



Guide de référence sur la technique de dilatation et évacuation

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE ET SOINS APRÈS
AVORTEMENT À PARTIR DE LA TREIZIÈME SEMAINE DE GROSSESSE
(« DEUXIÈME TRIMESTRE »)

© 2018 Ipas

ISBN: 978-0-9998634-2-8

Citation : Edelman, A. et Kapp, N. (2018). *Guide de référence sur la technique de dilatation et évacuation : Interruption volontaire de grossesse et soins après avortement à partir de la treizième semaine de grossesse (« deuxième trimestre »)*. Chapel Hill, NC : Ipas.

Ipas œuvre dans le monde entier en vue d'améliorer la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes et des jeunes filles par le biais d'un accès et d'un recours plus aisés à des soins d'avortement et de contraception sans risque. Nous croyons en un monde dans lequel chaque femme et chaque jeune fille aurait le droit et la capacité de prendre elle-même des décisions quant à sa sexualité et à sa santé reproductive.

Ipas est une association sans but lucratif de type 501(c)(3) agréée. Tous les dons versés à Ipas sont fiscalement déductibles dans la mesure autorisée par la loi.

Pour un complément d'informations ou pour faire un don à Ipas :

Ipas

P.O. Box 9990

Chapel Hill, NC 27515, États-Unis

+1-919-967-7052

www.ipas.org

Photographie de couverture : © Richard Lord

Les photographies utilisées dans cette publication ont été choisies à titre d'illustration uniquement ; elles n'impliquent aucune attitude, aucun comportement ou aucune action spécifique de la part des personnes qui apparaissent sur ces photographies.

Guide de référence sur la technique de dilatation et évacuation :

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE ET SOINS APRÈS AVORTEMENT À PARTIR DE LA TREIZIÈME SEMAINE DE GROSSESSE (« DEUXIÈME TRIMESTRE »)

Alison Edelman
Consultante clinique principale (senior), Ipas
Professeure, Gynécologie/obstétrique
Oregon Health & Science University

Nathalie Kapp
Conseillère scientifique médicale senior, Ipas
MD, MPH



A propos d'Ipas

Ipas œuvre dans le monde entier en vue d'améliorer la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes et des jeunes filles par le biais d'un accès et d'un recours plus aisés à des soins d'avortement et de contraception sans risque. Nous croyons en un monde dans lequel chaque femme et chaque jeune fille aurait le droit et la capacité de prendre elle-même des décisions quant à sa sexualité et à sa santé reproductive.

Selon les réglementations de la Food and Drug Administration américaine (FDA), le dispositif d'aspiration manuelle intra-utérine n'est pas approuvé pour utilisation à partir de la treizième semaine de grossesse. Cette publication a été rédigée et doit être utilisée dans des régions où les réglementations autorisent la réutilisation des canules après stérilisation ou désinfection de haut niveau et est destinée à être distribuée internationalement en-dehors des États-Unis.

Conformément aux exigences de la FDA américaine, les indications d'utilisation des instruments d'Ipas pour AMIU aux États-Unis sont les suivantes :

Tous les aspirateurs Ipas et canules sont destinés à l'aspiration et/ou à l'évacuation utérine chez des patientes obstétricales et gynécologiques. Les indications cliniques d'une aspiration utérine avec ce produit sont : traitement d'un avortement incomplet pour une taille utérine supérieure ou égale à treize semaines depuis la date des dernières règles, avortement au cours du premier trimestre (régulation menstruelle) et biopsie endométriale. Les indications d'une biopsie endométriale sont notamment les cas d'infertilité, de saignements utérins anormaux, d'aménorrhée, ainsi que le dépistage du cancer de l'endomètre ou des infections de l'endomètre.

Table des matières

Remerciements	5
Liste des abréviations	5
Chapitre 1 : Introduction	6
Connaissances et compétences préalables	9
Chapitre 2 : Prise en charge clinique des patientes lors d'une procédure de dilatation et évacuation à partir de la treizième semaine de grossesse	10
Évaluation clinique	10
Procédure de consentement éclairé	17
Procédure de dilatation et évacuation	17
Contrôle de la douleur	33
Induction de la mort fœtale	33
Après la procédure de dilatation et évacuation	36
Rétablissement	36
Considérations particulières	38
Annexes en rapport avec la prise en charge clinique	40
Chapitre 3 : Soins après avortement pour une taille utérine supérieure ou égale à treize semaines	50
Fondements	50
Évaluation clinique	51
Procédure d'évacuation utérine par aspiration ou dilatation et évacuation	51
Rétablissement	52
Chapitre 4 : Prise en charge des complications	53
Hémorragie	53
Rétention des produits de conception	54
Infection et infection généralisée	55

Choc	56
Douleur intense	57
Chapitre 5 : Prestation de services	58
Gestion des services.	58
Installations, équipement et personnel	60
Soutien au bien-être psychologique du personnel	62
Annexes en rapport avec la prestation de services	62
Bibliographie.	72
Autres ressources	76

Remerciements :

Les auteurs tiennent à exprimer leur gratitude à Deeb Shrestha Dangol, conseillère principale, Ipas Népal, pour la rédaction de ce guide de référence. Nous souhaitons également remercier nos lecteurs critiques indépendants : le Dr Paul D. Blumenthal, MD, MPH, Université Stanford, Palo Alto, Californie, États-Unis ; Judith Kluge, MBCB, MMED, FCOG, MRCOG, Université de Stellenbosch, Cape Town, Afrique du Sud ; le Dr Patricia A. Lohr, MD MPH, British Pregnancy Advisory Service, Stratford Upon Avon, Royaume-Uni.

Liste des abréviations

DBP - Diamètre bipariétal

CIVD - Coagulation intravasculaire disséminée

D&E - Dilatation et évacuation

LF - Longueur du fémur

DDR - Date des dernières règles

NPO - Nihil per os (à jeun)

AINS - Anti-inflammatoires non stéroïdiens

PDC - Produits de conception

OMS - Organisation mondiale de la Santé

Chapitre 1 : Introduction

Ce guide de référence propose des informations et des recommandations basées sur des données factuelles concernant la procédure de dilatation et évacuation, une méthode d'avortement qui associe l'utilisation de forceps spéciaux et le recours à une aspiration intra-utérine pour évacuer l'utérus au-delà de la douzième semaine de grossesse chez les patientes qui souhaitent une interruption volontaire de grossesse ou qui nécessitent un traitement pour avortement incomplet ou des soins après avortement.

Les prestataires qui possèdent déjà une expérience de la dispense de services d'avortement de qualité au cours du premier trimestre et désireux d'élargir leurs compétences aux soins à prodiguer aux femmes qui ont recours à une évacuation utérine à partir de la treizième semaine de grossesse constituent le principal groupe cible de ce guide.

Nous sommes conscients du fait que la terminologie relative à l'âge gestationnel évolue et a tendance à abandonner l'utilisation du terme « trimestre ». Nous avons néanmoins fait le choix d'utiliser le terme de « deuxième trimestre » pour faire référence de manière générale à un âge gestationnel compris entre 13 et 28 semaines, mais nous ferons usage de l'âge gestationnel exprimé en semaines pour les situations et/ou recommandations plus spécifiques.

La fourniture de services sécurisés au cours du deuxième trimestre est indispensable si l'on veut réduire le nombre de dommages et de décès consécutifs à des avortements non sécurisés. Les avortements au-delà du premier trimestre sont associés à une morbidité et à une mortalité excessives par rapport aux avortements au cours du premier trimestre [1]. Les avortements au cours du deuxième trimestre concernent majoritairement les populations les plus vulnérables, notamment les femmes pauvres, les très jeunes femmes et celles qui sont victimes de violences [2-4]. Les femmes se présentent tardivement pour demander un avortement pour diverses raisons parmi lesquelles :

- Détection tardive de la grossesse, après le premier trimestre [5]
- Ambivalence ou difficultés à prendre la décision de recourir à un avortement
- Modification de la relation conjugale ou des conditions de vie
- Obstacles financiers : Un avortement au cours du deuxième trimestre est souvent plus coûteux et réunir la somme d'argent nécessaire peut s'avérer difficile et prendre un certain temps.
- Problèmes d'accessibilité et obstacles logistiques : Si des soins d'avortement au cours du premier trimestre sont difficilement accessibles, les femmes peuvent ne parvenir à accéder à ces soins que lorsque leur grossesse est plus avancée.

- Soins d'avortement limités : Lorsqu'il est difficile d'avoir accès à des soins d'avortement sécurisés, l'avortement est souvent retardé. En raison de restrictions légales dans leur pays d'origine, de nombreuses femmes sont obligées de se déplacer, éventuellement jusque dans un autre pays, et tant l'organisation de ce voyage que la nécessité de trouver l'argent nécessaire pour en assumer le coût prennent du temps.
- Anomalies fœtales détectées plus tardivement au cours de la grossesse ou problème médical survenant pendant la grossesse

Le manque d'accès à des avortements sécurisés au-delà de la douzième semaine de grossesse augmente le risque de morbidité et mortalité liées à l'avortement. Le risque de complications consécutives à un avortement augmente avec l'âge gestationnel : un avortement au cours du premier trimestre engendre moins de risques qu'un avortement effectué au cours du deuxième trimestre [1]. Le recours à des techniques basées sur des données factuelles par un prestataire expérimenté et correctement formé permet toutefois de minimiser les risques.

Dans certains pays, les avortements non sécurisés au cours du deuxième trimestre sont responsables de la majorité des décès consécutifs à des avortements [2, 3, 6]. Une proposition d'objectif visant à garantir l'accès à des soins appropriés et à réduire la mortalité consécutive à des avortements au cours du deuxième trimestre consisterait à disposer d'au moins un centre capable de dispenser en toute sécurité ce type de services par 500.000 habitants [4]. Les systèmes de santé doivent faire en sorte que les femmes aient accès à des soins d'avortement au-delà de la douzième semaine de grossesse et de soins après avortement. La dispense de soins au cours du deuxième trimestre contribue au droit des femmes à prendre des décisions quant à ses besoins en termes de santé reproductive et permet de réduire globalement la morbidité et la mortalité maternelles.

Deux types de méthodes d'avortement sont recommandées au cours du deuxième trimestre : la procédure de dilatation et évacuation et les méthodes médicamenteuses faisant usage du misoprostol (mifépristone plus misoprostol ou misoprostol seul). La procédure de dilatation et évacuation nécessite une préparation du col de l'utérus suivie d'une évacuation de l'utérus associant l'aspiration intra-utérine et l'utilisation de forceps. Elle requiert des cliniciens compétents, des instruments spécialisés et une prise en charge clinique plus intensive qu'une aspiration en début de grossesse. La procédure de dilatation et évacuation est envisageable dans des centres qui traitent de grands nombres de patientes car il existe une relation directe entre niveau d'expérience des prestataires et taux de complications. La technique d'avortement médicamenteux utilise des schémas de traitement par la mifépristone et le misoprostol ou par le misoprostol seul tant pour la préparation du col de l'utérus que pour l'induction de contractions utérines et, éventuellement, l'expulsion de la grossesse. Lorsque ces deux méthodes d'avortement sont disponibles, les femmes doivent avoir la possibilité de choisir celle qu'elles préfèrent. L'avortement médicamenteux exige moins de compétences techniques et moins de ressources et peut être proposé dans des centres où il n'est pas possible d'effectuer une procédure de dilatation et évacuation. De manière générale, un avortement médicamenteux au

cours du deuxième trimestre peut être proposé partout où des services obstétricaux sont disponibles.

Ce guide de référence propose des informations sur les soins à dispenser aux patientes qui ont recours à une procédure de dilatation et évacuation pour une interruption volontaire de grossesse ou pour des soins après avortement au cours du deuxième trimestre. Il passe également en revue les aspects logistiques et de gestion pour les systèmes de santé désireux de proposer des services de dilatation et évacuation. Ce guide de référence accompagne la publication d'Ipas Guide de référence sur l'avortement médicamenteux : Interruption volontaire de grossesse et soins après avortement à partir de la treizième semaine de grossesse (www.ipas.org/2ndtriMA). Les principales informations techniques diffèrent entre ces deux guides de référence mais certaines informations générales et directement liées aux services sont identiques. Généralement, les protocoles cliniques proposés sont applicables jusqu'à 24 semaines de grossesse, tant dans des contextes où les ressources sont limitées que là où l'on dispose de davantage de possibilités, et sont en accord avec les évidences scientifiques disponibles en janvier 2017. À mesure que de nouvelles données factuelles viendront à être connues, les recommandations seront susceptibles de nécessiter des mises à jour ; des mises à jour annuelles sont reprises dans la publication d'Ipas *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive* (<http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Actualites-Cliniques.aspx>).

Les réglementations locales peuvent autoriser les cliniciens à dispenser des soins au-delà de 24 semaines de grossesse. Un grand nombre de cliniciens ayant une expérience des procédures de dilatation et évacuation recommandent d'envisager d'autres options de prise en charge, telles qu'un avortement médicamenteux, après 24 semaines de grossesse. Comme ces cas sont relativement peu fréquents, les évidences scientifiques sont limitées et les cliniciens doivent faire usage de leur propre jugement clinique et de leur expérience lors de la prise en charge de ces patientes.

De nombreux aspects des services au cours du deuxième trimestre, par exemple ceux en rapport avec les droits humains, le conseil, la prévention des infections, le rapport des événements indésirables et les services de contraception, sont les mêmes que pour le premier trimestre. Ces points sont abordés en détail dans les publications d'Ipas intitulées *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence (deuxième édition)* (disponible à l'adresse www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Soins-complets-d'avortement-centres-sur-la-femme.aspx) et *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence (deuxième édition)* (disponible à l'adresse www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Soins-apres-avortement-centres-sur-la-femme.aspx) et ne sont pas repris dans ce guide.

La réussite de l'introduction de soins d'avortement au cours du deuxième trimestre nécessite, outre les compétences techniques et les connaissances requises, des infrastructures spécifiques, du personnel administratif (au niveau du centre et aux niveaux local et gouvernemental) et le soutien de l'équipe clinique. On trouvera des informations supplémentaires sur l'introduction de

soins d'avortement dans la publication d'Ipas intitulée *Avortement au cours du deuxième trimestre : Boîte à outils pour la prestation de services*, disponible à l'adresse <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Expansion-des-soins-complets-davortement-au-deuxieme-trimestre.aspx>.

Les recommandations relatives aux soins d'avortement évoluent à mesure que de nouvelles données factuelles viennent à être connues. Consulter la publication d'Ipas *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive* pour les recommandations et les protocoles d'avortement médicamenteux les plus récents (<http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Actualites-Cliniques.aspx>).

Connaissances et compétences préalables

Ce guide de référence est destiné à des cliniciens expérimentés qui dispensent déjà des soins d'avortement de qualité par aspiration intra-utérine au cours du premier trimestre. Les compétences préalables requises pour un avortement au cours du deuxième trimestre, par exemple fourniture d'informations et conseil, procédure de consentement éclairé, aspiration intra-utérine, contrôle de la douleur, prévention des infections et contraception après un avortement, sont les mêmes pour un avortement au cours du premier trimestre et ne sont pas reprises en détail dans le présent manuel. Pour plus d'informations sur les soins d'avortement au cours du premier trimestre, se référer à la publication d'Ipas intitulée *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence (deuxième édition)*, disponible à l'adresse www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Soins-complets-davortement-centres-sur-la-femme.aspx.

Avant d'apprendre à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse et des soins après avortement par dilatation et évacuation au cours du deuxième trimestre, les cliniciens doivent déjà être capables de :

- dispenser aux patientes des informations sur les méthodes d'avortement envisageables, ce à quoi elles doivent s'attendre au cours de la procédure, les risques, les soins après avortement et les signes d'alerte ;
- dispenser aux patientes des informations sur les options en matière de contraception et, idéalement, disposer des capacités et des fournitures requises pour instaurer la méthode choisie immédiatement après l'avortement ;
- procéder à un relevé des antécédents médicaux et à un examen clinique incluant un examen pelvien et un examen bimanuel et, si nécessaire, des analyses de laboratoire ;
- déterminer l'âge gestationnel sur la base des antécédents médicaux, de l'examen et, si nécessaire, d'une échographie ;
- pratiquer un avortement ou dispenser des soins après avortement au cours du premier trimestre par aspiration utérine ;
- assurer le contrôle de la douleur lors d'un avortement au cours du pre-

mier trimestre : il est souhaitable de savoir administrer un bloc paracervical ou d'autres formes de contrôle de la douleur ;

- identifier et traiter les complications consécutives à un avortement au cours du premier trimestre.

Une expérience des soins obstétricaux constitue un avantage pour les prestataires car la prise en charge des complications d'un avortement au cours du second trimestre est similaire à celle des complications obstétricales. Comme les cliniciens qui dispensent des services au cours du deuxième trimestre doivent être à même de prendre en charge les urgences ou, au minimum, de stabiliser la patiente en vue de son transfert, une formation aux soins obstétricaux d'urgence et/ou à l'assistance à l'accouchement est indispensable pour les prestataires qui ne bénéficient pas d'une véritable formation professionnelle en obstétrique.

Les exigences en ce qui concerne les installations, l'équipement et le personnel sont reprises en détail dans le chapitre de ce guide consacré à la prestation de services, ainsi que dans la publication d'Ipas *Avortement au cours du deuxième trimestre : Boîte à outils pour la prestation de services*, disponible à l'adresse <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Expansion-des-soins-complets-davortment-au-deuxieme-trimestre.aspx>.

Chapitre 2 : Prise en charge clinique des patientes lors d'une procédure de dilatation et évacuation à partir de la treizième semaine de grossesse

Ce chapitre décrit la prise en charge clinique des patientes qui subissent une procédure de dilatation et évacuation. Il est présenté dans le même ordre qu'une procédure de dilatation et évacuation.

Les différentes étapes d'une procédure de dilatation et évacuation sont les suivantes :

- Évaluation clinique
- Procédure de consentement éclairé
- Préparation du col
- Induction de la mort fœtale (si nécessaire)
- Contrôle de la douleur
- Procédure de dilatation et évacuation
- Rétablissement

Considérations particulières : adolescentes et très jeunes femmes, patientes

présentant des indications maternelles ou fœtales à un avortement, cicatrice utérine antérieure, placenta praevia

Évaluation clinique

Le prestataire doit avant tout évaluer l'état clinique de la patiente et son éligibilité pour une procédure de dilatation et évacuation. Cette évaluation doit se dérouler en privé. Les composantes de l'évaluation clinique sont le relevé des antécédents médicaux, l'examen clinique, le prélèvement éventuel d'échantillons pour des analyses de laboratoire si nécessaire et la détermination ou la confirmation de l'âge gestationnel. Une brève évaluation informelle de la situation psychosociale de la patiente peut s'avérer nécessaire pour déterminer, dans certains contextes, s'il existe une indication pour un avortement. Par ailleurs, il peut être utile d'identifier les femmes qui nécessitent des ressources et/ou une assistance supplémentaires.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Le prestataire doit obtenir des antécédents médicaux complets incluant :

- Date du premier jour des dernières règles
- Résultats d'un éventuel test de grossesse ou examen échographique
- Saignements vaginaux ou autres complications éventuelles durant la grossesse en cours
- Allergies connues à certains médicaments
- Médicaments actuellement utilisés
- Antécédents obstétricaux : nombre de grossesses, nombre de naissances et d'avortements, types d'accouchement (par césarienne ou vaginal) et antécédents de grossesse extra-utérine
- Antécédents médicaux
- Antécédents de maladie mentale
- Invalidité physique ou cognitive
- Antécédents sociaux, notamment en matière de consommation d'alcool ou d'utilisation de drogues illicites

Un exemple de formulaire d'évaluation figure à l'annexe 1 (voir page 41). Chez les patientes qui souffrent de certains problèmes médicaux, les soins d'avortement peuvent nécessiter un haut niveau d'expertise clinique et/ou un monitoring très attentif. Le renvoi vers un établissement hospitalier de niveau supérieur peut être nécessaire pour ces patientes. Le tableau 1 reprend un certain nombre de problèmes de santé fréquents qui doivent être évalués et sont susceptibles d'influencer la prise en charge, mais cette liste n'est pas exhaustive.

Tableau 1. Problèmes de santé susceptibles d'influencer la pratique d'un avortement par dilatation et évacuation

PROBLÈME	IMPORTANCE CLINIQUE
Abus d'alcool ou de drogues	Les patientes concernées peuvent nécessiter de plus fortes doses d'analgésiques : débiter avec la dose usuelle et l'augmenter progressivement si nécessaire. En cas de recours à des opiacés, préférer des médicaments à courte durée d'action pour éviter une dépression respiratoire tardive.
Anémie	Si l'hématocrite ou l'hémoglobine est très faible*, être prêt à prendre en charge les saignements et à les traiter de manière appropriée (par exemple avoir à sa disposition des utérotoniques et des fournitures pour tamponnement intra-utérin).
Asthme	Les patientes qui souffrent d'asthme léger ou bien contrôlé peuvent être prises en charge de la manière usuelle. En cas de crise d'asthme aiguë ou chez les patientes dont l'asthme est insuffisamment contrôlé, il peut s'avérer nécessaire de retarder la procédure jusqu'à ce que l'asthme soit sous contrôle ou d'instaurer un traitement en milieu hospitalier. L'administration de misoprostol est sans danger chez les patientes asthmatiques.
Troubles de la coagulation sanguine	Si la patiente souffre d'un trouble actif de la coagulation, le renvoi vers un établissement hospitalier de niveau supérieur peut être nécessaire. Sinon, préparer les fournitures nécessaires pour la prise en charge d'une hémorragie (par exemple, utérotoniques, fournitures pour tamponnement intra-utérin et sang ou dérivés de sang).
Diabète	L'insuline ou les autres médicaments régulateurs de la glycémie doivent être ajustés en fonction des apports caloriques/alimentaires. Des déterminations régulières de la glycémie doivent faire partie du suivi de routine de ces patientes au cours de la procédure.
Pathologies cardiaques	Si la maladie est symptomatique ou sévère, il peut s'avérer nécessaire d'effectuer la procédure en association avec des soins intensifs cardiaques. Un suivi et un traitement supplémentaires au sein d'un établissement hospitalier de niveau supérieur peuvent être nécessaires.
Hypertension	Ne pas utiliser la méthylergonovine (alcaloïde de l'ergot) chez les patientes qui souffrent d'hypertension.

PROBLÈME	IMPORTANCE CLINIQUE
Obésité morbide	En fonction de l'importance de l'obésité, il peut s'avérer nécessaire d'envisager certaines modifications des éléments logistiques usuels, par exemple de tenir compte du poids que peuvent supporter la table d'examen, la table d'opération et les étriers, de prévoir des instruments plus longs, du personnel supplémentaire pour soulever et déplacer la patiente, etc.
Antécédents de chirurgie utérine	Voir « considérations particulières » à la page 38.
Crises épileptiques	La patiente doit prendre sa dose habituelle de médicament antiépileptique. Elle peut bénéficier de toutes les mesures de contrôle de la douleur au cours de la procédure. Comme certains antiépileptiques interagissent avec les contraceptifs hormonaux, les options en matière de contraception doivent être attentivement passées en revue pour la recevabilité médicale (voir la publication de l'Organisation mondiale de la Santé intitulée <i>Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives</i> , disponible à l'adresse http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/fr/).
Anomalie utérine	En fonction du type d'anomalie, une guidance échographique lors de la procédure peut être nécessaire et, dans de rares cas, une procédure de dilatation et évacuation peut s'avérer impossible.

*Il n'existe pas de norme universelle sur ce qui est considéré comme une valeur faible de l'hématocrite et/ou de l'hémoglobine avant une procédure de dilatation et évacuation mais si la patiente présente des saignements importants avec une valeur initiale de l'hématocrite de 25%, une transfusion sera probablement nécessaire.

EXAMEN CLINIQUE

La patiente doit subir un examen clinique approfondi incluant la détermination des paramètres vitaux, une auscultation du cœur et des poumons, une palpation de l'abdomen et un examen pelvien/bimanuel. L'examen clinique préalable à une interruption volontaire de grossesse doit être une occasion de pratiquer des tests de dépistage préventifs supplémentaires (par exemple dépistage des infections sexuellement transmissibles ou du cancer du col de l'utérus), mais cela uniquement si ces tests n'empêchent pas et ne retardent pas la dispense des soins d'avortement.

ANALYSES DE LABORATOIRE

Dans la plupart des cas, les informations obtenues par le biais du relevé des antécédents médicaux et de l'examen clinique de la patiente sont suffisantes pour procéder à une évaluation clinique. Un dosage de l'hémoglobine ou une détermination de l'hématocrite peuvent s'avérer utiles en cas d'anémie ou de suspicion d'anémie, afin de se préparer à la prise en charge éventuelle de saignements abondants.

Le statut en termes de facteur rhésus doit être contrôlé si les politiques et procédures locales le recommandent. L'OMS ne recommande pas cet examen, sauf si des immunoglobulines anti-Rh sont disponibles pour les patientes Rh-négatives [7]. Les patientes rhésus-négatives doivent recevoir des immunoglobulines anti-Rh au moment de l'avortement [8]. Aucun autre test ou examen spécifique n'est nécessaire avant un avortement au-delà de la douzième semaine de grossesse, sauf en cas de problème médical.

DÉTERMINATION ET CONFIRMATION DE L'ÂGE GESTATIONNEL

Une détermination précise de l'âge gestationnel est essentielle dans le cadre des soins d'avortement au cours du deuxième trimestre. On peut estimer l'âge gestationnel à partir de la date des dernières règles et d'un examen clinique incluant un examen bimanuel et une palpation abdominale. La mesure de la hauteur utérine, comme dans le cadre de soins obstétricaux de routine, peut fournir des informations supplémentaires sur l'âge gestationnel. En cas de mort fœtale, d'avortement incomplet ou de soins après avortement, il peut y avoir discordance entre la date des dernières règles et la taille de l'utérus ; dans cette éventualité, le traitement de la patiente se fera en fonction de la taille utérine (voir chapitre 3 page 50). D'autres situations sont susceptibles d'engendrer une discordance entre taille et date, notamment : grossesse multiple, masse utérine (par exemple fibrome), polyhydramnios, maladie trophoblastique gravidique et obésité maternelle.

On peut recourir à une échographie pour confirmer l'âge gestationnel en cas de discordance entre date des dernières règles et examen pelvien. Une échographie n'est généralement pas nécessaire, sauf si les autres méthodes de détermination de l'âge gestationnel ne permettent pas de déterminer si l'âge gestationnel se situe dans la période d'éligibilité pour une procédure de dilatation et évacuation en fonction des compétences du prestataire, de l'équipement disponible et des méthodes de préparation du col disponibles pour parvenir à une dilatation suffisante. **Ne pas débuter la préparation du col ou la procédure de dilatation et évacuation avant d'avoir confirmé l'âge gestationnel et/ou la taille utérine. Une erreur de détermination de l'âge gestationnel peut engendrer de graves problèmes dans le cas d'un avortement au cours du deuxième trimestre (voir encadré ci-dessous).** Même si l'on recourt à une échographie pour contribuer à la détermination de l'âge gestationnel, des antécédents complets et un examen clinique approfondi demeurent indispensables.

Une biométrie échographique complète n'est pas nécessaire avant une interruption volontaire de grossesse car le diamètre bipariétal (voir Figure 1 page 15) à lui seul constitue une méthode simple et suffisamment précise pour confirmer l'âge gestationnel [9]. Le diamètre bipariétal est la distance de la face externe de la calotte crânienne à la face interne du côté opposé de la calotte crânienne (en vue transversale). On peut recourir à la mesure de la longueur du fémur pour confirmer l'âge gestationnel estimé par le diamètre bipariétal en cas de difficultés techniques lors de la mesure du diamètre bipariétal ou si le fœtus présente des anomalies crâniennes. Un grand nombre d'échographes calculent automatiquement l'âge gestationnel à partir de ces mesures. Des estimations de l'âge gestationnel basées sur les

mesures du diamètre bipariétal et de la longueur du fémur sont présentées à l'annexe 2 page 44. Le recours à l'échographie permet d'observer le nombre de fœtus, la position fœtale et la localisation du placenta.

Dans les situations où l'échographie n'est pas systématiquement utilisée ou n'est pas disponible et lorsque les prestataires ne sont pas expérimentés dans la détermination de l'âge gestationnel, la mesure du pied du fœtus après l'avortement permet de contrôler l'évaluation du clinicien dans la mesure où il existe une bonne corrélation entre la longueur du pied et l'âge gestationnel. En dehors de ces situations, une mesure systématique de la longueur du pied n'est pas nécessaire.

Détermination précise de l'âge gestationnel

Une détermination précise de l'âge gestationnel est une étape essentielle avant une procédure de dilatation et évacuation pour éviter que le prestataire ne débute malencontreusement une procédure qui dépasse son niveau de compétence ou sans une préparation adéquate du col. Dans de rares cas, l'expulsion peut survenir en dehors du centre ou au cours de l'étape de préparation du col en vue de la procédure de dilatation et évacuation ; à un âge gestationnel plus avancé, cela peut avoir pour conséquence une survie transitoire du fœtus.

Une détermination précise de l'âge gestationnel peut aider les prestataires à décider de la nécessité d'induire la mort fœtale afin d'éviter une survie transitoire du fœtus (page 33), à préparer la patiente et le personnel clinique à une éventuelle survie transitoire du fœtus ou à programmer un renvoi de la patiente. Une survie transitoire du fœtus peut être perturbante, tant pour le personnel clinique que pour la patiente et sa famille. Cela peut également avoir des conséquences médicales, sociales et légales inattendues.

En cas de doute sur l'âge gestationnel, toujours supposer que la grossesse est plus avancée plutôt que l'inverse.

Figure 1.

Diamètre bipariétal

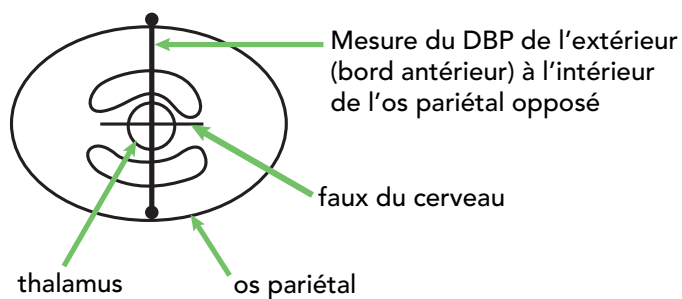
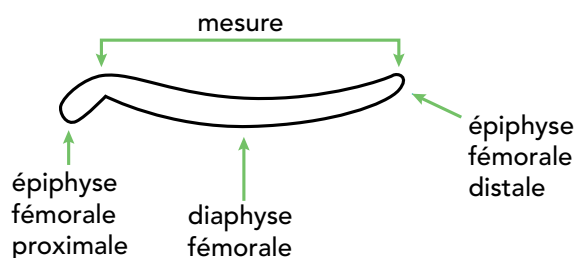


Figure 2.

Longueur du fémur



CE QUE LA PATIENTE DOIT SAVOIR...

AVANT LA PROCÉDURE :

- Les méthodes d'avortement existantes et disponibles, ainsi que leurs avantages et inconvénients
- Les risques inhérents à la procédure de dilatation et évacuation, notamment risque d'échec, saignements, hémorragie, infection, perforation, rétention placentaire, intervention chirurgicale non programmée telle que laparotomie, hystérectomie, etc.
- Les options de contrôle de la douleur
- Les étapes de la procédure qui peuvent se dérouler en-dehors du centre et le moment où il lui faudra revenir au centre (après la préparation du col ou suite à des symptômes inquiétants)
- La durée approximative de la procédure
- Les médicaments qu'elle recevra et comment ils seront administrés
- En termes généraux, comment se déroulera l'évacuation utérine
- Qui pourra l'assister au cours de la procédure
- Les vêtements qu'elle doit porter et/ou ce qu'elle doit amener de chez elle pour améliorer son confort
- Si elle le souhaite, les options en matière de contraception après un avortement. Toutes les méthodes contraceptives peuvent être instaurées immédiatement après l'avortement, y compris la mise en place d'un dispositif intra-utérin à la fin de la procédure de dilatation et évacuation.

PENDANT LA PROCÉDURE :

- Les médicaments qu'elle recevra et comment ils seront administrés
- Ce qu'elle ressentira et à quel moment, notamment des symptômes tels que crampes, saignements et douleur
- La durée approximative de la procédure
- Les options de contrôle de la douleur et qu'elle ne doit pas hésiter à demander au personnel soignant des analgésiques supplémentaires si elle en éprouve le besoin

APRÈS LA PROCÉDURE :

- Combien de temps il lui faudra se reposer et demeurer sous surveillance au centre après la fin de la procédure de dilatation et évacuation
- Ce qui est susceptible de se produire après l'avortement, y compris l'intensité et la durée des symptômes normaux et comment les prendre en charge (notamment saignements, crampes, engorgement des seins)
- Comment identifier les signes et symptômes de complications potentielles et quand et comment contacter le prestataire et/ou le centre
- Une visite de suivi systématique n'est pas nécessaire après un avortement sans complications mais elle peut néanmoins en demander une si elle le souhaite
- Si elle le souhaite, les options en matière de contraception après un avortement et que la plupart des méthodes peuvent être instaurées avant son départ du centre
- Quand elle est susceptible de redevenir enceinte et comment s'y préparer (vaccins, tests de dépistage, vitamines)
- Les conséquences de l'avortement sur sa fertilité et l'issue de ses futures grossesses

Procédure de consentement éclairé

Le consentement éclairé est une procédure lors de laquelle on fournit à la patiente les informations dont elle a besoin pour choisir volontairement de subir une procédure d'avortement. Le prestataire doit fournir les informations dans un langage adapté pour que la patiente les comprenne bien et lui donner la possibilité de poser des questions, elle doit bien comprendre les différentes alternatives, leurs risques et avantages et prendre librement sa décision en toute connaissance de cause. Le caractère privé et la confidentialité sont essentiels lors de la procédure de consentement éclairé.

Procédure de dilatation et évacuation

Les recommandations sont généralement identiques à celles du document publié par l'Organisation mondiale de la Santé : *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, deuxième édition et dans celle publiée en langue anglaise par cette même organisation : *Clinical Practice Handbook for safe abortion (Manuel de pratique clinique pour un avortement sécurisé)*. Dans les cas où les recommandations cliniques d'Ipas diffèrent de celles de l'OMS, cette discordance résulte de l'intégration des données cliniques factuelles publiées depuis les dernières directives de l'OMS en 2012. Le présent document vise à promouvoir le recours à des soins complets d'avortement de qualité basés sur des éléments factuels en vue d'améliorer les résultats en termes de santé en présentant une synthèse des données cliniques et des recommandations les plus récentes.

Avant le début de la procédure d'avortement (au moment de la préparation du col), s'assurer que les conditions suivantes sont réunies :

- On a procédé à une évaluation clinique (voir page 10) incluant un examen clinique général et un examen pelvien et/ou bimanuel
- Le clinicien est suffisamment certain de l'âge gestationnel
- La patiente a compris en quoi consistait la procédure et a donné librement son consentement

La procédure d'avortement par dilatation et évacuation commence lorsque l'on initie l'étape de préparation du col ; dans les rares cas où la patiente change d'avis quant à la poursuite de l'avortement après que l'on ait débuté la préparation du col, il peut s'avérer impossible d'inverser le processus ou il peut y avoir un risque d'infection et/ou de contractions ou d'accouchement avant terme si elle choisit de ne pas continuer. On doit lui fournir des informations sur les conséquences et les risques potentiels mais elle peut encore changer d'avis et choisir de ne pas poursuivre l'évacuation utérine.

Le relevé des antécédents médicaux, l'examen clinique général, la phase de conseil, la procédure de consentement éclairé et la préparation du col peuvent être effectués par un/e infirmier/ère ou un clinicien autre que le prestataire principal qui effectuera la procédure de dilatation et évacuation mais il est essentiel que le clinicien qui effectuera la procédure de dilatation et évacuation confirme la détermination de l'âge gestationnel et pratique un

examen pelvien et/ou bimanuel pour évaluer la position du col utérin et de l'utérus avant la procédure.

ANTIBIOTHÉRAPIE PROPHYLACTIQUE

Une antibiothérapie prophylactique est recommandée chez toutes les patientes avant une procédure de dilatation et évacuation afin de diminuer le risque d'infection consécutive à l'avortement [11, 12]. Comme le taux d'infection après une procédure de dilatation et évacuation est faible, l'impossibilité de fournir des antibiotiques ne doit cependant pas limiter l'accès à l'avortement [7, 13]. Certains prestataires débutent les antibiotiques au moment de la mise en place du dilateur osmotique (voir Préparation du col page 19), tandis que d'autres les administrent en phase périopératoire ; il n'y a pas eu d'études comparatives sur les différents moments d'instauration de l'antibiothérapie et la fréquence d'infection après avortement.

De nombreux schémas d'administration d'antibiotiques à titre prophylactique lors d'un avortement ont été étudiés ; il n'a cependant pas encore été possible de déterminer l'antibiotique, la dose et le moment d'administration idéaux [12]. Le tableau suivant (Tableau 2 page 19) reprend un certain nombre de schémas de traitement couramment utilisés dans la pratique clinique et recommandés par des organisations professionnelles [11, 14]. Ces schémas reposent sur des données cliniques et des avis de spécialistes. Les prestataires doivent choisir un schéma de traitement en fonction du coût et de la disponibilité des antibiotiques, de la prévalence locale des infections sexuellement transmissibles et des pratiques usuelles en matière de dépistage et de traitement de ces infections.

Tableau 2. Schémas d'antibiothérapie prophylactique fréquemment utilisés pour la prévention des infections lors d'une procédure de dilatation et évacuation

SCHÉMAS DE TRAITEMENT USUELS	AUTEUR DE LA RECOMMANDATION
<p>Doxycycline 100 mg oralement 1 heure avant la procédure et 200 mg après celle-ci</p> <p>OU</p> <p>Métronidazole 500 mg oralement deux fois par jour pendant 5 jours</p>	American Congress of Obstetricians and Gynecologists (2016)
<p>Doxycycline 200 mg oralement avant la procédure</p> <p>OU</p> <p>Azithromycine 500 mg oralement avant la procédure</p> <p>OU</p> <p>Métronidazole 500 mg oralement avant la procédure</p>	Planned Parenthood Federation of America (2016) [14]
<p>Doxycycline 200 mg oralement dans les 2 heures qui précèdent la procédure</p> <p>OU</p> <p>Azithromycine 500 mg oralement dans les 2 heures qui précèdent la procédure</p>	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015) [15]

Dans la mesure du possible, les patientes à haut risque d'infections sexuellement transmissibles doivent faire l'objet d'un test de dépistage et être traitées en plus de l'antibiothérapie prophylactique. Les femmes qui présentent des signes et symptômes d'infection active doivent bénéficier sans retard de soins d'avortement en plus d'une antibiothérapie appropriée.

PRÉPARATION DU COL

Une préparation adéquate du col est essentielle pour effectuer en toute sécurité une procédure de dilatation et évacuation et diminuer le risque de complications [13, 16]. Il n'existe pas de schéma de traitement standard pour la préparation du col et le choix de la méthode est souvent dicté par le niveau de compétence du prestataire, l'âge gestationnel, le coût des différentes méthodes, la parité de la patiente et la disponibilité des différentes méthodes [16, 17]. Plusieurs méthodes de préparation du col peuvent être utilisées, seules ou en association. Les méthodes les plus fréquemment utili-

sées sont les dilateurs osmotiques (laminaires ou dilateurs osmotiques synthétiques), le misoprostol et mifépristone. Le tableau 2 (voir page 19) décrit les caractéristiques de ces différentes méthodes.

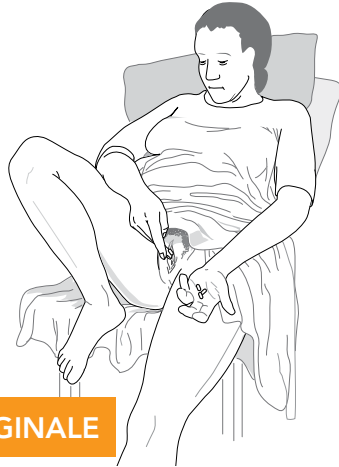
Préparation du col par le misoprostol seul

Le misoprostol est peu coûteux, sûr [18] et plus aisément disponible que des dilateurs osmotiques dans des contextes où les ressources sont limitées. L'utilisation de misoprostol uniquement pour la préparation du col a été étudiée avant une procédure de dilatation et évacuation jusqu'à 18 semaines de grossesse [19]. Les avantages de la préparation du col par le misoprostol seul sont que cette méthode permet d'effectuer la procédure de dilatation et évacuation le jour même, qu'elle est facile à administrer et qu'elle agit en seulement quelques heures. Le prestataire doit néanmoins être préparé et disposer de l'équipement nécessaire pour une dilatation mécanique du col de l'utérus s'il a effectué la préparation du col par le misoprostol uniquement, surtout entre 16 et 18 semaines de grossesse. Les inconvénients d'une préparation du col par le misoprostol seul sont les effets indésirables fréquents, tels que saignements et crampes, auxquels la patiente est confrontée avant la procédure de dilatation et évacuation. Il existe en outre un faible risque d'expulsion de la grossesse avant la procédure de dilatation et évacuation.

Les voies d'administration vaginale et buccale ont été étudiées avant une procédure de dilatation et évacuation ; la voie sublinguale n'a par contre pas encore été étudiée pour cette indication. Habituellement, on administre le misoprostol trois à quatre heures environ avant la procédure de dilatation et évacuation (voir tableau 2 page 19 pour plus de détails sur la dose et le moment d'administration).

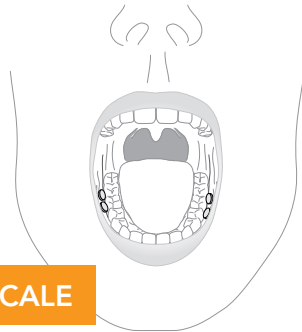
Voies d'administration

Lors d'administration vaginale, le misoprostol est inséré par la patiente ou, si elle le préfère, par le clinicien. Elle doit se laver les mains avant d'insérer le misoprostol dans son vagin ; le clinicien doit porter des gants propres. Placer les comprimés entre deux doigts et les insérer profondément dans le vagin (on notera qu'il n'est pas nécessaire de les insérer plus profondément que le cul-de sac postérieur pour qu'ils agissent de manière appropriée). Il n'est pas nécessaire d'humidifier les comprimés avant leur insertion. Après insertion, la patiente doit demeurer allongée sur le dos pendant environ 30 minutes, après quoi elle peut se lever et se déplacer à sa guise jusqu'au moment de la dose suivante.



ADMINISTRATION VAGINALE

Lors d'administration buccale, la patiente place le misoprostol entre la joue et la gencive et le laisse en place pendant 30 minutes. Après 30 minutes, elle avale les éventuels fragments de comprimés restants.



ADMINISTRATION BUCCALE

L'administration *buccale* a tendance à engendrer davantage d'effets indésirables gastro-intestinaux que l'administration vaginale mais certaines femmes trouvent cette voie plus pratique et plus acceptable. S'assurer qu'il ne subsiste plus aucun fragment de comprimés dans la bouche de la patiente juste avant la procédure de dilatation et évacuation afin d'éviter tout risque d'aspiration pendant l'intervention.

Au moment de l'administration de misoprostol, la patiente doit recevoir également un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), sauf si elle y est allergique. En fonction du degré d'anesthésie utilisé pour la procédure de

dilatation et évacuation, la patiente devra éventuellement demeurer à jeun (c'est-à-dire qu'elle ne peut rien prendre par la bouche), auquel cas les médicaments destinés au contrôle de la douleur devront être administrés par voie intraveineuse ou rectale. La patiente doit avoir la possibilité de s'allonger dans un lit ou sur une couchette dans un espace privé, surtout si elle présente des symptômes désagréables (tels que crampes, saignements, nausées et/ou vomissements). Le personnel clinique doit contrôler régulièrement la douleur et les paramètres vitaux jusqu'au moment de la procédure. La patiente doit recevoir des analgésiques à la demande.

Certaines patientes présentent de la fièvre après l'administration de misoprostol. Sauf en cas de problème d'infection préexistant ou d'autres signes d'infection, la fièvre est probablement due au misoprostol et la patiente doit être traitée par des antipyrétiques : si la température corporelle est supérieure à 38°C, administrer 650 mg de paracétamol par voie orale toutes les quatre heures à la demande.

Préparation du col par des dilatateurs osmotiques uniquement

Des dilatateurs osmotiques peuvent être utilisés efficacement et en toute sécurité pour la préparation du col et ne sont pas associés à une augmentation de la morbidité infectieuse, cela quel que soit l'âge gestationnel [13, 16, 20, 21]. Les deux dilatateurs osmotiques les plus couramment utilisés sont la *Laminaria japonica* (une algue séchée et comprimée) et un dilatateur osmotique synthétique, le Dilapan-S®. On ne dispose pas de suffisamment de données factuelles pour pouvoir recommander un type de dilatateur plutôt qu'un autre [17] : le choix dépend généralement des préférences du prestataire, du prix et de la disponibilité.

MISE EN PLACE DE DILATATEURS OSMOTIQUES

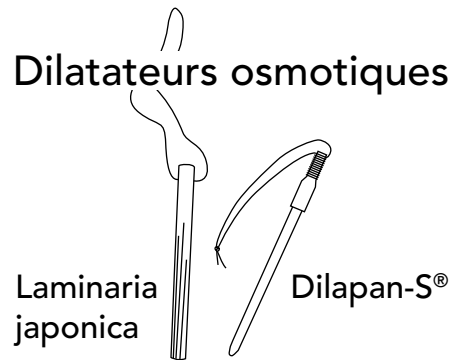
FOURNITURES NÉCESSAIRES :

- Povidone iodée ou autre antiseptique similaire
- Gants (propres)
- Pince de Bozeman, pince circulaire ou pince de Foerster
- Pince de Pozzi à une seule dent ou tenaculum coudé atraumatique
- Compresse de gaze de 10 x 10 cm, ouate stérile ou gros écouvillon ouaté de 40 cm de long
- Dilatateurs osmotiques
- Spéculum à autorétention
- Fournitures pour bloc paracervical

MISE EN PLACE DES DILATATEURS :

- Demander à la patiente de vider sa vessie si nécessaire avant de passer dans la salle d'examen.
- Procéder à un examen bimanuel (cet examen a éventuellement déjà été réalisé pour la détermination de l'âge gestationnel).
- Insérer le spéculum.
- Nettoyer le col de l'utérus avec un antiseptique.
- Utiliser une technique sans contact (voir page 25) lors de l'insertion de l'extrémité de la pince de Bozeman ou de Foerster et du dilatateur osmotique.
- Mettre en place la pince de Pozzi pour stabiliser le col de l'utérus.
- Un bloc paracervical est utile, en particulier s'il est nécessaire de recourir à une dilatation mécanique pour insérer les dilatateurs.
- Mettre en place les dilatateurs osmotiques de l'orifice cervical externe vers l'orifice cervical interne. S'assurer qu'ils ont traversé l'orifice cervical interne. Placer chaque dilatateur supplémentaire à côté du précédent et jamais bout à bout.
- Retirer tous les instruments et assurer l'hémostase.
- Noter dans le dossier médical le nombre de dilatateurs insérés dans le col de l'utérus.
- Expliquer à la patiente ce à quoi elle doit s'attendre après la mise en place des dilatateurs et quels sont les signes d'alerte.

Figure 3.



Il est essentiel, lors de la mise en place de dilatateurs osmotiques que la longueur des dilatateurs traverse entièrement le canal endocervical, y compris l'ouverture interne du col (voir encadré page 23), faute de quoi il ne sera pas possible de parvenir à une dilatation maximale. Même si les dilatateurs sont disponibles en différentes tailles, un grand nombre de prestataires utilisent principalement une seule dimension (par exemple 4 mm) pour pouvoir estimer plus aisément le nombre de dilatateurs nécessaires pour parvenir à la dilatation souhaitée.

Les lamineaires gonflent jusqu'à trois à quatre fois leur poids à sec en l'espace de 24 heures et la majeure partie de cette expansion se produit au cours des six premières heures. De nombreux prestataires utilisent des lamineaires pour la préparation du col et soit commencent la nuit qui précède la procédure (c'est-à-dire environ 12 à 24 heures avant la procédure de dilatation et évacuation), soit, en cas de grossesse plus avancée, utilisent deux jeux de lamineaires qu'ils mettent en place à 12 à 24 heures d'intervalle et procèdent à l'évacuation 12 à 24 heures après l'insertion de la deuxième série de lamineaires.

Les dilatateurs osmotiques synthétiques gonflent jusqu'à environ deux fois leur diamètre en deux heures et trois fois leur diamètre en quatre heures. Les dilatateurs osmotiques synthétiques utilisés seuls peuvent être employés pour la préparation du col le jour même de la procédure jusqu'à 18 semaines de grossesse. Au-delà de 18 semaines, la plupart des prestataires attendent au moins 12 heures après la mise en place des dilatateurs osmotiques avant d'effectuer la procédure de dilatation et évacuation, en fonction du degré de dilatation requis.

Schémas combinés

L'association de plusieurs agents pour la préparation du col devient nécessaire lorsque l'âge gestationnel augmente. Au-delà de 18 semaines de grossesse, les schémas envisageables sont notamment : mifépristone et misoprostol, misoprostol et dilatateurs osmotiques, mifépristone et dilatateurs osmotiques ou une combinaison des trois (voir tableau 3 page 25).

Tableau 3 : Schémas de préparation du col en fonction de l'âge gestationnel

ÂGE GESTATIONNEL	MÉTHODE	DOSE	REMARQUES
13 à 16 semaines	Mifépristone	200 mg oralement 24 à 48 heures avant la procédure de dilatation et évacuation	Peu ou pas d'effets indésirables [22]
13 à 18 semaines	Misoprostol	400 µg par voie buccale ou vaginale 3 heures avant la procédure de dilatation et évacuation	L'administration peut être répétée si nécessaire. En cas de nouvelle administration, il peut ne pas être nécessaire d'attendre 3 heures pour parvenir au degré de dilatation souhaité [19, 23-25]
13 à 20 semaines	Mifépristone et misoprostol	Mifépristone 200 mg oralement 24 à 48 heures avant la procédure de dilatation et évacuation puis misoprostol 400 µg par voie buccale ou vaginale 3 heures avant la procédure [30-32]	
13 à 24 semaines	Dilatateurs osmotiques	<i>Laminaria japonica</i> inséré 12 à 24 heures avant la procédure de dilatation et évacuation Dilatateur osmotique synthétique mis en place 2 à 24 heures avant la procédure de dilatation et évacuation	À partir de 21 semaines de grossesse, il peut s'avérer nécessaire de dilater mécaniquement le col pour permettre l'insertion du nombre de dilatateurs osmotiques de la taille requise OU d'utiliser deux jeux successifs de dilatateurs sur une période de 2 jours [13, 16, 17, 20, 21]
13 à 24 semaines	Dilatateurs osmotiques et misoprostol	Dilatateur osmotique (voir moment de la mise en place ci-dessus) suivi de 400 µg par voie buccale ou vaginale 3 heures avant la procédure de dilatation et évacuation	À partir de 20 semaines de grossesse, il peut s'avérer nécessaire de dilater mécaniquement le col pour permettre l'insertion du nombre de dilatateurs osmotiques de la taille requise OU d'utiliser deux jeux successifs de dilatateurs sur une période de 2 jours [26-29]

ÂGE GESTATIONNEL	MÉTHODE	DOSE	REMARQUES
19 à 24 semaines	Mifépristone et dilatateurs osmotiques	Mifépristone 200 mg oralement avec insertion concomitante de dilatateurs osmotiques la veille de la procédure de dilatation et évacuation [28, 33]	

Le schéma utilisé pour la préparation du col et/ou la gravité de la situation clinique détermineront si la patiente doit demeurer sous surveillance au centre jusqu'au moment de la procédure de dilatation et évacuation ou si elle peut rentrer chez elle et revenir ensuite.

En général, la préparation du col par la mifépristone et/ou des dilatateurs osmotiques peut être administrée en ambulatoire, auquel cas la patiente reviendra quelques heures plus tard ou le lendemain pour la procédure de dilatation et évacuation.

Le misoprostol peut être administré en ambulatoire ou non mais après sa prise, la patiente doit demeurer sous surveillance clinique jusqu'au moment de la procédure de dilatation et évacuation (trois à quatre heures après le misoprostol). Si une patiente commence à présenter des saignements vaginaux abondants au cours de cette période, il est probable qu'elle ait réagi rapidement au misoprostol et que le col est suffisamment préparé pour l'évacuation utérine, même si le délai d'attente usuel n'est pas encore écoulé.

INFORMATIONS À FOURNIR AUX PATIENTES SUR LA PRÉPARATION DU COL

À QUOI FAUT-IL S'ATTENDRE DURANT LA PRÉPARATION DU COL

Mifépristone : La plupart des patientes ne présentent aucun symptôme après la prise, ni saignements ni crampes.

Dilatateurs osmotiques : Les patientes peuvent ressentir de fortes crampes et/ou une gêne importante lors de la mise en place des dilatateurs osmotiques. Ces symptômes s'atténuent généralement après le retrait du spéculum (dans les 15 minutes qui suivent). Lorsque les dilatateurs sont en place, la patiente doit s'attendre à des crampes légères à modérées pour lesquelles on doit lui proposer des options de contrôle de la douleur (voir *Contrôle de la douleur* page 33). Des saignements vaginaux peuvent apparaître après la mise en place des dilatateurs osmotiques ; une intensité variant de l'absence totale de saignements à des saignements comparables à des menstruations est normale. Les dilatateurs osmotiques sont parfois expulsés avant la procédure de dilatation et évacuation. Cela n'a rien d'inquiétant mais la patiente doit le signaler au clinicien pour permettre de comptabiliser tous les dilatateurs lors de leur retrait au moment de la procédure de dilatation et évacuation.

Misoprostol : La plupart des patientes présentent des crampes légères à modérées. Des saignements vaginaux légers à modérés peuvent également apparaître. Les autres effets indésirables du misoprostol sont notamment des nausées, des vomissements, de la diarrhée, de la fièvre et des frissons.

LES PATIENTES DOIVENT CONTACTER UN PRESTATAIRE ET DEMANDER UN AVORTEMENT D'URGENCE DANS LES CAS SUIVANTS :

- saignements abondants (2 serviettes hygiéniques ou davantage par heure)
- crampes et/ou douleur intense non soulagées par des analgésiques oraux
- signes d'infection (fièvre, frissons, sensibilité)
- perte de liquides : une rupture des membranes peut survenir dans de rares cas entre la préparation du col et la procédure de dilatation et évacuation.

ÉVACUATION (PROCÉDURE DE DILATATION ET ÉVACUATION)

Matériel

Spéculum

Pince de Pozzi

Canules

Dilatateurs

Forceps

Compresse

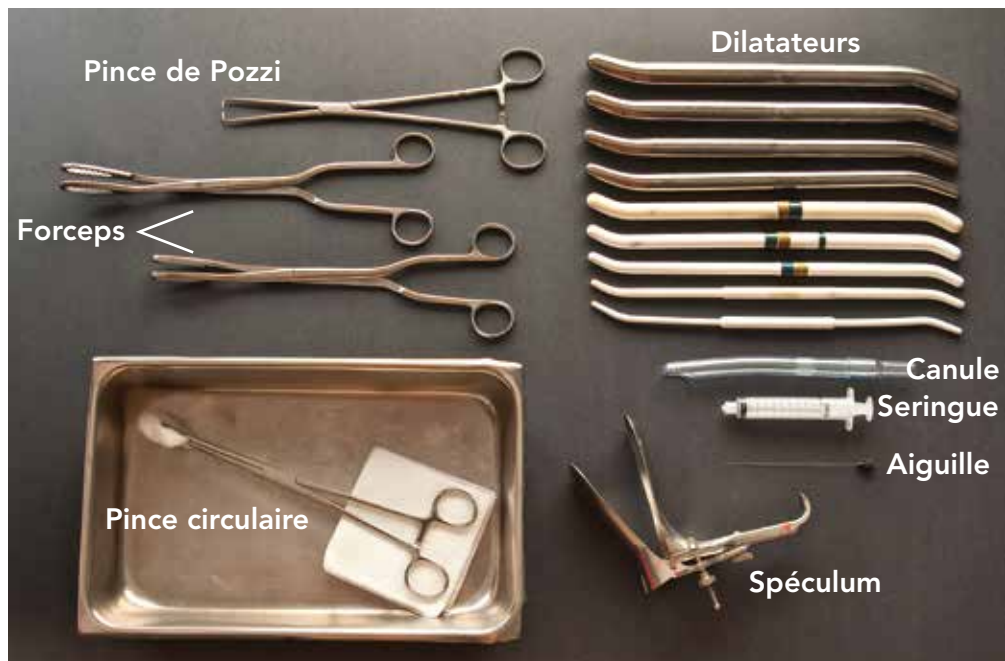
Bloc paracervical

- Anesthésique local
- Aiguille
- Seringue

AMIU

Antiseptique

(Pour la liste du matériel et des fournisseurs correspondants, voir annexe 4 page 47.)



S'assurer que l'ensemble des instruments et fournitures nécessaires sont prêts (voir illustration page 28). Il est nécessaire de disposer d'une table d'opération/d'examen permettant de placer la patiente en position gynécologique, avec sous celle-ci un bac ou un plateau de collecte pour recueillir les fluides, le sang et les tissus.

Le clinicien qui effectue la procédure doit se laver les mains et porter des gants et un équipement de protection personnelle. On peut utiliser des gants propres ou stériles mais **quel que soit le type de gants utilisé, il est indispensable de recourir à une technique propre et sans contact (aucun instrument devant pénétrer dans l'utérus ne doit être mis en contact avec une surface non stérile avant son insertion au travers du col utérin)**. L'équipe clinique doit communiquer en permanence avec la patiente au cours de l'évacuation, lui expliquer ce à quoi elle doit s'attendre et la rassurer et la soutenir régulièrement.

La procédure de dilatation et évacuation ne doit pas être effectuée si le col n'est pas suffisamment préparé. La dilatation doit être suffisante pour permettre une insertion aisée des instruments et pour extraire les tissus sans rencontrer de résistance importante. Le degré de dilatation requis augmente avec l'âge gestationnel. L'effet de la préparation du col doit être évalué avant le début de la procédure. Si le col de l'utérus est insuffisamment préparé, administrer une dose supplémentaire de misoprostol ou mettre en place une nouvelle série de dilateurs. S'il n'est pas possible de parvenir à une dilatation cervicale suffisante pour pouvoir pratiquer une procédure de dilatation et évacuation dans les délais voulus, on peut envisager de recourir à une procédure d'avortement médicamenteux. Voir *Guide de référence sur l'avortement médicamenteux : Interruption volontaire de grossesse et soins après avortement à partir de la treizième semaine de grossesse (« deuxième trimestre »)*, disponible à l'adresse www.ipas.org/2ndtriMA.

PROCÉDURE ÉTAPE PAR ÉTAPE

- Effectuer un contrôle de sécurité et vérifier l'équipement.
- Demander à la patiente de vider sa vessie avant d'entrer en salle d'opérations.
- Débuter l'administration intraveineuse d'analgésiques et/ou d'anxiolytiques. Les éventuels médicaments oraux doivent être administrés avant la procédure de dilatation et évacuation afin de pratiquer celle-ci au moment où leur effet est maximal.
- Procéder à un examen bimanuel pour contrôler la taille et la position de l'utérus et le degré de dilatation cervicale. Retirer et compter tous les dilateurs osmotiques précédemment mis en place. Si le col de l'utérus est insuffisamment préparé, administrer une dose supplémentaire de misoprostol ou mettre en place une nouvelle série de dilateurs.



Pince-forceps de Bierer



Pince-forceps de Sopher

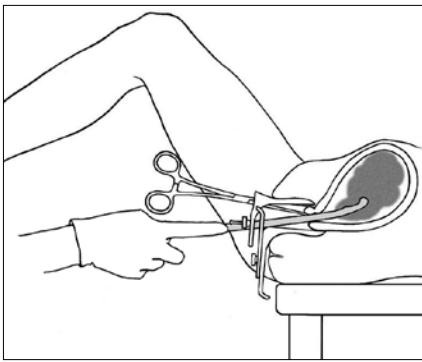


Figure 4. Aspirer le liquide amniotique.

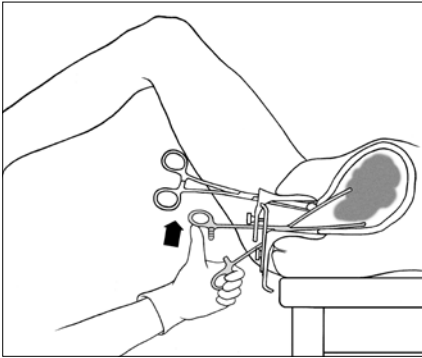


Figure 5. Ouvrir le forceps.

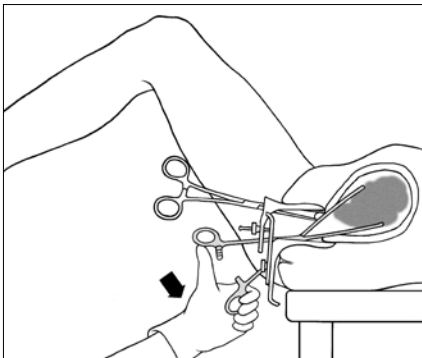


Figure 6. Tirer la poignée du forceps vers le bas de manière à amener sa partie préhensive au niveau du segment antéro-inférieur de l'utérus.

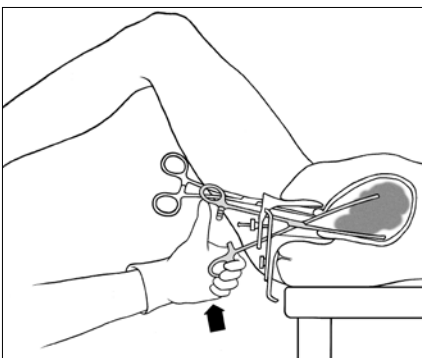
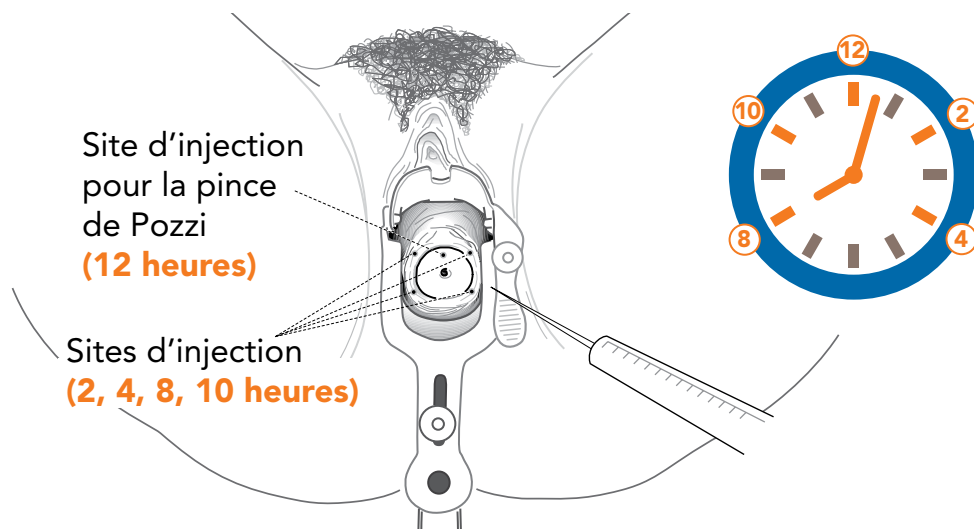


Figure 7. Évacuer le contenu de la portion inférieure de la cavité utérine.

- Insérer le spéculum.
- Nettoyer le col avec une solution antiseptique, par exemple de la povidone iodée (Betadine®).
- Pratiquer un bloc paracervical (voir *Contrôle de la douleur* page 33) et mettre en place la pince de Pozzi.
- Appliquer une traction sur la pince de Pozzi pour descendre le col dans le vagin.
 - Si la grossesse est plus avancée, on peut, si on le souhaite, utiliser une pince circulaire, une pince de Foerster, une pince à compresse ou une pince de Museux au lieu d'une pince de Pozzi.
- Vérifier si la dilatation est suffisante en essayant d'insérer le dilateur du plus grand diamètre sans forcer.
- Dilater mécaniquement le col si nécessaire pour parvenir au degré de dilatation requis.
 - Les dilateurs doivent atteindre l'orifice cervical interne sans pénétrer plus loin dans l'utérus. Toucher le fond de la cavité utérine avec le dilateur est douloureux pour la patiente et accroît le risque de perforation.
- Pratiquer une aspiration intra-utérine avec la plus grosse canule disponible (12 à 16 mm) et aspirer le liquide amniotique (voir figure 4). On peut recourir à une aspiration intra-utérine électrique ou manuelle.
 - Pratiquer l'aspiration comme pour une IVG par aspiration au cours du premier trimestre, en faisant tourner la canule durant l'aspiration. Si l'on utilise l'AMIU, vider l'aspirateur lorsqu'il est plein et répéter l'aspiration si nécessaire. Lorsque l'on n'aspire plus rien, retirer la canule de l'utérus.
 - Jusqu'à 15 semaines de grossesse, il est parfois possible de réaliser l'avortement uniquement par aspiration.
- Maintenir une légère traction sur la pince de Pozzi pour redresser le canal endocervical, faire passer le forceps fermé au travers du col en direction verticale (la mâchoire de la pince-forceps de Bierer ou de Sopher doit s'ouvrir verticalement et non pas horizontalement) (voir figure 5).
- Dès que le forceps a traversé l'orifice cervical interne, l'ouvrir délicatement aussi largement que possible. Lors de l'ouverture du forceps, abaisser la main et le forceps en direction du sol pour amener les mâchoires du forceps dans le segment antéro-inférieur de l'utérus (voir figure 6).

- En milieu de deuxième trimestre, l'utérus gravide est généralement positionné antérieurement, vers la paroi antérieure de l'abdomen.
- Pour évacuer les tissus, fermer les mâchoires du forceps autour des tissus fœtaux et le faire pivoter de 90° pour faciliter la désarticulation avant de le retirer.
 - Veiller à ne pas saisir le myomètre avec le forceps.
 - Maintenir le forceps dans le segment inférieur à moyen de l'utérus. Il n'est généralement pas nécessaire d'utiliser le forceps à proximité du fond de la cavité utérine, ce qui augmente le risque de perforation (voir figure 7).
- Répéter jusqu'à élimination complète du fœtus et de la majeure partie ou de la totalité du placenta.
 - Essayer de retirer des tissus lors de chaque passage du forceps.
 - ~ Si l'on ne parvient pas à localiser et à déplacer le fœtus ou certaines parties du fœtus dans un délai de 5 à 7 minutes, envisager une échographie (voir annexe 2 page 44) pour visualiser et guider les déplacements du forceps.
 - ~ Si les tissus se sont déplacés du segment inférieur de l'utérus vers le fond de la cavité utérine, recourir à l'aspiration pour les ramener vers le bas à portée du forceps ou envisager de retirer le spéculum et la pince de Pozzi et de procéder à un massage de l'utérus. Si la dilatation est suffisante pour permettre le passage d'une partie de la main du prestataire, celui-ci peut repositionner la grossesse par voie interne. Dans le cas fort peu probable où ces manœuvres ne suffisent pas à amener les tissus à portée du forceps, administrer 400 µg de misoprostol (par voie buccale) ou une forte dose d'ocytocine (200 unités dans 500 ml de sérum physiologique ou de lactate de Ringer à administrer par perfusion intraveineuse à une vitesse de 50 ml/heure). Réessayer la procédure de dilatation et évacuation après 30 minutes à 3 heures. La patiente doit rester en observation pendant ce temps.
- Après évacuation de tous les tissus fœtaux, pratiquer une aspiration pour s'assurer qu'il ne subsiste plus de tissus résiduels.
- Examiner les tissus fœtaux pour avoir la certitude que l'évacuation est complète :
 - Identifier les différentes parties du fœtus (le thorax, la colonne vertébrale, la boîte crânienne, les quatre membres et le placenta) pour toutes les procédures à partir de 14 semaines de grossesse.
 - Si l'on n'est pas certain que l'évacuation est complète, on peut recourir à une échographie ou à un examen digital de la cavité utérine pour en avoir confirmation.

TECHNIQUE DE RÉALISATION D'UN BLOC PARACERVICAL



- 1 Préparer une seringue de lidocaïne.**
 - Utiliser 20 ml de lidocaïne à 1% OU 10 ml de lidocaïne à 2%.
 - Ne pas dépasser la dose maximale de lidocaïne, qui est de 4,5 mg/kg ou de 200 mg au total.
- 2 Fixer une aiguille à la seringue.**
 - Il est conseillé d'utiliser une aiguille de 3 cm de long pour faciliter une injection profonde.
- 3 Mettre en place le spéculum et procéder à la préparation antiseptique du col utérin.**
- 4 Injecter une petite quantité de lidocaïne superficiellement dans la lèvre antérieure du col utérin, à l'endroit où sera placée la pince de Pozzi (à 12 heures).**
 - Injecter 2 ml si l'on utilise 20 ml de lidocaïne à 1%.
 - Injecter 1 ml si l'on utilise 10 ml de lidocaïne à 2%.
- 5 Saisir le col à 12 heures avec la pince de Pozzi.**
- 6 Injecter le reste de lidocaïne, en quantités égales, sur tout le pourtour de la jonction cervico-vaginale, à 2, 4, 8 et 10 heures.**
 - Réaliser les injections à 3 cm de profondeur.
 - Aspirer avant d'injecter pour éviter une injection intravasculaire.

CONSEILS PRATIQUES

- Une injection profonde de lidocaïne (3 cm) soulage plus efficacement la douleur qu'une injection superficielle (1,5 cm).
- Les effets indésirables potentiels d'une injection intravasculaire sont notamment des picotements autour de la bouche, des bourdonnements d'oreille (acouphène), un goût métallique, des étourdissements ou un pouls irrégulier et/ou ralenti.
- Des prestataires de niveau intermédiaire formés à la réalisation d'un bloc paracervical parviennent à un niveau de sécurité et d'efficacité similaire à celui obtenu par des médecins.
- Les événements indésirables graves associés à un bloc paracervical sont rares.

Pour de plus amples informations, visiter la page www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Actualites-Cliniques.aspx.

Contrôle de la douleur

Toutes les femmes doivent se voir proposer un contrôle de la douleur et recevoir sans retard des médicaments appropriés [10]. L'objectif du contrôle de la douleur consiste à atténuer l'inconfort, la douleur et l'anxiété avec le minimum de risques pour la santé de la patiente. Un membre de l'équipe clinique doit être désigné comme responsable du suivi et chargé de répondre aux besoins de la patiente, y compris à ses besoins en termes d'analgésiques.

Une procédure de dilatation et évacuation est plus douloureuse pour la patiente qu'une aspiration intra-utérine au cours du premier trimestre : elle nécessite une dilatation plus importante, dure plus longtemps et implique davantage de manipulations de l'utérus.

OPTIONS DE CONTRÔLE DE LA DOULEUR

Le schéma de traitement optimal pour assurer le contrôle de la douleur lors d'un avortement au cours du deuxième trimestre n'a pas été établi. La majorité des déclarations internationales de consensus sont centrées sur le niveau minimal d'anesthésie permettant de réaliser une procédure de dilatation et évacuation afin de permettre aux femmes d'y avoir accès dans des centres de santé de niveau inférieur plutôt que sur une optimisation du contrôle de la douleur [10, 15].

Ipas recommande une association d'une anesthésie locale (bloc paracervical, voir page suivante), d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'analgésiques narcotiques, avec ou sans anxiolytiques. Les médicaments peuvent être administrés par voie orale ou parentérale [19].

Certaines patientes nécessitent une sédation plus profonde. Une sédation intraveineuse peut être proposée dans des institutions qui disposent d'un prestataire formé à cet effet et de l'équipement adéquat pour assurer le monitoring des patientes. Une anesthésie générale accroît les risques associés à un avortement et est déconseillée lors d'une procédure de routine [10, 35]. Si une anesthésie générale est nécessaire, l'ajout d'un bloc paracervical ne diminue pas la douleur postopératoire [36]. Le choix des médicaments et le niveau de sédation dépendront des préférences de la patiente, du niveau de formation des prestataires, des fournitures et de l'équipement de monitoring disponibles au sein de l'institution. La nécessité que la patiente soit à jeun dépend du niveau de sédation choisi.

Induction de la mort fœtale

Dans certaines institutions, les prestataires font le choix, à partir d'environ 20 semaines de grossesse, d'induire la mort fœtale afin d'éviter une survie transitoire du fœtus [10]. La mort fœtale induite n'améliore pas la sécurité de l'avortement et peut en augmenter les effets indésirables [37, 38] mais il peut y avoir des justifications légales, éthiques et/ou psychologiques pour l'envisager. Lorsque l'induction de la mort fœtale n'est pas possible, les femmes doivent malgré tout avoir accès à des soins d'avortement sécurisé.

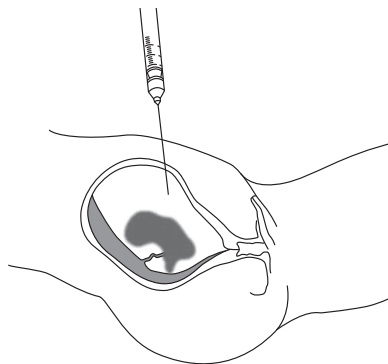
On peut provoquer la mort du fœtus par les méthodes suivantes :

- Injection de digoxine dans le fœtus ou le liquide amniotique
- Injection de chlorure de potassium directement dans le cœur du fœtus (non recommandé en routine)

La mort fœtale peut également être induite au cours de la procédure de dilatation et évacuation par section du cordon ombilical.

TECHNIQUE

Figure 4.



Instillation de digoxine

La digoxine est associée à un faible taux de complications et s'injecte facilement dans le liquide amniotique avec ou sans guidance échographique [39, 40]. La technique est similaire à celle d'une amniocentèse pour des tests génétiques ou de maturation des poumons. Une injection intra-amniotique ou intra-fœtale de 1,0 à 1,5 mg de digoxine provoque la mort du fœtus dans près de 90% des cas lorsqu'elle est effectuée la veille de l'avortement [41].

Lorsque la digoxine est administrée par voie intra-amniotique ou intra-fœtale, son absorption systémique par la mère est limitée et elle n'engendre pas d'effets cardiaques ou thrombotiques significatifs chez la mère [39]. Même si aucune de ces deux voies d'administration n'offre un avantage par rapport à l'autre en termes d'efficacité ou de facilité d'administration, certains cliniciens ont une préférence pour l'une d'entre elles.

Les contre-indications à l'instillation de digoxine sont notamment :

- Arythmies cardiaques chez la mère
- Insuffisance rénale chez la mère
- Allergie à la digoxine

Fournitures nécessaires :

- Alcool ou povidone iodée
- Gants (stériles ou propres) ; si l'on utilise des gants propres mais non stériles, le prestataire doit recourir à une technique sans contact
- Deux seringues de 5 ml
- Aiguille spinale 22G
- Digoxine 1,0 à 1,5 mg
- Compresse de gaze de 10 x 10 cm
- Petit pansement ou équivalent (facultatif)

Préparer le médicament et aspirer l'équivalent de 1,0 à 1,5 mg de digoxine dans une seringue. Palper l'utérus et identifier une zone proche de son centre qui évite les structures anatomiques maternelles importantes telles

que la vessie, l'intestin et les vaisseaux sanguins épigastriques. Marquer l'emplacement. Désinfecter le site avec de l'alcool ou de la povidone iodée et laisser sécher. Enfoncer l'aiguille dans l'utérus à cet endroit ; aspirer une petite quantité de liquide amniotique avant d'injecter la digoxine afin de s'assurer que l'aiguille se trouve dans le sac amniotique. Si l'aiguille est dotée d'un stylet, le laisser dans l'aiguille pour faciliter la traversée du myomètre et le retirer après le passage de la paroi utérine. Il peut également s'avérer utile d'employer deux seringues : une pour aspirer le liquide amniotique, que l'on élimine ensuite, et une autre contenant la digoxine. Fixer la seringue contenant la digoxine, injecter et retirer l'aiguille.

Il faut éviter de placer l'aiguille dans le placenta ou dans un vaisseau, donc si lors de l'aspiration d'une petite quantité de liquide amniotique, celui-ci est mêlé de sang, il est nécessaire de vider la seringue, de déplacer légèrement l'aiguille et de répéter le test. N'injecter la digoxine que si le liquide retiré est limpide, ce qui indique que l'aiguille se trouve bien dans une poche de liquide amniotique.

Si l'on recourt à une guidance par échographie abdominale, identifier une zone proche du centre de l'utérus qui soit exempte de placenta et qui soit remplie de liquide ou contienne à la fois le fœtus et du liquide. Marquer l'emplacement. Désinfecter le site avec de l'alcool ou de la povidone iodée et laisser sécher. Enfoncer l'aiguille dans l'utérus à cet endroit. Si l'on prévoit de réaliser une injection intra-amniotique, aspirer une petite quantité de liquide amniotique avant d'injecter la digoxine afin de s'assurer que l'aiguille se trouve dans le sac amniotique. Injecter la digoxine et retirer la seringue. Si l'on prévoit de réaliser une injection intra-fœtale, suivre l'aiguille sous échographie et l'enfoncer dans le fœtus ; injecter la digoxine et retirer la seringue. Si l'on ne parvient pas à visualiser clairement l'aiguille, aspirer une petite quantité de liquide amniotique pour assurer que l'aiguille se trouve dans le sac amniotique avant d'injecter la digoxine. Le prestataire peut souhaiter la présence d'un assistant pour procéder à l'induction de la mort fœtale sous échographie ; son assistant tiendra la sonde échographique et visualisera le trajet de l'aiguille pendant qu'il pratique l'injection.

La patiente peut sentir une contraction aiguë au moment où l'aiguille pénètre dans l'utérus ; celle-ci cesse rapidement après le retrait de l'aiguille. Une anesthésie locale n'est généralement pas nécessaire. On peut recouvrir le site d'injection d'un petit pansement. Dans de rares cas, la patiente peut constater l'écoulement d'une faible quantité de liquide limpide au niveau du site d'injection. Si par ailleurs, elle se sent bien, cela n'a rien d'inquiétant. Généralement, la patiente prendra la mifépristone oralement et/ou recevra des dilatateurs osmotiques au moment de l'injection de digoxine ; elle pourra ensuite retourner chez elle avec des instructions claires sur le moment où elle doit revenir au centre. Elle doit se sentir normale durant le reste de la journée. Très peu de femmes présentent des contractions ou des saignements après une injection de digoxine [37].

Chlorure de potassium

Les centres qui disposent de capacités échographiques et obstétricales de pointe peuvent proposer une injection intracardiaque de chlorure de potassium chez le fœtus. Cette méthode provoque la mort immédiate du fœtus mais elle engendre un risque rare mais grave d'arrêt cardiaque chez la mère [42, 43]. **En raison des compétences requises pour une injection intracardiaque et du risque d'effets indésirables graves, l'injection intracardiaque de chlorure de potassium au fœtus est déconseillée en routine.**

Section du cordon ombilical

Après rupture des membranes ou amniotomie, on peut saisir le cordon ombilical avec un forceps et l'amener au niveau de l'orifice externe du col pour le sectionner. L'asystolie fœtale survient rapidement après la section du cordon ombilical [44].

Après la procédure de dilatation et évacuation

Recouvrir le sang et les tissus pour les tenir hors de vue de la patiente et des autres personnes éventuellement présentes. L'élimination du fœtus et du placenta doit se faire conformément aux directives locales de traitement des tissus humains ou à la demande de la femme si elle souhaite des funérailles (voir annexe 8 page 69 pour l'élimination adéquate des tissus fœtaux et placentaires).

Si la patiente souhaite la mise en place d'un dispositif intra-utérin après son avortement et en l'absence d'infection, de perforation ou de toute autre complication grave et si les saignements sont minimes et conformes aux attentes, la mise en place peut se faire immédiatement après la procédure.

Immerger tous les instruments dans une solution de trempage et éliminer les aiguilles dans un conteneur approprié. Jeter les gants ou les retirer et les immerger dans une solution de trempage et se laver les mains. Aider la patiente à se rendre en salle de réveil.

Rétablissement

OBSERVATION

Il n'existe pas de durée obligatoire pendant laquelle la patiente doit rester au centre après une procédure de dilatation et évacuation sans complications. Généralement, une heure suffit pour s'assurer que les paramètres vitaux sont stables, la douleur bien contrôlée et les saignements vaginaux minimes. La patiente doit pouvoir s'allonger ou s'incliner dans une position qu'elle trouve confortable pendant la période de rétablissement. Un professionnel de santé formé à la prise en charge du rétablissement et capable de pratiquer des soins de réanimation cardio-pulmonaire de base et les autres soins d'urgence associés doit la surveiller au cours de cette période.

Pendant cette période de rétablissement, on peut fournir à la patiente des informations sur les signes d'alerte et sur ce à quoi elle doit s'attendre par la suite. Elle peut aussi recevoir des informations sur la contraception et, si elle le souhaite, recevoir une méthode contraceptive avant de quitter le centre.

CE QUE CHAQUE PATIENTE DOIT SAVOIR AVANT DE RENTRER CHEZ ELLE

CE QUI EST NORMAL

- **Saignements** : Elle présentera des saignements vaginaux, qui peuvent être intermittents, pendant plusieurs jours à plusieurs semaines. Ces saignements peuvent être aussi abondants que lors des menstruations la première semaine. Les menstruations doivent réapparaître dans les six semaines.
- **Crampes** : Elle peut ressentir des crampes, qui sont généralement soulagées par des analgésiques, par exemple des AINS.
- **Engorgement des seins/lactation** : Une production de lait survient quelquefois durant une brève période. Il faut éviter de tirer le lait ou de stimuler les seins. Un soutien-gorge adapté, l'application de poches réfrigérantes sur les seins et l'utilisation d'AINS permettent de soulager la gêne.
- Elle peut déjà redevenir enceinte dans les deux semaines. Toutes les méthodes contraceptives peuvent être instaurées immédiatement après une procédure de dilatation et évacuation sans complications.
- Elle doit éviter d'avoir des rapports sexuels jusqu'à guérison des éventuelles complications et/ou jusqu'à ce que la méthode contraceptive qu'elle a choisie devienne efficace.
- Elle peut reprendre ses activités habituelles dès qu'elle s'en sent capable.

SIGNES D'ALERTE

La patiente doit savoir dans quels cas et comment contacter le personnel médical et quand il est nécessaire de revenir au centre :

- saignements abondants (saturation d'au moins deux serviettes hygiéniques ultra-absorbantes ou « maxi » par heure)
- crampes et/ou douleur intense non soulagées par des analgésiques oraux
- signes d'infection (par exemple, fièvre, douleur, écoulements malodorants)
- tout autre problème inquiétant (par exemple essoufflement, douleur au niveau de la poitrine)

CONSEIL ET SERVICES EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION

Informez la patiente que sa fertilité revient très rapidement après l'avortement et qu'elle peut donc redevenir enceinte. Après un avortement au cours du premier trimestre, une ovulation peut déjà survenir après dix jours [45]. Idéalement, toutes les formes de contraception doivent être disponibles au centre pour que la patiente puisse débiter la méthode de son choix avant de rentrer chez elle. Si la méthode de son choix n'est pas disponible, on doit lui fournir des informations, l'aiguiller vers un endroit où elle pourra se la procurer et, si elle le souhaite, lui proposer une autre méthode à utiliser temporairement. Toutes les méthodes contraceptives peuvent être instaurées immédiatement après une procédure de dilatation et évacuation sans complications [46]. Si la patiente présente des signes et symptômes d'infection utérine, la mise en place d'un dispositif intra-utérin ou la stérilisation doivent être retardés jusqu'à guérison de l'infection.

PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES

La plupart des femmes se remettent bien d'un avortement [47-49], tout particulièrement si on leur a fourni des informations exactes et complètes sur ce à quoi s'attendre pendant et après la procédure. Certaines auront besoin d'un soutien psychologique ou social après l'avortement et devront être suivies ou orientées vers des services compétents si nécessaire.

VISITES DE SUIVI

Un suivi systématique n'est pas nécessaire après une procédure de dilatation et évacuation, sauf en cas de complication, si l'avortement a été pratiqué suite à des indications médicales ou fœtales ou si la patiente souhaite une visite de suivi ou doit recevoir une méthode contraceptive. Avant de quitter le centre, la patiente doit recevoir des informations sur les soins requis après un avortement, la contraception (si elle le souhaite) et les signes d'alerte qui nécessitent de demander une assistance médicale. Les femmes qui ont dû interrompre leur grossesse pour des problèmes de santé maternelle ou à cause d'une anomalie du fœtus nécessitent une consultation de suivi avec un obstétricien pour discuter de l'issue de la grossesse et de ses conséquences pour les grossesses ultérieures ou pour la santé de la patiente.

Considérations particulières

ADOLESCENTES ET TRÈS JEUNES FEMMES

Les adolescentes et les très jeunes femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les femmes plus âgées à venir se présenter au cours du deuxième trimestre parce qu'elles sont plus susceptibles de ne détecter que tardivement leur grossesse ou de rencontrer d'importants obstacles sociaux, financiers et logistiques à l'obtention de soins appropriés [50-54]. Elles peuvent nécessiter davantage de soutien psychologique et un contrôle plus intensif de la douleur. La procédure de dilatation et évacuation en elle-même est cependant identique à celle effectuée chez des femmes plus âgées.

FEMMES PRÉSENTANT DES INDICATIONS MATERNELLES OU FŒTALES

Les femmes qui mettent un terme à une grossesse désirée pour des indications maternelles ou fœtales nécessitent des soins empreints de compréhension. Les patientes utilisent parfois un langage ou des termes différents de ceux employés par les prestataires pour décrire leur grossesse et la procédure d'avortement. Par exemple, plutôt que de parler de grossesse ou de fœtus, elles préféreront éventuellement utiliser le mot bébé ou enfant ou même le prénom qu'elles avaient choisi pour leur futur enfant. Les membres du personnel doivent demander à la patiente quelles sont ses préférences et utiliser le langage qu'elle préfère pour lui parler de son avortement. La femme et sa famille souhaiteront éventuellement voir le fœtus et le prendre dans les bras après l'accouchement, emporter des souvenirs tels qu'une empreinte de sa main ou de son pied ou un certificat d'accouchement ou se faire assister par d'autres membres de la famille ou des proches pendant ou après la procédure d'avortement. De manière générale, si la femme souhaite

voir le fœtus et/ou le prendre dans ses bras, un avortement médicamenteux au cours du deuxième trimestre est alors la meilleure méthode. Voir *Guide de référence sur l'avortement médicamenteux : Interruption volontaire de grossesse et soins après avortement à partir de la treizième semaine de grossesse (« deuxième trimestre »)*, disponible à l'adresse www.ipas.org/2ndtriMA. Demander ses préférences à la patiente avant le début de la procédure d'avortement et lui laisser la possibilité de diriger les soins.

ANTÉCÉDENTS DE CHIRURGIE UTÉRINE

Aucune modification du protocole de préparation du col ou de la procédure de dilatation et évacuation n'est nécessaire chez les patientes qui présentent une cicatrice utérine. La présence d'une cicatrice utérine n'est pas associée à un risque accru de rupture de l'utérus au cours de la procédure [55, 56]. Les femmes qui présentent à la fois une cicatrice utérine et un placenta praevia sont exposées à un risque plus important de placenta accreta [57] (voir section suivante). Le prestataire peut, s'il le souhaite, envisager de contrôler la position du placenta par échographie pour exclure un placenta praevia chez les patientes ayant des antécédents de chirurgie utérine.

PLACENTA PRAEVIA

Un placenta praevia (situation où le placenta recouvre partiellement ou complètement l'orifice interne du col de l'utérus) se rencontre dans environ 5% des grossesses au cours du deuxième trimestre [58]. On peut proposer aux patientes qui présentent un placenta praevia soit un avortement médicamenteux, soit une procédure de dilatation et évacuation. Les patientes avec un placenta praevia et des antécédents d'accouchement par césarienne sont exposées à un risque important de placenta accreta [57]. Un placenta accreta survient lorsque le placenta se fixe anormalement à la paroi utérine et la séparation du placenta de l'utérus peut alors provoquer une hémorragie. Pour les patientes qui présentent ces facteurs de risque, il est conseillé de dispenser les soins dans une institution équipée pour la prise en charge d'une hémorragie importante ou d'urgences obstétricales.

TAILLE UTÉRINE/GROSSESSE SUPÉRIEURE À 24 SEMAINES

Un grand nombre de cliniciens expérimentés dans la pratique de procédures de dilatation et évacuation préfèrent recourir à d'autres méthodes d'avortement, par exemple l'avortement médicamenteux, chez les patientes enceintes de plus de 24 semaines. Les données scientifiques dont nous disposons sont limitées pour cette catégorie d'âge gestationnel et les cliniciens doivent faire usage de leur jugement clinique et de leur expérience pour la prise en charge de ces patientes.

SANTÉ MENTALE

Les meilleures données factuelles scientifiques n'ont pas mis en évidence de risque accru de problèmes de santé mentale tels que dépression et anxiété chez les femmes confrontées à une grossesse non planifiée qui optent pour un avortement plutôt que de poursuivre cette grossesse jusqu'à son terme [59-62]. Les femmes à qui l'on a refusé l'accès à l'avortement parce que leur grossesse était trop avancée se sont avérées éprouver davantage d'émo-

tions négatives (regret et colère) et moins de soulagement et de bonheur que celles qui ont bénéficié d'un avortement [63]. La plupart des femmes qui ont obtenu un avortement ont estimé avoir pris la bonne décision, même celles qui ont exprimé des regrets.

RISQUE POUR LES GROSSESSES ULTÉRIEURES

La qualité des éléments factuels visant à établir si une procédure de dilatation et évacuation au cours du deuxième trimestre augmente les risques lors d'une grossesse ultérieure est extrêmement variable et beaucoup d'études ont une portée très limitée. Néanmoins, une étude d'incidence portant sur des femmes ayant subi une procédure de dilatation et évacuation n'a pas mis en évidence de risque accru lors d'une grossesse ultérieure par comparaison avec un groupe témoin sans antécédents de dilatation et évacuation [64].

Annexes en rapport avec la prise en charge clinique

Annexe 1 : Formulaire d'évaluation de la patiente

Annexe 2 : Détermination de l'âge gestationnel (mesure par échographie)

Annexe 3 : Mesure du pied du fœtus

Annexe 4 : Liste des fournitures et équipements pour une procédure de dilatation et évacuation

Annexe 1 : Formulaire d'évaluation de la patiente

Nom _____ Date de naissance _____

Âge ____ Date _____

Indication de l'avortement :

Antécédents obstétricaux : G P T P A V*

Nombre d'accouchements vaginaux : _____ Nombre de césariennes : _____

Complications lors de grossesses antérieures (par exemple hémorragie, mort fœtale) :

Complications lors de la grossesse actuelle :

Allergies :

Médicaments actuellement utilisés :

Antécédents médicaux :

SYSTÈME	OUI	NON	COMMENTAIRE
Cardio-vasculaire (par ex. hypertension, pathologies valvulaires cardiaques)			
Endocrinien (par ex. maladie thyroïdienne) diabète)			
Gynécologique/urologique (y compris chirurgie utérine)			
Hépatique/Gastro-intestinal			
Psychiatrique			
Respiratoire (par ex. asthme)			
Antécédents chirurgicaux			
Autres			

*GPTPAV = gravidité, parité, terme, prématurité, avortements, naissances vivantes

EXAMEN CLINIQUE :

TAILLE		POIDS	
TENSION ARTÉRIELLE		TEMPÉRATURE	
CŒUR			
POUMONS			
ABDOMEN (y compris hauteur utérine si l'utérus est palpable)			
EXAMEN PELVIEN			
EXAMEN BIMANUEL (taille utérine)			

ANALYSES DE LABORATOIRE (SI INDIQUÉ) :

Hb/Hct		
Rh		Si Rh, administration de gammaglobulines anti-Rh ? Oui/Non Numéro de lot : Date :
AUTRES		

DÉTERMINATION DE L'ÂGE GESTATIONNEL :

Date des dernières règles _____

Le cas échéant, date du test de grossesse positif : _____

Taille utérine à l'examen : _____

Si échographie réalisée :

Date de la première échographie : _____

Âge gestationnel lors de la première échographie : _____

Âge gestationnel estimé aujourd'hui :

_____ semaines et _____ jours basé sur _____ (examen/échographie/date des dernières règles)

Préparation du col (y compris dose/voie d'administration/moment/nombre du médicament/dilatateur osmotique)

REMARQUES :

Annexe 2 : Détermination de l'âge gestationnel (mesures par échographie)

Tableau 1 : Âge gestationnel estimé par la mesure du diamètre bipariétal [65]. La précision de l'échographie diminue à mesure que l'âge gestationnel augmente.

DIAMÈTRE BIPARIÉTAL (cm)	ÂGE GESTATIONNEL (semaines)	DIAMÈTRE BIPARIÉTAL (cm)	ÂGE GESTATIONNEL (semaines)
2,6	13,9	4,8	20,5
2,7	14,2	4,9	20,8
2,8	14,5	5,0	21,2
2,9	14,7	5,1	21,5
3,0	15,0	5,2	21,8
3,1	15,3	5,3	22,2
3,2	15,6	5,4	22,5
3,3	15,9	5,5	22,8
3,4	16,2	5,6	23,2
3,5	16,5	5,7	23,5
3,6	16,8	5,8	23,9
3,7	17,1	5,9	24,2
3,8	17,4	6,0	24,6
3,9	17,7	6,1	25,0
4,0	18,0	6,2	25,3
4,1	18,3	6,4	26,1
4,2	18,6	6,5	26,4
4,3	18,9	6,6	26,8
4,4	19,2	6,7	27,2
4,5	19,5	6,8	27,6
4,6	19,9	6,9	28,0
4,7	20,2	7,0	28,3

Tableau 2 : Âge gestationnel estimé par la mesure de la longueur du fémur [65]. La précision de l'échographie diminue à mesure que l'âge gestationnel augmente.

LONGUEUR DU FÉMUR (cm)	ÂGE GESTATIONNEL (semaines)	LONGUEUR DU FÉMUR (cm)	ÂGE GESTATIONNEL (semaines)
1,0	12,8	3,1	19,2
1,1	13,1	3,2	19,6
1,2	13,4	3,3	19,9
1,3	13,6	3,4	20,3
1,4	13,9	3,5	20,7
1,5	14,2	3,6	21,0
1,6	14,5	3,7	21,4
1,7	14,8	3,8	21,8
1,8	15,1	3,9	22,1
1,9	15,4	4,0	22,5
2,0	15,7	4,1	22,9
2,1	16,0	4,2	23,3
2,2	16,3	4,3	23,7
2,3	16,6	4,4	24,1
2,4	16,9	4,5	24,5
2,5	17,2	4,6	24,9
2,6	17,6	4,7	25,3
2,7	17,9	4,8	25,7
2,8	18,2	4,9	26,1
2,9	18,6	5,0	26,5
3,0	18,9	5,1	27,0
		5,2	27,4
		5,3	27,8

* On notera que l'âge gestationnel présenté sous forme numérique en utilisant un séparateur décimal ne peut pas être immédiatement converti en âge gestationnel exprimé en semaines et en jours. Par exemple 19,2 semaines ne correspond pas à 19 semaines et 2 jours mais bien à 19 semaines et un peu plus de 1 jour.

Annexe 3 : Mesures du pied du fœtus

Tableau 1 : Estimations de l'âge gestationnel en fonction de la longueur du pied [66].

ÂGE GESTATIONNEL (semaines)	LONGUEUR DU PIED EN MILIEU DE SEMAINE (mm)	PLAGE DE LONGUEUR DU PIED (mm)
12 à <13	10	8 à 11
13 à <14	13	12 à 14
14 à <15	16	15 à 17
15 à <16	20	18 à 21
16 à <17	23	21 à 24
17 à <18	26	24 à 27
18 à <19	29	27 à 30
19 à <20	32	31 à 33
20 à <21	35	34 à 37
21 à <22	39	37 à 40
22 à < 23	42	40 à 43
23 à <24	45	43 à 46
24 à <25	48	47 à 49

Annexe 4

AVANT FORMATION/ÉVALUATION

Liste de l'équipement de D&E

Nom	Numéro du distributeur (MedGyn, Cheshire, Ipas)	Quantité commandée	**Quantité maximum nécessaire par clinique	Commentaire
Plateau à instruments inox non perforé 19 1/2" x 12 5/8" x 3/4"	Cheshire #CM21-519			Selon les ressources du site, il peut ne pas être nécessaire de commander ceci
Spéculum vaginal Klopher	Cheshire #CM24-136			<p>Selon les ressources du site, il peut ne pas être nécessaire de commander ceci.</p> <p>Le spéculum Klopher est préférable, mais différents types de spéculums peuvent être utilisés — il faut juste pouvoir les ouvrir verticalement. Ce sont en général les Klopher, Collins, ou Graves [codes de commande : Collins: MedGyn #40-340 Graves: Cheshire #CM24-102 ("Economy") OU Cheshire #CM124- 102 ("German") OU Medgyn #40110P (Economy) OU Medgyn #40110P (German)</p> <p>Généralement, plus d'articles de taille moyenne sont nécessaires et seulement 1 à 2 de grande taille doivent être disponibles pour l'ensemble d'une clinique, mais cela peut varier selon les pays (prévalence de la multiparité/prolapsus, taux d'obésité). Des spéculums extra grands/longs sont également disponibles et les numéros de commande peuvent être transmis sur demande. Numéros de commande des grands spéculums :</p> <p>Collins: MedGyn #40-341 Graves: Cheshire #CM24-104 ("Economy") ou Cheshire #CM124-104 ("German") ou Medgyn #40-120P (Economy) ou Medgyn #40-120P (German)</p>
Aspirateur Ipas AMIU Plus	DKT: www.dktinternational.org			

Issu de la publication d'Ipas

Avortement du deuxième trimestre : Kit d'outils pour la prestation de services

Nom	Numéro du distributeur (MedGyn, Cheshire, Ipas)	Quantité commandée	**Quantité maximum nécessaire par clinique	Commentaire
Plateau à instruments inox sans couvercle 12 1/4" x 7 3/4" x 2 1/4"	Cheshire #CM21-230			Peut être utilisé pour la gaze/le coton pour nettoyer le col utérin puis les parties fœtales/le placenta
FORCEPS				
Pince à pansement (Foerster; 9 1/2", droite, avec griffes)	Cheshire #CM14-404 MedGyn #30-705			Selon les ressources du site, il peut ne pas être nécessaire de commander ceci.
Pince tenaculum non traumatique à angle 9 1/2"	Cheshire #CM24-603			Une pince tenaculum à dent unique (traumatique) peut être utilisée à la place.
Pince Bierer sans encoches taille 13" – grande, légèrement courbée, 19mm de large	Cheshire #CM25-632 MedGyn #30-765		1	
Pince Bierer sans encoches taille 13" – petite, légèrement courbée, 16mm de large	Cheshire #CM25-630 MedGyn #30-764			
Pince d'évacuation utérine Sopher taille 11" – petite, légèrement courbée, 12mm de largeur	Cheshire # CM25616 MedGyn #30750			
Pince d'évacuation utérine Sopher taille 11" – grande, légèrement courbée, 14mm de large	Cheshire # CM25614 MedGyn #30755			
Pince ovum Sopher de 9mm de large, 10.5" de long	MedGyn #30-749		facultatif	Cette pince est facultative.
DILATEURS				
Dilatateurs Denniston Ipas (lot de 5, tailles 5/6 à 13/14)	DKT: www.dktinternational.org			Selon les ressources du site, il peut ne pas être nécessaire de commander ceci. Un lot complet n'est généralement pas nécessaire pour le deuxième trimestre et vous n'aurez besoin que de dilatateurs 9/10, 11/12, 13/14.

Issu de la publication d'Ipas
Avortement du deuxième trimestre : Kit d'outils pour la prestation de services

Nom	Numéro du distributeur (MedGyn, Cheshire, Ipas)	Quantité commandée	**Quantité maximum nécessaire par clinique	Commentaire
Dilatateurs Pratt, tailles 13/15 à 41/43, lot de 8	Cheshire #CM24486 (economy) ou CM124-486 (german) MedGyn #30-560P			
Dilatateurs Pratt, lot extra grand, tailles 45/47 à 77/79, lot de	MedGyn #30-565			Cheshire Medical ne vend pas de lot extra grand, mais des dilatateurs peuvent être commandés individuellement (généralement 45/47 à 53/55 uniquement nécessaires, n° de commande #CM24476, #CM24-478, #CM24-480)
CANULES				
Curette d'aspiration Cheshire Medical droite 14 mm ou curette rigide Medgyn à usage unique 14 mm, courbée avec col/ base petit/courbé	Cheshire #CM30-164 MedGyn #022145			
ÉQUIPEMENT DE SECOURS				
Porte-aiguille longue (Mayo-Hegar) 20cm	MedGyn #60-405-8		1	
Sonde de Foley 60cc				Pas disponible auprès de Cheshire Medical ou MedGyn

*Un chiffre dans cette colonne signifie que seule une petite quantité de cet instrument est nécessaire pour chaque clinique et vous n'avez pas à commander cet instrument pour chaque plateau complet d'instruments. Ce chiffre peut varier en fonction de la fréquentation de la clinique, de la répartition de l'âge gestationnel ou du taux de prolapsus/obésité. Le département des affaires cliniques d'Ipas peut vous aider à prendre des décisions quant à ces chiffres.

Remarque : les numéros de commande sont donnés pour les deux distributeurs d'instruments quand ils sont disponibles

Chapitre 3 : Soins après avortement pour une taille utérine supérieure ou égale à treize semaines

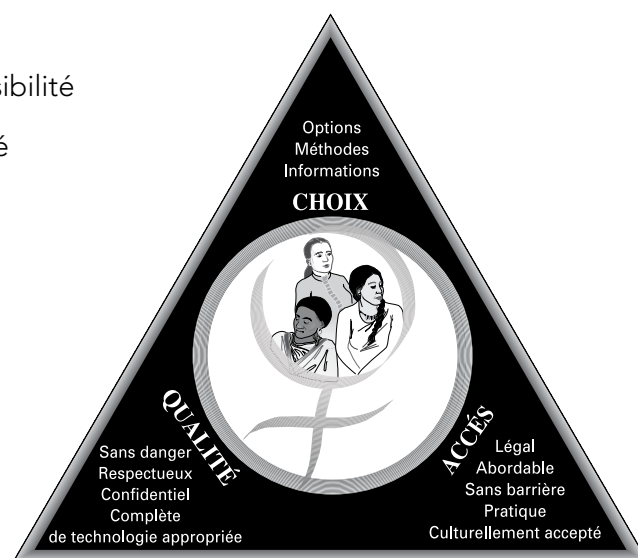
Fondements

Le terme de soins après avortement désigne un ensemble d'interventions de prise en charge des patientes qui se présentent suite à un avortement incomplet ou à une rétention fœtale avec ou sans complications ou après avoir eu recours à des soins d'avortement non sécurisé. Dans les régions où les avortements non sécurisés sont fréquents, jusqu'à 40% des femmes demandeuses de soins après avortement viennent se présenter au cours du deuxième trimestre [67]. Par contre, la majeure partie des recherches et des programmes en rapport avec les soins après avortement se concentrent sur le premier trimestre [68] ; nous proposons ici une approche basée sur des données factuelles pour les soins après avortement au cours du deuxième trimestre.

La probabilité de complications lors du traitement pourrait être plus importante chez les patientes demandeuses de soins après avortement par rapport à une interruption volontaire de grossesse, en particulier en cas de mort fœtale [69]. Lorsque des prestataires compétents et des centres adaptés sont disponibles, on peut proposer une procédure de dilatation et évacuation comme alternative aux méthodes médicamenteuses d'évacuation utérine. (Voir la publication d'Ipas : *Guide de référence sur l'avortement médicamenteux : Interruption volontaire de grossesse et soins après avortement à partir de la treizième semaine de grossesse (« deuxième trimestre »)*, disponible à l'adresse www.ipas.org.)

Les soins après avortement centrés sur la femme comprennent un certain nombre de services médicaux et annexes et poursuivent trois objectifs :

- Choix
- Accessibilité
- Qualité



Évaluation clinique

En particulier dans des contextes restrictifs où le recours à des soins d'avortement non sécurisé est répandu, les prestataires doivent toujours suspecter une lésion occulte ou des complications graves. Les symptômes que présentent les patientes sont variables et peuvent inclure :

- Saignements vaginaux légers, modérés ou abondants
- Écoulement de liquide en provenance du vagin (rupture de membranes)
- Disparition des mouvements du fœtus (mort fœtale)
- Évacuation partielle des produits de conception (avortement incomplet)
- Persistance des symptômes de grossesse (avortement incomplet)
- Douleur persistante ou croissante (rétention des produits de conception, infection pelvienne, lésion intra-abdominale)
- Fièvre (endométrite, infection généralisée, abcès pelvien)
- Choc (hémorragique, septique)

Les femmes qui se présentent pour des soins après avortement nécessitent une évaluation initiale rapide pour les signes de choc. Les **patientes dont l'état est instable** suite à une hémorragie ou à une infection généralisée doivent être stabilisées et un traitement doit être instauré immédiatement, y compris éventuellement une évacuation utérine. En fonction de l'urgence de la situation, une évaluation clinique plus approfondie est éventuellement possible : moment et contexte de l'avortement (IVG, avortement spontané, IVG auto-induite et degré de sécurité), présence de complications ou de lésions devant être traitées et programmation de l'évacuation utérine.

Un examen approfondi incluant un examen bimanuel et pelvien est nécessaire car le traitement dans le cadre des soins après avortement **dépend de la taille utérine plutôt que de la détermination de l'âge gestationnel basée sur la date des dernières règles**. La taille utérine peut être inférieure à la date en raison de la possibilité de mort fœtale ou d'évacuation d'une partie des produits de conception. En cas de doute quant au diagnostic, on peut recourir à une échographie pour confirmation.

Procédure d'évacuation utérine par aspiration ou dilatation et évacuation

Si la patiente est instable, une évacuation utérine immédiate est indispensable. On peut recourir à une aspiration intra-utérine si la taille utérine est inférieure à treize semaines ou même jusqu'à quinze semaines si l'on dispose de canules de 14 ou de 16 mm et de tuyaux d'aspiration de gros calibre. Au-delà de treize semaines, une procédure standard de dilatation et évacuation utilisant à la fois un forceps et l'aspiration sera probablement nécessaire. Les conditions préalables pour une procédure de dilatation et évacuation sont les mêmes que pour une interruption volontaire de grossesse :

- Disponibilité d'un prestataire expérimenté et formé à cet effet
- Disponibilité de l'équipement nécessaire pour une procédure de dilatation et évacuation
- Dilatation cervicale suffisante déjà présente ou pouvant être obtenue suffisamment rapidement si le délai requis pour parvenir à une dilatation suffisante n'est pas préjudiciable à la santé de la patiente
- Taille utérine inférieure à 24 semaines

En cas d'urgence, le prestataire peut administrer du misoprostol car l'expulsion peut survenir rapidement. Si la patiente est stable ou peut être stabilisée et qu'un traitement au sein du centre est impossible, on peut la transférer vers une autre institution pour une évacuation utérine. S'il n'est pas possible de stabiliser la patiente ni de procéder à une évacuation utérine par un avortement médicamenteux et/ou une procédure de dilatation et évacuation, on peut envisager une hystérotomie.

La prise en charge clinique d'une patiente subissant une procédure de dilatation et évacuation dans le cadre de soins après avortement ne diffère pas de celle d'une patiente subissant une procédure de dilatation et évacuation pour une interruption volontaire de grossesse : les protocoles de contrôle de la douleur, les soins au cours de la phase de rétablissement et les méthodes contraceptives envisageables peuvent être appliqués sans modification (voir chapitres précédents). Une préparation du col peut ne pas être nécessaire si le col est déjà suffisamment ouvert mais, si ce n'est pas le cas, il convient de se conformer aux recommandations usuelles pour la préparation du col (voir page 17). Un schéma de préparation du col plus court sera éventuellement préférable, en fonction de l'état clinique de la patiente.

Le risque de complications, par exemple infection, hémorragie et coagulation intravasculaire disséminée, est important chez certaines patientes, par exemple en cas de mort fœtale prolongée. Le prestataire doit en être conscient et surveiller les patientes demandeuses de soins après avortement pour l'apparition éventuelle de complications. Pour la prise en charge des complications spécifiques, voir chapitre 4. En cas de crainte de perforation utérine ou de rupture de l'utérus, l'évacuation utérine doit se faire sous visualisation abdominale directe par laparotomie ou laparoscopie.

Rétablissement

Sauf spécification contraire, les soins au cours de la phase de rétablissement dans le cadre des soins après avortement ne diffèrent pas de ceux requis après une interruption volontaire de grossesse (voir page 36).

Chapitre 4 : Prise en charge des complications

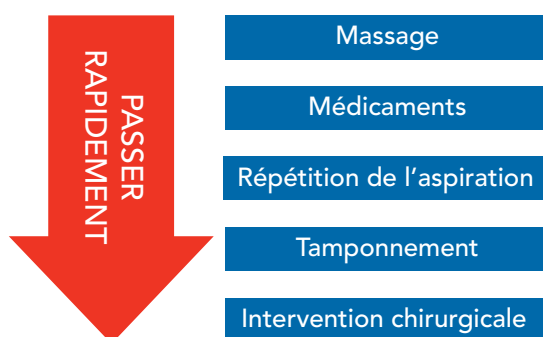
La fréquence de complications graves telles qu'une hémorragie nécessitant une transfusion, la nécessité d'une intervention chirurgicale d'urgence ou une infection grave suite à une procédure de dilatation et évacuation au cours du deuxième trimestre est inférieure à 1% [70].

Des complications peuvent survenir au cours de la procédure d'avortement, pendant la phase de rétablissement ou après que la patiente ait quitté le centre. Le risque de complications augmente avec l'âge gestationnel et celles-ci sont plus fréquentes en cas de mort fœtale ou chez les patientes demandeuses de soins après avortement. Les complications graves peuvent généralement être traitées efficacement par des soins médicaux, obstétricaux ou chirurgicaux d'urgence dispensés rapidement par un clinicien formé à cet effet. Si des infrastructures pour une intervention chirurgicale d'urgence sont nécessaires mais ne sont pas disponibles sur place, on peut prendre en charge les complications par le biais d'un transfert rapide vers un établissement hospitalier de niveau supérieur.

Hémorragie

La fréquence d'hémorragie est de l'ordre de un à dix cas pour mille patientes subissant un avortement au cours du deuxième trimestre [71]. Les causes de saignements abondants sont notamment un placenta praevia ou un placenta accreta, une atonie utérine, la rétention des produits de conception, des lacérations cervicales ou vaginales et une rupture de l'utérus. En présence d'une hémorragie, le prestataire doit mettre en place rapidement les premières mesures de réanimation (voir Choc page 56), puis passer rapidement au diagnostic et à la prise en charge séquentiels des causes possibles de l'hémorragie (voir figure 1 ci-dessous). Les patientes qui présentent des saignements abondants doivent être maintenues ou rapidement replacées en position gynécologique avec un bon éclairage pour permettre simultanément le diagnostic et la prise en charge. Par exemple, après avoir procédé à un massage utérin bimanuel et éliminé le sang, les caillots ou les produits de conception, on peut insérer un spéculum pour rechercher d'éventuelles lacérations cervicales ou vaginales et les réparer.

Figure 1 : Étapes du diagnostic et de la prise en charge d'une hémorragie après un avortement



Le prestataire doit passer rapidement à l'étape suivante si le saignement n'est toujours pas contrôlé. Si toutes les mesures ont échoué, une laparotomie et une ligature de l'artère utérine ou une hystérectomie peuvent s'avérer nécessaires. Lorsque l'on effectue une procédure d'avortement au-delà de la douzième semaine de grossesse, des médicaments utérotoniques et du matériel de tamponnement utérin doivent être disponibles en plus d'une équipe médicale préparée à prendre en charge rapidement et efficacement une complication grave le cas échéant. Les doses recommandées de médicaments utérotoniques sont indiquées à la figure 2 ci-dessous.

Figure 2 : Traitements d'une hémorragie après un avortement [64-65] (extrapolé d'après la littérature sur les hémorragies après un accouchement)

TRAITEMENT	DOSE
Méthylergonovine (ergot)	0,2 mg par voie intramusculaire
Misoprostol	400-600 µg par voie orale
Ocytocine	10 UI par voie intramusculaire
Tamponnement	Cathéter à ballonnet, cathéter avec préservatif, compresses stériles

Une coagulation intravasculaire disséminée survient occasionnellement après un avortement au-delà de la douzième semaine de grossesse et doit être envisagée si l'on ne parvient pas à contrôler les saignements, en particulier en cas de mort fœtale intra-utérine. Il est nécessaire d'administrer du sang ou des dérivés de sang pour arrêter les saignements consécutifs à une coagulation intravasculaire disséminée.

Rétention des produits de conception

Chez les patientes qui présentent après un avortement une douleur accrue, des saignements modérés à abondants et/ou des signes d'infection, on doit envisager une rétention des produits de conception. Après un avortement au cours du deuxième trimestre, les produits non expulsés sont généralement des tissus placentaires et l'évaluation et le traitement sont les mêmes qu'après un avortement au cours du premier trimestre. Un traitement au misoprostol ou par aspiration intra-utérine est adéquat chez les patientes qui ne présentent pas de signes ou symptômes d'infection. En cas d'infection, il convient d'instaurer une antibiothérapie et une aspiration doit être pratiquée immédiatement par un clinicien expérimenté car le risque de perforation est plus important (voir Infection et infection généralisée ci-dessous). Un curetage n'est jamais recommandé car il est considéré par l'OMS comme une technique obsolète.

Du misoprostol ou une aspiration intra-utérine constituent les traitements appropriés en cas de rétention de produits de conception en l'absence d'infection, si les paramètres vitaux sont stables, la taille utérine inférieure à

treize semaines et les saignements pas trop abondants (voir encadré ci-dessous).

MISOPROSTOL EN CAS DE RÉTENTION DE PRODUITS DE CONCEPTION (SOINS APRÈS AVORTEMENT) AVEC UNE TAILLE UTÉRINE INFÉRIEURE À TREIZE SEMAINES :

Une dose unique de 600 µg de misoprostol par voie orale **OU** de 400 µg de misoprostol par voie sublinguale

Infection et infection généralisée

Une femme peut présenter une infection ou une endométrite à tout moment, plusieurs jours à plusieurs semaines après un avortement. Une infection peut survenir en présence ou en l'absence de rétention de produits de conception. Une infection peut être localisée à l'utérus ou se généraliser et évoluer vers une septicémie. Dans tous les cas, un traitement immédiat est nécessaire. Les signes et symptômes d'infection ou d'infection généralisée sont notamment :

- Frissons, fièvre et suees (symptômes de type grippal)
- Pertes vaginales malodorantes
- Douleur ou crampes abdominales et/ou utérines
- Distension abdominale
- Réaction de défense et/ou phénomène de rebond
- Hypotension artérielle
- Saignements prolongés
- Sensation de malaise généralisé

TRAITEMENT DES INFECTIONS

Administrer une antibiothérapie à large spectre. Si l'on suspecte une rétention de produits de conception, pratiquer immédiatement une évacuation utérine. Un utérus infecté risque davantage d'être perforé, de sorte que l'évacuation doit être effectuée avec précaution par un clinicien compétent.

En cas d'infection généralisée, le traitement initial dépendra de la catégorie de risque. Si le risque de choc est faible :

- S'assurer que les voies respiratoires sont dégagées
- Surveiller les paramètres vitaux
- Administrer des fluides par voie intraveineuse
- Administrer des antibiotiques par voie intraveineuse

Si le risque de choc est élevé, outre les mesures ci-dessus, administrer de l'oxygène.

Quel que soit le niveau de risque, il est indispensable de traiter la cause sous-jacente de l'infection tout en surveillant l'éventuelle apparition de signes indiquant l'un des problèmes suivants :

- Choc
- Coagulation intravasculaire disséminée

Choc

Un choc peut survenir suite à une hémorragie ou à une infection généralisée. La prise en charge d'un choc nécessite un traitement initial visant à faire remonter la tension artérielle et à rétablir le volume circulatoire afin de stabiliser la patiente et ensuite un traitement de l'étiologie sous-jacente. Comme chez tout patient en état de choc, un traitement immédiat est indispensable pour sauver la vie de la patiente.

Les signes d'un choc sont notamment :

- Pouls rapide et faible (≥ 110 pulsations/min)
- Hypotension artérielle (TA diastolique < 60 mm Hg, TA systolique < 90 mm Hg)
- Pâleur (en particulier de la face interne des paupières, du contour de la bouche ou des paumes)
- Respiration rapide (≥ 30 respirations/min)
- État mental d'anxiété, de confusion ou d'inconscience
- Suées ou transpiration profuse

Le traitement initial d'un choc implique les mesures suivantes :

- S'assurer que les voies respiratoires sont dégagées
- Administrer de l'oxygène (à l'aide d'un masque ou d'une canule nasale) à raison de 6 à 8 l/min
- Administrer 1 litre de fluide par voie intraveineuse (lactate de Ringer ou solution isotonique) en 15 à 20 minutes via une aiguille de gros calibre (16-18G)
- Débuter une transfusion sanguine si :
 - présence de signes cliniques de perte de sang importante tels que tachycardie ou hypotension artérielle en position assise ou debout ou perte de sang estimée > 500 ml
 - hémocrite $\leq 15\%$
 - hémoglobine ≤ 5 g/100 ml (par exemple si la patiente saigne abon-

damment, présente une fréquence cardiaque accélérée (≥ 120 pulsations/min) ou si sa tension artérielle chute, elle nécessitera bientôt une transfusion)

- Surveiller la quantité de fluides et de sang administrée
- Suivre le débit urinaire au moyen d'un cathéter de Foley pour mesurer avec précision le volume

Après le traitement initial, il est indispensable de surveiller attentivement la patiente pour les signes d'amélioration. Les mesures de traitement supplémentaires peuvent inclure l'administration d'antibiotiques par voie intraveineuse (en cas d'infection généralisée) ou une transfusion sanguine. Si le choc est la conséquence d'une hémorragie consécutive à une rétention de produits de conception, il convient de procéder à une aspiration intra-utérine pour évacuer l'utérus. Les signes d'amélioration et de stabilisation sont notamment une augmentation de la tension artérielle, un ralentissement et une normalisation de la fréquence cardiaque et une diminution du degré de confusion ou d'anxiété.

Douleur intense

Il est normal qu'une femme éprouve une certaine gêne après une procédure de dilatation et évacuation. En général, la patiente éprouve une douleur légère à modérée qui est soulagée efficacement par des AINS. Si une femme se plaint que la douleur s'est intensifiée au cours de la période de rétablissement ou après qu'elle ait quitté le centre, plus particulièrement si cette douleur est associée à de la fièvre, une sensibilité du fond de l'utérus ou de la douleur lors de la mobilisation du col, le prestataire doit penser à une perforation et/ou une lésion utérine non diagnostiquée, une hématométrie, une infection et/ou une rétention des produits de conception.

Si le niveau de douleur se situe dans la normale et que la patiente ne présente pas de fièvre, la maintenir sous surveillance et lui administrer des analgésiques. Dans l'éventualité rare où la douleur éprouvée par la patiente est plus intense que la normale et si elle présente d'autres symptômes de lésion, le prestataire doit envisager de recourir à l'imagerie, à une laparotomie ou à une laparoscopie à des fins de diagnostic et de traitement.

Les femmes victimes d'une perforation non diagnostiquée associée à une lésion de l'intestin se plaignent éventuellement de douleur intense, éventuellement associée à des symptômes tels que nausées, vomissements, vertiges, douleur dans les épaules, distension abdominale, diminution des bruits intestinaux, tachycardie et chute de la tension artérielle. Le traitement nécessite une intervention chirurgicale pour réparer les lésions.

Aider les patientes à prendre en charge le degré de douleur normal et à décrire toute douleur inhabituelle, subite ou intense, facilite la dispense du meilleur traitement possible pendant et après l'expulsion de la grossesse.

Chapitre 5 : Prestation de services

Idéalement, le centre de prestation de services doit être à même de délivrer de manière coordonnée l'ensemble des soins d'avortement et des services de santé reproductive associés. Par exemple, si une femme vient se présenter en indiquant que ses dernières règles sont survenues huit semaines auparavant mais que l'on constate lors de l'examen qu'elle est en fait enceinte de seize semaines, on doit pouvoir lui proposer immédiatement des soins d'avortement au cours du deuxième trimestre ou l'orienter vers un centre compétent pour qu'elle puisse en bénéficier. Comme le coût et les risques pour la santé augmentent et que la disponibilité de soins d'avortement diminue à mesure que l'âge gestationnel augmente, les patientes doivent être rapidement prises en charge ou aiguillées vers un centre compétent. Tant les procédures de renvoi que les services doivent faire un usage efficace de l'espace, du temps et du personnel disponibles pour répondre aux besoins des patientes.

Une liste de contrôle permettant d'évaluer si un centre et son personnel sont prêts à bénéficier d'une formation visant à dispenser des services de dilatation et évacuation figure à l'annexe 7 page 63. Se reporter à la publication d'Ipas intitulée *Avortement au cours du deuxième trimestre : Boîte à outils pour la prestation de services* (disponible à l'adresse <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Expansion-des-soins-complets-davortement-au-deuxieme-trimestre.aspx>) pour plus d'informations sur les principaux éléments programmatiques. Ce chapitre traite de considérations en rapport avec la prestation de services spécifiques de la procédure de dilatation et évacuation.

Gestion des services

EMPLACEMENT DES SERVICES

Une procédure de dilatation et évacuation au cours du deuxième trimestre peut se dérouler en milieu hospitalier, en ambulatoire ou comme une association des deux. Par exemple, la patiente peut recevoir les informations, donner son consentement éclairé et commencer la préparation du col en ambulatoire et revenir le lendemain pour la procédure de dilatation et évacuation, soit en ambulatoire, soit en étant hospitalisée. Le lieu où se déroule la procédure de dilatation et évacuation dépend souvent de la méthode d'anesthésie choisie et de la gravité de la situation. Si l'on utilise du misoprostol pour la préparation du col, la patiente doit demeurer sous surveillance dans un centre où du personnel est présent en permanence pour éviter une expulsion avant la procédure.

Idéalement, les soins d'avortement au cours du deuxième trimestre doivent se dérouler dans un espace réservé à cet effet au sein de l'institution afin de garantir l'intimité et la confidentialité. Si les femmes qui subissent un avortement au cours du deuxième trimestre doivent demeurer dans le même local que d'autres patientes, il est conseillé de les installer dans une salle de gynécologie plutôt qu'en salle de travail et d'accouchement.

Les avortements au cours du premier et du deuxième trimestre et les services contraceptifs peuvent se dérouler dans le même local. Il est nécessaire de disposer d'un local adapté pour les phases de conseil, d'attente et de rétablissement et du personnel doit être disponible pour la prise en charge d'une procédure d'avortement qui se prolonge, de complications ou pour organiser le transfert vers un service hospitalier. Des toilettes doivent être disponibles sur place. Le centre doit disposer de l'équipement nécessaire pour la prise en charge d'éventuelles complications.

PERSONNEL MÉDICAL

Un avortement au cours du deuxième trimestre doit être pratiqué par des personnes expérimentées et formées à cet effet et le personnel doit faire preuve de bienveillance et soutenir la patiente. Chaque femme a ses raisons pour mettre un terme à une grossesse, ces raisons sont différentes pour chacune et le personnel doit manifester de l'empathie face à sa situation et à sa décision. Même une équipe médicale habituée à apporter son soutien pour des soins d'avortement au cours du premier trimestre peut se sentir mal à l'aise pour dispenser ce type de services au cours du deuxième trimestre si elle ne bénéficie pas d'une formation spécifique ou d'une activité de clarification des valeurs. Le personnel non clinique amené à se trouver en présence de la patiente au cours d'une procédure d'avortement, par exemple l'équipe de nettoyage, des étudiants ou des assistants, doit également être capable de respecter son intimité et de s'abstenir d'émettre un jugement. On trouvera des informations sur la manière de préparer le personnel par le biais d'exercices de clarification des valeurs dans la publication d'Ipas intitulée *Avortement au cours du deuxième trimestre : Boîte à outils pour la prestation de services* (disponible à l'adresse <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Expansion-des-soins-complets-davortment-au-deuxieme-trimestre.aspx>).

PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS

Suite à un avortement au cours du deuxième trimestre, les complications sont rares mais néanmoins plus fréquentes et plus graves que lorsque la procédure a lieu plus précocement au cours de la grossesse. Des exercices réguliers de prise en charge des urgences permettent de préparer l'équipe clinique à savoir exactement ce qu'il y a lieu de faire en cas de complication grave. Organiser l'exercice en présentant un cas avec une complication (par exemple, hémorragie, surdosage de narcotique, choc) et en demandant aux membres de l'équipe d'expliquer et de montrer les mesures requises pour la prise en charge de cette complication. S'entraîner à réagir face aux urgences permet au personnel de travailler véritablement en équipe dont chacun des membres sait exactement quel est son rôle. Les exercices d'urgence apprennent aux membres du personnel où trouver et comment utiliser les médicaments et l'équipement d'urgence.

Un plan doit être établi afin de déterminer comment, quand et où une patiente doit être transférée vers un établissement hospitalier de niveau supérieur pour y être prise en charge. En fonction de l'infrastructure du système de santé, cela peut nécessiter un accord officiel tel qu'un mémorandum de collaboration entre les institutions concernées.

ÉVALUATION DES FOURNITURES

Dresser une liste des fournitures nécessaires pour avoir la garantie que les instruments sont stériles, les médicaments non périmés et l'équipement disponible. Une procédure de dilatation et évacuation nécessite un équipement spécifique et des canules de plus grande taille qu'un avortement par aspiration au cours du premier trimestre. La préparation du col pour une procédure de dilatation et évacuation utilise la mifépristone et le misoprostol de manière différente des conditionnements combinés proposés pour un avortement au cours du premier trimestre. Ces médicaments doivent donc éventuellement être commandés séparément. Le misoprostol est sensible à la chaleur et à l'humidité et doit être entreposé dans des conditions adéquates afin de préserver son activité.

Installations, équipement et personnel

Une procédure de dilatation et évacuation au cours du deuxième trimestre peut être réalisée sur place en toute sécurité dans toute une série d'institutions, en particulier si la patiente est en bonne santé et ne présente aucun problème médical. Les centres doivent être préparés à la prise en charge des complications graves ; si des services d'urgence ne sont pas disponibles sur place, un système de renvoi doit être mis en place pour que les patientes puissent être transférées rapidement.

INSTALLATIONS ET ÉQUIPEMENT

Se reporter au *Formulaire d'évaluation du centre et du clinicien* pour l'évaluation de l'équipement, des locaux et des fournitures et/ou des médicaments (voir annexe 7 page 63). Les femmes doivent disposer d'un lieu privé et confortable pour attendre pendant la préparation du col ou avant l'intervention, généralement un lit ou une couchette, mais un siège inclinable peut également faire l'affaire.

ÉLIMINATION EN TOUTE SÉCURITÉ DU FŒTUS ET DU PLACENTA

L'élimination en toute sécurité et de manière légale du fœtus et du placenta nécessite davantage de préparation dans le cadre de services dispensés au cours du deuxième trimestre en raison du volume de tissus plus important et de la présence d'un fœtus identifiable. Voir l'encadré ci-après et l'annexe 8 page 69 pour plus de détails sur l'élimination appropriée des produits de conception.

Une détermination précise de l'âge gestationnel est un élément essentiel des soins d'avortement pour en garantir la sécurité. Chez certaines patientes, une échographie peut s'avérer nécessaire pour confirmer l'âge gestationnel, localiser avec précision le placenta ou faciliter une procédure plus difficile. Un échographe doit être disponible sur place.

Élimination en toute sécurité du fœtus et du placenta

Les produits de conception sont considérés comme des déchets pathologiques, une catégorie de déchets hospitaliers qui comprend les tissus, le sang et les fluides corporels humains. Les déchets pathologiques sont considérés comme potentiellement infectieux parce qu'ils sont susceptibles de disséminer des maladies transmissibles par le sang. Une élimination adéquate des déchets infectieux est importante pour limiter les risques pour la santé et éviter la pollution de l'environnement. Les produits de conception doivent être traités conformément aux normes religieuses, culturelles et esthétiques en vigueur.

Sauf si l'on suit des procédures locales en matière de funérailles, leur élimination doit avoir lieu conformément aux directives applicables aux déchets infectieux. Dans les situations où les ressources sont limitées, l'enfouissement dans une fosse creusée et entretenue de manière adéquate (fosse à placenta) est une méthode d'élimination recommandée [74]. Voir annexe 8 page 69 : *Élimination adéquate des tissus fœtaux et placentaires.*

PERSONNEL

Une approche en équipe permet d'offrir aux femmes des services aussi sûrs et aussi respectueux que possible et génère un environnement de travail positif. Il n'y a pas eu d'études sur la réalisation de procédures de dilatation et évacuation à partir de treize semaines de grossesse par des prestataires autres que des médecins. Les prestataires qui effectuent des procédures de dilatation et évacuation sont généralement des médecins mais nous avons pu observer l'intégration réussie de prestataires de niveau intermédiaire dans les soins prodigués aux patientes subissant une telle procédure. Ces derniers peuvent prendre en charge les tâches suivantes : évaluation médicale, évaluation de l'âge gestationnel, information et conseil, procédure de consentement éclairé, préparation du col, assistance chirurgicale, préparation et nettoyage des instruments, soutien à la patiente, conseil et services en matière de contraception après un avortement, suivi après avortement et fourniture d'instructions à la sortie du centre. Il est essentiel de veiller à ce que chacun des membres du personnel amené à être en contact avec les patientes dans le cadre des soins ait une attitude respectueuse et encourageante.

Soutien au bien-être psychologique du personnel

La dispense de soins d'avortement au cours du second trimestre est souvent un travail gratifiant mais peut s'avérer stressant. Les responsables et les prestataires de soins peuvent apporter un soutien aux autres membres du personnel et assurer la permanence de la prestation de services en recourant aux stratégies suivantes :

- Créer des opportunités pour que les membres du personnel puissent exprimer librement leurs sentiments et leurs doutes

- Assurer une certaine flexibilité en autorisant les membres du personnel à organiser une alternance des responsabilités au sein du service ou à travailler en alternance dans différents services afin de diversifier leur expérience professionnelle et de les intégrer dans différents aspects des soins
- Encourager et soutenir la participation des membres du personnel à des conférences professionnelles, à la création de réseaux et à des formations
- Promouvoir un environnement encourageant et sensible aux besoins psychologiques tant du personnel que des patientes prises en charge
- Mettre en place une culture encourageante où les membres du personnel mettent au premier plan les besoins des patientes et s'entraident mutuellement pour répondre à ces besoins
- Encourager l'apprentissage à partir des complications consécutives à des avortements ou des événements indésirables afin de diminuer le risque que les mêmes incidents se reproduisent ; assurer un suivi des données du centre et inclure les complications dans une revue de la morbidité et de la mortalité maternelles.

Une équipe clinique encourageante manifeste du respect vis-à-vis du personnel et accroît la probabilité de dispenser des soins de qualité et d'assurer la continuité des services.

Annexes en rapport avec la prestation de services

Annexe 7 : Formulaire d'évaluation du centre et du clinicien

Annexe 8 : Élimination adéquate des tissus fœtaux et placentaires

Annexe 7 : Formulaire d'évaluation du centre et du clinicien

Nom du centre :		Localité :		
Région :		Date :		
MÉDICAMENTS, FOURNITURES, ÉQUIPEMENT, LOCAUX				
		SUR PLACE	EN-DEHORS DU CENTRE	COMMENTAIRES
PROCÉDURE D'AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX	Mifépristone			
	Misoprostol			
	Analgésiques			
	Tensiomètre/Stéthoscope			
	Pratiques de prévention des infections en place			
	Équipement de protection personnelle (par exemple, gants, protection oculaire, masque, blouse ou tablier)			
	Spéculum			
	Compresse de gaze			
	Pince circulaire			
LOCAUX	Salle équipée de lits confortables pour permettre aux patientes d'attendre l'expulsion de la grossesse, idéalement séparée des salles de travail et d'accouchement. Indiquer le nombre de lits disponibles.			
	Espaces privés pour le conseil avant et après un avortement médicamenteux			
	Salle d'intervention pour l'examen et la prise en charge des complications			

LOCAUX	Installations de traitement des déchets appropriées pour l'élimination des fœtus (par exemple incinérateur, fosse à placenta)			
	Toilettes à l'usage des patientes			
	Lavabos pour le lavage des mains			
	Laboratoire (si les gammaglobulines anti-Rh font partie des soins standards, commentaire si disponible)			
TRAITEMENT DES COMPLICATIONS	Médicaments utérotoniques			Dresser une liste des utérotoniques disponibles :
	Antagonistes des analgésiques (antidotes)			Dresser une liste des antidotes disponibles :
	Équipement et matériel pour AMIU (aspirateur, canules, trousse d'AMIU)			Des canules de plus grand diamètre sont généralement nécessaires pour un avortement médicamenteux et/ou des soins après avortement au cours du deuxième trimestre (10, 12 et si disponible 14 mm) ; une pince à compresse et/ou une pince à placenta de Kelly peuvent également s'avérer utiles, en particulier pour la prise en charge de la rétention placentaire
	Fluides IV et lignes de perfusion			
	Cathéter de Foley de 60 cc ou tamponnement utérin			
	Antibiotiques			
	Matériel de suture (porte-aiguille et ciseaux)			
	Accès à des services d'urgence (par exemple pour une transfusion sanguine, une laparotomie d'urgence)			Si des services d'urgence ne sont pas disponibles, commentaire sur les dispositions en matière de transfert, de transport et de disponibilité en vue du transfert
	Oxygène et masque Ambu (ventilateur manuel)			

RÉTABLISSMENT	Méthodes contraceptives			Entourer celles disponibles au sein du centre : préservatifs, pilule contraceptive, contraceptifs injectables, implants, dispositifs intra-utérine, stérilisation féminine, stérilisation masculine Si des méthodes ne sont pas immédiatement disponibles, existe-t-il une procédure de renvoi ?
	Serviettes hygiéniques ou ouate			
	Instructions imprimées ou écrites sur les soins post-opératoires à assurer par la patiente elle-même et le suivi			

PRATIQUE ACTUELLE

Nombre approximatif de procédures d'avortement effectuées/de cas de soins après avortement au cours du premier trimestre pris en charge par le centre durant les six derniers mois _____

Quel pourcentage de ces cas étaient des avortements médicamenteux ? _____

Quel pourcentage de ces cas étaient des AMIU ? _____

D'autres techniques sont-elles utilisées pour pratiquer des avortements au cours du premier trimestre ? _____

Nombre approximatif de procédures d'avortement effectuées/de cas de soins après avortement au cours du deuxième trimestre pris en charge par le centre durant les six derniers mois _____

Quel était l'intervalle d'âge gestationnel des cas pris en charge par le centre au cours des six derniers mois ?

Cocher toutes les réponses applicables.

13 – 15 semaines

16 – 18 semaines

19 – 21 semaines

22 – 24 semaines

Plus de 24 semaines

Des registres sont-ils systématiquement utilisés pour les cas d'avortement ? Oui Non

Décrire la procédure actuelle de suivi de la qualité des soins et des événements indésirables graves dans le cadre des soins obstétricaux et des soins d'avortement :

Si des avortements médicamenteux et/ou des soins après avortement au cours du deuxième trimestre sont dispensés, décrire les méthodes actuellement utilisées. Y a-t-il des problèmes/inquiétudes associés à ces méthodes ? Comment procède-t-on en cas de rétention placentaire ?

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom de l'administrateur de l'établissement hospitalier :

Nom du responsable des services de gynécologie-obstétrique :

Rencontre entre une équipe d'évaluation et les principaux responsables ?

Oui (si oui, commentaire sur les problèmes soulevés et leur attitude était-elle encourageante?)

Non (si non, quand une telle rencontre est-elle prévue ?)

L'équipe a-t-elle discuté des besoins en matière de suivi des données, des résultats et des événements indésirables ?

Oui Non

INFORMATIONS SUR LES CLINICIENS

Combien de prestataires potentiels de services au cours du deuxième trimestre ou d'assistants cliniques travaillent au centre ?

Obstétriciens/gynécologues :

Médecins généralistes :

Officiers de santé :

Sages-femmes :

Infirmiers/ères :

Autres :

Citer les noms des prestataires qui seront amenés à dispenser des services au cours du deuxième trimestre et répondre aux questions suivantes. Si des prestataires sont disponibles et qu'une formation est nécessaire, se référer à la publication d'Ipas intitulée *Avortement au cours du deuxième trimestre : Boîte à outils pour la prestation de services* (voir Autres ressources page 76).

Nom :	Oui	Non
Accepte de faire l'objet d'un suivi d'assurance qualité permanent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accepte la consultation des dossiers cliniques et des informations sur les événements indésirables graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A suivi une formation préalable portant sur l'AMIU et les soins centrés sur la femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratique actuellement des soins obstétricaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispense actuellement des soins d'avortement au cours du deuxième trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre estimé d'AMIU personnellement effectuées par mois :		

Nom :	Oui	Non
Accepte de faire l'objet d'un suivi d'assurance qualité permanent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accepte la consultation des dossiers cliniques et des informations sur les événements indésirables graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A suivi une formation préalable portant sur l'AMIU et les soins centrés sur la femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratique actuellement des soins obstétricaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispense actuellement des soins d'avortement au cours du deuxième trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre estimé d'AMIU personnellement effectuées par mois :		

Nom :	Oui	Non
Accepte de faire l'objet d'un suivi d'assurance qualité permanent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accepte la consultation des dossiers cliniques et des informations sur les événements indésirables graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A suivi une formation préalable portant sur l'AMIU et les soins centrés sur la femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratique actuellement des soins obstétricaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispense actuellement des soins d'avortement au cours du deuxième trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre estimé d'AMIU personnellement effectuées par mois :		

Nom :	Oui	Non
Accepte de faire l'objet d'un suivi d'assurance qualité permanent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accepte la consultation des dossiers cliniques et des informations sur les événements indésirables graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A suivi une formation préalable portant sur l'AMIU et les soins centrés sur la femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratique actuellement des soins obstétricaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispense actuellement des soins d'avortement au cours du deuxième trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre estimé d'AMIU personnellement effectuées par mois :		

ÉVALUATION GÉNÉRALE

Quels obstacles/inquiétudes/problèmes les cliniciens identifient-ils en rapport avec la dispense de services au cours du deuxième trimestre ?

Quels sont les thèmes/problèmes dont les cliniciens veulent avoir la certitude qu'ils seront couverts par la formation ?

Dispose-t-on d'une assistance suffisante pour assurer la prise en charge des services ? Oui Non

Si non, pourquoi ?:

Certains cliniciens souhaitent-ils une assistance, un encadrement ou une formation supplémentaire (si oui, spécifier dans quels domaines) ? Oui Non

Y a-t-il des inquiétudes concernant la sécurité du personnel ?

L'équipe d'évaluation ne doit pas se concentrer uniquement sur ces éléments spécifiques mais doit également parcourir le centre comme le ferait une femme venue demander des soins. Cela peut contribuer à identifier certains problèmes du point de vue des patientes.

Commentaires supplémentaires :

Annexe 8 : Élimination adéquate des tissus foëtaux et placentaires

Recommandation

Se conformer aux normes et directives de l'établissement hospitalier pour l'élimination des produits de conception. L'enfouissement dans une fosse creusée et entretenue de manière adéquate (fosse à placenta) est une méthode d'élimination recommandée [74].

Fondements

Les produits de conception sont des déchets pathologiques, une catégorie de déchets hospitaliers qui comprend les tissus, le sang et les fluides corporels humains. Les déchets pathologiques sont considérés comme potentiellement infectieux parce qu'ils sont susceptibles de disséminer des maladies transmissibles par le sang. Une élimination adéquate des déchets pathologiques est importante pour limiter les risques pour la santé et éviter la pollution de l'environnement.

Les recommandations sont les mêmes pour les produits de conception au cours du premier et du deuxième trimestre. Les produits de conception doivent être traités conformément aux normes religieuses, culturelles et esthétiques en vigueur. Sauf si l'on suit des procédures locales en matière de funérailles, leur élimination doit avoir lieu conformément aux directives applicables aux déchets pathologiques.

Manipulation, tri, conservation et transport des déchets pathologiques

MANIPULATION

Les membres du personnel qui sont amenés à manipuler des déchets pathologiques doivent porter des vêtements de protection appropriés (gants très résistants, tablier pour usage industriel, salopette ou combinaison, jambières et/ou chaussures de sécurité, masque de protection du visage). Les membres du personnel doivent manipuler le moins possible les déchets pathologiques avant leur élimination.

TRI

Les déchets pathologiques doivent être séparés des autres déchets hospitaliers, placés dans un sac en plastique résistant aux fuites ou dans un conteneur hermétique et clairement étiquetés avec un symbole de risque biologique.

ENTREPOSAGE INTERMÉDIAIRE

L'entreposage intermédiaire doit pour bien faire être de courte durée. Généralement, les déchets ne doivent être entreposés que durant quelques heures avant leur élimination. Si les déchets pathologiques doivent être entreposés, leur site de stockage doit être sécurisé, fermé et indiqué par un symbole de risque biologique. Le site de stockage doit être hermétique ou en pente pour permettre une désinfection aisée. Le délai entre la génération des déchets et leur traitement ne doit pas dépasser les durées suivantes :

CLIMAT TEMPÉRÉ	CLIMAT CHAUD
72 heures en hiver	48 heures pendant la saison froide
48 heures en été	24 heures pendant la saison chaude

TRANSPORT

Certains établissements hospitaliers éliminent les déchets pathologiques à l'extérieur du site. Comme le personnel en charge du transport sera amené à manipuler les déchets, ces personnes doivent être informées du caractère infectieux des déchets, ainsi que de la sensibilité que génère l'élimination des produits de conception.

Élimination sur place des déchets pathologiques

ENFOUISSEMENT

L'enfouissement des déchets pathologiques dans une fosse creusée et entretenue de manière adéquate (fosse à placenta) pour permettre leur biodégradation naturelle est une méthode bien adaptée aux régions où les ressources sont limitées. Le type de fosse et ses dimensions doivent être établis en fonction du volume de déchets pathologiques que produit l'institution. On trouvera des directives relatives à la réalisation d'une fosse dans les manuels de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de Médecins Sans Frontières et de la Jhpiego (voir *Autres ressources* page 76). Voici quelques règles de base à respecter :

- Limiter l'accès aux personnes autorisées uniquement et clôturer la zone pour empêcher les animaux, les charognards et les enfants d'y accéder.
- Tapisser la fosse d'un matériau faiblement perméable (argile, bouse, limon de rivière) ; cimenter le fond si possible.
- Le fond de la fosse doit se trouver au moins 1,5 à 2 mètres au-dessus du niveau de la nappe phréatique et à une distance d'au moins 50 mètres des cultures ou des sources d'eau. La fosse ne doit pas se situer en zone inondable.
- Seuls des déchets infectieux et/ou pathologiques doivent y être enfouis.
- Chaque couche de déchets doit être recouverte d'une couche de 10 cm de terre (on peut également utiliser des cendres ou du charbon de bois pour diminuer les odeurs et ralentir la vitesse de décomposition).
- La fosse doit être rebouchée lorsque les déchets parviennent à 50 cm sous la surface du sol.

INCINÉRATION

Les avantages de l'incinération sont une réduction du volume et du poids des déchets et l'élimination des micro-organismes et de tout matériel identifiable. Les modèles d'incinérateurs vont de grands modèles industriels sophistiqués permanents fonctionnant à haute température à de petits modèles extrêmement basiques (tels qu'un tonneau ou un four en briques) qui génèrent des températures beaucoup plus basses. L'incinération dans un incinérateur industriel est préférable mais, si l'on n'en dispose pas, on peut utiliser un tonneau ou un incinérateur en briques. Les incinérateurs, en particulier les systèmes simples, peuvent libérer des produits chimiques toxiques dans l'air et sont inefficaces lorsque l'on brûle des déchets pathologiques ayant une teneur élevée en humidité.

Si un petit incinérateur constitue la seule option possible, les bonnes pratiques consistent à :

- Réduire et trier efficacement les déchets, en veillant à n'incinérer que le plus faible volume possible de déchets combustibles
- Utiliser un système conçu pour atteindre une température suffisante pour permettre une combustion complète
- Installer les incinérateurs à distance et sous le vent par rapport aux bâtiments hospitaliers et aux zones résidentielles ou aux cultures alimentaires
- Utiliser un mode opératoire clairement décrit
- Effectuer des entretiens réguliers
- Ne pas incinérer certains déchets, à savoir les récipients contenant des gaz sous pression (bombes aérosols), les déchets chimiques réactifs, les déchets contenant des sels d'argent et les déchets photographiques et/ou radiographiques, le chlorure de polyvinyle (PVC) ou les déchets à haute teneur en mercure ou en cadmium.

On trouvera des directives relatives à la construction d'incinérateurs dans les manuels de l'OMS, de Médecins Sans Frontières et de la Jhpiego (voir *Autres ressources* page 76).

DÉVERSEMENT DANS UN RÉSEAU D'ÉGOUTTAGE SÉCURISÉ

Les déchets pathologiques liquides peuvent être déversés directement dans un évier ou une canalisation raccordés à un système d'égouttage ou à une fosse d'aisance assurant un traitement adéquat. Rincer soigneusement l'évier, les canalisations ou les toilettes et les nettoyer avec une solution désinfectante au moins une fois par jour ou plus fréquemment en cas d'utilisation intensive ou de souillure importante.

INCINÉRATION À CIEL OUVERT

L'incinération à ciel ouvert est déconseillée. S'il s'agit de la seule option possible, elle doit se faire dans une zone confinée (une fosse servant de réservoir que l'on recouvre de terre lorsque l'on a terminé).

DÉVERSEMENT À CIEL OUVERT

Le déversement à ciel ouvert ne constitue en aucun cas une option acceptable en raison du caractère infectieux des déchets pathologiques.

Bibliographie

1. Dragoman, M. et al. (2014). Overview of abortion cases with severe maternal outcomes in the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: a descriptive analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 121 Suppl 1: 25-31.
2. Gebreselassie, H. et al. (2005). The magnitude of abortion complications in Kenya. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 112(9): 1229-1235.
3. Zhirova, I.A. et al. (2004). Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation. *Studies in Family Planning*. 35(3): 178-188.
4. Healy, J., K. Otsea et J. Benson. (2006). Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 95(2): 209-220.
5. Harries, J. et al. (2007). Delays in seeking an abortion until the second trimester: a qualitative study in South Africa. *Reproductive Health*. 4: 7.
6. Harris, L.H. et D. Grossman. (2011). Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 115(1): 77-79.
7. Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
8. Karanth, L. et al. (2013). Anti-D administration after spontaneous miscarriage for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database System Review*. (3): Cd009617.
9. Goldstein, S.R. et M.F. Reeves. (2009). Clinical assessment and ultrasound in early pregnancy. In *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*. P. Maureen et al. (eds.). West Sussex, Royaume-Uni :Wiley-Blackwell. 63-77.
10. Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
11. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. (2016). ACOG practice bulletin No. 104: antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. *Obstetrics and Gynecology*. 113(5): 1180-1189.
12. Achilles, S.L., M.F. Reeves et S.o.F. Planning. (2011). Prevention of infection after induced abortion. *Contraception*. 83(4): 295-309.
13. Peterson, W.F. et al. (1983). Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. *Obstetrics and Gynecology*. 62(2): 185-190.
14. Planned Parenthood Federation of America. *Manual of Medical Standards and Guidelines*. Planned Parenthood Federation of America : Washington, D.C.
15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). *Best Practice Paper No. 2: Best practice in comprehensive abortion care*. Londres, Royaume-Uni : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
16. Fox, M.C. et C.M. Krajewski. (2014). Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation. *Contraception*. 89(2): 75-84.
17. Newmann, S. et al. (2008). Clinical guidelines. Cervical preparation for surgical abortion from 20 to 24 weeks' gestation. *Contraception*. 77(4): 308-314.
18. Nucatola, D. et al. (2008). Serious adverse events associated with the use of misoprostol alone for cervical preparation prior to early second trimester surgical abortion (12-16 weeks). *Contraception*. 78(3): 245-248.

19. Baird, T.L. et al. (2007). *Clinician's guide for second-trimester abortion*. Second edition. Chapel Hill, NC: Ipas.
20. Bryman, I., S. Granberg et A. Norström. (1988). Reduced incidence of postoperative endometritis by the use of Laminaria stents in connection with first trimester abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 67(4): 323-325.
21. Jonasson, A. et al. (1989). The influence of cervical dilatation by laminaria tent and with Hegar dilators on the intrauterine microflora and the rate of postabortal pelvic inflammatory disease. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 68(5): 405-410.
22. Borgatta, L. et al. (2012). Mifepristone vs. osmotic dilator insertion for cervical preparation prior to surgical abortion at 14-16 weeks: a randomized trial. *Contraception*. 86(5): 567-571.
23. Goldberg, A.B. et al. (2005). Misoprostol compared with laminaria before early second-trimester surgical abortion: a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*. 106(2): 234-241.
24. Bartz, D. et al. (2013). Buccal misoprostol compared with synthetic osmotic cervical dilator before surgical abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*. 122(1): 57-63.
25. Sagiv, R. et al. (2015). Laminaria vs. vaginal misoprostol for cervical preparation before second-trimester surgical abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*. 91(5): 406-411.
26. Edelman, A.B. et al. (2006). Cervical preparation using laminaria with adjunctive buccal misoprostol before second-trimester dilation and evacuation procedures: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 194(2): 425-430.
27. Drey, E.A. et al. (2014). Buccal misoprostol plus laminaria for cervical preparation before dilation and evacuation at 21–23 weeks of gestation: a randomized controlled trial. *Contraception*. 89(4): 307-313.
28. Goldberg, A.B. et al. (2015). Cervical Preparation before Dilation and Evacuation Using Adjunctive Misoprostol or Mifepristone Compared With Overnight Osmotic Dilators Alone: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*. 126(3): 599-609.
29. Lyus, R. et al. (2013). Outcomes with same-day cervical preparation with Dilapan-S osmotic dilators and vaginal misoprostol before dilatation and evacuation at 18 to 21+6 weeks' gestation. *Contraception*. 87(1): 71-75.
30. Carbonell, J.L. et al. (2007). Vaginal vs. sublingual misoprostol with mifepristone for cervical priming in second-trimester abortion by dilation and evacuation: a randomized clinical trial. *Contraception*. 75(3): 230-237.
31. Casey, F.E. et al. (2016). A randomized controlled trial evaluating same-day mifepristone and misoprostol compared to misoprostol alone for cervical preparation prior to secondtrimester surgical abortion. *Contraception*. 94(2): 127-133.
32. Searle, L. et al. (2014). Efficacy of mifepristone for cervical priming for second-trimester surgical termination of pregnancy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 124(1): 38-41.
33. Shaw, K.A. et al. (2015). Adjunct mifepristone for cervical preparation prior to dilation and evacuation: a randomized trial. *Contraception*. 91(4): 313-319.
34. Renner, R.M. et al. (2012). Paracervical block for pain control in first-trimester surgical abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*. 119(5): 1030-1037.
35. Atrash, H.K., T.G. Cheek et C.J. Hogue. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 158(2): 420-424.

36. Lazenby, G.B., N.S. Fogelson et T. Aeby. (2009). Impact of paracervical block on post-abortion pain in patients undergoing abortion under general anesthesia. *Contraception*. 80(6): 578-582.
37. Jackson, R.A. et al. (2001). Digoxin to facilitate late second-trimester abortion: a randomized, masked, placebo-controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 97(3): 471-476.
38. Dean, G. et al. (2012). Safety of digoxin for fetal demise before second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Contraception*. 85(2): 144-149.
39. Drey, E.A. et al. (2000). Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 182(5): 1063-1066.
40. Steward, R. et al. (2012). Infection and extramural delivery with use of digoxin as a fetocidal agent. *Contraception*. 85(2): 150-154.
41. Nucatola, D., N. Roth et M. Gatter. (2010). A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*. 81(1): 67-74.
42. Borgatta, L. et N. Kapp. (2011). Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*. 84(1): 4-18.
43. Coke, G.A. et al. (2004). Maternal cardiac arrest associated with attempted fetal injection of potassium chloride. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 13(4): 287-290.
44. Tocce, K., K.K. Leach et S.B. Teal. (2014). Umbilical cord transection to induce fetal demise prior to second-trimester D&E abortion: in reply. *Contraception*. 89(5): 473-474.
45. Boyd, E.F., Jr. et E.G. Holmstrom. (1972). Ovulation following therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 113(4): 469-473.
46. Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
47. Biggs, M.A. et al. (2017). Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *JAMA Psychiatry*. 74(2): 169-178.
48. Steinberg, J.R. et L.R. Rubin. (2014). Psychological Aspects of Contraception, Unintended Pregnancy, and Abortion. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*. 1(1): 239-247.
49. Biggs, M.A. et al. (2016). Does abortion increase women's risk for post-traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study. *BMJ Open*. 6(2): e009698.
50. Pazol, K. et al. (2015). Abortion Surveillance - United States, 2012. *MMWR Surveill Summ*. 64(10): 1-40.
51. Bonnen, K.I., D.N. Tuijje et V. Rasch. (2014). Determinants of first and second trimester induced abortion - results from a cross-sectional study taken place 7 years after abortion law revisions in Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 14: 416.
52. Foster, D.G. et K. Kimport. (2013). Who seeks abortions at or after 20 weeks? *Perspectives in Sexual and Reproductive Health*. 45(4): 210-218.
53. Lim, L. et al. (2012). Profiles of women presenting for abortions in Singapore: focus on teenage abortions and late abortions. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 160(2): 219-222.

54. Sowmini C.V. (2013). Delay in termination of pregnancy among unmarried adolescents and young women attending a tertiary hospital abortion clinic in Trivandrum, Kerala, India. *Reproductive Health Matters*. 21(41): 243-250.
55. Ben-Ami, I. et al. (2009). Safety of late second-trimester pregnancy termination by laminaria dilatation and evacuation in patients with previous multiple cesarean sections. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 201(2): 154.e1-5.
56. Schneider, D., I. Bukovsky et E. Caspi. (1994). Safety of midtrimester pregnancy termination by laminaria and evacuation in patients with previous cesarean section. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 171(2): 554-557.
57. Silver, R.M. (2015). Abnormal Placentation: Placenta Previa, Vasa Previa, and Placenta Accreta. *Obstetrics & Gynecology*. 126(3): 654-668.
58. Rizos, N. et al. (1979). Natural history of placenta previa ascertained by diagnostic ultrasound. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 133(3): 287-291.
59. American Psychological Association Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). *Report of the Task Force on Mental Health and Abortion*. Washington, DC.
60. Charles, V.E. et al. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*. 78(6): 436-450.
61. Guttmacher Institute. (2012). *Study purporting to show link between abortion and mental health outcomes decisively debunked*.
62. National Collaborating Centre for Mental Health. (2011). *Induced Abortion and Mental Health: A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors*. Londres, Royaume-Uni : Academy of Medical Royal Colleges.
63. Rocca, C.H. et al. (2013). Women's emotions one week after receiving or being denied an abortion in the United States. *Perspectives in Sexual and Reproductive Health*. 45(3): 122-131.
64. Jackson, J.E. et al. (2007). Mid-trimester dilation and evacuation with laminaria does not increase the risk for severe subsequent pregnancy complications. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 96(1): 12-15.
65. Filly, R.A. et F.P. Hadlock. (2000). Sonographic determination of menstrual age. *Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology*. 4: 150.
66. Drey, E.A. et al. (2005). Improving the accuracy of fetal foot length to confirm gestational duration. *Obstetrics and Gynecology*. 105(4): 773-778.
67. Ziraba, A.K. et al. (2015). Unsafe abortion in Kenya: A cross-sectional study of abortion complication severity and associated factors. *BMC Pregnancy and Childbirth*. (15): 34.
68. Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence*, K.L. Turner et A. Huber, éditeurs. Chapel Hill, NC : Ipas.
69. Edlow, A.G. et al. (2011). Uterine evacuation for second-trimester fetal death and maternal morbidity. *Obstetrics and Gynecology*. 117(2 Pt 1): 307-316.
70. Autry, A.M. et al. (2002). A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 187(2): 393-397.
71. Kerns, J. et J. Steinauer. (2013). Management of postabortion hemorrhage. *Contraception*. 87(3): 331-342.
72. Lalonde, A. et al. (2006). Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 94(3): 243-253.

73. Tindell, K. et al. (2013). Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum haemorrhage in resource-poor settings: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 120(1): 5-14.
74. Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Safe management of wastes from health-care activities*. Deuxième édition. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Autres ressources

Ipas. (2014). *Avortement au cours du deuxième trimestre : Boîte à outils pour la prestation de services*. Accessible via : [http:// www.ipas.org/en/Resourcess/Ipas%20Publications/Second-Tri-ster-Abortion-A-Toolkit-forService-Delivery.aspx](http://www.ipas.org/en/Resourcess/Ipas%20Publications/Second-Tri-ster-Abortion-A-Toolkit-forService-Delivery.aspx)

Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel du formateur*. K. L. Turner et A. Huber (éditeurs). Accessible via : <http://www.ipas.org/en/Resourcess/Ipas%20Pu-blications/WomanCentered-Comprehensive-Abortion-Care-Trainers-Manual-Second-Edition.aspx>

Ipas. (2017). *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive*. D. Brahmi (éditeur) Accessible via : <http://www.ipas.org/en/Resourcess/Ipas%20Publications/Actualites-Cliniques.aspx>

Médecins Sans Frontières. (2010). *Public Health Engineering in Precarious Situations*. P. Maes et J. v. d. Noortgate (eds). Accessible via : http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/public_health_en.pdf

Tietjen, L., Bossemeyer, D. et McIntosh, N. (2003). *Infection prevention: guidelines for health-care facilities with limited resources*. Baltimore, Maryland.

Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Safe management of wastes from health-care activities*. Deuxième édition. Y. Chartier, J. Emmanuel, U. Pieper, A. Prüss, P. Rushbrook, R. Stringer, W. Townend, S. Wilburn et R. Zghondi, éditeurs. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

