodes, comme par exemple de prendre la pilule quotidiennement et à heure fixe ; néanmoins, ce type de méthodes peuvent tout de même être une option acceptable si les instructions sont données clairement et que la femme a un(e) soignant(e) qui peut l'aider à s'en souvenir et à intégrer la prise de la méthode dans le cadre de sa routine quotidienne ou mensuelle.
- Certaines femmes qui ont un déficit développemental peuvent également avoir des difficultés concernant leurs capacités motrices fines; dans ce type de cas, certaines méthodes comme les diaphragmes, peuvent être déconseillées.
- Les femmes qui appartiennent à cette population doivent recevoir des instructions sur la manière d'utiliser et de négocier l'utilisation des méthodes barrières, et les prestataires de soins doivent insister sur la nécessité de les utiliser chaque fois que la femme a un rapport sexuel si elle souhaite éviter d'être enceinte ou de contracter une IST.
- Le prestataire de soins doit faire la démonstration pratique de la méthode - en utilisant de véritables préservatifs, diaphragmes ou capes cervicales - et/ou utiliser des instructions illustrées.
- Le prestataire doit également donner à la femme des instructions écrites ou illustrées à emporter chez elle, ou lui remettre d'autres outils utiles comme par exemple un calendrier.
- Il est probable que de nombreuses femmes dans cette population ne sachent pas à l'avance qu'elles vont avoir un rapport sexuel. Pour cette raison, il peut être conseillé de fournir à la femme, à l'avance, une réserve de PCU accompagné des instructions spécifiques à leur utilisation.
- Aucune méthode ne devrait être mise en place ou pratiquée, quelles que soient les circonstances, sans le consentement explicite de la femme concernée. Les femmes qui souffrent de déficiences cognitives et développementales ou de troubles mentaux ont exactement les mêmes droits que toutes les autres femmes de faire le choix d'avoir ou non des enfants.
- En ce qui concerne le consentement éclairé, les prestataires doivent tenir compte du fait que la femme concernée peut se trouver, ou non, sous tutelle, c'est-à-dire si elle est en mesure de prendre elle-même des décisions concernant les soins qu'elle reçoit. Le cas échéant, le prestataire de soins doit déployer encore davantage d'efforts pour s'assurer qu'elle comprend entièrement ce à quoi elle consent ainsi que les différents choix qui sont les siens.

Femmes en situation de refuge ou de déplacement

Les situations de ce type s'accompagnent de besoins et de restrictions complexes qui dépassent la portée de ce cursus. Merci de consulter : Ressources supplémentaires, Services de contraception pour des informations plus complètes sur comment fournir des contraceptifs et d'autres services de santé reproductive à des femmes se trouvant dans ce type de situations.

Femmes ayant subi des mutilations génitales

Le type d'excision ou d'ablation génitale que peut avoir subi une femme et ses préférences concernant ses besoins en matière de désinfibulation et de réinfibulation sont des éléments qui doivent être

pris en considération lorsqu'il s'agit de la soutenir dans son choix d'une méthode contraceptive. Un examen approfondi des éléments dans ce domaine montre qu'il ne semble pas y avoir d'incidence accrue d'infection au VIH parmi les femmes qui ont subi des MGF. De même que pour les autres femmes, il convient d'encourager l'utilisation de méthodes barrières, comme les préservatifs masculins ou féminins, en vue de réduire les risques d'infection au VIH. (Merci de consulter : Ressources supplémentaires, Services de contraception).

Femmes ayant des relations homosexuelles

Les prestataires de soins ne devraient pas faire de suppositions à priori concernant les besoins en termes de contraception des femmes qui affirment avoir des partenaires sexuelles féminines. Les femmes qui ont des relations homosexuelles peuvent aussi avoir des relations sexuelles avec des hommes, être susceptibles de contracter des IST ou le VIH, d'avoir une grossesse non souhaitée, de souhaiter être enceinte à l'avenir et/ou d'avoir besoin d'informations sur la contraception et d'obtenir des méthodes contraceptives. Les prestataires de soins doivent engager une discussion ouverte et sans préjugés avec chaque femme afin de déterminer avec elle les risques et les besoins qui lui sont propres.

Prévention des infections

Principaux points abordés dans ce module :

- Principaux modes de transmission des infections
- Éléments essentiels de la prévention des infections, y compris les précautions standards
- Prise en charge de l'exposition professionnelle

1.0 Introduction

Les centres de santé sont des lieux de choix pour la transmission des infections en raison de la présence de nombreux types d'agents infectieux.

- Les prestataires de soins sont exposés à des agents infectieux et à du matériel contaminé dans le cadre de leur travail quotidien.

- Les patients sont exposés lorsqu'ils bénéficient de services de soins de santé.
- Leurs familles et la communauté peuvent être contaminées à leur tour si les patients et les prestataires de soins ramènent chez eux sans le savoir des infections en provenance du centre de santé.

La plupart des prestataires de soins ayant bénéficié d'une formation appropriée connaissent les techniques de prévention des infections. Il incombe aux prestataires de soins de prendre des mesures adéquates et systématiques afin d'éviter la dissémination des infections, en adoptant des techniques et des comportements d'hygiène et de prévention des infections appropriés.

Ce module traite de la mise en application des principes de prévention des infections dans le cadre des soins d'avortement.

2.0 Transmission des infections

Des micro-organismes sont présents à la surface et à l'intérieur de notre corps, sur les instruments et équipement médicaux et sur toutes les surfaces. Chaque micro-organisme utilise un mode de transmission spécifique pour passer d'une personne à une autre. Un agent pathogène est un micro-organisme susceptible de provoquer une infection et d'entraîner une maladie. Chaque agent pathogène requiert des mesures de prévention spécifiques, en fonction de son mode de transmission. Ce module met l'accent sur la prévention des infections dues à des agents pathogènes dits hématogènes, qui se transmettent principalement par exposition à du sang ou à d'autres fluides corporels au sein des centres de santé.

Divers bactéries, virus, protozoaires, champignons et parasites constituent des exemples d'agents pathogènes pouvant être présents dans le sang. Des agents pathogènes tels que le VIH (virus de l'immunodéficience humaine), le HBV (virus de l'hépatite B), le HCV (virus de l'hépatite C) et le virus Ebola peuvent provoquer une infection et une maladie chez l'être humain.

Les agents pathogènes hématogènes sont :

- invisibles à l'œil nu ;
- transmissibles par le sang, les sécrétions, les excréments et certains autres fluides corporels ;
- susceptibles de provoquer une infection lorsqu'un fluide infectieux pénètre dans l'organisme via une coupure, une plaie ouverte ou toute autre lésion ouverte de la peau ou des muqueuses oculaires, buccales ou génitales ;
- capables de provoquer une maladie chez l'être humain sans signes ou symptômes clairement visibles.

Dans le cadre des centres de santé, les agents pathogènes hématogènes peuvent se transmettre :

- d'une patiente à un prestataire de soins ;
- d'un prestataire de soins à une patiente ;
- d'une patiente à une autre patiente ;
- d'un prestataire de soins à un autre prestataire de soins ;
- d'un prestataire de soins ou d'un centre de santé à sa famille et à d'autres membres de la communauté.

Les prestataires de soins sont le plus souvent exposés à un risque d'infection par des agents pathogènes hématogènes de deux manières :

1. Piqûre par des instruments pointus ou tranchants contaminés tels que des aiguilles hypodermiques

2. Contact avec du sang sur des lésions cutanées telles que des coupures ou des plaies

La transmission des agents pathogènes hématogènes, et plus particulièrement du VIH, de prestataires de soins à des patientes est extrêmement rare. La répartition des tâches doit être basée sur les compétences et les capacités des prestataires et non pas sur les éventuels problèmes médicaux dont ils sont atteints.

3.0 Éléments de la prévention des infections

On utilise habituellement des protocoles de prévention des infections pour éviter les infections, quels que soient leurs modes de transmission. Les prestataires de soins doivent respecter les précautions standards, auparavant désignées sous le terme de précautions universelles, lors de tout contact avec des patients et d'autres membres du personnel car une personne peut être porteuse d'une infection sans présenter de signes ou symptômes manifestes. Les précautions standards consistent à manipuler de manière adéquate le sang et les fluides corporels et à recourir en permanence à des techniques de prévention appropriées avec tous les patients et tous les autres membres du personnel, indépendamment de leur état de santé réel ou supposé.

Le recours aux précautions standards minimise le risque de transmission d'agents pathogènes par le biais d'instruments pointus ou tranchants capables de traverser la peau et de sang ou de fluides corporels infectieux pouvant être projetés dans les yeux ou sur d'autres muqueuses ou pénétrer dans l'organisme via une coupure ou une lésion cutanée.

Les précautions standards consistent en des mesures de contrôle des infections visant à empêcher toute transmission entre la personne et les fluides corporels potentiellement infectieux. Ces

Éléments essentiels de la prévention des infections :

- *Lavage des mains*
- *Équipements de protection personnelle*
- *Manipulation et élimination adéquates des instruments et objets pointus ou tranchants*
- *Manipulation et traitement adéquats des instruments et du matériel*
- *Technique aseptique*
- *Propreté de l'environnement*
 - *Élimination adéquate des déchets infectieux*

mesures comprennent des techniques adéquates de lavage des mains et le port d'équipements de protection tels que blouses, gants, tabliers, masques, dispositifs de protection oculaire et chaussures de protection.

Les précautions standards doivent être appliquées dans tous les cas où le prestataire de soins est susceptible d'entrer en contact avec :

- du sang ;
- des fluides corporels ;
- des sécrétions et excréctions autres que la sueur, indépendamment du fait qu'elles contiennent ou non du sang visible ;
- des zones de peau lésées ;
- des muqueuses.

Les prestataires de soins doivent traiter le sang et les fluides corporels de toute personne comme des sources potentielles d'infection, indépendamment du diagnostic ou du risque attendu. Les précautions standards doivent être respectées avec toutes les patientes et par tous les membres du personnel, indépendamment de leur statut supposé en termes d'infection ou du diagnostic, et il n'y a aucune raison de traiter différemment les personnes atteintes de maladies transmissibles par le sang diagnostiquées.

Tous les prestataires de soins qui risquent d'être exposés à du sang ou à d'autres fluides corporels doivent être vaccinés contre l'hépatite B afin de limiter le risque d'infection par ce virus.

3.1 Lavage des mains

Les mains constituent l'intermédiaire de transmission des infections le plus fréquent. Le lavage des mains est l'un des éléments les plus essentiels de la prévention des infections au sein des centres de santé, bien qu'il soit trop souvent négligé. Le lavage des mains doit être une étape obligée avant et après tout contact avec une patiente, ainsi qu'après tout contact avec des éléments potentiellement contaminés, même si l'on portait des gants.

- Les prestataires de soins doivent se laver les mains en les frottant l'une contre l'autre avec de l'eau courante propre et du savon.
- On peut employer une brosse pour nettoyer les mains à fond.
- Il est essentiel d'utiliser de l'eau fraîche car les micro-organismes peuvent se multiplier dans une bassine d'eau utilisée par plusieurs personnes.
 - Lorsque l'on ne dispose pas d'eau courante fournie par

un robinet ou une pompe, une personne peut verser de l'eau fraîche d'un récipient pour permettre à une autre personne de se laver les mains.

- Le partage et la réutilisation des serviettes risquent de transmettre des agents pathogènes, aussi l'idéal consiste à employer des serviettes jetables ou d'utiliser une serviette propre chaque fois que l'on se lave les mains.
- Les serviettes de grande taille peuvent être découpées en serviettes plus petites ou on peut se sécher les mains à l'air pour économiser les ressources.

3.2 Port d'équipements de protection personnelle

Les prestataires de soins doivent porter des équipements de protection personnelle tels que gants, blouse, tablier, chaussures de protection, dispositif de protection des yeux, masque ou écran facial afin de réduire le risque d'infection en réduisant la probabilité d'exposition à des micro-organismes. On doit porter des équipements de protection appropriés chaque fois qu'il y a une possibilité de contact avec du sang ou des autres fluides corporels.

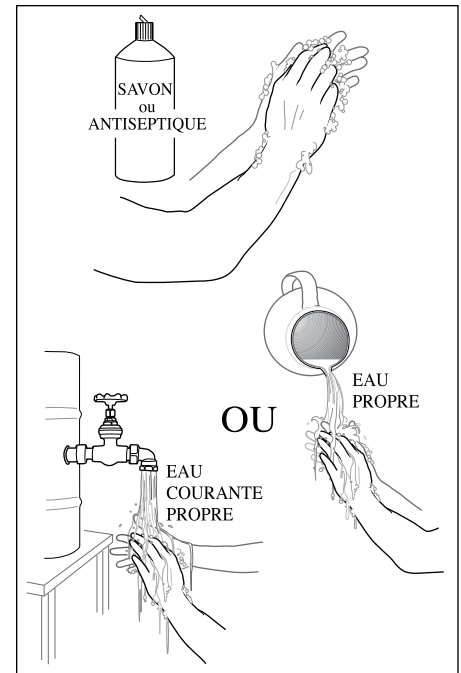
Utilisation correcte des gants :

- Toujours changer de gants entre chaque patiente, après tout contact avec un élément potentiellement contaminé, avant de toucher des instruments stériles, entre les examens rectal et vaginal.
- Porter des gants lors d'une prise de sang ou de la mise en place d'une voie intraveineuse.
- Retirer ses gants et se laver les mains immédiatement après une procédure.
- Porter des gants (idéalement des gants de ménage) lors du nettoyage en cas de possibilité de contact des mains avec du sang ou d'autres fluides corporels.

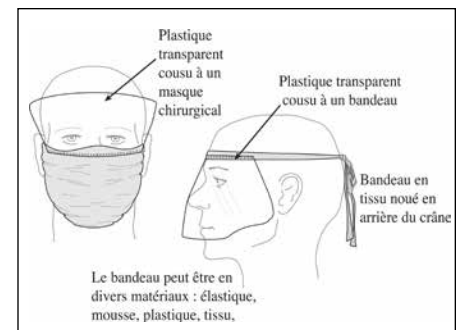
3.3 Manipulation et élimination adéquates des instruments et objets pointus ou tranchants

Les instruments ou objets pointus ou tranchants, désignés globalement sous le terme d'objets pointus ou tranchants, sont notamment :

- Aiguilles hypodermiques et aiguilles pour suture
- Ciseaux
- Pince de Pozzi



Lavage des mains



Écrans faciaux



Équipements de protection personnelle

- Verre
- Lames

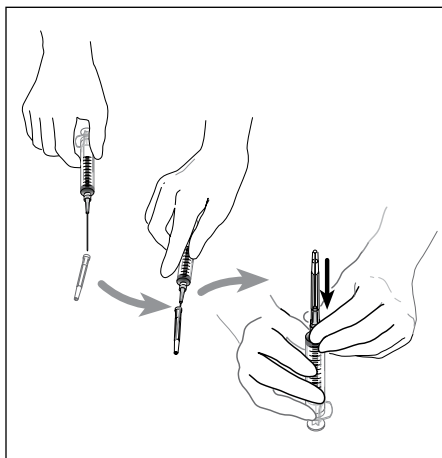
Les objets pointus ou tranchants engendrent un risque particulier d'infection pour les prestataires de soins, les patientes et les membres de la communauté car ils sont capables de traverser la peau et d'introduire des agents pathogènes directement dans le courant circulatoire. Ces perforations surviennent le plus souvent lors du recapuchonnage, du nettoyage ou de l'élimination inadéquate des aiguilles.

La manipulation et l'élimination correctes des objets pointus ou tranchants permettent de réduire ce risque de façon significative :

Méthode du ramassage pour le recapuchonnage des seringues

- *Maintenir la seringue et se servir de l'aiguille pour ramasser le capuchon sans toucher ni le capuchon ni l'aiguille.*
- *Tirer le capuchon sur l'aiguille en le tenant à proximité de sa base.*
- *Ne jamais mettre les doigts sur l'extrémité du capuchon pendant que l'on pousse le capuchon sur l'aiguille car celle-ci risque de perforer l'extrémité du capuchon et de piquer le doigt de l'opérateur.*

- Ne pas transporter les aiguilles hypodermiques usagées.
- Prévoir un emplacement spécifique pour entreposer les objets pointus ou tranchants au cours des procédures.
- Annoncer la présence ou le passage de tout objet pointu ou tranchant.
- Éliminer immédiatement les aiguilles et les seringues dans une poubelle résistante à la perforation sans les recapuchonner, les retirer, les couper ou les plier. Disposer des poubelles de ce type partout où l'on utilise des objets pointus ou tranchants. Si les seringues doivent être recapuchonnées pour être réutilisées au cours d'une procédure, utiliser la « méthode du ramassage ». (Voir annexe A : Instructions de fabrication d'une poubelle pour objets pointus ou tranchants.)



Technique par ramassage et traction

3.4 Manipulation et traitement adéquats des instruments et du matériel

Les micro-organismes sont capables de survivre sur les instruments et le matériel utilisés lors de procédures d'avortement. Les prestataires de soins doivent éliminer les micro-organismes des instruments et du matériel contaminés pour éviter la transmission d'infections à d'autres patientes lors de procédures ultérieures (voir module 10 : Instruments pour AMIU).

3.5 Technique aseptique

Les trois éléments essentiels d'une technique aseptique lors d'une intervention chirurgicale sont :

- Préparation antiseptique
- Technique sans contact
- Traitement approprié des instruments

Préparation antiseptique

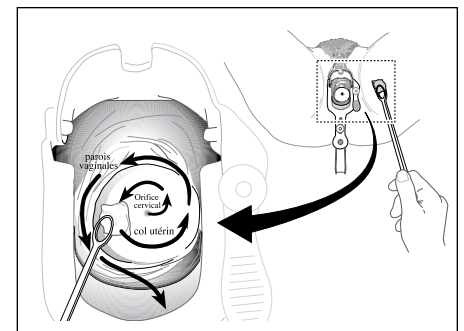
Lors d'une procédure d'aspiration intra-utérine, une infection postopératoire peut être la conséquence de l'introduction de la flore vaginale naturelle de la patiente dans son utérus. Il est par conséquent essentiel d'éliminer les micro-organismes normalement présents dans le vagin et au niveau du col utérin avant l'introduction d'un instrument.

- Interroger la patiente sur ses éventuelles réactions allergiques vis-à-vis des antiseptiques.
- Veiller à la propreté de la région périnéale.
- En appliquant une technique sans contact, nettoyer l'orifice cervical et, si nécessaire, les parois vaginales à l'aide d'une compresse imbibée d'antiseptique. Avec chaque nouvelle compresse, partir de l'orifice cervical et effectuer un mouvement en spirale vers l'extérieur. Continuer jusqu'à avoir couvert entièrement l'orifice cervical d'antiseptique. Ne pas nettoyer le col utérin avec la compresse de gaze qui a déjà été utilisée pour nettoyer le vagin. On peut utiliser comme solution antiseptique de la povidone iodée ou de la chlorhexidine.
- On peut employer du sérum physiologique si l'on ne dispose pas d'antiseptiques.

Technique sans contact

Il existe un risque d'introduction d'agents pathogènes, en particulier en provenance de la flore vaginale, dans l'utérus lors de l'insertion d'un instrument dans la cavité utérine. Pour éviter cela, il est indispensable de recourir à une technique sans contact lors de toute intervention chirurgicale et lors de la manipulation d'instruments stériles tels que des aiguilles hypodermiques ou des canules.

- Toujours tenir les instruments par l'extrémité qui ne viendra pas en contact avec la patiente
- Aucun des instruments qui seront amenés à pénétrer dans l'utérus d'une patiente ne peut entrer en contact avec une surface contaminée avant leur insertion au travers du col de l'utérus.
- Les extrémités de la pince de Pozzi, de la canule ou du dilatateur ne peuvent pas toucher les gants du prestataire de soins, les parois vaginales de la patiente ou des parties non stériles du plateau ou de la table où se trouvent les instruments.



Préparation du col

Traitement approprié des instruments

Tous les instruments médicaux réutilisables doivent être traités de manière appropriée entre chaque patiente. Les techniques de traitement adéquat des instruments sont décrites dans le module 10 : Instruments d'Ipas pour AMIU.

3.6 Propreté de l'environnement

Comme les prestataires de soins sont susceptibles de disséminer des infections par contact avec des surfaces du local de soins et avec les patientes, il est important que tout au niveau d'un centre de soins, y compris les patientes, les instruments et les équipements, demeure en permanence propre et sec.

- Un produit chimique capable de tuer les micro-organismes est désigné sous le terme de germicide.
- Les antiseptiques sont des germicides peu puissants que l'on utilise pour nettoyer la surface du corps.
- Les germicides puissants utilisés pour le nettoyage des équipements et le traitement des instruments sont appelés désinfectants. Le désinfectant idéal pour le nettoyage des locaux et des équipements est une solution de chlore à 0,5% ; l'utilisation d'eau et de savon est cependant acceptable.

Remarque : Le glutaraldéhyde et le chlore sont des produits dangereux. Utiliser des barrières de protection personnelle lors de la préparation des solutions. Se reporter aux instructions de sécurité du fabricant pour une utilisation en toute sécurité (voir annexe B : Instructions de préparation d'une solution de chlore à 0,5%).

Au début de chaque journée de travail :

- Essuyer toutes les surfaces horizontales avec un chiffon propre, notamment les tables d'opération, les chaises, les plateaux des chariots, les lampes et les tables.
- Laver le sol avec une serpillière propre pour éliminer la poussière.

Entre les patientes :

- Éliminer le sang ou les autres fluides corporels avec une solution de chlore à 0,5% ou un autre désinfectant. Nettoyer toutes les surfaces potentiellement contaminées telles que les tables d'opération et les plateaux des chariots avec un chiffon propre imbibé d'une solution de nettoyage désinfectante.
- Nettoyer les parties visiblement souillées du sol, des murs ou du plafond avec une solution de nettoyage désinfectante.
- Contrôler les poubelles pour objets pointus ou tranchants et

les remplacer lorsqu'elles sont remplies aux trois quarts.

- Éliminer les déchets infectieux.

À la fin de la journée :

- Contrôler les poubelles pour objets pointus ou tranchants et les remplacer lorsqu'elles sont remplies aux trois quarts.
- Éliminer les déchets infectieux.
- Nettoyer toutes les surfaces avec un chiffon propre imbibé d'une solution de nettoyage désinfectante.
- Laver le sol avec une solution de nettoyage désinfectante.
- Nettoyer les poubelles avec une solution de nettoyage désinfectante.

3.7 Élimination des déchets infectieux

Tout le matériel jetable qui s'est trouvé en contact avec des fluides corporels doit être considéré comme des déchets infectieux et être éliminé de manière appropriée.

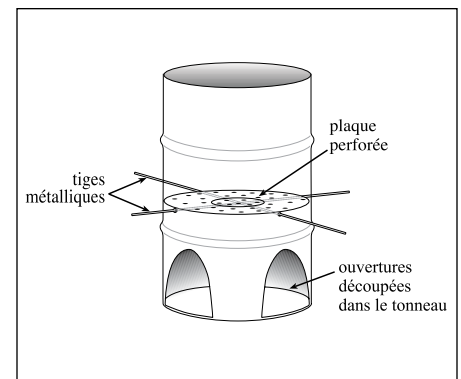
Les déchets infectieux peuvent inclure :

- des tissus humains tels que les produits de la conception ;
- des fluides corporels ;
- tout matériel contenant du sang ou des fluides corporels, par exemple pansements, compresses chirurgicales, aiguilles hypodermiques et aiguilles pour suture, lames de scalpel, tubes et pipettes ayant contenu du sang ;
- des instruments médicaux à usage unique.

Certains protocoles locaux exigent que l'enlèvement des déchets infectieux des centres de santé soit assuré par un organisme tiers tel qu'une société privée ou un organisme gouvernemental et que leur élimination ait lieu en dehors du site. Quel que soit le site de stockage des déchets infectieux, ces déchets doivent toujours être confinés et, pour bien faire, incinérés.

Tous les déchets infectieux doivent au minimum être entreposés en lieu sûr et isolés. Il n'est pas acceptable d'entreposer les déchets infectieux dans un récipient ouvert ou de les entasser à ciel ouvert, tout particulièrement à proximité d'un cours d'eau : cela exposerait l'ensemble de la communauté aux infections. Les objets pointus ou tranchants contaminés doivent être placés dans un conteneur fabriqué dans un matériau qui ne risque pas de se perforer aisément, par exemple du carton épais ou du plastique.

Pour éliminer les déchets infectieux, y compris les produits de la conception :



Incinérateur

- L'incinération des déchets infectieux solides dans un incinérateur ou un bidon à huile constitue la meilleure option.
- Leur incinération à ciel ouvert dans une zone sécurisée représente une alternative acceptable.
- Enfouissement des déchets infectieux solides sur place, à condition qu'ils soient protégés par une clôture ou un mur et pas à proximité d'une source d'eau. La profondeur initiale doit être de 2 à 5 mètres. À mesure que l'on ajoute des déchets, les recouvrir de 10 à 30 cm de terre. Lorsque le niveau des déchets parvient à 30 à 50 cm de la surface du sol, combler la fosse avec de la terre, la boucher hermétiquement avec du béton et creuser une nouvelle fosse. L'enfouissement des déchets constitue la meilleure option après leur incinération.
- Déverser les déchets infectieux liquides dans un évier ou une canalisation raccordés à un système d'égouttage ou à une fosse d'aisance assurant un traitement adéquat. L'enfouissement des liquides infectieux avec les autres déchets infectieux représente une alternative acceptable.

Les produits de la conception résultant d'un avortement médicamenteux doivent être éliminés de la même manière que les autres déchets infectieux. Si une femme évacue les produits de la conception chez elle, il faut lui demander de les éliminer par n'importe quel moyen approprié disponible, par exemple en les jetant dans les toilettes ou en les brûlant loin de toute source d'eau. Si une autre personne est chargée de l'élimination des déchets, cette personne doit se conformer aux précautions spécifiées dans ce module lors de la manipulation des déchets infectieux.

4.0 Prise en charge de l'exposition professionnelle

Dans l'éventualité où un prestataire de soins serait exposé de quelque manière que ce soit à du sang ou à d'autres fluides corporels, par exemple via une piqûre d'aiguille ou une projection dans le visage ou sur la peau, procéder comme suit :

- Si l'exposition a provoqué une plaie et un saignement, laisser saigner la plaie pendant un moment.
- Rincer immédiatement la région exposée avec de l'eau propre. Laver les plaies et la peau soigneusement avec de l'eau et du savon. Rincer les muqueuses (nasale, oculaire, buccale) uniquement avec de l'eau ou du sérum physiologique. Si l'on ne dispose pas d'eau, utiliser une solution antiseptique.

- Déterminer le type de fluide et le type d'exposition.
- Évaluer la source d'exposition en la testant si elle est connue ou en évaluant le risque engendré par une source inconnue.
- Évaluer le statut immunitaire de la personne exposée, notamment ses antécédents en termes de vaccination contre l'hépatite B.
- Administrer un traitement prophylactique après exposition si l'exposition engendre un risque d'infection.
- Proposer des conseils et un test volontaire et confidentiel de dépistage du VIH, du HBV et du HCV si ces tests sont disponibles.
- Consulter si possible un spécialiste des maladies infectieuses.
- Prendre note de l'exposition et des mesures prises conformément aux protocoles de l'institution. Examiner comment éviter une nouvelle exposition à l'avenir et tirer les leçons de l'incident avec l'ensemble du personnel.
- Au cours des soins de suivi, conseiller à la personne exposée de consulter un médecin dans l'éventualité où une maladie aiguë surviendrait.

5.0 Considérations relatives aux soins après avortement

Les précautions requises sont exactement les mêmes que pour des soins d'avortement provoqué.

6.0 Résumé

- Les centres de santé sont des lieux de choix pour la transmission des infections aux prestataires de soins, aux patientes et à d'autres membres de la communauté en raison de la présence de nombreux types d'agents infectieux.
- Les précautions standards doivent être appliquées dans tous les cas où le prestataire de soins est susceptible d'entrer en contact avec du sang, des sécrétions, des excréments ou d'autres fluides corporels, des zones de peau lésée ou des muqueuses.
- Les mains constituent l'intermédiaire de transmission des infections le plus fréquent. Les éléments essentiels de la prévention des infections sont le lavage des mains, l'utilisation de barrières de protection personnelle, une manipulation et une élimination adéquates des instruments et objets pointus ou tranchants, une manipulation et un traitement adéquats des instruments et du matériel,

le recours à une technique aseptique, la propreté de l'environnement et l'élimination adéquate des déchets infectieux.

- Les trois éléments essentiels d'une technique aseptique lors d'une aspiration intra-utérine sont une préparation antiseptique, une technique sans contact et un traitement approprié des instruments.
- Tous les déchets infectieux doivent être incinérés ou, au minimum, être placés en lieu sûr et isolés de manière appropriée.
- Si un prestataire de soins est exposé à du sang ou à d'autres fluides corporels, respecter les procédures de prise en charge de l'exposition professionnelle appropriées.

Bibliographie

Achilles, S. L. et Reeves, M. F. (2011). Prevention of infection after induced abortion: date de publication : octobre 2010 : directive SFP 20102. *Contraception*, 83(4), 295–309. doi: 10.1016/j.contraception.2010.11.006

Association of Operating Room Nurses (AORN). (2010). Technique aseptique [vidéo en anglais]. Denver, CO: Association of Operating Room Nurses (AORN).

Association of Operating Room Nurses (AORN). (2012). *Perioperative standards and practices for inpatient and ambulatory settings*. Denver, CO: Association of Operating Room Nurses (AORN).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2001). Appendix B: Management of occupational blood exposures. *Morbidity and mortality weekly report*, 50(RR11), 45–46.

EngenderHealth. (2000). *Infection prevention: A reference booklet for healthcare providers, 2nd edition*. Accessible via : <http://www.engenderhealth.org/pubs/quality/infection-prevention.php>

Gruendemann, B. J. et Mangum, S. S. (2001). *Infection prevention in surgical settings*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders Company.

Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M. et Chiarello, L. (2007). *Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Accessible via : <http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007isolationPrecautions.html>

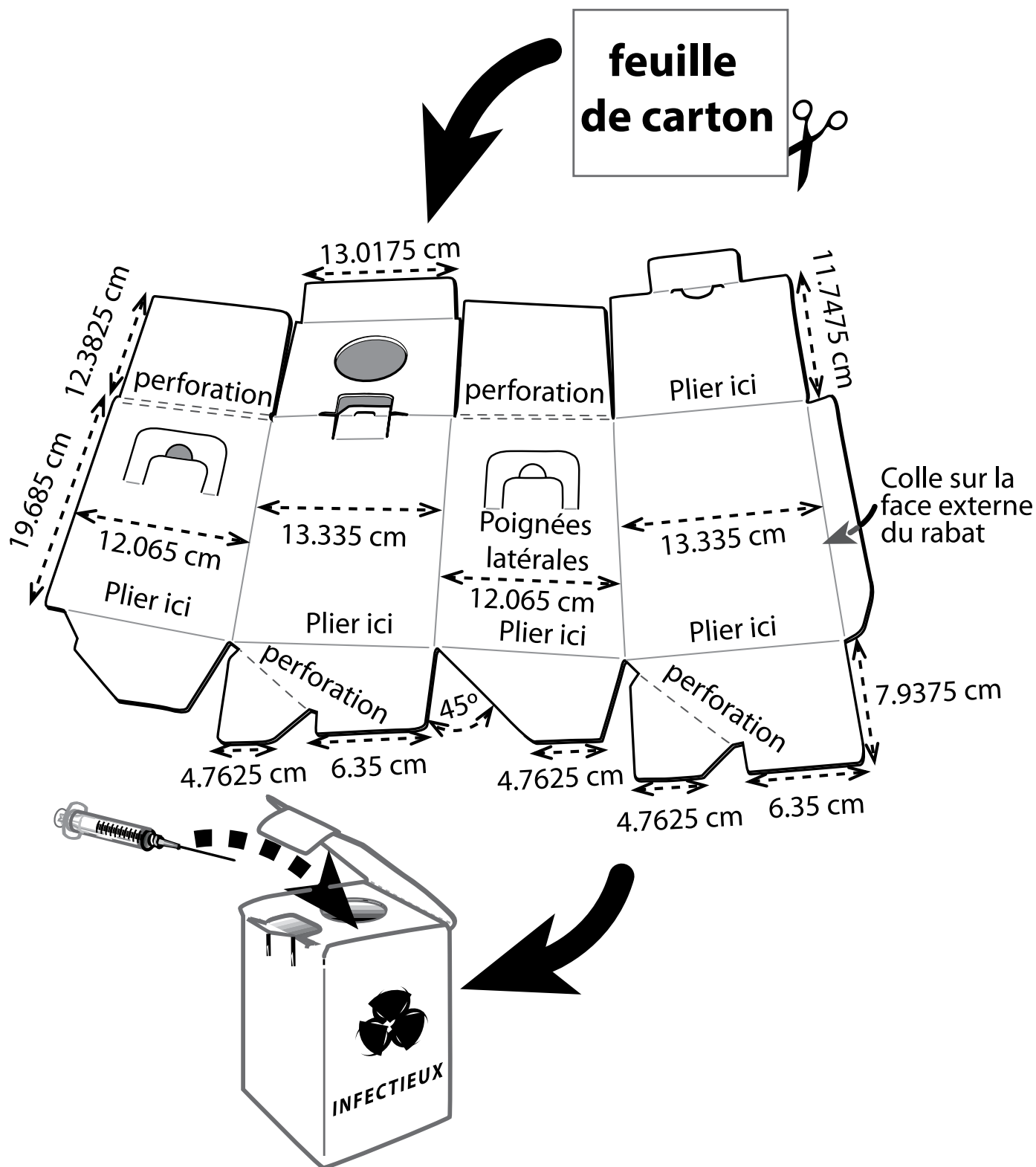
Tietjen, L., Bossemeyer, D. et MacIntosh, N. (2003). *Infection prevention: Guidelines for healthcare facilities with limited resources*. Baltimore, MD: JHPIEGO.

Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Annexe A : Poubelle pour objets pointus ou tranchants

Instructions de fabrication d'une poubelle pour objets pointus ou tranchants



Annexe B : Instructions de préparation d'une solution de chlore à 0,5% (préparation de la solution en fonction de la concentration de la marque commerciale d'eau de Javel disponible dans la région)

Composé chloré	Concentration en chlore présente dans le composé	† Préparation d'une solution à 0,5%
Solution d'hypochlorite de soude (eau de Javel)*	3,5% (Afrique : JIK ; Népal : Robin ; Jamaïque : Ajax) 5% (France et Vietnam : eau de Javel ; Canada et États-Unis : Clorox, eau de Javel ménagère ; Pérou : Clorox) 6% (Mexique : Blanqueador) 10% (Royaume-Uni : Chloros ; Pérou : Liguria) 15% (France : extrait de Javel ; Royaume-Uni : Chloros)	Mélanger 10 ml d'eau de Javel avec 60 ml d'eau (1 partie d'eau de Javel pour 6 parties d'eau) Mélanger 10 ml d'eau de Javel avec 90 ml d'eau (1 partie d'eau de Javel pour 9 parties d'eau) Mélanger 10 ml d'eau de Javel avec 110 ml d'eau (1 partie d'eau de Javel pour 11 parties d'eau) Mélanger 10 ml d'eau de Javel avec 190 ml d'eau (1 partie d'eau de Javel pour 19 parties d'eau) Mélanger 10 ml d'eau de Javel avec 290 ml d'eau (1 partie d'eau de Javel pour 29 parties d'eau)
Hypochlorite de calcium	70%	Dissoudre 7 grammes d'hypochlorite de calcium dans 1 litre d'eau
Dichloro-isocyanurate de sodium (DCCNa)	60%	Dissoudre 8,5 grammes de DCCNa dans 1 litre d'eau
Dichloro-isocyanurate de sodium (DCCNa) sous forme de tablettes	1,5 g par tablette	Dissoudre 4 tablettes dans 1 litre d'eau
Chloramine (tosylchloramide sodique)	25%	Dissoudre 20 grammes dans 1 litre d'eau bouillie

(Adapté d'après Tietjen 2003.)

† Une solution à 0,5% est recommandée car il est fréquent que l'on ne dispose pas d'eau propre (bouillie ou filtrée) pour préparer la solution et qu'une proportion importante du chlore risque d'être inactivée par les matières organiques microscopiques qui se trouvent en suspension dans l'eau. Lorsque l'on dispose d'eau bouillie ou filtrée, une solution à 0,1% est suffisante.

* Le glutaraldéhyde et le chlore sont des produits dangereux. Lorsqu'on les utilise pour le traitement des instruments ou pour la décontamination de l'environnement, prendre toutes les précautions nécessaires, notamment en portant un équipement de protection individuelle. Se reporter aux instructions de sécurité du fabricant pour une utilisation en toute sécurité.

Évaluation clinique

Principaux sujets traités dans ce module:

- Évaluation clinique approfondie
- Pathologies comme la grossesse extra-utérine et les infections des voies génitales
- Considérations spécifiques à certaines patientes

1.0 Introduction

Avant de pratiquer une évacuation utérine, il est essentiel d'évaluer l'état clinique de la patiente et de déterminer son admissibilité médicale à l'avortement médicamenteux ou à l'aspiration intra-utérine. L'évaluation clinique permettra au prestataire d'aider la femme à choisir en connaissance de cause la méthode d'évacuation utérine qu'elle souhaite privilégier.

L'évaluation doit être menée en privé. Les composantes d'une évaluation clinique approfondie sont :

- Antécédents de la patiente ;
- Examen physique, et ;
- Prélèvement d'échantillons et demande éventuelle d'examens de laboratoire, uniquement si nécessaire.

Une part importante de l'évaluation clinique consiste à évaluer l'état émotionnel et les circonstances dans lesquelles se trouve la femme à son arrivée, ses relations pertinentes et les systèmes de soutien dont elle dispose, car tous ces éléments ont une influence directe sur son vécu clinique. Une communication ouverte, compatissante et un comportement doux et rassurant aident le prestataire à obtenir les informations nécessaires en vue d'offrir la meilleure prise en charge possible à la femme. (Voir Module: Consentement éclairé, information et accompagnement).

2.0 Antécédents de la patiente

Les antécédents de la patiente sont importants en vue de déterminer l'âge gestationnel de la grossesse et l'admissibilité médicale de la patiente à l'avortement médicamenteux ou à l'aspiration intra-utérine. Ils permettent également de donner au prestataire de soins toutes les informations nécessaires qui l'aideront à répondre aux autres besoins que la femme peut avoir en matière de santé sexuelle et reproductive. Le prestataire de soins doit demander à la patiente quels sont ses antécédents médicaux et enregistrer ses informations, notamment :

- La date de ses dernières règles (DDR).
- Les signes et symptômes de grossesse.
- Si elle a fait un test de grossesse ou subi une échographie, et le cas échéant, les résultats de ces tests.
- Si elle a eu des saignements même légers pendant la grossesse.
- Si elle a des allergies connues à certains médicaments
- Les médicaments qu'elle aurait pu prendre, notamment du misoprostol ou des remèdes à base de plantes.
- Ses antécédents obstétricaux et gynécologiques, comme le nombre de ses grossesses antérieures, les naissances vivantes, les fausses couches ou les avortements, ses antécédents en matière d'utilisation de la contraception, si elle a déjà eu une grossesse extra-utérine ou ectopique, ses règles, fibromes, infections ou soins récents liés à d'autres soins d'avortement.

- Ses antécédents sexuels, comme par exemple le nombre de partenaires sexuels ou de nouveaux partenaires récents.
- Son état sérologique (VIH/sida) et présence d'infections sexuellement transmissibles (IST).
- Ses antécédents chirurgicaux.
- Si elle a des capacités physiques ou cognitives réduites, y compris des troubles mentaux.
- Ses pathologies et troubles médicaux connus (Tableau 9-1: Antécédents médicaux).

(Consulter : Annexe B : Formulaire d'admission de patiente).

Si une femme présente l'une des pathologies ou troubles médicaux suivants, la pratique d'une évacuation utérine peut nécessiter une évaluation clinique plus approfondie ainsi que des compétences et un suivi plus conséquents. Il peut être nécessaire de modifier une procédure d'évacuation utérine en vue d'adapter la prise en charge aux besoins de santé de la femme concernée. Un transfert vers un établissement hospitalier de niveau supérieur peut également s'avérer nécessaire.

Tableau 9-1 : Antécédents médicaux

Pathologies ou troubles médicaux	Commentaires
Hypertension	<ul style="list-style-type: none"> • La methylergonovine ne doit pas être utilisée chez les femmes souffrant d'hypertension.
Trouble convulsif (épilepsie)	<ul style="list-style-type: none"> • La femme doit prendre sa dose habituelle d'antiépileptique le jour de l'évacuation utérine et reprendre son traitement habituel dès que possible. Elle peut recevoir une sédation à la benzodiazépine ou un autre protocole de gestion de la douleur avant de pratiquer la procédure. • Du fait de l'interaction de certains antiépileptiques avec les contraceptifs hormonaux, les choix de contraception doivent être examinés avec soins en termes de recevabilité médicale.
Anémie	<ul style="list-style-type: none"> • Si les taux d'hématocrite ou d'hémoglobine sont très faibles, le praticien doit être prêt à gérer et traiter une hémorragie de manière appropriée.
Troubles de la coagulation	<ul style="list-style-type: none"> • Si la femme présente un trouble actif de la coagulation, il convient de procéder avec prudence. • Le transfert vers un établissement hospitalier de niveau supérieur peut être indiqué.
Diabète	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune modification du régime alimentaire ou du traitement médical n'est indiquée dans le cas d'une aspiration intra-utérine sous anesthésie locale. • Une glycémie élevée est préférable à une hypoglycémie au moment de l'aspiration intra-utérine.

Tableau 9-1 : Antécédents médicaux

Pathologies ou troubles médicaux	Commentaires
Cardiopathie, maladie du cœur	<ul style="list-style-type: none"> En cas de cardiopathie symptomatique ou sévère, il est recommandé de pratiquer l'aspiration intra-utérine dans un bloc opératoire avec un anesthésiste disponible.
Asthme	<ul style="list-style-type: none"> Les femmes qui souffrent d'un asthme modéré ou bien contrôlé peuvent subir une aspiration intra-utérine ou un avortement médicamenteux courant. Il peut être nécessaire de retarder la procédure dans le cas de femmes souffrant d'une crise aiguë d'asthme ou dont l'asthme n'est pas correctement contrôlé, et ce jusqu'à ce que l'asthme soit entièrement sous contrôle. L'utilisation du misoprostol ne présente aucun danger chez les femmes asthmatiques.
Suspicion de grossesse extra-utérine (ectopique)	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer et traiter la patiente ou la transférer en fonction du protocole local en vigueur. La grossesse extra-utérine est une urgence vitale qui nécessite d'être traitée en conséquence.
Sténose du col utérin	<ul style="list-style-type: none"> Il faut envisager de procéder à l'aspiration intra-utérine sous orientation échographique, en utilisant un agent comme le misoprostol ou les laminaires afin de préparer le col utérin avant la procédure. Les méthodes médicamenteuses peuvent être proposées.
Problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie	<ul style="list-style-type: none"> Ces femmes peuvent nécessiter des doses supérieures d'antidouleur ou de sédation du fait de l'accoutumance aux médicaments.

En cas d'auto-administration de misoprostol préalable à la consultation

Dans certains contextes, les prestataires de soins seront amenés à voir fréquemment des femmes qui se sont auto-administrées du misoprostol en vue d'interrompre une grossesse avant de se présenter pour obtenir des soins dans le cadre du système de santé. Les prestataires de soins doivent connaître les implications cliniques qui peuvent accompagner une utilisation préalable de misoprostol. Si la femme a utilisé les doses recommandées, le taux de succès de l'administration de misoprostol seul est habituellement de 85 %. Dans les 15 % de cas où l'avortement échoue, les femmes peuvent se présenter avec une grossesse en cours ou nécessiter une aspiration intra-utérine afin de vider l'utérus. Il se peut que certaines femmes se présentent avec des saignements abondants qui nécessitent un traitement en urgence. Les femmes chez qui la grossesse se poursuit doivent être informées du risque, toutefois extrêmement rare, d'anomalies congénitales du fœtus si elles décident de mener à terme leur grossesse.

- Si le misoprostol a été utilisé pour interrompre une grossesse de 13 semaines ou plus, les prestataires de soins doivent être attentifs à la possibilité de saignements abondants et, le cas échéant, de la nécessité de recourir à une aspiration intra-utérine pour les stopper.
- Il n'est peut-être pas nécessaire de procéder à une dilatation cervicale pour l'aspiration intra-utérine lorsque du misoprostol a été utilisé pour initier l'avortement, parce que le misoprostol assouplit le col utérin.

(Se référer au module: Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.)

3.0 Examen physique

Les cliniciens qui dispensent des soins d'avortement ou des soins après avortement doivent être particulièrement compétents dans la pratique de l'examen pelvien, ils doivent également savoir diagnostiquer et déterminer la date d'une grossesse précoce. Les trois approches les plus couramment utilisées pour déterminer la date d'une grossesse sont :

- Déterminer la date des dernières règles (DDR).
- Pratiquer un examen pelvien afin d'évaluer la taille de l'utérus.
- Recourir à une échographie.

Il est possible d'estimer avec précision l'âge gestationnel sur la base de la DDR et de l'examen pelvien.

Estimation de l'âge gestationnel

De multiples études ont montré que la DDR indiquée par la femme combinée à un examen bimanuel pratiqué par le praticien offre une précision de 1 à 2 semaines dans 90 % des cas. L'âge gestationnel n'a pas besoin d'être absolument exact pour un avortement par aspiration intra-utérine ou par méthodes médicamenteuses. L'échographie n'est pas une nécessité courante dans la pratique de l'avortement. Même dans les cas où l'échographie est utilisée, l'estimation de l'âge gestationnel n'est exacte qu'à environ une semaine-près au cours du premier trimestre, et à deux semaines-près au cours du deuxième trimestre.

Bien que rare, une sous-estimation importante de l'âge gestationnel chez des femmes qui ont une aspiration intra-utérine peut entraîner une augmentation des risques et des complications, particulièrement dans le cas de grossesses tardives. Si la sous-estimation est cliniquement significative, la femme peut nécessiter une préparation du col utérin ou une procédure de dilatation et évacuation (D&E) afin de mener la procédure à terme en

Date des dernières règles (DDR)

La DDR est celle du premier jour du dernier cycle menstruel de la femme. Il est possible que la femme ait besoin d'aide pour se souvenir avec précision de cette date. Lui demander où elle se trouvait, ce qu'elle faisait et ce qui s'est passé dans sa vie peut l'aider à se rappeler début de ses dernières règles.

L'estimation de la DDR peut s'avérer difficile également pour d'autres raisons, notamment:

- Certaines femmes ont des saignements vaginaux au début d'une grossesse qui peuvent être confondus avec des règles normales.
- Une jeune femme peut avoir des cycles menstruels irréguliers ou ne pas avoir eu de règles normales avant d'être enceinte.
- Les femmes qui allaitent peuvent être enceintes à nouveau sans avoir eu de règles normales entre-temps.
- Certaines méthodes contraceptives peuvent occasionner un cycle menstruel irrégulier ou peu fréquent.

L'utilisation de la DDR comme méthode d'estimation de l'âge gestationnel peut être plus précis dans le cas de femmes dont la contraception dépend de méthodes fondées sur la connaissance de leur fécondité. Néanmoins, la DDR ne devrait pas être le seul facteur permettant de déterminer l'âge gestationnel de la grossesse.

toute sécurité. Dans le cas d'un avortement médicamenteux, la sous-estimation de l'âge gestationnel n'est habituellement pas cliniquement significative parce que l'efficacité et la sécurité des méthodes médicamenteuses ne diminuent que progressivement à mesure que l'âge gestationnel augmente. Dans le cas de chacune des deux procédures, le recours à la confirmation de l'âge gestationnel par un second clinicien ou à l'aide d'une échographie reste une option lorsque l'âge gestationnel d'une femme reste incertain suite à l'anamnèse et à l'examen physique. L'échographie est importante pour confirmer une grossesse intra-utérine s'il y a suspicion de grossesse extra-utérine. Dans les cas d'avortement incomplet, les prestataires ont besoin de pouvoir estimer la taille véritable de l'utérus plutôt que l'âge gestationnel.

Estimation de l'âge gestationnel

De multiples études ont montré que la DDR indiquée par la femme combinée à un examen bimanuel pratiqué par le praticien offre une précision de 1 à 2 semaines dans 90 % des cas. L'âge gestationnel n'a pas besoin d'être absolument exact pour un avortement par aspiration intra-utérine ou par méthodes médicamenteuses. L'échographie n'est pas une nécessité courante dans la pratique de l'avortement. Même dans les cas où l'échographie est utilisée, l'estimation de l'âge gestationnel n'est exacte qu'à environ une semaine-près au cours du premier trimestre, et à deux semaines-près au cours du deuxième trimestre.

Bien que rare, une sous-estimation importante de l'âge gestationnel chez des femmes qui ont une aspiration intra-utérine peut entraîner une augmentation des risques et des complications, particulièrement dans le cas de grossesses tardives. Si la sous-estimation est cliniquement significative, la femme peut nécessiter une préparation du col utérin ou une procédure de dilatation et évacuation (D&E) afin de mener la procédure à terme en toute sécurité. Dans le cas d'un avortement médicamenteux, la sous-estimation de l'âge gestationnel n'est habituellement pas cliniquement significative parce que l'efficacité et la sécurité des méthodes médicamenteuses ne diminuent que progressivement à mesure que l'âge gestationnel augmente. Dans le cas de chacune des deux procédures, le recours à la confirmation de l'âge gestationnel par un second clinicien ou à l'aide d'une échographie reste une option lorsque l'âge gestationnel d'une femme reste incertain suite à l'anamnèse et à l'examen physique. L'échographie est importante pour confirmer une grossesse intra-utérine s'il y a suspicion de grossesse extra-utérine. Dans les cas d'avortement incomplet, les prestataires ont besoin de pouvoir estimer la taille véritable de l'utérus plutôt que l'âge gestationnel.



Palpation abdominale

3.1 État de santé général

L'examen physique devra débuter par une évaluation de l'état de santé général, ce qui inclut de :

- Vérifier et enregistrer les paramètres vitaux de la femme, à savoir température, pouls et pression artérielle.
- Remarquer des signes de santé générale, notamment état de faiblesse, léthargie, anémie ou malnutrition.
- Vérifier à la palpation l'abdomen de la femme et noter des masses ou des zones de sensibilité. Les femmes qui souffrent de complications consécutives à un avortement non sécurisé peuvent nécessiter des soins d'urgence. (Voir Section : 8.0 : Considérations relatives aux soins après avortement dans ce module, et dans le module sur les complications).

3.2 Examen pelvien

L'examen pelvien comprend un examen au spéculum et un examen bimanuel, tous deux peuvent être pratiqués consécutivement ou dans n'importe quel ordre. Le clinicien doit demander à la patiente de vider sa vessie avant de procéder à un examen pelvien, il doit également lui indiquer à quoi s'attendre. Ceci est particulièrement important s'il s'agit du premier examen pelvien auquel se soumet la femme, ce qui est très probable dans le cas de femmes jeunes ou nullipares.

Aider la femme à se positionner

- Aider la femme à se placer en position gynécologique.
- Utiliser un drap ou un morceau de tissu pour garantir le respect de son intimité.
- Tenir compte de tous besoins anatomiques ou physiques spécifiques, notamment handicap, arthrite ou blessures.
- Tenir compte des lignes intraveineuses ou autres appareils médicaux.
- Faire en sorte que la femme se sente aussi à l'aise que possible.

Rassurer verbalement la patiente

Avant le début de l'examen pelvien bien expliquer à la femme ce à quoi s'attendre et ce qu'elle risque de sentir. Lui demander si elle souhaite la présence d'un proche pour la réconforter. S'il s'agit de son premier examen pelvien, elle peut être anxieuse, et dans ce cas il est particulièrement important de la rassurer. (Pour plus d'exemples sur comment rassurer verbalement la patiente, voir Module : Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus).

Examen au spéculum

L'examen au spéculum peut être pratiqué au cours de l'évaluation clinique ou lors de la préparation à la procédure d'évacuation utérine. Avant d'introduire le spéculum, il faut examiner les organes génitaux externes, le vagin et le col de l'utérus. Noter la présence de tout signe d'ulcère ou d'IST sur les organes génitaux externes.

- Si possible, réchauffer le spéculum; cela peut se faire sous la lampe d'examen.
- Introduire avec précaution un spéculum de taille appropriée et examiner avec soin le col de l'utérus et le vagin.
- Vérifier s'il y a des saignements ou des pertes (leucorrhées). En cas de saignement, vérifier la quantité et la source du

Rassurer verbalement la patiente

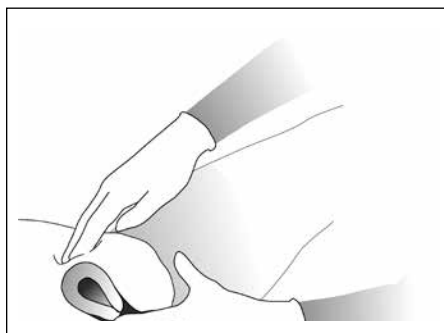
Avant le début de l'examen pelvien bien expliquer à la femme ce à quoi s'attendre et ce qu'elle risque de sentir. Lui demander si elle souhaite la présence d'un proche pour la réconforter. S'il s'agit de son premier examen pelvien, elle peut être anxieuse, et dans ce cas il est particulièrement important de la rassurer. (Pour plus d'exemples sur comment rassurer verbalement la patiente, voir Module : Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus).



Position gynécologique

saignement.

- Vérifier si l'orifice cervical est ouvert ou si des produits de conception se trouvent dans l'orifice cervical ou le vagin.
- Noter si les saignements ou les pertes vaginales ont une odeur. Une mauvaise odeur peut être l'indication d'une infection.
- Noter toute trace de pus ou de fluide s'écoulant de l'orifice cervical. La présence d'une infection active du col de l'utérus au moment de l'évacuation utérine augmente les risques d'infection après avortement.
 - En cas d'infection avérée ou de suspicion d'infection, il convient d'effectuer, si possible, un prélèvement à des fins de culture.
 - Les femmes qui présentent des signes ou des symptômes d'infection des voies génitales doivent être traitées immédiatement mais l'évacuation utérine peut être réalisée sans attendre. (Voir : Annexe A : Administration d'une antibiothérapie).
- Prendre note de toute lésion du col utérin; un examen visuel du col utérin peut contribuer au diagnostic d'une dysplasie cervicale. (Voir : Ressources supplémentaires, Évaluation clinique).
- Vérifier s'il y a eu auto-administration préalable de misoprostol ou d'autres signes indiquant un avortement provoqué de manière non sécurisée. Pour des orientations plus complètes sur l'évaluation clinique et le traitement de ce type de cas, voir Section 8.0 : Considérations relatives aux soins après avortement dans ce module, et Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence (deuxième édition).



Pratiquer un examen bimanuel

Examen bimanuel

- Le prestataire de soins doit pratiquer un examen bimanuel afin de déterminer la taille, la consistance et la position de l'utérus et des annexes.
- Les signes de grossesse, y compris le ramollissement du col utérin ainsi que le ramollissement et l'augmentation de la taille de l'utérus, sont détectables au cours de l'examen bimanuel dès six à huit semaines après la DDR.
- Chez les femmes qui présentent des signes d'infection pelvienne, on constatera une sensibilité utérine ou au niveau du bas-ventre lors de l'examen pelvien.
- Après 6 semaines de gestation, la taille de l'utérus augmente approximativement de 1 cm par semaine et adopte une forme arrondie.

- Afin d'évaluer l'utérus et les annexes, le prestataire de soins place deux doigts dans le vagin et palpe l'abdomen avec l'autre main. La taille de l'utérus est alors comparée à la durée de l'aménorrhée.
- La technique d'évaluation de la taille utérine est la même chez toutes les femmes, y compris les très jeunes femmes et les adolescentes.

Si la taille de l'utérus est inférieure à celle attendue, les prestataires de soins doivent envisager l'une des conditions suivantes :

- La femme n'est pas enceinte.
- Une estimation inexacte de l'âge gestationnel.
- La possibilité d'une grossesse extra-utérine.
- Un avortement spontané ou avortement incomplet, une grossesse arrêtée, une grossesse intra-utérine anormale comme par exemple une grossesse molaire.
- Des variations individuelles normales entre femmes à un âge gestationnel donné.

Si la taille de l'utérus est supérieure à celle attendue, les prestataires de soins doivent envisager l'une des conditions suivantes :

- Une estimation inexacte de l'âge gestationnel.
- Une grossesse multiple.
- Une possibilité d'anomalies utérines, fibromes, utérus bicorne, etc.
- Une grossesse molaire (même si l'utérus dans ce cas peut aussi être de taille inférieure à la normale).
- Des variations individuelles normales entre femmes à un âge gestationnel donné.

Certaines situations peuvent rendre difficile l'évaluation de la taille de l'utérus, notamment : fibromes, utérus rétroversé, obésité, vessie pleine, femme contractant son abdomen (ne parvenant pas à se décontracter). En cas d'incertitude sur l'âge gestationnel, ou en cas de divergence entre la taille de l'utérus et l'âge gestationnel tel que déterminé par la DDR, il peut être utile de demander à un collègue de vérifier la taille de l'utérus grâce à un deuxième examen bimanuel ou de recourir à une échographie, si cet examen est aisément disponible.

Position en décubitus dorsal

Lorsqu'il n'y a pas d'étriers pour surélever les jambes, il est possible de recourir à la position en décubitus dorsal. Dans cette position, la zone pelvienne de la femme doit être surélevée à l'aide de couvertures ou de draps pliés et placés sous la zone lombaire ou sous le haut des fesses.

4.0 Examens de laboratoire

Dans les cas courants les informations obtenues au cours de l'anamnèse et de l'examen physique doivent suffire au prestataire de soins pour confirmer la grossesse et l'âge gestationnel. Si les signes courants de grossesse sont imprécis et que le prestataire de soins n'est pas certain que la femme est enceinte, des examens de laboratoire peuvent être utiles. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), « obtenir ces examens ne devraient pas entraver ou retarder l'évacuation utérine ».

- Les taux d'hémoglobine ou d'hématocrite en vue de détecter une anémie éventuelle peuvent être utiles dans les contextes où il y a une forte prévalence d'anémie afin de permettre de traiter les femmes et faciliter la prise en charge des saignements au cours de la procédure d'avortement.
- La nécessité d'injecter des immunoglobulines anti-D chez les femmes Rhésus négatif qui ont un avortement précoce n'a pas été confirmée par des études cliniques et la recherche du rhésus (Rh) n'est pas nécessaire pour l'administration de soins d'avortement. Si les immunoglobulines anti-facteur rhésus sont disponibles et couramment administrées en cas de Rh négatif, ce protocole devra être appliqué à toutes les femmes qui subissent un avortement. Ce protocole doit être administré au moment de la procédure s'il s'agit d'une aspiration intra-utérine, et dans le cas d'un avortement médicamenteux, en même temps que la prise du premier comprimé du schéma médicamenteux.
- La consultation médicale liée à l'avortement présente une opportunité pour détecter d'autres problèmes de santé reproductive, dysplasie cervicale et cancer ou infection de l'appareil génital notamment. Ces services peuvent être proposés aux femmes s'ils sont disponibles mais ne sont pas obligatoires pour dispenser des soins d'avortement. (Voir : Ressources supplémentaires, Évaluation clinique).

5.0 Échographie et grossesse extra-utérine (grossesse ectopique)

Échographie

L'avortement précoce ou les soins après avortement n'exigent pas le recours à l'échographie. L'échographie peut être utilisée dans les cas où il est difficile d'estimer l'âge gestationnel en fonction de l'anamnèse et de l'examen physique, pour vérifier si un avortement est complet et pour diagnostiquer d'autres conditions nécessitant un traitement, comme la grossesse extra-utérine. La pratique de l'échographie de manière routinière risque d'augmenter le coût de la procédure et peut entraîner des interventions qui ne sont pas absolument nécessaires. (Voir : Ressources supplémentaires, Évaluation clinique).

Grossesse extra-utérine

Des suspicions de grossesse extra-utérine peuvent surgir pendant l'évaluation clinique du fait des antécédents de la femme, de ses facteurs de risque, suite à l'examen physique ou au cours des soins de suivi. Les symptômes de la grossesse extra-utérine ne sont pas spécifiques et peuvent être associés à une menace d'avortement ou un avortement spontané ou une grossesse intra-utérine suivant un cours normal. (Voir : module Complications)

Même dans des circonstances où un dépistage attentif est mis en place, seulement la moitié des femmes qui se présentent en salle d'urgence pour une grossesse extra-utérine sont des femmes chez lesquelles des facteurs de risque avaient été détectés ou qui avaient présenté un examen physique suspect. L'échographie pelvienne et la détermination périodique du taux

Tableau 9-2 : Facteurs de risque d'une grossesse extra-utérine

Facteurs de risques d'une grossesse extra-utérine	Probabilités que la grossesse en cours soit effectivement une grossesse extra-utérine
Grossesse extra-utérine antérieure	10 à 15%
Antécédents de chirurgie tubaire, notamment stérilisation féminine	25 à 50%
Présence d'un dispositif intra-utérin	25 à 50%

de gonadotrophine chorionique humaine (hCG) peuvent contribuer au diagnostic d'une grossesse extra-utérine non rompue, mais l'accès à ce type d'analyses peut être limité dans les pays en développement. L'aspiration intra-utérine peut faciliter le diagnostic d'une grossesse extra-utérine. Si une femme présente des facteurs de risque ou des signes et symptômes d'une grossesse extra-utérine intacte, l'aspiration intra-utérine et un examen attentif des tissus aspirés peuvent confirmer une grossesse intra-utérine.

6.0 Infections des voies génitales

L'administration d'une antibiothérapie prophylactique à toutes les femmes au moment d'une aspiration intra-utérine réduit les risques d'infection. Si l'antibiothérapie prophylactique n'est pas disponible, l'aspiration intra-utérine doit tout de même être pratiquée. Les femmes qui présentent des signes et symptômes d'infection, doivent immédiatement recevoir un traitement antibiotique et la procédure peut être tout de même pratiquée. Si les femmes qui se présentent pour des soins d'avortement sont soumises à un dépistage systématique des infections des voies génitales, il n'est pas nécessaire d'attendre le retour des résultats de laboratoire avant de pratiquer la procédure d'avortement. (Voir : Annexe A : Prise en charge d'une antibiothérapie prophylactique).

L'antibiothérapie prophylactique systématique n'est pas recommandée pour les avortements médicamenteux. Une antibiothérapie doit être administrée immédiatement pour traiter l'infection des femmes qui présentent des signes et symptômes d'infection. (Se référer au module : Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses).

7. Considérations spécifiques à l'évaluation clinique

Adolescentes et très jeunes femmes

Il est possible qu'une jeune femme n'ait jamais subi d'examen clinique ou d'examen pelvien et qu'elle soit anxieuse. Les prestataires de soins doivent faire preuve de sensibilité lorsqu'ils examinent des femmes très jeunes ou des adolescentes.

Femmes ayant subi des mutilations génitales

Les femmes qui ont subi des mutilations génitales (MGF) peuvent nécessiter des soins spécialisés. (Voir : Ressources supplémentaires, Évaluation clinique).

Violence

Des femmes qui ont subi des violences peuvent être particulièrement anxieuses et mal à l'aise à l'idée que l'on puisse les toucher ou leur faire subir un examen manuel. Il est fréquent que les femmes ayant subi des violences ne présentent pas de signes physiques de ces violences. Les prestataires de soins doivent toutefois être attentifs aux signes suivants, tout en ayant conscience qu'il est possible de rencontrer ces signes en dehors d'un contexte de violence :

- Ecchymoses ou contusions, anciennes ou récentes, sur le corps de la femme, y compris dans la zone génitale, sur la tête, le cou ou le haut des bras.
- Blessures qui ne correspondent pas entièrement au récit ou à l'explication sur la manière dont elles ont été provoquées.
- Brûlures ou marques qui suivent des schémas distinctifs, comme des brûlures de cigarette.
- IST, maladies inflammatoires pelviennes, infections des voies urinaires, syndrome de côlon irritable, douleur pelvienne chronique.
- Saignements vaginaux, défécation et/ou miction douloureuses, douleurs abdominales ou pelviennes

Des signes de ce type peuvent indiquer la nécessité d'une discussion plus approfondie et d'un dépistage de la violence pour permettre aux prestataires de soins de déterminer si la femme

se trouve dans une situation dangereuse. Si tel est le cas, les prestataires de soins doivent faire tout ce qui est en leur pouvoir pour aider la femme avant qu'elle ne quitte l'établissement de soins. Le transfert ou l'orientation vers des ressources spécialisées doit être effectué avant que la femme ne quitte l'établissement, dans la mesure où de nombreuses femmes ne reviennent pas/ ne sont pas en mesure de revenir pour des rendez-vous de suivi. (Voir : Annexe A : Considérations particulières du module Consentement éclairé, information et accompagnement).

8.0 Considérations relatives aux soins après avortement

- Les femmes enceintes qui se présentent avec des saignements vaginaux et/ou des douleurs ou des crampes abdominales inférieures peuvent souffrir de l'une des conditions suivantes : menace de fausse-couche, avortement spontané incomplet ou grossesse arrêtée, complications suite à un avortement sécurisé, auto-provoqué ou non sécurisé, ou encore complications suite à des soins après un avortement antérieur.
- L'évaluation clinique doit se concentrer sur l'état de la femme et déterminer si elle a déjà subi des complications liées à des soins d'avortement.
- Les femmes qui arrivent pour des soins après avortement peuvent présenter toute une série de symptômes et notamment :
 - saignements vaginaux légers à modérés
 - saignements vaginaux importants / hémorragie
 - infection pelvienne/septicémie
 - lésion intra-abdominale
- Il est impératif de pratiquer une évaluation initiale rapide pour détecter d'éventuels signes de choc chez toutes les femmes qui se présentent pour des soins après avortement. Les femmes qui se trouvent dans un état instable du fait d'une hémorragie ou d'une septicémie doivent impérativement être stabilisées et traitées immédiatement. Le traitement d'urgence peut nécessiter une aspiration intra-utérine immédiate.
- Une fois la femme stabilisée, l'évaluation clinique doit se concentrer sur le type d'avortement qu'elle présente (avortement incomplet ou grossesse arrêtée) et le cas échéant sur les complications qui nécessitent un traitement immédiat ainsi que sur les critères médicaux de recevabilité des différentes méthodes d'évacuation utérine.

- Dans le cas de soins après avortement, la taille de l'utérus doit être inférieure à ce qui est attendu en fonction de la DDR.
- La prise en charge de l'avortement dépend :
 - du type d'avortement (avortement incomplet ou grossesse arrêtée)
 - de la taille de l'utérus
 - des critères médicaux de recevabilité des différentes méthodes d'avortement
 - de la disponibilité en termes d'équipement et de matériel
 - de la préférence de la patiente.

(Voir : Annexe A : Diagnostic et traitement des différents types d'avortement).

Pour des informations plus complètes sur l'évaluation clinique dans le cas de soins après avortement, voir la publication d'Ipas : *Soins après avortement centrés sur la femme: Manuel de référence* (deuxième édition).

9.0 Résumé

- Pendant l'évaluation clinique, le prestataire de soins doit rencontrer la femme en privé pour discuter avec elle de ses antécédents médicaux et réaliser un examen complet.
- L'évaluation clinique dans le cadre de soins d'avortement doit comprendre l'anamnèse de la patiente, l'examen physique complet et, le cas échéant, le recueil d'échantillons et la demande d'analyses de laboratoire.
- Les antécédents de la patiente contribuent à déterminer l'âge gestationnel de la grossesse et les critères médicaux de recevabilité d'un avortement médicamenteux ou d'une aspiration intra-utérine, et fournissent des informations qui vont permettre aux prestataires de répondre aux autres besoins en matière de santé sexuelle et reproductive de la femme.
- L'examen physique doit inclure la vérification de l'état de santé général de la femme ainsi que la pratique d'un examen pelvien.
- Les tests de laboratoires et l'échographie ne sont pas essentiels pour des soins d'avortement de routine mais peuvent être utiles si le statut de la grossesse et l'âge gestationnel ne sont pas certains.
- L'état des femmes qui se présentent pour des soins après avortement doit être stabilisé avant de procéder à l'évaluation clinique qui permet de déterminer les

complications liées à l'avortement ainsi que les critères médicaux de recevabilité de l'aspiration intra-utérine ou du traitement au misoprostol.

- Chaque fois que possible une antibiothérapie prophylactique doit être administrée avant l'aspiration intra-utérine afin de réduire les risques d'infections suite à la procédure. L'antibiothérapie prophylactique n'est pas nécessaire dans le cas d'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses. Le manque d'accès aux antibiotiques ne doit pas constituer un obstacle à la prise en charge des soins d'avortement.

Bibliographie

Achilles, S. L. et Reeves, M. F. (2011). Prevention of infection after induced abortion: release date October 2010: SFP guideline 20102. *Contraception*, 83(4), 295–309.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) et TaskForce on Female Genital Cutting. (2007). *Female genital cutting: Clinical management of circumcised women*. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).

Barnhart, K. T. (2009). Ectopic Pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, 361(4), 379–387.

Blanchard, K., Cooper, D., Dickson, K., Cullingworth, L., Mavimbela, N., von Mollendorf, C., von Bogaert, L.J. et Winikoff, B. (2007). A comparison of women's, providers' and ultrasound assessments of pregnancy duration among termination of pregnancy clients in South Africa. *BJOG*, 114(5), 569–575.

Bracken, H., Clark, W., Lichtenberg, E. S., Schweikert, S. M., Tanenhaus, J., Barajas, A., Alpert, L. et Winikoff, B. (2011). Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone-misoprostol. *BJOG*, 118(1), 17–23.

Castleman, L., Winikoff, B. et Blumenthal, P. (2009). Providing abortion in low resource settings. In M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield et M. D. Creinin (Eds.), *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care, second edition*. (pp. 319–334). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

Clark, W., Panton, T., Hann, L. et Gold, M. (2007). Medication abortion employing routine sequential measurements of serum hCG and sonography only when indicated. *Contraception*, 75(2), 131–135.

Clark, W. H., Gold, M., Grossman, D. et Winikoff, B. (2007). Can mifepristone medical abortion be simplified? A review of the evidence and questions for future research. *Contraception*, 75(4), 245–250.

Davis, A. et Easterling, T. (2009). Medical Evaluation and Management. In M. Paul, S. E. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield et M. D. Creinin (Eds.), *Management of Unintended Pregnancy and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. West Sussex, UK: WileyBlackwell.

De Bruyn, M. (2003). *Violence, pregnancy and abortion: Issues of women's rights and public health, second edition*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Fielding, S. L., Schaff, E. A. et Nam, N. Y. (2002). Clinicians' perception of sonogram indication for mifepristone abortion up to 63 days. *Contraception*, 66(1), 27-31.

Heise, L., Ellsberg, M. et Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. *Population Report, Series L(11)*, 1-43.

Ipas. (2009). *Uterine evacuation with manual vacuum aspiration (MVA): A training manual for conducting short courses*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Kaneshiro, B., Edelman, A., Sneeringer, R. K. et Gómez Ponce de León, R. (2011). Expanding medical abortion: can medical abortion be effectively provided without the routine use of ultrasound? *Contraception*, 83(3), 194-201. doi: 10.1016/j.contraception.2010.07.023

Løkeland, M., Iversen, O. E., Dahle, G. S., Nappen, M. H., Ertzeid, L. et Bjørge, L. (2010). Medical abortion at 63 to 90 days of gestation. *Obstetrics and Gynecology*, 115(5), 962-968. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181da0c3e

Obed, S. (2006). Diagnosis of Unruptured Ectopic Pregnancy is Still Uncommon in Ghana. *Ghana medical journal*, 40(1), 3-7.

Organisation mondiale de la Santé. (1994). *Prise en charge clinique des complications de l'avortement: guide pratique*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Prise en charge clinique des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Mutilations sexuelles féminines*, Aide-mémoire n° 241. D'après : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>

Organisation mondiale de la Santé (2009). *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 4e édition*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS) d'après : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44754/1/9789242563887_fre.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2012). Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Rubin, G. L., Cates, W., Gold, J., RoCHAT, R. W. et Tyler, C. W. (1980). Fatal ectopic pregnancy after attempted legally induced abortion. *JAMA*, 244(15), 1705–1708.

Stovall, T. G., Kellerman, A. L., Ling, F. W. et Buster, J. E. (1990). Emergency department diagnosis of ectopic pregnancy. *Annals of Emergency Medicine*, 19(10), 1098-1103. doi: 10.1016/s0196-0644(05)81511-2

Turner, K. L., et Huber, A. B. (Eds.). (2016). Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence, deuxième édition. Chapel Hill, NC: Ipas.

Yao, M. et Tulandi, T. (1997). Current status of surgical and nonsurgical management of ectopic pregnancy. *Fertility and Sterility*, 67(3), 421–433.

Annexe A : Prise en charge d'une antibiothérapie prophylactique

Aspiration intra-utérine

Le risque d'infection après une aspiration intra-utérine sécurisée et précoce est faible, aux alentours de 1 %. Même si les infections post-opératoires sont rares, l'administration d'une antibiothérapie prophylactique à toutes les femmes qui subissent une aspiration intra-utérine est recommandée. Toutefois, si les antibiotiques ne sont pas disponibles, cela ne doit pas constituer un obstacle à l'administration des soins d'avortement.

La molécule, les doses et le calendrier de l'antibiothérapie prophylactique idéale avant une aspiration intra-utérine n'ont pas été établis mais l'efficacité d'une dose unique de nitroimidazoles, tetracyclines ou pénicillines a été démontrée. Les doses les plus couramment utilisées sont:

- 200 à 500 mg de doxycycline par voie orale avant la procédure
- 400 mg de metronidazole par voie orale toutes les 4 heures x 3 doses

Méthodes médicamenteuses

Le risque d'infection suite à un avortement médicamenteux est très faible, environ 0,3 %. L'antibiothérapie prophylactique systématique n'est pas recommandée avant un avortement médicamenteux.

Antibiothérapies à visée thérapeutique

Les antibiothérapies à visée thérapeutique doivent être administrées à toutes les femmes chez lesquelles une infection est suspectée ou diagnostiquée. Si possible, le dépistage systématique et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) chez les femmes à risque sont recommandés en plus de l'administration d'une antibiothérapie prophylactique. Il n'est pas nécessaire d'attendre le retour des résultats des femmes qui ont subi un dépistage pour des infections sexuellement transmissibles avant de procéder à l'avortement. Si les tests sont positifs, elles peuvent être traitées après l'avortement. Les femmes qui présentent des signes et symptômes d'infection active à leur arrivée doivent recevoir immédiatement un traitement pour l'infection et les soins d'avortement doivent être initiés immédiatement également. Annexe B : Exemple de formulaire d'admission de patiente

Annexe B : Exemple de formulaire d'admission de patiente

Nom de la patiente _____ Date _____ Âge _____

Indication concernant l'avortement _____

Antécédents obstétricaux : Gestité _____ Parité _____

Nbre d'accouchements vaginaux (voie basse) ____ Nbre de césariennes _____

Antécédents de grossesse extra-utérine? Oui Non

Système	Cocher (✓) dans l'affirmative	Diagnostic
Respiratoire (p. ex. asthme)		
Cardiovasculaire (p. ex. hypertension)		
Gastro intestinal		
Endocrine et métabolique (p. ex. diabète)		
Génito-urinaire (autres que grossesses ou stérilisation)		
Nerveux (p. ex. troubles épileptiques)		
Psychiatrique		
Hématologie (p. ex. troubles de la coagulation et/ou anémie)		
Allergies		
Chirurgical (autre que césarienne)		

Examen clinique:

TA _____ Pouls _____ Température _____

Cœur :	Examen bimanuel :
Poumons :	Autres :
Abdomen :	

Date :

Date des dernières règles (DDR) _____

Taille de l'utérus à l'examen bimanuel _____

******Estimation de l'âge gestationnel à la date du jour de la consultation** ****

Tests et examens optionnels :

Ces tests et examens ne sont pas recommandés de manière routinière dans le cadre des soins d'avortement mais peuvent être réalisés en fonction des indications :

Hb/Hct _____ Groupe sanguin _____

Administration d'Immunoglobuline anti-D : (selon indication)

Oui Non

Test de grossesse et date _____

Un dépistage du VIH a-t-il été proposé ? Oui Non

a-t-il été accepté? Oui Non

Autres dépistages médicaux? (p. ex. frottis vaginal (test Pap)

Date de l'échographie _____ Âge gestationnel _____

Âge gestationnel à la date du jour tel que déterminé par l'échographie _____

Contraception prévue _____

Pour un avortement médicamenteux :

Protocole prescrit : _____

Instruction donnée en matière d'administration : Oui

Plan de prise en charge de la douleur : _____

Visite de suivi (si nécessaire) : Date _____ Heure _____

Pour une aspiration intra-utérine :

Antibiothérapie administrée : Oui Type _____

Plan de prise en charge de la douleur _____

Visite de suivi (si nécessaire) Date _____ Heure _____

Annexe C : Diagnostic et traitement des différents types d'avortement

Diagnostic probable et définition	Signes et symptômes	Options de prise en charge
Menace d'avortement saignements vaginaux dans le cas d'une femme présentant une grossesse intra-utérine viable	<ul style="list-style-type: none"> • Saignements légers • Crampes/douleurs • Col utérin contracté ou fermé • La taille de l'utérus correspond à la DDR 	<ul style="list-style-type: none"> • Réconforter la patiente • Prise en charge attentiste • Si les saignements se poursuivent, procéder à une évaluation clinique plus approfondie.
Avortement incomplet un avortement - spontané ou provoqué - au cours duquel une partie des produits de conception ont été expulsés mais où des tissus subsistent dans l'utérus	<ul style="list-style-type: none"> • Saignements légers à modérés • Crampes/douleurs • Col utérin ouvert • Des produits de conception peuvent être visibles à l'orifice cervical • La taille de l'utérus correspond ou est inférieure à la DDR 	<ul style="list-style-type: none"> • En fonction de l'état clinique de la patiente et de sa préférence, il est possible de lui proposer une prise en charge attentiste, de lui administrer du misoprostol ou de procéder à une aspiration intra-utérine • Antibiothérapie si nécessaire • Prise en charge de la douleur
Grossesse arrêtée fausse couche ; la grossesse est interrompue mais les produits de conception restent dans l'utérus.	<ul style="list-style-type: none"> • Saignements légers ou absence de saignements • Crampes/douleurs • Col utérin contracté • Taille de l'utérus inférieure à la DDR • Le diagnostic peut être réalisé grâce à une échographie 	<ul style="list-style-type: none"> • En fonction de l'état clinique de la patiente et de sa préférence, il est possible de lui proposer une prise en charge attentiste, de lui administrer du misoprostol ou de procéder à une aspiration intra-utérine
Avortement complet tous les produits de conception ont été évacués de l'utérus et le col est fermé	<ul style="list-style-type: none"> • Saignements légers • Crampes/douleurs • Col utérin contracté ou fermé • Taille de l'utérus inférieure à la DDR 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge attentiste • Administration d'antibiotiques selon indications • Prise en charge de la douleur

Instruments d'Ipas pour AMIU

Principaux points abordés dans ce module :

- Caractéristiques et utilisation des instruments
- Traitement et entretien des instruments

1.0 Introduction

L'objectif de ce module est de décrire les propriétés de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip® utilisées pour l'évacuation utérine, ainsi que de fournir des informations concernant l'entretien et l'utilisation de ces instruments. Ce module explique également la manière de traiter et d'entreposer les instruments.

2.0 Caractéristiques et utilisation des instruments

L'aspirateur Ipas AMIU Plus et les canules Ipas EasyGrip sont des instruments sûrs et efficaces destinés à répondre aux besoins des

femmes dans le cadre d'une évacuation utérine.

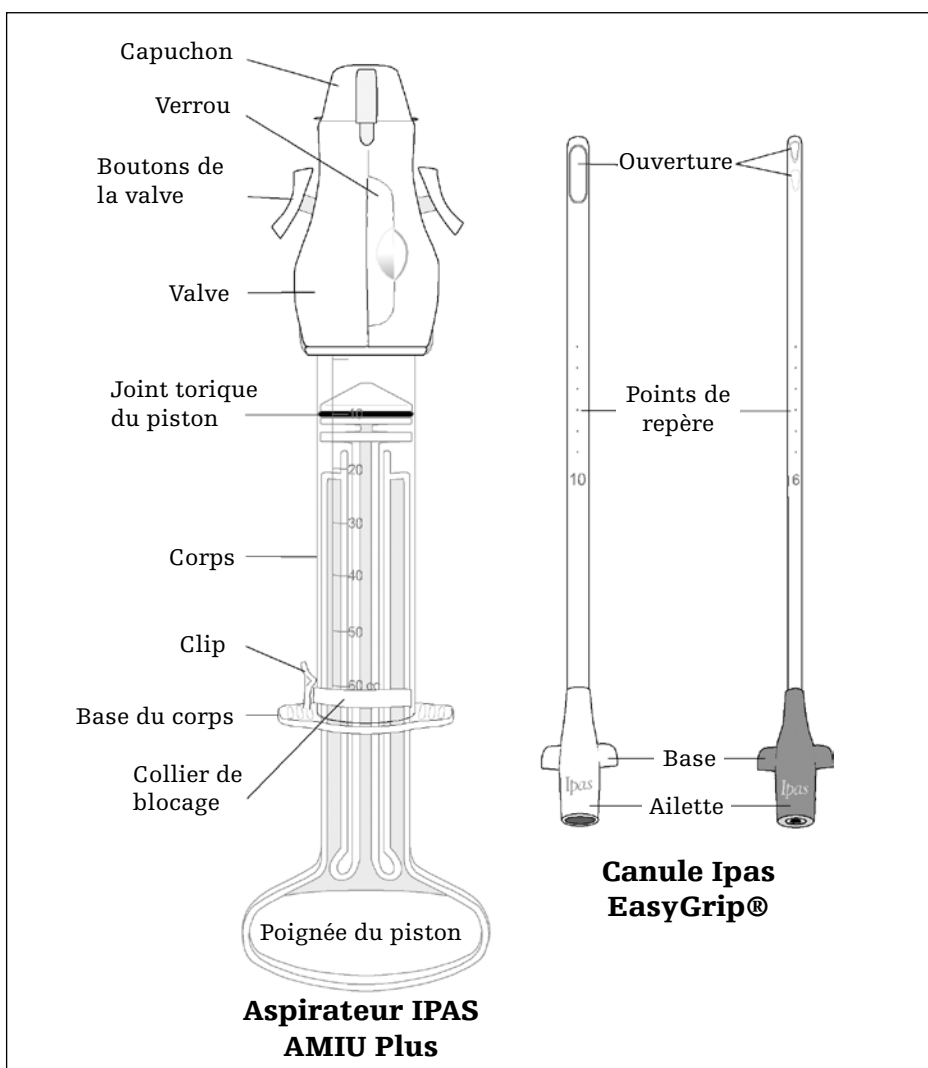
Les autres modèles d'instruments Ipas sont similaires (voir annexe A : Comparaison des instruments d'Ipas).

2.1 Description des instruments d'Ipas pour AMIU

Les instruments pour AMIU consistent en une source de vide manuelle (aspirateur) qui génère une aspiration pour assurer l'élimination des tissus et du sang au cours des procédures d'évacuation utérine. On utilise des canules raccordées à l'aspirateur pour appliquer une dépression afin d'aspirer les tissus hors de l'utérus.

Aspirateurs

L'aspirateur Ipas AMIU Plus permet de créer une dépression de 609,6 à 660,4 mm de mercure. Il se compose d'une valve articulée avec un capuchon, d'une pièce interne amovible, de deux boutons



Pièces de l'instrument assemblées

de commande du vide, d'un piston avec poignée, d'un collier de blocage avec clip de retenue, d'un joint torique et d'un cylindre de 60 cc destiné à recevoir les tissus aspirés hors de l'utérus. L'aspirateur Ipas AMIU Plus est compatible avec les canules Ipas EasyGrip, les canules de Karman flexibles et les canules des autres principaux fabricants.

L'aspirateur Ipas AMIU Plus est réutilisable. Les aspirateurs sont livrés propres et doivent être traités par désinfection de haut niveau (DHN) ou stérilisés avant leur première utilisation et après chaque procédure afin d'éliminer les contaminants. Les aspirateurs ne doivent pas demeurer DHN ou stériles au moment de leur utilisation.

L'aspirateur Ipas AMIU Plus est constitué de matériaux autoclavables à la vapeur et a été spécifiquement conçu pour permettre un contact de la vapeur avec toutes ses surfaces lorsqu'il est démonté. Il peut également être traité par stérilisation à froid ou par désinfection de haut niveau.

Canules

Les canules Ipas EasyGrip sont compatibles avec l'aspirateur Ipas AMIU Plus et avec l'aspirateur Ipas à double valve, mais non avec l'aspirateur Ipas à simple valve. Les canules Ipas EasyGrip ont, en fonction de leur taille, une seule ouverture (9, 10 et 12 mm) ou deux ouvertures (4, 5, 6, 7 et 8 mm).

Les ailettes à la base des canules font levier, ce qui facilite le raccordement de la canule à l'aspirateur et son retrait rapide. Aucun adaptateur n'est nécessaire avec les canules Ipas EasyGrip. Chaque canule est marquée de six points de repère : le premier point se trouve à 6 cm de l'extrémité de la canule et les points suivants sont espacés de 1 cm. Les points de repère indiquent la position de l'ouverture principale.

Les canules Ipas EasyGrip sont considérées comme des canules semi-rigides. Cela signifie que ces canules sont moins souples que les canules de Karman flexibles. Certains utilisateurs trouvent que les canules Ipas EasyGrip les plus petites sont un peu plus rigides que les canules de Karman flexibles et s'insèrent plus aisément au travers du col utérin, mais d'autres ne constatent aucune différence notable au niveau de la flexibilité des canules.

Chaque canule est stérilisée à l'oxyde d'éthylène après conditionnement et demeure stérile jusqu'à la date de péremption indiquée dans la mesure où l'emballage est intact. Les canules doivent être stériles ou traitées par désinfection de haut niveau (DHN) au moment de leur utilisation.

Les canules Ipas EasyGrip sont réutilisables après traitement là où les réglementations le permettent. Ces canules nécessitent une désinfection de haut niveau ou une stérilisation entre chaque patiente et doivent être DHN ou stériles lors de leur insertion dans

l'utérus.

Les canules de Karman flexibles sont des dispositifs à usage unique. Après usage, les traiter et les éliminer comme des déchets infectieux.

Les canules Ipas EasyGrip sont constituées de matériaux autoclavables à la vapeur. Toutes les canules Ipas peuvent être traitées par stérilisation à froid ou par désinfection de haut niveau.

Toujours respecter des protocoles appropriés pour le traitement des instruments médicaux et l'élimination des déchets infectieux lors du traitement et de l'élimination des instruments d'AMIU.

2.2 Usages de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip

Tous les aspirateurs et canules Ipas jusqu'à 12 mm sont destinés à des procédures d'évacuation utérine/aspiration utérine chez des patientes en obstétrique et en gynécologie. Les indications cliniques d'une aspiration utérine avec ce produit sont : traitement des avortements incomplets chez des patientes dont la taille de l'utérus ne dépasse pas 12 semaines depuis la date des dernières règles, avortement au cours du premier trimestre (également désigné dans certains pays sous le terme d'extraction menstruelle ou de régulation menstruelle) et biopsie endométriale.

2.3 Contre-indications, mises en garde et précautions

Ne pas pratiquer de biopsie endométriale en cas de suspicion de grossesse. Il n'existe aucune contre-indication connue pour les autres applications thérapeutiques.

Comme lors de toute procédure d'évacuation utérine, une ou plusieurs des complications suivantes peuvent survenir pendant ou après une procédure d'AMIU : réaction vagale, évacuation incomplète, lésion ou perforation utérine ou cervicale, infection pelvienne ou hématométrie aiguë. Dans de rares cas, certaines de ces complications peuvent entraîner une infertilité secondaire ou d'autres graves séquelles, voire le décès de la patiente (voir le module Complications).

Traiter immédiatement tout problème clinique menaçant la vie de la patiente venue demander des soins médicaux. Ces problèmes sont notamment : choc, hémorragie, infection pelvienne ou cervicale, infection généralisée, perforation ou lésion abdominale, lesquels peuvent se produire suite à un avortement incomplet ou réalisé dans la clandestinité. L'évacuation utérine est souvent une composante essentielle de la prise en charge de tels cas et, dès que l'état de la patiente est stabilisé, il ne faut pas retarder la

procédure. Des antécédents de dyscrasie sanguine peuvent être un élément important pour la prise en charge de la patiente.

Le prestataire de soins ne doit procéder à une évacuation utérine qu'après détermination de la taille et de la position de l'utérus et du col utérin. Des fibromes importants ou des anomalies utérines peuvent compliquer la détermination de la taille de l'utérus et la réalisation de procédures intra-utérines, y compris l'AMIU (voir le module Évaluation clinique).

Il est important d'utiliser une canule de diamètre adapté à la taille de l'utérus et au degré de dilatation cervicale. L'emploi d'une canule trop petite peut occasionner une rétention de tissus dans l'utérus ou une perte de vide. Le tableau suivant indique la gamme de tailles de canule conseillée pour une évacuation utérine par AMIU en fonction de la taille de l'utérus :

- Taille de l'utérus = 4 à 6 semaines depuis la date des dernières règles : canule de 4 à 7 mm
- Taille de l'utérus = 7 à 9 semaines depuis la date des dernières règles : canule de 5 à 10 mm
- Taille de l'utérus = 9 à 12 semaines depuis la date des dernières règles : canule de 8 à 12 mm

2.4 Fonctionnement de l'aspirateur Ipas AMIU Plus

Avant toute procédure d'évacuation utérine, une préparation appropriée de la patiente, un accompagnement adéquat et l'obtention du consentement éclairé sont indispensables. Pour effectuer la procédure, on insère une canule au travers de l'orifice cervical, puis on la raccorde à un aspirateur préalablement mis sous vide. On enclenche alors l'aspiration en relâchant les boutons de la valve et on se sert de la canule pour aspirer le contenu de l'utérus. On peut enclencher et couper l'aspiration aussi souvent que nécessaire pendant l'intervention.

On trouvera des instructions spécifiques sur la réalisation d'une procédure d'aspiration utérine plus loin dans ce module.

Génération du vide et contrôle du maintien du vide

Avec l'aspirateur Ipas AMIU Plus, il est nécessaire de générer le vide dans l'aspirateur et d'en contrôler le maintien avant d'entamer la procédure. Pour générer le vide dans l'aspirateur, procéder comme suit :

1. Veiller à ce que les boutons de la valve soient en position ouverte (non enfoncés), le piston enfoncé à fond dans le cylindre et le collier de blocage verrouillé en place, avec les pattes enfoncées dans les trous du cylindre.

Canules Ipas de 3 mm pour biopsie endométriale

La canule Ipas de 3 mm est destinée à être utilisée en gynécologie pour le prélèvement de biopsies endométriales. Les indications d'une biopsie endométriale sont notamment les suivantes :

- Infertilité
- Saignements utérins anormaux
- Aménorrhée
- Dépistage des infections endométriales
- Dépistage des cancers de l'endomètre

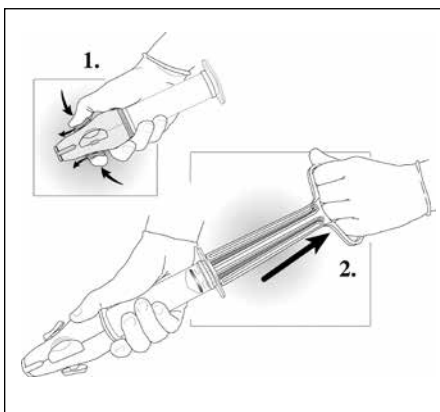
Les canules Ipas de 3 mm ont deux ouvertures et une base à ailettes. Chaque canule est stérilisée à l'oxyde d'éthylène après conditionnement et demeure stérile jusqu'à la date de péremption indiquée dans la mesure où l'emballage est intact. Les canules doivent être stériles ou DHN au moment de leur utilisation. Un adaptateur est nécessaire lors de leur utilisation avec l'aspirateur Ipas à double valve et l'aspirateur Ipas AMIU Plus. Elles ne nécessitent pas d'adaptateur lorsqu'elles sont utilisées avec l'aspirateur Ipas à simple valve.

Les canules Ipas de 3 mm sont des dispositifs à usage unique. Après usage, elles doivent être traitées comme des déchets infectieux.

2. Enfoncer les boutons de la valve vers le bas et vers l'avant jusqu'à ce qu'ils s'enclenchent.
3. Générer le vide en tirant le piston vers l'arrière jusqu'à ce que ses bras se déploient vers l'extérieur et viennent s'appuyer sur les bords élargis de la base du cylindre. Les deux bras du piston doivent être entièrement déployés latéralement et fixés sur les bords du cylindre. Un positionnement incorrect des bras peut provoquer leur retour accidentel dans le cylindre et la réinjection du contenu de l'aspirateur dans l'utérus.

Ne jamais saisir l'aspirateur par les bras du piston lorsqu'il est sous vide. Cela risquerait de provoquer le retour accidentel du piston dans le cylindre. Le retour du piston dans le cylindre au cours de la procédure peut entraîner la réinjection du contenu de l'aspirateur dans l'utérus.

4. Avant chaque utilisation, vérifier que l'aspirateur maintient bien le vide. Pour ce faire, suivre les étapes 1, 2 et 3, puis laisser reposer un moment l'aspirateur après l'établissement du vide. Appuyer ensuite sur les boutons pour éliminer le vide. Un bruit de refoulement d'air dans l'aspirateur indique que le vide s'est maintenu.
5. Si l'on n'entend pas de refoulement d'air, déplacer le collier de blocage, retirer le piston et vérifier les points suivants :
 - a. Le joint torique du piston est-il en bon état, ni plié, ni endommagé, exempt de corps étranger et correctement positionné dans la rainure ?
 - b. Le cylindre est-il solidement enfoncé dans la valve ?
 - c. Le joint torique du piston a-t-il été correctement lubrifié, lubrifié de manière excessive ou a-t-on omis de le lubrifier ?
6. Créer à nouveau un vide et répéter le test. Si l'aspirateur ne maintient toujours pas le vide, le jeter et en utiliser un autre.



Génération du vide

Enclenchement et coupure de l'aspiration

Pour enclencher l'aspiration, relâcher les boutons de la valve alors que l'aspirateur est sous vide. Pour couper l'aspiration, enfoncer les boutons pour refermer la valve. Lors de l'utilisation, on enclenche l'aspiration après la mise en place de la canule dans l'utérus. On peut la couper et la réenclencher aussi souvent que nécessaire pendant la procédure.

3.0 Traitement et entretien des instruments Ipas

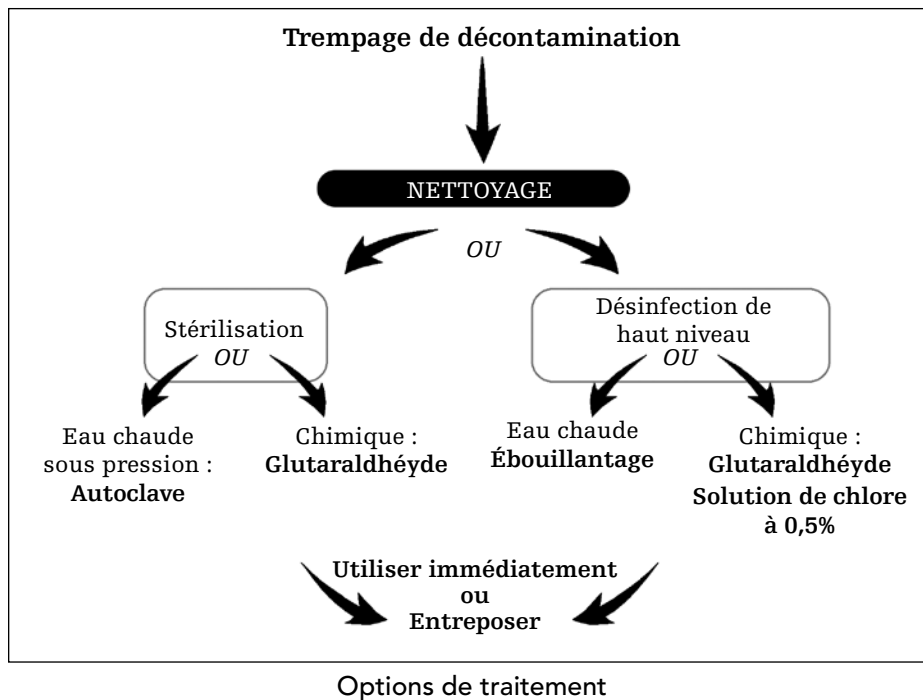
Dans un contexte de propagation mondiale d'agents infectieux tels que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite B (VHB) et d'autres agents infectieux susceptibles de se transmettre au sein d'un centre de soins, les prestataires doivent demeurer vigilants afin d'assurer leur propre protection

et celle de leurs patientes, de leur famille et de leur communauté. Nombre de ces micro-organismes se rencontrent dans le sang et les autres liquides organiques, dans les excréments ou à la surface de la peau. Certains sont capables de survivre sur les objets qu'ils contaminent, y compris sur les instruments utilisés lors des procédures d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU). Parmi ces micro-organismes capables de survivre sur les instruments médicaux, on trouve notamment les spores bactériennes et certaines bactéries qu'une enveloppe externe résistante rend difficiles à détruire (voir le module Prévention des infections pour plus d'informations).

Se reporter au tableau ci-dessous pour définir un protocole de traitement.

Les quatre étapes principales du traitement des aspirateurs Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip® sont les suivantes :

1. Trempage dans un bain de décontamination
2. Nettoyage
3. Stérilisation ou désinfection de haut niveau
4. Entreposage



L'aspirateur pour AMIU ne vient pas directement en contact avec le corps de la patiente. Par contre, lors de son utilisation, le corps de l'aspirateur se remplit de sang. Il existe un risque potentiel que des contaminants provenant d'une patiente précédente soient introduits chez une autre patiente si l'aspirateur pour AMIU n'est pas correctement traité (immergé, nettoyé et stérilisé ou traité par désinfection de haut niveau) après chaque utilisation. Par conséquent, après son nettoyage, l'aspirateur Ipas AMIU Plus doit être traité par désinfection de haut niveau ou stérilisé entre chaque patiente pour en éliminer les contaminants. Après ce traitement, l'aspirateur peut être entreposé dans un conteneur propre.

Après le nettoyage, l'aspirateur Ipas AMIU Plus et les canules Ipas EasyGrip doivent subir une désinfection de haut niveau ou une stérilisation entre chaque patiente afin d'en éliminer les contaminants. Ces dispositifs peuvent ensuite être utilisés en toute sécurité pour une procédure ultérieure. Les aspirateurs ne doivent pas demeurer traités par désinfection de haut niveau ou stériles au moment de leur utilisation. Les canules doivent être

traitées par désinfection de haut niveau ou stériles au moment de leur utilisation.

Le tableau 10-1 ci-dessous reprend les méthodes de traitement fréquemment utilisées pour les instruments Ipas. L'utilisation de méthodes inappropriées risque d'endommager les instruments et de les rendre inutilisables.

(Voir annexe B : Méthodes de traitement des aspirateurs Ipas AMIU Plus, des adaptateurs et des canules Ipas EasyGrip.)

Tableau 10-1 : Résumé des méthodes de traitement fréquemment utilisées pour les instruments Ipas						
Instrument	Statut lors de la livraison par Ipas	Niveau de traitement minimal requis lors de l'utilisation	Désinfection de haut niveau		Stérilisation	
			Chlore [†]	Ébouillantage	Autoclave	Glutaraldéhyde [†]
Tous les instruments Ipas destinés à être réutilisés doivent être mis à tremper jusqu'à leur nettoyage. On peut utiliser un désinfectant tel qu'une solution de chlore à 0,5%.						
ATTENTION : Ne pas laisser sécher les instruments avant leur nettoyage : cela rend plus difficile l'élimination complète de tous les contaminants. Pour nettoyer les aspirateurs, laver soigneusement toutes les surfaces avec de l'eau tiède et un détergent. Il est préférable d'utiliser un détergent plutôt que du savon, qui risque de laisser des résidus.						
Aspirateur Ipas AMIU Plus	Propre	DHN	Oui	Oui	Oui	Oui
	Propre	DHN	Oui	Non	Non	Oui
	Propre	DHN	Oui	Oui	Oui	Oui
	Stérile (OE)	DHN	Oui	Oui	Oui	Oui
	Stérile (OE)	À usage unique				
	Stérile (OE)	À usage unique				
	Stérile (OE)	À usage unique				
[†] Les produits de traitement liquides sont des produits dangereux. Lors du traitement des instruments, prendre les précautions requises, par exemple port d'un équipement de protection personnelle. Se reporter aux instructions de sécurité du fabricant pour une utilisation en toute sécurité.						
* L'aspirateur Ipas à double valve n'est disponible qu'aux États-Unis et au Royaume-Uni au moment de cette publication.						

3.1 Précautions standards

Il est important de respecter les précautions standards de prévention des infections lors du traitement des instruments. Même après trempage dans un bain de décontamination, des micro-organismes pathogènes peuvent encore être présents sur les instruments.

- Toujours porter des gants lorsque l'on manipule du sang ou d'autres fluides corporels.
- Utiliser des équipements de protection individuelle tels que blouse ou écran facial pour protéger les parties du corps susceptibles d'être exposées à du sang ou à d'autres fluides corporels.
- Considérer que le sang et les fluides corporels de toute personne sont potentiellement infectieux.

- Se protéger contre les blessures occasionnées par des instruments pointus ou tranchants.
- Se laver les mains immédiatement avant et après tout contact avec des éléments contaminés, même si l'on portait des gants.

(Voir le module Prévention des infections pour plus d'informations)

Remarque : Le glutaraldéhyde et le chlore sont des produits dangereux. Si on les utilise pour le traitement des instruments ou pour l'entretien des locaux, prendre les précautions requises, notamment en utilisant un équipement de protection personnelle. Se reporter aux instructions de sécurité du fabricant pour une utilisation en toute sécurité

3.2 Trempage dans un bain de décontamination

Après la procédure, tous les instruments réutilisables doivent demeurer humides jusqu'au moment de leur nettoyage. On peut utiliser à cet effet une solution de chlore à 0,5%. Immerger les instruments immédiatement après usage élimine une partie des contaminants et rend leur nettoyage plus facile en évitant que les contaminants ne sèchent dessus. Pour une meilleure accessibilité, le récipient contenant le bain de décontamination doit se trouver à proximité de la table d'opération, par exemple sur l'étagère supérieure du chariot pour instruments. Les immerger dans un désinfectant ne suffit toutefois pas à les rendre suffisamment sûrs pour pouvoir les manipuler à mains nues. Il est indispensable de porter des gants et un dispositif de protection du visage.

Étapes

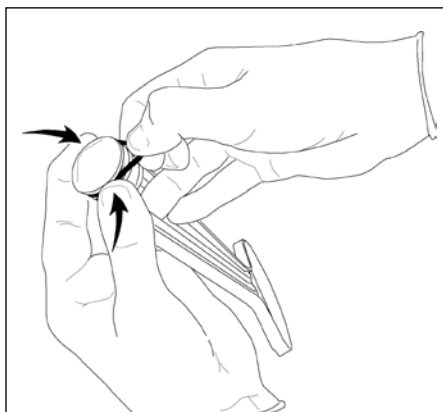
1. Remplir une bassine en plastique de solution. On peut utiliser à cet effet une solution de chlore à 0,5%.
2. Enfiler des gants et immerger complètement la canule et l'aspirateur. Veiller à faire pénétrer la solution à l'intérieure de l'aspirateur et de la canule.
3. Laisser tremper les instruments jusqu'au moment de leur nettoyage.
4. Porter des gants ou utiliser une pince pour sortir les instruments de la solution.

Si la canule n'est pas destinée à être réutilisée, l'éliminer de manière appropriée, ainsi que les autres déchets infectieux.

Ne pas laisser sécher les instruments avant leur nettoyage : cela rend plus difficile l'élimination complète de tous les contaminants.

Points essentiels du trempage des instruments

- Il est indispensable d'utiliser systématiquement des équipements de protection personnelle lors du nettoyage d'instruments souillés.
- L'objectif de l'étape de trempage est de maintenir les instruments humides pour permettre un nettoyage efficace.
- Le trempage dans une solution chlorée ne rend pas les instruments suffisamment sûrs pour que l'on puisse les manipuler à mains nues.
- Une durée de 10 minutes pour le trempage n'est pas requise.
- On peut employer n'importe quelle solution, y compris de l'eau du robinet ; on peut, si on le souhaite, utiliser une solution de chlore à 0,5%.



Retrait du joint torique

3.3 Nettoyage

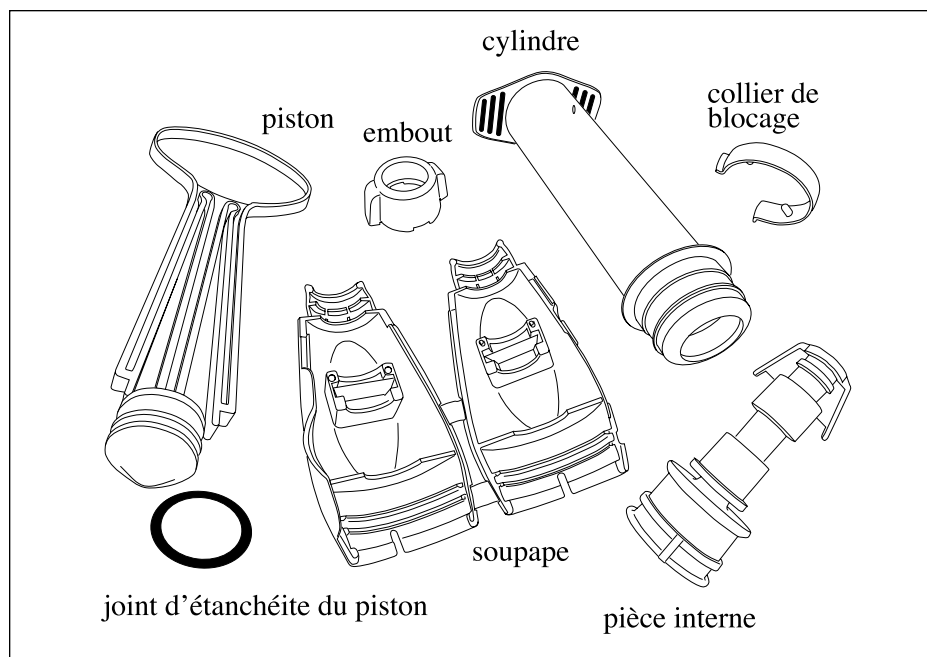
La seconde étape du traitement des instruments est le nettoyage. Un nettoyage physique en profondeur est essentiel avant la stérilisation ou la désinfection de haut niveau afin d'éliminer le matériel organique et inorganique présent sur les instruments, qui risque d'interférer avec l'efficacité de ces traitements. Il s'agit de l'étape la plus importante pour garantir une décontamination finale adéquate des instruments.

Démontage des instruments Ipas

Les aspirateurs Ipas doivent être démontés avant traitement et être correctement remontés après traitement pour en garantir le bon fonctionnement.

Démontage de l'aspirateur Ipas AMIU Plus :

1. Tirer le cylindre hors de la valve.
2. Appuyer sur les pattes de déclenchement du capuchon pour retirer celui-ci. Ouvrir la valve articulée en tirant le fermoir et retirer la pièce interne.
3. Dégager le collier de blocage en le faisant coulisser latéralement sous le clip de retenue ou le retirer complètement du cylindre.
4. Tirer le piston complètement hors du cylindre.
5. Dégager le joint torique du piston en le pinçant sur les côtés et en le roulant vers le bas dans la rainure se trouvant au-dessous. Il n'est pas nécessaire de le retirer entièrement.



Pièces de l'aspirateur pour AMIU démontées

Étapes du nettoyage

Démonter les instruments avant leur nettoyage.

1. Éliminer les résidus de tissus ou de sang en nettoyant soigneusement toutes les surfaces à l'eau tiède avec un détergent ou du savon. L'usage d'un détergent est préférable au savon, qui peut laisser un résidu collant. Si du tissu ou du sang séché subsiste à l'intérieur de la canule, rincer à plusieurs reprises avec de l'eau ou utiliser un goupillon avec un embout en coton ou un chiffon doux pour éliminer ce résidu.
2. Nettoyer les rainures et l'intérieur du cylindre, les éléments de la valve et le piston avec une brosse à poils doux en veillant à éviter les éclaboussures.
3. Nettoyer chaque élément jusqu'à ce qu'un examen attentif révèle qu'il ne subsiste plus aucune trace visible de tissus ou de sang, puis rincer.
4. Laisser sécher les éléments.

Attention : Ne pas utiliser d'objets pointus ou tranchants pour nettoyer la valve ou pour dégager le joint torique. Cela pourrait endommager la pièce interne ou le joint torique et empêcher le dispositif de maintenir le vide.

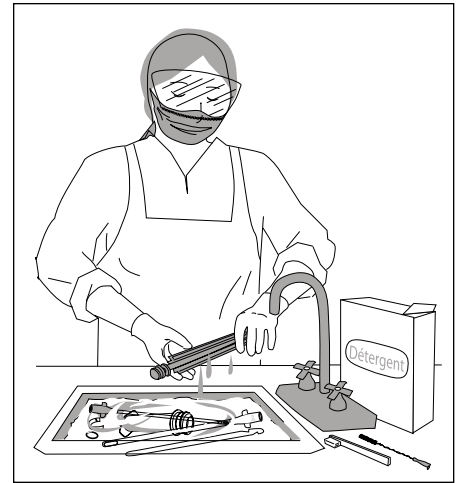
3.4 Stérilisation et désinfection de haut niveau

La stérilisation ou la désinfection de haut niveau (DHN) des instruments inactive les micro-organismes. La stérilisation élimine efficacement tous les micro-organismes, y compris les spores. La désinfection de haut niveau élimine tous micro-organismes sauf les spores. Pour garantir l'efficacité de toute procédure de stérilisation ou de désinfection de haut niveau, un nettoyage physique assurant l'élimination de tout résidu visible est indispensable.

Après leur nettoyage, les aspirateurs et les canules doivent être soumis à une étape de stérilisation ou de désinfection de haut niveau entre chaque patiente afin d'éliminer les éventuels contaminants. Ces dispositifs peuvent ensuite être utilisés en toute sécurité pour une procédure ultérieure. Les aspirateurs ne doivent pas demeurer stériles ou traités par désinfection de haut niveau au moment de leur utilisation suivante. Les canules Ipas doivent être stériles ou traitées par désinfection de haut niveau au moment de leur utilisation.

Pour une prévention optimale des infections, les éléments doivent être traités par une méthode qui garantisse un très haut niveau d'efficacité. À condition de suivre les meilleures pratiques, les méthodes ci-après sont citées par ordre d'efficacité :

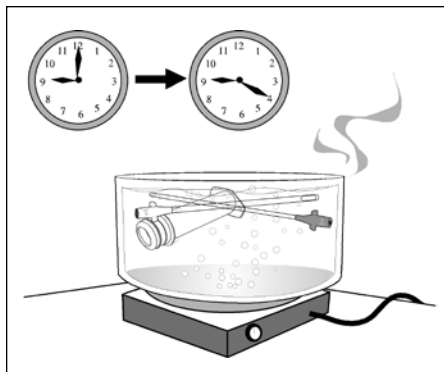
- Stérilisation à l'autoclave



Nettoyer soigneusement

- Stérilisation à froid (par exemple au glutaraldéhyde)
- Méthodes de désinfection de haut niveau (par exemple ébullantage, chlore, autres méthodes à froid)

Une désinfection de haut niveau ou une stérilisation selon l'une des méthodes ci-après est indispensable avant de réutiliser les aspirateurs ou les canules Ipas. Un certain nombre de méthodes supplémentaires de stérilisation et de désinfection de haut niveau moins répandues sont reprises à l'annexe B : Méthodes de traitement des aspirateurs Ipas AMIU Plus, des adaptateurs et des canules Ipas EasyGrip®.



Ébullantage des instruments pour AMIU

- Stérilisation à l'autoclave des instruments à 121°C (250°F) sous une pression de 106 kPa (15 lbs/in²) pendant 30 minutes.
- Stérilisation au glutaraldéhyde. Immerger les instruments nettoyés dans du glutaraldéhyde (Cidex ou produit similaire) pendant 10 heures. Se conformer aux recommandations du fabricant du produit utilisé. Tous les aspirateurs Ipas supportent le traitement au glutaraldéhyde.
- Désinfection de haut niveau par ébullantage. Immerger les instruments nettoyés dans de l'eau bouillante pendant 20 minutes.
- Désinfection de haut niveau au glutaraldéhyde. Immerger les instruments nettoyés dans du glutaraldéhyde (Cidex ou produit similaire) pendant 20 minutes. Se conformer aux recommandations du fabricant du produit utilisé.
- Désinfection de haut niveau dans une solution de chlore à 0,5%. Immerger les instruments nettoyés dans une solution de chlore à 0,5% pendant 20 minutes.

Remarque : L'aspirateur Ipas AMIU Plus, les canules Ipas EasyGrip et les canules de Karman flexibles peuvent être ébullantés ; par contre, les aspirateurs Ipas à double valve et à simple valve risquent de se craqueler ou de fondre si on le fait bouillir.

Étapes de la stérilisation à la vapeur à l'autoclave

1. Tous les éléments de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip peuvent être stérilisés à la vapeur à 121°C (250°F). Les pièces ne doivent pas se toucher et le collier de blocage doit être totalement retiré du cylindre. Disposer les instruments en veillant à ne pas obstruer les ouvertures ni l'orifice situé à la base des canules pour permettre l'écoulement.
2. Comme les canules, surtout celles de faible diamètre, ont tendance à se courber durant le traitement à l'autoclave, les envelopper dans du papier ou du tissu. Placer les canules Ipas EasyGrip et l'aspirateur Ipas AMIU Plus nettoyés dans

Attention : Ne pas exposer les instruments à des températures supérieures à 121°C (250°F). Éviter en particulier les techniques dites de « stérilisation ultra-rapide » utilisant des températures plus élevées pendant une durée plus brève car elles risquent d'endommager les instruments. S'assurer que l'autoclave est réglé sur les paramètres voulus avant de commencer le traitement.

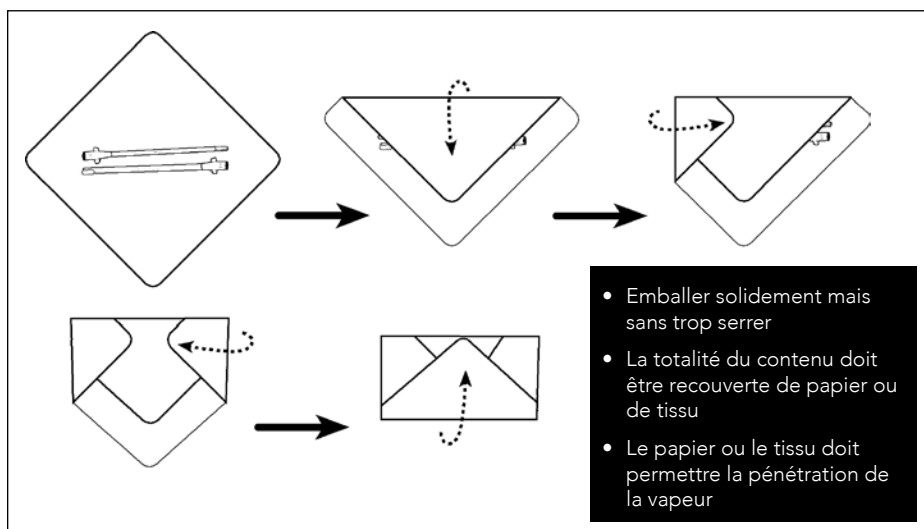
l'autoclave sans les superposer. On notera que la stérilisation à la vapeur pendant 30 minutes des canules Ipas EasyGrip non emballées risque de les courber légèrement.

3. Traiter les instruments à l'autoclave pendant 30 minutes à 121°C (250°F).
4. Laisser refroidir les instruments avant de les utiliser.

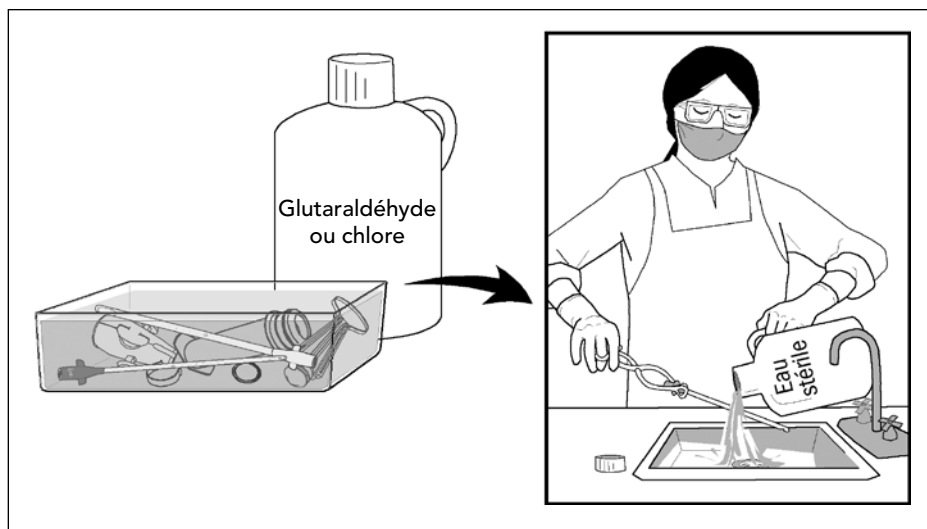
Attention : Ne pas exposer les instruments à des températures supérieures à 121°C (250°F). Éviter en particulier les techniques dites de « stérilisation ultra-rapide » utilisant des températures plus élevées pendant une durée plus brève car elles risquent d'endommager les instruments. S'assurer que l'autoclave est réglé sur les paramètres voulus avant de commencer le traitement.

Étapes de la stérilisation au glutaraldéhyde

1. Immerger complètement les instruments en veillant à les remplir entièrement de solution.
2. Les laisser tremper dans la solution de glutaraldéhyde pendant la durée recommandée par le fabricant, par exemple 10 heures pour le Cidex.
3. Les retirer avec des gants ou une pince stériles.
4. Rincer tous les éléments à l'eau stérile. Ne pas utiliser d'eau du robinet pour le rinçage.
5. Sécher avec un linge stérile si on le souhaite.
6. Renouveler la solution conformément aux instructions du fabricant. Généralement, le glutaraldéhyde activé peut être utilisé pendant 14 jours, mais il convient de le remplacer dès que la solution devient trouble. Ne pas l'utiliser à une température inférieure à 25°C (77°F).



Emballage dans du papier



Trempe dans une solution de désinfection de haut niveau et rinçage

Une fois que les instruments ont été stérilisés, tout objet venant à leur contact doit lui aussi être stérile (par exemple gants ou boîte de rangement).

Étapes de la désinfection de haut niveau par ébullition

1. Immerger les instruments dans l'eau bouillante. Il n'est pas nécessaire d'immerger entièrement les instruments
2. Faire bouillir pendant 20 minutes.
3. Les retirer avec des gants ou une pince traités par désinfection de haut niveau ou stériles.
4. Sécher avec un linge stérile si on le souhaite.
5. Laisser refroidir avant usage. Prendre les canules par les extrémités pour les retirer. Ne pas saisir les instruments bouillants avec des pinces car ils pourraient s'aplatir. La procédure d'ébullition peut entraîner une décoloration des canules, mais n'affecte pas leur fonctionnement. Ne pas ébullitionner les aspirateurs Ipas à simple ou à double valve.

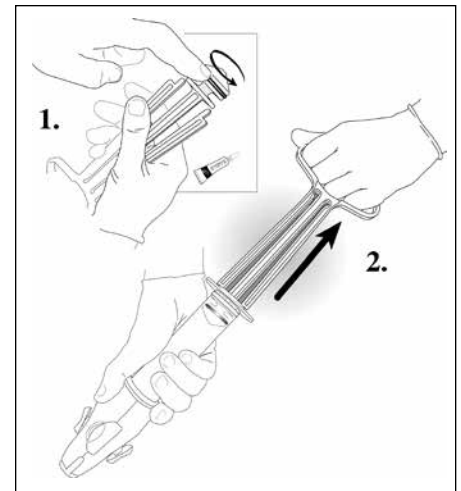
Étapes de la désinfection de haut niveau au glutaraldéhyde

1. Immerger complètement les instruments en veillant à les remplir entièrement de solution.
2. Les laisser tremper dans la solution de glutaraldéhyde pendant la durée recommandée par le fabricant, par exemple 20 minutes pour le Cidex.
3. Les retirer avec des gants ou une pince traités par désinfection de haut niveau ou stériles.

4. Rincer tous les éléments à l'eau stérile ou bouillie.
5. Sécher avec un linge stérile si on le souhaite.
6. Renouveler la solution conformément aux instructions du fabricant : après 14 jours ou dès que la solution devient trouble.

Étapes de la désinfection de haut niveau dans une solution de chlore à 0,5%

1. Immerger complètement les instruments en veillant à les remplir entièrement de solution. Utiliser un récipient en plastique (pas un récipient métallique).
2. Les laisser tremper dans la solution de chlore à 0,5% pendant 20 minutes.
3. Les retirer avec des gants ou une pince traités par désinfection de haut niveau ou stériles.
4. Rincer tous les éléments à l'eau stérile ou bouillie.
5. Sécher avec un linge stérile si on le souhaite. La solution de chlore doit être remplacée quotidiennement ou dès qu'elle devient trouble.



Étapes de la lubrification

3.5 Montage et lubrification de l'aspirateur

L'aspirateur doit être remonté après le traitement et le joint torique du piston doit être lubrifié. L'aspirateur doit être correctement remonté après traitement pour en garantir le bon fonctionnement.

Montage de l'aspirateur Ipas AMIU Plus :

1. Mettre en place la pièce interne à l'intérieur de la valve en alignant les arêtes internes. Fermer la valve jusqu'à ce qu'elle s'enclenche en position.
2. Enclencher le capuchon sur l'extrémité de la valve.
3. Pousser le cylindre dans la base de la valve.
4. Placer le joint torique dans la gorge située à l'extrémité du piston et le lubrifier en étalant une goutte de lubrifiant sur son pourtour avec le doigt. De la silicone non stérile est fournie avec l'aspirateur ; on peut également utiliser d'autres lubrifiants non à base de pétrole. Attention : Une lubrification excessive risque d'entraîner une perte de vide au niveau de l'aspirateur. Ne pas lubrifier exagérément le joint torique du piston. Ne lubrifier aucune autre pièce de l'aspirateur.
5. Lors du remontage de l'aspirateur, veiller à introduire le piston parfaitement dans l'axe du cylindre, sans l'incliner.

6. Presser les bras du piston et insérer le piston à fond dans le cylindre.
7. Faire aller et venir le piston à plusieurs reprises afin de lubrifier le cylindre.
8. Introduire les pattes du collier de blocage dans les crans du cylindre de façon à ce que le piston ne puisse pas sortir du cylindre.

Toujours contrôler que l'aspirateur maintient le vide avant de l'utiliser (voir la section 2.4 pour des instructions sur le contrôle du maintien du vide).

3.6 Entreposage des instruments

Entreposer les instruments dans un environnement qui préserve le niveau de traitement requis. Lorsque les instruments ont été traités, la principale difficulté consiste à faire en sorte qu'ils ne soient pas recontaminés au cours de l'entreposage ou de la manipulation. Il est particulièrement important de préserver la stérilité ou la désinfection de haut niveau des instruments jusqu'au moment de leur utilisation. Après le traitement d'un instrument, celui-ci conserve le niveau de propreté du dernier élément avec lequel il s'est trouvé en contact.

Les instruments doivent être conservés dans des récipients secs et pourvus d'un couvercle étanche qui ont été stérilisés ou traités par désinfection de haut niveau pour les protéger de la poussière et des autres contaminants. Idéalement, les instruments traités par immersion dans une solution de glutaraldéhyde, dans une solution chlorée ou dans de l'eau bouillante doivent être utilisés tous les jours. S'ils n'ont pas été réutilisés dans ce délai, ils doivent être désinfectés à nouveau. Le traitement des éléments par immersion favorise la croissance bactérienne ; le séchage des éléments qui ont été traités par ce type de méthodes est souvent inefficace. Par ailleurs, des prélèvements répétés dans une boîte de stockage à l'aide d'une pince favorisent également la contamination.

3.7 Élimination et remplacement

Éliminer les aspirateurs et les canules Ipas contaminés comme des déchets infectieux.

Si l'un des problèmes suivants apparaît, l'instrument doit être éliminé et remplacé :

Aspirateurs :

- Le cylindre est fissuré ou est devenu cassant
- Les pièces de la valve sont fissurées, déformées ou cassées
- Les boutons sont endommagés

- Les bras du piston ne se verrouillent plus
- L'aspirateur ne parvient plus à maintenir le vide
- Des dépôts minéraux gênent le déplacement du piston

Canules :

- La canule est devenue cassante
- La canule est fissurée, déformée ou courbée, en particulier au niveau de l'ouverture
- On ne parvient pas à éliminer les résidus tissulaires lors du nettoyage

4.0 Résumé

- L'aspirateur Ipas AMIU Plus est constitué d'un corps de valve, d'un piston, d'un cylindre de 60 cc et d'un collier de blocage.
- Les canules Ipas EasyGrip sont disponibles en tailles de 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 12 mm, possèdent une seule (9, 10 et 12 mm) ou deux ouvertures (4, 5, 6, 7 et 8 mm) et ne nécessitent pas d'adaptateur distinct.
- L'aspirateur Ipas AMIU Plus et les canules Ipas EasyGrip sont autoclavables.
- Les canules Ipas de 3 mm sont des dispositifs à usage unique pour biopsie endométriale et nécessitent un adaptateur lorsqu'elles sont utilisées avec l'aspirateur Ipas AMIU Plus.
- Les indications cliniques d'une aspiration utérine avec l'aspirateur Ipas AMIU Plus et les canules Ipas EasyGrip sont : traitement des avortements incomplets chez des patientes dont la taille de l'utérus ne dépasse pas 12 semaines depuis la date des dernières règles, avortement au cours du premier trimestre (également désigné dans certains pays sous le terme d'extraction menstruelle ou de régulation menstruelle) et biopsie endométriale.
- Ne pas pratiquer de biopsie endométriale en cas de suspicion de grossesse. Il n'existe aucune contre-indication connue pour les autres applications thérapeutiques.
- Les prestataires de soins doivent être capables de générer le vide, de contrôler le maintien du vide et d'enclencher et de couper l'aspiration.
- Après leur nettoyage, les aspirateurs et les canules doivent être soumis à une étape de stérilisation ou de désinfection de haut niveau entre chaque patiente afin d'éliminer les éventuels contaminants.

Désinfectants utilisés pour le traitement des instruments Ipas

Tout produit chimique capable de tuer les micro-organismes est un germicide. Les germicides puissants, également appelés désinfectants, sont utilisés pour le nettoyage de l'équipement. Les germicides plus faibles, également appelés antiseptiques, sont utilisés sur les personnes. Les antiseptiques ne doivent pas être utilisés pour le nettoyage ou le traitement d'instruments et d'équipement car ils ne sont pas suffisamment puissants pour être efficaces. Les produits suivants ne peuvent pas être utilisés pour le traitement des instruments : solution de formaldéhyde, en raison de sa toxicité ; cuves de fumigation au formol, car elles sont inefficaces ; peroxyde d'hydrogène, à cause de sa sensibilité à la lumière.

On peut utiliser une solution de chlore à 0,5% pour la décontamination par trempage et la désinfection de haut niveau des instruments et cette même solution peut également être utilisée en tant que solution de nettoyage multiusage pour l'équipement et l'environnement. Ce mélange à base d'hypochlorite de soude (eau de Javel) ou d'autres composés chlorés comme l'hypochlorite de calcium est un désinfectant puissant convenant à de nombreux objets et particulièrement peu coûteux. La concentration requise s'obtient aisément en utilisant les produits disponibles localement et de l'eau (voir annexe B : Méthodes de traitement des aspirateurs Ipas AMIU Plus, des adaptateurs et des canules Ipas EasyGrip® pour de plus amples informations). Il est indispensable d'utiliser des récipients différents de solution de chlore à 0,5% pour le trempage, la désinfection de haut niveau et le nettoyage en général. Ne pas utiliser le même récipient de solution pour différents usages.

- Les aspirateurs ne doivent pas demeurer stériles ou DHN au moment de leur utilisation suivante. Les canules doivent être stériles ou DHN au moment de leur utilisation.
- Le protocole de traitement doit être adapté à l'aspirateur ou aux canules utilisés.
- Les options de traitement pour la stérilisation des instruments sont les suivantes : autoclave ou glutaraldéhyde.
- Les options de traitement pour la désinfection de haut niveau des instruments sont les suivantes : ébouillantage, glutaraldéhyde ou solution de chlore à 0,5%.
- Le joint torique du piston doit être lubrifié avec une goutte de lubrifiant après traitement.
- Des conditions de manipulation et d'entreposage adéquates sont essentielles à la préservation de la stérilité ou de la désinfection de haut niveau des instruments.
- Les instruments usés ou endommagés doivent être éliminés et remplacés.

Bibliographie

Rutala, W. A. et Weber, D. J. (2010). An overview of disinfection and sterilization. In W. A. Rutala (Ed.), *Disinfection, sterilization and antisepsis: Principles, Practices, Current Issues, New Research, and New Technologies*. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC).

Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Standard precautions in health care*. Accessible via : http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf

Organisation mondiale de la Santé (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Annexe A : Comparaison des instruments d'Ipas

Le tableau qui suit présente les caractéristiques de conception des aspirateurs Ipas et leur compatibilité avec les différents modèles de canules.

Comparaison entre les aspirateurs Ipas			
Caractéristique	Ipas AMIU Plus	Ipas à simple valve	Ipas à double valve
Capacité	60 cc	60 cc	60 cc
Puissance d'aspiration	609,6–660,4 mm de mercure	609,6–660,4 mm de mercure	609,6–660,4 mm de mercure
Compatibilité avec les canules Ipas	<ul style="list-style-type: none"> Compatible avec les canules Ipas EasyGrip de toutes tailles sans adaptateur Compatible avec les canules de Karman flexibles de toutes tailles ; les canules de 12 mm ne nécessitent pas d'adaptateur Compatible avec les canules Ipas de 3 mm. Nécessite un adaptateur de 6 mm 	<ul style="list-style-type: none"> Non compatible avec les canules Ipas EasyGrip Compatible avec les canules de Karman flexibles de 4, 5 et 6 mm uniquement. Ne nécessite pas d'adaptateur Compatible avec les canules Ipas de 3 mm. Ne nécessite pas d'adaptateur 	<ul style="list-style-type: none"> Compatible avec les canules Ipas EasyGrip de toutes tailles sans adaptateur Compatible avec les canules de Karman flexibles de toutes tailles ; les canules de 12 mm ne nécessitent pas d'adaptateur Compatible avec les canules Ipas de 3 mm. Nécessite un adaptateur de 6 mm
Méthodes de traitement*	<ul style="list-style-type: none"> Doit être traité par désinfection de haut niveau ou stérilisé entre chaque utilisation Désinfection de haut niveau (DHN) dans une solution de chlore à 0,5%▲ DHN par ébullition DHN au Cidex® / glutaraldéhyde▲ DHN au Cidex OPA▲ DHN au Sporox® II ▲ Stérilisation à l'autoclave (121°C-250°F) Stérilisation au Cidex® / glutaraldéhyde▲ Stérilisation par la méthode STERRAD®100S Stérilisation au Sporox II▲ 	<ul style="list-style-type: none"> Doit être traité par désinfection de haut niveau ou stérilisé entre chaque utilisation Désinfection de haut niveau (DHN) dans une solution de chlore à 0,5%▲ NE PAS ÉBOUILLANTER DHN au Cidex® / glutaraldéhyde▲ DHN au Cidex OPA▲ DHN au Sporox® II ▲ NE PAS STÉRILISER À L'AUTOCLAVE Stérilisation au Cidex® / glutaraldéhyde▲ Stérilisation au Sporox II▲ 	À USAGE UNIQUE
Conception de la valve	<ul style="list-style-type: none"> Pièce interne démontable en ouvrant le corps de la valve articulée Deux boutons de valve 	<ul style="list-style-type: none"> Pièce interne démontable Un seul bouton de valve 	<ul style="list-style-type: none"> Pièce interne non démontable Deux boutons de valve Joint torique pour valve nécessaire
Conception du cylindre	Déplacer ou retirer le collier de blocage lors du traitement	Retirer le collier de blocage lors du traitement	À USAGE UNIQUE
Conception du piston	<ul style="list-style-type: none"> Déplacer ou retirer le joint torique du piston lors du traitement Poignée ergonomique 	Déplacer ou retirer le joint torique du piston lors du traitement	À USAGE UNIQUE

* L'aspirateur Ipas AMIU Plus et l'aspirateur Ipas à simple valve doivent être traités par désinfection de haut niveau ou stérilisés entre chaque utilisation.

▲ Les produits de traitement liquides sont des produits dangereux. Lors du traitement des instruments, prendre les précautions requises, par exemple port d'un équipement de protection personnelle. Se reporter aux instructions de sécurité du fabricant pour une utilisation en toute sécurité.

Annexe B : Méthodes de traitement des aspirateurs Ipas AMIU Plus, des adaptateurs et des canules Ipas EasyGrip

Traitement des aspirateurs pour AMIU et des adaptateurs			
Méthode [#]	Agent	Durée	Précautions
Désinfection de haut niveau (DHN)	Chlore▲ Diluer à 0,5%.	20 minutes	Immerger complètement les éléments démontés. Rincer ensuite tous les éléments à l'eau stérile ou bouillie. Éliminer la solution chaque jour ou plus rapidement si la solution devient trouble.
	Eau bouillante* (aspirateurs Ipas AMIU Plus et adaptateurs uniquement)	20 minutes	Il n'est pas nécessaire d'immerger entièrement les éléments démontés. Laisser refroidir à température ambiante avant usage.
	Glutaraldéhyde à 2% (Cidex®) ▲ Se conformer aux instructions du fabricant pour la préparation.	20 minutes ou conformément aux instructions du fabricant	Immerger complètement les éléments démontés. Rincer ensuite tous les éléments à l'eau stérile ou bouillie. Éliminer la solution 14 jours après sa préparation ou dès qu'elle devient trouble. Ne pas utiliser à une température inférieure à 25°C.
	Glutaraldéhyde (autres solutions)▲ Se conformer aux instructions du fabricant pour la préparation.	Conformément aux instructions du fabricant	Immerger complètement les éléments démontés. Rincer ensuite tous les éléments à l'eau stérile ou bouillie. Éliminer la solution 14 jours après sa préparation ou dès qu'elle devient trouble.
	Sporox▲	30 minutes	Immerger complètement les éléments démontés. Rincer ensuite tous les éléments à l'eau stérile ou bouillie. Éliminer la solution après 21 jours ou plus rapidement en fonction du résultat des flacons de test SPOROX®. Utiliser à 20°C.
	Cidex OPA▲	12 minutes	Immerger complètement les éléments démontés. Rincer ensuite tous les éléments à l'eau stérile ou bouillie. Éliminer la solution après 14 jours ou plus rapidement en fonction du résultat des bandelettes de test de la solution Cidex OPA. Ne pas utiliser à une température inférieure à 20°C. Remarque : Le Cidex OPA décolore les pièces internes des aspirateurs Ipas AMIU Plus et des aspirateurs à simple valve.

[#] Les aspirateurs Ipas doivent être TRAITÉES PAR DÉSINFECTION DE HAUT NIVEAU OU STÉRILISÉS ENTRE CHAQUE UTILISATION.

* **ATTENTION** : Ne jamais ébouillanter ou autoclaver les pistons des aspirateurs Ipas à simple valve car ils risquent alors de dégager du formaldéhyde. Ne pas intervertir les pistons entre les différents types d'aspirateurs.

▲ Les produits de traitement liquides sont des produits dangereux. Lors du traitement des instruments, prendre les précautions requises, par exemple port d'un équipement de protection personnelle. Se reporter aux instructions de sécurité du fabricant pour une utilisation en toute sécurité.

Annexe B : Méthodes de traitement des aspirateurs Ipas AMIU Plus, des adaptateurs et des canules Ipas EasyGrip (suite)

Traitement des aspirateurs pour AMIU et des adaptateurs			
Méthode [#]	Agent	Durée	Précautions
Stérilisation	Autoclave* (aspirateurs Ipas AMIU Plus et adaptateurs uniquement)	Effectuer la stérilisation à 121°C (250°F) pendant 30 minutes sous une pression de 106 kPa (15 lbs/in ²). Ne pas utiliser d'autres paramètres de stérilisation. Éviter en particulier les techniques dites de « stérilisation ultra-rapide » utilisant des températures plus élevées pendant une durée plus brève.	Envelopper l'aspirateur démonté dans un linge ou dans du papier. La vapeur doit pouvoir en atteindre toutes les surfaces. Les différentes pièces ne peuvent pas se toucher et doivent être disposées de telle sorte que les ouvertures ne soient pas obstruées, cela afin de permettre le séchage. Dans le cas de l'aspirateur Ipas AMIU Plus, le collier de blocage doit être entièrement retiré (ne plus être maintenu par le clip de retenue). Laisser refroidir à température ambiante avant usage.
	Glutaraldéhyde à 2% (Cidex®) ▲ Se conformer aux instructions du fabricant pour la préparation.	10 heures	Immerger complètement les éléments démontés. Rincer ensuite tous les éléments à l'eau stérile. Éliminer la solution 14 jours après sa préparation ou dès qu'elle devient trouble. Ne pas utiliser à une température inférieure à 25°C.
	Glutaraldéhyde (autres solutions)▲ Se conformer aux instructions du fabricant pour la préparation.	Conformément aux instructions du fabricant.	Immerger complètement les éléments démontés. Rincer ensuite tous les éléments à l'eau stérile. Éliminer la solution 14 jours après sa préparation ou dès qu'elle devient trouble.
	STERRAD® 100S (aspirateurs Ipas AMIU Plus et adaptateurs uniquement)	55 minutes	Placer l'aspirateur démonté avec une bandelette d'indicateur chimique dans un plateau ou un emballage pelable compatible.
	SporoxII▲	6 heures	Immerger complètement les éléments démontés. Rincer ensuite tous les éléments à l'eau stérile. Éliminer la solution après 21 jours ou plus rapidement en fonction du résultat des flacons de test SPROX®. Utiliser à 20°C.

[#] Les aspirateurs Ipas doivent être TRAITÉES PAR DÉSINFECTION DE HAUT NIVEAU OU STÉRILISÉS ENTRE CHAQUE UTILISATION.

* **ATTENTION** : Ne jamais ébouillanter ou autoclaver les pistons des aspirateurs Ipas à simple valve car ils risquent alors de dégager du formaldéhyde. Ne pas intervertir les pistons entre les différents types d'aspirateurs.

▲ Les produits de traitement liquides sont des produits dangereux. Lors du traitement des instruments, prendre les précautions requises, par exemple port d'un équipement de protection personnelle. Se reporter aux instructions de sécurité du fabricant pour une utilisation en toute sécurité.

Annexe B : Méthodes de traitement des aspirateurs Ipas AMIU Plus, des adaptateurs et des canules Ipas EasyGrip (suite)

Traitement des canules Ipas EasyGrip			
Méthode [#]	Agent	Durée	Précautions
Désinfection de haut niveau (DHN)	Chlore▲ Diluer à 0,5%.	20 minutes	Les éléments doivent être totalement immergés. Éliminer la solution chaque jour ou plus rapidement si la solution devient trouble. Rincer ensuite tous les éléments à l'eau stérile ou bouillie.
	Eau bouillante	20 minutes	Il n'est pas nécessaire d'immerger entièrement les instruments. Les canules risquent de se décolorer mais cela n'affecte pas leur fonctionnement. Ne pas saisir les canules bouillants avec des pinces car ils pourraient s'aplatir. Laisser refroidir l'eau avant de sortir les canules et les prendre par le côté adaptateur ou la base.
	Glutaraldéhyde à 2% (Cidex®) ▲ Se conformer aux instructions du fabricant pour la préparation.	20 minutes ou conformément aux instructions du fabricant	Les éléments doivent être totalement immergés. Éliminer la solution 14 jours après sa préparation ou dès qu'elle devient trouble. Ne pas utiliser à une température inférieure à 25°C. Rincer ensuite tous les éléments à l'eau stérile ou bouillie.
	Glutaraldéhyde (autres solutions)▲ Se conformer aux instructions du fabricant pour la préparation.	Conformément aux instructions du fabricant	Les éléments doivent être totalement immergés. Éliminer la solution 14 jours après sa préparation ou dès qu'elle devient trouble. Rincer ensuite tous les éléments à l'eau stérile ou bouillie.
	Sporoxll▲	30 minutes	Les éléments doivent être totalement immergés. Rincer ensuite tous les éléments à l'eau stérile ou bouillie. Éliminer la solution après 21 jours ou plus rapidement en fonction du résultat des flacons de test SPOROX®. Utiliser à 20°C.
	Cidex OPA▲	12 minutes	Les éléments doivent être totalement immergés. Rincer ensuite tous les éléments à l'eau stérile ou bouillie. Éliminer la solution après 14 jours ou plus rapidement en fonction du résultat des bandelettes de test de la solution Cidex OPA. Ne pas utiliser à une température inférieure à 20°C. Remarque : Le Cidex OPA décolore les pièces internes des aspirateurs Ipas AMIU Plus et des aspirateurs à simple valve.

[#] Les canules Ipas EasyGrip doivent être TRAITÉES PAR DÉSINFECTION DE HAUT NIVEAU OU STÉRILISÉES ENTRE CHAQUE UTILISATION.

▲ Les produits de traitement liquides sont des produits dangereux. Lors du traitement des instruments, prendre les précautions requises, par exemple port d'un équipement de protection personnelle. Se reporter aux instructions de sécurité du fabricant pour une utilisation en toute sécurité.

Outre ces options de stérilisation et de désinfection de haut niveau, les canules Ipas EasyGrip peuvent être stérilisées à l'oxyde d'éthylène. L'aspirateur Ipas AMIU Plus ne doit pas être traité par cette méthode.

Annexe B : Méthodes de traitement des aspirateurs Ipas AMIU Plus, des adaptateurs et des canules Ipas EasyGrip (suite)

Traitement des canules Ipas EasyGrip			
Méthode [#]	Agent	Durée	Précautions
Stérilisation	Autoclave*	Effectuer la stérilisation à 121°C (250°F) pendant 30 minutes sous une pression de 106 kPa (15 lbs/in ²). Ne pas utiliser d'autres paramètres de stérilisation. Éviter en particulier les techniques dites de « stérilisation ultra-rapide » utilisant des températures plus élevées pendant une durée plus brève.	La vapeur doit pouvoir en atteindre toutes les surfaces. Les différentes pièces ne peuvent pas se toucher et doivent être disposées de telle sorte que les ouvertures ne soient pas obstruées, cela afin de permettre le séchage. Les canules Ipas EasyGrip, surtout celles de faible diamètre, ont tendance à se courber durant le traitement à l'autoclave. Pour atténuer ce phénomène, les envelopper dans du papier ou du tissu et disposer l'emballage à plat le long d'un côté ou au fond de l'autoclave. Veiller à ce qu'aucun autre objet se trouvant dans l'autoclave ne soit placé de manière à favoriser une courbure des canules.
	Glutaraldéhyde à 2% (Cidex®) ▲ Se conformer aux instructions du fabricant pour la préparation.	10 heures	Les éléments doivent être totalement immergés. Éliminer la solution 14 jours après sa préparation ou dès qu'elle devient trouble. Ne pas utiliser à une température inférieure à 25°C. Rincer ensuite tous les éléments à l'eau stérile.
	Glutaraldéhyde (autres solutions)▲ Se conformer aux instructions du fabricant pour la préparation.	Conformément aux instructions du fabricant.	Les éléments doivent être totalement immergés. Éliminer la solution 14 jours après sa préparation ou dès qu'elle devient trouble. Rincer ensuite tous les éléments à l'eau stérile.
	SporoxII▲	6 heures	Les éléments doivent être totalement immergés. Éliminer la solution après 21 jours ou plus rapidement en fonction du résultat des flacons de test SPOROX. Utiliser à 20°C. Rincer ensuite tous les éléments à l'eau stérile.

[#] Les canules Ipas EasyGrip doivent être TRAITÉES PAR DÉSINFECTION DE HAUT NIVEAU OU STÉRILISÉES ENTRE CHAQUE UTILISATION.

▲ Les produits de traitement liquides sont des produits dangereux. Lors du traitement des instruments, prendre les précautions requises, par exemple port d'un équipement de protection personnelle. Se reporter aux instructions de sécurité du fabricant pour une utilisation en toute sécurité.

Outre ces options de stérilisation et de désinfection de haut niveau, les canules Ipas EasyGrip peuvent être stérilisées à l'oxyde d'éthylène. L'aspirateur Ipas AMIU Plus ne doit pas être traité par cette méthode.

Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus

Principaux points abordés dans ce module :

- Préparation d'une procédure d'AMIU
- Contrôle de la douleur
- Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus
- Soins post-opératoires
- Soins de suivi
- Considérations particulières : adolescentes et très jeunes femmes

1.0 Introduction

L'objectif de ce module consiste à décrire les étapes d'une procédure d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) à l'aide de

l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip, dont la fabrication et la distribution au niveau mondial sont désormais assurées par WomanCare Global.

WomanCare Global (WCG) est une association sans but lucratif qui travaille avec des partenaires dans le monde entier en vue d'améliorer la vie des femmes en leur donnant accès à des produits de santé génésique abordables et de qualité. Pour de plus amples informations, consulter le site www.womancareglobal.org.

2.0 Préparation

Avant une procédure d'AMIU :

- Dispenser des informations et des conseils à la patiente et obtenir son consentement éclairé (voir le module Consentement éclairé, information et accompagnement)
- Procéder à une évaluation clinique incluant un examen clinique (voir le module Évaluation clinique)
- Discuter de ses besoins en matière de contraception (voir le module Services de contraception)

2.1 Explication à la patiente de la procédure d'AMIU

Avant la procédure, la patiente doit recevoir des informations sur ce qu'elle est susceptible de ressentir, quand revenir pour une éventuelle visite de suivi et où et quand demander une assistance médicale en cas de problème. Elle risque de ne pas bien comprendre certains termes médicaux, aussi le prestataire de soins doit utiliser un langage simple. Des informations détaillées sur ce à quoi la patiente doit s'attendre l'aideront à s'y préparer. Un réconfort et un soutien lors de la procédure d'évacuation utérine peuvent également s'avérer utiles (voir le module Consentement éclairé, information et accompagnement).

2.2 Évaluation clinique : examen clinique

L'évaluation clinique avant une évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus doit inclure la détermination de l'âge gestationnel, l'évaluation de la taille de l'utérus, l'évaluation de l'état de santé général de la patiente et les éventuelles contre-indications ou situations nécessitant certaines précautions.

Précautions requises avant la réalisation d'une procédure d'AMIU

Avant de commencer, il est important de confirmer la taille et la position de l'utérus afin de s'assurer que l'AMIU est la méthode de choix pour l'évacuation utérine. Des fibromes importants ou des anomalies utérines peuvent compliquer la détermination de la taille de l'utérus et la réalisation de procédures intra-utérines, y

compris l'AMIU. Par conséquent, le prestataire de soins doit être correctement formé à la détermination de l'âge gestationnel avant de pratiquer une AMIU. Une antibiothérapie prophylactique doit être administrée avant la procédure d'aspiration utérine (voir le module Évaluation clinique).

Il n'existe aucune contre-indication connue à une évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus.

2.3 Besoins en matière de contraception

Une ovulation peut survenir presque immédiatement après une procédure d'AMIU. Par conséquent, toute femme qui ne souhaite pas redevenir enceinte doit quitter le centre avec une méthode contraceptive efficace. Si une femme souhaite une méthode contraceptive à durée d'action prolongée ou une stérilisation mais qu'il n'est pas possible de la lui fournir sur place, on lui proposera une méthode provisoire et on l'orientera vers une institution capable de lui offrir les services en question. De manière générale, toutes les méthodes contraceptives modernes peuvent être utilisées immédiatement après la procédure d'AMIU au cours du premier trimestre à condition qu'il n'y ait pas de contre-indications spécifiques. Les méthodes basées sur la détermination des périodes fertiles ne peuvent être utilisées qu'après que la femme ait présenté au moins une fois des menstruations après l'avortement et uniquement si elle présentait des cycles menstruels réguliers avant l'avortement. La mise en place d'un dispositif intra-utérin, d'un implant contraceptif ou l'administration d'un contraceptif injectable peuvent se faire dans la salle de traitement.

(Voir le module Services de contraception).

3.0 Contrôle de la douleur

La plupart des patientes qui subissent une aspiration intra-utérine au cours du premier trimestre éprouveront de la douleur au cours de l'intervention. Les prestataires de soins sous-estiment souvent l'intensité de la douleur que ressent la patiente lors d'une aspiration intra-utérine. Les patientes qui subissent une évacuation utérine doivent se voir proposer des options pour le contrôle de la douleur et en bénéficier immédiatement. Les prestataires de soins doivent toujours dispenser des soins de manière douce et respectueuse et fournir des informations appropriées, qui aideront la patiente à rester calme et atténueront l'anxiété et la douleur.

3.1 Facteurs susceptibles d'influencer la douleur lors d'un avortement

La plupart des patientes éprouvent de la douleur au cours d'une

procédure d'aspiration intra-utérine mais il faut savoir que chaque femme est unique et que la manière dont elles ressentent la douleur est extrêmement variable. Les prestataires de soins doivent éviter les stéréotypes ou les suppositions sur le seuil de douleur d'une patiente. Le contrôle de la douleur doit agir à la fois sur les aspects physiques de la douleur et sur les composantes psychosociales qui y contribuent. Les aspects physiques qui ont été mis en relation avec une douleur plus importante lors d'une aspiration intra-utérine sont notamment la nulliparité, le jeune âge de la patiente, l'âge gestationnel plus avancé et les antécédents de dysménorrhée. Des éléments psychosociaux tels qu'anxiété et dépression ont également été mis en relation avec une douleur plus importante.

Les aspects de la procédure susceptibles d'affecter l'intensité de la douleur sont notamment la dilatation cervicale, la manipulation de l'utérus, les compétences et la technique clinique du prestataire et l'environnement physique. Certaines femmes supportent mieux la douleur que d'autres mais chaque femme doit se voir proposer et dispenser des méthodes de contrôle de la douleur.

Elle est en droit de les refuser si tel est son choix.

Exemple de programme de contrôle de la douleur

- *Analgésiques oraux administrés 30 minutes avant la procédure d'AMIU*
- *Bloc paracervical*
- *Approches non pharmacologiques, par exemple réconfort verbal et technique clinique douce*

3.2 Programme de contrôle de la douleur

Avant la procédure, le prestataire doit élaborer avec la patiente un programme de contrôle de la douleur. L'objectif d'un tel programme est d'atténuer la douleur physique et l'anxiété et de limiter les risques et les effets indésirables des médicaments.

Lors d'une évacuation utérine, on peut atténuer la douleur par une association d'un soutien verbal, de médicaments oraux, d'un bloc paracervical, d'une technique clinique compétente et délicate et d'un environnement apaisant. La sédation consciente est une option envisageable au sein des centres où cette technique est proposée. Une anesthésie générale augmente le risque de complications et est déconseillée lors d'une procédure de routine.

- Expliquer à la patiente que la procédure d'AMIU dure généralement moins de dix minutes mais que, pendant ce temps et peut-être par après, elle éprouvera une certaine gêne.
- Discuter des différentes options envisageables pour atténuer la douleur et de leurs effets indésirables potentiels.
- Décider ensemble d'un programme de contrôle de la douleur en laissant à la patiente le choix des méthodes qui seront utilisées. Le prestataire de soins peut améliorer le degré de satisfaction des patientes en leur permettant de choisir la méthode qui lui convient le mieux.

Chaque centre de santé doit développer un protocole réaliste de contrôle de la douleur et veiller à assurer la fourniture des

médicaments nécessaires.

3.3 Méthodes non pharmacologiques de contrôle de la douleur

Les méthodes non pharmacologiques, par exemple réconfort verbal et physique, technique clinique douce et environnement apaisant, permettent d'atténuer l'anxiété de la patiente et sa perception de la douleur et ces méthodes doivent être envisagées lors de chaque procédure d'AMIU. La perception de la douleur est fortement affectée par le degré d'anxiété et la quantité d'informations qui ont été fournies à la patiente concernant la procédure. Un soutien respectueux de la part du personnel contribue à réduire l'anxiété et la douleur et doit faire partie intégrante des soins. Le prestataire de soins peut demander à la patiente quelles mesures de soutien elle préfère. Certaines femmes se sentiront plus détendues et plus à l'aise si une infirmière, un assistant ou leur partenaire leur tient compagnie pendant l'intervention. Le prestataire et le partenaire de la patiente doivent lui demander au préalable quelles sont ses préférences parmi les mesures de soutien proposées.

Réconfort verbal et physique

Un réconfort verbal et physique avant, pendant et après la procédure peut aider certaines femmes à se détendre.

Certains prestataires de soins utilisent même le terme de « verbacaine » ou « anesthésique verbal » pour désigner le processus de réconfort verbal. **Le réconfort verbal ne remplace cependant pas les méthodes pharmacologiques de contrôle de la douleur mais constitue un complément appréciable à ces méthodes.** Une patiente peut préférer le silence, une conversation distrayante ou des informations sur chacune des étapes de la procédure avant leur déroulement. Par exemple, le prestataire doit lui expliquer que les crampes qu'elle sentira à la fin de la procédure indiquent que celle-ci est presque terminée. Le prestataire doit également déterminer quelles sont ses préférences en matière de contact physique, par exemple lui tenir la main ou lui caresser le bras.

Technique clinique douce

Le prestataire doit toujours faire preuve de délicatesse lors de tout contact physique avec la patiente et veiller à ce que les instruments soient à une température confortable. Lors de l'insertion et du déplacement des instruments, il faut que ses mouvements soient bien contrôlés et se fassent en douceur. Un autre point important est de prévenir la patiente avant de la toucher et de lui expliquer à l'avance ce qu'elle va ressentir. Tout mouvement brutal ou soudain peut accroître la douleur.



Réconfort verbal

Quelques exemples de déclarations positives de soutien verbal

- « Que puis-je faire pour vous aider ? »
- « Quelle est la chose dont vous pensez qu'elle sera la plus pénible ? »
- « Je ne peux pas vous promettre que vous n'aurez pas mal du tout, mais je ferai de mon mieux pour rendre l'intervention la moins désagréable possible. »
- « Je resterai à côté de vous et vous pourrez me prendre la main pendant l'intervention. »

(Adapté d'après Stewart et al., 2002)

Environnement apaisant

Le personnel du centre peut créer un environnement apaisant en mettant en place une ambiance musicale et un éclairage appropriés. La musique est efficace pour soulager la douleur lors d'une aspiration intra-utérine et peut également s'avérer utile lors d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.

3.4 Méthodes pharmacologiques de contrôle de la douleur

Médicaments oraux

Il a été démontré lors d'essais cliniques qu'une prémédication par des analgésiques non stéroïdiens comme l'ibuprofène ou le naproxène diminue la douleur préopératoire et post-opératoire. Par ailleurs, une prémédication par des anxiolytiques oraux comme le lorazépam peut s'avérer bénéfique chez certaines patientes mais les résultats des essais cliniques ne sont pas en faveur de son utilisation systématique.

Anesthésie locale

Il a été démontré qu'un bloc paracervical par 20 ml de lidocaïne à 1% tamponnée administré trois minutes avant la dilatation du col de l'utérus diminue efficacement la douleur associée à la dilatation et à l'aspiration. Un bloc paracervical est une procédure peu dangereuse qui peut être effectuée par un médecin ou par un prestataire de niveau intermédiaire avant une aspiration intra-utérine.

Sédation consciente

La sédation consciente fait usage d'une association de médicaments administrés par voie intraveineuse tels que le fentanyl et le midazolam et constitue un moyen efficace de contrôler la douleur et d'améliorer la satisfaction de la patiente lors d'une procédure d'avortement. Par contre, elle augmente le coût, la complexité et les risques potentiels de la procédure. Un monitoring plus attentif implique que le centre investisse dans la formation et l'équipement pour pratiquer en toute sécurité la sédation consciente.

(Voir annexe A : Approches pharmacologiques du contrôle de la douleur lors d'AMIU.)

Les médicaments administrés à la patiente doivent avoir leur efficacité maximale au début de la procédure. Le prestataire doit constamment surveiller leurs effets indésirables et savoir réagir en cas de complication.

3.5 Contrôle de la douleur post-opératoire

Une certaine douleur est normale après une procédure d'évacuation utérine, même en l'absence de complications, à cause des contractions de l'utérus. Une douleur qui augmente au cours du temps nécessite une évaluation clinique. Des analgésiques tels que l'ibuprofène contribuent à soulager la douleur associée aux crampes. Le recours à des narcotiques n'est généralement pas nécessaire. Si on a administré des narcotiques ou d'autres analgésiques puissants avant, pendant ou après la procédure d'évacuation utérine, un suivi attentif sera éventuellement nécessaire, en fonction de la voie d'administration, de la dose et du type de médicament utilisé. Le prestataire de soins doit informer sa patiente de tous les choix possibles pour le contrôle de la douleur post-opératoire et lui fournir des instructions sur la manière d'utiliser les analgésiques qui lui seront éventuellement remis (voir rubrique 5.0 de ce module et annexe A : Approches pharmacologiques du contrôle de la douleur lors d'AMIU).

4.0 Procédure d'évacuation utérine

Étapes d'une procédure d'AMIU

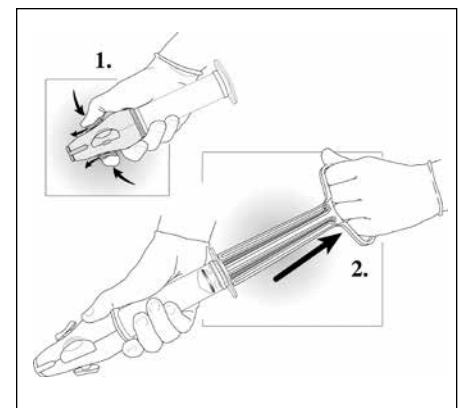
1. Préparation des instruments.
2. Préparation de la patiente.
3. Préparation antiseptique du col utérin.
4. Réalisation d'un bloc paracervical.
5. Dilatation du col de l'utérus.
6. Insertion de la canule.
7. Aspiration du contenu de l'utérus.
8. Examen des tissus.
9. Réalisation des éventuelles autres procédures concomitantes.
10. Réalisation des premières étapes post-opératoires, notamment le retraitement des instruments.

4.1 Étapes d'une procédure d'AMIU

Étape 1 : Préparation des instruments.

Le prestataire doit contrôler que l'aspirateur maintient le vide avant d'entamer la procédure d'AMIU et ensuite générer le vide pour l'évacuation pendant l'intervention (voir le module Instruments d'Ipas pour AMIU).

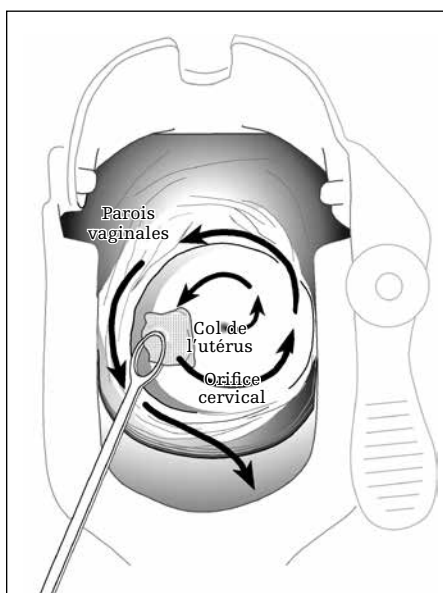
Lorsque l'on a des raisons de s'attendre à ce que le contenu de



Génération du vide



Réalisation d'un examen bimanuel



Préparation antiseptique du col

l'utérus soit abondant, par exemple en cas de môle hydatiforme, il peut être utile de prévoir plusieurs aspirateurs pour AMIU prêts à l'emploi. Il est également utile de toujours disposer d'un aspirateur de secours en cas de problèmes techniques. Sinon, le prestataire doit être prêt à vider et à réamorcer rapidement son unique aspirateur Ipas AMIU Plus si nécessaire (pour plus d'informations voir Annexe B : Équipement et fournitures pour l'évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus).

Étape 2 : Préparation de la patiente.

Administer des analgésiques de manière à ce qu'ils exercent leur effet maximal au début de la procédure. Administer une antibiothérapie prophylactique à toutes les patientes et des antibiotiques à titre thérapeutique si nécessaire. Demander à la patiente de vider sa vessie. L'aider gentiment à s'installer sur la table. Veiller à ce qu'elle soit bien installée et lui demander son autorisation avant de débiter la procédure.

- Se laver les mains et revêtir les équipements de protection nécessaires, notamment des gants.
- Pratiquer un examen bimanuel pour confirmer ou actualiser les observations faites lors de l'évaluation clinique préalable. Il est essentiel de disposer d'une évaluation précise de la taille et de la position de l'utérus avant de procéder à une évacuation utérine.
- Choisir ensuite un spéculum. Si l'on dispose de plusieurs tailles de spéculum, utiliser la taille adaptée à la patiente et à la réalisation de l'examen ou de la procédure. Insérer le spéculum.

Étape 3 : Préparation antiseptique du col utérin.

En appliquant toujours une technique sans contact, nettoyer l'orifice cervical et, si nécessaire, les parois vaginales à l'aide d'une compresse imbibée d'antiseptique. Avec chaque nouvelle compresse, partir de l'orifice cervical et effectuer un mouvement en spirale vers l'extérieur. Continuer jusqu'à avoir couvert entièrement l'orifice cervical d'antiseptique. Ne pas nettoyer le col utérin avec la compresse de gaze qui a déjà été utilisée pour nettoyer le vagin.

Étape 4 : Réalisation d'un bloc paracervical.

Dans la pratique clinique, les techniques d'administration du bloc paracervical varient selon les préférences du prestataire. La technique suivante, avec de légères variations, est utilisée dans le monde entier. Pour réduire au maximum le risque clinique, utiliser la dose d'anesthésique la plus faible possible, généralement 10 à 20 ml d'une solution de lidocaïne à 0,5 ou 1%. Lors de l'utilisation de lidocaïne, la dose recommandée doit être inférieure à 200 mg/patiente car une toxicité se manifeste à cette dose.

La solution de lidocaïne doit être injectée au niveau de la jonction cervico-vaginale, c'est-à-dire de la zone de transition entre l'épithélium cervical lisse et le tissu vaginal. Comparée au tissu cervical, la muqueuse vaginale est plus élastique et a un aspect plissé. Après l'insertion de l'aiguille mais avant d'injecter l'anesthésique local, toujours tirer légèrement sur le piston pour s'assurer que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau sanguin. Si l'on voit du sang dans la seringue, ne pas injecter le produit. Choisir un autre site d'injection et aspirer à nouveau avant d'injecter.

Étape 5 : Dilatation du col de l'utérus.

Une dilatation cervicale est nécessaire dans la plupart des cas, mais pas toujours. Une dilatation n'est pas nécessaire si le col utérin permet déjà le passage d'une canule de taille appropriée au travers de l'ouverture. Par contre, si le col utérin est fermé ou n'est pas encore suffisamment dilaté, la dilatation cervicale est une étape indispensable (voir le module Instruments d'Ipas pour AMIU).

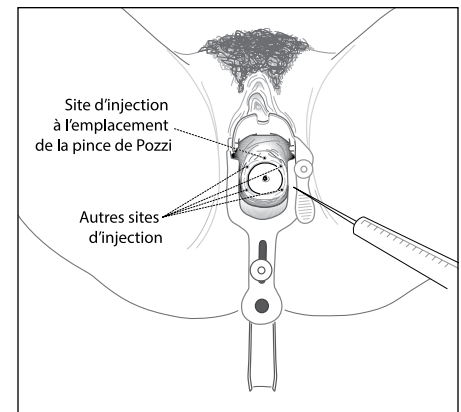
Il est essentiel d'examiner minutieusement la position de l'utérus et du col utérin et d'utiliser en douceur des instruments adaptés à l'anatomie de la patiente. Dilater le col utérin juste assez pour permettre le passage au travers de l'ouverture d'une canule correspondant approximativement à la taille utérine.

La dilatation doit se faire en douceur, sans jamais forcer. Utiliser des dilateurs mécaniques ou des canules pour AMIU de diamètre croissant, en veillant à ne pas lacérer le col et à ne pas créer une fausse ouverture en perforant les tissus. On peut utiliser la pince de Pozzi pour redresser l'orifice cervical afin de faciliter le passage des dilateurs. Une perforation utérine peut se produire, surtout si le prestataire se trompe sur la position, la taille et la profondeur du col ou s'il force le passage des instruments.

Les patientes enceintes de plus de 12 à 14 semaines nécessitent une préparation cervicale en raison de la nécessité d'une dilatation cervicale plus importante. On peut pour cela utiliser du misoprostol si on en dispose. Une préparation cervicale peut également s'avérer utile même à un âge gestationnel moins avancé chez les très jeunes femmes ou chez les patientes nullipares et peut être administrée à la discrétion du prestataire (voir annexe C : préparation cervicale avant une aspiration intra-utérine au cours du premier trimestre).

Étape 6 : Insertion de la canule.

Tout en exerçant une légère traction sur le col utérin, insérer la canule au travers de celui-ci, juste au-delà de l'orifice cervical et dans la cavité utérine. On peut éventuellement pousser lentement la canule dans la cavité utérine jusqu'à ce que celle-ci touche le fond de l'utérus, puis la reculer légèrement. La faire tourner en



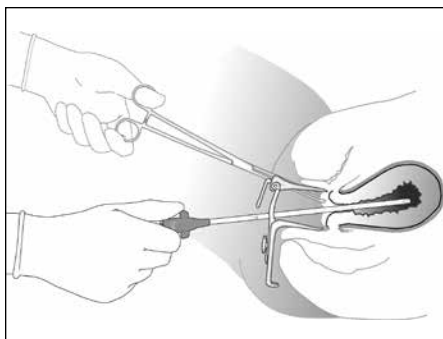
Bloc paracervical

Technique de réalisation d'un bloc paracervical

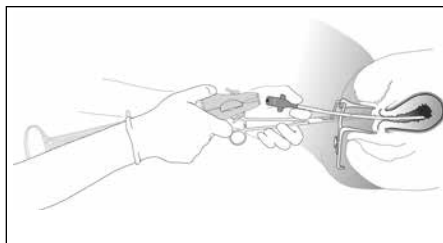
Cette technique est recommandée car il a été démontré qu'elle atténue la douleur associée à la dilatation et à l'aspiration utérine :

- Remplir une seringue de 20 ml de lidocaïne à 1% (tamponnée ou non). Pour tamponner la solution, utiliser 18 ml de lidocaïne à 1% lidocaïne et 2 ml de bicarbonate de soude à 8,4%.
- Fixer une aiguille spinale 20G* à la seringue.
- Injecter 2 ml superficiellement dans le col de l'utérus à l'endroit où sera placée la pince de Pozzi (à 12 heures).
- Saisir le col de l'utérus avec la pince de Pozzi.
- Injecter les 18 ml restants, en quantités égales, sur tout le pourtour de la jonction cervico-vaginale, à 2, 4, 8 et 10 heures. Injecter de manière continue des régions superficielles vers les régions profondes, jusqu'à une profondeur de 3 cm, puis à nouveau vers les régions superficielles. Toujours aspirer avant d'injecter pour éviter d'injecter dans une veine.
- Attendre trois minutes avant de commencer à dilater le col de l'utérus.

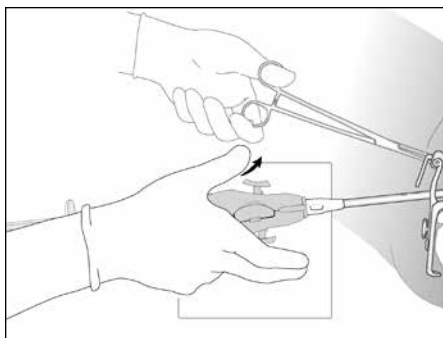
* On peut utiliser d'autres types d'aiguilles, par exemple une aiguille hypodermique ou l'aiguille d'une trousse IV.



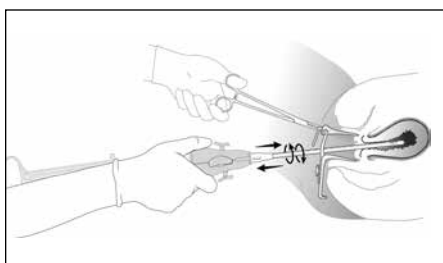
Insertion de la canule



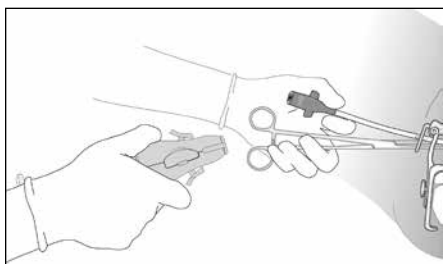
Fixation de l'aspirateur



Relâchement des boutons



Évacuation du contenu de l'utérus



Détachement de la canule
de l'aspirateur

exerçant une légère pression facilite souvent son insertion.

Ne pas forcer l'insertion de la canule dans l'utérus au travers de l'orifice cervical. Tout mouvement forcé peut causer une perforation utérine ou des lésions au col de l'utérus, aux organes pelviens ou aux vaisseaux sanguins. Surveiller tout signe de perforation utérine tout au long de la procédure et interrompre immédiatement l'aspiration en cas de perforation.

Étape 7 : Aspiration du contenu de l'utérus.

Raccorder l'aspirateur Ipas AMIU Plus préparé à la canule en tenant la pince de Pozzi et l'extrémité de la canule d'une main et l'aspirateur de l'autre. Enclencher l'aspiration en appuyant sur les boutons : l'aspiration commence immédiatement.

Évacuer le contenu de l'utérus en faisant tourner lentement et délicatement la canule de 180 degrés dans un sens, puis dans l'autre, tout en lui imprimant un mouvement de va-et-vient. On voit du sang et des débris tissulaires pénétrer dans le cylindre au travers de la canule. Il est important de veiller à ne pas sortir l'extrémité de la canule au-delà de l'ouverture du col car cela occasionnera une perte de vide. Si cela se produit ou si l'aspirateur est plein, déconnecter la canule de l'aspirateur et rétablir le vide.

Les canules Ipas EasyGrip® sont solidement fixées dans le corps de valve et il faut se montrer attentif lorsque l'on déconnecte la canule de l'aspirateur.

Les signes suivants indiquent que l'utérus est vide :

- On voit apparaître une mousse rouge ou rosée et il ne passe plus de tissus au travers de la canule
- On perçoit une sensation de rugosité lorsque la canule passe sur la paroi utérine
- L'utérus se contracte autour de la canule
- La patiente se plaint de crampes ou de douleur, ce qui indique des contractions utérines

Une fois la procédure terminée, enfoncer les boutons et déconnecter l'aspirateur de la canule. Les ailettes facilitent cette opération. On peut également retirer la canule et l'aspirateur simultanément sans appuyer sur les boutons. Garder les instruments prêts à l'emploi au cas où il faudrait reprendre l'aspiration.

Étape 8 : Examen des tissus.

Vider le contenu de l'aspirateur dans un récipient approprié en retirant la canule si celle-ci est encore fixée, en relâchant les boutons s'ils sont toujours enfoncés et en poussant doucement le piston pour l'enfoncer à fond dans le cylindre. Ne pas expulser le

contenu de l'aspirateur au travers de la canule, faute de quoi celle-ci serait contaminée. Garder les instruments prêts à l'emploi au cas où il faudrait reprendre l'aspiration.

Inspecter les tissus en accordant une attention toute particulière aux points suivants :

- présence et quantité de produits de conception (PDC)
- caractère complet de l'évacuation
- grossesse molaire

Si l'examen visuel n'est pas concluant, étirer les tissus, les immerger dans de l'eau ou du vinaigre et les examiner par transparence en les éclairant par le bas. Si nécessaire, on peut également envoyer un échantillon de tissu à un laboratoire d'anatomopathologie.

Le produit de l'aspiration doit contenir des villosités et des membranes (couche déciduale) visibles. Par ailleurs, la quantité des tissus doit correspondre à la taille utérine. En cas de grossesse molaire, on observe habituellement une quantité anormale de villosités choriales en grappe de raisin.

Si aucun produit de la conception n'est visible, si la quantité de tissus retirée de l'utérus est plus faible que prévu ou si l'échantillon de tissu ne permet pas de conclure, cela peut indiquer l'un des problèmes suivants :

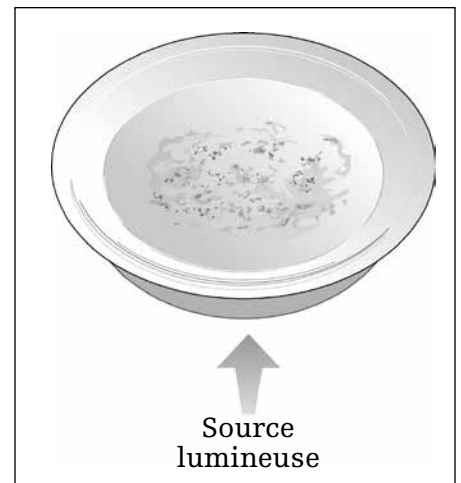
- *Avortement incomplet* : Les produits de conception se trouvent toujours dans la cavité utérine, même si celle-ci semblait vide à la fin de la procédure. Ce problème peut être la conséquence de l'utilisation d'une canule trop petite ou d'un arrêt prématuré de la procédure
- *Avortement spontané antérieur*
- *Grossesse arrêtée*
- *Suspicion de grossesse extra-utérine* : L'absence de villosités ou de membranes peut indiquer une grossesse extra-utérine et nécessite un suivi immédiat
- *Anomalie anatomique* : Par exemple, si l'utérus est bicorne ou cloisonné, il est possible que la canule ait été introduite d'un côté de l'organe alors que le produit de la conception se trouvait de l'autre côté

Si l'examen semble indiquer la présence de tissus résiduels dans l'utérus, on doit reprendre l'évacuation pour la terminer.

Nettoyer le col utérin avec un écouvillon propre pour évaluer la quantité de sang qui continue à s'écouler de l'utérus ou d'une autre source avant de retirer le spéculum. Si les saignements sont abondants et se prolongent ou si l'on identifie d'autres tissus,



Examen des tissus



Examen détaillé des tissus

le prestataire de soins doit agir en conséquence (voir le module Complications).

Faire appel à son jugement clinique pour déterminer si un examen bimanuel est nécessaire pour vérifier la taille et le tonus de l'utérus.

Étape 9 : Réalisation des éventuelles autres procédures concomitantes.

Lorsque la procédure d'AMIU est terminée, effectuer les procédures contraceptives ou les autres procédures supplémentaires requises, par exemple mise en place d'un stérilet, stérilisation féminine ou réparation d'une lacération du col.

Étape 10 : Réalisation des premières étapes post-opératoires, y compris le retraitement des instruments.

Lorsque l'évacuation utérine et les éventuelles procédures supplémentaires sont terminées, procéder aux étapes suivantes :

- Traiter ou éliminer immédiatement tous les instruments, y compris l'aspirateur et les canules, conformément aux procédures de traitement des instruments (voir le module Instruments d'Ipas pour AMIU).
- Retirer les équipements de protection, par exemple les gants, et se laver les mains.
- Dire à la patiente que la procédure est terminée.
- L'aider à trouver une position confortable sur la table.
- L'aider à se rendre dans la zone de repos.
- Consigner les informations sur la procédure conformément au protocole local.

4.2 Résolution des problèmes techniques impliquant les instruments

Le problème technique le plus fréquemment observé avec les instruments pour AMIU est une perte de vide. Dans la plupart des interventions d'AMIU, le vide dans l'aspirateur reste constant jusqu'à ce que celui-ci soit rempli à environ 80% de sa capacité, soit 50 ml. Une perte de vide peut cependant se produire avant la fin de l'aspiration pour les raisons suivantes :

- L'aspirateur est plein.
- On a reculé la canule au-delà de l'orifice cervical externe.
- La canule est obstruée.
- L'instrument n'a pas été correctement monté.

L'aspirateur est plein

Si l'aspirateur est plein au point que l'aspiration s'arrête :

- Relâcher les boutons.
- Détacher l'aspirateur de la canule en laissant celle-ci en place dans l'utérus.
- Vider l'aspirateur dans un récipient en enfonçant les boutons et pressant le piston dans le cylindre ou remplacer l'aspirateur.
- Rétablir le vide dans l'aspirateur, le refixer à la canule et reprendre l'aspiration.

Remarque : De nombreux cliniciens veillent à avoir un second aspirateur prêt à l'emploi à portée de main au cours de la procédure pour pouvoir changer d'aspirateur si le premier est plein.

La canule a été retirée prématurément

Si l'ouverture de la canule sort accidentellement de la cavité utérine au-delà de l'orifice cervical, retirer la canule en veillant à ne pas la contaminer au contact des parois vaginales ou d'autres surfaces non stériles :

- Détacher l'aspirateur de la canule, vider l'aspirateur, puis rétablir le vide.
- Réintroduire la canule si elle n'a pas été contaminée. Si elle a été contaminée, insérer une autre canule stérile ou traitée par désinfection de haut niveau.
- Reconnecter l'aspirateur, relâcher le vide et poursuivre l'aspiration.

La canule est obstruée

Si la canule est obstruée, on constate qu'il n'y a plus de tissus ou de bulles qui s'écoulent dans l'aspirateur :

- Reculer la canule en direction de l'ouverture du col, mais pas au-delà. Ce mouvement suffit souvent à déboucher la canule.

Si cela ne suffit pas :

- Enfoncer les boutons de la valve et retirer la canule de l'utérus, en veillant à ne pas la contaminer.
- Retirer les tissus qui obstruent l'ouverture de la canule à l'aide d'une pince stérile ou traitée par désinfection de haut niveau.

- Réintroduire la canule selon une technique sans contact.
- Reconnecter l'aspirateur et poursuivre la procédure.

Attention : Ne jamais tenter de déboucher une canule en repoussant le piston dans le cylindre.

Montage incorrect

Si l'aspirateur ne maintient pas le vide, le remonter et tester le vide de l'instrument. Un montage incorrect est la cause la plus probable d'une perte de vide (voir annexe G : Conseils d'utilisation de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et le module Instruments d'Ipas pour AMIU).

5.0 Soins post-opératoires

Les soins post-opératoires comprennent l'ensemble des services dispensés après la procédure et avant que la patiente ne quitte le centre. Il est essentiel d'identifier et de traiter les éventuelles complications survenues pendant ou immédiatement après l'intervention. En outre, les soins post-opératoires constituent une opportunité d'informer la patiente sur la manière d'identifier les complications susceptibles de survenir après qu'elle ait quitté le centre et d'obtenir un traitement pour ces complications.



Détermination des paramètres vitaux

5.1 Monitoring de l'état clinique

Juste après la fin de la procédure d'aspiration utérine, contrôler les paramètres vitaux de la patiente. La laisser se reposer et continuer à récupérer sous surveillance jusqu'à ce que ses paramètres vitaux soient revenus à la normale. La durée de cette période de récupération varie en fonction de l'état de la patiente, des problèmes éventuellement rencontrés au cours de l'intervention, du type d'analgésique administré et des éventuelles procédures annexes effectuées. Le rôle du monitoring est de :

- s'assurer que la patiente se remet bien de l'intervention et de l'administration péri-opératoire de médicaments ;
- déceler et traiter les éventuels symptômes de complications post-opératoires ;
- dispenser des conseils et, si nécessaire, aiguiller la patiente vers une institution compétente pour répondre à ses autres besoins en matière de santé génésique, y compris des conseils et des services en matière de contraception ;
- informer la patiente sur ce à quoi elle doit s'attendre et sur ce qu'elle devra faire après avoir quitté le centre.

Pendant la phase de récupération, l'état physiologique de la patiente doit faire l'objet d'un suivi attentif, notamment par le

contrôle des paramètres vitaux, conformément au protocole du centre. Le prestataire de soins doit évaluer la perte de sang à au moins deux reprises avant que la patiente ne quitte le centre afin de vérifier que le saignement et les crampes ont diminué. Il peut pour cela demander à la patiente de décrire les saignements, rechercher la présence de sang sur ses vêtements et d'examiner son apparence physique.

Une hémorragie grave s'accompagne de pâleur et d'une faiblesse croissante, avec éventuellement une diminution de la conscience et des douleurs abdominales. On peut parfois constater une chute de la tension artérielle ou une accélération de la fréquence cardiaque. Des crampes intenses et prolongées et des saignements abondants sont anormaux.

Si l'on observe l'un des symptômes suivants au cours de la période post-opératoire, la patiente nécessite un traitement médical immédiat ou un transfert d'urgence :

- *Affaiblissement physique important reflété par les paramètres vitaux ou l'état physiologique*
- *Vertiges, essoufflement ou évanouissement* : Ces symptômes peuvent indiquer une perte de sang interne ou externe ou une réaction vasovagale transitoire
- *Saignements vaginaux importants* : Un saignement post-opératoire est normal, mais il doit diminuer au cours du temps et des saignements excessifs peuvent indiquer un avortement incomplet, un manque de tonus de l'utérus, une lacération du col ou d'autres complications
- *Douleur abdominale intense ou crampes sévères* : Des crampes modérées sont normales en phase post-opératoire, mais leur intensité doit diminuer au cours du temps. Des crampes intenses et prolongées peuvent indiquer une perforation utérine ou une hématométrie post-abortum, qui est une accumulation de sang dans la cavité utérine pouvant se produire à la suite d'une évacuation utérine. Une hématométrie post-abortum peut survenir immédiatement après l'intervention ou après plusieurs jours.
- *Les signes d'hématométrie sont notamment un utérus augmenté de volume et sensible* : Une patiente qui présente une hématométrie doit subir une nouvelle procédure d'aspiration

5.2 Autres problèmes médicaux

En cas d'anémie ou de suspicion d'anémie, le prestataire doit fournir à la patiente des conseils en matière d'alimentation et éventuellement lui proposer un complément nutritionnel. L'anémie se traite notamment par des comprimés de fer et des aliments riches en fer comme les légumes verts et la viande rouge.



Exploration des sentiments

(Voir section 3.5 pour des informations sur le contrôle de la douleur post-opératoire.)

5.3 Suivi et soutien psychologiques

Les personnes qui assurent le suivi post-opératoire des patientes doivent être formées à évaluer leur état émotionnel et à y répondre en faisant preuve de tact, ainsi qu'à adapter en conséquence les soins qu'ils prodiguent. L'état psychologique de la patiente influence sa perception de la douleur ressentie et sa vitesse de récupération. Lorsque la patiente bénéficie d'un soutien psychologique, elle est mieux à même de comprendre et d'accepter sa situation médicale, les soins recommandés et les conséquences possibles pour sa santé.

Avant de quitter le centre, la patiente doit se voir proposer une assistance psychologique. Le prestataire peut l'aiguiller vers d'autres services si nécessaire, par exemple des services d'assistance aux femmes victimes de violences (voir le module Consentement éclairé, information et accompagnement).

5.4 Conseils en matière de contraception

Idéalement, des conseils en matière de contraception doivent être dispensés avant la procédure (comme décrit à la section 2.3) et la femme doit pouvoir choisir la méthode qu'elle préfère. En salle de repos, s'assurer que la patiente sait comment utiliser la méthode contraceptive choisie et répondre à toutes ses questions. Si elle n'a pas bénéficié de conseils en matière de contraception avant la procédure, ceux-ci peuvent être dispensés au cours de la période de récupération ou juste avant qu'elle ne quitte le centre (voir le module Services de contraception).

5.5 Phase de récupération et sortie du centre

Dans la majorité des cas, la phase de récupération sur place dure entre une demi-heure et une heure. Le protocole après une sédation varie selon les centres, mais on considère généralement que la récupération est complète lorsque la patiente est réveillée et a retrouvé sa vigilance, qu'elle est capable de marcher sans aide, que ses paramètres vitaux sont revenus à la normale et qu'elle se sent prête à s'en aller. En outre, elle doit présenter des signes de récupération normale de l'évacuation utérine et des éventuelles procédures supplémentaires, par exemple une diminution des saignements et de la douleur abdominale.

La patiente peut quitter le centre dès que son état physiologique est stable et qu'elle a reçu toutes les informations nécessaires concernant les soins de suivi.



Fourniture d'instructions concernant les médicaments

Une visite de suivi n'est pas nécessaire après une procédure d'aspiration utérine de routine. Certaines femmes souhaitent toutefois un suivi pour avoir l'assurance que la procédure s'est déroulée sans complications ou pour discuter de contraception ou de leurs autres problèmes de santé. Si la patiente le souhaite, le prestataire peut lui fixer rendez-vous pour une visite de suivi avant qu'elle quitte le centre.

Avant de quitter le centre, la patiente doit recevoir des recommandations et des informations post-opératoires, notamment :

- Instructions concernant la prise des éventuels médicaments qui lui ont été prescrits
- Informations sur la reprise de l'activité sexuelle, le retour de la fertilité et la contraception
- Signes d'un rétablissement normal
- Signes et symptômes nécessitant des soins d'urgence (voir encadré)
- Instructions écrites ou graphiques sur la manière d'obtenir des soins d'urgence avec, si possible, des informations de contact et un numéro de téléphone d'urgence accessible 24 heures sur 24
- Liste de services d'accompagnement et d'autres services dans les locaux du centre ou ailleurs
- Date, heure et lieu de la visite de suivi

Le renvoi vers des services compétents pour d'autres besoins génésiques et psychosociaux fait partie intégrante des soins d'avortement. Le prestataire doit veiller à ce que, à sa sortie du centre, la patiente dispose de toutes les informations et recommandations nécessaires pour se soigner et pour faire des choix en connaissance de cause pour ce qui concerne sa santé, sa fécondité et les soins ultérieurs (voir annexe D : Exemple de formulaire de renvoi pour des services cliniques et module Consentement éclairé, information et accompagnement).

5.6 Sortie des patientes ayant présenté des complications

Les patientes qui ont présenté des complications pendant ou après les soins d'avortement doivent éventuellement recevoir des instructions supplémentaires lorsqu'elles quittent le centre. Le prestataire doit insister tout particulièrement sur l'importance des soins de suivi. En outre, il est essentiel que les prestataires et les centres disposent de protocoles appropriés pour le suivi des patientes à haut risque de complications tardives ou de séquelles.

Signaux d'alerte après un avortement

Indiquer à la patiente qu'elle doit être attentive à l'apparition de signes et symptômes nécessitant des soins médicaux immédiats :

- Fièvre
- Frissons
- Vomissements
- Évanouissement
- Douleur intense
- Saignements abondants (plus important que lors des règles normales)

Les signes et symptômes suivants doivent être surveillés s'ils s'aggravent au lieu de diminuer avec le temps :

- Crampes prolongées (douleur ou crampes abdominale ou maux de dos persistant plus de quelques jours)
- Douleur abdominale ou distension abdominale
- Saignements prolongés (saignements légers persistant plus de deux semaines)
- Pertes vaginales anormales ou malodorantes
- Retard de la reprise des règles (plus de huit semaines)
- Étourdissements

(Adapté d'après OMS, 1995)

Toute femme qui présente une complication suite à une AMIU doit recevoir des explications claires et basées sur des éléments factuels sur la situation et être impliquée dans les décisions à prendre en ce qui concerne les options de traitement. La crainte de complications, éventuellement aggravée par la douleur, peut accroître le stress psychologique qui accompagne souvent une procédure d'avortement. La plupart des femmes gèrent mieux leur situation lorsqu'on leur fournit des informations précises et détaillées et qu'elles ont la possibilité de poser des questions et d'exprimer leurs sentiments.

(Voir annexe E : Document d'information à remettre à la patiente lors de sa sortie du centre et module Complications.)

6.0 Soins de suivi

Un suivi systématique n'est pas nécessaire après une évacuation utérine par AMIU. En cas de complications, la patiente doit revenir immédiatement au centre. Si elle souhaite des soins de suivi, une visite peut éventuellement être programmée une à deux semaines après un avortement. Si la patiente revient pour des soins de suivi, le prestataire doit :

1. Confirmer la réussite de l'avortement
 - a. Lui demander des informations sur son état de santé depuis la procédure, notamment l'intensité des saignements et si les symptômes de grossesse ont disparu ou non.
 - b. Procéder à un examen clinique.
 - c. En cas de doute, procéder à une échographie ou référer la patiente à un service d'échographie pour rechercher la présence d'un sac gestationnel ou déceler une éventuelle poursuite de la grossesse.
2. Stabiliser ou traiter les éventuels problèmes aigus ou orienter la patiente vers des services compétents pour leur prise en charge et, le cas échéant, s'assurer que les complications antérieures ont été résolues.
3. Pratiquer si possible une aspiration intra-utérine pour mettre fin à la procédure en cas de poursuite de la grossesse.
4. Informer la patiente de ce à quoi elle doit s'attendre après la fin ou la poursuite du traitement.
5. Passer en revue les résultats des éventuelles analyses de laboratoire.
6. Fournir une méthode contraceptive si la patiente le souhaite et ne l'a pas encore reçue.
7. Orienter la patiente vers des services compétents pour d'autres services médicaux, gynécologiques ou de conseil le cas échéant.

Des informations concernant chacune de ces étapes figurent dans le présent module, ainsi que dans les modules Évaluation clinique, Complications, Services de contraception et Consentement éclairé, information et accompagnement. Pour des exemples de formulaires utiles, voir annexe D : Exemple de formulaire de renvoi pour des services cliniques, annexe E : Document d'information à remettre à la patiente lors de sa sortie du centre et annexe F : Exemple de formulaire médical pour la visite de suivi.

7.0 Considérations particulières : adolescentes et très jeunes femmes

La plupart des aspects des soins d'avortement chez les adolescentes et les très jeunes femmes sont les mêmes que pour les femmes adultes mais il y a un certain nombre de considérations particulières dont il est nécessaire de tenir compte.

Dans le cas d'une adolescente, il s'agit vraisemblablement de son premier examen pelvien et elle risque fort de se sentir nerveuse ou d'avoir peur. Le prestataire de soins doit donc se montrer particulièrement attentif à :

- Veiller à garantir son intimité visuelle et si possible sonore.
- Expliquer à chaque étape ce qu'il fait.
- Pratiquer l'examen le plus délicatement possible. S'il dispose de plusieurs tailles de spéculum, utiliser la taille adaptée à la patiente et à la réalisation de l'examen ou de la procédure.

Une patiente nullipare est plus susceptible de présenter un col utérin étroit et nécessitera donc sans doute une dilatation plus progressive. Même si les patientes de tout âge nécessitent un contrôle de la douleur, la perception de la douleur et le recours à des analgésiques sont en moyenne plus importants chez les très jeunes femmes que chez les femmes plus âgées.

8.0 Considérations relatives aux soins après avortement

- La prise en charge des soins après avortement peut nécessiter une intervention d'urgence et l'état de la patiente peut évoluer rapidement à n'importe quel moment au cours des soins. Le prestataire doit demeurer attentif à toute modification de l'état psychologique et physiologique de la patiente tout au long de la procédure car ces modifications peuvent indiquer une complication.
- Les patientes dont l'état est instable en raison d'une hémorragie ou d'une infection généralisée doivent être stabilisées de toute urgence et un traitement doit être instauré sans délai. Le traitement peut nécessiter une évacuation utérine immédiate.

- Une dilatation cervicale est nécessaire dans certains cas.
- Un contrôle de la douleur doit être assuré, y compris un bloc paracervical pour atténuer la douleur liée à la manipulation du col.

9.0 Résumé

- Avant une procédure d'AMIU, le prestataire doit conseiller la patiente et obtenir son consentement éclairé, procéder à une évaluation clinique incluant un examen clinique et discuter de ses besoins en matière de contraception.
- Une évaluation précise de la taille et de la position de l'utérus est indispensable avant une procédure d'évacuation utérine. Le prestataire ne doit en aucun cas tenter une évacuation utérine sans avoir déterminé au préalable la taille de l'utérus.
- Une antibiothérapie prophylactique doit être administrée avant la procédure.
- Toutes les patientes qui ont recours à des services d'avortement doivent se voir proposer un programme de contrôle de la douleur et en bénéficier immédiatement. Les prestataires de soins doivent toujours dispenser des soins de manière douce et respectueuse et fournir des informations appropriées, qui aideront la patiente à rester calme et atténueront l'anxiété et la douleur.
- On peut réduire la douleur et l'inconfort au cours d'une procédure d'AMIU en associant le réconfort verbal, des médicaments oraux, un bloc paracervical, une technique clinique se déroulant en douceur et un environnement apaisant.
- Il est conseillé d'administrer un bloc paracervical à toutes les patientes qui subissent une procédure d'AMIU pour une évacuation utérine.
- La dilatation cervicale peut se faire mécaniquement à l'aide de dilatateurs ou de canules pour AMIU de diamètre croissant ou par administration de misoprostol. Une dilatation cervicale est nécessaire dans la plupart des cas, mais pas toujours. Une dilatation n'est pas nécessaire si le col utérin permet déjà le passage d'une canule de taille appropriée au travers de l'ouverture. Au-delà de 12 à 14 semaines de grossesse, une préparation du col est recommandée chez toutes les patientes.
- Les signes qui indiquent que l'utérus est vide sont les suivants : on voit apparaître une mousse rouge ou rosée et il ne passe plus de tissus au travers de la canule ; on perçoit une sensation de rugosité lorsque la canule passe sur la

paroi utérine ; l'utérus se contracte autour de la canule ; la patiente se plaint de crampes ou de douleur, ce qui indique des contractions utérines.

- Les tissus évacués doivent faire l'objet d'un examen minutieux pour déterminer la présence et la quantité de produits de conception et pour rechercher les signes d'évacuation complète ou de grossesse molaire.
- L'absence de produits de conception visibles, une quantité de tissus inférieure à celle attendue ou un échantillon de tissu non concluant peuvent indiquer un avortement incomplet, un avortement spontané antérieur, une grossesse arrêtée , une suspicion de grossesse extra-utérine ou une anomalie anatomique.
- Les problèmes techniques impliquant les instruments susceptibles de se produire lors d'une procédure d'AMIU sont notamment un aspirateur plein, une canule obstruée ou retirée prématurément ou une perte de vide due à un montage incorrect.
- Le rôle du suivi post-opératoire est de veiller à ce que la patiente se rétablisse normalement, de déceler et de traiter les éventuelles complications, de proposer un accompagnement et un renvoi et de fournir à la patiente des instructions et des informations lors de sa sortie.
- Une visite de suivi n'est pas nécessaire après une procédure d'aspiration intra-utérine de routine dans la mesure où la patiente a été correctement informée sur la manière d'obtenir des soins d'urgence et a reçu la méthode contraceptive de son choix. On peut prévoir une visite de suivi si la patiente veut avoir l'assurance que tout va bien après la procédure.
- Des protocoles de renvoi et des listes de ressources fournissant des informations simples, précises et à jour sont des composantes essentielles d'un système de renvoi efficace.
- Il est essentiel de fournir à la patiente des informations lui permettant d'identifier les éventuels signes d'alerte qui peuvent se manifester après qu'elle ait quitté le centre et d'obtenir une aide médicale le cas échéant.
- Chaque patiente doit se voir proposer des conseils en matière de contraception et, si elle le souhaite, une méthode contraceptive ou un renvoi vers des services de contraception avant de quitter le centre.

Bibliographie

Contrôle de la douleur

Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L. et Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception*, 74(5), 407–413.

Atrash, H. K., Cheek, T. G. et Hogue, C. J. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 158(2), 420–424.

Bélanger, E., Melzack, R. et Lauzon, P. (1989). Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain*, 36(3), 339–350.

Castleman, L. et Mann, C. (2009). *Manual vacuum aspiration (MVA) for uterine evacuation: Pain management* (Second Edition, ed.). Chapel Hill, NC: Ipas.

Dean, G., Cardenas, L., Darney, P. et Goldberg, A. (2003). Acceptability of manual versus electric aspiration for first trimester abortion: a randomized trial. *Contraception*, 67(3), 201–206.

Goodman, S., Wolfe, M., Hufbauer, E., Flaxman, G., Jackson, E., Kaminski, A. et al. (2012). *Early Abortion Training Workbook* (Fourth Edition ed.). San Francisco, CA: UCSF Bixby Center for Global Reproductive Health.

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Renner, R. M., Jensen, J. T., Nichols, M. D. et Edelman, A. B. (2010). Pain control in first-trimester surgical abortion: a systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*, 81(5), 372–388.

Renner, R. M., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Li, H. et Edelman, A. B. (2012). Paracervical block for pain control in first-trimester surgical abortion: a randomized controlled trial. *ObstetGynecol*, 119(5), 1030–1037.

Romero, I., Turok, D. et Gilliam, M. (2008). A randomized trial of tramadol versus ibuprofen as an adjunct to pain control during vacuum aspiration abortion. *Contraception*, 77(1), 56–59.

Singh, R. H., Ghanem, K. G., Burke, A. E., Nichols, M. D., Rogers, K. et Blumenthal, P. D. (2008). Predictors and perception of pain in women undergoing first trimester surgical abortion. *Contraception*, 78(2), 155–161.

- Smith, G. M., Stubblefield, P. G., Chirchirillo, L. et McCarthy, M. J. (1979). Pain of first-trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 133(5), 489–498.
- Stewart, F., Weitz, T., Wilcox, N. et Tracey, J. (2002). *Abortion provider training manual*. San Francisco, CA: UCSF Center for Reproductive Health Research and Policy.
- Suprpto, K. et Reed, S. (1984). Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 150(8), 1000–1001.
- Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N. T. et al. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 368(9551), 1965–1972.
- Wiebe, E., Podhradsky, L. et Dijak, V. (2003). The effect of lorazepam on pain and anxiety in abortion. *Contraception*, 67(3), 219–221.
- Wiebe, E. R. (1992). Comparison of the efficacy of different local anesthetics and techniques of local anesthesia in therapeutic abortions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 167(1), 131–134.
- Wiebe, E. R. et Rawling, M. (1995). Pain control in abortion. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 50(1), 41–46.
- Wiebe, E. R., Rawling, M. et Janssen, P. (1996). Comparison of 0.5% and 1.0% lidocaine for abortions. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 55(1), 71–72.
- Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W. et Ho, P. C. (2002). A randomized, double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction*, 17(5), 1222–1225.
- Procédure d'AMIU*
- Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L. et Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception*, 74(5), 407–413.
- Atrash, H. K., Cheek, T. G. et Hogue, C. J. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 158(2), 420–424.
- Bélangier, E., Melzack, R. et Lauzon, P. (1989). Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain*, 36(3), 339–350.
- Castleman, L. et Mann, C. (2009). *Manual vacuum aspiration (MVA) for uterine evacuation: Pain management (Second Edition)*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Dean, G., Cardenas, L., Darney, P. et Goldberg, A. (2003). Acceptability of manual versus electric aspiration for first trimester abortion: a randomized trial. *Contraception*, 67(3), 201–206.
- Goodman, S., Wolfe, M., Hufbauer, E., Flaxman, G., Jackson, E., Kaminski, A. et al. (2012). *Early Abortion Training Workbook (Fourth Edition)*. San Francisco, CA: UCSF Bixby Center for Global Reproductive Health.
- Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

- Renner, R. M., Jensen, J. T., Nichols, M. D. et Edelman, A. B. (2010). Pain control in first-trimester surgical abortion: a systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*, 81(5), 372–388.
- Renner, R. M., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Li, H. et Edelman, A. B. (2012). Paracervical block for pain control in first-trimester surgical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 119(5), 1030–1037.
- Romero, I., Turok, D. et Gilliam, M. (2008). A randomized trial of tramadol versus ibuprofen as an adjunct to pain control during vacuum aspiration abortion. *Contraception*, 77(1), 56–59.
- Singh, R. H., Ghanem, K. G., Burke, A. E., Nichols, M. D., Rogers, K. et Blumenthal, P. D. (2008). Predictors and perception of pain in women undergoing first trimester surgical abortion. *Contraception*, 78(2), 155–161.
- Smith, G. M., Stubblefield, P. G., Chirchirillo, L. et McCarthy, M. J. (1979). Pain of first-trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 133(5), 489–498.
- Stewart, F., Weitz, T., Wilcox, N. et Tracey, J. (2002). Abortion provider training manual. San Francisco, CA: UCSF Center for Reproductive Health Research and Policy.
- Suprpto, K. et Reed, S. (1984). Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 150(8), 1000–1001.
- Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N. T. et al. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 368(9551), 1965–1972.
- Wiebe, E., Podhradsky, L. et Dijak, V. (2003). The effect of lorazepam on pain and anxiety in abortion. *Contraception*, 67(3), 219–221.
- Wiebe, E. R. (1992). Comparison of the efficacy of different local anesthetics and techniques of local anesthesia in therapeutic abortions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 167(1), 131–134.
- Wiebe, E. R. et Rawling, M. (1995). Pain control in abortion. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 50(1), 41–46.
- Wiebe, E. R., Rawling, M. et Janssen, P. (1996). Comparison of 0.5% and 1.0% lidocaine for abortions. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 55(1), 71–72.
- Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W. et Ho, P. C. (2002). A randomized, double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction*, 17(5), 1222–1225.

Soins post-opératoires

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

Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Soins de suivi

American Medical Women's Association. (1997). Module 7: Abortion *Fourth-year elective curriculum in reproductive health*. Alexandria, VA: American Medical Women's Association.

Hern, W. M. (1984). *Abortion Practice*. Philadelphia, Pa: Lippincott Company.

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

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

Paul, M., Lichtenberg, E. S., Borgatta, L., Grimes, D. A. et Stubblefield, P. G. (Eds.). (1999). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York: Churchill Livingstone.

Planned Parenthood Federation of America. (2000). *Manual of medical standards and guidelines, Section VII-A-1, Abortion*. New York: PFFA.

Rademakers, J. (1995). *Abortus in Nederland 1991–1992*. Utrecht: Stimezo Nederland.

Annexe A : Approches pharmacologiques du contrôle de la douleur lors d'AMIU

Analgésiques

Les médicaments cités ci-après sont fréquemment utilisés pour assurer le contrôle de la douleur lors d'une évacuation utérine mais il existe de multiples autres possibilités.

Ce tableau ne reprend pas les anesthésiques généraux. Les anxiolytiques et les narcotiques peuvent induire une dépression respiratoire, surtout lorsqu'ils sont utilisés simultanément. Dès lors, en cas d'utilisation concomitante, il convient de réduire les doses par rapport à celles administrées lorsqu'ils sont employés séparément. Lorsque des médicaments sont administrés par voie intraveineuse juste avant la procédure, l'administration doit être lente et intermittente et être effectuée par un prestataire formé à cet effet. On peut éviter les effets indésirables susceptibles de poser problème en injectant à plusieurs reprises de faibles doses par voie intraveineuse jusqu'à parvenir au degré d'analgésie et de sédation voulu chez la patiente. L'effet maximal des analgésiques doit se manifester pendant la procédure afin d'éviter une sédation post-opératoire excessive.

Même les cliniciens qui ne recourent qu'à un plus faible degré de sédation pour assurer l'analgésie doivent être à même de traiter un arrêt respiratoire dans l'éventualité fort peu probable d'un surdosage accidentel. Les prestataires de soins doivent être formés au dégagement des voies respiratoires et à la réanimation cardio-pulmonaire et du matériel de réanimation et des antagonistes appropriés (naloxone et flumazénil) doivent être disponibles.

Type de médicament	Nom générique	Posologie et moment d'administration	Demi-vie	Effets indésirables	Commentaires
Anesthésique local	Xylocaïne	15 à 20 ml d'une solution à 0,5% ou à 1% pour le bloc paracervical ; ne pas dépasser 4,5 mg/kg	60 à 90 minutes	Bourdonnements d'oreille, étourdissements, engourdissement des lèvres, de la bouche et de la langue, goût métallique, convulsions (rare)	Tirer légèrement sur le piston avant de procéder à l'injection pour éviter une injection intravasculaire. Attendre trois minutes pour que le médicament agisse. Les réactions bénignes (démangeaisons, éruption cutanée, urticaire) peuvent être traitées par l'administration de 25 à 50 mg de diphényhydramine par voie IM ou IV. En cas de réaction intense ou de détresse respiratoire, mettre immédiatement en place une ligne intraveineuse. Administrer 0,4 mg d'adrénaline par voie sous-cutanée et 5 mg de diazépam par injection IV lente. Mettre en place une assistance respiratoire. En cas de respiration sifflante, des inhalations peuvent s'avérer utiles. Les réactions allergiques sont extrêmement rares. Les réactions peuvent être dues aux conservateurs présents dans les flacons multidose. Les allergies à la lidocaïne sans conservateurs sont extrêmement rares.
AINS	Ibuprofène	oralement : 400 à 800 mg une heure avant la procédure	4 à 6 heures	Possibilité de troubles gastro-intestinaux	Ne pas utiliser chez les patientes souffrant d'ulcère peptique actif ou d'insuffisance rénale

Annexe A : Approches pharmacologiques du contrôle de la douleur lors d'AMIU (suite)

Type de médicament	Nom générique	Posologie et moment d'administration	Demi-vie	Effets indésirables	Commentaires
AINS	Naproxène	oralement : 550 mg une heure avant la procédure	4 à 6 heures	Possibilité de troubles gastro-intestinaux	Ne pas utiliser chez les patientes souffrant d'ulcère peptique actif ou d'insuffisance rénale
	Kétorolac	oralement : 20 mg une heure avant la procédure IV : 30 mg administrés en au moins 15 secondes 30 à 60 minutes avant la procédure IM : 60 mg 30 à 60 minutes avant la procédure Chez les patientes pesant moins de 50 kg, toutes les doses doivent être divisées par deux	4 à 6 heures		Une dose IM unique de kétorolac avant une intervention chirurgicale permet de diminuer le recours à des opiacés et la douleur postopératoire (de Oliveira 2012, Roche 2012). Ne pas utiliser chez les patientes souffrant d'ulcère peptique actif, d'insuffisance rénale, qui allaitent ou qui présentent une sensibilité vis-à-vis d'autres AINS. Une douleur aiguë doit être traitée par des narcotiques plutôt qu'en augmentant la dose de kétorolac au-delà de la dose recommandée.
Analgésique	Paracétamol	oralement : 500 à 1000 mg 30 à 60 minutes avant la procédure	4 à 6 heures		Ne constitue pas un analgésique de première ligne pour une aspiration intra-utérine ou un avortement médicamenteux. Peut être utilisé comme antipyrétique. Risque de toxicité hépatique en cas de surdosage (dose maximale = 4000 mg/jour).
Association narcotique/ analgésique	Paracétamol 500 mg + hydrocodone 5 mg	oralement : 1 à 2 comprimés une heure avant la procédure	4 à 6 heures	Somnolence, étourdissements, nausées et vomissements, dépression du système nerveux central et dépression respiratoire	En cas de difficultés respiratoires, mettre en place une assistance respiratoire (dégagement des voies respiratoires, administration d'oxygène et masque Ambu) et administrer de la naloxone (voir ci-dessous). Faire preuve de prudence en cas d'association avec d'autres médicaments contenant de paracétamol. Toxicité hépatique en cas de surdosage de paracétamol (dose maximale = 4000 mg/jour).
	Paracétamol 300 mg + codéine 30 mg	oralement : 1 à 2 comprimés une heure avant la procédure	3 à 6 heures	Somnolence, étourdissements, nausées et vomissements, dépression du système nerveux central et dépression respiratoire	En cas de difficultés respiratoires, mettre en place une assistance respiratoire (dégagement des voies respiratoires, administration d'oxygène et masque Ambu) et administrer de la naloxone (voir ci-dessous). Faire preuve de prudence en cas d'association avec d'autres médicaments contenant de paracétamol. Toxicité hépatique en cas de surdosage de paracétamol (dose maximale = 4000 mg/jour)

(suite à la page suivante)

Annexe A : Approches pharmacologiques du contrôle de la douleur lors d'AMIU

Type de médicament	Nom générique	Posologie et moment d'administration	Demi-vie	Effets indésirables	Commentaires
Narcotique	Mépidine	oralement : 100 à 150 mg 30 à 60 minutes avant la procédure IV : 25 à 50 mg 5 à 15 minutes avant la procédure IM/SC : 50 à 100 mg 30 à 90 minutes avant la procédure	4 à 6 heures	Somnolence, étourdissements, nausées et vomissements, dépression du système nerveux central et dépression respiratoire, hypotension, convulsions	En cas de difficultés respiratoires, mettre en place une assistance respiratoire (dégagement des voies respiratoires, administration d'oxygène et masque Ambu) et administrer de la naloxone (voir ci-dessous). Effet plus rapide et durée d'action plus brève que la morphine. 60 à 80 mg de mépidine = 10 mg de morphine
	Fentanyl	IV : 50 à 100 µg juste avant la procédure (cette dose peut être répétée toutes les 10 à 15 minutes, ne pas dépasser 250 µg) IM : 50 à 100 µg 30 à 60 minutes avant la procédure	30 à 60 minutes	Somnolence, étourdissements, nausées et vomissements, dépression du système nerveux central et dépression respiratoire, hypotension, convulsions	En cas de difficultés respiratoires, mettre en place une assistance respiratoire (dégagement des voies respiratoires, administration d'oxygène et masque Ambu) et administrer de la naloxone (voir ci-dessous). Effet plus rapide et durée d'action plus brève que la mépidine 100 µg de fentanyl = 75 mg de mépidine = 10 mg de morphine L'effet commence à se manifester 2 à 7 minutes après administration IV.
	Tramadol	IV/IM : 50 à 100 mg 15 à 30 minutes avant la procédure. oralement/en suppositoire : 50 à 100 mg 60 à 90 minutes avant la procédure.	4 à 6 heures	Somnolence, étourdissements, faiblesse, sudation, fatigue, convulsions	En cas de difficultés respiratoires, mettre en place une assistance respiratoire (dégagement des voies respiratoires, administration d'oxygène et masque Ambu) et administrer de la naloxone (voir ci-dessous). Moindre dépression respiratoire qu'avec la morphine ou la mépidine 100 mg de tramadol = 10 mg de morphine
Anxiolytique (benzodiazépine)	Diazépam	oralement : 10 mg une heure avant la procédure IV : 2 à 5 mg 20 minutes avant la procédure			
	Midazolam	IV : 1 à 2 mg immédiatement avant la procédure puis 0,5 à 1 mg toutes les cinq minutes si nécessaire, ne pas dépasser 5 mg IM : 0,07 à 0,08 mg/kg ou environ 5 mg jusqu'à une heure avant la procédure			

Annexe A : Approches pharmacologiques du contrôle de la douleur lors d'AMIU (suite)

Type de médicament	Nom générique	Posologie et moment d'administration	Demi-vie	Effets indésirables	Commentaires
Anxiolytique (benzodiazépine)	Lorazépam	oralement : 1 à 2 mg 30 à 60 minutes avant la procédure IV : 2 mg à administrer en une minute avant la procédure IM : 0,05 mg/kg avec un maximum de 4 mg dans les 2 heures qui précèdent la procédure	14 heures	14 heures	En cas de difficultés respiratoires, mettre en place une assistance respiratoire (dégagement des voies respiratoires, administration d'oxygène et masque Ambu) et administrer du flumazénil (voir ci-dessous). Effet amnésiant. Peut occasionnellement aggraver l'anxiété de la patiente.
Antidotes des narcotiques	Naloxone	IV : un flacon de 0,4 mg dans 10 ml de sérum physiologique. Administrer 1 ml (4 µg/ml) toutes les deux minutes jusqu'à inversion des effets			La durée d'action de la naloxone est d'une heure et son activité peut s'atténuer avant celle du narcotique. Par conséquent, les patientes traitées par la naloxone doivent faire l'objet d'un monitoring attentif pendant plusieurs heures. Veiller à la perméabilité des voies respiratoires et surveiller la respiration lors de l'administration de naloxone.
Antidote des benzodiazépines	Flumazénil	IV : 0,2 mg toutes les minutes jusqu'à reprise de la respiration. Ne pas dépasser 1 mg			La durée d'action du flumazénil est d'une heure et son activité peut s'atténuer avant celle de la benzodiazépine. Par conséquent, les patientes traitées par le flumazénil doivent faire l'objet d'un monitoring attentif pendant plusieurs heures. En cas de surdosage de narcotiques et de benzodiazépines, commencer par neutraliser l'effet du narcotique par la naloxone puis administrer du flumazénil si nécessaire. Veiller à la perméabilité des voies respiratoires et surveiller la respiration lors de l'administration de flumazénil.

Bibliographie :

De Oliveira, G. S., Agarwal, D. et Benzon, H. T. (2012). Perioperative single dose ketorolac to prevent postoperative pain: a meta-analysis of randomized trials. *Anesthesia & Analgesia*, 114(2), 424–433.

Roche, N. E., Li, D., James, D., Fechner, A. et Tilak, V. (2011). The effect of perioperative ketorolac on pain control in pregnancy termination. *Contraception*.

Annexe B : Équipement et fournitures pour l'évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus

- Équipements de protection personnelle tels que gants et protection du visage
- Table de gynécologie avec étriers
- Éclairage puissant
- Aspirateur Ipas AMIU Plus
- Lubrifiant pour l'aspirateur
- Choix de canules Ipas EasyGrip
- Spéculum
- Pince de Pozzi
- Petit récipient avec pince à compresse et gaze
- Dilatateurs mécaniques progressifs (de Pratt ou de Denniston) ou canules de taille croissante
- Seringue de 10 ou 20 ml
- Aiguille spinale ou hypodermique 20-23G ou aiguille d'une trousse IV
- Applicateur avec gaze
- Bassine de taille moyenne
- Pince à becs lisses
- Passoire
- Bassine transparente
- Betadine® ou autre antiseptique sans alcool
- Xylocaïne 0,5% sans adrénaline (pour le bloc paracervical)

Annexe C : Préparation cervicale avant une aspiration intra-utérine au cours du premier trimestre

Une préparation cervicale est recommandée avant une aspiration intra-utérine chez toutes les patientes au-delà de 12 à 14 semaines de grossesse. Le prestataire peut proposer une préparation cervicale avant 12 à 14 semaines de grossesse mais ce n'est pas systématiquement nécessaire. Au cours du premier trimestre, le recours à une préparation cervicale est associé à une diminution de la durée de la procédure et à un moindre risque d'avortement incomplet. Néanmoins, comme l'aspiration intra-utérine au cours du premier trimestre est une procédure extrêmement sûre, on ignore si une préparation cervicale diminue le risque de complications graves telles que des lésions du col et de l'utérus.

Les patientes peuvent être confrontées à des effets indésirables des médicaments ou des dilateurs, par exemple douleur plus intense, saignements et nausées. La préparation cervicale augmente la complexité, le coût et la durée totale nécessaire pour pratiquer un avortement. Ces inconvénients doivent être mis en balance par rapport aux bénéfices de la préparation cervicale. Chez les patientes à plus haut risque de complications (adolescentes et très jeunes femmes, patientes nullipares, patientes présentant des anomalies du col de l'utérus ou âge gestationnel plus avancé) ou lorsque le prestataire manque d'expérience, une préparation cervicale peut s'avérer bénéfique même avant 12 à 14 semaines de grossesse.

Le tableau ci-dessous reprend les options possibles pour la préparation cervicale. Le choix dépendra de la disponibilité, du coût, des aspects pratiques et des préférences du prestataire. Si l'on opte pour le misoprostol, son administration par voie vaginale engendre moins d'effets indésirables systémiques que la voie sublinguale. Le misoprostol ne doit pas être administré plus de trois heures avant un avortement car il augmente le risque que la patiente expulse le produit de conception avant le début de la procédure.

Dose	Voie d'administration	Moment
Misoprostol	400 µg par voie vaginale	3 heures avant la procédure
Misoprostol	400 µg par voie vaginale	2 à 3 heures avant la procédure
Mifépristone	200 mg oralement	24 à 48 heures avant la procédure
Dilatateurs osmotiques	Insérés dans le col de l'utérus	6 à 24 heures avant la procédure

Annexe D : Exemple de formulaire de renvoi

Renvoi :

Ce formulaire ou un autre formulaire équivalent doit être complété pour toute patiente que l'on oriente vers une autre institution pour des soins supplémentaires. Comme il reprend des informations médicales confidentielles concernant la patiente, notamment sur ses antécédents, le prestataire doit lui demander si cela ne la met pas mal à l'aise d'amener le formulaire avec elle. Si cela ne la gêne pas, elle peut remettre elle-même le formulaire à l'institution de référence ; dans le cas contraire, le prestataire doit trouver un autre moyen de faire en sorte que l'institution de référence reçoive les informations nécessaires.

Nom et informations de contact du centre ou du prestataire à qui l'on renvoie la patiente :

Informations concernant la patiente

Nom : _____ Âge : _____

Motif du renvoi (indiquer uniquement les antécédents médicaux importants dans la section « Antécédents » ci-dessous)

- Services de contraception Accompagnement
- Dépistage/traitement d'une infection sexuellement transmissible
- Dépistage du cancer Services d'assistance pour les femmes victimes de violence
- Autres services de santé ou services sociaux (à spécifier) _____
- Traitement (**indiquer ci-dessous toutes les informations pertinentes**)

Diagnostic : _____

Antécédents (antécédents génésiques, notamment nombre de grossesses, de naissances, etc.) :

État clinique (paramètres vitaux, observations lors de l'examen clinique et pelvien) :

Traitement initial (fluides, médicaments, procédures, autres mesures médicales) :

Évaluation de l'état de la patiente/autres informations :

Professionnel de santé (nom en capitales)

Signature

Lieu (hôpital, centre de santé)

Date

Annexe E : Document d'information à remettre à la patiente lors de sa sortie du centre

Comment prendre soin de vous

- Ne reprenez vos activités normales que lorsque vous vous en sentirez capable.
- Mangez normalement.
- Les douches, les bains et la pratique de la natation sont autorisés.
- Prenez correctement tous les médicaments qui vous ont été remis :
_____ est un médicament contre la douleur.

Prenez-en ____ comprimé(s) toutes les ____ heure(s) si nécessaire.

Autres médicaments : _____

- Appelez le centre (au numéro _____) ou revenez-y avant la date prévue si quelque chose vous inquiète.
- Si on vous a fourni une méthode contraceptive, commencez immédiatement à l'utiliser. Vous pouvez redevenir enceinte presque immédiatement après un avortement. Si on ne vous a pas fourni de méthode contraceptive mais que vous souhaitez en utiliser une, revoyez votre prestataire dès que possible. Entre-temps, abstenez-vous de tout rapport sexuel ou utilisez des préservatifs pour éviter une grossesse.

Quelles sont les choses à éviter ?

- Si vous ne voulez pas redevenir enceinte, évitez d'avoir des relations sexuelles jusqu'à ce que votre méthode contraceptive ait le temps d'exercer ses effets. Abstenez-vous d'utiliser une éponge vaginale, un diaphragme ou une cape cervicale tant que les saignements persistent.
- Évitez les douches vaginales pendant une semaine après la procédure. Le recours fréquent à des douches vaginales est déconseillé, sauf prescription contraire.

Qu'est-ce qui est normal ?

- Des saignements et des crampes comparables à ceux survenant lors de vos règles normales pendant jusqu'à une semaine ; des saignements diffus peuvent persister plusieurs semaines.
- Une légère fatigue durant quelques jours.
- Il n'existe pas de réaction psychologique « normale » après un avortement. Certaines femmes éprouvent un sentiment de soulagement, d'autres de la tristesse. Si vous éprouvez de fortes émotions, cela vous aidera peut-être de parler de vos sentiments à une amie ou un proche en qui vous avez confiance ou à un prestataire de soins.

Demandez immédiatement des soins si vous présentez l'un des symptômes anormaux suivants.

Qu'est-ce qui est anormal ?

- | | |
|--|---------------------------------|
| • Fièvre | • Douleur abdominale |
| • Nausées, vomissements | • Pertes vaginales malodorantes |
| • Étourdissements, vertiges ou évanouissement | • Crampes intenses |
| • Saignements plus abondants que lors de vos règles normales | |

(Adapté d'après EngenderHealth, 2002b et Policar et al., 1999)

Annexe F : Exemple de formulaire médical pour la visite de suivi (si nécessaire)

Nom _____ Date _____

Informations de contact _____

Avortement par aspiration intra-utérine :

Date de la procédure _____ Nom du prestataire et du centre _____

Avortement médicamenteux :

Date d'administration : mifépristone _____ misoprostol _____

Interrogatoire

Saignements actuellement ? Oui __ Non __ Quantité _____ Durée _____

Caillots ? Oui __ Non __ Taille _____ Sang rouge vif _____

Douleur/crampes actuellement ? Oui __ Non __ Localisation _____ Légères __ Modérées __
Intenses __ Durée _____

Analgésiques ? Oui __ Non __ Quand _____ Soulagement _____

Fièvre ? Oui __ Non __ Quand _____ Combien de temps _____

Température la plus forte _____

Antibiotiques prescrits ? Oui __ Non __
Si oui, prescription d'antibiotiques fournie ?
Oui __ Non __ Si non, pourquoi ? _____

Méthode contraceptive
actuellement utilisée ? Oui __ Non __
Si oui, quel type ? _____
Si oui, satisfaite de cette méthode ? Oui __ Non __

État psychologique :
Comment la patiente se sent-elle actuellement ? _____

Annexe F : Exemple de formulaire médical pour la visite de suivi (*suite*)

Utérus :
taille ___ semaines ___ sensibilité ___

Col utérin :
sensibilité lors de la mobilisation ? Oui ___ Non ___

Abdomen:
elâché/non sensible ? Oui ___ Non ___

Annexes :
sensibilité à la palpation ? Oui ___ Non ___

Masse ? Oui ___ Non ___

Examen au spéculum effectué ? Oui ___ Non ___

Fréquence cardiaque : _____ Temperature : _____ Tension artérielle : _____

Hgb/Hct: _____ Autres résultats de laboratoire : _____

Commentaires : _____

Programme : _____

Nouvelle procédure d'évacuation (le cas échéant)

Remarques concernant la nouvelle procédure d'évacuation : _____

Suivi

Médicaments recommandés : _____

Renvoi (le cas échéant)

Motif du renvoi et institution de référence : _____

(Adapté d'après Hern, 1984 et Paul, 1999)

Annexe G : Conseils d'utilisation de l'aspirateur Ipas AMIU Plus

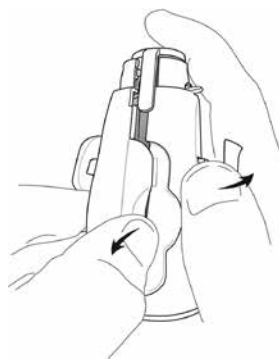
Retrait du capuchon

Appuyer d'une main sur les pattes de libération du capuchon et retirer le capuchon de l'autre main.



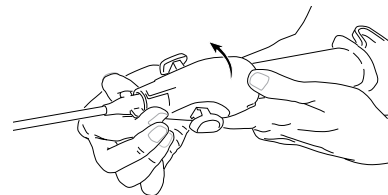
Ouverture du corps de la valve

Retirer le corps de la valve du cylindre. Placer le pouce droit contre le bouton de la valve de droite et le pouce gauche sur le verrou de la valve. Avec le pouce gauche, tirer le verrou de la valve vers le haut et vers la gauche tout en poussant le corps de la valve vers le bas et vers l'extérieur avec le pouce droit.



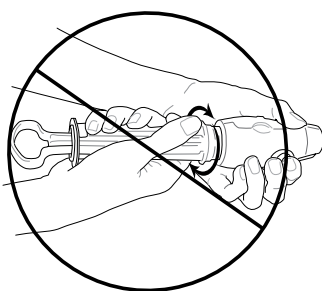
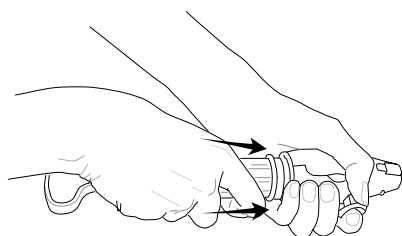
Déconnexion et reconnexion de la canule Ipas EasyGrip

S'il est nécessaire de déconnecter la canule au cours de la procédure : stabiliser la canule en la maintenant par sa base d'une main et la maintenir immobile ; maintenir l'aspirateur de l'autre main en le tenant par le corps de la valve, le faire tourner et le séparer délicatement de la canule. Pour reconnecter la canule, maintenir l'aspirateur par le corps de la valve (et non par le cylindre) et y enfoncer fermement la base de la canule, en tournant légèrement si nécessaire.



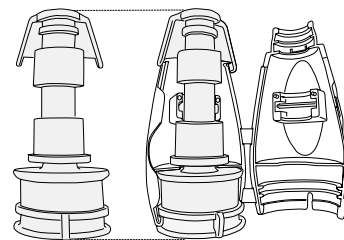
Montage de l'aspirateur

Lors du montage de l'aspirateur, enfoncer le cylindre bien droit dans la valve. Ne pas faire tourner le cylindre ou la valve lors du remontage : cela risque de déplacer la pièce interne et de provoquer un dysfonctionnement du dispositif.



Remontage des aspirateurs Ipas

Mettre en place la pièce interne à l'intérieur de la valve en alignant les arêtes internes. Fermer la valve jusqu'à ce qu'elle s'enclenche en position. Mettre en place l'embout dans l'extrémité de la valve.



Conseils pour le traitement

- Lors du traitement de l'aspirateur par des agents liquides, veiller à ce que tous les éléments soient soigneusement rincés dans de l'eau bouillie ou stérile. Si on laisse sécher les produits de traitement sur le dispositif, le piston aura du mal à aller et venir dans le cylindre. Si l'on ne rince pas suffisamment le chlore, celui-ci peut provoquer une usure prématurée des articulations de la valve.
- Si le cylindre perd sa transparence ou devient piqueté suite au traitement, le plonger quelques minutes dans du vinaigre, puis nettoyer l'intérieur avec une brosse douce. Le rincer à l'eau claire.
- Démontez entièrement le dispositif avant son nettoyage. Il est important de retirer le joint torique du piston avant le nettoyage et de veiller à ce que le lubrifiant soit éliminé lors du nettoyage.

Annexe G : Conseils d'utilisation de l'aspirateur Ipas AMIU Plus (suite)

Résolution des problèmes techniques au cours de la procédure d'AMIU

Le problème technique le plus fréquemment observé avec les instruments pour AMIU est une perte de vide. Dans la plupart des interventions d'AMIU, le vide dans l'aspirateur reste constant jusqu'à ce que celui-ci soit rempli à environ 80% de sa capacité, soit 50 ml. Une perte de vide peut cependant se produire avant la fin de l'aspiration pour les raisons suivantes :

- L'aspirateur est plein.
- On a reculé la canule au-delà de l'orifice cervical externe.
- La canule est obstruée.
- Montage incorrect.

Si l'aspirateur est plein au point que l'aspiration s'arrête :

- Relâcher les boutons.
- Détacher l'aspirateur de la canule en laissant celle-ci en place dans l'utérus.
- Vider l'aspirateur dans un récipient en enfonçant les boutons et pressant le piston dans le cylindre ou remplacer l'aspirateur.
- Rétablir le vide dans l'aspirateur, le refixer à la canule et reprendre l'aspiration.

Remarque : De nombreux cliniciens veillent à avoir un second aspirateur prêt à l'emploi à portée de main au cours de la procédure pour pouvoir changer d'aspirateur si le premier est plein.

Si la canule est obstruée, on constate qu'il n'y a plus de tissus ou de bulles qui s'écoulent dans l'aspirateur :

- Reculer la canule en direction de l'ouverture du col, mais pas au-delà. Ce mouvement suffit souvent à déboucher la canule.

Si cela ne suffit pas :

- Enfoncer les boutons de la valve et retirer la canule de l'utérus, en veillant à ne pas la contaminer.
- Retirer les tissus qui obstruent l'ouverture de la canule à l'aide d'une pince stérile ou traitée par désinfection de haut niveau.
- Réintroduire la canule selon une technique sans contact.
- Reconnecter l'aspirateur et poursuivre la procédure.

Attention : Ne jamais tenter de déboucher une canule en repoussant le piston dans le cylindre.

Annexe G : Conseils d'utilisation de l'aspirateur Ipas AMIU Plus (suite)

Si l'ouverture de la canule sort accidentellement de la cavité utérine au-delà de l'orifice cervical, retirer la canule en veillant à ne pas la contaminer au contact des parois vaginales ou d'autres surfaces non stériles :

- Détacher l'aspirateur de la canule, vider l'aspirateur, puis rétablir le vide.
- Réintroduire la canule si elle n'a pas été contaminée.
- Si elle a été contaminée, insérer une autre canule stérile ou traitée par désinfection de haut niveau.
- Reconnecter l'aspirateur, relâcher le vide et poursuivre l'aspiration.

Les autres raisons possibles pour lesquelles l'aspirateur est susceptible de ne pas maintenir le vide sont :

- montage incorrect
- aspirateur défectueux
- nécessité d'utiliser une canule de plus grand diamètre pour qu'elle s'ajuste mieux au col de l'utérus

Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses

Principaux points abordés dans ce module :

- Exigences en matière de recevabilité et contre-indications
- Informations essentielles pour les patientes
- Schémas de traitement utilisant l'association mifépristone plus misoprostol ou le misoprostol seul
- Effets attendus, effets indésirables et complications possibles
- Approches du contrôle de la douleur et schémas d'administration des médicaments
- Soins post-opératoires et visite de suivi

1.0 Introduction

On peut utiliser une association de mifépristone et de misoprostol pour induire une évacuation utérine. Pour des informations plus détaillées sur la prestation de services d'avortement médicamenteux, se reporter au *Guide de formation à l'avortement médicamenteux* (deuxième édition) publié par Ipas. Pour l'utilisation du misoprostol dans le cadre des soins après avortement, voir section 11.0 : Considérations relatives aux soins après avortement.

Il existe deux principaux schémas de traitement pour un avortement médicamenteux :

1. *Mifépristone et misoprostol* administrés en association. Peut être utilisé jusqu'à treize semaines depuis la date des dernières règles. Ce schéma a été abondamment étudié et utilisé en toute sécurité par des femmes dans de nombreux pays et les études font état de taux de réussite supérieurs à 95 pour cent.
2. *Misoprostol seul*. Peut être utilisé jusqu'à treize semaines depuis la date des dernières règles. Ce schéma est moins efficace que l'association mifépristone plus misoprostol, mais peut être utile dans des endroits où l'on ne dispose pas de mifépristone. Lorsque l'on se conforme au schéma d'administration recommandé, le misoprostol seul permet d'induire avec succès un avortement dans environ 85 pour cent de cas.

Le misoprostol peut également être utilisé dans le cadre des soins après avortement jusqu'à une taille utérine correspondant à 13 semaines de grossesse. Le taux d'efficacité du misoprostol dans le cadre des soins après avortement (SAA) est de plus de 90 pour cent.

La mifépristone a été développée en France et était initialement connue sous le nom de RU-486. Elle inhibe l'activité de la progestérone au niveau de l'utérus, ce qui entraîne le décollement de la grossesse. La mifépristone ramollit également le col utérin et contracte l'utérus.

Le misoprostol stimule les contractions de l'utérus et provoque l'expulsion du produit de la conception. Le misoprostol est bon marché, stable à température ambiante et disponible dans de nombreux pays pour la prévention et le traitement des ulcères gastriques. Il est rapidement absorbé après administration vaginale, sublinguale ou buccale.

D'autres médicaments sont parfois aussi utilisés pour induire un avortement. Le méthotrexate, un médicament cytotoxique employé dans le traitement de certains cancers, de la polyarthrite rhumatoïde et de diverses autres pathologies, a été utilisé en association avec le misoprostol pour induire un avortement

médicamenteux précoce mais une Table-Ronde de Toxicologie de l'OMS de 1997 a émis des recommandations s'opposant à son utilisation en vue d'un avortement en raison du risque de tératogénicité en cas de poursuite de la grossesse après l'échec d'une tentative d'avortement médicamenteux au méthotrexate. Ce module décrit l'utilisation de l'association mifépristone et misoprostol ou du misoprostol seul pour induire un avortement et du misoprostol lors d'avortement incomplet.

2.0 Préparation

Avant l'administration de tout médicament :

- Dispenser des informations et des conseils à la patiente et obtenir son consentement éclairé (voir le module Consentement éclairé, information et accompagnement).
- Procéder à une évaluation clinique incluant un examen clinique (voir le module Évaluation clinique)
- Discuter des besoins en matière de contraception de la patiente (voir le module Services de contraception)

2.1 Explication à la patiente de la procédure d'avortement médicamenteux

Avant de prendre les médicaments, la patiente doit recevoir des instructions sur le déroulement de la procédure, les comprimés à prendre et quand et comment les prendre, quand revenir pour une éventuelle visite de suivi et où et quand demander une assistance médicale en cas de problème. Elle risque de ne pas bien comprendre certains termes tels que sublingual ou buccal, aussi le prestataire de soins doit utiliser un langage simple (par exemple « sous la langue » ou « à l'intérieur de la joue » et peut éventuellement montrer des images comme support visuel pour l'aider à comprendre comment prendre les médicaments chez elle ou au centre.

Des informations détaillées sur ce à quoi la patiente doit s'attendre l'aideront à s'y préparer. Un réconfort et un soutien lors de la procédure d'avortement, qu'ils soient assurés par le personnel médical ou par une personne à domicile, peuvent également s'avérer utiles (voir le module Consentement éclairé, information et accompagnement).

Lors de la prise de mifépristone pour un avortement utilisant la mifépristone et le misoprostol, la plupart des femmes ne ressentent absolument rien après la prise des comprimés. Environ huit à vingt-cinq pour cent des femmes présenteront des saignements diffus ou une hémorragie après la prise de mifépristone et avant l'utilisation du misoprostol.

Saignements et crampes

- Les cliniciens encore peu familiarisés avec les méthodes médicamenteuses, tout comme les patientes elles-mêmes, se demanderont comment faire la différence entre saignements et douleur normaux et anormaux. Toutes les patientes doivent recevoir des informations sur les saignements et la douleur qu'elles sont susceptibles de présenter, en gardant à l'esprit les facteurs qui peuvent augmenter ou diminuer le risque qu'elles soient confrontées à ces symptômes.
- Une description précise des sensations que la patiente pourra éprouver permet d'atténuer la crainte et l'anxiété, qui peuvent rendre la douleur plus difficile à supporter. Figure 1 : La courbe en cloche peut être utile pour aider les prestataires de soins et les patientes à comprendre la variabilité de l'intensité des symptômes que les patientes sont susceptibles de présenter. Les prestataires de soins peuvent se servir de la courbe en cloche pour expliquer que la majorité des femmes se situent dans la partie centrale de la courbe, c'est-à-dire que les symptômes qu'elles présentent sont d'intensité moyenne. Certaines d'entre elles se situent toutefois à une extrémité de la courbe et présentent moins ou plus de symptômes que la plupart des autres patientes. Toutes les femmes ne comprendront peut-être pas l'image de la courbe en cloche, mais il faut dans tous les cas leur expliquer la variabilité de l'intensité des symptômes qu'elles sont susceptibles de présenter d'une manière qui leur permette de bien le comprendre.

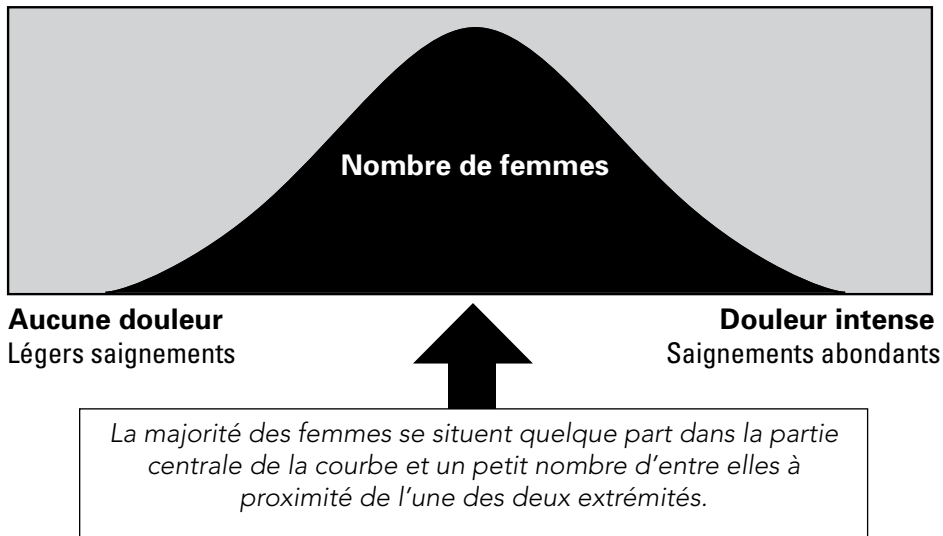
Certaines femmes n'éprouvent absolument aucune douleur et d'autres ressentent des douleurs très intenses mais, pour la majorité d'entre elles, l'intensité de la douleur se situe quelque part entre ces deux extrêmes. La plupart des femmes qui optent pour un avortement médicamenteux saignent pendant deux semaines environ mais les saignements peuvent durer plus ou moins longtemps selon les patientes. Voir la section 5.0 : Effets attendus de ce module pour plus d'informations sur les saignements et les crampes.

La patiente peut avoir des inquiétudes quant au moment où débiteront les saignements et comment préserver le caractère privé de la procédure et obtenir un soutien au cours de celle-ci. Le prestataire doit être prêt à l'aider à y réfléchir, à choisir le lieu le plus privé et le plus confortable pour le déroulement de la procédure et à déterminer qui, au sein de sa famille ou parmi ses amies, lui semble être la personne la plus rassurante et la plus digne de confiance pour la soutenir.

Moment de l'expulsion lors d'un avortement médicamenteux

Avec les schémas utilisant la mifépristone et le misoprostol avant

Figure 1 : Courbe en cloche



neuf semaines de grossesse, le délai médian entre l'administration du misoprostol et l'expulsion est de trois heures pour les patientes qui ont utilisé le misoprostol par voie sublinguale et de quatre heures pour celles qui ont utilisé le misoprostol par voie vaginale. La voie buccale est associée à un délai similaire à celui de la voie vaginale.

Dans le cas des avortements utilisant le misoprostol seul, le délai moyen avant expulsion est de sept à huit heures après la première dose de misoprostol. Quarante-vingt pour cent des expulsions observées ont lieu dans les 24 heures et 95 pour cent dans les 48 heures. L'expulsion est plus rapide lorsque l'intervalle d'administration est plus court (toutes les trois heures).

Normalement, les femmes commencent à se sentir mieux le lendemain de la prise de misoprostol ; elles peuvent reprendre leurs tâches quotidiennes après quelques jours. Les nausées et les vomissements, qui sont associés à la fois à l'utilisation de misoprostol et à la grossesse, disparaissent généralement un à deux jours après la prise du misoprostol, de même que les crampes, qui font partie du processus d'avortement médicamenteux et ne sont pas des symptômes liés à la grossesse.

Ce que la femme est susceptible de voir

La plupart des femmes voient uniquement du sang et des caillots, qui peuvent être de grande taille. Lors d'un avortement médicamenteux, les femmes entre huit et neuf semaines de grossesse peuvent distinguer un embryon identifiable, bien que celui-ci ne soit généralement pas visible.

Si la patiente s'inquiète de ce qu'elle est susceptible de voir, particulièrement au-delà de huit semaines de grossesse, le prestataire peut lui montrer l'illustration d'un embryon de 8 à 9 semaines pour l'aider à s'y préparer. Un embryon de neuf

semaines mesure environ 2,3 cm de long. Les femmes qui subissent un avortement médicamenteux entre dix et treize semaines risquent davantage de voir un fœtus identifiable ; celui-ci peut toutefois être enveloppé dans un caillot de sang ou dans des tissus, de sorte qu'elles peuvent fort bien ne rien voir même si elles regardent attentivement. Un fœtus de douze semaines mesure environ 7,5 cm de long.

Voir l'annexe A pour une représentation d'un embryon de huit à neuf semaines.

Élimination

La patiente peut tout simplement évacuer les produits dans les toilettes ou éliminer les serviettes hygiéniques de la même manière qu'elle le fait lorsqu'elle a ses règles.

2.2 Évaluation clinique : examen clinique

L'évaluation clinique avant une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses doit inclure la détermination de l'âge gestationnel, l'évaluation de la taille de l'utérus, l'évaluation de l'état de santé général de la patiente et les éventuelles contre-indications ou situations nécessitant certaines précautions. Pour plus d'informations, se reporter au module intitulé Évaluation clinique.

Diagnostic de grossesse et détermination précise de l'âge gestationnel

Pour un avortement médicamenteux, confirmer que l'âge gestationnel est inférieur ou égal à treize semaines depuis la date des dernières règles. Les schémas d'avortement médicamenteux décrits ici ne sont valables que jusqu'à treize semaines depuis la date des dernières règles.

Contre-indications et précautions dans le cas d'un avortement médicamenteux

Les contre-indications à un avortement médicamenteux sont :

- Antécédents de réaction allergique à l'un des médicaments utilisés
- Grossesse extra-utérine confirmée ou suspectée
- Porphyrie héréditaire (s'applique uniquement au schéma utilisant la mifépristone et le misoprostol)
- Insuffisance surrénalienne chronique (s'applique uniquement au schéma utilisant la mifépristone et le misoprostol)

Précautions :

- *Présence d'un stérilet* : Évaluer la possibilité d'une grossesse

extra-utérine ; sinon, retirer le stérilet.

- *Problèmes de santé graves ou instables* : On ne dispose pas de données probantes sur l'utilisation de méthodes médicamenteuses pour induire une évacuation utérine chez des patientes souffrant d'un trouble hémorragique, d'une pathologie cardiaque, d'anémie sévère ou de problèmes de santé graves ou instables. La décision de recourir ou non à une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses chez ces patientes dépendra des autres options de soins d'avortement sécurisé disponibles, des possibilités de renvoi et du jugement clinique du prestataire. Si on opte pour la mifépristone ou le misoprostol, ces médicaments doivent être administrés sous étroite surveillance.
- *Asthme sévère non contrôlé ou traitement à long terme par des corticoïdes* (uniquement pour le schéma de traitement utilisant la mifépristone et le misoprostol) : Il n'existe aucun élément probant en ce qui concerne l'utilisation de la mifépristone chez les femmes dépendantes des stéroïdes. Les prestataires de soins doivent recourir à leur jugement clinique s'il n'existe aucune autre alternative pour un avortement sans risque. Augmenter la dose de stéroïdes pendant 3 ou 4 jours et surveiller très attentivement la patiente. Des problèmes tels que l'asthme insuffisamment contrôlé sont susceptibles de s'aggraver.

2.3 Besoins en matière de contraception

Après un avortement médicamenteux, la femme peut avoir des relations sexuelles dès qu'elle s'en sent capable sans problème. Comme une ovulation peut survenir presque immédiatement après l'évacuation utérine, il est indispensable de fournir directement une méthode contraceptive aux femmes qui souhaitent éviter ou retarder une nouvelle grossesse. Si une femme souhaite une méthode contraceptive à durée d'action prolongée ou une stérilisation mais qu'il n'est pas possible de la lui fournir sur place, on lui proposera une méthode intermédiaire et on l'orientera vers une institution capable de lui offrir les services en question. De manière générale, toutes les méthodes contraceptives modernes peuvent être utilisées immédiatement après un avortement médicamenteux au cours du premier trimestre à condition qu'il n'y ait pas de contre-indications spécifiques.

La méthode choisie peut être instaurée lors de la prise du premier comprimé pour l'avortement médicamenteux. Cette recommandation repose sur l'opinion de spécialistes. Le besoin immédiat pour la femme de bénéficier d'une méthode contraceptive fiable après un avortement médicamenteux et le risque que la mise à disposition tardive d'une telle méthode diminue son efficacité sont deux arguments en faveur de la recommandation de débiter immédiatement la méthode choisie.

Un dispositif intra-utérin peut être mis en place dès que l'on est raisonnablement certain que la femme n'est plus enceinte. Retarder la mise en place d'un stérilet engendre pour la femme un risque de grossesse non désirée en raison du faible taux de retour pour une visite ultérieure. Les méthodes basées sur la détermination des périodes fertiles ne peuvent être utilisées qu'après que la femme ait présenté au moins une fois des menstruations après l'avortement et uniquement si elle présentait des cycles menstruels réguliers avant l'avortement (voir le module Services de contraception).

3.0 Schémas d'administration pour l'association mifépristone plus misoprostol

Toute une série de schémas de traitement utilisant la mifépristone et le misoprostol pour obtenir un avortement médicamenteux sont utilisés dans diverses régions du monde. Les instructions ci-après sont basées sur les schémas d'administration utilisés lors des essais cliniques et sur les données de la pratique.

Le prestataire doit veiller à ce que la patiente ait reçu les informations suivantes avant l'administration de la mifépristone :

- Quand et comment prendre les médicaments
- Ce qu'elle doit s'attendre à ressentir et à voir au cours de la procédure d'avortement
- Les signes d'alerte et les points à surveiller susceptibles d'indiquer un éventuel problème
- Qui contacter en cas de questions ou d'urgence
- Quels médicaments contre la douleur elle peut prendre

Tableau 12-1 : Schémas d'avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et misoprostol jusqu'à treize semaines

Âge gestationnel	Dose de mifépristone	Dose de misoprostol, voie d'administration et moment de la prise
Jusqu'à 9 semaines (Kulier, 2011)	200 mg oralement	Après 24 à 48 heures, une dose unique de 800 µg par voie buccale, sublinguale ou vaginale
9 à 10 semaines (Winikoff, 2012)	200 mg oralement	Après 24 à 48 heures, une dose unique de 800 µg par voie buccale
10 à 13 semaines (Hamoda, 2005a ; Hamoda, 2005b)	200 mg oralement	Après 36 à 48 heures, 800 µg par voie vaginale suivis de 400 µg par voie vaginale ou sublinguale toutes les 3 heures avec un maximum de 5 doses de misoprostol

Il a été démontré que l'avortement médicamenteux est sûr et efficace entre neuf et treize semaines, bien que cette affirmation soit basée sur un nombre moins important d'études que les évidences concernant le recours à ces méthodes plus précocement au cours de la grossesse. Les recommandations pour un âge gestationnel de onze à treize semaines sont basées sur des nombres de femmes encore moindres.

3.1 Administration de mifépristone

Chez les patientes pour qui il s'est écoulé un maximum de treize semaines depuis la date des dernières règles, le prestataire administrera 200 mg de mifépristone oralement. La mifépristone est généralement prise au centre. Une étude récente montre que les femmes peuvent en toute sécurité prendre la mifépristone chez elles si elles le préfèrent, sans que cela n'ait d'impact sur la sécurité ou l'efficacité. Que la femme choisisse de prendre la mifépristone au centre ou chez elle, on doit lui dire de prendre le misoprostol 24 à 48 heures plus tard.

3.2 Administration de misoprostol

Il existe de multiples options en matière de voie d'administration, de posologie et de moment d'administration du misoprostol. Les voies recommandées pour un avortement au cours du premier trimestre sont les voies buccale, sublinguale ou vaginale. Voir le tableau 12-1 ci-dessus pour le moment d'administration et le nombre de doses en fonction de l'âge gestationnel calculé depuis la date des dernières règles.

Pour les femmes enceintes de moins de dix semaines, le misoprostol peut être pris à domicile ou au centre, selon leurs préférences. Pour un avortement médicamenteux entre dix et treize semaines, la patiente doit revenir au centre pour prendre le misoprostol et y rester jusqu'à ce que l'avortement soit terminé.

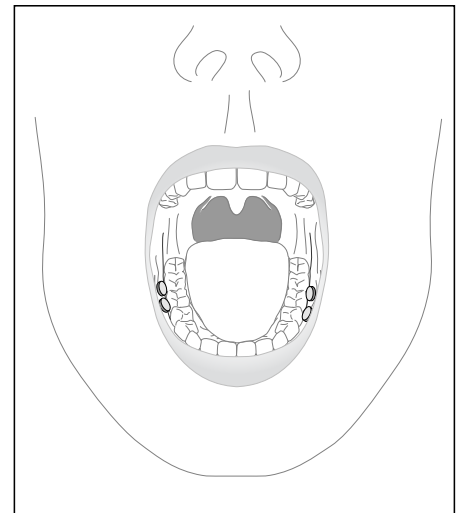
3.2.1 Voies d'administration

Administration buccale du misoprostol

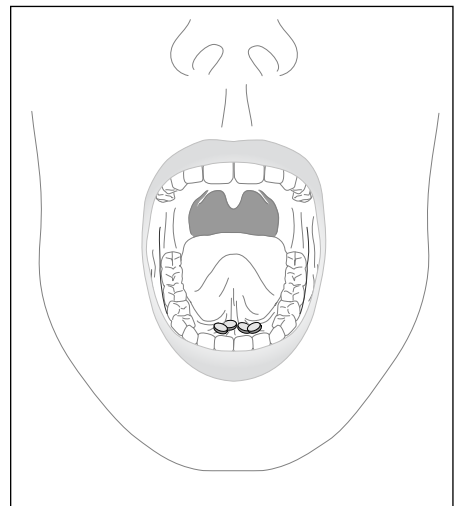
- Placer deux comprimés entre chaque joue et les gencives (quatre au total)
- Après 30 minutes, avaler les éventuels fragments de comprimés restants.

Administration sublinguale du misoprostol

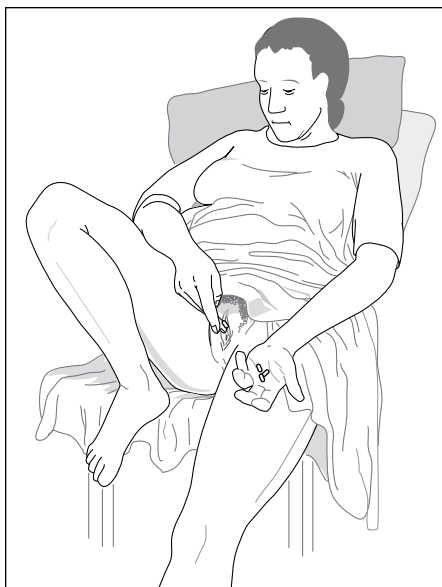
- Placer quatre comprimés sous la langue.
- Après 30 minutes, avaler les éventuels fragments de comprimés restants.



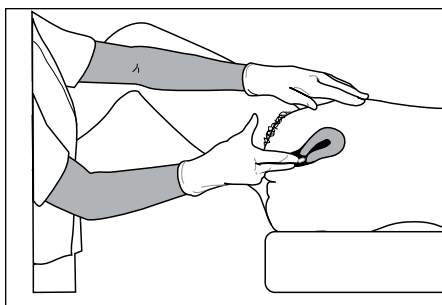
Administration buccale
du misoprostol



Administration sublinguale
du misoprostol



Administration vaginale
du misoprostol



Administration vaginale
du misoprostol

Administration vaginale du misoprostol

- La femme doit vider sa vessie et s'allonger.
- Si c'est un prestataire qui introduit les comprimés, il commencera par se laver les mains et enfiler des gants d'examen propres.
- Insérer tous les comprimés de misoprostol.
- Les comprimés doivent être enfoncés le plus loin possible dans le vagin ; ils ne doivent pas être placés en un endroit particulier du vagin.
- Souvent, les comprimés ne se dissolvent pas complètement, mais le médicament est malgré tout absorbé.
- Des fragments de comprimés peuvent demeurer visibles pendant plusieurs heures.
- Si, après qu'elle soit restée allongée pendant 30 minutes, les comprimés retombent à l'extérieur lorsque la femme se relève ou se rend aux toilettes, il n'est pas nécessaire de les réinsérer : le médicament actif a eu le temps d'être absorbé.

3.2.2 Administration du misoprostol à domicile

De nombreuses études réalisées dans différents pays ont montré que la prise du misoprostol à domicile dans le cadre d'un schéma utilisant la mifépristone et le misoprostol est sûre, efficace et parfaitement acceptable pour les femmes qui subissent un avortement médicamenteux jusqu'à dix semaines depuis la date de leurs dernières règles. Bien que ces études n'aient pas évalué spécifiquement la sécurité, l'efficacité et l'acceptabilité de l'utilisation du misoprostol à domicile pour les schémas utilisant le misoprostol seul, cette option a été incluse dans les études portant sur ce schéma de traitement.

Un grand nombre de femmes préfèrent prendre le misoprostol chez elles, dans un environnement familier, en présence d'un proche et en disposant de leurs effets personnels. Ce choix est également plus économique en termes de frais de déplacement et de perte de temps. Il économise également des ressources en termes de personnel pour le centre.

Le personnel du centre doit remettre à toutes les femmes qui choisissent d'avorter chez elles les éléments suivants :

- Comprimés de misoprostol ou prescription permettant de se les procurer
- Informations détaillées sur la manière d'utiliser le misoprostol
- Analgésiques, par exemple ibuprofène et/ou narcotiques légers avec des instructions sur la manière de les prendre

- Informations écrites et sous formes d'illustrations sur le déroulement de la procédure d'avortement médicamenteux, les effets indésirables et les signes d'alerte, les signes indiquant la réussite de l'avortement et des informations pour un éventuel contact de suivi si elle le souhaite
- Informations sur qui contacter (avec un numéro de téléphone si possible) en cas de questions, de problème ou de complications, ainsi que sur la possibilité d'échec de l'avortement médicamenteux et où s'adresser en cas d'urgence
- autres éléments facultatifs : serviettes hygiéniques, ouate, informations sur la contraception et fournitures de moyens contraceptifs.

De nombreux centres distribuent ces informations et fournitures sous la forme d'un kit à emporter. Il est également utile de discuter avec chaque femme de sa situation personnelle. Par exemple, a-t-elle un partenaire ou une personne de confiance qui peut lui tenir compagnie lors de la prise du misoprostol et après, au moment où elle commencera probablement à présenter des saignements ? Si elle a des enfants, a-t-elle pris des dispositions pour assurer leur garde si elle a besoin de repos ? A-t-elle des inquiétudes quant à la vue et à l'élimination de l'embryon après son expulsion ?

Une conversation sur ce qu'il convient d'envisager peut aider les femmes à être mieux préparées à un avortement médicamenteux à domicile.

3.2.3 Administration de misoprostol au centre

Dans la mesure du possible, on doit laisser aux femmes le choix de prendre le misoprostol chez elles ou au centre, sachant que chaque femme peut avoir des besoins et des souhaits différents. Pour certaines femmes, avorter chez elles constitue un lieu plus privé mais pour d'autres, le centre peut offrir davantage d'intimité. Si la femme choisit de procéder à l'administration du misoprostol par voie vaginale au centre, on doit lui donner le choix de l'introduire elle-même ou de laisser un prestataire procéder à l'insertion des comprimés. Elle peut également prendre le misoprostol par voie buccale ou sublinguale.

Après la prise du misoprostol, la femme peut attendre sur place pendant 4 à 6 heures environ, selon le temps nécessaire à l'expulsion de la grossesse. Une femme qui n'a pas expulsé le produit de la grossesse endéans ce délai pourra continuer à attendre l'expulsion sur place ou, si elle dispose d'un moyen de transport, rentrer chez elle et demander des soins de suivi si nécessaire.

Les centres doivent disposer de chambres avec des lits, de box isolés par des rideaux ou, ce qui est plus fréquent, d'une salle équipée de plusieurs lits ou chaises-longues avec des toilettes à proximité. Il doit y avoir des toilettes en nombre suffisant pour accueillir le nombre maximal de patientes qui reçoivent du misoprostol au cours de la même journée. Les femmes ne sont pas obligées de rester allongées : elles peuvent aller et venir librement si elles préfèrent. En fonction de la place disponible et de la capacité de garantir l'intimité de toutes les femmes qui bénéficient de ce type de services, le centre doit également envisager d'autoriser chaque patiente à se faire accompagner par son partenaire ou par une personne de confiance pendant cette période d'attente. Un clinicien ou un conseiller doit être disponible pour répondre aux questions et résoudre un éventuel problème médical.

Un membre du personnel doit fournir des analgésiques et des bouillottes d'eau chaude ou des linges tièdes (si possible) pour soulager la douleur associée aux crampes.

Les tissus expulsés doivent être examinés par un clinicien pour confirmer le caractère complet de l'avortement.

Si la patiente quitte le centre avant d'avoir avorté, le prestataire de soins doit :

- Lui donner des instructions et les fournitures nécessaires pour avorter chez elle.
- Lui remettre des analgésiques.
- Passer en revue les instructions et lui donner des informations sur les signes de réussite de l'avortement médicamenteux, ainsi que sur les signes d'alerte pouvant indiquer des complications ou un échec de l'avortement médicamenteux. Lui fournir les informations de contact d'urgence du centre.
- Lui fournir une méthode contraceptive si elle le souhaite.
- L'informer qu'elle peut revenir au centre n'importe quand si elle souhaite des soins de suivi. Si elle veut faire confirmer la réussite de l'avortement, elle doit revenir après deux semaines.

4.0 Schémas de traitement recommandés pour le misoprostol seul

L'avortement médicamenteux utilisant le misoprostol seul est particulièrement utile dans les situations où la mifépristone n'est pas disponible. Au cours du premier trimestre, le taux de réussite d'un avortement par le misoprostol seul sans nécessiter d'intervention supplémentaire est de l'ordre de 85 pour cent. Le taux de poursuite de la grossesse après un avortement par

le misoprostol seul est de 5 pour cent environ. Les avortements effectués en utilisant le misoprostol seul durent généralement plus longtemps et leur taux de réussite est inférieur par rapport à ceux effectués en utilisant le schéma combiné mifépristone et misoprostol. Si de la mifépristone est disponible, le schéma de traitement combiné est recommandé.

Tableau 12-2 : Schémas de traitement utilisant le misoprostol seul jusqu'à 13 semaines de grossesse (Carbonell, 1998, 1999 et 2001)

Misoprostol 800 µg (quatre comprimés à 200 µg)	Vaginale	Toutes les 3 à 12 heures avec un maximum de 3 doses
Misoprostol 800 µg (quatre comprimés à 200 µg)	Sublinguale	Toutes les 3 heures avec un maximum de 3 doses

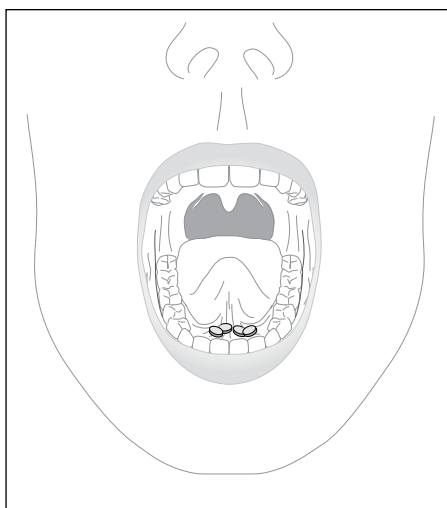
Au-dessous de neuf semaines de grossesse, les taux d'avortement complet sont équivalents que le misoprostol soit administré par voie vaginale toutes les trois à douze heures ou par voie sublinguale toutes les trois heures avec un maximum de trois doses. L'administration sublinguale est associée à une incidence d'effets indésirables plus élevée que l'administration vaginale.

Il y a eu relativement peu d'études sur l'avortement par le misoprostol seul entre neuf et treize semaines. On ne dispose pas jusqu'à présent de données en faveur de l'administration à domicile du misoprostol entre neuf et treize semaines. Lors d'un avortement médicamenteux entre neuf et treize semaines, le misoprostol doit être administré au centre et la femme doit demeurer sur place jusqu'à la fin de l'avortement. Le prestataire doit inspecter les produits de la conception pour confirmer la réussite de l'avortement.

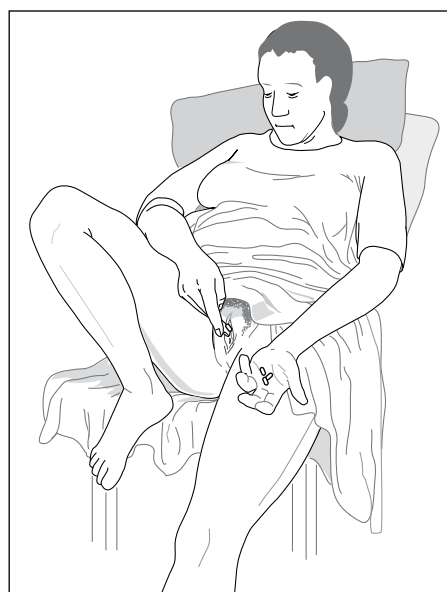
Les schémas utilisant le misoprostol seul peuvent également être utilisés lors d'avortement incomplet. Pour de plus amples informations, voir la section 11.0, Considérations relatives aux soins après avortement et le document *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition) publié par Ipas.

4.1 Administration de misoprostol seul

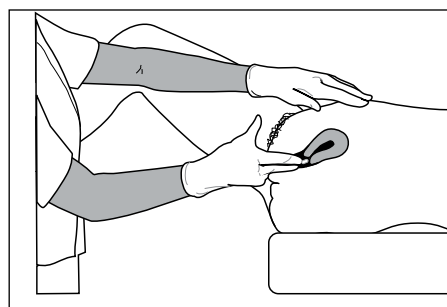
Pour un âge gestationnel inférieur ou égal à treize semaines depuis la date des dernières règles, le prestataire ou la femme doit administrer 800 microgrammes de misoprostol par voie sublinguale ou vaginale (voir le tableau 12-2 ci-dessus pour le moment d'administration et le nombre de doses).



Administration sublinguale
du misoprostol



Administration vaginale
du misoprostol



Administration vaginale
du misoprostol

4.1.1 Protocole d'administration du misoprostol seul

Ipas recommande les voies sublinguale ou vaginale pour l'administration du misoprostol tout au long du premier trimestre.

Administration sublinguale du misoprostol

- Placer quatre comprimés sous la langue.
- Après 30 minutes, avaler le reste des comprimés le cas échéant.

Administration vaginale du misoprostol

- La femme doit vider sa vessie et s'allonger.
- Si c'est un prestataire qui introduit les comprimés, il commencera par se laver les mains et enfiler des gants d'examen propres.
- Insérer tous les comprimés de misoprostol.
- Les comprimés doivent être enfoncés le plus loin possible dans le vagin ; ils ne doivent pas être placés en un endroit particulier du vagin.
- Souvent, les comprimés ne se dissolvent pas complètement, mais le médicament est malgré tout absorbé.
- Des fragments de comprimés peuvent demeurer visibles pendant plusieurs heures.
- Si, après qu'elle soit restée allongée pendant 30 minutes, les comprimés retombent à l'extérieur lorsque la femme se relève ou se rend aux toilettes, il n'est pas nécessaire de les réinsérer : le médicament actif a eu le temps d'être absorbé.

5.0 Effets attendus

Après la prise du misoprostol, le processus peut être ressenti comme des menstruations très fortes ou comme quelque chose de comparable à une fausse couche spontanée. Les effets normalement attendus, saignements vaginaux et crampes, doivent être distingués des effets indésirables des médicaments ou des signes d'alerte de véritables complications.

5.1 Douleur et crampes

La plupart des femmes ressentent lors d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses une douleur abdominale basse et des crampes qui peuvent être plus intenses que celles habituellement éprouvées lors des menstruations en raison des contractions sont nécessaires pour expulser le contenu

de l'utérus. Les crampes apparaissent généralement dans les heures qui suivent la prise du misoprostol. Lorsque l'utérus se contracte et que son contenu est expulsé au travers du canal cervical, la patiente éprouve généralement des crampes plus ou moins intenses, qui diminuent assez rapidement. Le degré de douleur ressenti varie très fort d'une femme à l'autre, aussi il est impossible de prédire l'intensité de la douleur que ressentira une patiente.

Il existe malgré tout un certain nombre de facteurs prédictifs de la douleur associée aux méthodes médicamenteuses. Un âge plus avancé de la patiente, le fait d'avoir déjà eu des enfants précédemment et un nombre plus élevé de naissances antérieures sont associés à une douleur moins importante lors d'un avortement médicamenteux. Les très jeunes femmes et celles qui n'ont jamais été enceintes auparavant ont tendance à éprouver une douleur plus intense. Les femmes qui connaissent des menstruations douloureuses peuvent également éprouver davantage de douleur lors d'un avortement médicamenteux, cela indépendamment des autres facteurs tels que l'âge ou les antécédents en termes de reproduction.

5.2 Contrôle de la douleur

La plupart des femmes estiment la douleur associée à une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses supportable, surtout si elles sont préparées à l'intensité de la douleur qu'elles sont susceptibles d'éprouver et prennent des analgésiques conformément aux recommandations. On doit remettre aux patientes lors de leur première visite au centre des analgésiques ou une prescription pour s'en procurer.

Le meilleur schéma de traitement pour contrôler la douleur lors d'un avortement médicamenteux n'a pas été déterminé. Des AINS tels que l'ibuprofène sont plus efficaces que le paracétamol. Le paracétamol peut néanmoins permettre de diminuer la dose de narcotiques utilisée par la patiente lors d'un avortement médicamenteux. La dose de paracétamol ne peut pas dépasser 4 grammes sur une période de 24 heures pour éviter une toxicité hépatique. L'ibuprofène peut être administré en même temps que le misoprostol ou lors de l'apparition des premières crampes. L'ibuprofène ne diminue pas l'efficacité de l'avortement médicamenteux. Les analgésiques narcotiques constituent une autre option possible pour contrôler la douleur mais on ne connaît ni le médicament, ni la posologie, ni le moment optimaux. Une stratégie envisageable consiste à fournir aux patientes à la fois des AINS et des analgésiques narcotiques et de leur conseiller de commencer par prendre les AINS en même temps que le misoprostol ou lors de l'apparition des premières crampes et d'alterner entre les deux médicaments si la douleur persiste.

Outre le traitement médicamenteux, il existe d'autres méthodes qui peuvent aider les femmes à supporter la douleur lors de la procédure, par exemple accompagnement bienveillant, environnement encourageant et application d'un coussin chauffant ou d'une bouillotte d'eau chaude sur le bas-ventre. La musique est efficace pour soulager la douleur lors d'une aspiration intra-utérine et peut également s'avérer utile lors d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses. Ces méthodes peuvent venir compléter l'administration de médicaments pour contrôler la douleur mais ne les remplacent pas.

Les recherches indiquent que les très jeunes femmes vivent un avortement médicamenteux de la même manière que les femmes plus âgées. Par contre, la perception de la douleur semble avoir un lien avec l'âge. La perception de la douleur et l'utilisation d'analgésiques sont plus importants chez les très jeunes femmes que chez les femmes plus âgées. Un plus faible nombre d'accouchements antérieurs a également été associé à sensation de douleur plus intense et/ou à la nécessité de prendre davantage d'analgésiques. Les prestataires de soins doivent savoir que les très jeunes femmes peuvent se montrer plus sensibles à la douleur et prendre les mesures nécessaires pour soulager cette douleur et améliorer le vécu de ces très jeunes patientes.

(Voir annexe A : Approches pharmacologiques du contrôle de la douleur lors d'AMIU du module Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus.)

5.3 Saignements vaginaux

Les saignements vaginaux, qui s'accompagnent souvent du passage de caillots, sont généralement plus importants que lors de règles normales, mais peuvent dans certains cas être moins abondants. Dans le cas d'un avortement médicamenteux utilisant le schéma de traitement combiné, les saignements débutent le plus souvent dans les trois heures qui suivent la prise du misoprostol et ont tendance à diminuer après l'expulsion des tissus de la grossesse.

Dans l'une des rares études à grande échelle qui se sont intéressées au schéma de saignements des femmes ayant opté pour un avortement médicamenteux ou pour une aspiration intra-utérine, la durée des saignements abondants, des saignements de type menstruel et des saignements diffus était significativement plus longue chez celles ayant subi un avortement médicamenteux. En dépit de ces saignements plus prolongés, les femmes ayant subi un avortement médicamenteux ne présentaient pas de baisse cliniquement significative du taux d'hémoglobine (> 2 g/dl) par rapport à celles ayant subi une aspiration. La conclusion la plus importante de cette étude est que les femmes qui avaient des attentes réalistes sur la durée et l'intensité des saignements ont été satisfaites de leur expérience d'avortement médicamenteux.

Après un avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et le misoprostol, la durée moyenne des saignements est de l'ordre de 14 jours. Environ vingt pour cent des femmes qui subissent un avortement médicamenteux continuent à saigner pendant 35 à 42 jours, période pouvant inclure le début des premières menstruations après l'avortement.

On dispose de moins de données concernant les saignements après un avortement utilisant le misoprostol seul, bien qu'ils semblent fort similaires à ceux observés lors d'avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et le misoprostol. Dans la plus vaste étude consacrée à l'avortement utilisant le misoprostol seul, la durée moyenne des saignements était de l'ordre de 11,5 jours, ce qui est similaire à la durée observée avec le schéma de traitement combiné.

6.0 Effets indésirables potentiels

Les effets indésirables suivants ont été associés au misoprostol et peuvent toucher les femmes qui subissent une évacuation utérine par la mifépristone et le misoprostol ou le misoprostol seul :

- Nausées
- Vomissements
- Diarrhée
- Fièvre, bouffées de chaleur ou frissons
- Maux de tête
- Faiblesse
- Étourdissements

Un grand nombre de ces effets peuvent être dus à la grossesse elle-même plutôt qu'aux médicaments. Ces symptômes de grossesse peuvent en fait s'atténuer après le début de la procédure. Les symptômes qui augmentent après la prise du misoprostol sont notamment une fièvre transitoire et de la diarrhée, ainsi que des nausées et des vomissements. Lors des essais cliniques portant sur l'association mifépristone et misoprostol ou sur le misoprostol seul, plus de la moitié de femmes ont présenté des effets indésirables gastro-intestinaux, notamment nausées, vomissements et diarrhée. De la fièvre et des frissons sont également fréquemment observés avec le misoprostol mais ces symptômes sont généralement de courte durée et disparaissent avec des antipyrétiques. Des maux de tête, une sensation de faiblesse et des étourdissements sont également fréquents. La plupart de ces effets indésirables sont bénins et disparaissent spontanément et peuvent être traités à domicile. Les femmes qui sont confrontées à des effets indésirables prolongés ou graves qui persistent 24 heures après la dernière dose de

médicaments doivent néanmoins faire l'objet d'une évaluation pour d'éventuelles complications (voir le module Complications).

7.0 Complications

Les effets indésirables et les complications évoluent souvent de manière continue. Par exemple toutes les femmes présentent des saignements, certaines femmes présentent des saignements prolongés qui peuvent être gênants mais ne sont pas dangereux et de très rares femmes présentent des saignements abondants nécessitant une intervention médicale ou chirurgicale supplémentaire. Les véritables complications sont rares. Dans le cas d'un avortement médicamenteux, celles-ci peuvent être une poursuite de la grossesse, une hémorragie et une infection ; avec le misoprostol lors d'avortement incomplet, les complications possibles sont un échec du traitement, une hémorragie et une infection.

Lorsque l'on conseille les femmes avant une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses, il est important de leur fournir des informations sur la manière de faire la distinction entre un effet indésirable pouvant être traité à domicile par des soins de soutien et une complication nécessitant une intervention médicale. Les patientes doivent contacter immédiatement le prestataire de soins si elles présentent l'un des symptômes suivants :

- *Saignement excessif* : saturation de plus de deux serviettes épaisses par heure pendant deux heures consécutives, en particulier si les saignements s'accompagnent de vertiges ou d'étourdissements prolongés et d'une fatigue croissante
- *Fièvre atteignant 38°C* : élévation de température survenant à n'importe quel moment après le jour de la prise du misoprostol
- *Pertes vaginales inhabituelles ou malodorantes* : en particulier si elles s'accompagnent de fortes crampes ou de douleur abdominale
- *Douleur abdominale intense* : douleur survenant à n'importe quel moment après le jour de la prise du misoprostol
- *Sensation de malaise important* : avec ou sans fièvre et nausées ou vomissements sévères persistant au-delà du jour de la prise du misoprostol



Donner des instructions concernant les médicaments

Les femmes doivent revenir au centre avant la date prévue de leur visite de suivi si elles ne présentent aucun ou pratiquement aucun saignement dans un délai d'un à deux jours après la prise du misoprostol. Il ne s'agit pas d'une urgence, mais bien d'un problème justifiant un suivi précoce. Des saignements très légers lors d'un avortement médicamenteux peuvent indiquer soit une poursuite de la grossesse, soit que le traitement agit, mais que la

grossesse était à un stade très peu avancé.

Toute femme qui présente une complication suite à un avortement médicamenteux doit recevoir des explications claires et basées sur des éléments factuels sur la situation et être impliquée dans les décisions à prendre en ce qui concerne les options de traitement. La crainte de complications, éventuellement aggravée par la douleur, peut accroître le stress psychologique qui accompagne souvent une procédure d'avortement. La plupart des femmes gèrent mieux leur situation lorsqu'on leur fournit des informations précises et détaillées et qu'elles ont la possibilité de poser des questions et d'exprimer leurs sentiments.

Bien que les effets indésirables persistants et les complications graves soient rares, le personnel du centre doit être à même de dispenser un traitement en temps utile ou de transférer la patiente vers un établissement approprié. Si l'échographie n'est pas utilisée en routine au sein du centre qui propose l'avortement médicamenteux, un système de renvoi pour des services échographiques doit être mis en place pour évaluer les éventuels cas douteux ou difficiles. Une méthode alternative, de préférence l'aspiration intra-utérine, doit être disponible sur place ou par le biais d'un renvoi en tant que solution de secours en cas d'échec de l'avortement médicamenteux (voir l'annexe E : Document d'information lors de la sortie du centre du module Complications et l'annexe D : Exemple de formulaire de renvoi du module Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus).

8.0 Instructions à fournir à la patiente avant la sortie du centre

Avant de quitter le centre, la femme doit recevoir des instructions sur le déroulement normal d'un avortement médicamenteux, les comprimés à prendre, quand et comment les prendre, quand revenir pour une visite de suivi et où et quand s'adresser pour obtenir une assistance médicale en cas de problème. Comme la patiente risque de ne pas bien comprendre certains termes tels que sublingual ou buccal, le prestataire de soins doit utiliser un langage simple (par exemple « sous la langue » ou « à l'intérieur de la joue ») et peut éventuellement montrer des images comme support visuel pour l'aider à comprendre comment prendre les médicaments.

Une brochure, une fiche ou un document résumant ces points est souvent utile. Même les femmes qui ne savent pas lire peuvent souhaiter emporter des instructions écrites : elles trouveront éventuellement quelqu'un qui puisse les leur lire si elles se posent des questions. Des documents sous forme d'images pour les femmes qui ne savent pas lire, par exemple des guides illustrés décrivant le schéma d'administration de l'avortement médicamenteux, les effets indésirables et les complications potentielles peuvent également s'avérer extrêmement utiles.

Pour des images sur l'avortement médicamenteux, se reporter au matériel d'information, de formation et de communication et auxiliaires de travail figurant dans le module Ressources supplémentaires, à la section Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus.

Les informations sur l'avortement médicamenteux doivent inclure :

- Schéma de traitement et efficacité
- Ce que la patiente est susceptible de ressentir
- Durée habituelle de la procédure
- Signes de la réussite de l'avortement
- Effets attendus, effets indésirables potentiels et complications possibles
- Signes d'alerte indiquant la nécessité de demander une assistance médicale
- Garantie d'accès à des soins d'urgence
- Besoins en matière de contraception
- Où et quand obtenir des soins de suivi si nécessaire

Donner des instructions concernant les médicaments

Pour les institutions qui disposent d'un téléphone, on donnera des informations de contact pour que la femme puisse appeler à tout moment en cas de questions ou d'inquiétude. Malheureusement, en de nombreux endroits, le retour au centre de santé constitue pour les patientes l'unique manière d'avoir un contact avec un clinicien capable d'évaluer leur situation. Si la patiente habite loin du centre, on lui donnera les coordonnées d'un endroit proche de chez elle où elle puisse s'adresser en cas de problème. Le recours à des infirmières ou à d'autres membres du personnel de santé ou organismes au sein de la communauté peut constituer une source de soutien et d'information utile pour les patientes dans la mesure où ces personnes ou organismes sont correctement informés sur l'avortement médicamenteux et les soins qui y sont liés.

(Voir les modules Complications et Liens avec la communauté. Un exemple de document d'information à remettre à la patiente lors de sa sortie du centre est disponible à l'annexe E du module Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus : Document d'information à remettre à la patiente lors de sa sortie du centre.)

9.0 Soins de suivi

Une visite de suivi systématique n'est pas nécessaire après un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol ;

par contre, en raison de sa moindre efficacité, une visite de suivi de routine est recommandée après un avortement médicamenteux par le misoprostol seul. Les femmes qui prennent les médicaments chez elles doivent recevoir des explications sur la manière d'identifier les signes d'expulsion (saignements et crampes) associés à la réussite d'un avortement médicamenteux. En général, celles qui ont l'impression que l'avortement médicamenteux a réussi ne nécessitent pas de soins supplémentaires. Par contre, si une patiente prend les médicaments et ne présente que peu ou pas du tout de saignements ou a la sensation d'être toujours enceinte, elle doit revenir au centre pour déterminer si l'avortement a réussi ou si une procédure supplémentaire est nécessaire. Si une patiente est inquiète à propos de la persistance des saignements ou d'autres problèmes, elle peut revenir n'importe quand. Si une patiente souhaite être rassurée après l'avortement, elle peut revenir environ deux semaines plus tard pour confirmer la réussite de la procédure ou pour bénéficier de services supplémentaires.

Si la patiente revient pour des soins de suivi, le prestataire doit être à même de :

1. L'interroger sur le déroulement de l'avortement médicamenteux.

Liste de contrôle de réussite de l'avortement (d'après Perriera 2010)

Poser à la patiente chacune des questions ci-dessous et cocher la case correspondant à sa réponse.

	Oui	Non
1. Avez-vous eu des crampes après la prise de tous les comprimés pour l'avortement médicamenteux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous eu des saignements au moins aussi intenses que des règles après la prise de tous les comprimés pour l'avortement médicamenteux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous évacué des caillots de sang ou des tissus après la prise de tous les comprimés pour l'avortement médicamenteux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Les symptômes de grossesse ont-ils disparu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous l'impression d'être toujours enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous eu des saignements abondants aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous eu de la fièvre aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous eu de fortes crampes ou des douleurs aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S'il y a au moins une coche dans une case ombrée, la patiente doit consulter un prestataire de soins. Il est possible qu'elle soit toujours enceinte ou qu'elle nécessite des soins médicaux supplémentaires.

S'il n'y a pas de coche dans des cases ombrées, il y a de fortes chances que l'avortement médicamenteux ait réussi. La patiente doit utiliser une méthode contraceptive pour éviter une grossesse non désirée.

2. Confirmer la réussite de l'avortement.
 - a. Relever l'historique de la procédure d'avortement : quantité et durée du saignement, crampes, passage de caillots.
 - b. Procéder à un examen clinique.
 - c. En cas de doute, procéder à une échographie ou référer la patiente à un service d'échographie pour rechercher la présence d'un sac gestationnel ou déceler une éventuelle poursuite de la grossesse.
3. Pratiquer si possible une aspiration intra-utérine pour mettre fin à la procédure en cas de poursuite de la grossesse.
4. Informer la patiente de ce à quoi elle doit s'attendre après la fin ou la poursuite du traitement.
5. Passer en revue les résultats des éventuelles analyses de laboratoire.
6. Fournir une méthode contraceptive si la patiente le souhaite et ne l'a pas encore reçue.
7. Orienter la patiente vers des services compétents pour d'autres services médicaux, gynécologiques ou de conseil le cas échéant.

(Voir les modules Évaluation clinique, Complications, Services de contraception et Consentement éclairé, information et accompagnement. Pour un exemple de document, voir l'annexe F : Exemple de formulaire de renvoi du module Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus.)

10.0 Considérations particulières : adolescentes et très jeunes femmes

La plupart des aspects des soins d'avortement chez les adolescentes et les très jeunes femmes sont les mêmes que pour les femmes adultes mais il y a un certain nombre de considérations particulières dont il est nécessaire de tenir compte.

Dans le cas d'une adolescente, il s'agit vraisemblablement de son premier examen pelvien et elle risque fort de se sentir nerveuse ou d'avoir peur. Le prestataire de soins doit donc se montrer particulièrement attentif à :

- Veiller à garantir son intimité visuelle et si possible sonore.
- Expliquer à chaque étape ce qu'il fait.
- Pratiquer l'examen le plus délicatement possible. S'il dispose de plusieurs tailles de spéculum, utiliser la taille adaptée à la patiente et à la réalisation de l'examen ou de la procédure.

Même si les patientes de tout âge nécessitent un contrôle de la douleur, la perception de la douleur et le recours à des analgésiques sont en moyenne plus importants chez les très jeunes femmes que chez les femmes plus âgées.

11.0 Considérations relatives aux soins après avortement

- Les critères de recevabilité sont les suivants : orifice cervical ouvert, saignements vaginaux ou antécédents de saignements vaginaux au cours de la grossesse et taille utérine inférieure à 13 semaines.
- Les contre-indications à un traitement au misoprostol lors d'avortement incomplet sont notamment :
 - Antécédents de réaction allergique au misoprostol ou à une autre prostaglandine
 - Grossesse extra-utérine confirmée ou suspectée
 - Signes d'infection pelvienne et/ou de septicémie
 - Instabilité hémodynamique ou choc
- Après l'administration de misoprostol lors d'avortement incomplet, le retour de la fertilité est rapide. Par conséquent, si la patiente souhaite éviter une nouvelle grossesse, il faut lui fournir une méthode contraceptive lors de sa première visite pour des soins après avortement.
- Les femmes à qui l'on administre du misoprostol lors d'avortement incomplet vont vraisemblablement présenter des douleurs, des crampes et des saignements. Elles peuvent être confrontées à des effets indésirables du misoprostol tels que des nausées ou de la fièvre et des frissons. Le prestataire de soins doit proposer des médicaments pour le contrôle de la douleur aux patientes qui prennent du misoprostol pour des soins après avortement.
- Après l'administration de misoprostol pour traiter un avortement incomplet, les saignements sont similaires à des menstruations et peuvent persister plusieurs jours.
- La dose de misoprostol lors d'avortement incomplet est une dose unique de 400 µg par voie sublinguale ou de 600 µg par voie orale.
- En cas d'échec de l'administration initiale et si la patiente est cliniquement stable, on peut répéter l'administration de misoprostol. Les autres options envisageables sont une prise en charge attentiste ou une aspiration intra-utérine.

Pour plus d'informations et du matériel supplémentaire sur l'administration de misoprostol pour le traitement d'un avortement incomplet ou d'une rétention fœtale, voir *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition).

12.0 Résumé

- Les études indiquent qu'une association de mifépristone et de misoprostol est associée à un taux de réussite légèrement plus élevé que le misoprostol seul.
- Bien que le misoprostol seul pour un avortement médicamenteux soit moins efficace qu'une association de mifépristone et de misoprostol, cela peut être une option très utile lorsque la mifépristone n'est pas disponible.

L'administration vaginale, buccale ou sublinguale de misoprostol est recommandée plutôt que l'administration orale en cas de grossesse de plus de sept semaines, en raison de leur plus grande efficacité.

- En cas de poursuite de la grossesse, il est conseillé de terminer l'avortement, de préférence par aspiration intra-utérine.
- La séance de conseil doit inclure les points suivants : informations de base sur l'avortement médicamenteux, ses risques et bénéfices et ses effets indésirables et complications possibles.
- Avant de prendre les médicaments, la patiente doit recevoir des instructions sur le déroulement de la procédure, les comprimés à prendre et quand et comment les prendre, quand revenir pour une visite de suivi et où et quand demander une assistance médicale en cas de problème.
- La préparation avant l'administration de mifépristone comprend : conseil et obtention du consentement éclairé ; évaluation de la patiente incluant un examen clinique ; confirmation de ce que la patiente sait ce qu'il y a lieu de faire en cas d'urgence ; discussion de ses besoins en matière de contraception.
- Le misoprostol peut être administré à domicile pour une grossesse jusqu'à dix semaines depuis la date des dernières règles. Des locaux adaptés et le soutien du personnel doivent être disponibles pour les patientes qui restent au centre pendant le processus d'avortement médicamenteux.
- Des saignements vaginaux et des crampes sont des composantes normalement attendues d'un avortement médicamenteux. Les autres effets indésirables possibles sont notamment des nausées, de la diarrhée, des vomissements, de la fièvre, des bouffées de chaleur ou des frissons, des maux de tête et des étourdissements.
- Toutes les patientes doivent se voir proposer des analgésiques. On peut utiliser des analgésiques non narcotiques ou narcotiques pour traiter la douleur associée à

l'avortement médicamenteux. Il a été démontré que les AINS sont significativement plus efficaces que le paracétamol.

- Bien que les complications graves soient rares lors d'un avortement médicamenteux, les complications possibles sont la poursuite de la grossesse, une hémorragie et une infection.
- Avant de quitter le centre, la patiente doit savoir quels sont les effets indésirables potentiels du médicament qu'elle a pris ou qu'elle va prendre chez elle, les signes d'alerte indiquant des complications potentielles et où et quand demander une assistance médicale.
- Une visite de suivi systématique n'est pas nécessaire après un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol ; par contre, en raison de sa moindre efficacité, une visite de suivi de routine est recommandée après un avortement médicamenteux par le misoprostol seul.

Bibliographie

Ashok, P. W., Penney, G. C., Flett, G. M. et Templeton, A. (1998). An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction*, 13(10), 2962–2965.

Avraham, S., Gat, I., Duvdevani, N. R., Haas, J., Frenkel, Y. et Seidman, D. S. (2012). Pre-emptive effect of ibuprofen versus placebo on pain relief and success rates of medical abortion: a double-blind, randomized, controlled study. *Fertility Sterility*, 97(3), 612–615.

Bartley, J., Tong, S., Everington, D. et Baird, D. T. (2000). Parity is a major determinant of success rate in medical abortion: a retrospective analysis of 3161 consecutive cases of early medical abortion treated with reduced doses of mifepristone and vaginal gemeprost. *Contraception*, 62(6), 297303.

Bednarek, P. H., Creinin, M. D., Reeves, M. F., Cwiak, C., Espey, E., Jensen, J. T. et al. (2011). Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2208–2217.

Betstadt, S. J., Turok, D. K., Kapp, N., Feng, K. T. et Borgatta, L. (2011). Intrauterine device insertion after medical abortion. *Contraception*, 83(6), 517–521.

Billings, D. L. (2004). Misoprostol alone for early medical abortion in a Latin American clinic setting. *Reproductive Health Matters*, 12(24 supplément), 57–64.

Blanchard, K., Winikoff, B. et Ellertson, C. (1999). Misoprostol used alone for the termination of early pregnancy. A review of the evidence. *Contraception*, 59(4), 209–217.

- Borgatta, L., Mullally, B., Vragovic, O., Gittinger, E. et Chen, A. (2004). Misoprostol as the primary agent for medical abortion in a low-income urban setting. *Contraception*, 70(2), 121–126.
- Bracken, H., Gliozheni, O., Kati, K., Manoku, N., Moisiu, R., Shannon, C. et al. (2006). Mifepristone medical abortion in Albania: results from a pilot clinical research study. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 11(1), 38–46.
- Bugalho, A., Mocumbi, S., Faúndes, A. et David, E. (2000). Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 microg of vaginal misoprostol. *Contraception*, 61(1), 47–50.
- Callen, P. W. (2011). *Ultrasonography in obstetrics and gynecology*: Saunders.
- Carbonell Esteve, J. L., Varela, L., Velazco, A., Cabezas, E., Tanda, R. et Sánchez, C. (1998). Vaginal misoprostol for late first trimester abortion. *Contraception*, 57(5), 329–333.
- Carbonell, J. L., Rodríguez, J., Velazco, A., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S. et al. (2003). Oral and vaginal misoprostol 800 microg every 8 h for early abortion. *Contraception*, 67(6), 457–462.
- Carbonell, J. L., Varela, L., Velazco, A., Tanda, R. et Sánchez, C. (1999). Vaginal misoprostol for abortion at 10–13 weeks' gestation. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 4(1), 35–40.
- Carbonell, J. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S. et al. (2001). Misoprostol for abortion at 9–12 weeks' gestation in adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6(1), 39–45.
- Creinin, M. D. (2003). Current medical abortion care. *Current Women's Health Report*, 3(6), 461–469.
- Creinin, M. D. et Aubény, E. (1999). Medical abortion in early pregnancy. In: M. E. Paul, S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes et P. G. Stubblefield (eds.), *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York: Churchill Livingstone.
- Creinin, M. D. et Danielsson, K. G. (2009). Medical abortion in early pregnancy. *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*.
- Creinin, M. D., Fox, M. C., Teal, S., Chen, A., Schaff, E. A. et Meyn, L. A. (2004). A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 103(5 Pt 1), 851–859.
- Creinin, M. D. et Shulman, T. (1997). Effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on the action of misoprostol in a regimen for early abortion. *Contraception*, 56(3), 165–168.

- Davis, A., Westhoff, C et De Nonno, L. (2000). Bleeding patterns after early abortion with mifepristone and misoprostol or manual vacuum aspiration. *Journal of American Medical Women's Association*, 55 (Suppl 3), 141–144.
- Elul, B., Hajri, S., Ngoc, N. N., Ellertson, C., Slama, C. B., Pearlman, E. et al. (2001). Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *The Lancet*, 357(9266), 1402–1405.
- Faúndes, A., Fiala, C., Tang, O. S. et Velasco, A. (2007). Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 99 Suppl 2, S172-177.
- Federation, N. A. (2001). *Early options. A provider's guide to medical abortion*. Washington DC: National Abortion Federation.
- Fiala, C., Winikoff, B., Helström, L., Hellborg, M. et Gemzell-Danielsson, K. (2004). Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception*, 70(5), 387–392.
- Fielding, S. L., Schaff, E. A. et Nam, N.Y. (2002). Clinicians' perception of sonogram indication for mifepristone abortion up to 63 days. *Contraception*, 66(1), 27–31.
- Goldberg, A. B., Greenberg, M. B. et Darney, P. D. (2001). Misoprostol and pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 344(1), 38–47.
- Guengant, J.-P., Bangou, J., Elul, B. et Ellertson, C. (1999). Mifepristone-misoprostol medical abortion: Home administration of misoprostol in Guadeloupe. *Contraception*, 60(3), 167–172.
- Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. et Templeton, A. (2004). Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *BJOG*, 111(9), 996–1000.
- Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. et Templeton, A. (2005). Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: a review of 1076 consecutive cases. *Contraception*, 71(5), 327–332.
- Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. et Templeton, A. (2005). A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *BJOG*, 112(8), 1102–1108.
- Harper, C., Winikoff, B., Ellertson, C. et Coyaji, K. (1998). Blood loss with mifepristone—misoprostol abortion: Measures from a trial in China, Cuba and India. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 63(1), 39–49.
- Hausknecht, R. (2003). Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States. *Contraception*, 67(6), 463–465.

Honkanen, H., Piaggio, G., Herten, H., Bártfai, G., Erdenetungalag, R., Gemzell-Danielsson, K. et al. (2004). WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *BJOG*, 111(7), 715–725.

Ingham, R. et Lee, E. (2008). *Evaluation of Early Medical Abortion (EMA) pilot sites*. Royaume-Uni: Department of Health.

Jackson, E. et Kapp, N. (2011). Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 83(2), 116–126.

Jain, J. K., Dutton, C., Harwood, B., Meckstroth, K. R. et Mishell, D. R. (2002). A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of early pregnancy. *Human Reproduction*, 17(6), 1477–1482.

Jain, J. K., Meckstroth, K. R. et Mishell, D. R. (1999). Early pregnancy termination with intravaginally administered sodium chloride solution-moistened misoprostol tablets: historical comparison with mifepristone and oral misoprostol. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 181(6), 1386–1391.

Kruse, B., Poppema, S., Creinin, M. D. et Paul, M. (2000). Management of side effects and complications in medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183(2 Suppl), S65–75.

Kulier, R., Kapp, N., Gülmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L. et Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Systematic Review* (11), CD002855.

Lipscomb, G. H., Stovall, T. G. et Ling, F. W. (2000). Non-surgical treatment of ectopic pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 343(18), 1325–1329.

Livshits, A., Machtinger, R., David, L. B., Spira, M., Moshe-Zahav, A. et Seidman, D. S. (2009). Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *Fertility and sterility*, 91(5), 1877–1880.

Mayo Clinic. (2012, 4 décembre 2012). Fetal development: The first trimester. Dernier accès le 14 mars 2013, accessible via : <http://www.mayoclinic.com/health/prenatal-care/PR14>

Meckstroth, K. R., Whitaker, A. K., Bertisch, S., Goldberg, A. B. et Darney, P. D. (2006). Misoprostol administered by epithelial routes: Drug absorption and uterine response. *Obstetrics and Gynecology*, 108(3 Pt 1), 582–590.

Neilson, J. P., Gyte, G. M., Hickey, M., Vazquez, J. C. et Dou, L. (2010). Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database Systematic Review* (1), CD007223.

- Ngoc, N., Winikoff, B., Clark, S., Ellertson, C., Am, K. N., Hieu, D. T. et al. (1999). Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives*, 25(1), 10–14.
- Ngoc, N. T., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N. T., Dabash, R., Diop, A. et al. (2011). Comparing two early medical abortion regimens: mifepristone + misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception*, 83(5), 410–417.
- Organisation mondiale de la Santé (1997). *Méthodes médicales pour mettre fin à une grossesse : Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (4e éd.). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Paul, M. (2007). Abortion. Dans: R. A. Hatcher, J. Trussell, A. L. Nelson, J. W. Cates, F. H. Stewart et D. Kowall (eds.), *Contraceptive Technology* (19 ed.). New York, NY: Ardent Media, Inc.
- Perriera, L. K., Reeves, M. F., Chen, B. A., Hohmann, H. L., Hayes, J. et Creinin, M. D. (2010). Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. *Contraception*, 81(2), 143–149.
- Planned Parenthood Federation of America (2002). *Medical abortion: Questions and answers*. New York, NY: Planned Parenthood Federation of America.
- Renner, R. M., Jensen, J. T., Nichols, M. D. et Edelman, A. (2009). Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database SystRev*(2), CD006712.
- Reproductive Health Technologies Project et Gynuity Health Projects. (2003). Instructions for use: Abortion induction with misoprostol (Cytotec®) in pregnancies up to 9 weeks LMP.
- Rossi, B., Creinin, M. D. et Meyn, L. A. (2004). Ability of the clinician and patient to predict the outcome of mifepristone and misoprostol medical abortion. *Contraception*, 70(4), 313–317.
- Salakos, N., Kountouris, A., Botsis, D., Rizos, D., Gregoriou, O., Detsis, G. et al. (2005). First-trimester pregnancy termination with 800 microg of vaginal misoprostol every 12 h. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 10(4), 249–254.
- Schaff, E. A., DiCenzo, R. et Fielding, S. L. (2005). Comparison of misoprostol plasma concentrations following buccal and sublingual administration. *Contraception*, 71(1), 22–25.
- Schaff, E. A., Eisinger, S. H., Stadalius, L. S., Franks, P., Gore, B. Z. et Poppema, S. (1999). Low-dose mifepristone 200 mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contraception*, 59(1), 1–6.

- Schaff, E. A., Fielding, S. L., Eisinger, S. H., Stadalius, L. S. et Fuller, L. (2000). Low-dose mifepristone followed by vaginal misoprostol at 48 hours for abortion up to 63 days. *Contraception*, 61(1), 41–46.
- Schaff, E. A., Fielding, S. L. et Westhoff, C. (2001). Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol at one day after mifepristone for early medical abortion. *Contraception*, 64(2), 81–85.
- Schaff, E. A., Fielding, S. L. et Westhoff, C. (2002). Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol 2 days after mifepristone 200 mg for abortion up to 63 days of pregnancy. *Contraception*, 66(4), 247–250.
- Schaff, E. A., Fielding, S. L., Westhoff, C., Ellertson, C., Eisinger, S. H., Stadalius, L. S. et al. (2000). Vaginal misoprostol administered 1, 2, or 3 days after mifepristone for early medical abortion: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 284(15), 1948–1953.
- Schaff, E. A., Stadalius, L. S., Eisinger, S. H. et Franks, P. (1997). Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. *Journal of Family Practice*, 44(4), 353–360.
- Schreiber, C. A., Sober, S., Ratcliffe, S. et Creinin, M. D. (2011). Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*, 84(3), 230–233.
- Shulman, L. P., Lipscomb, G. H. et Ling, F. W. (1999). Management of abnormal pregnancies. Dans: M. E. Paul, S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes et P. G. Stubblefield (eds.), *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York: Churchill Livingstone.
- Stanek, A. M., Bednarek, P. H., Nichols, M. D., Jensen, J. T. et Edelman, A. B. (2009). Barriers associated with the failure to return for intrauterine device insertion following first-trimester abortion. *Contraception*, 79(3), 216–220.
- Stewart, F. H., Wells, E. S., Flinn, S. K. et Weitz, T. A. (2001). *Early Medical Abortion: Issues for Practice*. San Francisco, California: UCSF Center for Reproductive Health Research & Policy.
- Suhonen, S., Heikinheimo, O., Tikka, M. et Haukkamaa, M. (2003). The learning curve is rapid in medical termination of pregnancy—first-year results from the Helsinki area. *Contraception*, 67(3), 223–227.
- Suhonen, S., Tikka, M., Kivinen, S. et Kauppila, T. (2011). Pain during medical abortion: predicting factors from gynecologic history and medical staff evaluation of severity. *Contraception*, 83(4), 357–361.
- Swica, Y., Chong, E., Middleton, T., Prine, L., Gold, M., Schreiber, C. A. et al. (2012). Acceptability of home use of mifepristone for medical abortion. *Contraception*.
- Teal, S. B., Dempsey-Fanning, A. et Westhoff, C. (2007). Predictors of acceptability of medication abortion. *Contraception*, 75(3), 224–229.
- Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S., Chami, S. et al. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 5(4), 227–233.
- vonHertzen, H., Honkanen, H., Piaggio, G., Bartfai, G., Erdenetungalag, R., Gemzell-Danielsson, K. et al. (2003). WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. *BJOG*, 110(9), 808–818.

vonHertzen, H., Huong, N. T., Piaggio, G., Bayalag, M., Cabezas, E., Fang, A. H. et al. (2010). Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: a randomised controlled noninferiority trial. *BJOG*, 117(10), 1186–1196.

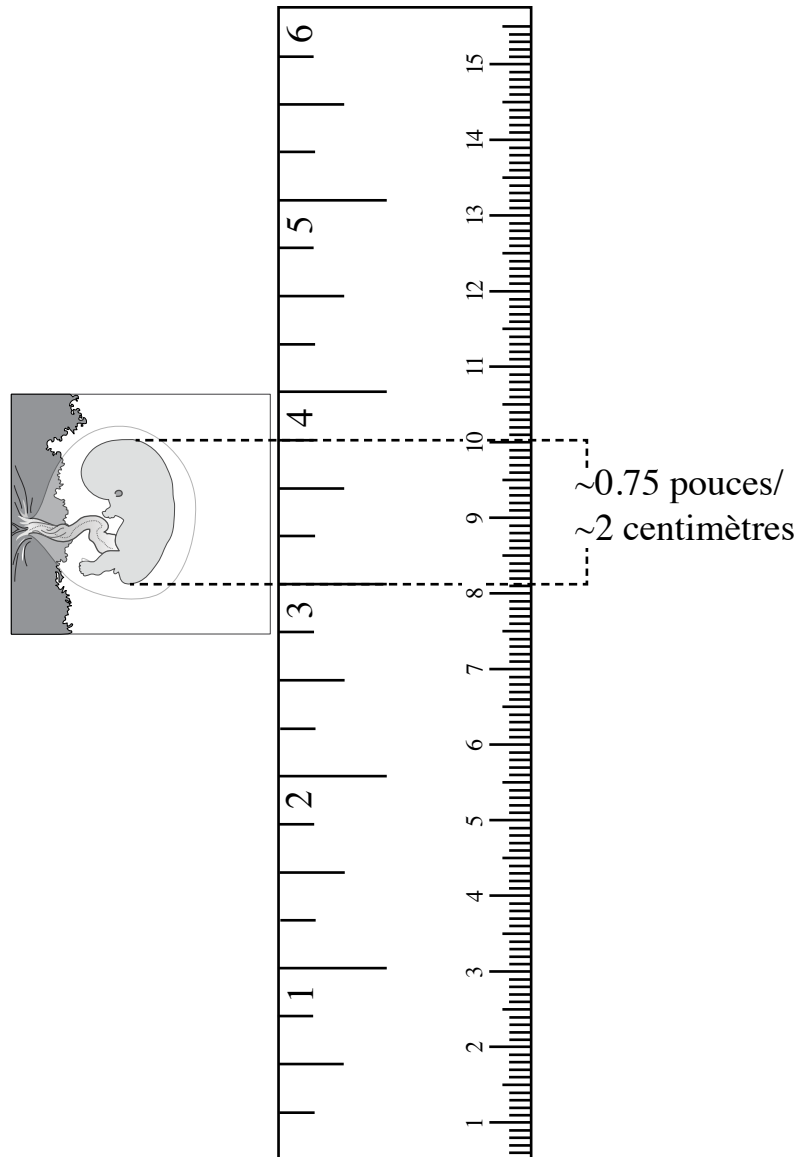
vonHertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M. et al. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 369(9577), 1938–1946.

Westhoff, C., Dasmahapatra, R., Winikoff, B. et Clarke, S. (2000). Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. The Mifepristone Clinical Trials Group. *Contraception*, 61(3), 225–229.

Westhoff, C., Dasmahapatra, R. et Schaff, E. (2000). Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. *Contraception*, 62(6), 311–314.

Winikoff, B., Dzuba, I. G., Chong, E., Goldberg, A. B., Lichtenberg, E. S., Ball, C. et al. (2012). Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstetrics and Gynecology*, 120(5), 1070–1076.

Annexe A : Illustration à l'échelle d'un embryon de 8 à 9 semaines



Complications

Principaux points abordés dans ce module :

- Signes et symptômes des complications préexistantes, liées à la procédure et liées à la grossesse
- Étapes du diagnostic, de la prise en charge ou du transfert en cas de complications
- Savoir tirer les leçons des événements indésirables

1.0 Introduction

Les complications sont rares pendant ou après une évacuation utérine mais elles peuvent néanmoins survenir. Les patientes qui viennent consulter pour des soins après avortement peuvent présenter des complications préexistantes nécessitant un traitement. Un avortement sécurisé n'engendre ni infertilité ultérieure, ni cancer du sein, ni réactions psychologiques graves.

Ce module propose des informations sur les complications les plus fréquentes auxquelles les patientes peuvent se trouver confrontées au cours d'un avortement ou dans le cadre des soins après avortement, leurs signes et symptômes et leur prise en charge initiale.

2.0 Complications préexistantes

Le plus souvent, les patientes qui viennent consulter pour des soins après avortement sont ambulatoires et se plaignent de saignements vaginaux, de douleur et de fièvre ou de frissons et nécessitent un traitement pour avortement incomplet. Celles qui sont confrontées à des complications plus graves peuvent présenter un état de choc, une hémorragie, une infection généralisée et/ou une lésion intra-abdominale. Les complications graves risquent davantage de se produire là où les avortements non sécurisés sont fréquents. Ce module traitera brièvement des complications les plus graves. On trouvera davantage d'informations dans la publication d'Ipas intitulée *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition).

Les patientes peuvent également présenter des complications liées à la grossesse ; se reporter à la section 4.0 pour plus d'informations.

3.0 Complications liées à la procédure

Lorsqu'une évacuation utérine est réalisée par un prestataire compétent, les complications liées à la procédure sont peu fréquentes. Néanmoins, même les prestataires les plus compétents peuvent être confrontés à des complications. Il est important d'être préparé à diagnostiquer les complications et à les traiter rapidement et en toute sécurité. Des complications peuvent survenir au cours de l'évacuation utérine, pendant la période de rétablissement ou ultérieurement et les centres doivent disposer d'un protocole de prise en charge existant dans cette éventualité. Des complications peuvent se produire tant dans le cas d'une aspiration intra-utérine que d'un avortement médicamenteux. La plupart des complications peuvent être traitées sans problème à condition d'intervenir rapidement. Les complications graves sont rares et peuvent généralement être traitées par un clinicien compétent capable de dispenser des soins médicaux et chirurgicaux d'urgence. Si des infrastructures d'urgence ne sont pas disponibles sur place, on peut prendre en charge les complications en organisant rapidement le transfert de la patiente vers un établissement compétent.

4.0 Complications liées à la grossesse

Certaines femmes peuvent également présenter des complications liées à la grossesse ou des complications gynécologiques, par

exemple une grossesse molaire, une grossesse extra-utérine ou des anomalies utérines, nécessitant une prise en charge clinique spécifique. Ces problèmes sont souvent détectés lors de l'évaluation clinique et peuvent être traités avant la procédure. Certains peuvent ne devenir manifestes que pendant ou après l'évacuation utérine (voir les modules Évaluation clinique et Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses).

5.0 Complications d'une aspiration intra-utérine ou d'un avortement médicamenteux

Plusieurs types de complications peuvent survenir occasionnellement tant lors d'une aspiration intra-utérine que d'un avortement médicamenteux, notamment avortement incomplet, infection, poursuite de la grossesse, hémorragie et grossesse extra-utérine.

5.1 Avortement incomplet

Après une évacuation utérine, une partie des tissus peuvent demeurer dans l'utérus.

La rétention d'une quantité importante de tissus peut provoquer des saignements abondants et une infection si elle n'est pas traitée. Si une patiente présente des saignements abondants ou des signes et symptômes d'infection, le traitement recommandé consiste à procéder immédiatement à une aspiration intra-utérine.

De faibles quantités de tissus résiduels peuvent s'évacuer spontanément sans intervention supplémentaire. Un suivi attentif jusqu'à expulsion des produits de rétention peut alors être suffisant ou on peut proposer à la patiente l'administration de misoprostol dans le cadre des soins après avortement. Dans tous les autres cas, le traitement nécessite une évacuation de l'utérus, de préférence par aspiration intra-utérine (Voir Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence, deuxième édition pour de plus amples informations).

5.2 Infection

Le taux d'infection après un avortement sécurisé au cours du premier trimestre est faible : cette complication ne survient que chez moins d'une femme sur cent. L'administration systématique d'une antibiothérapie prophylactique lors d'une aspiration intra-utérine permet de diminuer encore davantage le risque d'infection. Les infections sont plus fréquentes en cas d'avortement incomplet. Si des tissus résiduels sont toujours présents dans l'utérus, il faut les évacuer immédiatement. Toutes les patientes victimes d'une infection doivent recevoir des antibiotiques à large spectre ; le choix de la voie d'administration dépendra de la sévérité de l'infection.

Signes et symptômes de poursuite de la grossesse après une aspiration intra-utérine ou avortement médicamenteux

- Douleur pelvienne ou abdominale basse
- Saignements
- Fièvre et frissons
- Sensibilité utérine ou douleur au niveau du bas-ventre à la palpation
- Douleur lors de la mobilisation du col

5.3 Poursuite de la grossesse

Une poursuite de la grossesse après une aspiration intra-utérine est rare : cela se produit dans environ deux cas sur mille. Les facteurs de risque sont notamment :

- Âge gestationnel peu avancé (moins de six semaines)
- Opérateur inexpérimenté
- Anomalies utérines telles qu'utérus bicorne
- Grossesse extra-utérine

L'examen du produit de l'aspiration immédiatement après l'avortement permet de diminuer le risque d'échec de l'aspiration intra-utérine. Si une patiente revient une semaine ou davantage après un avortement et continue à présenter des symptômes de grossesse, on doit envisager une poursuite de la grossesse et lui proposer une nouvelle évacuation utérine.

Après un avortement médicamenteux, la grossesse se poursuit chez moins d'un pour cent des femmes qui ont utilisé la mifépristone et le misoprostol et chez environ quatre à six pour cent de celles qui ont utilisé le misoprostol seul jusqu'à neuf semaines de grossesse. On doit penser à une poursuite de la grossesse en cas d'absence de saignements vaginaux, de persistance des symptômes de grossesse et/ou d'augmentation de la taille de l'utérus.

Traitement lors de poursuite de la grossesse après un avortement médicamenteux :

Avortement médicamenteux jusqu'à neuf semaines depuis la date des dernières règles

- Mifépristone et misoprostol

Le traitement classique en cas de poursuite de la grossesse est une aspiration intra-utérine. La prise d'une nouvelle dose de misoprostol en cas de poursuite de la grossesse est une option qui a été moins étudiée. Au cours d'une étude, l'administration d'une seconde dose de misoprostol avait permis de terminer l'avortement chez à peine un tiers des femmes enceintes de moins de neuf semaines chez qui la grossesse s'était poursuivie après administration de mifépristone et de misoprostol. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un traitement de première ligne recommandé, là où l'accès à des services d'évacuation utérine sécurisé est limité, une nouvelle dose de misoprostol s'accompagnant d'un suivi attentif peut être envisagée.

- Misoprostol seul

Lors de poursuite de la grossesse après la prise de misoprostol seul pour un avortement, une aspiration intra-utérine est recommandée.

Avortement médicamenteux entre neuf et treize semaines

Une aspiration intra-utérine est recommandée en cas de poursuite de la grossesse après un avortement médicamenteux pratiqué entre neuf et treize semaines.

5.4 Hémorragie

Une hémorragie nécessitant une transfusion est rare après un avortement sécurisé : cette complication ne survient que chez moins d'une patiente sur mille après un avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et le misoprostol ou une aspiration intra-utérine. Une hémorragie peut survenir en cas d'avortement incomplet, d'infection ou d'atonie utérine.

Les éléments qui indiquent qu'un saignement nécessite une attention immédiate sont :

- Jaillissement de sang en abondance
- Saignements comparables à des menstruations abondantes qui persistent durant plusieurs semaines et engendrent une anémie importante et une hypovolémie
- Pâleur s'accompagnant de faiblesse, d'agitation ou de désorientation
- Chute de la tension artérielle ou étourdissements lorsque la patiente se met debout
- Accélération de la pulsation cardiaque, en particulier si elle est associée à de l'hypotension

Les autres signes et symptômes inquiétants sont notamment une pâleur de la face interne des paupières, de la muqueuse buccale, des paumes des mains ou du bout des doigts, des vertiges et des évanouissements et une moindre production urinaire.

Une hémorragie sévère ou des saignements abondants prolongés nécessitent une attention immédiate. Instaurer un traitement de soutien : administration de fluides par voie intraveineuse, transfusion sanguine, administration d'oxygène. Une aspiration intra-utérine constitue le traitement de choix en cas d'hémorragie : cette intervention permet à l'utérus de se contracter et diminue ainsi le saignement. On peut également administrer des utérotoniques (voir encadré).

Atonie utérine

L'atonie utérine est une situation où l'utérus perd son tonus musculaire et continue à saigner. Il s'agit d'une complication potentiellement grave en raison du risque d'hémorragie. Cette complication est surtout fréquente chez les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfants et en cas de grossesse relativement avancée.

Utérotoniques

Les traitements que l'on peut administrer en cas de saignements ou pour stabiliser une patiente en vue de son transfert après une aspiration intra-utérine ou en cas d'hémorragie post-partum sont notamment :

- Méthylergonovine 0,2 mg par voie intramusculaire ou intracervicale, à répéter toutes les 15 minutes avec un maximum de 5 doses
- Ocytocine 20 unités dans 1 litre de fluide IV au rythme de 60 gouttes par minute, avec un maximum de 3 l de fluide
- Misoprostol 200 à 800 µg par voie orale, rectale ou sublinguale
- Tamponnement intra-utérin avec de la gaze stérile, un ballon de Foley de 30 à 75 ml ou un préservatif gonflé

Ces traitements peuvent également s'avérer efficaces après un avortement médicamenteux.

L'atonie utérine peut généralement être traitée par un massage utérin et des utérotoniques. Les signes et symptômes d'atonie utérine sont les suivants :

- Saignements vaginaux abondants
- Utérus augmenté de volume et ramolli

Ce traitement doit avoir lieu étape par étape jusqu'à parvenir à contrôler le saignement. Le prestataire doit passer rapidement à l'étape suivante si le saignement n'est toujours pas contrôlé. L'hystérectomie ne doit être pratiquée qu'en dernier recours.

- Massage bimanuel
- Administration d'utérotoniques (voir encadré Utérotoniques)
- Aspiration utérine
- Tamponnement utérin
- Hystérectomie s'il s'avère impossible d'arrêter le saignement par d'autres mesures

5.5 Grossesse extra-utérine

Toutes les patientes doivent faire l'objet d'une évaluation pour une éventuelle grossesse extra-utérine avant un avortement médicamenteux ou une aspiration utérine (voir le module Évaluation clinique). Ni une aspiration intra-utérine ni un avortement médicamenteux ne permettent de mettre fin à une grossesse extra-utérine.

Après une procédure d'aspiration intra-utérine, on doit suspecter une grossesse extra-utérine et traiter immédiatement la patiente en cas d'absence de villosités ou de tissu décidual lors de l'examen des produits de la conception.

Après un avortement médicamenteux, on doit suspecter une grossesse extra-utérine et traiter immédiatement la patiente si celle-ci présente les symptômes suivants :

- Saignements vaginaux minimes après la prise des médicaments pour un avortement médicamenteux
- Taille utérine inférieure à celle attendue
- Douleur ou crampes abdominales inférieures subites, intenses et persistantes, généralement unilatérales, pouvant s'accompagner de saignements vaginaux irréguliers ou de saignements diffus et/ou de la présence d'une masse annexielle palpable
- Évanouissement, douleur à l'épaule, accélération de la pulsation cardiaque ou étourdissements (consécutifs à une hémorragie interne). Une hémorragie interne ne s'accompagne pas nécessairement de saignement vaginal.

La rupture d'une grossesse extra-utérine est une urgence gynécologique qui peut représenter une menace pour le pronostic vital et nécessite une intervention chirurgicale immédiate. Une patiente chez qui l'on suspecte une grossesse extra-utérine doit être traitée immédiatement ou être transférée le plus rapidement possible vers une institution capable de confirmer le diagnostic et d'instaurer un traitement. Le diagnostic et le traitement précoces d'une grossesse extra-utérine permettent de sauver la vie des femmes et contribue à préserver leur fertilité ultérieure.

6.0 Complications de l'aspiration intra-utérine

L'aspiration intra-utérine est une procédure extrêmement sûre et les complications sont rares. Les complications susceptibles de survenir occasionnellement et qui sont spécifique d'une aspiration intra-utérine sont : lésions cervicales, utérines et abdominales ; complications associées aux médicaments ; hématométrie ; réaction vasovagale ; syndrome d'Asherman.

6.1 Lésions cervicales, utérines et abdominales

Des lacérations mineures du col utérin peuvent être dues au mouvement de la pince de Pozzi ou à la dilatation. Il suffit généralement d'exercer une pression en plaçant une pince circulaire sur la déchirure pour arrêter le saignement. On peut également réparer la lésion ou appliquer du nitrate d'argent. Les perforations utérines survenant lors d'une aspiration intra-utérine sont généralement de très petite taille et indétectables et peuvent cicatriser sans nécessiter d'intervention chirurgicale. Certaines perforations peuvent toutefois provoquer des dommages à d'autres organes ou un saignement intra-abdominal. En fonction de l'expérience du clinicien, des options disponibles et de l'étendue des lésions, on peut procéder à une laparoscopie ou à une laparotomie pour examiner la perforation, diagnostiquer les éventuelles lésions abdominales et pratiquer les réparations nécessaires.

Signes et symptômes

Pendant la procédure :

- Saignements vaginaux excessifs
- Douleur soudaine et excessive
- Pénétration des instruments plus loin que prévu
- Diminution de la puissance d'aspiration
- Présence de graisse ou d'intestin dans le produit d'aspiration

Après la procédure

- Douleur abdominale persistante

- Pulsation cardiaque accélérée
- Chute de la tension artérielle
- Sensibilité pelvienne
- Fièvre et/ou élévation du nombre de globules blancs

6.2 Complications associées aux médicaments

Bien que les médicaments soient couramment utilisés de manière sûre et efficace dans le cadre d'avortements, il existe des complications potentielles associées à leur utilisation. Les complications peuvent être consécutives à :

- un surdosage
- l'injection intravasculaire d'un anesthésique local
- une réaction d'hypersensibilité

Une anesthésie générale augmente la fréquence de complications consécutives à un avortement et est déconseillée lors d'une aspiration intra-utérine de routine. Le traitement des complications liées aux anesthésiques et aux autres médicaments peut être l'administration d'antagonistes, le traitement de la dépression respiratoire et cardiaque et la stabilisation des convulsions.

Signes et symptômes

- Étourdissements
- Spasmes musculaires ou convulsions
- Perte de conscience
- Baisse de la tension artérielle ou ralentissement du pouls
- Dépression respiratoire

6.3 Hématométrie

L'hématométrie est l'accumulation de caillots de sang dans la cavité utérine. Dans ces conditions, l'utérus ne parvient plus à se contracter normalement. Une nouvelle évacuation par aspiration intra-utérine permet généralement de résoudre le problème.

Signes et symptômes

- Utérus augmenté de volume, ferme et douloureux
- Pression pelvienne
- Crampes et douleur intenses
- Étourdissements

- Légère fièvre
- Saignements vaginaux peu importants

6.4 Réaction vasovagale

Une réaction vasovagale est un évanouissement consécutif à la stimulation du nerf vague lors d'une procédure d'aspiration intra-utérine. Dans la plupart des cas, la patiente reprend conscience en quelques secondes à une minute et ne nécessite aucun traitement. Occasionnellement, il peut s'avérer nécessaire de lui faire respirer des sels pour la ranimer. Dans de très rares cas, une injection d'atropine peut être nécessaire si la réaction se prolonge.

Signes et symptômes

- Évanouissement, perte de conscience
- Peau froide ou humide
- Étourdissements
- Nausées
- Baisse modérée de la tension artérielle
- Ralentissement du pouls

6.5 Syndrome d'Asherman

Le syndrome d'Asherman est une complication rare susceptible de survenir après une aspiration intra-utérine et au cours de laquelle des adhérences se forment à l'intérieur de l'utérus. Le syndrome d'Asherman est rare après une aspiration intra-utérine sans complications et est plus fréquemment associé à un curetage post-partum. Les signes et symptômes sont notamment de l'aménorrhée, des crampes cycliques et une infertilité.

Les prestataires de soins peuvent également rencontrer le syndrome d'Asherman lorsqu'il apparaît en tant que pathologie préexistante suite à une procédure antérieure chez une patiente. Néanmoins, le syndrome d'Asherman est lié à une baisse de fertilité, ce qui limite le risque de grossesse non désirée, et donc de demande d'interruption de grossesse, chez les femmes souffrant de cette pathologie.

7.0 Complications d'un avortement médicamenteux

La majorité des femmes qui subissent un avortement médicamenteux ne présentent pas le moindre problème ou complication. Les problèmes consécutifs à un avortement médicamenteux, lorsqu'ils surviennent, peuvent varier d'un problème mineur à une véritable urgence. Les complications

majeures sont rares, mais peuvent dans certains cas être évitées en intervenant au moment adéquat et en appliquant un traitement approprié. On peut limiter les problèmes en informant clairement les patientes de ce à quoi elles doivent s'attendre, des circonstances dans lesquelles il est nécessaire de demander des soins médicaux et en prodiguant rapidement les soins appropriés le cas échéant.

Les complications qui peuvent survenir occasionnellement et qui sont spécifiques des méthodes médicamenteuses sont un échec de l'avortement médicamenteux, une douleur persistante et des réactions allergiques.

7.1 Échec d'un avortement médicamenteux

L'échec d'un avortement médicamenteux est défini comme toute situation nécessitant une intervention pour évacuer l'utérus suite à la poursuite de la grossesse ou à des symptômes intolérables tels qu'une hémorragie. L'échec d'un avortement médicamenteux peut constituer une urgence médicale si elle s'accompagne d'une hémorragie importante. La patiente peut souhaiter un traitement pour mettre fin à des saignements persistants. Ces deux situations exigent une évaluation et un traitement rapides. Une simple demande de la part de la patiente constitue une raison suffisante pour proposer une nouvelle évacuation utérine.

La grossesse se poursuit chez moins d'un pour cent des femmes qui ont utilisé la mifépristone et le misoprostol et chez environ quatre à six pour cent de celles qui ont utilisé le misoprostol seul jusqu'à neuf semaines de grossesse. On doit penser à une poursuite de la grossesse en cas d'absence de saignement vaginal, de persistance des symptômes de grossesse et/ou d'augmentation de la taille utérine.

7.2 Douleur persistante

Si une femme se plaint de douleur intense qui persiste plus de quatre à six heures après la prise du misoprostol ou si elle fait état d'une douleur intense qui n'est pas soulagée par l'ibuprofène et des narcotiques légers, on envisagera les possibilités suivantes :

- Tissus de la grossesse emprisonnés au niveau de l'orifice cervical : en pareil cas, il est quelquefois possible de les saisir avec un instrument tel qu'une pince circulaire et de les retirer délicatement
- Grossesse extra-utérine
- Infection des voies génitales supérieures
- Faible tolérance à la douleur

Une patiente qui se plaint de douleur intense ou persistante nécessite un examen plus approfondi pour diagnostiquer la

présence éventuelle de l'un de ces problèmes. On procédera à un relevé complet de l'historique, à un examen clinique approfondi et à un examen bimanuel et la patiente sera traitée et transférée en fonction des besoins.

7.3 Réactions allergiques

Les réactions allergiques à la mifépristone et au misoprostol sont rares, mais ont été signalées occasionnellement. Ces réactions s'accompagnaient d'un gonflement des mains ou des pieds, d'éruptions cutanées ou de respiration sifflante. Les réactions allergiques peuvent être traitées de manière classique, par exemple par un antihistaminique.

Une réaction allergique sévère est extrêmement rare mais peut survenir avec n'importe quel médicament, aliment ou substance. Les patientes qui présentent un essoufflement soudain, un gonflement des voies respiratoires ou toute autre réaction grave ou inhabituelle nécessitent des soins d'urgence.

8.0 Complications chez les patientes qui se présentent pour des soins après avortement

Une patiente peut nécessiter des soins après avortement suite à un avortement spontané, sécurisé, non sécurisé ou provoqué par elle-même. Si la patiente ne présente que des saignements légers à modérés et pas de complication, le traitement peut se limiter à une évacuation utérine. Il faut cependant savoir que les complications sont plus fréquentes et plus graves chez les femmes qui ont eu recours à un avortement non sécurisé plutôt qu'à un avortement sécurisé. Les complications peuvent être dues à des lésions lors de la procédure d'avortement, à une évacuation utérine incomplète ou à une infection. Souvent, en raison d'obstacles à l'accès aux soins de santé ou par crainte du rejet social, les femmes retardent le moment de demander des soins après un avortement non sécurisé, de sorte que leur état s'aggrave entre-temps.

Lorsqu'une patiente se trouve dans une situation d'urgence représentant une menace pour le pronostic vital, l'évaluation clinique approfondie et le consentement éclairé volontaire peuvent être retardés jusqu'à ce que l'on ait pris les mesures nécessaires pour préserver sa vie. Une fois son état stabilisé, le prestataire pourra alors procéder à une évaluation approfondie et demander à la patiente de donner son accord à la poursuite des soins.

- Avant de traiter les complications, procéder à une évaluation initiale rapide et obtenir si possible le consentement éclairé volontaire de la patiente. Procéder à une évaluation clinique tout en commençant à traiter les complications. En cas de choc ou en présence de toute autre situation d'urgence représentant une menace pour le pronostic vital, l'évaluation clinique approfondie et l'obtention du consentement éclairé

peuvent être retardées jusqu'à ce que l'état de la patiente soit stabilisé.

- Les complications graves sont notamment choc, hémorragie, infection généralisée et lésion intra-abdominale.
- Un choc peut survenir chez n'importe quelle patiente à tout moment au cours des soins après avortement, en particulier si des lésions importantes n'ont pas été décelées initialement. Un choc est une complication qui engage le pronostic vital et une réaction rapide est indispensable.
- Le personnel du centre doit être correctement formé au traitement des complications, y compris d'un choc, et l'ensemble des fournitures et des médicaments nécessaires doit être disponible, de même qu'un système de transfert vers un établissement hospitalier de niveau supérieur si nécessaire, ainsi qu'un moyen de transport pour y amener la patiente.
- Dans le cas des patientes qui présentent des signes et symptômes d'infection pelvienne, d'infection généralisée ou d'hémorragie consécutives à un avortement incomplet, une évacuation utérine immédiate fait partie du traitement d'urgence visant à stabiliser l'état clinique.

Pour des informations plus détaillées sur le traitement des complications, se référer à la publication d'*Ipas Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition).

9.0 Réponse aux urgences

Dans de rares cas, le recours à un système de réponse aux urgences préexistant peut s'avérer nécessaire. En cas d'urgence, certaines femmes nécessitent d'être transférées vers un centre mieux équipé pour y recevoir des soins adéquats. Disposer à l'avance de plans d'urgence pour faire face à une telle situation permet de gagner un temps précieux, évite toute confusion et facilite l'administration de soins appropriés en cas d'extrême urgence.

Les plans de réponse à une situation d'urgence peuvent inclure les points suivants :

Service de garde téléphonique

Faire en sorte qu'une personne ayant des connaissances cliniques suffisantes pour pouvoir répondre aux questions de la patiente et lui dispenser des soins ou organiser son transfert soit disponible 24 heures sur 24. Ce prestataire peut procéder à un premier tri entre les femmes qui ont uniquement besoin d'être rassurées ou de recevoir des instructions et celles qui nécessitent une évaluation clinique ou des soins d'urgence. Dans le cas d'un avortement

médicamenteux, la majorité des femmes prendront le misoprostol chez elles et elles peuvent avoir besoin qu'on les rassure en leur affirmant que la procédure se déroule normalement et devrait être terminée dans un délai de quelques heures, tandis que certaines peuvent présenter un problème nécessitant un traitement médical immédiat.

Transfert

Il est important de mettre en place des accords de transfert (par exemple un protocole d'entente) concernant le transfert des patientes vers un centre de référence si nécessaire ; il est préférable de transférer les patientes vers l'établissement le plus aisément accessible.

Si possible, les prestataires de soins établiront des contacts avec le personnel des urgences et les gynécologues du centre de référence choisi. Il peut s'avérer utile d'organiser une séance d'information pour les membres du personnel de cet établissement qui seront amenés à recevoir et à traiter les patientes transférées en urgence. Cette séance peut inclure une brève présentation des procédures d'avortement médicamenteux et d'aspiration utérine, une description du continuum des effets attendus et des effets indésirables, des types de complications susceptibles de se produire et un aperçu de la manière de trier les patientes transférées en urgence après un avortement. Inviter le personnel de l'établissement de référence à visiter le centre qui propose des soins d'avortement (voir annexe D : Exemple de formulaire de renvoi du module Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus).

Transmission des informations

Lors du transfert d'une patiente vers un établissement de référence, le prestataire doit contacter cet établissement par téléphone pour l'informer que la patiente est en route, expliquer pourquoi elle leur est renvoyée pour recevoir des soins, ses antécédents, les mesures qui ont déjà été prises au centre et son état actuel.

Mettre au point un mécanisme pour recevoir des copies des dossiers ou des rapports verbaux concernant les patientes ayant bénéficié de soins d'urgence à l'hôpital de manière à ce que le centre soit informé de ces cas et de leur issue et puisse dispenser des soins de suivi appropriés.

Entraînement aux urgences

Le personnel du centre doit régulièrement revoir et pratiquer la manière de prendre en charge les urgences, de telle sorte que chacun sache quel est son rôle et connaisse les protocoles à mettre en œuvre. Il doit s'entraîner au traitement d'une hémorragie, d'un choc, à la mise en place d'une perfusion intraveineuse de liquide, à l'administration d'oxygène (si disponible) et à la réanimation

cardio-pulmonaire.

Fournitures

Disposer d'un chariot ou d'une trousse d'urgence réunissant tous les médicaments et fournitures susceptibles d'être utiles en cas d'urgence. Procéder régulièrement, une fois par mois, à un contrôle du contenu de ce chariot en se basant sur une liste de contrôle afin de s'assurer qu'il est toujours prêt à l'emploi et que les fournitures et les médicaments ne sont pas périmés.

Liens vers la communauté

Les prestataires de soins et les centres peuvent travailler en collaboration avec des dirigeants et des organismes au sein de la communauté, par exemple des associations féminines et des groupements de jeunesse, pour les former à l'identification des signes et symptômes de complications liées à un avortement qui nécessitent des soins médicaux urgents et leur faire savoir où et comment les femmes concernées peuvent bénéficier de soins d'urgence. L'intervention de la communauté permet d'éviter tout retard dans le transport des femmes nécessitant un traitement d'urgence vers des services de santé appropriés, par exemple en utilisant les systèmes de transport d'urgence disponibles au sein de la communauté. Le personnel du centre de santé peut former des officiers de santé travaillant au sein de la communauté ou des volontaires locaux au transfert des patientes nécessitant des soins d'urgence vers des services de santé appropriés, au suivi des soins ultérieurs chez ces patientes et à la mise en contact des femmes avec des services de contraception et d'autres services de santé génésique.

10.0 Soins de suivi après la procédure

Le suivi de la patiente suite à des complications consécutives à un avortement doit inclure :

- Un suivi clinique et un soutien psychologique
- Des informations sur son état, les médicaments à prendre, les méthodes contraceptives et les soins de suivi
- Des conseils sur les éventuelles conséquences à long terme des complications, par exemple une hystérectomie ou la réparation d'une perforation intestinale
- Ce à quoi elle doit s'attendre et que faire si elle nécessite des soins d'urgence
- Fourniture d'informations écrites ou illustrées sur sa situation médicale

(Voir les modules Consentement éclairé, information et

accompagnement, et Services de contraception.)

11.0 Suivi des événements indésirables graves

Un événement indésirable est toute complication que présente une patiente au cours du traitement et qui n'est pas la conséquence du problème pour lequel initialement elle est venue demander des soins. Les événements indésirables sont rares suite à des soins d'avortement et à des services de contraception de routine mais peuvent néanmoins se produire. Certains événements indésirables sont imprévisibles (par exemple réaction allergique vis-à-vis d'un médicament) mais d'autres sont évitables (par exemple erreur de détermination de la dose d'un médicament). Certaines complications sont minimales et guérissent spontanément, par exemple une lacération du col utérin se referme après compression. D'autres peuvent être graves, provoquer des dommages représentant une menace pour le pronostic vital, par exemple des saignements nécessitant une transfusion ou une intervention chirurgicale, ou entraîner le décès de la patiente.

11.1 Types d'événements indésirables

Un *événement indésirable (EI)* / une complication est un problème nécessitant une intervention ou une prise en charge allant au-delà de ce qui est normalement nécessaire pour une procédure ou une anesthésie

Un *événement indésirable grave (EIG)* est un incident pouvant provoquer la mort, des lésions représentant une menace pour le pronostic vital, une détérioration permanente ou nécessitant une intervention médicale ou chirurgicale pour éviter une détérioration permanente.

Un *quasi-incident* est un événement susceptible d'être dommageable au patient mais ne l'a pas été grâce à la chance, à la prévention ou à une atténuation.

Tableau 13-1 : Exemples de complications/événements indésirables graves	
Aspiration intra-utérine	Méthodes médicamenteuses
Perforation traitée de manière conservatoire ou nécessitant une intervention chirurgicale	Aspiration non programmée (par exemple en raison de saignements abondants ou de douleur)
Complications liées à l'anesthésie nécessitant une hospitalisation ou entraînant des convulsions	Réactions vis-à-vis des médicaments nécessitant un traitement d'urgence
Saignement nécessitant une transfusion sanguine	Saignement nécessitant une transfusion sanguine
Infection nécessitant une antibiothérapie intraveineuse et/ou une hospitalisation	Infection nécessitant une antibiothérapie intraveineuse et/ou une hospitalisation
Intervention de chirurgie intra-abdominale non prévue	Intervention de chirurgie intra-abdominale non prévue
Poursuite de la grossesse	Poursuite de la grossesse

Tableau 13-1 : Exemples de complications/événements indésirables graves (suite)

Aspiration intra-utérine	Méthodes médicamenteuses
Grossesse extra-utérine non diagnostiquée au moment de la procédure	Grossesse extra-utérine non diagnostiquée au moment de l'avortement médicamenteux
Décès	Décès

Quelques exemples d'événements indésirables et d'événements indésirables graves sont cités ci-après.

11.2 Fréquence des événements indésirables

On estime qu'un patient sur dix admis dans un établissement hospitalier pour quelque raison que ce soit est confronté à l'un ou l'autre événement indésirable. Les événements indésirables peuvent être encore plus fréquents dans les pays en voie de développement. Bien qu'un avortement soit une procédure extrêmement sûre, même dans les meilleures conditions de sécurité, des événements indésirables peuvent se produire occasionnellement. Le risque de décès suite à un avortement sécurisé est extrêmement faible.

11.3 Raisons de la survenue d'événements indésirables

Des événements indésirables peuvent se produire pour de multiples raisons. Les événements indésirables sont rarement le fait d'une seule personne ou d'un événement isolé : ils résultent généralement plutôt d'une combinaison de plusieurs facteurs qui surviennent simultanément. Les facteurs qui peuvent être à l'origine d'un événement indésirable sont notamment les suivants :

Facteurs liés à la patiente

La patiente peut ne pas être à même de communiquer les informations requises ou de révéler d'autres problèmes médicaux importants ou être atteinte de problèmes médicaux qui engendrent un risque important. Dans le cadre des soins d'avortement, on sait que le risque d'événements indésirables augmente avec l'âge gestationnel. Une femme enceinte de 18 semaines court donc un risque plus important qu'une femme enceinte de 10 semaines. Les autres facteurs susceptibles de favoriser la survenue d'événements indésirables sont la présence de problèmes médicaux complexes, l'obésité ou une anomalie anatomique de l'utérus.

Erreur humaine

Une erreur humaine peut se produire sous deux formes : écarts et manquements ou erreurs. Les écarts et manquements sont

des situations où le programme de soins est adéquat mais ne se déroule pas de la manière prévue en raison d'une action inappropriée. Le problème peut être dû à l'inattention, à la fatigue ou à un trou de mémoire. Les erreurs sont des situations où le programme de soins est inadéquat pour une situation donnée. La plupart des erreurs sont dues à un manque de formation, d'expérience ou de connaissances.

Erreurs impliquant le centre

Ces erreurs lorsque le centre ne veille pas suffisamment à garantir la sécurité des patientes. Par exemple, pour réaliser des économies, un centre peut omettre de commander les médicaments et les fournitures nécessaires au traitement. Un environnement clinique où le personnel ne se sent pas suffisamment soutenu peut faire qu'une complication minime dégénère en un événement grave représentant une menace pour le pronostic vital.

11.4 Comment gérer les événements indésirables

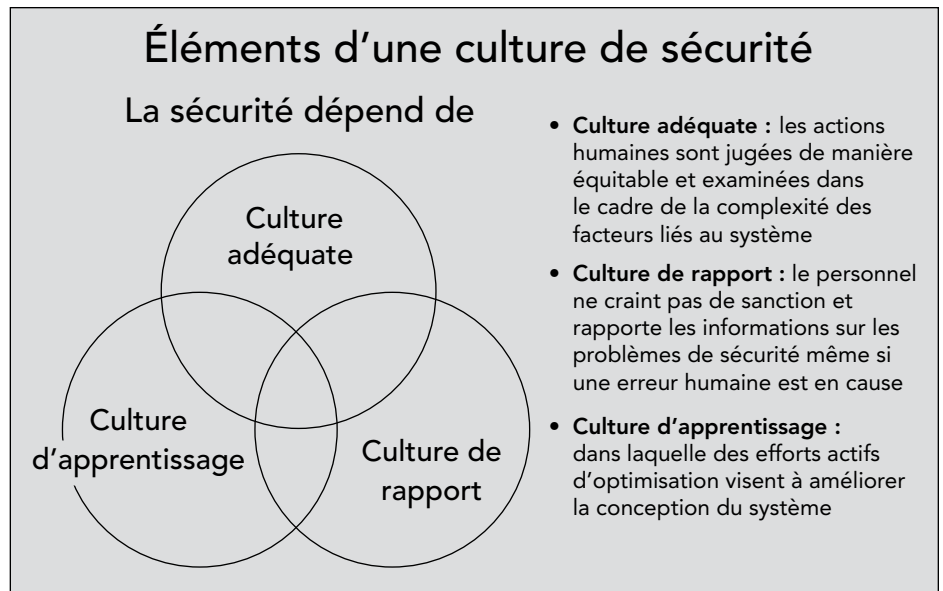
Après la survenue d'un événement indésirable, une fois que la patiente a bénéficié des soins appropriés, il existe deux manières d'évaluer l'incident. La première est une culture de culpabilisation.

Dans une **culture de culpabilisation**, le centre cherche à déterminer quelle est la personne responsable de l'erreur pour l'obliger à assumer sa responsabilité ou la sanctionner. L'objectif n'est pas nécessairement d'améliorer la qualité des soins mais plutôt de mettre l'accent sur la responsabilité individuelle.

Une **culture de sécurité** encourage une discussion ouverte entre toutes les personnes impliquées dans l'événement indésirable, à savoir les prestataires de soins, leurs assistants, les administrateurs, les patientes et leur famille (le cas échéant). Lorsque des événements indésirables surviennent, le personnel du centre peut en discuter avec la famille et les membres de la communauté afin d'éviter tout malentendu et même d'éventuelles craintes non fondées, tout en respectant la vie privée de la patiente. Dans le cadre d'une culture de sécurité, l'objectif est de déterminer à quel niveau le système s'est montré inefficace et de l'améliorer pour éviter que le même événement indésirable se reproduise à l'avenir.

11.5 Rapport des événements indésirables

Lorsqu'un événement indésirable a été identifié et après que la patiente a bénéficié des soins appropriés, il est important de documenter, de signaler et d'analyser l'événement de manière à en tirer les leçons pour améliorer la qualité des soins.



Enregistrer toutes les informations requises dans le dossier médical de la patiente et dans le registre des avortements du centre.

Signaler l'événement indésirable aux autorités locales conformément aux directives en vigueur.

11.6 Savoir tirer les leçons des événements indésirables

Pour tirer les leçons d'un événement indésirable, le mieux est d'organiser une discussion en équipe avec tous les membres du personnel concernés. Cette réunion doit être animée dans un esprit d'apprentissage, c'est-à-dire non punitif et où chacun est autorisé et encouragé à s'exprimer.

Discuter en équipe pour chercher à répondre aux questions suivantes :

1. Que s'est-il passé ?
2. Pourquoi cela s'est-il produit ?
3. Que pourrait-on modifier pour éviter des événements similaires à l'avenir ?

Déterminer les modifications que l'on pourrait apporter pour contribuer à éviter que l'événement indésirable en question ne se reproduise et appliquer ces modifications.

12.0 Considérations relatives aux soins après avortement

Une patiente peut nécessiter des soins après avortement suite à des complications consécutives à un avortement spontané,

Analyse des causes fondamentales

L'analyse des causes fondamentales est l'une des manières d'approfondir un problème en vue de déterminer les modifications qu'il serait possible d'apporter pour éviter qu'un tel événement indésirable se reproduise à l'avenir. Une technique d'analyse des causes fondamentales est désignée sous le nom de « multiples pourquoi ». La technique des multiples pourquoi, consiste à se demander à de multiples reprises pourquoi un événement est survenu jusqu'à parvenir à identifier un problème contre lequel des mesures peuvent être prises (voir Ressources supplémentaires, Complications).

sécurisé, non sécurisé ou provoqué par elle-même. Voir la section 8.0 de ce module et la publication d'*Ipas Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence*, deuxième édition pour de plus amples informations.

13.0 Résumé

- Les procédures d'avortement n'engendrent que rarement des complications immédiates ou à long terme lorsqu'elles sont effectuées par des prestataires correctement formés.
- Les patientes qui viennent consulter pour des soins après avortement peuvent présenter des complications nécessitant un traitement.
- Le personnel de santé doit être à même d'identifier et de traiter les éventuelles complications susceptibles de survenir au cours des soins après avortement, lors d'un avortement, pendant la période de convalescence ou ultérieurement ou d'organiser le transfert de la patiente si nécessaire. Les complications peuvent être préexistantes, liées à la procédure ou liées à la grossesse.
- Les complications possibles d'une aspiration intra-utérine ou d'un avortement médicamenteux sont notamment un avortement incomplet, une infection, la poursuite de la grossesse et une hémorragie. L'éventualité d'une grossesse extra-utérine doit être envisagée tant avant un avortement médicamenteux qu'avant une aspiration utérine et ce problème doit également être suspecté après l'avortement si l'on n'observe pas la présence des produits de la conception (après une aspiration utérine) ou si l'on constate la symptomatologie correspondante (après un avortement médicamenteux).
- Les complications possibles d'une aspiration intra-utérine sont notamment : lésions cervicale, utérine et abdominale, complications associées aux médicaments, hématométrie, réaction vasovagale, syndrome d'Asherman.
- Les complications possibles d'un avortement médicamenteux sont notamment : échec de l'avortement médicamenteux, douleur persistante et réaction allergique aux médicaments.
- Les patientes qui viennent consulter pour des soins après avortement nécessitent une évaluation initiale rapide et un traitement immédiat des problèmes représentant une menace pour le pronostic vital.
- Il peut s'avérer nécessaire de transférer une patiente vers un autre établissement si des complications potentiellement mortelles ou un problème préexistant nécessitent des ressources supplémentaires.

- Les centres de santé doivent travailler en étroite collaboration avec la communauté pour contribuer à faire en sorte que toutes les femmes qui nécessitent un traitement d'urgence dans le cadre des soins liés à l'avortement, y compris les adolescentes et les très jeunes femmes, soient à même d'identifier les signes et symptômes importants et aient immédiatement accès à des soins appropriés.
- Les femmes victimes de complications consécutives à un avortement doivent faire l'objet d'un suivi attentif, être informées des soins ultérieurs indispensables et bénéficier d'informations et de conseils sur les éventuelles conséquences médicales et psychologiques.
- Même si un avortement est une procédure extrêmement sûre, comme lors de toute procédure médicale, des événements indésirables peuvent survenir occasionnellement.
- Les événements indésirables doivent être documentés, signalés et analysés de manière à pouvoir en tirer les leçons pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patientes.

Bibliographie

Achilles, S. L., Reeves, M. F. et Planning, S. o. F. (2011). Prevention of infection after induced abortion: date de publication : octobre 2010: directive SFP 20102. *Contraception*, 83(4), 295–309.

Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F. et Wyatt, G. E. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*, 248(4951), 41–44.

American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: Author. Accessible via : <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>

Atrash, H. K., Cheek, T. G. et Hogue, C. J. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 158(2), 420–424.

Chen, B. A. et Creinin, M. D. (2007). Contemporary management of early pregnancy failure. *Clin Obstet Gynecol*, 50(1), 67–88.

Cleland, K., Creinin, M. D., Nucatola, D., Nshom, M. et Trussell, J. (2013). Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 121(1), 166–171.

Committee on Gynecologic Practice. (2009). ACOG Committee Opinion No. 434. 434: induced abortion and breast cancer risk. *Obstet Gynecol*, 113(6), 1417–1418.

Copeland, L. J., Jarrell, J. F. et Dodson, R. (2000). *Textbook of gynecology* (second ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

- Creinin, M. D., Schwartz, J. L., Guido, R. S. et Pymar, H. C. (2001). Early pregnancy failure--current management concepts. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 56(2), 105–113.
- Davey, A. (2006). Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy: contraindications for use, reasons and rationale. *Contraception*, 74(1), 16–20.
- Goldstone, P., Michelson, J. et Williamson, E. (2012). Early medical abortion using low-dose mifepristone followed by buccal misoprostol: A large Australian observational study. *Medical Journal Australia*, 197(5), 282–286.
- Hakim-Elahi, E., Tovell, H. M. et Burnhill, M. S. (1990). Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics and Gynecology*, 76(1), 129–135.
- Ipas. (2009). *Évacuation utérine par aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) : Manuel de formation pour des cycles de formation courts*. Chapel Hill : Ipas.
- Ipas. (2016). *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.
- Kaunitz, A. M., Rovira, E. Z., Grimes, D. A. et Schulz, K. F. (1985). Abortions that fail. *Obstetrics and Gynecology*, 66(4), 533–537.
- Lichtenberg, E. S. et Grimes, D. A. (2009). Surgical complications: Prevention and management. Dans M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield et M. D. Creinin (eds), *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- March, C. M. (2011). Asherman's syndrome. *Seminars in Reproductive Medicine*, 29(2), 83–94.
- National Cancer Institute. (2010). *Summary report: Early reproductive events and breast cancer workshop*.
- Organisation mondiale de la Santé. (1994). *Prise en charge clinique des complications de l'avortement : Guide pratique*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (1995). *Complications des avortements : Directives techniques et questionnaires pour la prévention et le traitement*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Directives de l'Organisation mondiale de la Santé pour la prise en charge de l'hémorragie post-partum et de la rétention placentaire*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Policar, M. S., Pollack, A. E., Nicholas, C. et Dudley, S. (1999). *Principles of abortion care: A curriculum for physician assistants and advanced practice nurses*. Washington, DC: National Abortion Federation.

Royal College of Obstetrics and Gynecology. (2011). *The care of women requesting induced abortion: Evidence-based guideline no. 7*. Londres, Royaume-Uni: RCOG Press.

Solter, C., Miller, S. et Gutierrez, M. (2000). Module 11: Manual Vacuum Aspiration (MVA) For Treatment of Incomplete Abortion. *Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Curriculum*. Watertown, MA: Pathfinder International.

Stewart, F. H., Wells, E. S., Flinn, S. K. et Weitz, T. A. (2001). *Early Medical Abortion: Issues for Practice*. San Francisco, California: UCSF Center for Reproductive Health Research & Policy.

Thonneau, P., Fougeyrollas, B., Ducot, B., Boubilley, D., Dif, J., Lalande, M. et al. (1998). Complications of abortion performed under local anesthesia. *European Journal Obstetrics Gynecology Reproductive Biology*, 81(1), 59–63.

Ressources supplémentaires

Présentation et principes directeurs

de Bruyn, M. (2002). *Human rights, unwanted pregnancy and abortion-related care: Reference information and illustrative cases*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Secrétariat de la FIGO. (2013). *Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO)*. Accessible via : <http://www.figo.org>

Hyman, A. et Kumar, A. (2003). *What is woman-centered comprehensive abortion care?* In: Ipas (ed.). Chapel Hill, NC: Ipas.

McInerney, T., Baird, T. L., Hyman, A. G. et Huber, A. B. (2001). *Guide to Providing Abortion Care*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A. et Mulligan, C. (2011). *Abortion care for young women: A training toolkit* (p. 198). Chapel Hill, NC: Ipas.

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Droits reproductifs

Center for Reproductive Rights. (2009). *Reproductive rights are human rights*. New York, NY: Center for Reproductive Rights.

Cook, R. J., Dickens, B. M. et Fathalla, M. F. (2003). *Reproductive health and human rights: Integrating medicine, ethics, and law*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.

Commission de la FIGO sur les aspects éthiques de la reproduction humaine et de la santé des femmes. (2012). *Ethical issues in obstetrics and gynecology*. FIGO, accessible via : http://www.figo.org/publications/miscellaneous_publications/ethical_guidelines

Commission de la FIGO sur les droits sexuels et génésiques des femmes. (2012). *Integrating human rights and women's health competencies for practice*. Accessible via : <http://www.figo.org/files/figo-corp/Introduction%20to%20HRWH%20Framework.pdf>

Corbett, M. R. et Turner, K. L. (2003). Essential elements of postabortion care: origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29 (3), 106–111.

EngenderHealth et International Community of Women Living with HIV/AIDS. (2003). Overview of Sexual and Reproductive Rights. *Sexual and Reproductive Health for HIV Positive Women and Adolescent Girls: Manual for Trainers and Programme Managers* (p. 117–121). New York, NY: EngenderHealth.

Family Care International. (2001). *Advancing commitments: Sexual and reproductive health presentation tools*. New York, NY: Family Care International.

Fonds des Nations Unies pour la population. (2013). Fonds de Nations Unies pour la population (UNFPA). Accessible via : <http://www.unfpa.org/public/>

- Global Justice Centre. (2011). *Right to an abortion for girls and women raped in armed conflict: States' positive obligations to provide non-discriminatory medical care under the Geneva Conventions*. New York, NY: Global Justice Centre.
- Harvard University School of Public Health. (2008). Annual Review of Population Law. Accessible via : http://www.hsph.harvard.edu/population/annual_review.htm
- Hord, C. E. (2002). *Making safe abortion accessible: A practical guide for advocates*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- International Planned Parenthood Federation. (1996). *The IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. Londres, Royaume-Uni : International Planned Parenthood Federation.
- International Women's Tribune Centre. (2010). International Women's Tribune Centre. Accessible via : <http://www.iwtc.org/>
- Ipas. (2012a). *Maternal mortality, unwanted pregnancy and abortion as addressed by international human rights bodies—Part one: Statements from treaties, Treaty Monitoring Committees, Special Rapporteurs, human rights commissions and human rights courts. Compilation de citations*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ipas. (2012b). *Maternal mortality, unwanted pregnancy and abortion as addressed by international human rights bodies—Part two: Treaty Monitoring Committee concluding observations, Universal Periodic Review Working Group recommendations, recommendations by Special Rapporteurs, Commissions and courts (Countries A-L)*. Compilation de citations. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ipas. (2012c). *Maternal mortality, unwanted pregnancy and abortion as addressed by international human rights bodies—Part three: Treaty Monitoring Committee concluding observations, Universal Periodic Review Working Group recommendations, recommendations by Special Rapporteurs, Commissions and Courts (Countries M-Z)*. Compilation de citations. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ipas. (2012d). *Maternal mortality, unwanted pregnancy and abortion as addressed by international human rights bodies—Part four: Treaty Monitoring Committee concluding observations, Universal Periodic Review Working Group recommendations, recommendations by Special Rapporteurs, Commissions and Courts (Countries M-Z)*. Compilation de citations. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Lansdown, G., UNICEF et Centre de Recherche Innocenti. (2005). *Les capacités évolutives de l'enfant*. Florence, Italie : Save the Children : UNICEF.
- POLICY Project. (2003). *Networking for policy change: An advocacy training manual: Maternal Health Supplement*. Washington, DC: POLICY Project.
- Postabortion Care Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. Accessible via : <http://www.pac-consortium.org/>
- Secrétariat de la FIGO. (2013). Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO). Accessible via : <http://www.figo.org>
- Skuster, P. (2008). *Access to abortion for reasons of mental health*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Turner, K. L. et Page, K. C. (2008). *Transformation des attitudes face à l'avortement : boîte à outils de clarification des valeurs pour une audience internationale* (p. 172). Chapel Hill, NC: Ipas.
- Turner, K. L., Weiss, E. et Gulati-Partee, G. (2009). *Les prestataires de soins en tant que défenseurs du droit à l'avortement médicalisé : Manuel de formation*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Varkey, S. J., Fonn, S. et Ketlhapile, M. (2001). *Health workers for choice: Working to improve quality of abortion services*. Johannesburg : The Women's Health Project, School of Public Health, Faculty of Health Services, University of the Witwatersrand.

Women on Web. (2013). Women on Web. Accessible via : <https://www.womenonweb.org/>

Liens avec la communauté

Pour de plus amples informations sur l'engagement de la communauté et ses liens avec les soins complets d'avortement, veuillez contacter le service Community Access d'Ipas à l'adresse cx@ipas.org.

Borjesson, E., Izquierdo, J., de Guzman, A., McSmith, D. et Villa, L. (2011). *Young women and abortion: A situation assessment guide*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Corbett, M. R. et Turner, K. L. (2003). Essential elements of postabortion care: origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29 (3), 106–111.

Gajayanake, J. S. (1993). *Community empowerment: A participatory training manual on community project development*. New York, NY: PACT Publications.

Hord, C. E. (2002). *Making safe abortion accessible: A practical guide for advocates*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises (2010). *Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings*. Genève, Suisse : OMS.

Kemp, C. et Rasbridge, L. (2004). *Refugee and immigrant health: A handbook for health professionals*. Cambridge, Angleterre: Cambridge University Press.

Laski, L. (1996). *Community Participation in Designing and Monitoring Reproductive Health Programmes* (Vol. 36). New York, NY: Fonds des Nations Unies pour la population.

Orza, L. (2011). *Community innovation: Achieving sexual and reproductive health and rights for women and girls through the HIV response*. K. Shubber (ed). New York, New York : Le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) ATHENA Network.

Postabortion Care Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. Accessible via : <http://www.pac-consortium.org/>

Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A. et Mulligan, C. (2011). *Abortion care for young women: A training toolkit* (p. 198). Chapel Hill, NC: Ipas.

Turner, K. L., Weiss, E. et Gulati-Partee, G. (2009). *Les prestataires de soins en tant que défenseurs du droit à l'avortement médicalisé : Manuel de formation*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Varkey, S. J., Ketlhapile, M. et Fonn, S. (2001). *Communities for choice: Abortion services workshop manual*. Johannesburg, South Africa: Women's Health Project.

Méthodes d'évacuation utérine

Baird, T. L., Castleman, L. D., Hyman, A. G., Gringle, R. E. et Blumenthal, P. D. (2007). *Clinician's guide for second-trimester abortion* (Second edition). Chapel Hill, NC: Ipas.

Baird, T. L. et Flinn, S. K. (2001). *Manual vacuum aspiration: Expanding women's access to safe abortion services*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas. (2016). *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive*. A. Mark (ed.). Chapel Hill, NC: Ipas.

Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A. et Mulligan, C. (2011). *Abortion care for young women: A training toolkit* (p. 198). Chapel Hill, NC: Ipas.

Weitz, T. A., Foster, A., Ellertson, C., Grossman, D. et Stewart, F. H. (2004). "Medical" and "surgical" abortion: rethinking the modifiers. *Contraception*, 69(1), 77–78.

Monitoring visant à améliorer la qualité des services

Bouchet, B. (2000). *Quality Assurance Project: Health Manager's Guide*. Bethesda, MD: Center for Human Services.

Management Sciences for Health. (2013). *The Health Manager's Toolkit*. Accessible via : <http://erc.msh.org/toolkit/index.cfm?lang=1>

Postabortion Care Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. Accessible via : <http://www.pac-consortium.org/>

Consentement éclairé, information et accompagnement

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

Bott, S., Guedes, A., Claramunt, M. C. et Guezmes, A. (2010). *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries*. New York, NY: International Planned Parenthood Federation (IPPF), Western Hemisphere Region.

Center for Reproductive Rights. (2006). *Female genital mutilation: A matter of human rights, an advocate's guide to action, second edition*. Accessible via : <http://reproductiverights.org/en/document/female-genital-mutilation-a-matter-of-human-rights-an-advocates-guide-to-action>

Corbett, M. R. et Turner, K. L. (2003). Essential elements of postabortion care: origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29 (3), 106–111.

Family Health Service Project, John Snow Inc., et John Hopkins University. (1993). *Interpersonal communication and counseling curriculum for midwives*. Nigeria: MotherCare.

Harris, L. H. et Grossman, D. (2011). Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 115(1), 77–79.

Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises. (2010). *Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings*. Genève, Suisse : OMS.

Ipas. (2003). *Sexual violence working group resources*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas. (2013). *Guide de formation à l'avortement médicamenteux* (deuxième édition). K. Turner (ed), Chapel Hill, NC: Ipas.

Johns Hopkins School of Public Health. (1999). Pullout guide: What health care providers can do about domestic violence. *Population Reports, Series L*(11).

Kemp, C. et Rasbridge, L. (2004). *Refugee and immigrant health: A handbook for health professionals*. Cambridge, Angleterre : Cambridge University Press.

Martin, S. L., Young, S. K., Billings, D. L. et Bross, C. C. (2007). Health care-based interventions for women who have experienced sexual violence - A review of the literature. *Trauma Violence & Abuse*, 8(1), 3–18.

Organisation mondiale de la Santé et ONUSIDA. (2007). *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé*. Accessible via : <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/en/index.html>

Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A. et Mulligan, C. (2011). *Abortion care for young women: A training toolkit*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Women's Refugee Commission. (2011). *Minimum initial service package (MISP) for reproductive health in crisis situations: A distance learning module*. Accessible via : <http://www.iawg.net/resources/MISP2011.pdf>

Yartey, J. et Kumoji, K. (2008). *Technical consultation on the integration of HIV interventions into maternal, newborn and child health services*. Accessible via : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hiv_interventions/en/index.html

Services de contraception

Alan Guttmacher Institute. (2013). *Guttmacher Institute: Advancing sexual and reproductive health worldwide through research, policy analysis and public education*. Accessible via : <http://www.guttmacher.org/>

Bridging the Gap Communications. (2013). *Managing Contraception: Reproductive health and contraceptive education*. Accessible via : <http://www.managingcontraception.com/>

Corbett, M. R. et Turner, K. L. (2003). Essential elements of postabortion care: origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29 (3), 106–111.

Diouf, K. et Nour, N. (2013). Female genital cutting and HIV transmission: is there an association? *Am J Reprod Immunol*, 69 Suppl 1, 45–50.

EngenderHealth. (2013). *EngenderHealth: For a better life*. Accessible via : <http://www.EngenderHealth.org>

Family Health International. (2013). *FHI 360: The Science of Improving Lives*. Accessible via : <http://www.fhi360.org/>

Hatcher, R. A., Trussell, J., Nelson, A. L., Cates Jr., W., Kowal, D. et Policar, M. (2011). *Contraceptive technology, 20th edition*. New York, NY: Ardent Media.

Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises. (2010). *Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings*. Genève, Suisse : OMS.

International Consortium for Emergency Contraception. (2013). *International Consortium for Emergency Contraception*. Accessible via : <http://www.cecinfo.org/>

Jacobstein, R., Curtis, C., Spieler, J. et Radloff, S. (2013). Meeting the need for modern contraception: Effective solutions to a pressing global challenge. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 121 Suppl 1, S9–S15.

Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Mutilations sexuelles féminines*. Accessible via : <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/fr/>

Organisation mondiale de la Santé, Johns Hopkins School of Public Health, et United States Agency for International Development. (2011). *Family planning: A global handbook for providers*. Accessible via : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9780978856373_eng.pdf

Postabortion Care Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. Accessible via : <http://www.pac-consortium.org/>

Royal Women's Hospital. (2013). *Female genital mutilation clinical resources*. Accessible via : <http://www.thewomens.org.au/FemaleGenitalMutilationCutting>

Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A. et Mulligan, C. (2011). *Abortion care for young women: A training toolkit* (p. 198). Chapel Hill, NC: Ipas.

United States Agency for International Development. (2012). *Postabortion family planning: Strengthening the family planning component of postabortion care*. Accessible via : <http://hips.k4health.org/sites/hips.k4health.org/files/PostabortionHIPbrief.pdf>

Prévention des infections

Association of Operating Room Nurses. (2012). *Perioperative standards and practices for inpatient and ambulatory settings*. Denver, CO: Association of Operating Room Nurses (AORN).

Burns, A. A., Lovich, R., Maxwell, J. et Shapiro, K. (2012). *Where Women Have No Doctor: A Health Guide for Women*. Accessible via : http://en.hesperian.org/hhg/Where_Women_Have_No_Doctor.

Centers for Disease Control and Prevention (2001). Appendix B: Management of occupational blood exposures. *Morbidity and mortality weekly report*, 50(RR11), 45–46.

Centers for Disease Control and Prevention. (2003). *Exposure to blood: What healthcare personnel need to know*. Accessible via : http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/bbp/Exp_to_Blood.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *Human immunodeficiency virus (HIV) in healthcare settings*. Accessible via : <http://www.cdc.gov/HAI/organisms/hiv/hiv.html>

EngenderHealth. (2000). *Infection prevention: A reference booklet for healthcare providers, 2nd edition*. Accessible via : <http://www.engenderhealth.org/pubs/quality/infection-prevention.php>

Gruendemann, B. J. et Mangum, S. S. (2001). *Infection prevention in surgical settings*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders Company.

Ipas. (2011). *Traitement de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip®*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection: Joint WHO/ ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection*. Accessible via : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/PEP/en/>

Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Standard precautions in health care*. Accessible via : http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins. Premier défi mondial pour la sécurité des patients. Un soin propre est un soin plus sûr*. Accessible via : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

Évaluation clinique

Alliance for Cervical Cancer Prevention. (2005). Alliance for Cervical Cancer Prevention. Accessible via : <http://www.alliance-cxca.org/>

Blumenthal, P. D., Gaffikin, L. et McInstosh, N. (2002). A revolution in cervical screening. *BJOG*, 109(12), 1417–1418.

Paul M, Lichtenberg E.S, Borgatta L., Grimes D.A., Stubblefield P.G. et Creinin M.D. (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion*. Accessible via : http://eresources.lib.unc.edu/external_db/external_database_auth.html?A=P%7CF=N%7CID=221823%7CREL=HSL%7CSO=HSL%7CURL=http://libproxy.lib.unc.edu/login?url=http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781444313031

Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Female genital mutilation*. Accessible via : <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/en/index.html>

Postabortion Care Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. Accessible via : <http://www.pac-consortium.org/>

Royal Women's Hospital. (2013). *Female genital mutilation clinical resources*. Accessible via : <http://www.thewomens.org.au/FemaleGenitalMutilationCutting>

Instruments d'Ipas pour AMIU

Ipas. (2011). *Traitement de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip®*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus

Abernathy, M. (2007). *Planning for a sustainable supply of manual vacuum aspiration instruments: A guide for program managers. For international use* (second edition). Chapel Hill, NC: Ipas.

Association of Operating Room Nurses. (2012). *Perioperative standards and practices for inpatient and ambulatory settings*. Denver, CO: Association of Operating Room Nurses.

Castleman, L. et Mann, C. (2009). *Manual vacuum aspiration (for uterine evacuation: Pain management)*. Accessible via : <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Manual-vacuum-aspiration-for-uterine-evacuation--Pain-management.aspx>

EngenderHealth. (2000). *Infection prevention: A reference booklet for healthcare providers, 2nd edition*. Accessible via : <http://www.engenderhealth.org/pubs/quality/infection-prevention.php>

Ipas. (2012). *Steps for performing manual vacuum aspiration (MVA) using the Ipas MVA Plus® and Ipas EasyGrip® cannulae*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Klein, S., Miller, S. et Thomson, F. (2009). *A book for midwives: Care for pregnancy, birth, and women's health*. Berkeley, CA: The Hesperian Foundation.

Paul M, Lichtenberg E.S, Borgatta L., Grimes D.A., Stubblefield P.G. et Creinin M.D. (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*. Accessible via : http://eresources.lib.unc.edu/external_db/external_database_auth.html?A=P%7CF=N%7CID=221823%7CREL=HSL%7CSO=HSL%7CURL=http://libproxy.lib.unc.edu/login?url=http://onlinelibrary.wiley.com/book/10,1002/9781444313031

Postabortion Care Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. Accessible via : <http://www.pac-consortium.org/>

Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses

Gynuity Health Projects. (2009). *Misoprostol for treatment of incomplete abortion: An introductory guidebook*. New York, NY: Gynuity Health Projects.

Gynuity Health Projects. (2013). Gynuity Health Projects. Accessible via : <http://gynuity.org/>

Ibis Reproductive Health. (2009). *Medication abortion: Facts and information for healthcare professionals*. Accessible via : <http://www.medicationabortion.org/index.html>

International Consortium for Medical Abortion. (2013). International Consortium on Medical Abortion. Accessible via : <http://www.medicalabortionconsortium.org/>

Ipas. (2010). *L'avortement médicamenteux en début de grossesse : matériel d'information, de formation et de communication et auxiliaires de travail*. Accessible via : <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Medical-abortion-in-early-pregnancy--Information--education-and-communication--IEC--materi.aspx>

Ipas. (2013). *Guide de formation à l'avortement médicamenteux* (deuxième édition). K. Turner (ed), Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas et Venture Strategies Innovation. (2011). *Utilisation du misoprostol dans le cadre des soins après avortement : Boîte à outils pour la prestation de services*. Chapel Hill, NC: Ipas.

National Abortion Federation. (2010). Professional Education. Accessible via : <http://www.prochoice.org/education/resources/>

Paul, M. et Creinin, M. D. (eds). (2000). *Early Medical Abortion* (Vol. 183).

Paul M, Lichtenberg E.S, Borgatta L., Grimes D.A., Stubblefield P.G. et Creinin M.D. (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*. Accessible via : http://eresources.lib.unc.edu/external_db/external_database_auth.html?A=P%7CF=N%7CID=221823%7CREL=HSL%7CSO=HSL%7CURL=http://libproxy.lib.unc.edu/login?url=http://onlinelibrary.wiley.com/book/10,1002/9781444313031

Postabortion Care Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. Accessible via : <http://www.pac-consortium.org/>

Stewart, F. H., Wells, E. S., Flin, S. K. et Weitz, T. A. (2001). *Early medical abortion: Issues for practice*. Accessible via : <http://bixbycenter.ucsf.edu/publications/files/EMAR.pdf>

Complications

Agency for Healthcare Research and Quality. (2012). Patient Safety Network: *Patient Safety Primers: Root Cause Analysis*. Accessible via : <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=10>

Ipas. (2016). *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.

NHS Institute for Innovation and Improvement. (2008). *Quality and Service Improvement Tools: Root Cause Analysis Using Five Whys*. Accessible via : http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/identifying_problems_-_root_cause_analysis_using5_whys.html

Paul M, Lichtenberg E.S, Borgatta L., Grimes D.A., Stubblefield P.G. et Creinin M.D. (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*. Accessible via : http://eresources.lib.unc.edu/external_db/external_database_auth.html?A=P%7CF=N%7CID=221823%7CREL=HSL%7CSO=HSL%7CURL=http://libproxy.lib.unc.edu/login?url=http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781444313031

Postabortion Care Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. Accessible via : <http://www.pac-consortium.org/>

Organisation mondiale de la Santé (producteur). (2008) *Learning from error: Patient safety workshop*. Vidéo et fascicule accessibles via : http://www.who.int/patientsafety/education/vincristine_download/en/index.html

Soins d'avortement centrés sur la femme :

Glossaire

Abus sexuel : Couvre toutes les formes de comportement sexuel imposé par la force, la tromperie, les attentes culturelles, la situation économique, etc. et dans lesquels une personne a été forcée à avoir des relations sexuelles contre son gré.

Agent pathogène : Agent qui provoque une maladie, plus particulièrement micro-organisme vivant tel qu'une bactérie ou un champignon.

Approche BER CER : Fréquemment utilisé dans le cadre du conseil en matière de planning familial, cet acronyme signifie Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour.

Avortement non sécurisé : Défini par l'Organisation mondiale de la Santé comme une intervention visant à interrompre une grossesse non désirée effectuée soit par des personnes qui ne possèdent pas les compétences nécessaires, soit dans un contexte où les conditions sanitaires minimales n'existent pas, ou les deux.

Conseil en matière de contraception : Consiste à être à l'écoute des besoins et des souhaits de la femme en matière de grossesse, et, si elle souhaite retarder ou éviter une grossesse, à lui expliquer l'utilisation correcte, les risques et les avantages des méthodes contraceptives disponibles et à l'aider à choisir les méthodes les mieux adaptées à sa situation. Également désigné sous le nom de conseil en matière de planning familial.

Conseil par des pairs : Conseil dispensé par des personnes considérées comme les égaux de la personne qui en bénéficie. Par exemple, une adolescente qui souhaite utiliser une méthode contraceptive peut être conseillée par une autre adolescente.

Contre-indication : Si une femme se trouve dans cette situation spécifique, on ne doit en aucun cas lui proposer le service ou la méthode contre-indiqués. On envisagera des alternatives ou on l'orientera vers une institution où elle pourra bénéficier de soins adaptés.

Contrôle de la douleur : Utilisation de médicaments, d'un soutien psychologique et d'autres moyens pour atténuer la douleur.

Déficience cognitive : Les déficiences cognitives comprennent le retard mental et d'autres déficiences du développement telles que l'autisme, les maladies mentales graves et persistantes, les lésions traumatiques du cerveau, les accidents vasculaires cérébraux et la maladie d'Alzheimer. Les déficiences cognitives ont pour conséquence des performances intellectuelles inférieures à la moyenne et des limitations du comportement adaptatif et peuvent survenir à tout moment.

Désinfection de haut niveau (DHN) : Procédure qui inactive la plupart mais non la totalité des micro-organismes responsables de maladies sur les objets. La désinfection de haut niveau par ébullition ou au moyen de certains produits chimiques inactive tous les micro-organismes sauf certaines spores bactériennes.

Dispositif intra-utérin (stérilet) : Dispositif contraceptif que l'on insère dans l'utérus par le vagin. Les dispositifs intra-utérins sont des moyens contraceptifs à durée d'action prolongée, réversible et très efficaces pour éviter une grossesse.

Droit humain : Tout droit ou liberté fondamentale de tout être humain dont aucun gouvernement ne peut l'empêcher de jouir. **Évaluation clinique approfondie** : Recueil d'informations par le prestataire de soins incluant l'examen clinique de la patiente, le passage en revue de ses antécédents médicaux

et chirurgicaux et, si nécessaire, des analyses de laboratoire et d'autres examens diagnostiques tels qu'une échographie.

Équipements de protection personnelle : Blouse, gants et dispositif de protection du visage utilisés pour protéger les prestataires de soins des germes et des agents pathogènes.

Évaluation clinique approfondie : Recueil d'informations par le prestataire de soins incluant l'examen clinique de la patiente, le passage en revue de ses antécédents médicaux et chirurgicaux et, si nécessaire, des analyses de laboratoire et d'autres examens diagnostiques tels qu'une échographie.

Genre : Attentes, apparences, comportements, rôles, activités et attributs déterminés par les interactions sociales qu'une société donnée considère comme appropriés pour les hommes et les femmes. Ces idées et attentes varient souvent selon les cultures et au fil du temps, sont en grande partie définies par les valeurs de la société en question et constituent un indicateur de ces valeurs.

Hématométrie : Accumulation de sang à l'intérieur de la cavité utérine qui se produit occasionnellement après une procédure d'évacuation utérine.

Hormone gonadotrope chorionique humaine (hCG) : Hormone produite par le placenta dès le début de la grossesse. Sa détection dans l'urine est à la base d'un certain type de test de grossesse.

Indicateur : Mesure quantitative utilisée pour le suivi ou l'évaluation des performances ou de la réalisation d'un objectif ou pour déterminer la responsabilité. On utilise également des indicateurs pour obtenir des informations sur la qualité d'une activité, d'un projet ou d'un programme.

Infertilité : Capacité limitée ou incapacité d'un couple à concevoir ou à porter des enfants.

Laparotomie : Intervention chirurgicale consistant à ouvrir l'abdomen.

Méthodes barrières : Méthodes contraceptives qui évitent une grossesse en empêchant le sperme de parvenir au-delà du col de l'utérus. Certaines de ces méthodes assurent également une protection contre certaines infections sexuellement transmissibles (IST). Les méthodes barrières classiques sont notamment les préservatifs masculins et féminins et le diaphragme.

Méthode contraceptive de secours : Toute méthode contraceptive utilisée en association avec une autre méthode contraceptive dans l'éventualité d'un échec de la première méthode.

Méthodes contraceptives masculines : Méthodes que les hommes peuvent utiliser pour éviter de féconder une femme, par exemple préservatifs ou stérilisation.

Méthodes contraceptives modernes : Méthodes contraceptives développées scientifiquement et dont il a été prouvé qu'elles sont sûres et efficaces.

Micro-organismes : Organismes microscopiques ou submicroscopiques, plus particulièrement bactéries ou protozoaires.

Mutilations génitales féminines : Terme utilisé pour désigner toute pratique impliquant l'ablation ou l'altération des organes génitaux féminins pour des raisons culturelles ou d'autres raisons non thérapeutiques. Également désigné sous le terme de circoncision féminine et, sous certaines formes, d'infibulation.

Nullipare : Femme n'ayant pas encore eu d'enfant.

Objectifs en matière de reproduction : Nombre d'enfants à qui une femme souhaite donner naissance et espacement des naissances.

Objets pointus ou tranchants : Terme médical utilisé pour désigner les aiguilles ou les autres objets pointus similaires capables de traverser la peau.

Outils : Matériel, formulaires ou autres éléments utilisés pour transmettre ou réunir des informations ou pour évaluer des services. **Poubelle pour objets pointus ou tranchants :** Conteneur spécialement conçu pour recevoir les objets pointus ou tranchants usagés jusqu'au moment de leur élimination définitive.

Parité : Classification d'une femme en fonction du nombre d'enfants nés vivants et du nombre d'enfants mort-nés dont elle a accouché à plus de 20 semaines de grossesse.

Périnée : Chez la femme, région située entre la vulve et l'anus.

Position gynécologique : Position où la patiente est couchée sur le dos avec les hanches et les genoux fléchis et les cuisses en abduction et en rotation externe.

Poubelle pour objets pointus ou tranchants : Conteneur spécialement conçu pour recevoir les objets pointus ou tranchants usagés jusqu'au moment de leur élimination définitive.

Précautions : Si une femme se trouve dans cette situation spécifique, la méthode est associée à des risques plus importants que la normale. Il convient d'envisager les risques, les bénéfices et les alternatives possibles. L'application de la méthode nécessitera éventuellement un niveau de jugement clinique plus élevé, davantage de compétence de la part du prestataire et un suivi plus attentif. Le renvoi vers un établissement hospitalier de niveau supérieur peut être nécessaire.

Précautions standards : Ensemble de mesures de contrôle des infections tels que le lavage des mains, l'utilisation de barrières de protection personnelle, la propreté de l'environnement, l'hygiène respiratoire, la prévention des blessures par des objets pointus ou tranchants et un traitement correct des instruments, visant à empêcher la transmission d'éventuelles infections. Les précautions standards sont une extension des précautions universelles pour y inclure des pratiques qui diminuent le risque d'infection tant chez les professionnels des soins de santé que chez les patients et les visiteurs des centres de santé.

Propreté de l'environnement : Maintien d'un environnement propre. Tout dans un environnement clinique, y compris les patientes, les instruments et l'équipement, doit être maintenu propre et sec : les membres du personnel sont amenés à toucher à la fois des surfaces au sein de l'établissement et des patientes, ce qui risque de propager des infections.

Qualité des soins : Disponibilité de services de santé efficaces, accessibles, acceptables, orientés vers les patientes, équitables, sûrs et conformes aux normes directives et pratiques locales.

Réaction vagale : Également désignée sous le nom de syncope vasovagale ; réaction transitoire se manifestant par une chute brutale de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque. Les signes d'une réaction vagale sont pâleur, nausées, sudation et perte de conscience. Une réaction vagale est souvent provoquée par le stress associé à la peur ou à la douleur.

Santé sexuelle : Santé du système reproducteur et capacité à vivre sa sexualité de manière psychologiquement saine.

Services de contraception : Conseil en matière de contraception et fourniture d'une méthode contraceptive. Également désignés sous le nom de services de planning familial.

Services de planning familial : Voir Services de contraception.

Soins après avortement : Continuum de soins visant à traiter les complications engageant le pronostic vital consécutives à un avortement incomplet ou à un avortement non sécurisé et donc

à diminuer la morbidité et la mortalité liées à l'avortement. Les cinq éléments essentiels des soins après avortement sont : partenariats entre communautés et prestataires, accompagnement, traitement par évacuation utérine, services de contraception et de planning familial et services de santé génésique et prestations annexes.

Solution de chlore à 0,5% : Solution javellisante (hypochlorite de soude) utilisée comme désinfectant pour l'équipement clinique et les instruments, ainsi que pour le nettoyage de l'environnement ; ce produit inactive certains micro-organismes mais pas tous.

Soutien psychologique : Assistance délicate et attentive visant à atténuer les craintes ou les sentiments négatifs d'une personne. Le soutien psychologique peut recourir à un contact physique, par exemple en tenant la main de la personne, ou être verbal, en prononçant des paroles de réconfort et d'encouragement.

Soutien verbal : Encouragement verbal attentionné visant à atténuer les craintes ou les sentiments négatifs d'une personne.

Spores : Bactéries dotées d'une enveloppe externe résistante qui les rend difficiles à détruire.

Stérilisation : Élimination des bactéries ou autres micro-organismes vivants.

Stérilisation à la vapeur/autoclave : Enceinte de stérilisation à la vapeur sous pression. À l'origine, un autoclave était une sorte de cocotte-minute.

Suivi et évaluation : Suivi systématique des services de santé visant à fournir un feed-back afin d'améliorer en permanence la qualité des soins.

Système intra-utérin (SIU) : Dispositif intra-utérin qui libère également des hormones.

Technique aseptique : Ensemble des précautions prises pour éviter la pénétration de micro-organismes dans une partie de l'organisme où ils seraient susceptibles de provoquer une infection. Quelques exemples de technique aseptique sont l'application sur la peau ou les muqueuses de produits de nettoyage ayant une activité antimicrobienne avant une procédure et le recours à une technique sans contact lors de la manipulation des instruments qui seront amenés à pénétrer dans l'utérus.

Technique sans contact : Technique aseptique utilisée lors d'une procédure médicale qui consiste à éviter tout contact entre les instruments traités qui seront amenés à pénétrer dans l'organisme et toute surface contaminée. Lors d'une évacuation utérine, consiste à éviter de toucher les parois vaginales lors de la manipulation des instruments intra-utérins utilisés pour la procédure.

Tératogène : Susceptible de perturber la croissance ou le développement du fœtus ou de l'embryon. Les substances tératogènes peuvent provoquer une fausse-couche (avortement spontané) ou des anomalies congénitales chez le nouveau-né.

Traitement des instruments : Élimination des micro-organismes présents sur les instruments afin de permettre leur utilisation en toute sécurité sur des patientes.

Violences envers les femmes : Tout acte de violence à l'encontre des femmes qui aboutit ou est susceptible d'aboutir à des dommages physiques, sexuels ou psychologiques ou à des souffrances, ainsi que la crainte de tels actes, la coercition ou la privation arbitraire de liberté, tant dans la vie publique que dans la vie privée.

Remerciements - Deuxième édition

Cette deuxième édition du Manuel de référence d'Ipas Soins *complets d'avortement centrés sur la femme* a été revue et mise à jour par les employés et consultants d'Ipas dont les noms suivent :

Katherine L. Turner, États-Unis, éditrice et relectrice principale,

Amanda Huber, États-Unis, éditrice et relectrice principale,

Jennifer Soliman, États-Unis, coordinatrice principale de la révision.

Équipe responsable de la révision :

Alice Mark, États-Unis

Bill Powell, États-Unis

Joan Healy, États-Unis

Relectrices techniques :

Alyson Hyman, États-Unis

Anna de Guzman, États-Unis

Nadia Shamsuddin, États-Unis

Remerciements - Première édition

La première édition de ce manuel, *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence*, a été rédigée par Alyson G. Hyman et Laura Castleman, qui se sont appuyées en grande partie sur le programme de formation d'Ipas de 2004, *Soins complets après avortement centrés sur la femme Manuel de référence*, rédigé par : Jeannine Herrick, Katherine Turner, Teresa McInerney et Laura Castleman.

Les autres personnes qui ont contribué à la première édition sont :

Joan Healy, relectrice principale,

Marty Jarrell, chargée de la publication,

Karah Fazekas, coordinatrice de la révision.

Nous souhaitons remercier tout particulièrement nos collègues qui ont participé à la révision de la première édition :

Jean Ahlborg, EngenderHealth

Allison Bingham, PATH

Michelle Folsom, PATH

Ann Gerhardt, National Abortion Federation

Sally Girvin, consultante d'Ipas

Lorelei Goodyear, PATH

Jill Molloy, Ipas

Marianne Parry, Marie Stopes International

Nous remercions les membres du personnel d'Ipas, les consultants et les collègues qui ont contribué à la rédaction de la première édition :

Traci Baird, États-Unis

Sangeeta Batra, Inde

Maria de Bruyn, États-Unis

Amy Entwistle, États-Unis

Rivka Gordon, États-Unis

Leila Hessini, États-Unis

Ann Leonard, États-Unis

Teresa McInerney, États-Unis

Philip Mwalali, Kenya et États-Unis

Charlotte Hord Smith, États-Unis

Karen Trueman, Afrique du Sud

Judith Winkler, États-Unis.

À propos d'Ipas

Ipas a la ferme conviction que toutes les femmes, y compris les jeunes femmes et les adolescentes, ont le droit fondamental d'obtenir des soins de santé sexuelle et génésique et d'exercer leur libre arbitre en ce qui concerne leurs choix sexuels et génésiques. Notre travail dans le monde entier est consacré à étendre l'accès de toutes les femmes à des soins de santé génésique de qualité et à améliorer leur capacité d'exercer leurs droits génésiques, et en particulier leur droit d'obtenir en toute légalité des soins d'avortement sécurisé. Nous concentrons nos efforts sur la prévention de l'avortement non sécurisé, sur l'amélioration du traitement de ses complications et sur la réduction de ses conséquences adverses. Nous luttons pour l'émancipation et l'autonomie des femmes dans ce domaine en étendant leur accessibilité à des services qui améliorent leur santé sexuelle et reproductive.

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et sa révision à cinq ans (CIPD+5) ont assigné un mandat sans équivoque à tous les gouvernements signataires : sécuriser les soins liés à l'avortement et les rendre accessibles à toutes les femmes au sein de leurs communautés, y compris aux jeunes femmes et aux adolescentes. À travers son travail, Ipas cherche à étendre la prise en charge des soins complets d'avortement à travers le monde entier dans la limite de la législation en vigueur localement grâce à des cours de formation, une amélioration de la prise en charge et des soins, des activités de plaidoyer, l'établissement de liens entre les communautés et les systèmes de santé et aussi à travers la recherche et la mise à disposition de technologies modernes de santé reproductive.

Par **extension de la prise en charge** nous entendons un accès universel à des soins d'avortement durables et de qualité optimale.

- Réussir à mettre en place un tel accès universel signifie garantir à chaque femme quel que soit l'endroit où elle se trouve, si elle cherche de l'aide suite à un rapport sexuel non protégé ou non voulu ou parce qu'elle a une grossesse non prévue, qu'elle puisse obtenir sans difficulté les soins dont elle a besoin, qu'il s'agisse d'informations, d'orientations, de transferts ou de soins cliniques. Pour qu'il y ait véritablement un accès universel aux soins liés à l'avortement, tous les établissements de santé publics ou privés faisant partie du système de santé d'un pays doivent disposer de personnels formés, d'équipements et de toutes autres dispositions permettant de garantir l'accès aux soins pour toutes les femmes y compris les très jeunes et les adolescentes.
- Réussir à mettre en place une prise en charge durable des soins liés à l'avortement exige une direction politique

résolue, l'instauration de stratégies adaptées, des ressources financières suffisantes ainsi que de personnels qualifiés au sein des structures de santé.

À propos de ce manuel

Ce manuel de référence fait partie du *Programme de cours sur les soins complets d'avortement centrés sur la femme* qui comprend un manuel du formateur et deux manuels de référence. Il existe deux manuels de référence, chacun adapté à une situation différente en matière juridique, politique et de prestation de soins. *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence*, est le reflet du modèle de prise en charge globale des soins d'avortement tel qu'élaboré par Ipas, qui comprend l'avortement induit ou IVG, ainsi que le traitement de la grossesse arrêtée, de l'avortement incomplet, des avortements provoqués de manière non sécurisée et la contraception après avortement. *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence*, traite uniquement des soins après avortement (SAA) pour les pays où il existe des restrictions sur le traitement de l'avortement provoqué ou induit, et pour les pays dans lesquels il est nécessaire de renforcer un aspect particulier des soins après avortement, comme par exemple la contraception après avortement. Il existe, dans pratiquement tous les pays du monde, des indications qui légalisent la pratique de l'avortement dans certaines circonstances. Même dans le cas des programmes de soins après avortement (SAA), la formation et les interventions doivent couvrir l'avortement induit dans le cadre des indications qui en légalisent la pratique. Les personnes qui prévoient de mener ce type de cours doivent obtenir le Manuel du formateur : *Soins complets d'avortement centrés sur la femme*, qui contient des consignes à l'intention des formateurs, du matériel didactique ainsi que des évaluations de connaissances fondées sur les connaissances et les compétences ainsi que de nombreux autres outils de formation, de plus, il est rédigé de manière à répondre à tous les styles d'apprentissages spécifiques aux adultes. Ce programme de cours est utile et adapté à une gamme étendue d'audiences, y compris des cliniciens spécialisés en santé sexuelle et génésique, des formateurs, des responsables de programme, des éducateurs en santé, des travailleurs sociaux, des travailleurs de proximité et d'autres professionnels de santé. Ce programme apporte une perspective fondée sur les droits de la femme à la formation des soins d'avortement et à la prestation de services.

Ce manuel propose des orientations aux professionnels de santé qui souhaitent améliorer la qualité de soins disponibles aux femmes qui veulent obtenir des soins d'évacuation utérine. Il présente l'aspirateur Ipas AMIU Plus et les canules Ipas EasyGrip® et explique dans le détail la procédure d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU). Il explique également les méthodes d'évacuation utérine à base de misoprostol et de mifépristone (souvent connues sous le nom d'avortement médicamenteux).

Toutes les méthodes décrites ici offrent aux femmes des options sûres et efficaces d'évacuation utérine pour le premier trimestre. Toutes les informations cliniques qui figurent dans ce manuel étaient à jour à la date de publication.

Pour obtenir les orientations cliniques les plus récentes, il est conseillé de consulter la série d'articles *Clinical Updates in Reproductive Health*, publiée sur le site d'Ipas : www.ipas.org.

Ce programme de formation couvre l'avortement du premier trimestre. Même s'il est possible d'utiliser une modification des méthodes médicamenteuses ou d'aspiration intra-utérine après le premier trimestre, il convient de rappeler que l'avortement du second trimestre ne fait pas l'objet de ce programme de formation. Pour plus d'information à ce sujet, il est conseillé d'effectuer une recherche « second-trimestre » sur le site d'Ipas : www.ipas.org.

Le présent manuel n'est pas prévu pour être utilisé comme un outil d'apprentissage autonome. Il est conçu pour être utilisé comme manuel du participant dans le cadre d'un programme de cours organisé par un formateur et à ce titre il inclut des exercices pratiques simulés ainsi que des pratiques cliniques avec des patientes sous la supervision d'un formateur clinicien expérimenté. Il est également conçu pour être une source d'information à disposition de ceux et celles qui ont participé à une formation pour les aider à revoir et renforcer leurs compétences après la fin du cours. Finalement, c'est aussi un document de référence pour tous ceux qui cherchent à obtenir des informations à jour sur les soins complets d'avortement.

Ce manuel contient des informations cliniques complètes sur l'évacuation utérine médicamenteuse et par AMIU. Chaque fois que possible, les femmes doivent avoir le choix entre les différentes méthodes d'évacuation utérine disponibles. Les informations figurant dans ce manuel peuvent être incorporées aux protocoles cliniques relatifs aux soins d'avortement dans les établissements de soins et les systèmes de santé. Outre les informations cliniques, les différents modules traitent de questions plus larges relatives à la prestation et à l'accessibilité des soins et services, comme par exemple des droits sexuels et reproductifs des femmes, notamment les droits des jeunes femmes et des adolescentes, de la communication entre patientes et prestataires de soins ou des partenariats qu'il est possible d'établir entre les prestataires de soins et les communautés qu'ils servent, de la qualité des soins et du monitoring visant l'amélioration des soins et services. La stratégie de formation centrée sur la femme que privilégie Ipas traite des aspects cliniques et non-cliniques de la prise en charge de manière à garantir la qualité d'ensemble des soins d'avortement. C'est une approche qui demande non seulement aux étudiants de suivre des recommandations fondées sur des données cliniques probantes mais aussi de s'interroger sur les valeurs, les attitudes et les mythes associés à l'avortement afin de

garantir que les soins qu'ils dispensent répondent aux besoins et aux circonstances de chaque femme, y compris des plus jeunes et des adolescentes. Afin de s'assurer de l'efficacité de la formation, Ipas recommande la lecture de : *Effective Training in Reproductive Health: Course Design and Delivery, Reference Manual and Trainer's Manual*, un cours conçu pour développer des compétences fondamentales de formation à l'intention des professionnels spécialisés dans différents domaines de la santé reproductive, y compris l'administration, la politique et le plaidoyer.

Mises à jour et cours en ligne d'Ipas dans les domaines de la formation clinique et de la prestation de soins

Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive propose les recommandations et les protocoles cliniques les plus récents basés sur des données factuelles. Disponible sur le site Internet d'Ipas à l'adresse www.ipas.org

Ipas University (IpasU) propose gratuitement aux professionnels spécialisés en santé reproductive des cours de formation en ligne à la demande sur les soins d'avortement sécurisé et les soins après avortement. Ces cours peuvent être utilisés comme orientation dans le cadre d'une formation autonome ou en tant que composante ligne d'un modèle mixte de formation, cours et apprentissage autonome. Les formateurs peuvent également utiliser les séquences vidéo ou les autres matériels didactiques intégrés dans le cadre des cours de formation. Pour obtenir le catalogue des cours *IpasUniversity*, consulter le site www.ipas.org ; pour s'inscrire et suivre des cours, il suffit d'accéder à la page www.ipasU.org.

Safe Abortion Matters (Sujets en rapport avec l'avortement sécurisé) est une lettre d'information mensuelle proposant à toutes les personnes intéressées par la santé reproductive partout dans le monde des résultats de recherches et des mises à jour dans des domaines techniques, en particulier des informations sur les formations d'Ipas, des recommandations cliniques, les résultats d'études de recherche les plus récents (y compris des liens vers des articles publiés dans des revues avec comité de lecture) et bien d'autres précieuses informations. On peut s'y abonner en ligne à l'adresse : www.ipas.org/newsletters.

Deuxième édition

Cette deuxième édition du Manuel de référence d'Ipas, *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence et Manuel du formateur* est pleinement conforme aux directives publiées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans : *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, deuxième édition (2012) et à d'autres documents et articles fondés sur des données probantes qui ont été publiés depuis la première édition de ce programme didactique. L'OMS développe des recommandations qui s'appuient sur des données probantes et des opinions d'experts afin de réduire les obstacles qui entravent les services et d'optimiser l'accès et la qualité des soins dispensés à travers l'ensemble des

services de santé. Ipas s'efforce de remplir des objectifs similaires par le biais de ses conseils et de son matériel de formation et d'apprentissage.

Parmi les modifications les plus marquantes apportées par l'OMS en 2012 aux directives relatives à l'avortement sécurisé qui ont été incorporées à cette nouvelle édition du cours sur les soins d'avortement centrés sur la femme il convient de relever :

- Des données nouvelles sur l'ampleur de la pratique de l'avortement non sécurisé par région et sur l'impact des restrictions légales à l'avortement sécurisé, particulièrement sur les jeunes femmes et les adolescentes.
- Des lignes directrices fondées sur des données probantes, notamment en ce qui concerne la prise en charge de la douleur et les nouveaux protocoles thérapeutiques pour les avortements médicamenteux, les orientations relatives à l'avortement du deuxième trimestre, et la contraception après avortement.
- La mise à jour des orientations concernant la prestation de soins, notamment des indicateurs concernant l'avortement sécurisé, les éléments à prendre en compte dans le cadre d'une évaluation périodique, les obstacles potentiels à la prise en charge des soins, et les orientations pour une extension de la prise en charge de l'avortement.
- L'application d'un cadre fondé sur les droits humains lors de l'élaboration de politiques et de législations relatives à l'avortement.

Même si l'OMS ne recommande pas d'exiger certains éléments de soins de peur qu'ils puissent servir d'obstacle à la prise en charge ou à l'accès des femmes aux soins, Ipas propose tout de même des informations et une formation aux soins complets d'avortement de manière à ce que la globalité des besoins des femmes puissent être couverts indépendamment du contexte, des normes et des ressources disponibles dans chaque système de santé donné. Par exemple, alors que l'OMS ne recommande pas une visite de suivi systématique après un avortement chirurgical sans complication ou un avortement pratiqué à l'aide de mifépristone suivie de misoprostol, Ipas est d'avis qu'il serait judicieux d'indiquer aux femmes qu'il existe d'autres soins additionnels disponibles si elles les nécessitent ou les souhaitent. Dans cette optique, le manuel et les cours de formation d'Ipas *Soins complets d'avortement centrés sur la femme* ont été conçus dans le but d'aider les prestataires de soins à couvrir l'intégralité des besoins des femmes qui se présentent pour des soins d'avortement tout en se conformant aux directives de l'OMS et des autres institutions en s'appuyant sur des données probantes et des opinions d'experts. Lorsque les directives locales et celles de l'OMS diffèrent, il est instamment demandé aux formateurs de signaler clairement ces différences.

Ce programme de formation se concentre exclusivement sur la prise en charge de l'avortement telle que pratiquée par des prestataires qualifiés qui travaillent dans des établissements de soins dans le cadre du système de santé officiel. La mise à disposition des femmes d'informations et de médicaments au sein de communautés réelles ou virtuelles en dehors du système de santé officiel est un aspect qui suscite une attention croissante, particulièrement dans des contextes où, par manque d'accès à des soins sécurisés, les femmes se trouvent confrontées à des risques graves pour leur vie et leur santé. Ipas a élaboré dans ce domaine un ensemble de politiques, d'outils et de programmes visant à soutenir ce type d'efforts. Dans cette deuxième édition, nous avons inclus certaines recommandations sur comment renforcer l'accès à l'avortement et améliorer à cet effet les liens entre les communautés et les établissements de santé. (Pour davantage d'information à ce sujet, ne pas manquer de consulter les Ressources supplémentaires et le module Liens avec la communauté).

Dans cette deuxième édition, nous abordons les besoins spécifiques des très jeunes femmes et des adolescentes dans un effort pour accroître la prise en charge et l'accessibilité des soins d'avortement à leur intention. Chaque année, près de 22 millions de femmes dans le monde ont un avortement non sécurisé et presque tous ces avortements sont pratiqués dans les pays en développement. Il y a actuellement près de 300 millions d'adolescentes dans le monde. Ce sont les adolescentes qui pâtissent le plus de l'avortement non sécurisé. Quarante et un pour cent des avortements non sécurisés ont lieu dans des régions en développement et concernent des jeunes femmes âgées entre 15 et 24 ans. Parmi ces très jeunes femmes, 15 % ont entre 15 et 19 ans et 26 % entre 20 et 24 ans. Les femmes de moins de 20 ans représentent à elles seules 70 % des hospitalisations dues à des complications consécutives à un avortement non sécurisé en Afrique sub-saharienne. Chaque fois qu'il existe des données probantes démontrant des différences cliniques ou autres entre les femmes jeunes et les femmes adultes, nous le signalons explicitement. De même, le cas échéant, nous signalons les instances où les données probantes font défaut. Tout au long de ce manuel, nous faisons généralement référence aux jeunes femmes, c'est-à-dire aux femmes de 10 à 24 ans. Lorsque les données se réfèrent spécifiquement aux adolescentes (femmes âgées de 10 à 19 ans selon la définition de l'OMS) c'est ce terme que nous utilisons. (Pour davantage d'informations sur les soins d'avortement destinés aux jeunes femmes : consulter le document d'Ipas *Abortion Care for Young Women : A Training Toolkit* qui figure sur le CD-ROM du Manuel du formateur soins complets d'avortement centrés sur la femme).

Formation à la clarification des valeurs et la transformation des attitudes

Certains professionnels de santé et formateurs peuvent avoir des convictions et des attitudes sur l'avortement en général et des préjugés sur les méthodes d'avortement ainsi que sur les options de soins à privilégier pour toutes les femmes, et plus particulièrement pour les jeunes femmes et les adolescentes. Il peut arriver que des prestataires de soins préfèrent une méthode à une autre et cette préférence n'est peut-être pas directement liée à l'état clinique ou aux circonstances de la femme concernée. Il peut arriver également qu'ils orientent une femme vers une méthode ou un protocole particulier qui ne correspond pas nécessairement aux besoins ou au choix éclairé de la patiente concernée. Un grand nombre de prestataires de soins ont également pour habitude de pratiquer eux-mêmes la procédure d'avortement.

Contrairement à l'aspiration intra-utérine, et en fonction du protocole adopté, l'avortement médicamenteux peut donner davantage de contrôle sur son avortement à la femme plutôt qu'au clinicien. Dans le cadre de nombreux protocoles approuvés, la femme est en mesure d'initier et de gérer elle-même le processus d'avortement depuis chez elle ou dans un endroit extérieur à l'établissement de soins qui lui convient mieux et où elle se sent plus à l'aise.

Certains prestataires de soins remettent en question la capacité d'une femme de surveiller correctement son propre processus d'avortement. Le malaise, conscient ou inconscient, que peuvent ressentir certains prestataires de soins à l'idée que des femmes et particulièrement de très jeunes femmes soient en mesure de gérer elles-mêmes leur avortement, peut avoir un impact sur la manière dont les soins sont dispensés, ou même sur le fait de dispenser des soins ou non.

Une prise en charge de soins centrée sur la femme signifie que les prestataires doivent:

- Avoir pleinement conscience de leurs convictions et de leurs valeurs personnelles à propos de l'avortement.
- Pouvoir séparer leurs convictions et leurs valeurs de celles de leurs patientes et être capables en toutes circonstances de se concentrer uniquement sur les besoins de ses dernières.
- Faire preuve de respect à l'égard de toutes les femmes, indépendamment de leur âge, de leur situation matrimoniale, de leurs comportements sexuels et reproductifs, et des décisions qu'elles prennent.
- Traiter toutes les femmes avec empathie – c'est-à-dire, être capables de comprendre ce qu'elles ressentent ainsi que leurs points de vue et réussir à leur communiquer cette compréhension.

La clarification des valeurs peut aider les prestataires de soins à identifier leurs convictions et leurs valeurs, à explorer les conséquences de leurs actions, à apprendre à séparer leurs valeurs de celles de leurs patientes, à offrir des soins en respectant les droits et les décisions de chaque femme, et se faisant à s'acquitter pleinement de leurs responsabilités professionnelles. Les directeurs d'établissements et les mentors cliniciens peuvent contribuer à l'établissement et au maintien d'un environnement de sensibilité et de respect à l'égard des besoins des femmes grâce à l'adoption de toute une variété de méthodes, et notamment par le biais de cours de clarification des valeurs et d'autres formations, d'un mentorat clinique, d'une supervision positive, d'un feed-back entre collègues, d'évaluations anonymes et d'enquêtes auprès des patientes. (Consulter à ce sujet: Ressources supplémentaires, Consentement éclairé, informations et accompagnement).

Des activités tirées de la boîte à outils de Clarification des valeurs et de transformations des attitudes (CVTA) d'Ipas adaptées à la situation des jeunes femmes et des adolescentes peuvent être menées spécifiquement pour traiter les convictions et les attitudes sur l'avortement à l'égard de ces catégories de patientes. Des activités ont également été adaptées pour répondre aux situations d'avortement au cours du deuxième trimestre ainsi qu'à l'utilisation du misoprostol dans les soins après avortement. Pour plus d'informations, d'activités didactiques et d'outils relatifs à la CVTA face à l'avortement, voir :

- *Transformation des attitudes face à l'avortement d'Ipas : boîte à outils de clarification des valeurs pour une audience internationale*, sur : www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/VALCLARF09.ashx; et
- *Ipas's Abortion Attitude Transformation: Values Clarification Activities Adapted For Young Women*, sur : www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Abortion-attitude-transformation--Values-clarification-activities-adapted-for-young-women.aspx

Bibliographie

Les définitions provenant d'études particulières, les citations directes et les outils qui ont été adaptés à partir d'un document spécifique sont tous clairement indiqués et les sources citées dans le texte. Toutes les autres références pertinentes à un module particulier figurent après le texte principal à la fin de chaque module. Toutes les ressources supplémentaires de chaque module figurent en fin de manuel. Tous les sites Internet ont été consultés pour la dernière fois en septembre 2012.

Fonds des Nations Unies pour la population (2000). *L'état de la population mondiale 2000: Vivre ensemble dans des mondes séparés*. New York, NY: FNUAP.

Organisation mondiale de la Santé (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (2012).

Shah, I. H. et Åhman, E. (2012). Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women. *Reproductive Health Matters*, 20(39 supplément), 169–173.

Turner, K. L., Andersen, K. L., Pearson, E. et George, A. (2013). *Values Clarification to Improve Abortion Knowledge, Attitudes and Intentions: Global Evaluation Results*. Manuscrit soumis pour publication. Ipas.

Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A. et Mulligan, C. (2011). *Abortion care for young women: A training toolkit*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Turner, K. L. et Page, K. C. (2008). *Transformation des attitudes face à l'avortement : boîte à outils de clarification des valeurs pour une audience internationale*. Chapel Hill, NC : Ipas.

Pour des informations complémentaires et pour commander des instruments d'AMIU, des médicaments nécessaires à l'avortement médicamenteux, et d'autres technologies de santé reproductive, ne pas hésiter à prendre contact avec WomanCare Global, par courrier électronique en écrivant à : customerservice@womancareglobal.org ou par téléphone au : +44.20.3056.7758.

Pour commander des exemplaires de ce manuel ou d'autres ressources d'Ipas, ne pas hésiter à prendre contact avec Ipas :

P.O. Box 9990, Chapel Hill, NC 27515 USA

Téléphone : 919-967-7052

Appel gratuit (aux États-Unis) : 800-334-8446

Fax : 919-929-7687

Courrier électronique : publications@ipas.org ou : www.ipas.org

Table des matières

Remerciements	i
À propos d'Ipas.....	iii
À propos de ce manuel.....	iv
À propos de la seconde édition du manuel	vi
Formation à la clarification des valeurs et à la transformation des attitudes (CVTA)	ix
Bibliographie.....	x
Présentation et principes directeurs.....	1
1.0 Introduction	1
2.0 Éléments essentiels des soins complets d'avortement centrés sur la femme.....	3
3.0 Respecter les droits de la femme dans une situation de soins d'avortement.....	8
4.0 Résumé	11
Droits reproductifs.....	15
1.0 Introduction	15
2.0 Droits reproductifs.....	16
3.0 Obstacles à la prise en charge et à l'accès à l'avortement légal.....	23
4.0 Rôle de plaidoyer de certains prestataires	28
5.0 Considérations relatives aux soins après avortement	29
6.0 Résumé	29
Annexe A : Comités de surveillance des traités.....	48
Liens avec la communauté	37
1.0 Introduction	37
2.0 Évaluation de la communauté	39
3.0 Interventions communautaires.....	41
4.0 Considérations relatives aux soins après avortement	45
5.0 Résumé	45
Annexe A : Audiences potentielles et sujets d'information, d'éducation ou de communication sur l'avortement	38
Méthodes d'évacuation utérine.....	51
1.0 Introduction	51

2.0 Aspiration intra-utérine.....	54
3.0 Méthodes médicamenteuses.....	56
4.0 Autres méthodes : curetage	59
5.0 Considérations relatives aux soins après avortement	60
6.0 Résumé	61
Annexe A : Aspiration intra-utérine et avortement médicamenteux pour provoquer un avortement au cours du premier trimestre	70
Annexe B : Options de traitement dans le cadre des soins après avortement	72
Monitoring visant à améliorer la qualité des services	73
1.0 Introduction	73
2.0 Qu'est-ce que le monitoring et pourquoi est-il important?	74
3.0 Les fondamentaux d'un mécanisme de monitoring efficace.....	75
4.0 Monitoring des incidents.....	77
5.0 Les quatre étapes d'un monitoring efficace	77
6.0 Considérations relatives aux soins après avortement	81
7.0 Résumé	82
Annexe A : Formulaire de consentement écrit préalable à un entretien.....	84
Annexe B : Formulaire de consentement écrit préalable à une observation	85
Annexe C : Dossier des patientes - liste de contrôle pour les soins complets d'avortement.....	86
Consentement éclairé, information et accompagnement	89
1.0 Introduction	89
2.0 Les différentes options concernant la grossesse	90
3.0 Consentement éclairé et volontaire	90
4.0 Options en matière de procédures	92
5.0 Accompagnement dans le contexte de l'avortement	94
6.0 Respect de la vie privée et confidentialité	96
7.0 Valeurs et empathie	96
8.0 Communication efficace	98
9.0 Renvoi/transfert vers d'autres services.....	101
10.0 Comment conclure une session d'accompagnement	102
11.0 Considérations particulières	102
12.0 Considérations relatives aux soins après avortement	103
13.0 Résumé	104
Annexe A : Considérations particulières.....	108
Services de contraception	113

1.0 Introduction	114
2.0 Accompagnement à la contraception et mise à disposition de méthodes contraceptives après un avortement.....	115
3.0 Modèles de prestation de services.....	116
4.0 Besoins en matière de contraception des femmes qui viennent de subir un avortement..	117
5.0 Droits au respect de la vie privée et de la confidentialité, droit de faire un choix éclairé..	118
6.0 Implication du partenaire/conjoint	119
7.0 Étapes essentielles d'un accompagnement efficace à la contraception	120
8.0 Critères médicaux de recevabilité pour l'utilisation d'une contraception après une évacuation utérine	122
9.0 Contraception d'urgence.....	124
10.0 Considérations particulières en matière d'accompagnement à la contraception.....	125
11.0 Considérations relatives aux soins après avortement	126
12.0 Résumé	126
Annexe A : Facteurs individuels : recommandations et justifications en matière d'accompagnement	132
Annexe B : Directives pour la sélection de la contraception en fonction des méthodes	133
Annexe C : Considérations spéciales en matière d'accompagnement à la contraception	137
Prévention des infections	143
1.0 Introduction	143
2.0 Transmission des infections.	144
3.0 Éléments de la prévention des infections.....	145
4.0 Prise en charge de l'exposition professionnelle	152
5.0 Considérations relatives aux soins après avortement	153
6.0 Résumé	153
Annexe A : Poubelle pour objets pointus ou tranchants.....	156
Annexe B : Instructions de préparation d'une solution de chlore à 0,5 %	157
Évaluation clinique	159
1.0 Introduction	159
2.0 Antécédents de la patiente	160
3.0 Examen physique.....	163
4.0 Examens de laboratoire	168
5.0 Échographie et grossesse extra-utérine (grossesse ectopique)	168
6.0 Infections des voies génitales.....	169
7.0 Considérations spécifiques à l'évaluation clinique	170
8.0 Considérations relatives aux soins après avortement	171

9.0 Résumé	172
Annexe A : Prise en charge d'une antibiothérapie prophylactique	176
Annexe B : Exemple de formulaire d'admission de patiente	177
Annexe C : Diagnostic et traitement des différents types d'avortement	178
Instruments d'Ipas pour AMIU	179
1.0 Introduction	179
2.0 Caractéristiques et utilisation des instruments	179
3.0 Traitement et entretien des instruments Ipas	184
4.0 Résumé	195
Annexe A : Comparaison des instruments d'Ipas	197
Annexe B : Méthodes de traitement des aspirateurs Ipas AMIU Plus, des adaptateurs et des canules Ipas EasyGrip®	198
Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus	203
1.0 Introduction	203
2.0 Préparation	204
3.0 Contrôle de la douleur	205
4.0 Procédure d'évacuation utérine	209
5.0 Soins post-opératoires	216
6.0 Soins de suivi	220
7.0 Considérations particulières : Adolescentes et très jeunes femmes	221
8.0 Considérations relatives aux soins après avortement	221
9.0 Résumé	222
Annexe A : Approches pharmacologiques du contrôle de la douleur lors d'AMIU	228
Annexe B : Équipement et fournitures pour l'évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus	232
Annexe C : Préparation cervicale avant une aspiration intra-utérine au cours du premier trimestre	233
Annexe D : Exemple de formulaire de renvoi	234
Annexe E : Document d'information à remettre à la patiente lors de sa sortie du centre	235
Annexe F : Exemple de formulaire médical pour la visite de suivi	236
Annexe G : Conseils d'utilisation de l'aspirateur Ipas AMIU Plus	238
Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses	241
1.0 Introduction	242
2.0 Préparation	243
3.0 Schémas d'administration pour l'association mifépristone plus misoprostol	248
4.0 Schémas de traitement recommandés pour le misoprostol seul	252

5.0 Effets attendus.....	254
6.0 Effets indésirables potentiels.....	257
7.0 Complications	258
8.0 Instructions à fournir à la patiente avant la sortie du centre	259
9.0 Soins de suivi	260
10.0 Considérations particulières : adolescentes et très jeunes femmes.....	262
11.0 Considérations relatives aux soins après avortement	263
12.0 Résumé	264
Annexe A : Illustration à l'échelle d'un embryon de 8 à 9 semaines	272
Complications	273
1.0 Introduction	273
2.0 Complications préexistantes.....	274
3.0 Complications liées à la procédure.....	274
4.0 Complications liées à la grossesse.....	274
5.0 Complications d'une aspiration intra-utérine ou d'un avortement médicamenteux	275
6.0 Complications de l'aspiration intra-utérine	279
7.0 Complications d'un avortement médicamenteux	281
8.0 Complications chez les patientes qui se présentent pour des soins après avortement.....	283
9.0 Réponse aux urgences.....	284
10.0 Soins de suivi après la procédure	286
11.0 Suivi des événements indésirables graves.....	287
12.0 Considérations relatives aux soins après avortement	290
13.0 Résumé	291
Ressources supplémentaires.....	295
Glossaire.....	304

CD-ROM reprenant le cours de formation aux soins liés à l'avortement et à la prestation de services d'Ipas et d'autres ressources – Matériel utile pour ce cours de formation :

Ipas: Soins complets d'avortement centrés sur la femme

Soins complets d'avortement centrés sur la femme: Manuel de référence, deuxième édition (fichier PDF)

Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence, deuxième édition (fichier PDF)

Soins complets d'avortement centrés sur la femme: Manuel du formateur, deuxième édition (fichier PDF)

Activités supplémentaires pour les différents modules

Présentations PowerPoint, Soins complets d'avortement centrés sur la femme (fichier PPT)

Soins complets après avortement centrés sur la femme (fichier PPT)

Matériel de formation : Certificat d'aptitude, certificat d'achèvement de la formation, évaluation quotidienne des connaissances, évaluation de fin de cours et horaires de la formation (fichiers DOC)

Affiches représentant les étapes du Traitement des aspirateurs Ipas AMIU Plus et des canules EasyGrip

Ensemble de matériel de formation à l'avortement médicamenteux à l'usage des formateurs

Guide de formation à l'avortement médicamenteux, deuxième édition, (fichier PDF)

Guide de formation à l'avortement, deuxième édition, (fichier PDF)

Présentation PowerPoint de l'avortement médicamenteux (fichier PPT)

Tableau de jeu au format PowerPoint et module d'extension Flash (fichiers PPT et SWF)

Guidance et outils concernant les fournitures

Outil et feuille de calcul de guidance concernant les fournitures pour l'avortement médicamenteux (fichier ZIP)

MVA Sustainable Supply Workbook (fichier PDF)

Planning for Sustainable Supply of MVA Instruments: A Guide for Program Managers, deuxième édition, (fichier PDF)

Constitution du stock d'équipements pour AMIU des institutions en fonction du nombre de cas (fichier PDF)

Autres cours de formation et matériel didactique

Abortion Care for young women: A training toolkit. (Fichiers PDF et PPT)

Effective Training in Reproductive Health: Course Design and Delivery. Reference Manual (Formation efficace à la santé génésique : conception et déroulement de la formation. Manuel de référence) (fichier PDF)

Effective Training in Reproductive Health: Course Design and Delivery. Trainer's Manual (Formation efficace à la santé génésique : conception et déroulement de la formation. Manuel du formateur) (fichier PDF)

Formation efficace à la santé génésique : Conception et déroulement de la formation. Présentation PowerPoint (fichier PPT)

Transformation des attitudes face à l'avortement : boîte à outils de clarification des valeurs pour une audience internationale (fichiers PDF et PPT)

Les prestataires de soins en tant que défenseurs du droit à l'avortement médicalisé: Manuel du formateur (fichiers PDF et PPT)

