Ipas

Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive 2026



© 2026 Ipas.

Photo de couverture par Sophoto Studios pour Ipas

Citation proposée :

Ipas. (2026). *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive*. E. Jackson (éd.). Chapel Hill, NC : Ipas.

Ipas œuvre à faire progresser la justice reproductive en élargissant l'accès à l'avortement et à la contraception, à l'aide d'une approche globale portant sur les systèmes sanitaires, juridiques et sociaux. Nous pensons que chaque personne doit avoir le droit à l'autonomie corporelle et les moyens de déterminer son propre avenir. En Afrique, en Asie et dans les Amériques, nous travaillons avec des partenaires pour garantir la disponibilité et l'accessibilité à tous et toutes des services de santé reproductive, notamment l'avortement et la contraception.

Ipas est une organisation à but non lucratif enregistrée de type 501(c)(3). Toutes les contributions à Ipas sont déductibles des impôts dans la mesure de ce que permet la loi.

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

www.ipas.org
ContactUs@ipas.org
P.O. Box 9990,
Chapel Hill, NC 27515 États-Unis

Ipas Network
11 Holland Avenue, Suite 300, Ottawa ON K1Y 4S, Canada

Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive 2026

Éditrice médicale :
Emily Jackson

Bibliothécaire en chef :
Allison Campbell

Comité consultatif clinique :

Sangeeta Batra, Inde

Abiyot Belai, Éthiopie

Deeb Shrestha Dangol, Népal

Ernest Nyamato, Kenya

Guillermo Ortiz, États-Unis

Bill Powell, États-Unis

Marcema Masabanda, Amérique latine et Mexique

Mike Mpoyi, République démocratique du Congo

Henry Flores, Bolivie

Edward Ngoga, Kenya

Remerciements

Nous remercions tous ceux qui ont contribué à cette version et aux précédentes versions de la publication *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive :*

Babatunde Adelekan
Rebecca Allen
Lynn Borgatta
Dalia Brahmi
Anne Burke
Catherine Casino
Talemoh Dah
Gillian Dean
Alison Edelman
Courtney Firestine
Mary Fjerstad
Bela Ganatra
Vinita Goyal
Joan Healy
Emily Jackson
Nathalie Kapp
Bliss Kaneshiro
Ann Leonard
Radha Lewis
Patricia Lohr
Claudia Martinez Lopez
Steve Luboya
Alice Mark (rédactrice fondatrice)
Lisa Memmel
Karen Padilla
Regina Renner
Cristião Rosas
Laura Schoedler

Les sujets abordés dans les *Actualités cliniques* sont sélectionnés en fonction des questions posées et des demandes émises dans le cadre des formations et des programmes soutenus par Ipas dans les secteurs public et privé en rapport avec la santé. Nous remercions les formateurs cliniques d'Ipas, les programmes nationaux d'Ipas en Afrique, en Asie et en Amérique latine, ainsi que l'India Development Foundation, pour leur expertise technique et leur contribution.

Abréviations

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AINS	anti-inflammatoires non stéroïdiens
AMIU	aspiration manuelle intra-utérine
IC	intervalle de confiance
DDR	date des dernières règles
DIU	dispositif intra-utérin
FIGO	Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (système de gradation pour l'évaluation de la qualité des données scientifiques en vue de l'élaboration de recommandations de bonne pratique clinique)
hCG	hormone gonadotrope chorionique humaine
IM	intramusculaire
IV	intraveineuse
kg	kilogramme
µg	microgramme
mg	milligramme
ml	millilitre
MOOSE	Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology (Méta-analyse des études observationnelles en épidémiologie)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Éléments de rapport préférentiels pour les analyses systématiques et les méta-analyses)
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynecologists
RR	risque relatif
SC	sous-cutané
UI	unités internationales

Table des matières

Introduction 8

Élaboration des recommandations d'ipas 9

1. Recommandations générales concernant les soins d'avortement 12

1.1 Résumé des schémas d'administration recommandés pour un avortement médicamenteux 12

1.2 Évacuation utérine : remplacement du curetage par l'aspiration ou par des méthodes médicamenteuses 14

1.3 Antibiothérapie prophylactique lors d'une aspiration intra-utérine ou d'une procédure de dilatation et évacuation 16

1.4 Antibiothérapie prophylactique lors d'un avortement médicamenteux 20

1.5 Avortement médicamenteux : contre-indications et précautions 22

1.6 Misoprostol : qualité du produit 26

2. Contrôle de la douleur 29

2.1 Contrôle de la douleur lors d'un avortement médicamenteux avant 13 semaines 28 de gestation 29

2.2 Contrôle de la douleur lors d'un avortement médicamenteux à partir de 13 semaines 31 de gestation 33

2.3 Contrôle de la douleur lors d'une aspiration intra-utérine 36

2.4. Contrôle de la douleur lors d'une procédure de dilatation et évacuation 43

2.5 Bloc paracervical 48

3. Recommandations pour un avortement avant 13 semaines de gestation 52

3.1 Personnes adolescentes : sécurité et efficacité 52

3.2 Détermination de l'âge gestationnel 56

3.3 Détection d'une grossesse extra-utérine 61

3.4 Aspiration intra-utérine 65

3.4.1. Sécurité et efficacité 65

3.4.2. Préparation cervicale 69

3.4.3. Examen bimanuel 72

3.4.4. Examen des produits de conception 74

3.4.5. Conditionnement des aspirateurs Ipas AMIU Plus® et des aspirateurs à simple valve 76

3.5 Avortement médicamenteux 79

3.5.1. Auto-prise en charge de la procédure d'avortement 79

3.5.2. Risque de malformation fœtale 84

3.5.3. Mifépristone et misoprostol : schéma de traitement recommandé 86

3.5.4. Misoprostol seul : schéma de traitement recommandé 93

3.5.5. Utilisation à domicile des médicaments jusqu'à 12 semaines de gestation 100

3.5.6. Confirmation d'avortement complet 105

3.5.7. Observations échographiques lors de la visite de suivi 110

4. Recommandations pour un avortement à partir de 13 semaines de gestation **113**

4.1 Qui sont les personnes demandeuses d'un avortement à 13 semaines de gestation ou plus ? **113**
4.2 Comparaison entre les méthodes **118**
4.3 Détermination de l'âge gestationnel **121**
4.4 Induction de mort fœtale **124**
4.5 Suivi **128**
4.6 Dilatation et évacuation **129**
4.6.1. Préparation cervicale **129**
4.7 Avortement médicamenteux **135**
4.7.1. Mifépristone et misoprostol : schéma de traitement recommandé **135**
4.7.2. Misoprostol seul : schéma de traitement recommandé **141**
4.7.3. Présence de cicatrices utérines : schéma de traitement recommandé **145**

5. Soins après avortement **148**

5.1 Traitement en cas d'avortement incomplet ou manqué pour une taille utérine de moins de 13 semaines **148**
5.2 Traitement en cas d'avortement incomplet ou de mort fœtale pour une taille utérine de 13 semaines ou plus **153**
5.3 Contraception après avortement : à partir de quel moment et quel type ? **156**
5.4 Utilisation d'un DIU après un avortement : sécurité et moment de la mise en place **163**
5.5 Hémorragie consécutive à l'avortement : prévention et prise en charge **168**
5.6 Prise en charge d'une perforation utérine **172**

Annexes **176**

A. Tableaux des analgésiques **176**
B. Continuum des niveaux de sédation : définition de l'anesthésie générale et des degrés de sédation/d'analgésie **181**
C. Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant le rôle des différentes catégories de personnels de santé dans la prise en charge de l'avortement **183**

Introduction

La publication d'Ipas *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive* reprend les recommandations cliniques les plus récentes basées sur des données factuelles en rapport avec les soins complets d'avortement ; de nouveaux thèmes et de nouvelles ressources y sont régulièrement ajoutés. *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive* propose des informations concises et aisément lisibles sur les soins d'avortement, en combinant les données factuelles les plus récentes aux leçons acquises auprès des professionnels de santé du monde entier en vue d'établir des recommandations cliniques pertinentes.

À qui est destinée cette ressource ?

Publiées pour la première fois en 2013, les *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive* ont été initialement conçues comme une ressource clinique basée sur des éléments factuels à la pointe de l'actualité à l'usage des membres du personnel d'Ipas. Au fil du temps, cette publication s'est également avérée utile pour :

- **les cliniciens** qui dispensent des soins d'avortement ;
- **les professionnels de la santé publique et des établissements hospitaliers** qui travaillent à l'élaboration de protocoles de soins aux patientes dans le cadre des systèmes de santé publique et dans le secteur privé ;
- **les défenseurs du droit à l'avortement sécurisé et les responsables politiques** qui définissent des lois et des politiques qui garantissent le droit à la santé pour les femmes, les filles et toutes les personnes enceintes.

Quelles sont les nouveautés qu'apporte cette version ?

Cette édition des *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive* propose des recommandations actuelles basées sur des éléments factuels sur plus de quarante sujets en rapport avec les services d'avortement. Lors du processus de mise à jour de 2026, nous avons passé en revue les articles nouvellement publiés concernant tous les thèmes abordés dans le présent document et nous avons mis à jour nos recommandations, nos conseils pratiques, nos synthèses des données scientifiques ainsi que nos outils et ressources cliniques afin de refléter les données cliniques les plus récentes concernant les soins d'avortement.

La version en ligne des *Actualités cliniques* (www.ipas.org/actualitescliniques) reprend les recommandations figurant dans ce manuel, ainsi que des menus contextuels simples d'emploi pour permettre aux lecteurs d'accéder rapidement aux informations dont ils ont besoin. Tant la version en ligne que la version imprimée/au format PDF sont également disponibles en français, en espagnol et en portugais.

Enfin, en reconnaissance du fait que les personnes qui s'identifient comme transgenres, non binaires, fluides et autres identités de genre peuvent vivre la grossesse et l'avortement, nous avons tenté d'incorporer un langage inclusif dans cette révision des mises à jour cliniques sur la santé reproductive. La plupart des données disponibles sur les soins liés à l'avortement ont été recueillies auprès de populations de femmes cisgenres ; lorsque des études spécifiques incluses dans les Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive décrivent les personnes ayant participé à l'étude comme étant des « femmes », nous utilisons également le terme « femmes » pour être cohérents avec ce qui est rapporté. Dans nos discussions sur l'avortement en général, et lorsqu'il est fait référence à toutes les personnes de sexe différent qui ont besoin de soins en matière d'avortement, nous utilisons les termes « personnes », « individus », « personnes demandeuses d'avortement », ou d'autres termes incluant le genre.

Élaboration des recommandations d'ipas

Lors de l'élaboration de ses programmes cliniques, Ipas s'efforce d'intégrer les meilleurs éléments factuels scientifiques. Cette section décrit la méthode utilisée par Ipas pour élaborer ses recommandations cliniques.

Utilisation des éléments factuels comme fondement pour la formulation des recommandations

Les recommandations cliniques sont basées sur des éléments factuels pertinents publiés dans des revues scientifiques avec comité de lecture. Pour chaque thème clinique abordé dans les *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive*, nous avons procédé à des recherches systématiques à travers la littérature en recourant à une méthode issue des directives PRISMA *(Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* [Éléments de rapport préférentiels pour les analyses systématiques et les méta-analyses]) et MOOSE (*Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology* [Méta-analyse des études observationnelles en épidémiologie]) (Page et al., 2021 ; Stroup, Berlin et Morton, 2000).

Procédure d'élaboration des recommandations

Ipas met en œuvre le système GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) pour formuler ses recommandations. (Shunemann et al., 2013). Le système GRADE propose un cadre pour l'évaluation de la qualité des éléments factuels disponibles et pour leur traduction en recommandations adaptées au contexte. Pour chaque recommandation reprise dans les *Actualités cliniques*, nous spécifions la qualité des éléments factuels et le poids de la recommandation basée sur ces données.

Qualité des éléments factuels

Les sources des données cliniques factuelles varient d'études cliniques à grande échelle bien conçues et présentant un minimum de biais à des observations cliniques non contrôlées, des séries de cas ou des rapports de cas cliniques. Lorsqu'il n'existe pas d'éléments factuels, nous avons éventuellement utilisé des avis de spécialistes. Dans le système GRADE, la qualité des éléments factuels liés à un résultat clinique spécifique est définie comme la mesure dans laquelle on peut avoir la certitude que l'estimation de l'effet est correcte et la mesure dans laquelle l'élément factuel disponible est en relation avec le contexte spécifique dans lequel il est appliqué. Pour l'évaluation de la qualité des éléments factuels, les critères suivants sont pris en considération :

- conception de l'étude
- limites de l'étude et le risque de biais
- reproductibilité des résultats à travers les études disponibles
- précision des résultats (intervalles de confiance larges ou étroits)
- faisabilité compte tenu des populations, des interventions et des conditions dans lesquelles l'intervention proposée pourrait être utilisée
- probabilité de l'existence d'un biais de publication

La détermination de la qualité des éléments factuels est indiquée comme suit (Balshem et al., 2011) :

- Degré *élevé* : nous sommes pratiquement certains que l'effet réel est proche de l'effet estimé.
- Degré *modéré* : nous sommes modérément certains de l'effet estimé. L'effet réel est vraisemblablement proche de l'effet estimé mais il subsiste une possibilité qu'il soit très différent.
- Degré *faible* : notre confiance dans l'effet estimé est limitée. L'effet réel pourrait être très différent de l'effet estimé.
- Degré *très faible* : nous n'accordons qu'une très faible confiance à l'estimation de l'effet. L'effet réel est probablement extrêmement différent de l'effet estimé.

Par exemple, les études randomisées se voient initialement attribuer un degré élevé, tandis que les études observationnelles sont initialement notées comme de faible qualité.

Poids de la recommandation

Le poids d'une recommandation est défini comme la mesure dans laquelle on peut avoir la certitude que les conséquences attendues d'une recommandation sont plus importantes que ses conséquences indésirables (Andrews et al., 2013). Les effets souhaitables peuvent être de meilleurs résultats en termes d'état de santé, une moindre charge pour les prestataires de soins et les systèmes de santé ou des économies sur le plan financier. Les effets indésirables sont notamment des dommages aux patientes, des désagréments ou des problèmes supplémentaires et une utilisation plus importante des ressources.

- Un poids **important** est attribué à une recommandation lorsque les effets souhaitables de l'intervention préconisée sont clairement plus importants que ses effets indésirables (Shunemann et al., 2013). La plupart des personnes informées feraient le choix de pratiquer l'intervention recommandée (Andrews et al., 2013).
- Un poids **faible** est attribué à une recommandation lorsque les éléments factuels suggèrent que les effets souhaitables de l'intervention préconisée sont probablement plus importants que ses effets indésirables, mais qu'elle n'est associée qu'à des bénéfices limités ou à des bénéfices qui ne valent pas la peine par rapport à l'effort consenti (Shunemann et al., 2013). Même si la plupart des personnes informées choisiraient d'entreprendre l'action recommandée, un nombre non négligeable ne le feraient pas (Andrews et al., 2013).

Peut-on établir une recommandation ayant un poids important sur la base d'éléments factuels de faible qualité ?

Réponse : Oui. De nombreux facteurs influencent le poids d'une recommandation.

Par exemple, même si les éléments factuels concernant la pratique d'un examen bimanuel avant une aspiration utérine sont limités, plusieurs facteurs augmentent le poids de la recommandation selon laquelle le clinicien qui pratiquera la procédure doit effectuer au préalable un examen bimanuel : 1) le bénéfice potentiel pour les patientes, 2) le faible risque de dommage associé à un examen bimanuel et 3) son faible coût et les économies potentielles liées au fait d'éviter des complications. Tous les prestataires de soins et toutes les patientes ou presque, s'ils sont informés de l'équilibre entre effets souhaitables et indésirables, choisiraient d'inclure un examen bimanuel avant une procédure utérine.

Mises à jour des *Actualités cliniques*

Les *Actualités cliniques* font l'objet de remises à jour régulières. La date de dernière révision pour chaque thème indique que tous les articles pertinents publiés dans la littérature jusqu'à cette date ont été pris en considération et intégrés le cas échéant. Les nouveaux thèmes et les propositions de révision du document proviennent des utilisateurs finaux, d'un comité consultatif composé de représentants régionaux et des observations faites dans le cadre du monitorage régulier de la qualité des services cliniques intégré dans les programmes soutenus par Ipas. Le Groupe consultatif clinique (Clinical Advisory Group), représentatif au niveau régional, examine toutes les mises à jour proposées par l'éditrice médicale. Les nouvelles recommandations ou celles qui subissent des modifications importantes sont éventuellement soumises à une procédure interne de révision collégiale. La procédure de révision, y compris les recherches et l'examen systématiques de la littérature, la documentation des éléments factuels, la génération et la révision des recommandations et les modifications apportées suite à cela aux *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive*, est documentée et archivée.

Bibliographie

Andrews, J., Guyatt, G., Oxman, A., Alderson, P., Dahm, P., Falck-Ytter, Y., ..., Schunemann, H. J. (2013). GRADE Guidelines : 14. Going from evidence to recommendations : The significance and presentation of recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66, 719-725.

Balshem, H., Helfand, M., Schunemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., ..., Guyatt, G. H. (2011). GRADE Guidelines : 3. Rating the quality of the evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64, 401-406.

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffman, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hrobjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomas, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P., et Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement : An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71.

Schunemann, H., Brozek, J., Guyatt, G., et Oxman, A. (2013). GRADE Handbook. Available at : https ://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.ged5uqebmir9. Accessed April 15, 2023.

Stroup, D. F., Berlin, J. A., Morton, S. C., Olkin, I., Williamson, G. D., Rennie, D. ... pour le groupe MOOSE (Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology). (2000). Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology : A proposal for reporting. *JAMA*, 283(15), DOI : 10.1001/jama.283.15.2008.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

1.1

1. Recommandations générales concernant les soins d'avortement

Résumé des schémas d'administration recommandés pour un avortement médicamenteux

Avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et le misoprostol

Avant 13 semaines de gestation :

- Mifépristone 200 mg par voie orale
- Misoprostol 800 µg par voie buccale, sublinguale ou vaginale 1 à 2 jours après la mifépristone. Il est possible de répéter cette dose afin d'assurer le succès de l'avortement.

À partir de 9 semaines de gestation, une utilisation routinière d'au moins deux doses de misoprostol, administrées à intervalles de 3 à 4 heures, améliore le taux de succès de l'avortement.

- À partir de 13 semaines de gestation (13 à 24 semaines) :
- Mifépristone 200 mg par voie orale
- Misoprostol 400 µg par voie buccale, sublinguale ou vaginale 1 à 2 jours après la mifépristone, ensuite toutes les trois heures jusqu'à expulsion des produits de conception et du placenta
- La durée moyenne de l'avortement est de 6 à 10 heures après la première dose de misoprostol, toutefois certaines personnes nécessiteront davantage de temps pour mener l'avortement à son terme.

Avortement médicamenteux utilisant le misoprostol seul

Avant 13 semaines de gestation :

- Misoprostol 800 µg par voie buccale, sublinguale ou vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion
- Il conviendra, en fonction de la procédure choisie, de donner 3 à 4 doses de misoprostol aux personnes qui auront un avortement médicamenteux en dehors d'un centre de santé à l'aide de misoprostol seul.

À partir de 13 semaines de gestation (13 à 24 semaines) :

- Misoprostol 400 µg par voie buccale, sublinguale ou vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion des produits de conception et du placenta. L'administration vaginale est plus efficace que les autres voies.
- La durée moyenne de l'avortement est de 10 à 15 heures après la première dose de misoprostol, toutefois certaines personnes nécessiteront plusieurs jours pour mener l'avortement à son terme.

Traitement médicamenteux lors d'un avortement incomplet, de rétention de tissus dans l'utérus ou de mort fœtale intra-utérine (soins après avortement)

Taille utérine inférieure à 13 semaines :

- Avortement incomplet :
  - Une dose unique de 600 µg de misoprostol par voie orale ou une dose unique de 400 µg de misoprostol par voie buccale, sublinguale ou (en l'absence de saignements vaginaux) par voie vaginale

- Rétention de tissus dans l'utérus ou mort fœtale intra-utérine :
  - Si disponible, ajouter un prétraitement par 200 mg de mifépristone par voie orale 1 à 2 jours avant le misoprostol
    - Where available, add pretreatment with mifepristone 200mg orally 1-2 days before misoprostolTaille utérine supérieure ou égale à 13 semaines de gestation :
- Avortement incomplet :
  - Misoprostol 400 µg par voie buccale, sublinguale ou, en l'absence de saignements vaginaux, par voie vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion
- Mort fœtale in utero (jusqu'à 24 semaines) :
  - Misoprostol 400 µg par voie buccale, sublinguale ou, en l'absence de saignements vaginaux, par voie vaginale toutes les 4 à 6 heures jusqu'à expulsion
  - Si disponible, ajouter un prétraitement par 200 mg de mifépristone par voie orale 1 à 2 jours avant le misoprostol

Ressources

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocoles pour l'avortement médicamenteux (Fiche de dosages)

Roues d'aide à la datation gestationnelle—mifépristone/misoprostol

Roues d'aide à la datation gestationnelle—misoprostol seul

1.2 Évacuation utérine : remplacement du curetage par l'aspiration ou par des méthodes médicamenteuses

Recommandation :

- L'aspiration intra-utérine ou l'avortement médicamenteux doivent remplacer le curetage (également désigné sous le terme de dilatation et curetage—D&E) dans le cadre des soins d'avortement et des soins après avortement.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Modérée	29 septembre 2025

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) recommandent de ne pas recourir à un curetage—et notamment de ne utiliser de curette tranchante pour procéder à des « vérifications » en vue de mener à terme un avortement ; ces deux organisations affirment que l'aspiration intra-utérine ou les schémas d'avortement médicamenteux utilisant le misoprostol doivent remplacer le curetage (FIGO, 2011 ; OMS, 2024). Là où il n'existe pas encore de services d'évacuation utérine, l'aspiration intra-utérine et l'avortement médicamenteux doivent être introduits.

De multiples examens systématiques de la littérature ont montré que l'aspiration intra-utérine est aussi efficace que le curetage pour traiter des avortements précoces incomplets tout en diminuant la durée de la procédure, ainsi que la perte de sang et la douleur associées à celle-ci (Ghosh et al., 2021 ; Tuncalp, Gulmezoglu et Souza, 2010) et qu'il est possible d'introduire cette méthode dans des structures qui ont jusqu'ici eu recours au curetage (Kakinuma et al., 2020). Dans une série rétrospective de cas cliniques portant sur 80 437 personnes demandeuses d'un avortement, par rapport au curetage, l'aspiration intra-utérine était associée à un taux de complications majeures et mineures plus de deux fois moindre (Grimes, Schulz, Cates Jr et Tyler Jr, 1976). Une série plus récente incluant plus de 100 000 procédures d'avortement a permis de constater qu'un curetage, qu'il soit effectué seul ou en association avec une aspiration intra-utérine, était associé à une fréquence de complications significativement plus importante qu'une aspiration intra-utérine sans curetage, en particulier dans le cas d'un avortement incomplet (Sekiguchi et al., 2015).

Plusieurs études sur l'interruption volontaire de grossesse et les soins après avortement ont montré dans la mesure où l'aspiration intra-utérine peut-être pratiquée en ambulatoire et sans anesthésie générale par plusieurs catégories de prestataires de soins différents, son coût est significativement inférieur tant pour les systèmes de santé que pour les personnes qui y recourent (Benson, Okoh, KrennHrubec, Lazzarino et Johnston, 2012 ; Choobun, Khanuengkitkong et Pinjaroen, 2012 ; Farooq, Javed, Mumtaz et Naveed, 2011 ; Johnston, Akhter et Oliveras, 2012).

Une méta-analyse en réseau réalisée en 2021 a comparé les méthodes d'évacuation chirurgicale de l'utérus, y compris la D&C, à la prise en charge médicale des pertes de grossesse précoces, et a constaté une efficacité similaire pour l'aspiration sous vide, le D&C et la prise en charge médicale (Ghosh et al., 2021). La sécurité et l'acceptabilité des méthodes médicamenteuses pour une évacuation utérine sont bien documentées (Kulier et al., 2011 ; Neilson, Gyte, Hickey, Vazquez et Dou, 2013).

Le recours au curetage pour traiter un avortement incomplet, une rétention de tissus dans l'utérus ou une mort fœtale intra-utérine peut avoir pour conséquence un syndrome d'Asherman (adhérences intra-utérines ou synéchies). Une analyse rétrospective des résultats chez les patientes d'un centre de soins tertiaire a inclus 884 femmes ayant subi un curetage ou une aspiration manuelle intra-utérine ou ayant reçu un traitement au misoprostol suite à une fausse-couche précoce (Gilman Barber, Rhone et Fluker, 2014). Lors du suivi, 1,2 % des femmes qui avaient été traitées par curetage présentaient un syndrome d'Asherman (6 sur 483), alors qu'aucun cas n'a été constaté parmi les 401 femmes traitées par aspiration intra-utérine ou au misoprostol.

Bibliographie

Benson, J., Okoh, M., KrennHrubec, K., Lazzarino, M. A., & Johnston, H. B. (2012). Public hospital costs of treatment of abortion complications in Nigeria. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118*(2), 60012-60015.

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

Farooq, F., Javed, L., Mumtaz, A., & Naveed, N. (2011). Comparison of manual vacuum aspiration, and dilatation and curettage in the treatment of early pregnancy failure. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad, 23*(3), 28-31.

FIGO. (2011). Consensus statement on uterine evacuation. Retrieved from https://www.figo.org/news/new-download-uterine-evacuation-figo-consensus-statement-0014150

Ghosh, J., Papadopoulou, A., Devall, A.J., Jeffery, H.C., Beeson, L.E., ... & Gallos, I.D. (2021). Methods for managing miscarriage: A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 6*(6): CD012602

Gilman Barber, A. R., Rhone, S. A., & Fluker, M. R. (2014). Curettage and Asherman's syndrome-lessons to (re-) learn? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 36(*11), 997-1001.

Grimes, D. A., Schulz, K. F., Cates Jr, W., & Tyler, C. W., Jr. (1976). *The Joint Program for the Study of Abortion/CDC: A Preliminary Report*. Paper presented at the Abortion in the Seventies: Proceeding of the Western Regional Conference on Abortion, Denver, Colorado.

Johnston, H. B., Akhter, S., & Oliveras, E. (2012). Quality and efficiency of care for complications of unsafe abortion: A case study from Bangladesh. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118*(2), 60013-60017.

Kakinuma, T., Kakinuma, K., Sakamoto, Y., Kawarai, Y., Saito, K., Ihara, M., Matsuda, Y., Sato, I., Ohwada, M., Yanagida, K., & Tanaka, H. (2020). Safety and efficacy of manual vacuum suction compared with conventional dilatation and sharp curettage and electric vacuum aspiration in surgical treatment of miscarriage: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth, 16 ;20(1), 695.

Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., & Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 9*(11).

Neilson, J. P., Gyte, G. M., Hickey, M., Vazquez, J. C., & Dou, L. (2013). Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 28*(3).

Sekiguchi, A., Ikeda, T., Okamura, K., & Nakai, A. (2015). Safety of induced abortions at less than 12 weeks of pregnancy in Japan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 129*(1), 54-57.

Tuncalp, O., Gulmezoglu, A. M., & Souza, J. P. (2010). Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systemtatic Reviews, 8*(9).

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé

1.3 Antibiothérapie prophylactique lors d'une aspiration intra-utérine ou d'une procédure de dilatation et évacuation

Recommandation :

- Administrer une antibiothérapie prophylactique avant une aspiration intra-utérine ou une procédure de dilatation et évacuation.
- Si l'on ne dispose pas d'antibiotiques, on doit malgré tout proposer une procédure d'évacuation utérine.
- Administrer une antibiothérapie curative aux femmes qui présentent des signes ou symptômes d'infections sexuellement transmissibles ; les partenaires de ces patientes nécessitent également un traitement. Le traitement ne doit en aucun cas retarder l'évacuation utérine.

En pratique :

- Lorsqu'une prophylaxie antibiotique est nécessaire, une dose unique de doxycycline (antibiotique de la famille des tétracyclines) ou de métronidazole (antibiotique de la famille des nitroimidazoles) est couramment utilisée en raison de son efficacité, de sa facilité d'administration par voie orale, de son faible coût et de son faible risque de réaction allergique.

Poids de la recommandation :

Important

Qualité des éléments factuels :

- Aspiration intra-utérine : élevée
- Dilatation et évacuation : très faible
- Avortement incomplet ou manqué : modérée

Dernière révision :

30 septembre 2025

Risque d'infection

Lorsque l'on utilise des mesures objectives pour diagnostiquer les infections consécutives à un avortement par aspiration intra-utérine pratiqué avant 13 semaines de gestation, le taux d'infection varie de 0,01 à 2,44 % (Achilles et Reeves, 2011). Les études réalisées aux États-Unis avant le recours systématique à une antibiothérapie prophylactique font état de taux d'infection de 0,8 à 1,6 % suite à une procédure de dilatation et évacuation (Achilles et Reeves, 2011).

Éléments factuels en faveur d'une antibiothérapie prophylactique

Une méta-analyse menée en collaboration par Cochrane à partir de dix-neuf études cliniques randomisées et contrôlées a montré que l'administration prophylactique d'antibiotiques au moment d'une interruption volontaire de grossesse avant 13 semaines de gestation réduit dans une mesure significative le risque d'infection (Low, et al., 2012). Les éléments factuels en faveur d'une antibiothérapie prophylactique avant une procédure de dilatation et évacuation sont limités ; néanmoins, en raison du bénéfice démontré d'une

antibiothérapie prophylactique avant une aspiration intra-utérine, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2024), la *Society of Family Planning* (Cheng et al., 2025), l'*American College of Obstetricians and Gynecologists*(ACOG, 2018) et le *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG, 2018, réaffirmé 2022) recommandent une antibiothérapie prophylactique chez toutes les personnes qui subissent une aspiration intra-utérine ou une procédure de dilatation et évacuation.

Une méta-analyse Cochrane portant sur six essais contrôlés randomisés a montré que l'administration d'antibiotiques à titre prophylactique avant une évacuation utérine en cas d'avortement incomplet ou manqué (soins post-avortement) jusqu'à 22 semaines de gestation réduisait de manière significative le risque d'infection utérine lorsque l'analyse se limitait aux études de haute qualité (Ahmed et al., 2025). Parmi les études de la méta-analyse, la plus importante, un essai randomisé multinational qui a examiné les antibiotiques prophylactiques actuellement recommandés dans le cadre des soins post-avortement jusqu'à 22 semaines, a révélé que, lorsque des critères diagnostiques internationaux stricts pour l'infection pelvienne étaient appliqués, le nombre de femmes ayant développé une infection post-avortement était moins élevé dans le groupe recevant des antibiotiques prophylactiques que dans le groupe placebo (Lissauer et al., 2019 ; Serwadda, 2019). Une analyse secondaire de cette étude a montré qu'une antibiothérapie prophylactique est rentable, estimant qu'une prophylaxie systématique permettait d'économiser 8,5 millions de dollars dans deux régions, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du sud (Goranitis et al., 2019).

L'administration d'une antibiothérapie prophylactique est plus efficace et moins coûteuse qu'un dépistage de toutes les personnes qui se présentent pour des soins d'avortement pour traiter uniquement celles qui présentent des signes d'infection (Levallois et Rioux, 1988 ; Low et al., 2012). L'impossibilité de fournir des antibiotiques ne doit cependant pas limiter l'accès à l'avortement (OMS, 2024), puisque le risque global d'infection après une procédure d'avortement est extrêmement faible.

Schéma de traitement

De multiples schémas d'administration d'antibiotiques sont efficaces dans le cadre d'un traitement prophylactique avant un avortement (Cheng et al., 2025 ; Low et al., 2012). Les tétracyclines (doxycycline) et les nitro-imidazoles (métronidazole et tinidazole) sont fréquemment utilisés en raison de leur efficacité, de leur facilité d'administration par voie orale, de leur prix peu élevé et du faible risque de réactions allergiques ; l'efficacité des dérivés de la pénicilline a également été démontrée mais avec des risques d'allergie supérieurs (Achilles et Reeves, 2011 ; O'Connell et al., 2008 ; OMS, 2024). Bien que les études portant sur l'avortement soient limitées (Caruso et al., 2008), les éléments factuels de la littérature concernant l'obstétrique (Costantine et al., 2008), la gynécologie (Mittendorf et al., 1993) et la chirurgie générale (Classen et al., 1992) sont en faveur de la pratique consistant à administrer des antibiotiques avant la procédure afin de diminuer le risque d'infection. L'administration d'antibiotiques ne doit pas se poursuivre après l'avortement (Cheng et al., 2025 ; Caruso et al., 2008 ; Levallois et Rioux, 1988 ; Lichtenberg et Shott, 2003).

Le tableau ci-après reprend les schémas de traitement recommandés par les organisations professionnelles. Ces schémas reposent sur des données cliniques et des avis de spécialistes.

Tableau 1.3.1. Schémas d'antibiothérapie prophylactique

Schémas de traitement usuels	Auteur de la recommandation
Doxycycline 200 mg par voie orale avant la procédure *ou* Azithromycine 500 mg par voie orale avant la procédure *ou* Métronidazole 500 mg par voie orale avant la procédure	Society of Family Planning (Cheng et al., 2025)
Doxycycline 200 mg par voie orale dans l'heure qui précède la procédure	American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2018 reaffirmed 2022)

Antibiotiques en association avec des dilatateurs osmotiques

Bien que cela n'ait pas été étudié de manière approfondie, la préparation cervicale au moyen de dilatateurs osmotiques ne semble pas accroître le risque d'infection (Fox et Krajewski, 2014 ; Jonasson et al., 1989). Certains prestataires débutent les antibiotiques au moment de la mise en place du dilatateur osmotique mais aucune étude n'a évalué le bénéfice d'une telle pratique (White et al., 2018). La prophylaxie antibiotique associée à la mise en place d'un dilatateur ne doit pas se substituer à la prophylaxie antibiotique administrée au moment de l'intervention d'évacuation utérine (Cheng et al., 2025).

Antibiothérapie curative

Les personnes à haut risque doivent être dépistées pour les infections sexuellement transmissibles en plus de l'antibiothérapie prophylactique. Les personnes qui présentent des signes et symptômes d'infections sexuellement transmissibles doivent bénéficier sans retard de soins d'avortement et recevoir une antibiothérapie appropriée conformément aux schémas de traitement basés sur des données factuelles (Cheng et al., 2025 ; OMS, 2024 ; OMS, 2021). Les partenaires de ces personnes nécessitent également un traitement (OMS, 2025 ; OMS, 2021).

Ressources

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Recommandations relatives à l'utilisation d'une prophylaxie antibiotique dans le cadre des soins d'avortement sécurisé (fiche))

Bibliographie

Achilles, S. L., & Reeves, M. F. (2011). Society of Family Achilles, S. L. et Reeves, M. F. (2011). Society of Family Planning Clinical Guideline 20102: Prevention of infection after induced abortion. *Contraception, 83*(4), 295-309.

Ahmed, S. I., Ammerdorffer, A., Moakes, C. A., Cheshire, J., Gülmezoglu, A. M., Coomarasamy, A., Lissauer, D., et Wilson, A. (2025). Prophylactic antibiotics for uterine evacuation procedures to manage miscarriage. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*(4), CD014844.

American College of Obstetrics and Gynecology. (2018, réaffirmé 2022). Practice Bulletin No. 195 : Prevention of infection after gynaecologic procedures. *Obstetrics & Gynecology, 131*(6), e172-e189.

Caruso, S., Di Mari, L., Cacciatore, A., Mammana, G., Agnello, C. et Cianci, A. (2008). Antibiotic prophylaxis with prulifloxacin in women undergoing induced abortion: A randomized controlled trial. *Minerva Ginecologica, 60*(1), 1-5.

Cheng, T., Kumar, N., Laursen, L., Achilles, S. L., et Reeves, M. F. (2025). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Prevention of infection after abortion and pregnancy loss. *Contraception, 148*.

Classen, D. C., Evans, R. S., Pestotnik, S. L., Horn, S. D., Menlove, R. L. et Burke, J. P. (1992). The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical-wound infection. *The New England Journal of Medicine, 326*(5), 281-286.

Bibliographie

Costantine, M. M., Rahman, M., Ghulmiyah, L., Byers, B. D., Longo, M., Wen, T. et Saade, G. R. (2008). Timing of perioperative antibiotics for cesarean delivery: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 199*(3), 301-306.

Fox, M. C. et Krajewski, C. M. (2014). Society of Family Planning Clinical Guideline 20134: Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation. *Contraception, 89*(2), 75-82.

Goranitis, I., Lissauer, D. M., Coomarasamy, A., Wilson, A., Daniels, J., Middleton, L., … et Roberts, T. E. (2019). Antibiotic prophylaxis in the surgical management of miscarriage in low-income countries: a cost-effectiveness analysis of the AIMS trial. *The Lancet Global Health, 7*(9), e1280-e1286.

Jonasson, A., Larsson, B., Bygdeman, S. et Forsum, U. (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 Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 68*(5), 405-410.

Levallois, P. et Rioux, J. E. (1988). Prophylactic antibiotics for suction curettage abortion: Results of a clinical controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 158*(1), 100-105.

Lichtenberg, E. S. et Shott, S. (2003). A randomized clinical trial of prophylaxis for vacuum abortion: 3 versus 7 days of doxycycline. *Obstetrics & Gynecology, 101*(4), 726-731.

Lissauer, D., Wilson, A., Hewitt, C.A., Middleton, L., Bishop, J.R.B., Daniels, J., … et Coomarasamy, A. (2019). A randomized trial of prophylactic antibiotics for miscarriage surgery. *The New England Journal of Medicine, 380*(11), 1012-1021.

Low, N., Mueller, M., Van Vliet, H. et Kapp, N. (2012). Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD005217.

Mittendorf, R., Aronson, M. P., Berry, R. E., Williams, M. A., Kupelnick, B., Klickstein, A. et Chalmers, T. C. (1993). *Avoiding serious infections associated with abdominal hysterectomy: A meta-analysis of antibiotic prophylaxis. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 169*(5), 1119-1124.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016). *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles* 2016-2021. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2021). *Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des IST symptomatiques*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2022). *Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). A*bortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2025). *Guidelines for the management of asymptomatic sexually transmitted infections*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Best practice in abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Serwadda, D. M. (2019). To give or not to give prophylactic antibiotics for miscarriage surgery? *The New England Journal of Medicine, 380*(11), 1075-1076.

White, K. O., Jones, H. E., Shorter, J., Norman, W. V., Guilbert, E., Lichtenberg, E. S. et Paul, M. (2018). Second-trimester surgical abortion practices in the United States. *Contraception, 98*, 95-99.

1.4 Antibiothérapie prophylactique lors d'un avortement médicamenteux

Recommandation :

- Une antibiothérapie systématique n'est pas recommandée dans le cas d'un avortement médicamenteux.
- Administrer une antibiothérapie curative aux personnes qui présentent des signes ou symptômes d'infections sexuellement transmissibles. Les partenaires de ces personnes nécessitent également un traitement. Le traitement ne doit en aucun cas retarder l'avortement médicamenteux.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Très faible	30 septembre 2025

Risque d'infection

Le risque global d'infection rapporté dans les études prospectives portant sur l'avortement médicamenteux à l'aide de mifépristone et de misoprostol ou de misoprostol administré seul avant 13 semaines de gestation est approximativement 0.01-0.5 % (Cheng et al., 2025 ; Chen et Creinin, 2015 ; Upadhyay et al., 2015). Des études rétrospectives indiquent des taux d'infection similaires après un avortement médicamenteux pratiqué en autonomie (Cheng et al., 2025). Les infections graves nécessitant une hospitalisation sont extrêmement peu fréquentes : dans des études rétrospectives à grande échelle réalisées aux États-Unis, leur incidence variait entre 0,03 et 0,09 % (Fjerstad, et al., 2009 ; Henderson, et al., 2005).

Les taux d'infection consécutive à un avortement médicamenteux à partir de 13 semaines de gestation sont plus difficiles à déterminer, dans la mesure où la fièvre est un effet indésirable fréquent suite à l'administration de doses répétées de prostaglandines. Les données disponibles font état d'un taux d'infection de 1 à 3 % après un avortement médicamenteux à partir de 13 semaines de gestation (Achilles et Reeves, 2011).

Mortalité associée à des infections

Neuf cas d'infection généralisée fatale à clostridies sont survenus en Amérique du Nord suite à un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol (Cohen et al., 2007 ; Fischer et al., 2005 ; Meites, Zane et Gould, 2010 ; Sinave, et al., 2002). Un décès dû à un streptocoque du groupe A, a été décrit en Australie et un décès dû à *Clostridium sordelli* a été signalé au Portugal (Reis et al., 2011) chez des femmes ayant utilisé la mifépristone et le misoprostol. Le taux global de mortalité consécutif à des infections après un avortement médicamenteux demeure extrêmement faible, à savoir 0,58 pour 100 000 avortements médicamenteux (Meites et al., 2010).

Antibiothérapie prophylactique

Il n'y a pas eu d'études randomisées et contrôlées portant sur les effets d'une antibiothérapie prophylactique sur les conséquences d'un avortement médicamenteux (Cheng et al., 2025 ; Low, et al., 2012). En raison du nombre important de personnes qui devraient recevoir des antibiotiques pour prévenir une seule infection et du coût et des effets indésirables des antibiotiques, l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2020), la Society of Family Planning (Cheng et al., 2025), le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2022) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2024) ne préconisent pas l'administration systématique d'antibiotiques avant un avortement médicamenteux.

Ressources

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Recommandations relatives à l'utilisation d'une prophylaxie antibiotique dans le cadre des soins d'avortement sécurisé (fiche)

Bibliographie

Achilles, S. L. et Reeves, M. F. (2011). Society of Family Planning Clinical Guideline 20102: Prevention of infection after induced abortion. *Contraception, 83*(4), 295-309.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Practice Bulletin No. 225: Avortement médicamenteux jusqu'à 70 jours de gestation. *Obstetrics & Gynecology, 136*: e31-47.

Chen, M. J. et Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 126*(1), 12-21.

Cheng, T., Kumar, N., Laursen, L., Achilles, S. L., et Reeves, M. F. (2025). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Prevention of infection after abortion and pregnancy loss. *Contraception, 148*.

Cohen, A. L., Bhatnagar, J., Reagan, S., Zane, S. B., D'Angeli, M. A., Fischer, M., McDonald, L. C. (2007). Toxic shock associated with Clostridium sordellii and Clostridium perfringens after medical and spontaneous abortion. *Obstetrics & Gynecology, 110*(5), 1027-1033.

Fischer, M., Bhatnagar, J., Guarner, J., Reagan, S., Hacker, J. K., Van Meter, S. H. et Zaki, S. R. (2005). Fatal toxic shock syndrome associated with Clostridium sordellii after medical abortion. *New England Journal of Medicine, 353*(22), 2352-2360.

Fjerstad M., Trussell J., Sivin I., Lichtenberg E.S. et Cullins V. (2009). Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. New England Journal of *Medicine, 361*(2), 145-151.

Henderson, J. T., Hwang, A. C., Harper, C. C. et Stewart, F. H. (2005). Safety of mifepristone abortions in clinical use. *Contraception, 72*(3), 175-178.

Low, N., Mueller, M., Van Vliet, H. et Kapp, N. (2012). Perioperative antibiotics to prevent infection after firsttrimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD005217.

Meites, E., Zane, S. et Gould, C. (2010). Fatal Clostridium sordellii infections after medical abortions. *New England Journal of Medicine, 363*(14), 1382-1383.

Reis, T., Chaves, C., Soares, A., Moreira, M., Boaventura, L. et Ribiero, G. (2011). A Clostridium sordellii fatal toxic shock syndrome post-medical-abortion in Portugal. Publication présentée lors du 21e *European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases* (ECCMID).

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Best Practice Paper No. 2: Best practice in abortion care*. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press.

Sinave, C., Le Templier, G., Blouin, D., Leveille, F. et Deland, E. (2002). Toxic shock syndrome due to Clostridium sordellii: A dramatic postpartum and postabortion disease. *Clinical Infectious Diseases, 35*(11), 1441-1443.

Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P. et Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology, 125*(1), 175-183.

1.5 Avortement médicamenteux : contre-indications et précautions

Recommandation :

	Schémas utilisant la mifépristone et le misoprostol	Schémas utilisant le misoprostol seul
Contre-indications	• Antécédents de réaction allergique à la mifépristone ou au misoprostol • Grossesse extra-utérine confirmée ou suspectée • Porphyrie héréditaire • Insuffisance surrénalienne chronique	• Antécédents de réaction allergique au misoprostol • Grossesse extra-utérine confirmée ou suspectée
Précautions	• Dispositif intra-utérin en place • Problèmes de santé graves ou instables, notamment, cette liste n'étant pas limitative, trouble hémorragique, pathologie cardiaque, anémie importante • Asthme sévère non contrôlé ou traitement à long terme par des corticostéroïdes	• Présence d'un dispositif intra-utérin • Problèmes de santé graves ou instables, notamment, cette liste n'étant pas limitative, trouble hémorragique, pathologie cardiaque, anémie importante

Poids de la recommandation :
Forte

Qualité des éléments factuels :
Très faible

Dernière révision :
30 septembre 2025

Définitions

Contre-indications : il ne faut en aucun cas proposer un avortement médicamenteux en utilisant le schéma de traitement qui y correspond à une personne se trouvant dans l'une des situations spécifiques décrites plus loin. Il est possible, en fonction du cas, de lui proposer une aspiration intra-utérine, une procédure de dilatation et évacuation ou un traitement pour une grossesse extra-utérine.*Précautions :* Pour toute personne se trouvant dans l'une de ces situations spécifiques, un avortement médicamenteux par le schéma de traitement correspondant peut entrainer des risques plus importants que la normale. Il convient donc d'envisager les risques, les avantages et les alternatives à un avortement médicamenteux. Le recours à un avortement médicamenteux

chez une personne qui se trouve dans l'une de ces situations peut nécessiter un niveau de jugement clinique plus élevé, davantage de compétence de la part du prestataire et/ou un suivi plus attentif. Le renvoi vers un établissement hospitalier de niveau supérieur ou la prise en charge à l'aide d'un autre traitement peuvent être nécessaires.

Contre-indications

Antécédents de réaction allergique à l'un des médicaments utilisés : Des réactions allergiques ont été décrites après l'utilisation de mifépristone et de misoprostol (Bene et al., 2014 ; Cruz et al., 2009 ; Das et al., 2023 ; Hauseknecht, 2003 ; Tupek, et al., 2022 ; Sahraei, Mirabzadeh et Eshraghi, 2016 ; Schoen, et al., 2014 ; Zhang, et al., 2019). *Qualité des éléments factuels : élevée.*

Grossesse extra-utérine confirmée ou suspectée : La mifépristone et le misoprostol ne traitent pas une grossesse extra-utérine et l'utilisation de ces médicaments risque de retarder le diagnostic de cette pathologie représentant une menace pour le pronostic vital. *Qualité des éléments factuels : élevée*

Porphyrie héréditaire : Les porphyries sont un groupe de troubles métaboliques rares dans lesquels des mutations génétiques altèrent la synthèse de l'hème par l'organisme. Théoriquement, la mifépristone pourrait exacerber les symptômes de porphyrie (Ventura, Cappellini et Rochi, 2009). *Qualité des éléments factuels : très faible. Il n'y a pas eu d'études humaines mais les modèles animaux indiquent cet effet de la mifépristone* (Cable, et al., 1994).

Insuffisance surrénalienne chronique : La mifépristone est un antagoniste des récepteurs des glucocorticoïdes (Spitz et Bardin, 1993). Elle bloque les mécanismes de feedback négatif qui contrôlent la sécrétion de cortisol. Pour les personnes souffrant d'insuffisance surrénalienne sous traitement à long terme par des corticostéroïdes, l'exposition à la mifépristone est susceptible d'exacerber la maladie sous-jacente (Sitruk-Ware et Spitz, 2003). Qualité des éléments factuels : très faible. *On ne dispose pas de données sur l'utilisation de mifépristone chez les personnes enceintes souffrant d'insuffisance surrénalienne mais des données expérimentales et chez l'animal plaident en faveur de cette recommandation.*

Précautions

Présence d'un dispositif intra-utérin (DIU) : Si une personne est enceinte avec un dispositif intra-utérin en place, cela implique un risque significativement plus élevé de grossesse extra-utérine (Barnhart, 2009) et cette patiente doit être évaluée pour rechercher une éventuelle grossesse extra-utérine. Si la grossesse s'avère être intra-utérine, il est nécessaire de retirer le dispositif intra-utérin avant le début de l'avortement médicamenteux en raison du risque théorique de perforation utérine suite aux contractions lors de l'avortement médicamenteux et du risque potentiel d'infection (Danco, 2016 ; Davey, 2006). *Qualité des éléments factuels : très faible. Il n'y a pas eu d'études pour vérifier si la présence d'un dispositif intra-utérin engendre réellement des risques lors d'un avortement médicamenteux.*

Problèmes de santé graves ou instables : Les études sur l'avortement médicamenteux excluent généralement les personnes souffrant d'anémie sévère ou de graves problèmes médicaux (Christin-Maitre, Bouchard et Spitz, 2000 ; Sitruk-Ware et Spitz, 2003). Les études disponibles estiment une baisse du taux d'hémoglobine comprise entre 0,1 et 0,7 g/dl lors d'un avortement médicamenteux avant la 13e semaine (Rose, Putnam et Espey, 2025). Un cas clinique (Hou, 2016) décrit la réussite d'un avortement médicamenteux chez une patiente souffrant d'une légère hémophilie ; cette patiente a reçu un traitement médicamenteux supplémentaire spécifique pour minimiser le risque de saignements. Trois cas cliniques décrivent un spasme vasculaire aigu des artères coronaires induit par le misoprostol qui a nécessité dans un cas la mise en place d'une endoprothèse vasculaire coronaire (Illa, et al., 2010 ; Mazhar, Sultana et Akram, 2018 ; Munoz-Franco, et al., 2019). Un rapport de cas fait état d'une dissection spontanée d'une artère coronaire qui pourrait être liée à la prise de misoprostol (Motaweih et al., 2025). Le choix de proposer ou non un avortement médicamenteux à des personnes souffrant de problèmes médicaux dépendra du jugement clinique du prestataire, des possibilités de monitorage et des options disponibles pour des soins d'avortement sécurisé. *Qualité des éléments factuels : très faible.*

Asthme sévère non contrôlé ou traitement à long terme par des corticostéroïdes : La mifépristone est un antagoniste des récepteurs des glucocorticoïdes (Spitz et Bardin, 1993). Elle bloque les mécanismes de feedback endocrinien négatif qui contrôlent la sécrétion de cortisol. Chez les personnes sous traitement corticoïde à long terme pour asthme sévère ou non contrôlé, la mifépristone est susceptible d'exacerber la maladie sous-jacente (Sitruk-Ware et Spitz, 2003). Il n'y a pas eu d'études directes sur l'avortement médicamenteux chez les personnes sous traitement par des corticostéroïdes mais une analyse suggère qu'une augmentation de la dose de stéroïdes pourrait contrecarrer l'effet antagoniste de la mifépristone sur le cortisol (Davey, 2006).

L'avortement médicamenteux n'a pas été étudié chez les personnes asthmatiques nécessitant un traitement systémique par des corticostéroïdes puisque l'administration de mifépristone à ces personnes engendre un risque d'exacerbation de leur asthme. Une analyse suggère de se montrer particulièrement prudent lors de l'administration de mifépristone à ces personnes et de ne le faire que si leur asthme est bien contrôlé (Davey, 2006). La dose de glucocorticoïdes doit être augmentée pendant plusieurs jours avant et après la mifépristone. D'autres spécialistes recommandent de ne pas administrer de mifépristone aux personnes souffrant d'asthme sévère insuffisamment contrôlé qui sont sous traitement à long terme par des corticostéroïdes en raison du caractère potentiellement mortel d'une crise d'asthme aiguë (Christin-Maitre et al., 2000 ; Creinin et Gemzell Danielsson, 2009 ; Sitruk-Ware, 2006).

Les corticostéroïdes en inhalation pour le traitement de l'asthme ne sont pas absorbés par voie systémique et ne constituent pas une contre-indication à la mifépristone. Certains spécialistes recommandent de proposer l'utilisation de la mifépristone et du misoprostol aux personnes asthmatiques qui ne sont pas sous traitement à long terme par des stéroïdes par voie systémique (Creinin et Gemzell Danielsson, 2009). Qualité des éléments factuels : très faible.

Bibliographie

Barnhart, K. T. (2009). Clinical practice. Ectopic pregnancy. *New England Journal of Medicine, 361*(4), 379-387.

Bene, J., Alarcon, P., Faucon, M., Auffret, M., Delfosse, F., Becker, T., ..., Gautier, S. (2014). Anaphylactic shock after misoprostol in voluntary termination pregnancy-a case report. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology, 182*, 260-261.

Cable, E. E., Pepe, J. A., Donohue, S. E., Lambrecht, R. W. et Bonkovsky, H. L. (1994). Effects of mifepristone (RU-486) on heme metabolism and cytochromes P-450 in cultured chick embryo liver cells, possible implications for acute porphyria. *European Journal of Biochemistry, 225*(2), 651-657.

Christin-Maitre, S., Bouchard, P. et Spitz, I. M. (2000). Medical termination of pregnancy. *New England Journal of Medicine, 342*(13), 946-956.

Creinin, M. et Gemzell Danielsson K. (2009). Medical abortion in early pregnancy. In M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield et M. D. Creinin (eds), *Management of unintended and abnormal pregnancy*. West Sussex, Royaume-Uni: Wiley-Blackwell.

Cruz, M. J., Duarte, A. F., Baudrier, T., Cunha, A. P., Barreto, F. et Azevedo, F. (2009). Lichenoid drug eruption induced by misoprostol. *Contact Dermatitis, 61*, 240-242.

Danco Laboratories, LLC. (2016). Informations de prescription concernant Mifeprex®. Accessible via: www.earlyoptionpill.com

Das, R., Panda, S., Sharma, N., & Deb, P. (2022). A rare case of misoprostol hypersensitivity. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 11*(5): 2226-7.

Davey, A. (2006). Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy: Contraindications for use, reasons, and rationale. *Contraception, 74*(1), 16-20.

Hausknecht, R. (2003). Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States. *Contraception, 67*(6), 463-465.

Hou, M. Y. (2016). Uncomplicated abortion with mifepristone and misoprostol in hemophilia A carrier. *Contraception, 94*(2), 187-189.

Illa, M., Bennasar, M., Berge, R., Font, C.et Palacio, M. (2010). Acute coronary artery vasospasm associated with misoprostol for termination of pregnancy. *Fetal Diagnosis and Therapy, 27*, 174-177.

Bibliographie

Mazhar, F., Sultana, J. et Akram, S. (2018). Misoprostol-induced acute coronary syndrome in a premenopausal woman: A case report with literature review. *Current Drug Safety, 13*(1), publication électronique, sous presse.

Motaweih, M. A., Baraskar, B., Shin, Y. B., et Iantorno, M. (2025). *A Rare Cause of an Acute Myocardial Infarction in a Young Pregnant Woman After Misoprostol-Induced Abortion. Cureus, 17*(8), e90655.

Munoz-Franco, F. M., Lacunza-Ruiz, F. J., Vazquez-Andres, D. J. et Rodriguez-Hernandez, J. R. (2019). Coronary artery vasospasm after misoprostol treatment for incomplete abortion: A case report. *Contraception, 100*(6), 498-501.

Rose, L., Putnam, S., et Espey, E. (2025). First-trimester medication abortion: anemia and blood loss. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 37*(6), 387-396.

Sahraei, Z., Mirabzadeh, M. et Eshraghi, A. (2016). Erythema multiforme associated with misoprostol: A case report. *American Journal of Therapeutics, 23*(5), e1230-1233.

Schoen, C., Campbell, C., Maratas, A. et Cheung, K. (2014). Anaphylaxis to buccal misoprostol for labor induction. *Obstetrics & Gynecology, 124*(2, Part 2, Supplement 1), 466-468.

Sitruk-Ware, R. (2006). Mifepristone and misoprostol sequential regimen side effects, complications and safety. *Contraception, 74*(1), 48-55.

Sitruk-Ware, R. et Spitz, I. M. (2003). Pharmacological properties of mifepristone: Toxicology and safety in animal and human studies. *Contraception, 68*(6), 409-420.

Spitz, I. M. et Bardin, C. W. (1993). Mifepristone (RU-486) — A modulator of progestin and glucocorticoid action. *New England Journal of Medicine, 329*(6), 404-412.

Tupek, T., Gregoric, A., Pavokovic, D., Cerovac, A., & Habek , D. (2022). Severe, protracted anaphylaxis with hypovolemic shock after sublingual misoprostol administration. *Journal of Obstetrics & Gynaecology, 42*(1): 169-170.

Ventura, P., Cappellini M. D. et Rochi, E. (2009). The acute porphyrias: A diagnostic and therapeutic challenge in internal and emergency medicine. *Internal and Emergency Medicine, 4*(4), 297-308.

Zhang, L., Qian, M., Hong, L. et Wu, Q. (2020). First case report of acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP) caused by mifepristone. *Contact Dermatitis, 82*(3), 177-179.

1.6 Misoprostol : qualité du produit

Recommandation :

- Les prestataires de soins doivent suivre les taux de réussite des avortements médicamenteux pour avoir la certitude qu'ils utilisent un produit efficace.
- Acheter du misoprostol conditionné en plaquettes thermoformées à double couche d'aluminium et le conserver dans son emballage d'origine ; contrôler l'intégrité du conditionnement avant usage. Éviter d'acheter des plaquettes thermoformées en chlorure de polyvinyle (PVC) ou en chlorure de polyvinylidène (PVDC)/aluminium.
- Conserver le misoprostol à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Faible	30 septembre 2025

Fabrication et qualité du misoprostol

Les bonnes pratiques de fabrication sont les principes et lignes directrices qui visent à garantir que la production des médicaments est toujours conforme aux normes de qualité (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2014). Il existe au moins trente à quarante fabricants de misoprostol dans le monde et certains de ces fabricants sous-traitent la production de ce médicament, de sorte qu'il est difficile de veiller à l'application des bonnes pratiques de fabrication et de garantir la qualité de toutes les dénominations commerciales (Hall et Tagontong, 2016). Les marques commerciales de misoprostol homologuées par des organismes de réglementation exigeants (tels que l'Union européenne ou la *Food and Drug Administration* aux États-Unis) ou préqualifiés par l'OMS (OMS-PQ) sont conformes aux bonnes pratiques de fabrication et sont de bonne qualité (Hagen, et al., 2020a).

L'exposition à la chaleur et à l'humidité lors de la fabrication, du conditionnement, du transport ou et l'entreposage est susceptible de compromettre la stabilité et la qualité du misoprostol (Cayman Chemical, 2012 ; Hagen et al., 2020a). Une détérioration diminue l'efficacité du misoprostol, ce qui a pour conséquence un moindre taux de réussite des avortements médicamenteux et un échec du traitement des avortements incomplets et des hémorragies post-partum.

Quatre études se sont intéressées à la qualité des produits à base de misoprostol disponibles dans les pays à revenu intermédiaire et faible. Une étude de 2016 a analysé 215 échantillons de misoprostol provenant de divers pays répartis dans le monde entier (Hall et Tagontong, 2016). Lorsque les échantillons ont été testés pour la teneur en substance active et la pureté, 5 % contenaient davantage de misoprostol qu'indiqué (110 à 121 % de la teneur annoncée afin de permettre un certain degré de dégradation), 55 % étaient conformes aux spécifications de la Pharmacopée européenne, ce qui implique une teneur en substance active comprise entre 90 et 100 % de celle annoncée et 40 % se situaient au-dessous des spécifications avec moins de 90 % de la teneur annoncée. Sur les 85 qui se situaient au-dessous des spécifications, 14 ne contenaient pas du tout de misoprostol. Une étude de 2018 a testé la qualité de 166 échantillons de misoprostol obtenus auprès

de différents prestataires de soins au Nigéria, depuis des centres médicaux fédéraux et des hôpitaux d'état jusqu'à des revendeurs de médicaments brevetés et exclusifs (Anyakora et al., 2018). Même si tous les échantillons avaient satisfait à une inspection visuelle, 34 % d'entre eux ne répondaient pas aux spécifications définies. Une étude similaire menée au Malawi a permis de constater que 23 échantillons sur 30 obtenus dans des centres de santé et des pharmacies répartis dans tout le pays répondaient aux spécifications en ce qui concernait le misoprostol ; tous les échantillons qui répondaient aux spécifications étaient conditionnés dans des plaquettes thermoformées à double couche d'aluminium (Hagen, Khuluza et Heide, 2020b). Une analyse systématique et une méta-analyse de la qualité des médicaments, y compris les ocytocines, dans des pays à revenu intermédiaire et faible et qui incluait ces trois études a constaté que 39 % de l'ensemble des échantillons de misoprostol ne répondaient pas aux spécifications (Torloni, et al., 2020). Depuis la publication de cette analyse systématique, deux autres études ont été publiées. L'une a évalué la qualité du misoprostol provenant des établissements de santé du Rwanda (Bizimana et al., 2021) et a révélé que 10 des 25 échantillons de misoprostol évalués (40 %) ne répondaient pas aux spécifications. Une étude réalisée en 2023 a évalué la qualité du misoprostol, de la mifépristone et des tris-dosages provenant de 11 pays à revenu faible ou intermédiaire (Bower et al., 2023). Sur les 56 échantillons de misoprostol analysés, 57 % ne répondaient pas aux spécifications ; 9 des 38 échantillons de mifépristone (24 %) ne répondaient pas aux spécifications.

Trois facteurs influencent l'intégrité du misoprostol :

- impact de l'humidité à tous les stades, depuis la production jusqu'à la patiente
- fabrication et qualité de la substance active pharmaceutique
- conditionnement

Utilisation clinique et stockage

Même le misoprostol fabriqué dans des conditions de qualité élevée et correctement conditionné peut se détériorer s'il est transporté ou conservé dans des conditions où il est exposé pendant des périodes prolongées à la chaleur ou à l'humidité. Le misoprostol de bonne qualité est stable à condition d'être conservé à température ambiante (25°C et 60 % d'humidité). Il n'y a pas eu d'études à grande échelle sur le terrain sur la stabilité du misoprostol sous des climats tropicaux mais des études en laboratoire ont montré que le misoprostol est moins stable lorsqu'il est exposé à l'humidité ou à la chaleur (Chu, et al., 2007 ; OMS, 2009).

Le misoprostol conditionné dans des plaquettes thermoformées à double couche d'aluminium (aluminium au-dessus et au-dessous) est celui qui conserve le plus de substance active : après un an, 100 % des comprimés conditionnés dans des plaquettes thermoformées en plastique et aluminium se seront dégradés, contre seulement 28 % des comprimés conditionnés dans des plaquettes thermoformées à double couche d'aluminium (Hall et Tagontong, 2016). L'intégrité de la plaquette thermoformée à double couche d'aluminium doit être préservée pour maintenir l'activité du médicament (Hagen et al., 2020a). En cas d'ouverture ou de perforation accidentelle du conditionnement, même à température ambiante normale, l'activité des comprimés se dégrade déjà après les 48 heures et continue à se dégrader au fil du temps (Berard et al., 2014 ; Hagen et al., 2020a).

Assurance de qualité

Si les prestataires constatent une baisse du taux de réussite des avortements médicamenteux par rapport à la valeur initiale attendue, ils doivent cesser d'utiliser le lot actuel et entamer un nouveau lot. Les prestataires doivent contacter le vendeur ou le fabricant des comprimés pour s'assurer que le lot concerné n'a pas fait l'objet d'une procédure de rappel. Ils doivent consulter la base de données des fournitures pour avortement médicamenteux (www.medab.org) pour évaluer la qualité des produits disponibles au sein de leur institution (Hagen et al., 2020b). Dans certains cas, ils devront éventuellement communiquer entre eux pour déterminer quelles marques commerciales locales de misoprostol sont les plus efficaces.

Bibliographie

Anyakora, C., Oni, Y., Ezedinachi, U., Adekoya, A., Ali, I., Nwachukwu, C., ..., Nwokike, J. (2018). Quality medicines in maternal health: Results of oxytocin, misoprostol, magnesium sulfate and calcium gluconate quality audits. *BMC Pregnancy and Childbirth, 18*, 44.

Berard, V., Fiala, C., Cameron, S., Bombas, T., Parachini, M. et Gemzell-Danielsson, K. (2014). Instability of misoprostol tablets stored outside the blister: A potential serious concern for clinical outcome in medical abortion. *PLoS ONE, 9*(12), e112401.

Bizimana, T., Hagen, N., Gnegel, G., Kayumba, P.C., et Heide, L. (2020). Quality of oxytocin and misoprostol in health facilities of Rwanda. *PLoS One, 16*(1): e0245054.

Bower, J., Chinery, L., Fleurent, A., Gülmezoglu, A. M., Im-Amornphong, W., Kilfedder, C., Procter, P., et Tomazzini, A. (2024). Quality testing of mifepristone and misoprostol in 11 countries. International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International *Federation of Gynaecology and Obstetrics, 165*(2), 405–415.

Cayman Chemical. (2012). Product Information: Misoprostol. Obtenu le 14 novembre 2012 à l'adresse: https://www.caymanchem.com/pdfs/13820.pdf.

Chu, K. O., Wang, C. C., Pang, C. P. et Rogers, M. S. (2007). Method to determine stability and recovery of carboprost and misoprostol in infusion preparations. *Journal of Chromatography B, 857*(1), 83-91.

Hall, P. E. et Tagontong, N. (2016). Quality of misoprostol products. *OMS Drug Information, 30*(1), 35-39.

Hagen, N., Bizimana, T., Kayumba, P.C., Khuluza, F. et Heide, L. (2020a). Stability of misoprostol tablets collected in Malawi and Rwanda: Importance of intact primary packaging. *PLoSONE 15*(9), e0238628.

Hagen, N., Khuluza, F. et Heide, L. (2020b). Quality, availability and storage conditions of oxytocin and misoprostol in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth, 20*, 184.

Torloni, M.R., Bonet, M., Betra ń, A.P., Ribeiro-do-Valle, C.C., et Widmer, M. (2020). Quality of medicines for life-threatening pregnancy complications in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoSONE 15*(7), e0236060.

Organisation mondiale de la Santé. (2009). Application to include Misoprostol for prevention of postpartum haemorrhage in OMS Model List of Essential Medicines: Comments from Departments of Making Pregnancy Safer & Reproductive Health and Research. Accessible via: http://www.OMS.int/selection_medicines/committees/expert/17/application/OMS_Misoprostol.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2014). OMS good manufacturing practices for pharmaceutical products: Main principles (Annex 2, OMS Technical Report Series 986). Genève, Suisse: Éditions de l'OMS.

2.1

2. Contrôle de la douleur

Contrôle de la douleur lors d'un avortement médicamenteux avant 13 semaines 28 de gestation

Recommandation :

- Toutes les personnes qui subissent un avortement médicamenteux doivent se voir proposer des analgésiques.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont recommandés, soit préventivement, soit au moment où les crampes commencent à se manifester.
- On peut également recourir à des mesures non pharmacologiques de contrôle de la douleur.
- L'efficacité des analgésiques narcotiques pour soulager la douleur lors d'une procédure d'avortement médicamenteux n'a pas été démontrée, aussi leur utilisation systématique n'est pas recommandée.
- Ne pas utiliser le paracétamol, sauf en cas d'allergie ou de contre-indication aux AINS.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Faible	2 octobre 2025

Douleur lors d'un avortement médicamenteux avant 13 semaines de gestation

La douleur est l'effet indésirable le plus fréquemment décrit d'un avortement médicamenteux (Fiala et al., 2014). Lors d'une étude portant sur 6 755 femmes ayant eu recours à un avortement médicamenteux jusqu'au 63e jour de grossesse, 78,4 % d'entre elles ont mentionné de la douleur et des crampes modérées à intenses (Goldstone, Michelson et Williamson, 2012). De même, une analyse systématique de 2006 ayant repris cinq importantes séries de cas cliniques britanniques et américaines portant sur l'utilisation d'analgésiques lors d'un avortement médicamenteux est parvenue à la conclusion que 75 % des femmes avaient éprouvé une douleur suffisamment intense pour nécessiter le recours à des analgésiques narcotiques (Penney, 2006). Une étude qualitative portant sur la douleur éprouvée lors d'un avortement médicamenteux au Népal, en Afrique du Sud et au Vietnam indique que les femmes décrivent leur douleur comme plus intense que celle ressentie lors de leurs menstruations et se manifestant selon quatre schémas distincts : douleur minime ou totalement absente, douleur brève et intense, généralement juste avant l'expulsion, douleur intermittente, similaire à des contractions et douleur constante pendant une ou plusieurs heures (Grossman et al., 2019). La douleur atteint habituellement son paroxysme 2,5 à 4 heures après l'administration du misoprostol et ce pic dure environ une heure (Colwill et al., 2019). Plus de 75 % des personnes signalent une disparition de la douleur dans les 12 heures suivant la prise du misoprostol, ce pourcentage atteignant 90 % au bout de 24 heures (Friedlander et al., 2022). Les personnes qui signalent une douleur plus intense et de plus longue durée ont notamment comme caractéristiques associées un âge gestationnel plus avancé, d'être plus jeune, d'être nullipare, de ne jamais avoir accouché par voie vaginale ou d'avoir des antécédents de dysménorrhée (Dragoman et al., 2021 ; Kemppainen, et al., 2020 ; Suhonen, et al., 2011 ; Teal, Dempsey-Fanning et Westhoff, 2007 ; Westhoff, et al., 2000).

Peu d'études ont évalué l'efficacité des stratégies de contrôle de la douleur lors d'un avortement médicamenteux avant 13 semaines de gestation. Ni la douleur ni son traitement ne sont systématiquement décrits dans les études cliniques portant sur l'avortement médicamenteux ; lorsque ces données sont reprises, la multiplicité des schémas et protocoles de traitement utilisés les rendent difficiles à comparer (Fiala et al., 2014 ; Fiala et al., 2019 ; Jackson et Kapp, 2011 ; Reynolds-Wright, 2022).

Médicaments contre la douleur

Deux études randomisées et contrôlées à petite échelle indiquent que l'ibuprofène est plus efficace qu'un placebo (Avraham, et al., 2012) ou que le paracétamol (Livshits et al., 2009) pour soulager la douleur associée à un avortement médicamenteux à moins de 7 semaines de gestation. Un traitement préventif par l'ibuprofène n'assure pas un meilleur contrôle de la douleur qu'un traitement au moment où les crampes commencent à se manifester (Raymond et al., 2013). Un essai randomisé portant sur trois groupes a comparé les effets de l''ibuprofène associé au métoclopramide, le tramadol ou un placebo pris au moment de l'administration du misoprostol et à nouveau 4 heures plus tard ; il a été constaté que l'ibuprofène et le métoclopramide et le tramadol soulageaient la douleur plus efficacement que le placebo, mais n'entraînaient pas de différences cliniquement significatives dans la douleur rapportée par les personnes participant à l'étude (Dragoman et al., 2021). Chez des femmes jusqu'à 10 semaines de gestation, une étude randomisée et contrôlée a permis de constater que la prégabaline (un analogue de l'acide gamma-aminobutyrique) ne diminuait pas le score de douleur maximale lorsqu'elle était prise au moment de l'administration du misoprostol ; néanmoins, celles qui avaient reçu de la prégabaline étaient moins susceptibles de nécessiter de l'ibuprofène ou des analgésiques narcotiques et plus susceptibles de se déclarer satisfaites de l'analgésie que celles ayant reçu un placebo (Friedlander et al., 2018).

Une étude randomisée n'a constaté aucune différence en termes d'intensité ou de durée de la douleur entre les personnes ayant reçu un opiacé par voie orale (oxycodone) pour atténuer la douleur d'un avortement médicamenteux et celles ayant reçu un placebo (Colwill et al., 2019). Les auteurs de cette étude en concluent que la dispense systématique d'opiacés est inutile mais que, si les elles en font la demandent, il est alors raisonnable de donner à ces personnes un maximum de quatre comprimés d'oxycodone. Une étude réalisée en milieu hospitalier a réparti au hasard les personnes subissant un avortement médicamenteux en deux groupes : soit analgésie intraveineuse contrôlée par la personne elle-même pour soulager la douleur, soit administration à la demande d'oxycodone par voie orale, intramusculaire ou intraveineuse pour soulager la douleur (Kemppainen et al., 2022). Les résultats montrent dans les deux groupes que la plupart des personnes ont utilisé des médicaments opioïdes ; celles du groupe « analgésie contrôlée par la personne concernée » étaient plus susceptibles de qualifier la douleur de légère ou tolérable (21 % contre 6 % dans le groupe « à la demande »), bien que l'intensité maximale de douleur rapportée ait été la même dans les deux groupes.

Contrôle non pharmacologique de la douleur

Dans une étude randomisée, la neurostimulation électrique transcutanée à haute fréquence (TENS à 80 Hz) appliquée sur l'abdomen et le dos lorsque les contractions débutent atténuent la douleur éprouvée lors d'un avortement par comparaison avec un placebo (Goldman, et al., 2020). Une autre étude randomisée a montré que l'acuponcture ou l'acupression auriculaire n'avait pas apporté de soulagement de la douleur lors de l'avortement médicamenteux comparativement avec un placebo (Whesthoff, et al., 2021). Les autres stratégies de contrôle non pharmacologique de la douleur lors d'un avortement médicamenteux avant 13 semaines de gestation n'ont pas fait l'objet d'études comparatives. Néanmoins, les spécialistes recommandent de recourir en plus à des mesures non pharmacologiques pour améliorer le confort des personnes lors d'un avortement médicamenteux, notamment des informations complètes sur l'intensité de la douleur et des saignements attendus (Teal, Dempsey-Fanning et Westhoff, 2007), un environnement compatissant, du soutien et l'application d'un coussin chauffant ou d'une bouillotte d'eau chaude sur le bas-ventre (Akin et al., 2001). Ces méthodes peuvent venir compléter l'administration de médicaments pour contrôler la douleur mais sans la remplacer.

Ressources

http ://www.ipas.org/ClinicalResources

Appendice A : Tableau des analgésiques

Appendice B : Continuum des niveaux de sédation : définition de l'anesthésie générale et des niveaux de sédation/d'analgésie

Bibliographie

Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T. et Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology, 97*, 343-349.

Avraham, S., Gat, I., Duvdevani, N., Haas, J. et Frenkel, Y. (2012). Pre-emptive effect of ibuprofen versus placebo on pain relief and success rates of medical abortion: A double-blind, randomized, controlled study. *Fertility and Sterility, 97*, 612-615.

Colwill, A. C., Bayer, L. L., Bednarek, P., Garg, B., Jensen, J. et Edelman, A. (2019). Opioid analgesia for medical abortion: A randomized trial. *Obstetrics & Gynecology, 134*(6), 1163-1170.

Dragoman, M.V., Grossman, D., Nguyen, M.H., Habib, N., Kapp, N., Tamang, A., Bessenaar, T., Duong, L.D., Gautam, J., Yoko, J.L., Hong, M., et Gulmezoglu, M. (2021). Two prophylactic pain management regimens for medical abortion ≤ 63 days' gestation with mifepristone and misoprostol: A multicenter, randomized, placebo-controlled trial. *Contraception, 103*(3), 163-170.

Fiala, C., Agostini, T., Bombas, S., Cameron, R., Lertxundi, M., Lubusky, M., ... et Gemzell-Danielsson, K. (2019). Management of pain associated with up-to-9-weeks medical termination of pregnancy (MToP) using mifepristone-misorpsotol regimens: Expert consensus based on a systematic literature review. *Journal of Obstetrics and Gynecology,* 1-11.

Fiala, C., Cameron, S., Bombas, T., Parachini, M., Saya, L. et Gemzell-Danielsson, K. (2014). Pain during medical abortion, the impact of the regimen : A neglected issue ? A review. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 19*(6), 404-419.

Friedlander, E.B., Raidoo, S., Soon, R., Salcedo, J., Davis, J., Tschann, M., Fontanilla, T., Horiuchi, W., et Kaneshiro, B. (2022). The experience of pain in real-time during medication abortion. *Contraception, 110*, 71-75.

Friedlander, E. B., Soon, R., Salcedo, J., Davis, J., Tschann, M. et Kaneshiro, B. (2018). Prophylactic pregabalin to decrease pain during medication abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 132*(3), 612-618.

Goldman, A.R., Porsch, L., Hintermeister, A. et Dragoman, M. (2020). Transcutaneous electrical nerve stimulation to reduce pain with medication abortion. *Obstetrics & Gynecology, 137*(1),100-107.

Goldstone, P., Michelson, J. et Williamson, E. (2012). Early medical abortion using low-dose mifepristone followed by buccal misoprostol: A large Australian observational study. *Medical Journal of Australia, 197*(5), 282-286.

Grossman, D., Raifman, S., Bessenaar, T., Dung, D. L., Tamang, A. et Dragoman, M. (2019). Experiences with pain of early medical abortion = : Qualitative results from Nepal, South Africa, and Vietnam. *BMC Women's Health, 19*(1), 118.

Jackson, E. et Kapp, N. (2011). Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: A systematic review. *Contraception, 83*(2), 116-126.

Kemppainen, V., Mentula, M., Paklama, V. et Heikinheimo, O. (2020). Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica ; 99*,1603-1610.

Kemppainen, V., Mentula, M., Palkama, V., et Heikinheimo, O. (2022). Patient-controlled intravenous versus on-demand oral, intramuscular or intravenous administration of oxycodone during medical induced abortion from 64-128 days gestation: A randomized controlled trial. *Contraception, 115*, 6-11

Livshits, A., Machtinger, R., David, L. B., Spira, M., Moshe-Zahav, A. et Seidman, D. S. (2009). Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: A double-blind randomized controlled study. *Fertility and Sterility, 91*(5), 1877-1880.

Bibliographie

Penney, G. (2006). Treatment of pain during medical abortion. *Contraception, 74*, 45-47.

Raymond, E.G., Weaver, M.A., Louie, K.S., Dean, G., Porsch, L., Lichtenberg, E.S., ..., Arnesen, M. (2013). Prophylactic compared with therapeutic ibuprofen analgesia in first-trimester medical abortion. *Obstetrics & Gynecology, 122*(3), 558-564.

Reynolds-Wright, J.J., Woldetsadik, M.A., Morroni, C., et Cameron, S. (2022). Pain management for medical abortion before 14 weeks' gestation: A systematic review. *Contraception, 116*, 4-13.

Suhonen, S., Tikka, M., Kivinen, S. et Kauppila, T. (2011). Pain during medical abortion: Predicting factors from gynecologic history and medical staff evaluation of severity. *Contraception, 83*, 357-361.

Teal, S. B., Dempsey-Fanning, A. et Westhoff, C. (2007). Predictors of acceptability of medication abortion. *Contraception, 75*, 224-229.

Westhoff, C., Dasmahapatra, R., Winikoff, B. et Clarke, S. (2000). Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. The Mifepristone Clinical Trials Group. *Contraception, 61*(3), 225-229.

Westhoff, C., Dasmahapatra, R. et Schaff, E. (2000). Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. Contraception, 62(6), 311-314.

Westhoff, C.L., Nelson, I.S., Suarez-Rodriguez, A., et Gold, M.A. (2021). Auricular acupressure and acupuncture as adjuncts for pain management during first trimester medication abortion: A randomized three-arm trial. *Contraception, 103*(5), 348-355.

2.2

Contrôle de la douleur lors d'un avortement médicamenteux à partir de 13 semaines 31 de gestation

Recommandation :

- Toute personne qui a recours à un avortement médicamenteux doit se voir proposer des analgésiques.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont recommandés et leur prise doit débuter au moment de l'administration du misoprostol.
- On doit proposer des analgésiques narcotiques et des anxiolytiques en plus des AINS.
- Des mesures non pharmacologiques de contrôle de la douleur peuvent s'avérer utiles.
- On peut proposer une anesthésie régionale ou une anesthésie contrôlée par la patiente si le centre en a la possibilité.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Très faible	2 octobre 2025

Douleur lors d'un avortement médicamenteux à partir de 13 semaines de gestation

Lors de multiples études de cohorte portant sur l'avortement médicamenteux par des analogues de la prostaglandine E1 (misoprostol, géméprost) à partir de 13 semaines de gestation, la majorité des personnes ont eu besoin d'analgésiques (Ashok, et al., 2004 ; Gemzell-Danielsson et Östlund, 2000 ; Hamoda, et al., 2004 ; Rose, Shand et Simmons, 2006). La nulliparité, un âge gestationnel avancé, un nombre plus élevé de doses de misoprostol et un intervalle plus long entre l'induction et l'avortement sont associés à une douleur plus intense lors d'un avortement médicamenteux (Hamoda et al., 2004 ; Louie et al., 2017 ; Rydelius et al., 2025). La douleur débute rarement après la prise de mifépristone ; les crampes douloureuses débutent généralement après la première dose de misoprostol et atteignent habituellement leur paroxysme au moment de l'expulsion (Mentula, Kalso et Heikinheimo, 2014).

Médicaments contre la douleur

On ne dispose que d'éléments factuels limités sur le schéma de traitement analgésique optimal lors d'un avortement médicamenteux à partir de 13 semaines de gestation (Jackson et Kapp, 2020). Lors d'une étude randomisée portant sur 74 femmes ayant subi un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol à 13 semaines de gestation et au-delà, les patientes ont reçu un traitement prophylactique par un AINS ou par une association de paracétamol et de codéine au moment de l'administration du misoprostol. Il n'y a pas eu de différence entre les deux groupes en termes d'intensité de la douleur décrite, mais un traitement prophylactique par un AINS réduisait la nécessité d'administrer ultérieurement des opiacés par voie intraveineuse (Fiala, et al., 2005). Une seconde étude a randomisé 54 femmes subissant un avortement entre 14 et 24 semaines de gestation pour recevoir soit du célécoxib, un AINS, soit un placebo au moment de l'administration de misoprostol. Les personnes du groupe AINS ont présenté un score de douleur significativement moindre

au moment de l'avortement ; néanmoins, dans les deux groupes, près de la moitié des personnes ont fait état d'une douleur intense et il n'y a pas eu de différence entre les deux groupes en termes de recours à une analgésie supplémentaire (Tintara, Voradithi et Choobun, 2018). Une petite étude non randomisée portant sur 40 participants a comparé la prise en charge de la douleur par analgésie contrôlée par le patient à base de piritramide à un protocole par paliers administré par le personnel infirmier, comprenant de l'acétaminophène, de l'ibuprofène, du tramadol, du métamizole et du meptazinol/bromhydrate d'hyoscine (Tascon Padron et al., 2023). L'étude a révélé des taux plus élevés de douleur et de nausées dans le groupe piritramide, bien que la satisfaction à l'égard de la prise en charge de la douleur ait été similaire dans les deux groupes. Lors de la plus vaste étude de cohorte, qui portait sur 1002 femmes ayant subi un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol à 13 semaines de gestation et au-delà, une association d'analgésiques narcotiques par voie orale et/ou parentérale et d'AINS a été proposée aux patientes pour contrôler la douleur (Ashok et al., 2004). Les auteurs de cette étude ont spécifié la proportion de femmes n'ayant utilisé aucun analgésique (18 %) et ayant eu recours à une association de paracétamol et de dihydrocodone (70 %), à de la morphine par voie parentérale (7 %) ou à des AINS (5 %) pour soulager la douleur ; ni la douleur éprouvée par les patientes ni leur satisfaction en ce qui concernait le contrôle de la douleur n'étaient rapportées. Dans une étude de cohorte de plus petite envergure, 425 participantes ayant reçu un traitement prophylactique et continu à base d'acétaminophène et d'AINS ont pu choisir parmi plusieurs modalités de prise en charge de la douleur pour soulager les douleurs paroxystiques survenant pendant un avortement médicamenteux par mifépristone et misoprostol. Le score de douleur des femmes (sur une échelle visuelle analogique de 100 points) a diminué d'environ 15 points après l'administration d'opioïdes, de 35 points après un bloc paracervical, et de 50 à 60 points lorsque le bloc paracervical était administré après les opioïdes (Rydelius et al., 2026). Deux petites études comparatives examinant l'utilisation du bloc paracervical lors d'un avortement médicamenteux à 13 semaines de gestation ou après n'ont constaté aucune amélioration de la douleur avec cette modalité (Andersson et al., 2016 ; Winkler et al., 1997).

Ipas recommande un schéma de traitement combiné associant des AINS administrés à titre prophylactique en même temps que le misoprostol et des analgésiques narcotiques par voie orale et/ou parentérale (Edelman et Mark, 2017). Une anesthésie régionale (péridurale) ou une anesthésie contrôlée par la patiente sont des méthodes de contrôle de la douleur sûres et efficaces : on peut les proposer si le personnel, les possibilités de monitorage et l'équipement nécessaires sont disponibles (Maggiore et al., 2016 ; Smith et al., 2016) ; Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2024).

Contrôle non pharmacologique de la douleur

Il n'existe aucune étude comparative ayant évalué le bénéfice de stratégies de contrôle non pharmacologique de la douleur lors d'un avortement médicamenteux à partir de 13 semaines de gestation. Néanmoins, les spécialistes recommandent de recourir en plus à des mesures non pharmacologiques pour améliorer le confort des patientes lors d'un avortement médicamenteux, notamment des informations complètes sur l'intensité de la douleur et des saignements attendus, un environnement encourageant et l'application d'un coussin chauffant ou d'une bouillotte d'eau chaude sur le bas-ventre (Akin et al., 2001). Ces méthodes peuvent venir compléter l'administration de médicaments pour contrôler la douleur mais sans la remplacer.

Ressources

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Tableau des analgésiques

Continuum des niveaux de sédation : définition de l'anesthésie générale et des niveaux de sédation/d'analgésie

Bibliographie

Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T. et Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology, 97*, 343-349.

Andersson, I. M., Benson, L., Christensson, K. et Gemzell-Danielsson, K. (2016). Paracervical block as pain treatment during second-trimester medical termination of pregnancy: An RCT with bupivacaine versus sodium chloride. *Human Reproduction, 31*(1), 67-74.

Ashok, P., Templeton, A., Wagaarachchi, P. et Flett, G. (2004). Midtrimester medical termination of pregnancy: A review of 1002 consecutive cases. *Contraception, 69*(1), 51-58.

Edelman, A. et Mark, A. (2018). *Guide de référence sur l'avortement médicamenteux : Interruption volontaire de grossesse et soins après avortement à partir de la treizième semaine de gestation*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Fiala, C., Swahn, M., Stephansson, O et Gemzell-Danielsson, K. (2005). The effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on medical abortion with mifepristone and misoprostol at 13–22 weeks gestation. *Human Reproduction, 20*(11), 3072-3077.

Gemzell-Danielsson, K. et Östlund, E. (2000). Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 79*(8), 702-706.

Hamoda, H., Ashok, P., Flett, G. et Templeton, A. (2004). Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 111*(9), 996-1000.

Jackson, E. et Kapp, N. (2020). Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 127*, 1348-1357.

Louie, K. S., Chong, E., Tsereteli, T., Avagyan, G., Abrahamyan, R. et Winikoff, B. (2017). Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 22*(1), 76-80.

Maggiore, U. L. R., Silanos, R., Carlevaro, S., Gratarola, A., Venturini, P.L., Ferrero, S. et Pelosi, P. (2016). Programmed intermittent epidural bolus versus continuous epidural infusion for pain relief during termination of pregnancy: A prospective, double-blind, randomized trial. *International Journal of Obstetric Anesthesia, 25*, 37-44.

Mentula, M., Kalso, E. et Heikinheimo, O. (2014). Same-day and delayed reports of pain intensity in second-trimester medical termination of pregnancy: A brief report. *Contraception, 90*(6), 609-611.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), (2022). *Lignes directrices pour les soins d'avortement Genève*. Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Rose, S. B., Shand, C. et Simmons, A. (2006). Mifepristone- and misoprostol-induced mid-trimester termination of pregnancy: A review of 272 cases. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 46(6), 479-485.

Rydelius, J., Kallner, H. K., Karlsson, O., Hognert, H., et Gemzell-Danielsson, K. (2026). Pain management for medical abortion beyond 12 weeks of gestation: a cross-sectional study in Sweden. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 52*, 19-25.

Smith, R. L., Siddiqui, N., Henderson, T., Teresi, J., Downey, K. et Carvalho, J. C. (2016). Analgesia for medically induced second trimester termination of pregnancy: A randomized trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 38*(2), 147-153.

Tascón Padrón, L., Emrich, N. L. A., Strizek, B., Gass, A., Link, C., Hilbert, T., Klaschik, S., Meissner, W., Gembruch, U., et Jiménez Cruz, J. (2023). Implementation of a piritramide based patient-controlled analgesia (PCA) as a standard of care for pain control in late abortion induction: A prospective cohort study from a patient perspective. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X*, 20, 100251.

Tintara, H., Voradithi, P. et Choobun, T. (2018). Effectiveness of celecoxib for pain relief and antipyresis in second trimester medical abortions with misoprostol: a randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 297*(3), 709-715.

Winkler, M., Wolters, S., Funk, A. et Rath, W. (1997). Second trimester abortion with vaginal gemeprost-improvement by paracervical anesthesia ? *Zentralblatt fur Gynakologie, 119*, 621-624.

2.3

Contrôle de la douleur lors d'une aspiration intra-utérine

Recommandation :

- Une association d'un bloc paracervical et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) administrés avant la procédure est recommandée pour le contrôle de la douleur chez toutes les personnes subissant une procédure d'aspiration intra-utérine.
- Des mesures supplémentaires telles que des analgésiques narcotiques, des anxiolytiques et des mesures non pharmacologiques de contrôle de la douleur peuvent s'avérer utiles.
- On peut proposer aux patientes une sédation intraveineuse si cette option est disponible.
- Le paracétamol n'est pas efficace pour le contrôle de la douleur lors d'une aspiration intra-utérine.
- Le recours systématique à une anesthésie générale pour le contrôle de la douleur n'est pas recommandé lors d'une aspiration intra-utérine ordinaire.

En pratique :

- La prise en charge de la douleur est recommandée pour toutes les procédures d'aspiration intra-utérine, qu'elles soient réalisées dans le cadre d'un avortement provoqué ou de soins post-avortement.
- Les cliniciens sous-estiment systématiquement l'intensité de la douleur ressentie par les personnes lors d'une aspiration intra-utérine.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Élevée	2 octobre 2025

Douleur lors d'une aspiration intra-utérine

La plupart des personnes qui subissent une aspiration intra-utérine dans le cas d'un avortement induit ou dans le cas de soins après avortement, éprouvent des douleurs (Borgatta et Nickinovich, 1997). Des sentiments de dépression ou de détresse psychologique avant la procédure ou un âge gestationnel supérieur à 10 semaines sont associés à une douleur plus intense lors d'une aspiration utérine (Allen, et al., 2006 ; Belanger, Melzack et Lauzon, 1989 ; Duros et al., 2018), tandis qu'un antécédent d'accouchement par voie vaginale est associé à une moindre douleur (Borgatta et Nickinovich, 1997). Les cliniciens tendent à sous-estimer l'intensité de la douleur qui est ressentie lors d'un avortement (Oviedo, et al., 2018 ; Singh et al., 2008 ; Salcedo, et al., 2018).

Méthodes de contrôle de la douleur

Lors d'une aspiration intra-utérine avant 13 semaines de gestation, une association d'un bloc paracervical par une anesthésie locale, d'analgésiques et de mesures non pharmacologiques permet généralement de soulager

la douleur chez la majorité des personnes concernées (Renner, et al., 2010 ; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2022 ; Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2024). Il est également possible de proposer une sédation par voie intraveineuse (RCOG, 2022 ; OMS, 2024).

Anesthésie locale

Il a été démontré que l'administration d'un bloc paracervical avant la dilatation cervicale diminue la douleur associée à la dilatation et à l'aspiration utérine (Renner et al., 2024). Deux études comparant le bloc paracervical aux AINS ont montré que le bloc paracervical était plus efficace pour soulager la douleur pendant l'intervention (Acmaz et al., 2013 ; Sarker et al., 2024) et que les participants ayant bénéficié d'un bloc paracervical étaient plus satisfaits de la prise en charge de leur douleur (Sarker et al., 2024). Un bloc paracervical est une procédure peu dangereuse qui peut être effectuée en toute sécurité par de nombreux professionnels de santé, notamment des médecins, des cliniciens assistants/avancés, des infirmières, des professionnels de médecine complémentaire ou traditionnelle et des agents de santé qui fournissent des soins obstétriques d'urgence élémentaires (Warriner et al., 2006 ; OMS, 2024). Pour plus d'informations, se reporter à la section 2.5, « Contrôle de la douleur : bloc paracervical ».

Médicaments

Deux études à petite échelle portant sur l'utilisation d'AINS oraux seuls comme mesure de prise en charge de la douleur lors d'une aspiration intra-utérine n'ont mis en évidence aucun bénéfice (Acmaz et al., 2013 ; Li, et al., 2003). Néanmoins, les études portant sur des personnes ayant bénéficié d'un bloc paracervical pour soulager la douleur ont montré qu'un traitement prophylactique par des AINS avant la procédure diminue la douleur pendant et après celle-ci (Renner et al., 2010 ; Romero, Turok et Gilliam, 2008 ; Suprapto et Reed, 1984 ; Wiebe et Rawling, 1995) ; ces médicaments sont également efficaces qu'ils soient administrés par voie orale ou intramusculaire (Braaten, et al., 2013). Aucune étude n'a évalué le bénéfice supplémentaire qu'apportent les AINS lorsque l'on recourt à une sédation modérée pour soulager la douleur ; sur la base des observations de trois études randomisées à petite échelle, il n'est pas possible de déterminer avec certitude si des AINS offrent un bénéfice supplémentaire lorsque l'on utilise un degré de sédation intraveineuse plus profond (Khazin et al., 2011 ; Lowenstein et al., 2006 ; Roche, et al., 2012).

Le bénéfice des analgésiques narcotiques pour soulager la douleur lors d'une aspiration intra-utérine n'est pas clairement établi. Une étude randomisée et contrôlée a montré que, comparé à un placebo, l'addition d'une association d'hydrocodone et de paracétamol par voie orale à un schéma de contrôle de la douleur associant un bloc paracervical, de l'ibuprofène et du lorazépam n'améliorerait pas le contrôle de la douleur lors d'une aspiration utérine (Micks et al., 2012) alors que dans le cadre d'une autre étude randomisée, l'association de fentanyl par voie intraveineuse au même schéma de contrôle de la douleur améliorait significativement la douleur associée à la procédure (Rawling et Weibe, 2001). Cependant, le fentanyl intranasal, ajouté à l'ibuprofène et au bloc paracervical, n'a pas amélioré la douleur par rapport au placebo (Moayedi et al., 2022). Deux études randomisées ont montré que les AINS par voie orale ou rectale sont plus efficaces que le tramadol par voie rectale pour soulager la douleur après la procédure (Lowenstein et al., 2006 ; Romero et al., 2008) ; par contre, une troisième étude randomisée a montré que le tramadol par voie rectale était plus efficace que les AINS (Khazin et al., 2011).

Des anxiolytiques comme le lorazépam ou le midazolam sont susceptibles d'atténuer l'anxiété associée à la procédure et d'avoir un effet amnésiant chez certaines personnes mais sont dépourvus d'effet sur les scores de douleur (Allen et al., 2006 ; Bayer et al., 2015 ; Wiebe, Podhradsky et Dijak, 2003).

Une seule étude a évalué l'efficacité d'une prémédication par du paracétamol sur la douleur lors d'une aspiration utérine effectuée sans bloc paracervical et n'a pas constaté de différence entre le groupe paracétamol et le groupe témoin (Acmaz et al., 2013). Dans deux études où les patientes avaient également bénéficié d'une sédation profonde ou d'une anesthésie générale, le paracétamol n'a pas amélioré la douleur post-opératoire (Cade et Ashley, 1993 ; Lowenstein et al., 2006).

Une étude randomisée a comparé les effets de l'administration de gabapentine ou d'un placebo avant la procédure chez des femmes ayant également reçu du lorazépam, de l'ibuprofène, de l'oxycodone et du paracétamol par voie orale. Elle n'a pas mis en évidence de différence en termes de score de douleur entre les deux groupes (Gray et al., 2019). Une étude ultérieure a comparé la gabapentine administrée avant la procédure à un placebo chez des femmes subissant une aspiration utérine sous anesthésie locale avec un bloc paracervical et de l'ibuprofène par voie orale et n'a pas observé de différence en termes de scores de douleur peropératoire ou postopératoire (Hailstorks et al., 2020).

Sédation intraveineuse

Une sédation intraveineuse par une association de narcotiques et d'anxiolytiques est une méthode efficace de contrôle de la douleur et améliore la satisfaction vis-à-vis de la procédure d'avortement (Allen, et al., 2009 ; Allen et al., 2006 ; Cansino, et al., 2021 ; Wells, 1992 ; Wong, et al., 2002). L'administration intraveineuse de narcotiques et d'anxiolytiques est plus efficace que leur administration par voie orale pour contrôler la douleur lors d'une aspiration utérine (Allen et al., 2009). Une étude randomisée de non-infériorité a montré que les patientes étaient tout aussi satisfaites de la sédation intraveineuse associant de la kétamine et des anxiolytiques que de celle associant du fentanyl et des anxiolytiques, bien que les patientes du groupe sous kétamine aient présenté une incidence plus élevée d'hallucinations (Chin et al., 2022). Il n'est pas certain que l'administration d'un bloc paracervical aux personnes ayant bénéficié d'une sédation pour le contrôle de la douleur, leur ait apporte un bénéfice supplémentaire (Kan, Ng et Ho, 2004 ; Renner et al., 2010 ; Wong et al., 2002). Lorsqu'elle est administrée par du personnel formé à cet effet et associée à un monitorage approprié, la sédation intraveineuse est sans danger. Une étude de cohorte rétrospective de 2017 ayant inclus plus de 20 000 femmes de poids normal, en surpoids et obèses ayant reçu une sédation intraveineuse lors d'une aspiration intra-utérine a permis de constater que le taux d'événements indésirables associés à l'anesthésie était extrêmement faible (0,2 %) (Horwitz et al., 2018). Par contre, une sédation intraveineuse augmente le coût, la complexité et les risques potentiels de la procédure et nécessite un prestataire formé à cet effet et l'équipement requis pour assurer le monitorage des patientes (Cansino, et al., 2021). Le monitorage supplémentaire que requiert l'administration en toute sécurité d'une sédation intraveineuse exige de la part des centres des investissements en termes de formation et d'équipement. Pour de plus amples informations sur la définition des degrés de sédation, y compris l'anesthésie générale, se reporter à l'Annexe B : *Continuum des niveaux de sédation : définition de l'anesthésie générale et des degrés de sédation/d'analgésie*.

Anesthésie générale

Même si elle est efficace pour assurer le contrôle de la douleur, une anesthésie générale augmente le coût, la complexité et les risques potentiels associés à un avortement et n'est pas recommandée pour des procédures de routine (Atrash, Cheek et Hogue, 1988 ; Bartlett et al., 2004 ; RCO, 2022 ; OMS, 2024). Lors du recours à une anesthésie générale, on ne sait pas avec certitude si l'administration d'analgésiques avant la procédure a un effet sur la douleur après celle-ci (Ali, Shamim et Chughtai, 2015 ; Liu et al., 2005 ; Mustafa-Mikhail et al., 2017) et lorsque l'on pratique une anesthésie générale, l'administration d'un bloc paracervical n'apporte aucun bénéfice supplémentaire (Hall, et al., 1997 ; Renner et al., 2010). Pour de plus amples informations sur la définition des degrés de sédation, y compris l'anesthésie générale, se reporter à l'annexe B : *Continuum des niveaux de sédation : définition de l'anesthésie générale et des degrés de sédation/d'analgésie*.

Contrôle non pharmacologique de la douleur

Les médicaments et le bloc paracervical doivent être complétés par des mesures de soutien visant à atténuer la douleur et l'anxiété (Allen et Singh, 2018). Quelques approches qui peuvent s'avérer utiles sont notamment de fournir à la patiente des explications sur ce à quoi elle doit s'attendre au cours de la procédure, de réaliser la procédure dans un environnement propre et privé, avec des membres du personnel qui ont une attitude encourageante et amicale, de lui offrir un soutien verbal, de recourir à une technique chirurgicale douce et efficace et d'appliquer un coussin chauffant ou une bouillotte d'eau chaude sur le bas-ventre en salle de réveil

(Akin et al., 2001 ; Qian et al., 2023). Une analyse systématique de 2016 consacrée aux traitements adjuvants non pharmacologiques pour la prise en charge de la douleur a inclus des études portant sur l'hypnose, l'aromathérapie, la musique, la relaxation et des exercices d'imagerie mentale, ainsi que sur l'accompagnement par des doulas. Même si, selon cette analyse, aucune de ces interventions n'était associée à une réduction statistiquement significative de la douleur ou de l'anxiété, les patientes appréciaient beaucoup ces interventions non pharmacologiques et en recommandaient l'utilisation, en particulier celles faisant appel à une personne spécifique offrant son soutien (Tschann, Salcedo et Kaneshiro, 2016 ; Wilson, et al., 2016). Trois études randomisées ultérieures n'ont mis en évidence aucune différence en termes de douleur rapportée entre les personnes ayant bénéficié d'une thérapie musicale avant la procédure (Belloeil et al., 2020), d'aromathérapie (Free, Sheeder et Cohen, 2024) ou d'une stratégie supplémentaire de contrôle non pharmacologique de la douleur selon leur choix (musique d'ambiance, méditation guidée par imagerie mentale ou concentration sur la respiration) et celles ayant reçu des soins classiques (Tschann et al., 2018). Deux études qui ont examiné l'utilisation de l'acupuncture auriculaire, en combinaison avec un bloc paracervical et des AINS avant l'intervention, ont donné des résultats contradictoires (Ndubisi et al., 2019 ; Oviedo et al., 2021). En outre, un troisième essai combinant l'acupuncture auriculaire et la sédation profonde n'a pas révélé d'amélioration cliniquement significative de la douleur post-procédure dans le groupe d'intervention (Zhu et al., 2022). L'utilisation de la stimulation électrique transcutanée des points d'acupression (TEAS) comme moyen de moduler la douleur liée à l'avortement est un domaine de recherche actif, mais aucune recommandation ne peut être tirée des études existantes (Feng et al., 2016 ; Wang et al., 2018). Les données concernant l'efficacité de la stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS) sont contradictoires. Un seul essai contrôlé, randomisé bien conçu a montré que la stimulation transcutanée était non inférieure à la sédation intraveineuse pour le soulagement de la douleur liée à l'aspiration jusqu'à la 12e semaine de gestation (Lerma et al., 2021), tandis qu'un deuxième essai contrôlé randomisé bien conçu n'a révélé aucune différence en matière de soulagement de la douleur entre la TENS et un traitement simulé (Henkel et al., 2025).

Un seul essai contrôlé randomisé bien conçu a mis en évidence que la stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS) à haute fréquence et à haute intensité comme alternative à la sédation intraveineuse pour le soulagement de la douleur d'aspiration jusqu'à la 12e semaine de gestation, et a constaté que la TENS n'est pas inférieure à la sédation (Lerma et al., 2021).

Ressources

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Tableau des analgésiques

Continuum des niveaux de sédation : définition de l'anesthésie générale et des niveaux de sédation/ d'analgésie

Bibliographie

Acmaz, G., Aksoy, H., Ozoglu, N., Aksoy, U., & Albayrak, E. (2013). Effect of paracetamol, dexketoprofen trometamol, lidocaine spray, and paracervical block application for pain relief during suction termination of first-trimester pregnancy. *BioMed Research International, 2013*, 869275.

Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T., & Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology, 97*, 343-349.

Allen, R. H., & Singh, R. (2018). Society of Family Planning clinical guidelines pain control in surgical abortion part 1—local anesthesia and minimal sedation. *Contraception, 97*(6), 471-477.

Allen, R.H., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., Lasic, M., & Goldberg, A. (2009). Oral compared with intravenous sedation for first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 113*(2Pt1), 276-283.

Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., & Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: Effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception, 74*(5), 407-413.

Ali, M. A., Shamim, F., & Chughtai, S. (2015). Comparison between intravenous paracetamol and fentanyl for intraoperative and postoperative pain relief in dilatation and evacuation: Prospective, randomized interventional trial. *Journal of Anaesthesiology and Clinical Pharmacology, 31*(1), 54-58.

Atrash, H. K., Cheek, T. G., & Hogue, C. J. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 158*(2), 420-424.

Bartlett, L. A., Berg, C. J., Shulman, H. B., Zane, S. B., Green, C. A., Whitehead, S., & Atrash, H. K. (2004). Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics & Gynecology, 103*, 729-739.

Bayer, L. L., Edelman, A. B., Fu, R., Lambert, W. E., Nichols, M. D., Bednarek, P. H., ... Jensen, J. T. (2015). An evaluation of oral midazolam for anxiety and pain in first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 126*(1), 37-46.

Belanger, E., Melzack, R., & Lauzon, P. (1989). Pain of first-trimester abortion: A study of psychosocial and medical predictors. *Pain, 36*(3), 339-350.

Belloeil, V., Cazeneuve, C.T., Leclercq, A., Mercier, M.B., Legendre, G., & Corroenne, R. (2020). Impact of music therapy before first-trimester instrumental termination of pregnancy: a randomized controlled trial. BJOG: *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 127*, 738-745.

Borgatta, L., & Nickinovich, D. (1997). Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine, 42*(5), 287-293.

Braaten, K.P., Hurwitz, S., Fortin, J., & Goldberg, A.B. (2014). Intramuscular ketorolac versus oral ibuprofen for pain relief in first-trimester surgical abortion: A randomized clinical trial. *Contraception, 89*(2), 116-121.

Cade, L., & Ashley, J. (1993). Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anaesthesia and Intensive Care, 21*(1), 93.

Cansino, C., Denny, C., Carlisle, A.S., & Stubblefield, P. (2021). Society of Family Planning clinical recommendations: Pain control in surgical abortion part 2—Moderate sedation, deep sedation, and general anesthesia. *Contraception, 104*(6), 583-592.

Chin, J., McGrath, M., Lokken, E., Upegui, C. D., Prager, S., & Micks, E. (2022). Ketamine Compared With Fentanyl for Surgical Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology, 140*(3), 461.

Crouthamel, B., Economou, N., Averback, S., Rible, R., Kully, G., Meckstroth, K., & Mody, S. (2022). Effect of paracervical block volume on pain control for dilation and aspiration: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 140*(2), 234-242.

Duros, S., Joueidi, Y., Nyangoh Timoh, K., Boyer, L., Lemeut, P., Tavenard, A., ... Lavoue, V. (2018). A prospective study of the frequency of severe pain and predictive factors in women undergoing first-trimester surgical abortion under local anaesthesia. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology, 221*, 123-128.

Feng, X., Ye, T., Wang, Z., Chen, X., Cong, W., Chen, Y., ... Xie, W. (2016). Transcutaneous acupoint electrical stimulation pain management after surgical abortion: a cohort study. *International Journal of Surgery, 30*, 104-108.

Free, L. L., Sheeder, J., & Cohen, R. H. (2024). Effects of aromatherapy on patient satisfaction with procedural abortion at less than 10 weeks' gestation: A randomized controlled trial. *Contraception, 130*.

Bibliographie

Gray, B. A., Hagey, J. M., Crabtree, D., Wynn, C., Weber, J. M., Pieper, C. F., & Haddad, L. B. (2019). Gabapentin for perioperative pain management for uterine aspiration: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology, 134*(3), 611-619.

Gomez, P.I., Gaitan, H., Nova, C., & Paradas, A. (2004). Paracervical block in incomplete abortion using manual vacuum aspiration: Randomized clinical trial. Obstetrics & Gynecology, 103 (5 pt 1), 943-51.

Hailstorks, T.P., Cordes, S.M.D., Cwiak, C.A., Gray, B.A., Ge, L.M.A., Moore, R.H., & Haddad, L.B., (2020). Gabapentin as an adjunct to paracervical block for perioperative pain management for first-trimester uterine aspiration : a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223, 884.e1-10.

Hall, G., Ekblom, A., Persson, E., & Irestedt, L. (1997). Effects of prostaglandin treatment and paracervical blockade on postoperative pain in patients undergoing first trimester abortion in general anesthesia. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *76*, 868-872.

Henkel, A., Cahill, E. P., Chavez, S., Shorter, J. M., Liu, S. M., Amaya, S. I., Kaur, S., & Shaw, K. A. (2025). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain control during first-trimester procedural abortion: A blinded randomized controlled trial. *Contraception, 149*.

Horwitz, G., Roncari, D., Braaten, K. P., Maurer, R., Fortin, J., & Goldberg, A. (2018). Moderate intravenous sedation for first trimester surgical abortion : A comparison of adverse outcomes between obese and normal-weight women. *Contraception, 97*(1), 48-53.

Kan, A. S. Y., Ng, E. H. Y., & Ho, P. C. (2004). The role and comparison of two techniques of paracervical block for pain relief during suction evacuation for first-trimester pregnancy termination. *Contraception, 70*, 159-163.

Khazin, V., Weitzman, S., Rozenzvit-Podles, E., Ezri, T., Debby, A., Golan, A., & Evron, S. (2011). Postoperative analgesia with tramadol and indomethacin for diagnostic curettage and early termination of pregnancy. *International Journal of Obstetric Anesthesia, 20*(3), 236-239.

Lerma, K., Goldthwaite, L.M., Blumenthal, P.D., & Shaw, K.A. (2021). Transcutaneous electrical nerve stimulation for pain management of aspiration abortion up to 83 days of gestation: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 138*(3), 417-425.

Li, C. F. I., Wong, C. Y. G., Chan, C. P. B., & Ho, P. C. (2003). A study of co-treatment of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) with misoprostol for cervical priming before suction termination of first trimester pregnancy. *Contraception, 67*, 101-105.

Liu, W., Loo, C. C., Chiu, J. W., Tan, H. M., Ren, H. Z., & Lim, Y. (2005). Analgesic efficacy of pre-operative etoricoxib for termination of pregnancy in an ambulatory centre. *Singapore Medical Journal, 46*(8), 397-400.

Lowenstein, L., Granot, M., Tamir, A., Glik, A., Deutsch, M., Jakobi, P., & Zimmer, E. Z. (2006). Efficacy of suppository analgesia in postabortion pain reduction. *Contraception, 74*(4), 345-348.

Oviedo, J. D., Ohly, N. T., Guerrero, J. M., & Castano, P. M. (2018). Factors associated with participant and provider pain rating during office-based first-trimester vacuum aspiration. *Contraception, 97*(6), 497-499.

Micks, E. A., Edelman, A. B., Renner, R. M., Fu, R., Lambert, W. E., Bednarek, P. H., ... Jensen, J. T. (2012). Hydrocodone-acetaminophen for pain control in first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 120*(5), 1060-1069.

Moayedi, G., Stevens, K., Fontanilla, T., Tschann, M., Bednarek, P.H., Salcedo, J., Kaneshiro, B. & Soon, R. (2022). Intranasal fentanyl for first-trimester uterine aspiration pain: A randomized controlled trial. *Contraception, 113*, 101-107.

Ndubisi, C., Danvers, A., Gold, M. A., Morrow, L., & Westhoff, C. L. (2018). Auricular acupuncture as an adjunct for pain management during first trimester abortion: A randomized, double-blinded, three arm trial. *Contraception, 99*(3), 143-147.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Oviedo, J.D., Marquez, E., Gold, M.A., & Westhoff, C.L. (2021). Auricular acupressure and auricular acupuncture as an adjunct for pain management during first trimester aspiration abortion: A randomized, double-blinded, three-arm trial. *Contraception 103*(5), 342-347.

Qian, J., Sun, S., Wang, M., & Yu, X. (2023). Nonpharmacological pain management interventions in medical and surgical abortion: A scoping review. *International Journal of Nursing Practice, 29*(2), e13056.

Bibliographie

Rawling, M. J., & Wiebe, E. R. (2001). A randomized controlled trial of fentanyl for abortion pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 185*, 103-107.

Renner, R.M., Jensen, J.T., Nichols, M.D., & Edelman, A.B. (2010). Pain control in first-trimester surgical abortion: A systematic review of randomized controlled trials. *Contraception, 81*, 372-388.

Renner, R.-M., Ennis, M., McKercher, A. E., Henderson, J. T., & Edelman, A. (2024). Local anaesthesia for pain control in first trimester surgical abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2024*(2), CD006712.

Roche, N. E., Li, D., James, D., Fechner, A., & Tilak, V. (2012). The effect of perioperative ketorolac on pain control in pregnancy termination. *Contraception, 85*(3), 299-303.

Romero, I., Turok, D., & Gilliam, M. (2008). A randomized trial of tramadol versus ibuprofen as an adjunct to pain control during vacuum aspiration abortion. *Contraception, 77*(1), 56-59.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). Best practice in abortion care. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Sarker, R. R., Begum, S. A., Mahmud, T., Sultana, Z., Parvin, P. A., Faruq, M., & Khanom, A. (2024). Comparative Study between Paracervical Block and Non-Steroidal Anti Inflammatory Drug for Relief of Pain during Manual Vacuum Aspiration Procedure. *Mymensingh Medical Journal: MMJ, 33*(2), 440–445.

Singh, R. H., Ghanem, K. G., Burke, A. E., Nichols, M. D., Rogers, K., & Blumenthal, P. D. (2008). Predictors and perception of pain in women undergoing first trimester surgical abortion. *Contraception, 78*(2), 155-161.

Suprapto, K., & Reed, S. (1984). Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 150*(8), 1000-1001.

Tschann, M., Salcedo, J., & Kaneshiro, B. (2016). Nonpharmacological pain control adjuncts during first-trimester aspiration abortion: A review. *Journal of Midwifery Women's Health, 61*(3), 331-338.

Tschann, M., Salcedo, J., Soon, R., & Kaneshiro, B. (2018). Patient choice of adjunctive nonpharmacologic pain management during first-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Contraception, 98*(3), 205-209.

Wang, Z., Chen, Y., Chen, C., Zhao, L., Chen, P., Zeng, L., & Xie, W. (2018). Pain management of surgical abortion using transcutaneous acupoint electrical stimulation: An orthogonal prospective study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 44*(7), 1235-1242.

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

Wells, N. (1992). Reducing distress during abortion: A test of sensory information. *Journal of Advanced Nursing, 17*, 1050-1056.

Wiebe, E., Podhradsky, L., & Dijak, V. (2003). The effect of lorazepam on pain and anxiety in abortion. *Contraception, 67*(3), 219-221.

Wiebe, E. R., & Rawling, M. (1995). Pain control in abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 50*(1), 41-46.

Wilson, S. F., Gurney, E. P., Sammel, M. D., & Schreiber, C. A. (2016). Doulas for surgical management of miscarriage and abortion: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 216*(1), 44.e1-44.e6.

Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W., & Ho, P. C. (2002). A randomized, double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction, 17*(5), 1222-1225.

Zhu, X., He, X., Fan, B., Liu, J., Wu, S., Wang, H., & Chen, C. (2022). Effect of propofol intravenous anesthesia combined with press-needle therapy on analgesic effect during painless abortion. *Computational and mathematical methods in medicine*, 6543211.

2.4. Contrôle de la douleur lors d'une procédure de dilatation et évacuation

Recommandation :

- Une association d'un bloc paracervical, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'analgésiques narcotiques, avec ou sans anxiolytiques, est recommandée.
- Une sédation intraveineuse doit être proposée aux patientes si cette option est disponible.
- Les risques plus importants associés à une anesthésie générale doivent être évalués par rapport aux bénéfices.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Très faible	2 octobre 2025

Anesthésie locale pour la prise en charge de la douleur

Un stade plus avancé de la grossesse au moment de l'avortement est associé à des scores de douleur plus élevés lors de la dilatation et de l'évacuation (D&E) (Dzuba et al., 2022). À des stades plus avancés de la grossesse, la D&E nécessite une dilatation cervicale préopératoire et peropératoire plus importante, une durée d'intervention plus longue et une manipulation utérine plus profonde.

Méthodes de contrôle de la douleur

Il n'existe guère d'études comparatives sur le contrôle de la douleur lors d'une procédure de dilatation et évacuation. Les études existantes portent sur la gestion de la douleur lors de la mise en place d'un dilatateur osmotique avant la procédure de D&E, l'effet des médicaments adjuvants sur la douleur postopératoire chez les personnes bénéficiant d'une anesthésie générale ou d'une sédation intraveineuse profonde se sont davantage intéressées à la sécurité des stratégies de contrôle de la douleur lors d'une procédure de D&E. Les déclarations internationales de consensus sont généralement centrées sur le niveau minimal d'anesthésie permettant de réaliser une procédure de dilatation et évacuation plutôt que sur une optimisation du contrôle de la douleur, cela afin de permettre aux femmes d'y avoir accès dans des centres de santé de niveau inférieur (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2022 ; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2024).

Dans les études portant sur les programmes de dilatation et évacuation, le contrôle de la douleur consistait généralement en une sédation intraveineuse par une association de narcotiques et d'anxiolytiques et un bloc paracervical (Altman, et al., 1985 ; Castleman, et al., 2006 ; Jacot et al., 1993). Ipas recommande une association d'un bloc paracervical, d'AINS et d'analgésiques narcotiques, avec ou sans anxiolytiques (Edelman et Kapp, 2017). On proposera aux patientes des AINS, un bloc paracervical et une sédation intraveineuse si ces options sont disponibles (Jackson et Kapp, 2020 ; RCOG, 2022 ; OMS, 2024).

Anesthésie locale

Se reporter à la section 2.5, Bloc paracervical.

Médicaments

Aucune étude n'a évalué l'efficacité des analgésiques par voie orale, intramusculaire ou intraveineuse lors d'une procédure de dilatation et évacuation. Une étude a permis d'observer que les personnes ayant reçu par voie intraveineuse un AINS, à savoir du kétorolac, en association avec une sédation intraveineuse profonde ou une anesthésie générale lors de la procédure de dilatation et évacuation faisaient état de significativement moins de douleur post-opératoire que celles n'ayant pas reçu ce médicament (Liu et Flink-Bochacki, 2021). Ces données doivent être interprétées avec prudence car l'étude n'avait pas été conçue pour une telle comparaison. Néanmoins, les études portant sur l'aspiration intra-utérine ont toutes permis de constater que l'administration d'AINS par voie orale ou intramusculaire avant la procédure atténuait systématiquement la douleur éprouvée par la personne pendant et après celle-ci (Braaten, et al., 2013 ; Renner, et al., 2010 ; Romero, Turok et Gilliam, 2008 ; Suprapto et Reed, 1984 ; Wiebe et Rawling, 1995).

Sédation intraveineuse

Une seule étude randomisée a évalué l'efficacité d'une sédation intraveineuse modérée lors d'une procédure de dilatation et évacuation. Elle a constaté qu'une sédation modérée par le fentanyl et le midazolam était significativement plus efficace que le protoxyde d'azote en inhalation pour le contrôle de la douleur chez des femmes entre 12 et 16 semaines de gestation ayant également reçu de l'ibuprofène et un bloc paracervical avant la procédure (Thaxton et al., 2018). Des données supplémentaires issues d'études sur l'aspiration intra-utérine ont montré qu'une sédation intraveineuse par une association de narcotiques et d'anxiolytiques est une méthode efficace de contrôle de la douleur et améliore la satisfaction vis-à-vis de la procédure d'avortement (Allen, Fitzmaurice, Lifford, Lasic et Goldberg, 2009 ; Allen, et al., 2009 ; Allen, et al., 2006 ; Wells, 1992 ; Wong, et al., 2002). Des études ont évalué la sécurité d'une sédation intraveineuse par du fentanyl et du midazolam en association avec un bloc paracervical lors d'une procédure de dilatation et évacuation. Elles font état d'un taux de complications majeures associées à la procédure inférieur à 1 % (Racek, Chen et Creinin, 2010), et ne rapportent aucun événement indésirable supplémentaire lié à l'anesthésie ((Gokhale et al. 2016 ; Wilson, Chen et Creinin, 2009 ; Wiebe et al., 2013). Une étude a randomisé 126 participantes recevant du fentanyl et du midazolam dans le cadre d'une dilatation et évacuation (D&E) entre la 14e et la 19e semaine de gestation, pour leur administrer soit de la gabapentine, soit un placebo en complément. L'étude n'a révélé aucune différence quant à l'intensité maximale de la douleur rapportée entre les deux groupes ; toutefois, les participantes ayant reçu de la gabapentine ont ressenti moins de douleur peropératoire et ont fait état d'un niveau de satisfaction plus élevé (Brant et al., 2022).Une sédation intraveineuse profonde par le propofol sans intubation est sans danger en ambulatoire et n'engendre aucun risque d'inhalation bronchique (Aksel et al., 2018 ; Dean, et al., 2011 ; Gokhale et al., 2016 ; Mancuso et al., 2017).

Une sédation intraveineuse augmente le coût, la complexité et les risques potentiels de la procédure et nécessite un prestataire formé à cet effet et l'équipement nécessaire pour assurer le monitorage des personnes concernées (Cansino et al., 2021). Le monitorage supplémentaire que requiert l'administration en toute sécurité d'une sédation intraveineuse exige de la part des centres des investissements en termes de formation et d'équipement. Pour de plus amples informations sur la définition des degrés de sédation, y compris l'anesthésie générale, se reporter à Annexe B : *Continuum des niveau de sédation : définition de l'anesthésie générale et des degrés de sédation/d'analgésie.*

Anesthésie générale

Même si elle est efficace pour assurer le contrôle de la douleur durant la procédure, une anesthésie générale augmente le coût, la complexité et les risques potentiels associés à un avortement et n'est pas recommandée pour des procédures de routine (Atrash, Cheek et Hogue, 1988 ; Bartlett et al., 2004 ; MacKay, Schulz et

Grimes, 1985 ; RCOG, 2022 ; OMS, 2024). Pour de plus amples informations sur la définition des degrés de sédation, y compris l'anesthésie générale, se reporter à Annexe B : *Continuum des niveaux de sédation : définition de l'anesthésie générale et des degrés de sédation/d'analgésie.*

Contrôle non pharmacologique de la douleur

Les analgésiques et le bloc paracervical doivent être complétés par des mesures de soutien visant à atténuer la douleur et l'anxiété. Quelques approches qui peuvent s'avérer utiles sont notamment de fournir à la patiente des explications sur ce à quoi elle doit s'attendre au cours de la procédure, de réaliser la procédure dans un environnement propre et privé, avec des membres du personnel qui ont une attitude encourageante et amicale, de lui offrir un soutien verbal, de recourir à une technique chirurgicale douce et efficace et d'appliquer un coussin chauffant ou une bouillotte d'eau chaude sur le bas-ventre en salle de réveil (Akin et al., 2001).

Ressources

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Tableau des analgésiques

Continuum des niveaux de sédation : définition de l'anesthésie générale et des niveaux de sédation/ d'analgésie

Bibliographie

Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T., & Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology, 97*, 343-349.

Aksel, S., Lang, L., Steinauer, J. E., Drey, E. A., Lederle, L., Sokoloff, A., & Carlisle, A. S. (2018). Safety of Deep Sedation Without Intubation for Second-Trimester Dilation and Evacuation. *Obstetrics & Gynecology, 132*(1), 171-178.

Allen, R.H., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., Lasic, M., & Goldberg, A. (2009). Oral compared with intravenous sedation for first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 113*(2Pt1), 276-283.

Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., & Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: Effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception, 74*(5), 407-413.

Altman, A. M., Stubblefield, P. G., Schlam, J. F., Loberfeld, R., & Osathanondh, R. (1985). Midtrimester abortion with laminaria and vacuum evacuation on a teaching service. *The Journal of Reproductive Medicine, 30*(8), 601-606.

Atrash, H., Cheek, T., & Hogue, C. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 158*(2), 420.

Bartlett, L. A., Berg, C. J., Shulman, H. B., Zane, S. B., Green, C. A., Whitehead, S., & Atrash, H. K. (2004). Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics & Gynecology, 103*, 729-739.

Braaten, K.P., Hurwitz, S., Fortin, J., & Goldberg, A.B. (2014). Intramuscular ketorolac versus oral ibuprofen for pain relief in first-trimester surgical abortion: A randomized clinical trial. *Contraception, 89*(2), 116-121.

Brant, A. R., Reeves, M. F., Ye, P. P., Scott, R. K., Floyd, S., Tefera, E., & Lotke, P. S. (2023). Gabapentin as an adjunct for pain management during dilation and evacuation: A double-blind randomized controlled trial. *Contraception, 118*.

Cansino, C., Denny, C., Carlisle, A.S., & Stubblefield, P. (2021). Society of Family Planning clinical recommendations: Pain control in surgical abortion part 2—Moderate sedation, deep sedation, and general anesthesia. *Contraception, 104*(6), 583-592.

Bibliographie

Castleman, L. D., Oanh, K. T. H., Hyman, A. G., Thuy, L. T., & Blumenthal, P. D. (2006). Introduction of the dilation and evacuation procedure for second-trimester abortion in Vietnam using manual vacuum aspiration and buccal misoprostol. *Contraception, 74*, 272-276.

Dean, G., Jacobs, A. R., Goldstein, R. C., Gevirtz, C. M., & Paul, M. E. (2011). The safety of deep sedation without intubation for abortion in the outpatient setting. *Journal of Clinical Anesthesia, 23437*-442.

Dzuba, I.G., Chandrasekaran, S., Fix, L., Blanchard, K., & King, E. (2022). Pain, side effects, and abortion experience among people seeking abortion care in the second trimester. *Women's Health Reports, 3.1*, 533-542.

Edelman, A., & Kapp, N. (2017). Dilatation and evacuation (D&E) reference guide: *Induced abortion and postabortion care at or after 13 weeks gestation*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Gokhale, P., Lappen, J. R., Waters, J. H., & Perriera, L. K. (2016). Intravenous Sedation Without Intubation and the Risk of Anesthesia Complications for Obese and Non-Obese Women Undergoing Surgical Abortion: A Retrospective Cohort Study. *Anesthesia and Analgesia, 122*(6), 1957-1962.

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

Jackson, E., & Kapp, N. (2020). Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 127*,1348-1357.

Liu, S.M, & Flink-Bochacki, R. (2021). A single-blinded randomized controlled trial evaluating pain and opioid use after dilator placement for second-trimester abortion. *Contraception, 103*(3), 171-177 .

MacKay, H. T., Schulz, K. F., & Grimes, D. A. (1985). Safety of local versus general anesthesia for second-trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstetrics & Gynecology, 66*, 661-665.

Mancuso, A. C., Lee, K., Zhang, R., Hoover, E. A., Stockdale, C., & Hardy-Fairbanks, A. J. (2017). Deep sedation without intubation during second trimester surgical termination in an inpatient hospital setting. *Contraception, 95*, 288-291.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé

Racek, C. M., Chen, B. A., & Creinin, M. D. (2010). Complication rates and utility of intravenous access for surgical abortion procedures from 12 to 18 weeks of gestation. *Contraception, 82*, 286-290.

Renner, R.M., Jensen, J.T., Nichols, M.D., & Edelman, A.B. (2010). Pain control in first-trimester surgical abortion: A systematic review of randomized controlled trials. *Contraception, 81*, 372-388.

Romero, I., Turok, D., & Gilliam, M. (2008). A randomized trial of tramadol versus ibuprofen as an adjunct to pain control during vacuum aspiration abortion. *Contraception, 77*(1), 56-59.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Best practice in abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Siddiqui, K. M., & Chohan, U. (2007). Tramadol versus nalbuphine in total intravenous anaesthesia for dilatation and evacuation. *Journal of the Pakistani Medical Association, 57*(2), 67-70.

Suprapto, K., & Reed, S. (1984). Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 150*(8), 1000-1001.

Thaxton, L., Pitotti, J., Espey, E., Teal, S., Sheeder, J. & Singh, R.H. (2018). Nitrous oxide compared with intravenous sedation for second-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 132*, 1182-7.

Wells, N. (1992). Reducing distress during abortion : A test of sensory information. *Journal of Advanced Nursing, 17*, 1050-1056.

Wiebe, E. R., Byczko, B., Kaczorowski, J., & McLane, A. L. (2013). Can we safely avoid fasting before abortions with low-dose procedural sedation? A retrospective cohort chart review of anesthesia-related complications in 47,748 abortions. *Contraception, 87*, 51-54.

Wiebe, E. R., & Rawling, M. (1995). Pain control in abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 50*(1), 41-46.

Wilson, L. C., Chen, B. A., & Creinin, M. D. (2009). Low-dose fentanyl and midazolam in outpatient surgical abortion up to 18 weeks of gestation. *Contraception, 79*, 122-128.

Bibliographie

Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W., & Ho, P. C. (2002). A randomized, double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction, 17*(5), 1222-1225.

2.5

2. Contrôle de la douleur

Bloc paracervical

Recommandation :

- Un bloc paracervical par un anesthésique local est une méthode efficace de contrôle de la douleur et doit faire partie intégrante de toute procédure d'aspiration intra-utérine, de mise en place de dilatateurs osmotiques et de dilatation et évacuation.
- De nombreux prestataires de santé différents—y compris des cliniciens associés et associés avancés, des infirmières, des sages-femmes, des professionnels de la médecine traditionnelle et complémentaire, des infirmières et infirmières obstétriciennes auxiliaires—peuvent pratiquer l'anesthésie paracervicale de manière sûre et efficace.
- Un bloc paracervical n'est pas un moyen efficace pour contrôler la douleur associée à l'expulsion des produits de conception lors d'un avortement médicamenteux à partir de 13 semaines de gestation.
- Il est recommandé pour faire un bloc paracervical d'injecter 20 ml de lidocaïne à 1 % à une profondeur de 3 cm. Si l'on ne dispose pas de lidocaïne à 1 %, on peut la remplacer par 10 ml de lidocaïne à 2 %, même si les données factuelles en faveur de l'utilisation de lidocaïne à 2 % sont peu nombreuses. Il convient d'utiliser une technique d'injection paracervicale en deux points ou en quatre points.

Dans la pratique :

- Un bloc para cervical doit être utilisé dans toutes les procédures d'évacuation utérine qu'il s'agisse d'un avortement induit ou de soins après avortement.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Élevée	2 octobre 2025

Local anesthesia for pain management

A longer duration of pregnancy at the time of abortion is associated with higher reported pain scores during dilatation and evacuation (D&E) (Dzuba et al., 2022). At later gestations, D&E requires more preoperative and operative cervical dilation, longer procedure times and deeper uterine manipulation.

Anesthésie locale pour le contrôle de la douleur

Aspiration intra-utérine

Une analyse systématique de 2024 qui a évalué le bloc paracervical lors de procédures d'avortement est parvenue à la conclusion que celui-ci atténue la douleur lors de la dilatation cervicale et de l'aspiration utérine mais non la douleur après la procédure par rapport à un placebo ou à l'absence d'anesthésie (Renner, et al.,

2024). Lors de la meilleure étude disponible sur le bloc paracervical, 120 patientes ayant subi un avortement par aspiration avant onze semaines de gestation ont été randomisées pour recevoir soit un bloc paracervical par 20 ml de lidocaïne à 1 % tamponnée avec du bicarbonate de sodium et injectée à une profondeur de trois centimètres en quatre points paracervicaux, soit une pseudo-injection lors de laquelle une aiguille capuchonnée était appliquée au niveau de la jonction cervico-vaginale pour imiter l'administration d'un bloc paracervical. Les personnes ayant reçu le bloc paracervical avaient eu moins mal pendant la dilatation et l'aspiration que celles ayant reçu la pseudo-injection (Renner, et al., 2012). Une injection plus en profondeur (3 cm) de l'anesthésique améliore le contrôle de la douleur par rapport à une injection superficielle (1,5 cm) (Cetin et Cetin, 1997 ; Renner, et al., 2010). Une étude randomisée et contrôlée ultérieure a montré que, comparé à la lidocaïne seule, l'ajout de bicarbonate de sodium à celle-ci (1 ml de bicarbonate de sodium à 8,4 % par 10 ml de solution d'anesthésique) ne diminuait pas les scores de douleur au moment de l'injection ou lors de la dilatation cervicale (Chin et al., 2020). On ne sait pas avec certitude si une technique d'injection en quatre points est supérieure à une technique d'injection en deux points. Dans une étude randomisée, une technique en quatre points était supérieure à une technique en deux points, mais la différence en termes de douleur ressentie était faible (Renner et al., 2016). Dans une autre étude randomisée, on n'a pas constaté de différence en termes de douleur entre les techniques en deux et en quatre points (Glantz et Shomento, 2001). Une période d'attente entre l'injection et la dilatation cervicale n'est pas nécessaire car cela n'améliore pas le contrôle de la douleur (Phair, Jensen et Nichols, 2002 ; Renner et al., 2016 ; Wiebe et Rawling, 1995).

On ignore si le volume d'anesthésique administré influence le soulagement de la douleur ; un essai randomisé portant sur 114 personnes ayant subi une aspiration utérine n'a révélé aucune différence dans la douleur rapportée lorsque les personnes recevaient un bloc paracervical de 40 ml de lidocaïne à 0,5 % ou de 20 ml de lidocaïne à 1 % (Crouthamel et al., 2022), tandis que deux études d'observation comportant des variables significativement confondantes ont montré que les personnes qui avaient reçu un bloc de 20 ml ont rapporté des scores de douleur inférieurs à celles qui avaient reçu un bloc de 10 ml (Alent et al., 2006 ; Wiebe, 1992). Les prestataires de soins doivent veiller à éviter une injection intravasculaire accidentelle afin de limiter la toxicité potentielle liée à la dose de lidocaïne (Lau, et al., 1999), et peuvent préférer une technique d'injection en deux points lorsqu'une dose plus faible d'anesthésique est utilisé.

Chez les personnes ayant bénéficié d'une sédation profonde pour le contrôle de la douleur, il n'est pas certain que l'administration d'un bloc paracervical apporte un bénéfice supplémentaire (Kan, Ng et Ho, 2004 ; Renner et al., 2010 ; Wells, 1992 ; Wong, et al., 2002). Lors de l'utilisation d'une anesthésie générale, l'administration d'un bloc paracervical n'apporte aucun bénéfice supplémentaire (Hall, et al., 1997 ; Renner et al., 2010).

Dilatation et évacuation

Aucune étude n'a évalué le bloc paracervical pour le contrôle de la douleur lors d'une procédure de dilatation et évacuation sans sédation ou anesthésie concomitante. Une étude randomisée s'est intéressée à l'utilisation d'un bloc paracervical lors d'une procédure de dilatation et évacuation chez des patientes ayant également bénéficié d'une sédation profonde ou d'une anesthésie générale ; l'association d'un bloc paracervical n'a pas atténue la douleur postopératoire (Lazenby, Fogelson et Aeby, 2009). La recommandation d'administrer un bloc paracervical pour une procédure de D&E est extrapolée à partir des données provenant des études portant sur l'aspiration intra-utérine et de deux études randomisées et contrôlées portant sur 41 personnes qui ont mis en évidence une réduction significative de la douleur lors de la mise en place des dilatateurs osmotiques suite au recours à un bloc paracervical (Soon, et al., 2017). L'autre étude a porté sur 91 personnes et a mis en évidence qu'un volume plus faible d'anesthésique (12ml de lidocaïne à 1 %) n'était pas inférieur à celui d'un volume plus élevé (20ml de lidocaïne à 1 %) pour gérer la douleur liée à la mise en place d'un dilatateur osmotique (Shaw et al. 2021).

Avortement médicamenteux

Aucune étude n'a évalué l'administration d'un bloc paracervical pour le contrôle de la douleur lors d'un avortement médicamenteux avant 13 semaines de gestation. Deux études portant sur le recours à un bloc paracervical lors d'un avortement médicamenteux à partir de 13 semaines de gestation n'ont mis en évidence

aucune amélioration en termes de contrôle de la douleur (Andersson, et al., 2016 ; Winkler, et al., 1997).

Qui est habilité à réaliser un bloc paracervical

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans le cadre de la prestation de services pour l'aspiration utérine, recommande l'administration systématique d'un bloc paracervical (OMS, 2024). Les agents de santé ayant les compétences nécessaires pour effectuer une procédure transcervicale et un examen pelvien bimanuel visant à diagnostiquer une grossesse et à déterminer l'âge gestationnel en fonction de la taille de l'utérus, peuvent être formés pour effectuer une aspiration sous vide avec réalisation d'un bloc paracervical. L'OMS indique que l'aspiration de l'utérus fait partie du champ d'activité des médecins généralistes et médecins spécialistes, et recommande que l'aspiration soit pratiquée par des cliniciens associés et des cliniciens associés de niveau avancé, des sages-femmes et des infirmières, sur la base de preuves de sécurité et d'efficacité avec un niveau de certitude modéré. L'OMS suggère que les infirmières et les sages-femmes auxiliaires peuvent être en mesure de pratiquer l'aspiration utérine dans les contextes où elles fournissent des soins obstétriques d'urgence de base (OMS, 2024). Pour plus d'informations sur les personnes habilitées à effectuer des tâches spécifiques liées aux soins d'avortement, voir Annexe C : *Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant les rôles des agents de santé dans la dispensation des soins d'avortement*.

Technique

Pour plus d'informations sur la technique de réalisation d'un bloc paracervical, voir : *Technique de réalisation d'un bloc paracervical*—Aide-mémoire, dont le lien figure ci-dessous.

Ressources

http ://www.ipas.org/ClinicalResources

Tableau des analgésiques

Continuum des niveaux de sédation : définition de l'anesthésie générale et des niveaux de sédation/d'analgésie

Vidéos sur les soins d'avortement—Ipas : *Comment réaliser un bloc paracervical*

Bibliographie

Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., & Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: Effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception, 74*(5), 407-413.

Andersson, I. M., Benson, L., Christensson, K., & Gemzell-Danielsson, K. (2016). Paracervical block as pain treatment during second-trimester medical termination of pregnancy: An RCT with bupivacaine versus sodium chloride. *Human Reproduction, 31*(1), 67-74.

Cetin, A., & Cetin, M. (1997). Effect of deep injections on local anesthetics and basal dilatation of cervix in management of pain during legal abortions. A randomized, controlled study. *Contraception, 56*, 85-87.

Chin, J., Kaneshiro, B., Elia, J., Raidoo, S., Savala, M. & Soon R. (2020). Buffered lidocaine for paracervical blocks in first-trimester abortions: a randomized controlled trial. *Contraception X, 18*(2), 100044.

Crouthamel, B., Economou, N., Averback, S., Rible, R., Kully, G., Meckstroth, K., & Mody, S. (2022). Effect of paracervical block volume on pain control for dilation and aspiration: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 140*(2), 234-242.

Glantz, J. C., & Shomento, S. (2001). Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 72*, 171-8.

Bibliographie

Hall, G., Ekblom, A., Persson, E., & Irestedt, L. (1997). Effects of prostaglandin treatment and paracervical blockade on postoperative pain in patients undergoing first trimester abortion in general anesthesia. *Acta Obstetricia et Gynecologia Scandinavia, 76*, 868-872.

Kan, A. S., Ng E. H., & Ho, P. C. (2004). The role and comparison of two techniques of paracervical block for pain relief during suction evacuation for first-trimester pregnancy termination. *Contraception, 70*, 159-163.

Lau, W. C., Lo, W. K., Tam, W. H., & Yuen, P. M. (1999). Paracervical anesthesia in outpatient hysteroscopy: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 106*(4), 356-9.

Lazenby, G. B., Fogelson, N. S., & Aeby, T. (2009). Impact of paracervical block on postabortion pain in patients undergoing abortion under general anesthesia. *Contraception, 80*(6), 578-582.

O'Connell, K., Jones, H. E., Simon, M., Saporta, V., Paul, M., & Lichtenberg, E. S. (2009). First-trimester surgical abortion practices: A survey of National Abortion Federation members. *Contraception, 79*: 385–392.

Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Phair, N., Jensen, J. T., & Nichols, M. (2002). Paracervical block and elective abortion: The effect on pain of waiting between injection and procedure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 186*, 1304-1307.

Renner, R.M., Jensen, J.T., Nichols, M.D., & Edelman, A. (2010). Pain control in first trimester surgical abortion: A systematic review of randomized controlled trials. *Contraception, 81*, 372-388.

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

Renner, R. M., Edelman, A. B., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Lim J. Y., & Bednarek, P. H. (2016). Refining paracervical block techniques for pain control in first trimester surgical abortion: A randomized controlled noninferiority trial. *Contraception, 95*(5), 461-466.

Renner, R.-M., Ennis, M., McKercher, A. E., Henderson, J. T., & Edelman, A. (2024). Local anaesthesia for pain control in first trimester surgical abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2024*(2), CD006712.

Shaw, K.A., Lerma, K., Hughes, T., Hastings, C., Fok, W.K., & Blumenthal, P.D. (2021). A comparison of paracervical block volumes before osmotic dilator placement: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 138*(3), 443-448.

Soon, R., Tschann, M., Salcedo, J., Stevens, K., Ahn, H. J., & Kaneshiro, B. (2017). Paracervical block for laminaria insertion before second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 130*, 387-392.

Wiebe, E. R. (1992). Comparison of the efficacy of different local anesthetics and techniques of local anesthesia in therapeutic abortion. A*merican Journal of Obstetrics & Gynecology, 167*, 131-4.

Winkler, M., Wolters, S., Funk, A., & Rath, W. (1997). Second trimester abortion with vaginal gemeprost-improvement by paracervical anesthesia? *Zentralblatt fur Gynakologie, 119*, 621-624.

Wells, N. (1992). Reducing distress during abortion: A test of sensory information. *Journal of Advanced Nursing, 17*(9), 1050-1056.

Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W., & Ho, P. C. (2002). A randomized, double-blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction, 17*, 1222-1225.

3. Recommandations pour un avortement avant 13 semaines de gestation

3.1 Personnes adolescentes : sécurité et efficacité

Recommandation :

- L'aspiration intra-utérine et l'avortement médicamenteux sont des méthodes sûres et efficaces chez les personnes adolescentes et doivent être proposées en tant que méthodes d'interruption volontaire de grossesse.
- Une préparation cervicale doit être envisagée avant une aspiration intra-utérine chez les personnes adolescentes.
- Les personnes adolescentes doivent pouvoir accéder sans retard à des soins d'avortement sécurisé.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Modérée	6 octobre 2025

Personnes adolescentes et avortement

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les personnes adolescentes comme des personnes de 10 à 19 ans et les jeunes personnes comme celles âgées de 20 à 24 ans. Les personnes adolescentes sont confrontées à des obstacles en matière d'accès aux soins d'avortement sécurisé et viennent demander un avortement à un âge gestationnel plus avancé que les adultes (Jatlaoui et al., 2017 ; Sowmini, 2013). Les personnes adolescentes sont exposées à un risque accru de complications consécutives à un avortement non sécurisé, cela en raison de leur tendance à retarder le moment de demander des soins, à recourir à des prestataires incompétents, de la difficulté d'obtenir des soins appropriés et d'avoir accès à des services compétents en cas de complications (Espinoza, Samandari et Andersen, 2020 ; Fatusi et al., 2021 ; Keogh et al., 2021 ; Olukoya, et al., 2001). Selon les estimations de l'Institut Guttmacher en 2019, 5,7 millions de personnes adolescentes de 10 à 19 ans vivant dans des pays à revenu faible et intermédiaire ont connu des grossesses qui se sont terminées en avortements, pour la majorité des avortements non sécurisés (Sully et al.,2020). Éliminer les obstacles en matière d'accès aux soins d'avortement pourrait s'avérer particulièrement bénéfique pour les personnes adolescentes et les jeunes personnes.

Lorsque des personnes adolescentes bénéficient de soins d'avortement sécurisé ceux-ci présentent moins de complications que chez les personnes plus âgées. Dans une étude de cohorte rétrospective à grande échelle réalisée aux États-Unis, lors de laquelle on a enregistré toutes les complications survenues dans un délai de six semaines pour 54 911 avortements chirurgicaux et médicamenteux, c'est chez les personnes adolescentes que les auteurs ont observé le plus faible taux de complications consécutives à un avortement parmi l'ensemble des catégories d'âge, à savoir 1,5 % (Upadhyay et al., 2015). Les résultats n'ont pas été stratifiés en fonction de la méthode d'évacuation utérine, du trimestre ou du type de complications.

Aspiration intra-utérine

Efficacité

Les taux de réussite d'une aspiration intra-utérine n'ont pas été dissociés en fonction de l'âge. Dans les études regroupant des données concernant des personnes adolescentes et des personnes plus âgées, les taux d'avortement incomplet et d'échec d'avortement étaient inférieurs à 1 % (Upadhyay et al., 2015 ; Warriner et al., 2006 ; Weitz et al., 2013). Une analyse systématique de 2014 reprenant vingt-cinq études randomisées et observationnelles concernant les soins d'avortement chez des personnes adolescentes et des jeunes personnes est parvenue à la conclusion selon laquelle l'avortement, y compris par aspiration intra-utérine, est sûre et efficace, même si les taux d'efficacité spécifiques n'ont pas été détaillés (Renner, de Guzman et Brahmi, 2014).

Sécurité

Une vaste étude de cohorte prospective multicentrique réalisée aux États-Unis et portant sur 164 000 femmes ayant eu recours à un avortement légal, dont 50 000 personnes adolescentes, a permis de constater que les taux de mortalité et de morbidité majeure étaient plus faibles chez les personnes adolescentes que chez les personnes plus âgées (Cates Jr., Schulz et Grimes, 1983). Le taux de mortalité était de 1,3 pour 100 000 chez les jeunes personnes de moins de 20 ans contre 2,2 pour 100 000 chez les personnes de 20 ans et plus. Les événements indésirables graves, notamment intervention chirurgicale majeure, hémorragie nécessitant une transfusion et perforation utérine, étaient moins fréquents chez les personnes de moins de 20 ans. Néanmoins, un âge inférieur ou égal à 17 ans a été mis en relation avec davantage de lésions cervicales, même après correction des effets liés au fait d'être nullipare (5,5 pour 1 000 contre 1,7 pour 1 000 chez les personnes de 30 ans et plus ; risque relatif : 1,9 ; IC 95 % : 1,2-2,9) (Cates et al., 1983 ; Renner et al., 2014 ; Schulz, Grimes et Cates, 1983). Pour réduire ce risque, une préparation cervicale doit être envisagée avant une aspiration intra-utérine chez les personnes adolescentes (Allen et Goldberg, 2016 ; OMS, 2024).

Acceptabilité

Il n'existe pas de données stratifiées en fonction de l'âge concernant l'acceptabilité d'une aspiration intra-utérine chez les personnes adolescentes (Renner et al., 2014).

Avortement médicamenteux

Efficacité

Les études cliniques et les études de cohorte ont montré que le taux de réussite d'un avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et le misoprostol chez les très jeunes femmes est similaire (Haimov-Kochman et al., 2007 ; Heikinheimo, Leminen et Suhonen, 2007) ou supérieur (Niinimäki et al., 2011 ; Shannon et al., 2006) à celui observé chez des femmes plus âgées. Une vaste étude de cohorte rétrospective à l'échelle de la population réalisée en Finlande et ayant comparé 3 024 personnes adolescentes à 24 006 personnes adultes à un âge gestationnel allant jusqu'à 20 semaines a permis de constater que le risque de nécessiter une évacuation chirurgicale après un avortement médicamenteux était significativement moindre chez les personnes adolescentes (Niinimäki et al., 2011).

Parmi une cohorte prospective qui incluait de très jeunes femmes, le taux de réussite d'un avortement médicamenteux par le misoprostol seul était identique chez les très jeunes femmes et chez les femmes plus âgées (Bugalho et al., 1996). Deux études de cohorte prospectives portant sur l'avortement par le misoprostol seul ont recruté uniquement des personnes adolescentes ; dans ces deux études, l'efficacité était équivalente à celle décrite lors des études portant sur des femmes adultes (Carbonell et al., 2001 ; Velazco et al., 2000).

Sécurité

L'étude de cohorte rétrospective finlandaise à l'échelle de la population citée plus haut montre que le taux de complications après un avortement médicamenteux chez les personnes adolescentes est similaire ou inférieur à celui observé chez des personnes plus âgées, même après correction pour la nulliparité. Lors de cette étude, les personnes adolescentes présentaient une incidence significativement moindre d'hémorragie, d'avortement incomplet et de nécessité d'une évacuation chirurgicale. Le taux d'infection après avortement était similaire chez les personnes adolescents et chez les personnes plus âgées, malgré une fréquence plus importante d'in-

fections à Chlamydia chez les personnes adolescentes (Niinimäki et al., 2011). Dans les études portant sur l'avortement médicamenteux par le misoprostol seul ayant inclus des personnes adolescentes, ces dernières n'ont pas présenté un taux d'événements indésirables supérieur à celui observé chez les personnes adultes (Carbonell et al., 2001 ; Velazco et al., 2000).

Acceptabilité

Une étude finlandaise a comparé l'expérience de la douleur de 56 personnes adolescentes ayant eu recours à un avortement médicamenteux à celle de 76 adultes, et a constaté que la douleur ressentie dans les deux groupes était similaire, et que plus de la moitié d'entre ces personnes avaient ressenti une douleur intense (Kemppainen et al., 2020). Malgré cela, la satisfaction à l'égard des soins restait élevée, tant dans le groupe des personnes adolescentes que dans celui des adultes, et 90 % des personnes ayant participé ont déclaré qu'elles choisiraient à nouveau l'avortement médicamenteux. Dans une étude non comparative à petite échelle portant sur 28 personnes adolescentes de 14 à 17 ans ayant eu recours à un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol, 96 % d'entre elles ont jugé l'avortement médicamenteux acceptable et 79 % se sont déclarées satisfaites de la procédure lors d'un suivi à quatre semaines (Phelps, Schaff et Fielding, 2001).

Conséquences périnatales ultérieures

Trois études se sont intéressées aux conséquences périnatales lors d'une grossesse ultérieure chez des personnes adolescentes et des jeunes personnes ayant eu recours précédemment à un avortement : une étude de cohorte rétrospective réalisée aux États-Unis-ayant comparé 654 accouchements de personnes adolescentes nullipares à 102 accouchements de personnes adolescentes ayant déjà eu recours précédemment à un avortement (Van Veen, Haeri et Baker, 2015), un groupe rétrospectif allemand incluant 7 845 accouchements de personnes adolescentes nullipares à 211 accouchements de personnes adolescentes ayant eu recours précédemment à une interruption volontaire de grossesse (Reime, Schucking et Wenzlaff, 2008) et une étude rétrospective réalisée à Hong Kong ayant comparé 118 accouchements de personnes adolescentes ayant eu recours précédemment à un ou plusieurs avortements à un groupe témoin de 118 personnes adolescentes dont l'âge et la parité étaient équivalents (Lao et Ho, 1998). Les études des États-Unis et de Hong Kong n'ont mis en évidence aucune différence entre les groupes étudiés en termes de conséquences périnatales dommageables. Après ajustement pour les facteurs de confusion, l'étude allemande a mis en évidence un risque accru de très faible poids à la naissance chez les bébés des personnes adolescentes ayant eu précédemment recours à un avortement. La méthode d'avortement et la réalisation ou non d'une préparation préopératoire cervicale n'ont été précisées dans aucune de ces études.

Bibliographie

Allen, R., & Goldberg, A. (2016). Society of Family Planning Clinical Guideline 20071: Cervical dilation before first trimester surgical abortion (< 14 weeks gestation). *Contraception, 93*(4), 277-291.

Bugalho, A., Faundes, A., Jamisse, L., Usfa, M., Maria, E., & Bique, C. (1996). Evaluation of the effectiveness of vaginal misoprostol to induce first trimester abortion. *Contraception, 53*(4), 243-246.

Cates Jr, W., Schulz, K. F., & Grimes, D. A. (1983). The risks associated with teenage abortion. *New England Journal of Medicine, 309*(11), 621-624.

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

Espinoza, C., Samandari, G., & Andersen, K. (2020). Abortion knowledge, attitudes and experiences among adolescent girls: A review of the literature. *Sexual and Reproductive Health Matters, 28*(1), 175-195.

Fatusi, A., Riley, T., Kayembe, P.K., & Mabika, C. (2021). Unintended pregnancy, induced abortion and abortion care-seeking experiences among adolescents in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: A cross-sectional review. *BMJ Open, 11*(9), e044682.

Bibliographie

Haimov-Kochman, R., Arbel, R., Sciaky-Tamir, Y., Brzezinski, A., Laufer, N., & Yagel, S. (2007). Risk factors for unsuccessful medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 86*(4), 462-466.

Heikinheimo, O., Leminen, R., & Suhonen, S. (2007). Termination of early pregnancy using flexible, low-dose mifepristone–misoprostol regimens. *Contraception, 76*(6), 456-460.

Jatloui, T. C., Shah, J., Mandel, M. G., Krashin, J. W., Suchdev, D. B., Jamieson, D. J., & Pazol, K. (2017). Abortion surveillance-United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries, 66*(24), 1-48.

Kemppainen, V., Mentula, M., Palkama, V., & Heikinheimo, O. (2020). Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women. *Acta Obstetricia et Gyncologica Scandinavica, 99*(12), 1603-1610.

Keogh, S.C., Otupiri, E., Castillo, P.W., Li, N.W., Apenkwa, J., & Polis, C.B. (2021). Contraceptive and abortion practices of young Ghanian women aged 15-24: Evidence from a nationally representative sample. *Reproductive Health, 18*(1), 150.

Lao, T. T., & Ho, L. F. (1998). Induced abortion is not a cause of subsequent preterm delivery in teenage pregnancies. Human Reproduction, 13(3), 758-761.

Niinimäki, M., Suhonen, S., Mentula, M., Hemminki, E., Heikinheimo, O., & Gissler, M. (2011). Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: A population register based study. *BMJ: British Medical Journal, 342*, d2111.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Olukoya, A., Kaya, A., Ferguson, B., & AbouZahr, C. (2001). Unsafe abortion in adolescents. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 75*(2), 137-147.

Phelps, R. H., Schaff, E. A., & Fielding, S. L. (2001). Mifepristone abortion in minors. *Contraception, 64*(6), 339-343.

Reime, B., Schucking, B. A., & Wenzlaff, P. (2008). Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents' first pregnancies. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth, 8*(4).

Renner, R. M., de Guzman, A., & Brahmi, D. (2014). Abortion care for adolescent and young women. I*nternational Journal of Gynecology & Obstetrics, 126*, 1-7.

Schulz, K., Grimes, D., & Cates, W. (1983). Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *The Lancet, 321*(8335), 1182-1185.

Shannon, C., Wiebe, E., Jacot, F., Guilbert, E., Dunn, S., Sheldon, W., & Winikoff, B. (2006). Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: A randomized trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 113*(6), 621-628.

Sowmini, S.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.

Sully, E.A., Biddlecom, A., Darroch, J.E., Riley, T., Ashford, L.S., Lince-Deroche, N., Firestein, L., & Murro, R. (2020). *Adding it up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute.

Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P., & Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology, 125*(1), 175-83.

Van Veen, T. R., Haeri, S., & Baker, A. M. (2015). Teen pregnancy: Are pregnancies following an elective termination associated with increased risk for adverse perinatal outcomes? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 28*, 530-532.

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

Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N., & Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and midlevel providers in South Africa and Vietnam: A randomized controlled equivalence trial. *The Lancet, 368*(9551), 1965-1972.

Weitz, T. A., Taylor, D., Desai, S., Upadhyay, U. D., Waldman, J., Battistelli, M. F., & Drey, E. A. (2013). Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health, 103*(3), 454-461.

3.2

3. Avortement avant 13 semaines de gestation

Détermination de l'âge gestationnel

Recommandation :

- L'âge gestationnel doit être évalué avant la dispense de soins d'avortement.
- Si la personne est certaine de la date des dernières règles (DDR), l'âge gestationnel peut être calculé en se basant uniquement sur la date des dernières règles.
- En cas d'incertitude quant à la durée de la grossesse en utilisant uniquement la DDR, et seulement lorsque cela s'avère cliniquement pertinent, l'âge gestationnel doit être évalué à partir de la date estimée des dernières règles associée à un examen bimanuel ; le recours à une échographie peut s'avérer utile en cas de doute sur l'âge gestationnel ou de discordance entre ces deux estimations.
- Le recours systématique à une échographie pour la détermination de l'âge gestationnel n'est pas nécessaire.

En pratique :

- L'examen bimanuel constitue une étape de routine avant les procédures intra-utérines et doit être réalisé avant toute procédure d'aspiration intra-utérine, même lorsqu'il n'est pas indiqué pour l'estimation de l'âge gestationnel.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Modérée	7 octobre 2025

Importance de la détermination de l'âge gestationnel

L'âge gestationnel de la grossesse influencera la méthode d'avortement et déterminera si l'avortement peut avoir lieu à domicile ou s'il doit être pratiqué dans un établissement de soins. Il existe plusieurs façons d'évaluer l'âge gestationnel, notamment la DDR, l'examen clinique de la taille de l'utérus et l'échographie. L'utilisation de la DDR, seule ou en combinaison avec un outil validé tel qu'une roue d'aide à la datation gestationnelle ou une liste de contrôle, permet aux individus d'évaluer eux-mêmes l'âge gestationnel (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2024). Il n'est pas nécessaire de procéder à un dépistage échographique de la grossesse extra-utérine chez les personnes ne présentant pas de symptômes et ne présentant pas de facteurs de risque avant un avortement médicamenteux (OMS, 2024) ; l'incidence de la grossesse extra-utérine est plus faible chez les femmes souhaitant avorter que dans la population générale (Duncan, Reynolds-Wright et Cameron, 2022). Voir 3.3 : *Recommandations pour un avortement avant 13 semaines de gestation : Dépistage de la grossesse extra-utérine pour plus d'informations.*

Date des dernières règles (DDR) uniquement

Évaluation de l'âge gestationnel par le praticien à partir de la DDR

La plupart des personnes se souviennent de manière raisonnablement exacte de la date de leurs dernières règles, cela indépendamment de leur niveau d'éducation et du fait qu'elles aient ou non l'habitude de prendre note de cette date (Averbach, et al., 2018 ; Harper, Ellertson et Winikoff, 2002 ; Wegienka et Baird, 2005). Plusieurs études ont évalué la précision de la date des dernières règles comme unique élément pour la détermination de l'âge gestationnel avant un avortement médicamenteux comparé à échographie (Blanchard et al., 2007 ; Bracken et al., 2011 ; Constant, et al., 2017 ; Schonberg, et al., 2014). Deux études ayant inclus ensemble un total de 833 femmes ont montré que 12 % des femmes éligibles pour un avortement médicamenteux sur la base de la date de leurs dernières règles se situaient au-delà de la limite en termes d'âge gestationnel lorsque celui-ci était déterminé par échographie (Blanchard et al., 2007 ; Constant et al., 2017). Toutefois, dans la plus vaste étude disponible, en fixant la valeur seuil d'éligibilité pour un avortement médicamenteux à 63 jours, seules 3,3 % des 4 257 personnes ayant participé se situaient dans ce groupe ; une proportion encore plus faible (1,2 %) de femmes évaluées comme éligibles selon la date de leurs dernières règles étaient au-delà de 70 jours de gestation (Bracken et al., 2011). Cette étude s'est également intéressée à la précision de l'évaluation de l'âge gestationnel par le prestataire en se basant à la fois sur la DDR associée à un examen bimanuel et a constaté que, en recourant à cette double méthode de détermination de l'âge gestationnel, la proportion de femmes évaluées à tort comme étant éligibles pour un avortement médicamenteux diminuait de 3,3 % à 1,6 %. Une étude portant sur 660 femmes demandeuses d'un avortement médicamenteux au Népal a comparé la détermination de l'âge gestationnel par la date des dernières règles ou par la date des dernières règles associée à un examen bimanuel sans comparaison avec l'échographie (Averbach et al., 2018). Les investigateurs ont constaté une excellente concordance (99 %) entre ces deux mesures de l'âge gestationnel.

Deux études d'incidence prospectives qui se sont intéressées à la sécurité et à l'efficacité de la télémédecine pour la dispense de services d'avortement médicamenteux au cours de la pandémie de COVID-19 ont eu recours exclusivement à la DDR rapportée pour la détermination de l'âge gestationnel et de l'éligibilité pour un avortement médicamenteux (Aiken, et al., 2021 ; Reynolds-Wright, et al., 2021). Une étude menée en Angleterre a comparé un groupe de 22 158 personnes ayant bénéficié avant la pandémie d'un avortement médicamenteux classique incluant une visite d'évaluation et une échographie de routine à un groupe qui a bénéficié soit d'un avortement par télémédecine si elles ne présentaient qu'un faible risque de grossesse extra-utérine et que la date des dernières règles qu'elles avaient fournie correspondait à un âge gestationnel inférieur à 10 semaines (n = 18 435), soit d'un avortement médicamenteux classique si elles ne satisfaisaient pas à ces critères (n = 11 549) (Aiken et al., 2021). La réussite du traitement, les événements indésirables graves et l'incidence de grossesse extra-utérine ne différaient pas entre les deux groupes ; 11 personnes (0,04 %) du groupe télémédecine se sont avérées être à un âge gestationnel supérieur aux 10 semaines attendues ; toutes ont pu mener à bien jusqu'à son terme leur avortement à domicile sans incident. Une étude d'incidence à plus petite échelle menée en Écosse a suivi un protocole de télémédecine similaire mais en incluant des personnes jusqu'à 12 semaines de gestation selon la date des dernières règles qu'elles avaient elles-mêmes rapportée (Reynolds-Wright et al., 2021). Parmi ces 663 personnes incluses dans cette étude, l'âge gestationnel a été déterminé uniquement par la date des dernières règles chez 79 % d'entre elles ; une échographie a été réalisée pour âge gestationnel incertain chez 14 % et pour confirmer une grossesse intra-utérine chez 5 %. Un avortement complet a eu lieu dans 98 % des cas et une poursuite de la grossesse n'est survenue que chez moins de 1 % des personnes ; 2,4 % des personnes ont nécessité des soins supplémentaires mais aucun événement indésirable grave n'a été rapporté.

Auto-évaluation de l'âge gestationnel à partir de la DDR

Lorsqu'on leur demande de déterminer leur âge gestationnel ou leur éligibilité pour un avortement médicamenteux en se basant sur la DDR, seule un minorité des personnes concernées formulent un avis contraire à celui de leur prestataire de soins. Dans la plus ancienne étude (Ellertson et al., 2000), 10 % des 173 femmes indiennes ayant utilisé une fiche de travail et la date de leurs dernières règles pour déterminer l'âge gestationnel pensaient être éligibles pour un avortement médicamenteux alors que la détermination par le prestataire indi-

quait un âge gestationnel se situant au-delà du seuil de 56 jours. Au Népal, 13 % de 3 091 femmes ayant utilisé la date de leurs dernières règles et un disque de détermination de l'âge gestationnel modifié pour déterminer leur éligibilité pour un avortement médicamenteux, avec une valeur seuil de 63 jours, ont fourni une estimation incorrecte par rapport à celle calculée par un prestataire de soins (Andersen et al., 2017). Au Ghana, 770 femmes ont utilisé un disque de détermination de l'âge gestationnel modifié pour déterminer si leur âge gestationnel était inférieur ou supérieur à 13 semaines (Shellenberg et al., 2017) ; par rapport à l'évaluation par un prestataire, 3,6 % d'entre elles pensaient à tort être enceintes de moins de 13 semaines. Parmi celles-ci, une était enceinte de 13 semaines (0,1 % du total de 770), quinze de 14 semaines (1,9 %), sept de 16 semaines (0,9 %), deux de 18 semaines et deux de 22 semaines (0,3 % pour chaque catégorie) et une de 28 semaines (0,1 %). Une étude américaine a comparé l'auto-évaluation de l'âge gestationnel par rapport aux mesures échographiques dans une cohorte de 1 089 personnes demandant un avortement (Ralph et al., 2022). En utilisant leur DDR, 84 % des participantes qui ne pouvaient prétendre à un avortement médicamenteux (en utilisant une limite de 70 jours) se sont identifiées avec précision comme telles ; par contre, lorsque la question posée était si elles étaient enceintes de plus de 10 semaines, la sensibilité passait à 91 %. La précision s'est avérée constante chez les adolescents, les jeunes adultes et les adultes (Ralph et al., 2023). Deux études prospectives menées aux États-Unis ont évalué des outils auto-administrés qui interrogeaient sur des facteurs pouvant entraîner une erreur de datation, tels que des règles irrégulières ou l'utilisation d'une contraception, ou indiquant une possible grossesse extra-utérine, comme des douleurs ou des saignements inexpliqués, en plus d'utiliser la date des dernières règles (DDR) pour établir l'éligibilité à l'avortement médicamenteux (Kerstes et al., 2024 ; Ralph et al., 2025). Dans les deux études, moins de 2 % des participantes auraient été identifiées à tort comme éligibles à l'avortement médicamenteux à l'aide de cet outil, alors qu'une échographie ou une évaluation clinique complémentaire les avait identifiées comme non éligibles.

DDR combinée à un examen bimanuel

L'évaluation du prestataire basée sur la DDR déclarée, combinée à un examen bimanuel, est un moyen précis de déterminer l'âge gestationnel avant l'avortement (Bracken et al., 2011 ; Fielding, Schaff, et Nam, 2002 ; Kaneshiro et al., 2011). Les deux essais les plus importants comparant l'utilisation de la DDR et de l'examen bimanuel à l'échographie avant l'avortement médicamenteux jusqu'à 9 semaines de gestation ont révélé que moins de 2 % des quelque 5 000 personnes incluses se seraient vu proposer de manière inappropriée un avortement médicamenteux au-delà de la limite en fonction de l'âge gestationnel si la DDR et l'examen bimanuel avaient été utilisés pour déterminer la durée de la grossesse (Bracken et al., 2011 ; Fielding et al., 2002).

Deux études portant sur de petites cohortes ont examiné la précision de l'examen bimanuel par rapport à l'échographie pour la datation gestationnelle avant une procédure d'aspiration (Kulier et Kapp, 2011). Dans une étude portant sur 120 femmes, 81 % des déterminations de l'âge gestationnel effectuées à l'aide de l'évaluation du prestataire concordaient avec l'échographie, et 13 % supplémentaires se situaient à moins de deux semaines des estimations échographiques (Fakih et al., 1986). Une deuxième étude, portant sur 245 femmes, a révélé que les prestataires expérimentés utilisant uniquement l'examen bimanuel parvenaient à la même estimation, à 2 semaines près, que l'échographie dans 92 % des cas, tandis que les prestataires inexpérimentés parvenaient à la même estimation, à deux semaines près, que l'échographie dans 75 % des cas seulement (Nichols, Morgan et Jensen, 2002).

Échographie

Bien que fréquemment utilisée dans certains contextes pour déterminer l'âge gestationnel, l'échographie est associée à une marge d'erreur intrinsèque de 3 à 5 jours avant 12 semaines de gestation et cette marge d'erreur augmente à mesure de l'avancement de la grossesse (Hadlock, et al., 1992). Dans les études réalisées dans des régions où les ressources sont limitées et l'accès à l'échographie difficile, par exemple en Inde, au Népal, au Vietnam et en Tunisie, l'absence d'échographie n'a pas eu d'impact sur la réussite des avortements (Coyaji et al., 2001 ; Mundle, et al., 2007 ; Ngoc et al., 1999 ; Warriner et al., 2011). Une échographie peut s'avérer utile pour déterminer l'âge gestationnel lorsqu'il n'est pas possible de l'estimer par d'autres

méthodes, pour confirmer que la grossesse est bien intra-utérine ou pour identifier d'éventuelles malformations utérines (Clark, et al., 2007 ; Kulier et Kapp, 2011). L'exigence d'une échographie systématique pour la détermination de l'âge gestationnel risque de limiter l'accès à des soins d'avortement sécurisé et cet examen n'est pas nécessaire pour évaluer avec précision l'âge gestationnel (Collège américain des obstétriciens et gynécologues et Association de planification familiale, 2020 ; Kaneshiro, et al., 2011 ; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2022 ; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2024).

Ressources

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Vidéos sur les soins d'avortement—Ipas : *Détermination de l'âge gestationnel*

Bibliographie

Aiken, A., Lohr, P.A., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 128*(9), 1464-1474.

American College of Obstetricians and Gynecologists & Society of Family Planning. (2020). Medication abortion up to 70 days of gestation. *Contraception, 102*, 225-236.

Andersen, K., Fjerstad, M., Basnett, I., Neupane, S., Acre, V., Sharma, S. K., & Jackson, E. (2017). Determination of medical abortion eligibility by women and community health volunteers in Nepal: A toolkit evaluation. *PLoS ONE, 12*(9), e0178248.

Averbach, S., Puri, M., Blum, M., & Rocca, C. (2018). Gestational dating using last menstrual period and bimanual exam for medication abortion in pharmacies and health centers in Nepal. *Contraception, 98*(4), 296-300.

Blanchard, K., Cooper, D., Dickson, K., Cullingworth, L., Mavimbela, N., Von Mollendorf, C., & Winikoff, B. (2007). A comparison of women's, providers' and ultrasound assessments of pregnancy duration among termination of pregnancy clients in South Africa. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 114*(5), 569-575.

Bracken, H., Clark, W., Lichtenberg, E., Schweikert, S., Tanenhaus, J., Barajas, A., & Winikoff, B. (2011). Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone–misoprostol. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 118*(1), 17-23.

Clark, W. H., Gold, M., Grossman, D., & Winikoff, B. (2007). Can mifepristone medical abortion be simplified? A review of the evidence and questions for future research. *Contraception, 75*(4), 245-250.

Constant, D., Harries, J., Moodley, J., & Myer, L. (2017). Accuracy of gestational age estimation from last menstrual period among women seeking abortion in South Africa, with a view to task sharing: A mixed methods study. *Reproductive Health, 14*(100).

Coyaji, K., Elul, B., Krishna, U., Otiv, S., Ambardekar, S., Bopardikar, A., & Winikoff, B. (2001). Mifepristone abortion outside the urban research hospital setting in India. *The Lancet, 357*(9250), 120-122.

Duncan, C.I., Reynolds-Wright, J.J., & Cameron, S.T. (2022). Utility of a routine ultrasound for detection of ectopic pregnancies among women requesting abortion: A retrospective review. *BMJ Sexual and Reproductive Health, 48*(1), 22-27.

Ellertson, C., Elul, B., Ambardekar, S., Wood, L., Carroll, J., & Coyaji, K. (2000). Accuracy of assessment of pregnancy duration by women seeking early abortions. *The Lancet, 355*(9207), 877-881.

Fakih, M. H., Barnea, E. R., Yarkoni, S., & DeCherney, A. H. (1986). The value of real time ultrasonography in first trimester termination. *Contraception, 33*(6), 533-538.

Fielding, S. L., Schaff, E. A., & Nam, N. (2002). Clinicians' perception of sonogram indication for mifepristone abortion up to 63 days. *Contraception, 66*(1), 27-31.

Hadlock, F., Shah, Y., Kanon, D., & Lindsey, J. (1992). Fetal crown-rump length: Reevaluation of relation to menstrual age (5-18 weeks) with high-resolution real-time US. *Radiology, 182*(2), 501-505.

Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. M., & Templeton, A. (2005). Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: A review of 1076 consecutive cases. *Contraception, 71*(5), 327-332.

Bibliographie

Harper, C., Ellertson, C., & Winikoff, B. (2002). Could American women use mifepristone-misoprostol pills safely with less medical supervision? *Contraception, 65*(2), 133-142.

Kaneshiro, B., Edelman, A., Sneeringer, R. K., & Gómez Ponce de León, R. (2011). Expanding medical abortion : Can medical abortion be effectively provided without the routine use of ultrasound? *Contraception, 83*(3), 194-201.

Kerestes, C., Tschann, M., Pearlman Shapiro, M., Berry, E., Gawron, L., Soon, R., & Kaneshiro, B. (2024). Self-Determination of Eligibility for Medication Abortion Without Ultrasonography Using a History-Based Tool: LMP-SURE. *Obstetrics & Gynecology, 144*(4), 457.

Kulier, R., & Kapp, N. (2011). Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception, 83*, 30-33.

Mundle, S., Elul, B., Anand, A., Kalyanwala, S., & Ughade, S. (2007). Increasing access to safe abortion services in rural India: Experiences with medical abortion in a primary health center. *Contraception, 76*, 66-70.

Nichols, M., Morgan, E., & Jensen, J. T. (2002). Comparing bimanual examination to ultrasound measurement for assessment of gestational age in the first trimester of pregnancy. *Journal of Reproductive Medicine, 47*(10), 825-828.

Ngoc, N. T. N., Winikoff, B., Clark, S., Ellertson, C., Am, K. N., Hieu, D. T., & Elul, B. (1999). Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives, 25*(1), 10-14, 33.

Ralph, L.J., Ehrenreich, K., Barar, R., Biggs, M.A., Morris, N., Blanchard, K., Kapp, N., Moayedi, G., Perrit, J., Raymond, E.G., White, K., & Grossman, D. (2022). Accuracy of self-assessment of gestational duration among people seeking abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 226*(5), 710.e1-710e.21.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Ralph, L., Biggs, M. A., Ehrenreich, K., & Grossman, D. (2023). Accuracy of Self-assessment of Gestational Duration Among Adolescents Seeking Abortion Using Information in Addition to Date of Last Menstrual Period. *JAMA Pediatrics, 177*(6), 642–644.

Ralph, L. J., Ehrenreich, K., Kaller, S., Gurazada, T., Biggs, M. A., Blanchard, K., Hauser, D., Kapp, N., Kromenaker, T., Moayedi, G., Gil, J. P., Perritt, J. B., Raymond, E., Taylor, D., White, K., Valladares, E. S., Williams, S., & Grossman, D. (2025). Accuracy of survey-based assessment of eligibility for medication abortion compared with clinician assessment. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 233*(1), 44.e1-44.e15.

Reynolds-Wright, J.J., Johnstone, A., McCabe, K., Evans, E., & Cameron, S. (2021). Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks gestation: A prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 47*(4), 246-251.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Best practice in abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Schonberg, D., Wang, L.F., Bennett, A.H., Gold, M., & Jackson, E. (2014). The accuracy of using last menstrual period to determine gestational age for first trimester medication abortion: A systematic review. *Contraception, 90*(5), 480-487.

Shellenberg, K. M., Antobam, S. K, Griffin, R., Edelman, A., & Voetagbe, G. (2017). Determining the accuracy of pregnancy-length dating among women presenting for induced abortions in Ghana. *International Journal of Gyncecology & Obstetrics, 139*, 71-77.

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

Wegienka, G., & Baird, D. D. (2005). A comparison of recalled date of last menstrual period with prospectively recorded dates. *Journal of Women's Health, 14*(3), 248-252.

3.3

3. Avortement avant 13 semaines de gestation

Détection d'une grossesse extra-utérine

Recommandation :

- La possibilité d'une grossesse extra-utérine doit être exclue chez les personnes chez qui les antécédents ou l'examen sont suspects.

Poids de la recommandation :
Important

Qualité des éléments factuels :
Faible

Dernière révision :
1er octobre 2025

Epidémiologie

À la fois dans les contextes à ressources élevées ou faibles, les taux de grossesse extra-utérine varient de moins de 1 % à 2 % des grossesses (Al Naimi et al., 2021 ; Anyanwu et Titilope, 2021 ; Berhe et al., 2021 ; Ghimire, 2020 ; Stulberg et al...), 2013 ; Tao, Pate et Hoover, 2016 ; Trabert et al., 2011 ; Webster et al., 2019), et ces taux sont encore plus faibles chez les femmes enceintes souhaitant se faire avorter (Aiken et al., 2021 ; Cleland et al., 2013 ; Duncan, Reynolds-Wright et Cameron, 2022). Parmi les formes rares, on trouve la grossesse extra-utérine cervicale, la grossesse extra-utérine sur cicatrice césarienne et la grossesse extra-utérine intramurale ; l'incidence exacte de ces formes n'est pas connue (Hu et al., 2025 ; Nijjar, Jauniaux et Jurkovic, 2023 ; Ntafam, Sanusi-Musa et Harris, 2023 ; Rayamajhi et al., 2023). Les grossesses extra-utérines représentent 2,7 % des décès liés à la grossesse aux États-Unis (Creanga et al., 2017). La grossesse extra-utérine représente environ 1 % des décès liés à la grossesse dans les pays à faibles ressources où les autres causes de décès maternels sont plus fréquentes (Khan et al., 2006).

Facteurs de risque

Les principaux facteurs associés à un risque important de grossesse extra-utérine chez les personnes enceintes sont :

Facteur de risque	Risque de grossesse extra-utérine pour la grossesse en cours
Antécédents de grossesse extra-utérine	10 à 25 %
Antécédents de chirurgie tubaire, y compris de stérilisation	25 à 50 %
Dispositif intra-utérin en place	25 à 50 %

(American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2018 ; Ankum, et al., 1996 ; Barnhart, 2009 ; Gaskins et al., 2018 ; Jacob, Kalder et Kostev, 2017)

Les autres facteurs de risque sont notamment des antécédents d'infertilité et le recours à des techniques de reproduction assistée, des antécédents d'infection pelvienne, des partenaires multiples, un très jeune âge lors des premières relations sexuelles, être âgée de plus de 30 ans, et le tabagisme (ACOG, 2018 ; Ankum et al., 1996 ; Barnhart, 2009 ; Gaskins et al., 2018 ; Brim et al., 2024 ; Olamijulo et al., 2020).). L'utilisation des contraceptifs oraux réduit le risque de grossesse extra-utérine (Brim et al., 2024).

Dépistage

Dans les pays à haut niveau de revenu, la moitié des grossesses extra-utérines surviennent chez des personnes ne présentant aucun facteur de risque et chez qui le tableau clinique initial n'a rien d'inquiétant (Stovall, et al., 1990), tandis que dans les pays à revenu intermédiaire à faible, les personnes sont plus susceptibles de venir se présenter avec des signes cliniques aigus, y compris une instabilité hémodynamique (Olamijulo et al., 2020). En plus de recueillir des informations sur les dernières règles et la régularité des cycles menstruels, les prestataires de soins doivent se montrer attentifs aux facteurs de risque de grossesse extra-utérine lors du relevé des antécédents et de l'examen clinique, tels que grossesse extra-utérine antérieure, ligature des trompes, chirurgie tubaire ou présence d'un dispositif intra-utérin. Le dépistage doit également inclure les signes et symptômes de grossesse extra-utérine détectés lors du relevé des antécédents et de l'examen clinique, par exemple présence d'une masse annexielle, douleur lors de l'examen ou saignements vaginaux (Kaislasuo et Heikinheimo, 2025).

Certaines personnes se présentent pour une interruption volontaire de grossesse en tout début de gestation, avant que l'on puisse avoir la preuve échographique définitive que la grossesse est bien intra-utérine. Une analyse systématique de 2020 incluant trois études d'incidence rétrospectives comparatives portant sur 5 315 personnes demandeuses d'un avortement précoce, médicamenteux ou par aspiration, a mis en évidence l'absence d'incidence accrue de grossesse extra-utérine ou d'avortement incomplet non diagnostiqués lorsque l'avortement avait lieu avant que l'on ait la preuve échographique d'une grossesse intra-utérine chez des femmes ne présentant aucun signe ou symptôme de grossesse extra-utérine (Schmidt-Hansen, et al., 2020). Deux études portant sur de petites cohortes rétrospectives ont confirmé que chez les personnes ayant des grossesses très précoces et ne présentant pas de facteurs de risque majeurs de grossesse extra-utérine, il n'y a pas eu d'augmentation du diagnostic de grossesse extra-utérine manquée lorsque l'avortement médicamenteux a été réalisé avant que la grossesse n'ait été prouvée par échographie (Goldberg, et al., 2022 ; Jar-Allah et al., 2022).

Traitement chez les personnes à haut risque

On a souvent recours à l'échographie ou à des dosages répétés d'hCG pour contribuer à déterminer la localisation de la grossesse (Fields et Hathaway, 2017 ; Nijjar, Jauniaux et Jurkovic, 2023). Dans certains cas, la manière la plus rapide de confirmer une grossesse intra-utérine consiste à pratiquer une aspiration intra-utérine : la présence des produits de conception dans le produit de l'aspiration permet de confirmer que la grossesse était bien intra-utérine. Une personne qui présente des signes et symptômes suspects ou chez qui l'examen clinique est préoccupant nécessite un diagnostic et un traitement rapides ou un transfert immédiat vers une institution à même de prendre en charge une grossesse extra-utérine. Un diagnostic et un traitement précoces d'une grossesse extra-utérine peuvent sauver la vie de la personne concernée et contribuer à préserver sa fertilité.

Dépistage après la procédure

Chez les personnes qui subissent une aspiration intra-utérine, il convient d'examiner le produit de l'aspiration pour y confirmer la présence des produits de conception (voir section 3.4.4 Examen des produits de conception). L'absence de produits de conception doit amener à envisager une grossesse extra-utérine.

Bibliographie

Aiken, A., Lohr, P.A., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 128*(9), 1464-1474.

Al Naimi, A., Moore, P., Bruggmann, D., Krysa, L., Louwen, F., & Bahlmann, F. (2021). Ectopic pregnancy: A single-center experience over ten years. *Reproductive Biology and Endocrinology, 19*(1), 79

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Practice bulletin No 193: Tubal ectopic pregnancy. *Obstetrics & Gynecology 131*, e91-e103.

Ankum, W. M., Mol, B. W. J., Van der Veen, F., & Bossuyt, P. M. M. (1996). Risk factors for ectopic pregnancy: A meta-analysis. *Fertility and Sterility, 60*(6), 1093-9.

Anyanwu, M., & Titilope, G. (2021). Ectopic pregnancy at the Gambian tertiary hospital. African Health Sciences, 21(1), 295-303.Barnhart, K. T. (2009). Clinical practice. Ectopic pregnancy. *New England Journal of Medicine, 361*(4), 379-387.

Berhe, E.T., Kiros, K., Hagos, M.G., Gesesew, H.A., Ward, P.R., & Gebremeskel, T.G. (2021). Ectopic pregnancy in Tigray, Ethiopia: A cross-sectional survey of prevalence, management, outcomes, and associated factors. *Journal of Pregnancy*, 4443117. Doi: 10.1155/2021/4443117.

Brim, A. C. S., Barretto, V. R. D., Reis-Oliveira, J. G., da Silveira de Araújo, R. B., & Romeo, A. C. D. C. B. (2025). Risk factors for ectopic pregnancy occurrence: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 168*(3), 919–932.

Cleland, K., Creinin, M. D., Nucatola, D., Nshom, M., & Trussell, J. (2013). Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstetrics & Gynecology, 121*(1), 166-171.

Creanga, A. A., Syverson, C., Seed, K., & Callaghan, W. M. (2017). Pregnancy-related mortality in the United States, 2011-2013. *Obstetrics & Gynecology, 130*(2), 366-373.

Duncan, C.I., Reynolds-Wright, J.J., & Cameron, S.T. (2022). Utility of a routine ultrasound for detection of ectopic pregnancies among women requesting abortion: A retrospective review. *BMJ Sexual and Reproductive Health, 48*(1), 22-27.

Fields, L., & Hathaway, A. (2017). Key concepts in pregnancy of unknown location: Identifying ectopic pregnancy and providing patient-centered care. *Journal of Midwifery and Womens Health, 62*(2), 172-179.

Gaskins, A. J., Missmer, S. A., Rich-Edwards, J. W., Williams, P. L., Souter, I., & Chavarro, J. E. (2018). Demographic, lifestyle, and reproductive risk factors for ectopic pregnancy. *Fertility and Sterility, 110*(7), 1328-1337.

Ghimire, S.P. (2021). Study of ectopic pregnancy at tertiary care hospital in Province 1 of Nepal. *Journal of Nepal Health Research Council, 18*(4), 698-701.

Goldberg, A.B., Fulcher, I.R., Fortin, J., Hofer, R.K., Cottrill, A., Dethier, D., Gilbert, A., Janiak, E., & Roncari, D. (2022). Mifepristone and misoprostol for undesired pregnancy of unknown location. *Obstetrics & Gynecology, 139*(5), 771-780.

Hu, C., Chawla, K., Hostetter, K., & Mark, K. (2025). Cesarean delivery scar ectopic pregnancy diagnosed after no-test abortion: A case report. *Contraception, 152*. 111206.

Jacob, L., Kalder, M., & Kostev, K. (2017). Risk factors for ectopic pregnancy in Germany: a retrospective study of 100,197 patients. *German Medical Science, 15*, Doc19.

Jar-Allah, T., Hognert, H., Kocher, L., Berggren, L., Fiala, C., Milsom, I., & Gemzell-Danielsson, K. (2022). Detection of ectopic pregnancy and serum beta hCG level in women undergoing very early medical abortion: A retrospective study. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 27*(3), 240-246.

Kaislasuo, J., & Heikinheimo, O. (2025). Safety and accuracy of dating unwanted pregnancies and detecting ectopic pregnancy with the RCOG decision aid without routine ultrasound—a retrospective analysis form a large abortion service. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 30*(2), 93–96.

Khan, K. S., Wojdyla, D., Say, L., Gulmezoglu, A. M., & Van Look, P. F. (2006). WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. *The Lancet, 367*(9516), 1066-1074.

Nijjar, S., Jauniaux, E., & Jurkovic, D. (2023). Definition and diagnosis of cesarean scar ectopic pregnancies. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 89*, 102360.

Ntafam, C. N., Sanusi-Musa, I., & Harris, R. D. (2023). Intramural ectopic pregnancy: An individual patient data systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X, 21*, 100272.

Bibliographie

Olamijulo, J.A., Okusanya, B.O., Adenekan, M.A., Ugwu, A.O., Olorunfemi, G., & Okojie, O. (2020). Ectopic pregnancy at the Lagos University Teaching Hospital, Lagos, South-Western Nigeria: Temporal trends, clinical presentation and management outcomes from 2005 to 2014. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 27, 177-83.

Rayamajhi, A., Rayamajhi, A. K., Adhikari, A., Basnet, P., & Tiwari, A. (2023). Cervical Ectopic Pregnancy with Unsupervised Intake of Medications for Abortion: A Case Report. *JNMA: Journal of the Nepal Medical Association, 61*(267), 897–900.

Schmidt-Hansen, M., Cameron, S., Lord, J., & Hasler, E. (2020). Initiation of abortion before there is definitive ultrasound evidence of intrauterine pregnancy: A systematic review with meta-analyses. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 99*, 451-458.

Stovall, T. G., Kellerman, A. L., Ling, F. W., & Buster, J. E. (1990). Emergency department diagnosis of ectopic pregnancy. *Annals of Emergency Medicine, 19*(10), 1098-1103.

Stulberg, D., Cain, L. R., Dahlquist, I., & Lauderdale, D. S. (2013). Ectopic pregnancy rates in the Medicaid population. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 208*(4), 274.e1-7.

Tao, G., Patel, C., & Hoover, K. W. (2016). Updated estimates of ectopic pregnancy among commercially and Medicaid-insured women in the United States, 2002-2013. *Southern Medical Journal, 110*(1), 18-24.

Trabert, B., Holt, V. L., Yu, O., Ven Den Eeden, S. K., & Scholes, D. (2011). Population-based ectopic trends, 1993-2007. *American Journal of Preventative Medicine, 40*(5), 556-560.

Webster, K., Eadon, H., Fishburn, S, & Kumar, G. (2019). Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management : summary of updated NICE guidance. *British Medical Journal, 367*, 16283.

3.4

3. Avortement avant 13 semaines de gestation

Aspiration intra-utérine

3.4.1. Sécurité et efficacité

Principales informations :

- L'aspiration intra-utérine est une méthode sûre et efficace, avec un taux de réussite supérieur à 98 % et un taux de complications inférieur à 1 %.

Qualité des éléments factuels :
Élevée

Dernière révision :
7 octobre 2025

Efficacité

La réussite d'une aspiration intra-utérine est définie comme un avortement ne nécessitant aucune intervention supplémentaire pour évacuer l'utérus. Lors d'une vaste étude observationnelle réalisée aux États-Unis et portant sur 11 487 avortements par aspiration au cours du premier trimestre pratiqués par des médecins, des infirmières praticiennes, des infirmières et des sages-femmes diplômées et des médecins en formation, le pourcentage de patientes ayant nécessité une nouvelle aspiration suite à un avortement incomplet était de 0,28 % et le taux de poursuite de la grossesse de 0,16 % (Weitz et al., 2013).

Sécurité

Une analyse systématique de 2015 a analysé 57 études reprenant les données de 337 460 avortements par aspiration avant 14 semaines de gestation pratiqués en Amérique du Nord, en Europe de l'ouest, dans les pays scandinaves et en Australie/Nouvelle Zélande (White, Carroll et Grossman, 2015). Des complications majeures exigeant une intervention (par exemple hémorragie nécessitant une transfusion ou perforation utérine nécessitant une réparation) sont survenues lors de moins de 0,1 % des procédures : une hospitalisation s'est avérée nécessaire dans moins de 0,5 % des cas. Les études qui se sont intéressées à différents niveaux de prestataires (assistants diplômés pour l'exercice de la médecine, infirmières et sages-femmes, infirmières et sages-femmes auxiliaires, etc.) dans d'autres contextes ont fourni des résultats similaires (Hakim-Elahi, Tovell et Burnhill, 1990 : Jejeebhoy et al., 2011 : Warriner et al., 2006 : Weitz et al., 2013). Deux études ayant comparé des cliniciens de niveau avancé nouvellement formés à des médecins expérimentés (Jejeebhoy et al., 2011 : Weitz et al., 2013) n'ont constaté aucune différence en termes de taux de réussite de l'avortement ou de taux de complications.

Une étude rétrospective de cohorte réalisée aux États-Unis a comparé le taux de complications liées à la procédure lors d'un avortement par aspiration réalisé en ambulatoire jusqu'à 13 semaines et six jours de gestation entre des femmes présentant au moins un problème médical concomitant (diabète, hypertension, obésité, VIH, épilepsie, asthme, maladie thyroïdienne et troubles hémorragiques/problèmes de coagulation) et des femmes sans problème médical concomitant. Le taux global de complications, notamment perforation utérine, perte de sang supérieure à 100 ml, lacération cervicale et rétention du produit de conception nécessitant une nouvelle aspiration, était de 2,9 % : les auteurs n'ont constaté aucune différence entre les deux groupes (Guiahi, et al., 2015). Deux études de cohortes rétrospectives portant ensemble sur 5 288 procédures d'avortement par aspiration avant 13 semaines de gestation n'ont mis en évidence aucune différence en termes de taux

de complications entre les femmes obèses, celles en surpoids et celles présentant un poids normal (Benson, et al., 2016 : Mark et al., 2017).

Une étude de cohorte rétrospective menée au Canada en 2025 a comparé les taux d'effets indésirables survenus dans les 42 jours suivant soit un avortement chirurgical (type d'intervention non précisé), soit la délivrance d'une ordonnance pour un avortement médicamenteux à base de mifépristone et de misoprostol (Liu et Ray, 2025). Les chercheurs ont constaté que des effets indésirables graves (par exemple, atteinte d'un organe cible, admission en unité de soins intensifs, décès) se sont produits chez 114 des 65 176 patientes (0,2 %) ayant subi un avortement chirurgical en ambulatoire jusqu'à 14 semaines de gestation, et chez 27 des 8 861 patientes (0,3 %) ayant subi une intervention en ambulatoire en milieu hospitalier jusqu'à 9 semaines de gestation. Des événements indésirables (par exemple, hémorragie, rétention de produits de conception, transfusion) sont survenus chez environ 3 % des patientes dans les deux groupes.

Mortalité

Aux États-Unis, le taux de mortalité associé à la totalité des interruptions volontaires de grossesse légales entre 2013 et 2018 a été de 0,41 décès par 100 000 avortements : on ne dispose pas de taux de mortalité distincts en fonction du type d'avortement ou de l'âge gestationnel (Kortsmith et al., 2021). À titre de comparaison, pour la période 2007-2016, le taux de mortalité associé à des naissances vivantes aux États-Unis a été de 17 décès par 100 000 naissances vivantes (Creanga, et al., 2017 : Petersen et al. 2017). Une analyse secondaire des données ayant comparé le taux de mortalité associé aux naissances vivantes à celui associé aux interruptions volontaires de grossesse légales aux États-Unis a montré que le risque de décès suite à un accouchement est quatorze fois plus élevé que celui associé à un avortement (Raymond et Grimes, 2012). Dans l'analyse systématique de 2015 sur la sécurité de l'aspiration intra-utérine dans différents pays citée ci-dessus, aucun décès n'a été signalé (White et al., 2015).

Tableau 3.5.1. Taux de complications par étude

	Upadhyay, 2015	Weitz, 2013	Jejeebhoy, 2011	Warriner, 2006	Hakim-Elahi, 1990
Nombre de femmes recrutées	34 744	11 487	897	2 789	170 000
Région	États-Unis	États-Unis	Inde	Afrique du Sud et Vietnam	États-Unis
Catégorie de prestataire	Non précisée	Médecins expérimentés et infirmiers/ères praticien(ne)s, infirmières et sages-femmes diplômées et auxiliaires médicaux nouvellement formés	Médecins et infirmiers/ères nouvellement formés	Médecins, sages-femmes et assistants médicaux expérimentés	Médecins expérimentés
Période	2009-2010	2007- 2011	2009-2010	2003-2004	1971-1987
Fréquence totale de complications mineures	1,1 %	1,3 %	1 % (toutes décrites comme étant des avortements incomplets)	1 %	0,85 %
Avortement incomplet	0,33 %	0,3 %	1 %	0,9 %	Non spécifié (taux de répétition de l'aspiration : 0,35 %)
Poursuite de la grossesse	0,04 %	0,16 %	Non spécifié	Non spécifié	0 %
Infection mineure	0,27 %	0,12 %	Non spécifié	0,1 %	0,5 %
Fréquence totale de complications majeures	0,16 %	0,0 5%	0.12 % (1 complication : 1 high fever)	0 %	0.07 % (hospitalizations for perforation, ectopic pregnancy, hemorrhage, sepsis or incomplete abortion)
Décès	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Qui peut réaliser une aspiration utérine ?

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) formule des recommandations en matière de prestation de services pour la réalisation de l'aspiration utérine, qui comprennent l'évaluation de l'âge gestationnel, la préparation cervicale si nécessaire, la procédure elle-même, la gestion de la douleur, y compris la réalisation d'un bloc paracervical, et l'évaluation du succès de la procédure par l'examen visuel des produits de conception (OMS, 2024). Les agents de santé ayant les compétences nécessaires pour effectuer des procédures transcervicales et des examens bimanuels de diagnostic de la grossesse et de détermination de l'âge gestationnel en fonction de la taille de l'utérus, peuvent être formés à l'aspiration utérine. L'OMS indique que l'aspiration de l'utérus fait partie du champ d'activité des médecins généralistes et médecins spécialisés, et recommande que les cliniciens associés et cliniciens associés avancés, les sages-femmes et les infirmières pratiquent l'aspiration utérine sur la base de preuves de sécurité et d'efficacité avec un niveau de certitude modéré. Il est recommandé aux professionnels de la médecine traditionnelle et complémentaire de pratiquer l'aspiration utérine sur la base de preuves de sécurité et d'efficacité avec un faible niveau de certitude, et l'OMS suggère que les infirmières et les infirmières sages-femmes auxiliaires peuvent être en mesure de pratiquer l'aspiration dans les contextes où elles fournissent des soins obstétriques d'urgence de base (OMS, 2024). Pour plus d'informations sur les rôles des différentes catégories de professionnels de santé dans les soins d'avortement, voir Annexe C : Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant les rôles des agents de santé dans la dispensation des soins d'avortement.

Bibliographie

Benson, L. S., Micks, E. A., Ingalls, C., & Prager, S. W. (2016). Safety of outpatient surgical abortion for obese patients in the first and second trimesters. *Obstetrics & Gynecology, 128*(5), 1065-1070.

Cates Jr, W., Schulz, K. F., & Grimes, D. A. (1983). The risks associated with teenage abortion. *New England Journal of Medicine, 309*(11), 621-624.

Creanga, A., Syverson, C., Seed, K., & Callaghan, W. (2017). Pregnancy-related mortality in the United States, 2011-2013. *Obstetrics & Gynecology, 130*, 366-373.

Guiahi, M., Schiller, G., Sheeder, J., & Teal, S. (2015). Safety of first-trimester uterine evacuation in the outpatient setting for women with common chronic conditions. *Contraception, 92*(5), 453-457.

Hakim-Elahi, E., Tovell, H., & Burnhill, M. (1990). Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology, 76*(1), 129-135.

Jejeebhoy, S. J., Kalyanwala, S., Zavier, A., Kumar, R., Mundle, S., Tank, J., & Jha, N. (2011). Can nurses perform manual vacuum aspiration (MVA) as safely and effectively as physicians? Evidence from India. *Contraception, 84*(6), 615-621.

Kortsmit, K., Mandel, M.G., Reeves, J.A., Clark, E., Pagano, H.P., Nguyen, A., Petersen, E.E., & Whiteman, M.K. (2021). Abortion surveillance-United States, 2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries, 70*(9), 1-29.

Liu, N., & Ray, J. G. (2023). Short-Term Adverse Outcomes After Mifepristone–Misoprostol Versus Procedural Induced Abortion. *Annals of Internal Medicine, 176*(2), 145–153.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Mark, K. S., Bragg, B., Talaie, T., Chawla, K., Murphy, L., & Terplan, M. (2017). Risk of complication during surgical abortion in obese women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, DOI: 10.1016/j.ajog.2017.10.018. Epub ahead of print.

Petersen, E.E., Davis, N.L., Goodman, D., Cox, S., Syverson, C., Seed, K., Shapiro-Mendoza, C., Callaghan, W.M., & Barfield, W. (2019). Racial/ethnic disparities in pregnancy-related deaths-United States, 2007-2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries, 68*(35), 762-765.

Raymond, E. G & Grimes, D. A. (2012). The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstetrics & Gynecology, 119*, 215-219.

Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P., & Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology, 125*(1), 175-83.

Bibliographie

Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N., & Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and midlevel providers in South Africa and Vietnam: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet, 368*(9551), 1965-1972.

Weitz, T. A., Taylor, D., Desai, S., Upadhyay, U. D., Waldman, J., Battistelli, M. F., & Drey, E. A. (2013). Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health, 103*(3), 454-461.

White, K., Carroll, E., & Grossman, D. (2015). Complications from first-trimester aspiration abortion: A systematic review of the literature. *Contraception, 92*, 422-438.

3.4 Aspiration intra-utérine

3.4.2. Préparation cervicale

Recommandation :

- La préparation cervicale est recommandée de manière routinière au-delà de 12 semaines de gestation. Avant 12 semaines de gestation, on peut envisager une préparation du col mais elle ne doit pas être pratiquée systématiquement.
- Les méthodes de préparation cervicale recommandées sont notamment :
- Misoprostol 400 µg par voie sublinguale 1 à 3 heures avant la procédure ;
- Misoprostol 400 µg par voie vaginale ou buccale 3 heures avant la procédure ;
- Ou mifépristone 200 mg par voie orale 1 à 2 jours avant la procédure.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Modérée	8 octobre 2025

Bénéfices de la préparation du col

Une méta-analyse de 51 études cliniques randomisées et contrôlées portant sur la préparation cervicale jusqu'à 13 semaines de gestation a montré que la durée de la procédure était plus brève après préparation du col mais qu'il n'y avait aucune différence en termes de complications graves tels que lacération cervicale ou perforation utérine parmi les personnes à qui un traitement de préparation cervicale avait été administré et celles qui avaient reçu un placebo (Kapp, et al., 2010). La plus vaste étude multicentrique, randomisée et contrôlée, qui portait sur 4 972 femmes ayant reçu 400 µg de misoprostol par voie vaginale ou un placebo trois heures avant une aspiration intra-utérine, n'a pas mis en évidence de différence entre les deux groupes en ce qui concernait les taux de lacération du col, de perforation ou d'infection (Meirik, et al., 2012). Néanmoins, le risque d'avortement incomplet était significativement plus faible parmi le groupe misoprostol (< 1 %) que parmi le groupe placebo (2 %), mais les effets indésirables étaient plus fréquents chez celles qui avaient reçu du misoprostol (O'Shea et al.,2020). Chez les personnes à plus haut risque de complications lors d'une dilatation cervicale (jeunes personnes et personnes adultes présentant des anomalies du col de l'utérus ou des antécédents de chirurgie au niveau du col) ou lorsque le prestataire manque d'expérience, une préparation cervicale peut s'avérer bénéfique même avant 12 à 14 semaines de gestation (Allen et Goldberg, 2016 : Grimes, Schulz et Cates, 1984 : Kaunitz, et al., 1985).

Effets indésirables d'une préparation du col

Dans la plus vaste étude randomisée et contrôlée portant sur le misoprostol pour la préparation du col, 55 personnes ayant reçu du misoprostol se sont plaintes de douleur abdominale avant la procédure et 37 % ont présenté des saignements vaginaux, contre respectivement 22 % et 7 % parmi le groupe de personnes ayant reçu un placebo (Meirik et al., 2012). En outre, la préparation cervicale augmente le coût, la complexité et la

durée de l'avortement, puisque les personnes doivent se rendre au centre de soins la veille de la procédure pour recevoir la mifépristone ou attendre sur place que le misoprostol fasse son effet. Comme un avortement avant 13 semaines de gestation est une procédure extrêmement sûre, on ignore à partir de quel âge gestationnel les bénéfices d'une préparation cervicale systématique sont plus importants que ses effets indésirables (Kapp et al., 2010). La satisfaction des personnes ayant bénéficié d'une préparation cervicale n'a pas été systématiquement évaluée dans le cadre d'études randomisées et contrôlées mais constitue un élément important à prendre en considération dans le cadre de la qualité des soins et des services dispensés (Kapp et al., 2010).

Choix des méthodes

Le choix entre misoprostol ou mifépristone pour la préparation cervicale dépendra de la disponibilité, du coût, de l'aspect pratique et des préférences. Le misoprostol par voie sublinguale est plus efficace mais engendre davantage d'effets indésirables gastro-intestinaux que le misoprostol par voie vaginale (Kapp et al., 2010 : Saav, et al., 2015 : Saxena, et al., 2008). La mifépristone administrée 24 heures avant l'avortement a pour conséquence une dilatation cervicale plus importante et moins de douleur associée à l'aspiration par rapport à l'administration de misoprostol, mais augmente la durée et le coût de la procédure d'avortement (Ashok, Flett et Templeton, 2000 : Hamdaoui et al., 2021 : Kapp et al., 2010). Le misoprostol et les dilatateurs osmotiques ont une efficacité similaire, toutefois l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande de ne pas utiliser de dilateurs osmotiques pour la préparation cervicale avant 12 semaines de gestation à cause de l'augmentation de la durée totale de la procédure et de la diminution du degré de satisfaction de ces personnes comparativement à celles à qui du misoprostol avait été administré (Bartz et al., 2013 : Burnett, Corbett et Gertenstein, 2005 : MacIsaac, et al., 1999 : OMS, 2024).

Jeunes personnes

Les personnes adolescentes peuvent tirer profit d'une préparation cervicale en raison du risque plus important de lésion du col de l'utérus lors d'un avortement (Allen et Goldberg, 2016 : Schulz et al., 1983). Ce risque est indépendant de la nulliparité (Meirik et al., 2014) : les personnes adolescentes ont un col utérin physiologiquement immature qui peut s'avérer plus difficile à dilater, cela indépendamment de leurs antécédents obstétricaux (Allen et Goldberg, 2016 : Schulz et al., 1983). Il n'y a pas eu d'études cliniques portant sur le recours à une préparation cervicale chez ce groupe de personnes.

Qui peut effectuer la préparation cervicale à l'aide de médicaments ?

L'OMS émet des recommandations sur la prestation de services pour l'aspiration utérine, qui comprennent l'évaluation de l'âge gestationnel, la préparation cervicale si nécessaire, la procédure elle-même, la gestion de la douleur, y compris la réalisation d'un bloc paracervical, et l'évaluation du succès de la procédure par l'examen visuel des produits de conception (OMS, 2024). L'OMS indique que l'administration de médicaments pour la préparation cervicale fait partie du champ d'activité des médecins spécialistes et médecins généralistes, et recommande que les cliniciens associés et cliniciens avancés, les sages-femmes, les infirmières, les infirmières et les sages-femmes auxiliaires, ainsi que les professionnels de la médecine traditionnelle et complémentaire, fournissent des médicaments pour la préparation cervicale sur la base de compétences attendues pour ces rôles et des preuves de sécurité et d'efficacité avec un faible niveau de certitude. Bien qu'il n'y ait pas de preuves directes, l'OMS suggère que les agents de santé communautaires, les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie peuvent fournir des médicaments pour la préparation cervicale de manière sûre et efficace, sur la base des compétences attendues pour ces rôles, en ajoutant que ces agents de santé doivent assurer la continuité des soins pour la personne

Ressources

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Étapes pour l'évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur AMIU Plus® d'Ipas et les canules EasyGrip® d'Ipas

qui obtient les médicaments avant une procédure d'avortement (OMS, 2024). Pour plus d'informations sur les rôles des professionnels de santé dans les soins liés à l'avortement, voir l'annexe C : *Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant les rôles des agents de santé dans la dispensation des soins d'avortement*.

Bibliographie

Allen, R., & Goldberg, A. (2016). Society of Family Planning Clinical Guideline 20071: Cervical dilation before first trimester surgical abortion (< 14 weeks gestation). *Contraception, 93*(4), 277-291.

Ashok, P. W., Flett, G. M., & Templeton, A. (2000). Mifepristone versus vaginally administered misoprostol for cervical priming before first-trimester termination of pregnancy: A randomized, controlled study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 183*(4), 998-1002.

Bartz, D., Maurer, R., Allen, R., Fortin, J., Kuang, B., & Goldberg, A. (2013). Buccal misoprostol compared with synthetic osmotic cervical dilator before surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 122*, 57-63.

Burnett, M. A., Corbett, C. A., & Gertenstein, R. J. (2005). A randomized trial of laminaria tents versus vaginal misoprostol for cervical ripening in first trimester surgical abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 27*(1), 38-42.

Grimes, D. A., Schulz, K. F., & Cates, W. J., Jr. (1984). Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *Journal of American Medical Association, 251*(16), 2108-2111.

Hamdaoui, N., Cardinale, C., Fabre, C., Baumstarck, K., & Agostini, A. (2021). Pain associated with cervical priming for first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 137*(6), 1055-1060.

Kapp, N., Lohr, P. A., Ngo, T. D., & Hayes, J. L. (2010). Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD007207.

Kaunitz, A. M., Rovira, E. Z., Grimes, D. A., & Schulz, K. F. (1985). Abortions that fail. *Obstetrics & Gynecology, 66*(4), 533-537.

MacIsaac, L., Grossman, D., Balistreri, E., & Darney, P. (1999). A randomized controlled trial of laminaria, oral misoprostol, and vaginal misoprostol before abortion. *Obstetrics & Gynecology, 93*(5 Pt 1), 766-770.

Meirik, O., Huong, N. T., Piaggio, G., Bergel, E., & von Hertzen, H. (2012). Complications of first-trimester abortion by vacuum aspiration after cervical preparation with and without misoprostol: A multicentre randomised trial. *The Lancet, 379*(9828), 1817-1824.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). A*bortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

O'Shea, L.E., Lord, J., Fletcher, J., Hasler, E., & Cameron, S. (2020). Cervical priming before surgical abortion up to 13+6 weeks' gestation: A systematic review and metaanalyses for the National Institute for Health and Care Excellence-new clinical guidelines for England. *American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM, 2*(4), 100220.

Saav, I., Kopp Kallner, H., Fiala, C., & Gemzell-Danielsson., K. (2015). Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical dilatation 1 or 3 h prior to surgical abortion: A double blinded RCT. *Human Reproduction, 30*(6), 1314-1322.

Saxena P., Sarda, N., Salhan, S., & Nandan, D. (2008). A randomised comparison between sublingual, oral and vaginal route of misoprostol for pre-abortion cervical ripening in first-trimester pregnancy termination under local anesthesia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 48*(1), 101-6.

Schulz, K. F., Grimes, D. A., & Cates, W., Jr. (1983). Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *The Lancet, 1*(8335), 1182-1185.

3.4

3. Avortement avant 13 semaines de gestation

Aspiration intra-utérine

3.4.3. Examen bimanuel

Recommandation :

- Un examen bimanuel doit être pratiqué avant toute procédure lors de laquelle des instruments seront insérés dans l'utérus, telle qu'une aspiration intra-utérine ou la mise en place d'un dispositif intra-utérin.
- L'examen bimanuel doit être effectué par le clinicien qui réalise la procédure.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Très faible	8 octobre 2025

Importance de l'examen bimanuel

L'examen bimanuel constitue une étape de routine avant une procédure intra-utérine et est recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2024). Cet examen fournit des informations sur le bien-être de la patiente, son état de grossesse, l'âge gestationnel, la présence éventuelle d'une infection, de possibles anomalies anatomiques et la position de l'utérus, autant d'éléments qui influencent la prise en charge d'une procédure intra-utérine. On peut en plus réaliser une échographie mais celle-ci ne remplace pas l'examen bimanuel avant une procédure intra-utérine.

Détermination de la taille de l'utérus

La taille de l'utérus peut être évaluée par un examen bimanuel. Lorsque la dates des dernières règles (DDR) est connue, l'examen bimanuel peut confirmer l'évaluation de l'âge gestationnel basée sur la DDR. Lorsque la DDR n'est pas certaine, l'examen bimanuel peut permettre d'estimer l'âge gestationnel sur la base de la taille de l'utérus (voir section 3.2 Recommandations pour un avortement avant 13 semaines : datation gestationnelle). Dans les cas de soins après avortement, lorsqu'une partie ou la totalité des tissus de la grossesse ont été expulsés de l'utérus, la taille de l'utérus déterminée par l'examen bimanuel doit guider le traitement. Les schémas de traitement médicamenteux dans le cadre d'un avortement et de soins après avortement varient en fonction de l'âge gestationnel ou de la taille de l'utérus. Les techniques d'aspiration, de dilatation et d'évacuation, y compris le choix des instruments et la nécessité d'une préparation cervicale, dépendent de la détermination précise de la taille de l'utérus.

Détermination de la position de l'utérus

Le meilleur moyen d'évaluer la position de l'utérus dans le bassin, l'orientation du fond de l'utérus par rapport au col et la fermeté de l'utérus consiste à pratiquer un examen bimanuel. La connaissance de la position de l'utérus aide le prestataire à éviter les complications, plus particulièrement une perforation, au cours de la procédure (Chen, et al., 1995 ; Mittal et Misra, 1985 ; Nathanson, 1972).

Ressources
http://www.ipas.org/ClinicalResources

Vidéos sur les soins d'avortement—Ipas :
Détermination de l'âge gestationnel

Étapes pour l'aspiration intra-utérine à l'aide de l'aspirateur AMIU Plus® et des canules EasyGrip® d'Ipas

Bibliographie

Chen, L. H., Lai, S. F., Lee, W. H., & Leong, N. K. (1995). Uterine perforation during elective first trimester abortions: A 13-year review. *Singapore Medical Journal, 36*(1): 63-67.

Mittal, S., & Misra, S. L. (1985). Uterine perforation following medical termination of pregnancy by vacuum aspiration. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 23*(1): 45-50.

Nathanson, B. (1972). Management of uterine perforations suffered at elective abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 114*(8): 1054-9.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

3.4

3. Avortement avant 13 semaines de gestation

Aspiration intra-utérine

3.4.4. Examen des produits de conception

Recommandation :

- Les cliniciens qui effectuent une aspiration intra-utérine doivent examiner les produits de conception immédiatement après la procédure.
- L'envoi systématique des produits de conception au laboratoire pour un examen histopathologique n'est pas recommandé.

Dans la pratique :

- Pour améliorer la visualisation, les produits de conception peuvent être rincés, flottés dans l'eau et visualisés à travers un récipient transparent en utilisant une source de lumière par le dessous.
- Si aucun produit de conception n'est visible, ou si l'on voit moins de tissu que prévu, une évaluation plus poussée est nécessaire.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Très faible	8 octobre 2025

Examen visuel des produits de conception

L'examen visuel des produits de conception est une étape indispensable d'une aspiration intra-utérine et est recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2024), le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2022) et la National Abortion Federation (NAF, 2020). La présence des produits de conception lors de l'examen visuel confirme que la grossesse était bien intra-utérine et indique la réussite de l'avortement (Westfall, et al., 1998). Si l'on ne voit pas les produits de conception, la personne concernée ne doit pas quitter le centre de soins sans que les dispositions nécessaires aient été prises conformément aux directives locales visant à exclure un diagnostic de grossesse extra-utérine. L'examen immédiat des produits de conception permet en outre d'exclure le diagnostic de grossesse extra-utérine et diminue la morbidité et la mortalité (Goldstein, Danon et Watson, 1994). Lorsque l'on suspecte une anomalie telle qu'une grossesse molaire, on peut procéder à un examen histopathologique en plus de l'examen visuel.

L'envoi systématique des produits de conception au laboratoire pour un examen histopathologique ne modifie pas les résultats cliniques et accroît le coût d'un avortement (Heath, et al., 2000 ; Paul, et al., 2002).

On trouvera des instructions relatives à l'examen visuel des produits de conception à la page 177 du document d'Ipas intitulé *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence, 2e édition* (Ipas, 2013).

Ressources
http://www.ipas.org/ClinicalResources

Vidéos sur les soins d'avortement—Ipas : *Réalisation d'une aspiration intra-utérine* (la section sur « l'examen des produits » commence à 10 : 27 dans cette vidéo)

Les étapes d'une aspiration intra-utérine à l'aide de l'aspirateur AMIU Plus® des canules EasyGrip® d'Ipas

Bibliographie

Goldstein, S. R., Danon, M., & Watson, C. (1994). An updated protocol for abortion surveillance with ultrasound and immediate pathology. *Obstetrics & Gynecology, 83*(1), 55-58.

Heath, V., Chadwick, V., Cooke, I., Manek, S., & MacKenzie, I. Z. (2000). Should tissue from pregnancy termination and uterine evacuation routinely be examined histologically? BJOG: A*n International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 107*(6), 727-730.

Ipas. (2013). Woman-centered, comprehensive abortion care: *Reference manual* (second ed.) K. L. Turner & A. Huber (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

National Abortion Federation. (2024). *Clinical Policy Guidelines*. Washington, DC: National Abortion Federation.

Paul, M., Lackie, E., Mitchell, C., Rogers, A., & Fox, M. (2002). Is pathology examination useful after early surgical abortion? *Obstetrics & Gynecology, 99*(4), 567-571.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). Best practice in abortion care. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Westfall, J. M., Sophocles, A., Burggraf, H., & Ellis, S. (1998). Manual vacuum aspiration for first-trimester abortion. *Archives of Family Medicine, 7*(6), 559-62.

3.4

3. Avortement avant 13 semaines de gestation

Aspiration intra-utérine

3.4.5. Conditionnement des aspirateurs Ipas AMIU Plus® et des aspirateurs à simple valve

Recommandation :

- Tous les aspirateurs et adaptateurs réutilisables Ipas doivent être préalablement trempés, rincés ou aspergés d'eau ou de spray enzymatique au moment d'utilisation, puis nettoyés et soumis à une désinfection de haut niveau ou stérilisés entre chaque personne.

En pratique :

- Tous les instruments conditionnés à l'aide de méthodes humides doivent être reconditionnés chaque jour.

Dernière révision :

8 octobre 2025

Importance d'un traitement adéquat des instruments

Lors de son utilisation, le corps de l'aspirateur pour AMIU se remplit de sang. Il existe un risque potentiel que des contaminants provenant d'une patiente précédente soient introduits chez une nouvelle patiente si l'aspirateur pour AMIU n'est pas correctement traité (stérilisé ou traité par désinfection de haut niveau) après chaque utilisation.

Étapes

Étape 1 : Préparation au site d'utilisation

Ne pas laisser sécher le dispositif après usage. Pré-tremper, rincer ou pulvériser le dispositif avec de l'eau ou un spray enzymatique. Ne pas utiliser de chlore ou de sérum physiologique car ces substances peuvent endommager certains instruments médicaux. De plus, le chlore peut alors s'avérer moins efficace lorsqu'il a été utilisé avant le nettoyage des instruments à l'Étape 2, et peut entrainer le développement d'une résistance antimicrobienne.

Étape 2 : Nettoyage

Démonter l'aspirateur et l'adaptateur (le cas échéant) et les nettoyer avec de l'eau chaude et un détergent en utilisant une brosse douce.

Étape 3 : Stérilisation ou désinfection de haut niveau

Tous les aspirateurs et adaptateurs doivent être stérilisés ou traités par désinfection de haut niveau après usage.

Options de stérilisation	Options de désinfection de haut niveau
Stérilisation à l'autoclave* des instruments à 121°C (250°F) sous une pression de 106 kPa (15 lbs/in²) pendant 30 minutes Trempage dans une solution de glutaraldéhyde** pendant la durée recommandée par le fabricant — temps le plus souvent recommandé : 10 heures*** Sporox II solution soak for 6 hours***	Ébouillantage* des instruments pendant 20 minutes Trempage dans une solution de glutaraldéhyde** pendant la durée recommandée par le fabricant — les recommandations varient de 20 à 90 minutes*** Trempage dans une solution de Sporox II pendant 30 minutes*** Trempage dans une solution de chlore à 0,5 % pendant 20 minutes***

* NE JAMAIS ÉBOUILLANTER OU AUTOCLAVER LES ASPIRATEURS IPAS À SIMPLE VALVE.

** Il existe différents produits à base de glutaraldéhyde et les temps de traitement recommandés varient selon les produits : toujours se conformer aux recommandations du produit à base de glutaraldéhyde utilisé.

*** Si l'on a utilisé des agents chimiques pour le traitement, rincer soigneusement tous les éléments de l'aspirateur et les adaptateurs (le cas échéant) dans de l'eau potable propre (eau de boisson).

Étape 4 : Entreposage adéquat ou utilisation immédiate

Sécher les aspirateurs et les adaptateurs, lubrifier le joint torique et remonter le dispositif, puis l'entreposer dans un endroit propre et sec jusqu'au moment de son utilisation. L'aspirateur ne doit pas demeurer désinfecté par désinfection de haut niveau ou stérile au moment de son utilisation et peut être entreposé dans un endroit propre ou conformément aux normes locales en vigueur.

Les instruments traités par immersion doivent être retraités quotidiennement.

Ces méthodes validées de conditionnement des instruments n'affectent pas négativement l'aspirateur pour AMIU, qui peut être réutilisé durant au moins 25 cycles (Powell et Kapp, 2019). Dans la pratique, les dispositifs AMIU sont souvent utilisés jusqu'à ce qu'ils ne soient plus fonctionnels. Lorsque des données sont enregistrées, ces dispositifs sont utilisés en moyenne 34 fois, allant d'une seule utilisation dans certains établissements à pas moins de 500 réutilisations signalées dans d'autres (Eckersberger et al., 2023). On trouvera des informations détaillées sur le conditionnement des aspirateurs pour AMIU, ainsi que sur les autres options de traitement envisageables, à la page 150 du document d'Ipas intitulé *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence, 2e édition* (Ipas, 2016).

Ressources

http ://www.ipas.org/ClinicalResources

Conditionnement de l'aspirateur AMIU Plus® et des canules Easy Grip® D'Ipas (Tableau mural)

Vidéos sur le reconditionnement des instruments d'AMIU—Ipas (disponible en anglais, arabe, espagnol et français)

Vidéos sur les soins d'avortement sécurisé—Ipas : *Reconditionnement des instruments d'AMIU*

Bibliographie

Curless, M. S., Ruparelia, C. S., Thompson, E., & Trexler, P. A. (Eds.) (2018). *Infection Prevention and Control: Reference Manual for Health Care Facilities with Limited Resources*. Jhpiego: Baltimore, MD.

Eckersberger, E., Dijkerman, S., Perkins, M., Overholt, T., Asport, S., Aziz, H., Barata, I., Gulati, S., Chekol, B. M., Mulase, L., Mulunda, J.-C., Oginni, A., Smith, M., Powell, B., & Kapp, N. (2023). Examining reuse and replacement procedures for Ipas manual vacuum aspiration and cannulae in nine countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 163*(2), 651–659.

Ipas. (2016). Soins complets d'avortement centrés sur la femme: *Manuel de référence*, 2e édition. Turner, K. L. et Huber, A., eds. Chapel Hill, North Carolina: Ipas.

Organisation mondiale de la Santé et Organisation panaméricaine de la Santé (2016). *Decontamination and Reprocessing of Medical Devices for Health-care Facilities*. Genève. Organisation Mondiale de la Santé et Pan American Health Organization.

Powell, B., & Kapp, N. (2019). Validation of instrument reprocessing methods for the Ipas manual vacuum aspiration devices. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 147*(1), 89-95.

3.5

3. Avortement avant 13 semaines de gestation

Avortement médicamenteux

3.5.1. Auto-prise en charge de la procédure d'avortement

Recommandation :

- Les personnes peuvent gérer elles-mêmes, de manière sûre et efficace, l'avortement médicamenteux à l'aide de mifépristone et de misoprostol, ou à l'aide de misoprostol seul, lorsqu'elles disposent d'informations précises, de médicaments dont la qualité est garantie et, en cas de nécessité, d'un accès aux services de santé.

Qualité des preuves :
Élevée

Dernière révision :
8 octobre 2025

Qu'est-ce que l'auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux ?

L'auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux est le processus par lequel une personne se procure des médicaments abortifs (mifépristone et misoprostol, ou misoprostol seul) et réalise les différentes étapes de son propre avortement, avec ou sans l'aide d'un professionnel de santé (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2022). Si certaines personnes préfèrent gérer toutes les composantes de l'avortement médicamenteux en dehors du système de soins de santé, d'autres peuvent choisir d'interagir avec des agents de santé qualifiés par le biais de mécanismes de prestation de services, traditionnels ou innovants, selon les besoins ; il est important que ce soit la personne qui décide des aspects des soins qu'elle va gérer elle-même, ainsi que du moment et du lieu où elle va chercher du soutien (OMS, 2024 ; OMS, 2022). Les obstacles à l'accès clinique, tels que le coût ou l'inaccessibilité des services, sont la raison la plus fréquemment invoquée pour justifier l'avortement autogéré (Amo-Adjei et al., 2025 ; Aiken, Starling et Gomperts, 2021). Si l'avortement autogéré est susceptible d'accroître considérablement l'accès à l'avortement médicalisé, en particulier dans les contextes où l'accès est limité (Jayaweera et al., 2021), les personnes choisissent l'avortement autogéré pour de nombreuses raisons. Ces raisons comprennent une plus grande autonomie et un meilleur contrôle de l'expérience, la possibilité d'un plus grand confort ou d'une plus grande intimité, et la possibilité d'éviter la stigmatisation, la discrimination ou d'autres obstacles associés à la recherche de soins dans un établissement de santé (Aiken et al., 2018 ; Harries et al., 2021 ; Moseson et al., 2020). L'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) affirme que c'est la criminalisation—et non l'avortement en soi—qui constitue la principale source de risques potentiels liés à l'avortement autogéré (ACOG, 2024).

Il existe de nombreux modèles d'autogestion de l'avortement médicamenteux, selon le degré d'implication du système de santé officiel, des professionnels de santé ou d'autres services de soutien dans le processus (Dragoman et al., 2022 ; Sorhaido et Sedgh, 2020). Une revue systématique de 2025 a combiné les données de 21 études (n = 10 693) examinant plusieurs modèles différents d'autogestion de l'avortement médicamenteux avec la mifépristone et le misoprostol, pour constater un taux d'efficacité global de 94 % jusqu'à 63 jours de gestation et de 95 % jusqu'à 70 jours (Ralph et al., 2025). Une évacuation utérine a été nécessaire chez 4 % des patientes, les taux de grossesse extra-utérine et de transfusion sanguine étaient inférieurs à 1 %, et aucun décès n'a été signalé.

Auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux

L'avortement médicamenteux avant 13 semaines de gestation est un processus qui se déroule sur une période de quelques heures à quelques jours et qui comprend trois éléments : (1) la détermination de l'éligibilité à l'avortement médicamenteux ; (2) l'administration des médicaments abortifs et la gestion du processus d'avortement ; et (3) l'évaluation du succès de l'avortement. D'abondantes données cliniques attestent de la capacité des personnes enceintes à réaliser elles-mêmes chacune de ces étapes de manière sûre et efficace. Voir 3.2 : Recommandations pour un avortement avant 13 semaines de gestation : Datation gestationnelle et 3.3 : Recommandations pour un avortement avant 13 semaines de gestation : Dépistage de la grossesse extra-utérine, pour un résumé des données probantes étayant la capacité des personnes à évaluer elles-mêmes leur admissibilité à l'avortement médicamenteux ; voir 3.5.6 : Recommandations pour un avortement avant 13 semaines : Avortement médicamenteux : Utilisation à domicile de médicaments jusqu'à 12 semaines de gestation, pour un résumé des données probantes étayant la capacité des personnes à s'auto-administrer des médicaments abortifs et à gérer le processus d'avortement ; et voir 3.5.7 : Recommandations pour un avortement avant 13 semaines de gestation : Avortement médicamenteux : Confirmation du succès, pour un résumé des données probantes étayant la capacité des patientes à évaluer elles-mêmes le succès de leur avortement.

Modèles d'autogestion de l'avortement

Avortement par télémédecine

Dans le cas de l'avortement par télémédecine, un agent de santé géographiquement éloigné de la personne en demande d'un avortement facilite l'avortement médicamenteux. Les agents de santé qui pratiquent la télémédecine évaluent l'éligibilité à l'avortement sur la base des antécédents, fournissent des médicaments que les personnes en demande d'avortement peuvent utiliser à la maison et proposent un suivi—cela peut se faire à l'intérieur ou à l'extérieur du système de santé formel, de manière synchrone ou asynchrone (Endler et al., 2019 ; Raymond et al., 2020). Une revue Cochrane de 2025 a évalué la sécurité et l'efficacité de la télémédecine dans le cadre de l'avortement médicamenteux, en s'appuyant sur six études contrôlées randomisées et seize études non randomisées, portant sur 131 278 personnes ayant subi un avortement médicamenteux jusqu'à la 12e semaine de gestation (Cleeve et al., 2025). Cette revue a conclu que l'avortement médicamenteux pratiqué par télémédecine était aussi sûr et efficace que celui pratiqué en présentiel. De nombreuses études de cohorte comparatives prospectives confirment cette conclusion (Aiken et al., 2021 ; Anger et Raymond, 2024 ; Ralph et al., 2024 ; Upadhyay et al., 2024). La plus importante d'entre elles, une étude de cohorte prospective menée au Royaume-Uni, qui a comparé les résultats entre les personnes ayant subi un avortement médicamenteux traditionnel en consultation (n = 22 158) et celles ayant eu recours à un avortement par télémédecine sans tests, examen ou échographie préalables jusqu'à 10 semaines de gestation (n = 18 435), a révélé que plus de 98 % des personnes des deux groupes avaient subi un avortement complet et que moins de participantes du groupe « télémédecine » (0,02 %) ont subi un événement indésirable grave que dans le groupe bénéficiant de soins traditionnels (0,04 %) (Aiken et al.., 2021). L'OMS recommande la télémédecine comme alternative aux soins médicaux d'avortement en présentiel (OMS, 2024).

Modèles d'accompagnement

Dans les modèles d'accompagnement, des agents communautaires qui ne sont pas des cliniciens formés fournissent aux personnes en demande d'avortement des informations sur l'avortement médicamenteux fondées sur des données probantes, des conseils pour l'obtention des médicaments d'avortement et des instructions étape par étape pour leur utilisation, des conseils pour évaluer le succès de l'avortement et les signes d'alerte de complications, et un soutien pendant le processus d'avortement si nécessaire. Les groupes d'accompagnement travaillent généralement en dehors du système de soins de santé formel et peuvent intervenir dans des contextes où l'avortement est fortement restreint (Zurbriggen, Keefe-Oates et Gerdts, 2018). Une étude de cohorte prospectives sur l'accompagnement de l'avortement a porté au Nigeria, en Argentine, et en Asie du Sud-Est sur 1 352 participantes avec un âge gestationnel maximum de 24 semaines (Moseson et al., 2023 ; Moseson et al., 2021). Pour les participantes dont la grossesse n'excédait pas neuf semaines, les taux de réussite autodéclarés de l'avortement ont révélé des résultats comparables aux soins dispensés en centre de santé,

à savoir : 98 %, tant en ce qui concerne le traitement combiné mifépristone-misoprostol et le traitement à base de misoprostol seul (Jayaweera et al., 2023a ; Jayaweera et al., 2023b ; Moseson et al., 2021). Les taux de réussite chez les participantes dont la grossesse était comprise entre 9 et 12 semaines (n = 222) étaient de 87 % pour le traitement combiné et de 98 % pour le traitement à base de misoprostol seul (Jayaweera et al., 2023b ; Moseson et al., 2021 ; Moseson et al., 2023). Une étude de cohorte rétrospective de plus petite envergure menée en Bolivie a porté sur 302 participantes souhaitant avorter avant la 12e semaine de gestation (Acre et al., 2023). Les participantes ont utilisé à la fois le traitement combiné et le traitement à base de misoprostol seul ; le taux de réussite a été de 99 %, seules 6 personnes ont eu besoin de soins supplémentaires, le plus souvent pour confirmer la réussite de l'avortement.

Distribution au niveau communautaire

Deux études ont documenté la sécurité et l'efficacité de l'avortement autogéré au misoprostol seul, accessible par le biais d'une distribution communautaire (Foster, Arnott et Hobstetter, 2017 ; Foster et al., 2022). Dans ces études, des agents de santé communautaires non professionnels ou bénévoles ont fourni du misoprostol et des instructions pour son utilisation à des personnes souhaitant avorter avant la 9ème ou la 10ème semaine de gestation, sur la base de leur dernière période menstruelle déclarée. Dans les deux études, les taux de réussite des avortements ont dépassé ceux observés dans les études cliniques sur l'avortement médicamenteux par misoprostol seul (94-96 %), sans qu'aucun événement indésirable grave n'ait été enregistré.

Achat en pharmacie

Deux études de cohorte comparatives ont démontré l'efficacité de l'avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol achetés directement en pharmacie ou auprès de vendeurs de médicaments, par rapport à un centre de santé. Au Cambodge, une étude portant sur 1 847 femmes dont l'âge gestationnel moyen était inférieur à 7 semaines a révélé que 9 % des femmes du groupe « pharmacie » ont eu besoin d'un traitement supplémentaire pour mener à bien leur avortement, contre 13 % dans le groupe « centre de santé » (Kapp et al., 2023). Une étude similaire menée au Ghana auprès de 1 958 femmes a révélé que 3 % des patientes ayant eu recours à une pharmacie et 5 % de celles ayant eu recours à un centre de santé ont eu besoin d'un traitement supplémentaire pour mener à bien leur avortement (Kapp et al., 2024).Une étude de cohorte prospective menée au Nigeria a évalué les taux de réussite chez des femmes enceintes (n = 394) ayant acheté du misoprostol auprès de vendeurs de médicaments pour gérer elles-mêmes leur avortement (Stillman et al., 2020). Bien qu'elles n'aient pas reçu d'informations suffisantes sur les médicaments, sur ce à quoi elles devaient s'attendre, ou sur où et à partir de quel moment obtenir des soins supplémentaires, 94 % des personnes appartenant à cet échantillon ont déclaré un avortement complet sans intervention chirurgicale ; seule une personne de l'échantillon a eu besoin d'une transfusion sanguine. Une étude transversale populationnelle en Inde a révélé que le taux de complications déclaré par les femmes était plus faible chez celles qui avaient géré elles-mêmes leur avortement médicamenteux à l'aide de médicaments achetés en pharmacie (13 %, n = 2 229) que chez celles ayant eu recours à un avortement médicamenteux pris en charge par un professionnel de santé (15 %, n = 2 860) ; le type de complication n'était pas précisé (Banerjee, Gulati et Pearson, 2025). Une étude de cohorte comparative menée au Bangladesh a établi que la qualité des soins d'avortement reçus en pharmacie et dans les cliniques de santé, telle que rapportée par les patientes, était comparable (Jacobsen et al., 2024). Les patientes des pharmacies étaient plus susceptibles de déclarer que l'avortement était abordable, tandis que celles des cliniques de santé recevaient des informations de meilleure qualité et étaient mieux préparées en cas de survenue d'effets indésirables.

Ressources

http ://www.ipas.org/ClinicalResources

www.ipas.org/AbortionWithPills—Ressources fondées sur des données probantes indiquant la manière de gérer soi-même et en toute sécurité un avortement à l'aide de comprimés

Vidéos sur les soins d'avortement à l'intention des personnes utilisant les services

Bibliographie

ACOG Committee Statement No. 13: Self-Managed Abortion. (2024). *Obstetrics & Gynecology, 144(*6), e152.

Acre, V. N., Küng, S. A., Arce, C., Yapu, A., Iriondo, D., & Morales, M. (2023). Reach, experience, and acceptability of an abortion self-care intervention in Bolivia: a mixed-methods evaluation. *Sexual and Reproductive Health Matters, 31*(1), 2139888.

Aiken, A.R.A., Broussard, K., Johnson, J.M., & Padron, E. (2018). Motivations and experiences of people seeking medical abortion online in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 50*(4), 157-163.

Aiken, A.R.A., Starling, J.E., & Gomperts, R. (2021). Factors associated with use of an online telemedicine service to access self-managed medical abortion in the US. *JAMA Network Open, 4*(5), e2111852.

Aiken, A., Lohr, P.A, Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: A national cohort study. BJOG: *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 128*(9), 1464-1474.

Aiken, A.R.A., Romanova, E.P., Morber, J.R., & Gomperts, R. (2022). Safety and effectiveness of self-managed medication abortion provided using online telemedicine in the United States: A population based study. *Lancet Regional Health Americas, 10*, 100200. Doi.10.1016/j.lana.2022.100200.

Amo-Adjei, J., Boateng, K. A., Nicholson, M., Wilkins, R., Wachsmann, H., & Adu-Manu, K. (2025). Feasibility of medication abortion self-care service delivery in Ghana. *Reproductive Health, 22*, 64.

Anger, H. A., & Raymond, E. G. (2024). Clinical and service delivery outcomes following medication abortion provided with or without pretreatment ultrasound or pelvic examination: An updated comparative analysis. *Contraception, 140*.

Banerjee, S. K., Gulati, S., & Pearson, E. (2025). The transformative terrain: An in-depth analysis of trends in self-managed abortion in India using NFHS-5 national data. *Global Public Health, 20*(1), 2467796.

Cleeve, A., Lavelanet, A., Gemzell-Danielsson, K., & Endler, M. (2025). The use of telemedicine services for medical abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2025*(6), CD013764.

Dragoman, M., Fofie, C., Bergen, S., & Chavkin, W. (2022). Integrating self-managed medication abortion with medical care. *Contraception, 108*, 1-3.

Endler, M., Lavelanet, A., Cleeve, A., Ganatra, B., Gomperts, R., & Gemzell-Danielsson, K. (2019). Telemedicine for medical abortion: A systematic review. BJOG: *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 126*, 1094-1102.

Foster, A.M., Arnott, G., & Hobstetter, M. (2017). Community-based distribution of misoprostol for early abortion: Evaluation of a program along the Thailand-Burma border. *Contraception, 96*, 242-247.

Foster, A.M., Messier, K., Aslam, M., & Shabir, N. (2022). Community-based distribution of misoprostol for early abortion: Outcomes from a program in Sindh, Pakistan. *Contraception, 109*, 49-51.

Harries, J., Daskilewicz, K., Bessenaar, T., & Gerdts, C. (2021). Understanding abortion seeking care outside of formal health care settings in Cape Town, South Africa: A qualitative study. *Reproductive Health, 18*, 190.

Harries, J., Daskilewicz, K., Bessenaar, T., & Gerdts, C. (2021). Understanding abortion seeking care outside of formal health care settings in Cape Town, South Africa: A qualitative study. *Reproductive Health, 18*, 190.

Jacobson, L. E., Baum, S. E., Pearson, E., Chowdhury, R., Chakraborty, N. M., Goodman, J. M., Gerdts, C., & Darney, B. G. (2024). Client-reported quality of facility-

Bibliographie

managed medication abortion compared with pharmacy-sourced self-managed abortion in Bangladesh. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 50*(1), 33-42.

Jayaweera, R. T., Bradshaw, P. T., Gerdts, C., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Ahern, J., & Moseson, H. (2023a). Accounting for Misclassification and Selection Bias in Estimating Effectiveness of Self-managed Medication Abortion. *Epidemiology, 34*(1), 140.

Jayaweera, R., Egwuatu, I., Nmezi, S., Kristianingrum, I. A., Zurbriggen, R., Grosso, B., Bercu, C., Gerdts, C., & Moseson, H. (2023b). Medication Abortion Safety and Effectiveness With Misoprostol Alone. *JAMA Network Open, 6*(10), e2340042.

Jayaweera, R., Powell, B., Gerdts, C., Kakesa, J., Ouedraogo, R., Ramazani, U., Wado, Y.D., Wheeler, E., & Fetters, T. (2021). The potential of self-managed abortion to expand abortion access in humanitarian contexts. *Frontiers in Global Women's Health, 2*:681039. Doi : 10.3389/fgwh.2021.681039

Kapp, N., Bawah, A. A., Agula, C., Menzel, J. L., Antobam, S. K., Asuming, P. O., Eckersberger, E., & Pearson, E. E. (2024). Medical abortion in Ghana: A non-randomized, non-inferiority study of access through pharmacies compared with clinics. *Contraception, 140*.

Kapp, N., Mao, B., Menzel, J., Eckersberger, E., Saphonn, V., Rathavy, T., & Pearson, E. (2023). A prospective, comparative study of clinical outcomes following clinic-based versus self-use of medical abortion. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 49*(4), 300–307.

Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Rôle des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement.* Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Recommandations de l'OMS relatives aux interventions d'auto-administration: auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux, mise à jour de 2022*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Moseson, H., Herold, S., Filippa, S., Barr-Walker, J., Baum, S.E., & Gerdts, C. (2020a). Self-managed abortion: A systematic scoping review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 63*, 87-110.

Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I.A., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Motana, R., Bercu, C., Carbone, S., & Gerdts, C. (2021). Effectiveness of self-managed medication abortion with accompaniment support in Argentina and Nigeria (SAFE): A prospective, observational cohort study and non-inferiority analysis with historical controls. *Lancet Global Health, 10*(1), e105-e113.

Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I. A., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Bercu, C., Motana, R., & Gerdts, C. (2023). Effectiveness of Self-Managed Medication Abortion Between 9 and 16 Weeks of Gestation. *Obstetrics & Gynecology, 142*(2), 330.

Ralph, L. J., Baba, C. F., Biggs, M. A., McNicholas, C., Hagstrom Miller, A., & Grossman, D. (2024). Comparison of No-Test Telehealth and In-Person Medication Abortion. *JAMA, 332*(11), 898–905.

Ralph, L. J., Ehrenreich, K., Kaller, S., Gurazada, T., Biggs, M. A., Blanchard, K., Hauser, D., Kapp, N., Kromenaker, T., Moayedi, G., Gil, J. P., Perritt, J. B., Raymond, E., Taylor, D., White, K., Valladares, E. S., Williams, S., & Grossman, D. (2025). Accuracy of survey-based assessment of eligibility for medication abortion compared with clinician assessment. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 233*(1), 44.e1-44.e15.

Raymond, E., Grossman, D., Mark, A., Upadhyay, U.D., Dean, G., Creinin, M.D., Coplon, L., Perritt, J., Atria, J.M., Taylor, D., & Gold, M. (2020). No-test medication abortion: A sample protocol for increasing access during a pandemic and beyond. *Contraception, 101*(6), 361-366.

Stillman, M., Owolabi, A., Fatusi, A.O., Akinyemi, A.I., Berry, A.L., Erinfolami, T.P., Olagunju, O.S., Vaisanen, H., & Bankole, A. (2020). Women's self-reported experiences using misoprostol obtained from drug sellers: A prospective cohort study in Lagos state, Nigeria. *BMJ Open*, 10:e034670. Doi:10.1136/bmjopen-2019-034670.

Sorhaindo, A., & Sedgh, G. (2021). Scoping review of research on self-managed medication abortion in low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health, 6*(5), e004763. Upadhyay, U. D., Koenig, L. R., Meckstroth, K., Ko, J., Valladares, E. S., & Biggs, M. A. (2024). Effectiveness and safety of telehealth medication abortion in the USA. *Nature Medicine, 30*(4), 1191–1198.

Zurbriggen, R., Keefe-Oates, B., & Gerdts, C. (2018). Accompaniment of second-trimester abortions: The model of the feminist Socorrista network of Argentina. *Contraception, 97*, 108-115.

3.5 Avortement médicamenteux

3.5.2. Risque de malformation fœtale

Recommandation :

- Il n'a pas été démontré que l'exposition à la mifépristone seule provoque des malformations fœtales. L'exposition au misoprostol est associée à un risque faiblement accru de malformations en cas de poursuite de la grossesse si la personne décide de ne pas y mettre fin. Les personnes chez qui la grossesse se poursuit après utilisation de misoprostol doivent être informées des risques si elles décident de poursuivre leur grossesse.

Poids de la recommandation :

Important

Qualité des éléments factuels :

- Mifépristone : très faible
- Misoprostol : très faible

Dernière révision :

8 octobre 2025

Contexte

La fréquence attendue de malformations fœtales dans l'ensemble de la population est de l'ordre de 3 % (Dolk, Loane et Garne, 2010). L'exposition à certains médicaments, infections, radiations ou drogues illicites au cours du développement embryonnaire ou fœtal peut engendrer un risque accru de malformations en cas de poursuite de la grossesse.

Mifépristone

Les données concernant une poursuite de la grossesse après exposition à la mifépristone sans misoprostol sont limitées. Deux revues systématiques publiées en 2024, comprenant chacune 13 études observationnelles, n'ont trouvé aucune preuve indiquant que la mifépristone soit un agent tératogène (Jingran, Yan et Xiaoying, 2024 ; Turner et al., 2024). La plus vaste étude prospective, qui portait sur 46 femmes ayant poursuivi leur grossesse après avoir pris uniquement de la mifépristone, a abouti à huit avortements spontanés et deux malformations majeures (5,3 %) lors des grossesses qui se sont poursuivies. De l'avis des auteurs, ces deux malformations n'étaient pas liées à l'exposition à la mifépristone mais auraient été la conséquence d'autres problèmes médicaux (Bernard et al., 2013). Une analyse réalisée en 2025 des rapports de sécurité post-commercialisation a révélé que la mifépristone n'était pas associée à des malformations cardiaques structurelles chez le fœtus (Liu et al., 2025).

Misoprostol

Des descriptions de cas cliniques, des études de cohorte (da Silva Dal Pizzol et al., 2005 ; Vauzelle, et al., 2013) et des études cas-témoins (da Silva Dal Pizzol, Knop et Mengue, 2006) montrent que l'incidence de malformations est maximale lorsque le misoprostol est utilisé entre cinq et huit semaines après la date des dernières règles (DDR) et qu'elle n'est pas associée à des anomalies en cas d'exposition au-delà de 13 semaines après la DDR (Philip, Shannon et Winikoff, 2002). Les malformations classiquement associées au misoprostol sont

celles liées au syndrome de Möbius, une pathologie rare se manifestant par des paralysies des nerfs crâniens associées à des anomalies des membres et à des anomalies crâniofaciales, ainsi qu'à des anomalies transversales de la portion terminale des membres (da Silva Dal Pizzol et al., 2006 ; Jingran, Yan et Xiaoying, 2024). Bien qu'il n'ait pas été clairement établi, le mécanisme suggéré est une rupture vasculaire consécutive aux contractions utérines qui entraîne un développement fœtal anormal (Gonzalez et al., 2005 ; Shepard, 1995).

Une revue systématique réalisée en 2024 portant sur 9 études observationnelles, incluant 5 073 cas présentant des anomalies et 11 778 témoins, a estimé un rapport de cotes de 2,69 pour les anomalies congénitales après une exposition au misoprostol (Jingran, Yan et Xiaoying, 2024). Conformément à des études antérieures (Auffret et al., 2016 ; da Silva Del Pizzol et al., 2006), le rapport de cotes estimé était de 26 pour le syndromede Möbius, de 11 pour les malformations transversales terminales des membres et de 3 pour l'hydrocéphalie.

Même si la fréquence d'exposition au misoprostol est plus importante parmi les enfants nés avec des malformations caractéristiques telles que le syndrome de Möbius, les anomalies sont si rares que le risque globale qu'une femme qui prend du misoprostol avant 13 semaines de gestation et mène cette grossesse à terme donne naissance à un enfant présentant une malformation associée à l'exposition au misoprostol est faible. Le risque d'une malformation associée à l'exposition au misoprostol est inférieur à 10 pour 1 000 expositions (Philip et al., 2002).

Bibliographie

Auffret, M., Bernard-Phalippon, N., Dekemp, J., Carlier, P., Gervoise Boyer, M., Vial, T., & Gautier, S. (2016). Misoprostol exposure during the first trimester of pregnancy: Is the malformation risk varying depending on the indication? *European Journal of Obstetrics & Gyncelology and Reproductive Biology, 207*, 188-192.

Bernard, N., Elefant, E., Carlier, P., Tebacher, M., Barjhoux, C., Bos-Thompson, M., & Vial, T. (2013). Continuation of pregnancy after first-trimester exposure to mifepristone: An observational prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 120*(5), 568-574.

da Silva Dal Pizzol, T., Knop, F. P., & Mengue, S. S. (2006). Prenatal exposure to misoprostol and congenital anomalies: Systematic review and meta-analysis. *Reproductive Toxicology, 22*(4), 666-671.

da Silva Dal Pizzol, T., Tierling, V. L., Schüler-Faccin, L., Sanseverino, M. T. V., & Mengue, S. S. (2005). Reproductive results associated with misoprostol and other substances utilized for interruption of pregnancy. *European Journal of Clinical Pharmacology, 61*(1), 71-72.

Dolk, H., Loane, M., & Garne, E. (2010). The prevalence of congenital anomalies in Europe. *Rare Diseases Epidemiology*, 349-364.

Gonzalez, C. H., Vargas, F. R., Perez, A. B. A., Kim, C., Brunoni, D., Marques-Dias, M. J., & de Almeida, J. C. C. (2005). Limb deficiency with or without Möbius sequence in seven Brazilian children associated with misoprostol use in the first trimester of pregnancy. *American Journal of Medical Genetics, 47*(1), 59-64.

Jingran, G., Yan, D., & Xiaoying, Y. (2024). Risk of teratogenicity in continued pregnancy after gestational exposure to mifepristone and/or misoprostol: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 310*(3), 1331–1342.

Liu, R., Wang, J., Wang, Q., Zhang, Y., & Yuan, F. (2025). Mifepristone-related foetal cardiac adverse events: findings from the postmarketing safety reports. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 45*(1), 2528093.

Philip, N. M., Shannon, C., & Winikoff, B. (2002). *Misoprostol and teratogenicity: Reviewing the evidence*. New York: Population Council.

Shepard, T. H. (1995). Möbius syndrome after misoprostol: A possible teratogenic mechanism. *The Lancet, 346*(8977), 780.

Turner, J. V., Garratt, D., Barwick, A., McLindon, L. A., Spark, M. J., & Smith, A. (2024). Congenital and Fetal Effects After Mifepristone Exposure and Continuation of Pregnancy: A Systematic Review. *Clinical Pharmacology & Therapeutics, 116*(5), 1207–1216.

Vauzelle, C., Beghin, D., Cournot, M.-P., & Elefant, E. (2013). Birth defects after exposure to misoprostol in the first trimester of pregnancy: Prospective follow-up study. *Reproductive Toxicology, 36*, 98-103.

3.5 Avortement médicamenteux

3.5.3. Mifépristone et misoprostol : schéma de traitement recommandé

Recommandation :

- 200 mg de mifépristone par voie orale puis 1 à 2 jours plus tard suivis de 800 µg de misoprostol par voie buccale, sublinguale ou vaginale. La dose de misoprostol peut être répétée pour obtenir le succès de l'avortement.
- Après 9 semaine de gestation, l'administration routinière de deux doses de misoprostol à 3 ou 4 heures d'intervalle améliore les taux de succès de l'avortement.
- Un traitement combiné de mifépristone et de misoprostol est efficace et sûr, avec des taux de réussite de l'avortement supérieurs à 95 %, des taux de poursuite de la grossesse de l'ordre de 2 % et des taux de complications de 1 à 3 %.

En pratique :

- L'association de mifépristone et de misoprostol est plus efficace que le misoprostol utilisé seul et cette association est recommandée pour les avortements médicamenteux avant 13 semaines ; lorsque la mifépristone n'est pas disponible, il est possible d'utiliser le misoprostol seul.
- Des doses supplémentaires de misoprostol peuvent être utilisées si les saignements, les crampes ou l'expulsion de la grossesse n'ont pas eu lieu et si au moins 3 heures se sont écoulées depuis la dose précédente de misoprostol.

Poids de la recommandation :

Important

Qualité des éléments factuels :

- Jusqu'à 9 à 10 semaines de gestation : élevée
- À partir de 9 à 13 semaines de gestation : faible

Dernière révision :

16 julliet 2026

Contexte

L'avortement médicamenteux est défini comme un avortement complet ne nécessitant aucune autre intervention. Un traitement combiné de mifépristone et de misoprostol est recommandé pour l'avortement médicamenteux, car il est plus efficace que leprozole et misoprostol ou le misoprostol seul (Abubeker et al., 2020 ; Blum et al., 2012 ; Kapp et al., 2019 ; Zhang et al., 2022 ; Ngoc et al., 2011 ; Raymond, Harrison et Weaver, 2019 ; Teong et al., 2026 ; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2024). Lorsque la mifépristone n'est pas disponible, le schéma à base de misoprostol seul peut être utilisé.

Jusqu'à 9 semaines (63 jours depuis la date des dernières règles)

Plusieurs études cliniques randomisées et contrôlées ont montré qu'une association de mifépristone et de misoprostol constitue un schéma de traitement efficace pour un avortement médicamenteux, avec des taux de réussites compris entre 95 et 98 % jusqu'à 9 semaines de gestation (Abubeker et al., 2020 ; Brandell et al., 2024 ; Brandell et al., 2023 ; Chen et Creinin, 2015 ; Kapp, Baldwin et Rodriguez, 2018 ; Zhang et al., 2022 ; Raymond, et al., 2012). En 2020, une étude systématique portant sur l'avortement médicamenteux pratiqué à l'aide de 200 mg de mifépristone et 800 µg de misoprostol jusqu'à 9 semaines de gestation dans des pays à revenu faible et intermédiaire s'appuyant sur 52 études a révélé un taux de réussite moyen de 95 % (Fergeson et Scott, 2020).Le misoprostol par voie vaginale, buccale et sublinguale est plus efficace que le misoprostol par voie orale (Zhang et al., 2022). Les voies d'administration buccale (Middleton et al., 2005) et sublinguale (Tang, et al., 2003 ; von Hertzen et al., 2010) sont associées à une fréquence d'effets indésirables gastro-intestinaux plus importante que la voie vaginale (Zhang et al., 2022). La voie sublinguale est associée à davantage d'effets indésirables que la voie buccale (Chai, Wong et Ho, 2013). Le fait de diminuer la dose de misoprostol par voie sublinguale à 400 µg diminue les effets indésirables, mais est associé à une augmentation du taux d'avortement incomplet et de poursuite de la grossesse (Bracken et al., 2014 ; Raghavan et al., 2013 ; von Hertzen et al., 2010) ; par conséquent, la dose recommandée de misoprostol par voie sublinguale demeure de 800 µg. La voie buccale ou sublinguale peut être préférable à la voie vaginale pour respecter les préférences individuelles ou en raison de restrictions légales.

L'administration simultanée de mifépristone et de misoprostol à des personnes jusqu'à 63 jours d'âge gestationnel a engendré un taux de réussite de l'ordre de 95 %, comparé à 97 à 98 % lorsque le misoprostol est administré 24 à 48 heures après la mifépristone (Creinin et al., 2007 ; Goel, et al., 2011 ; Lohr, et al., 2018 ; Schmidt-Hansen et al., 2022 ; Verma et al., 2017). Même si cette méthode est un peu moins efficace, elle peut s'avérer préférable dans certains contextes, par exemple là où l'utilisation à domicile des médicaments pour un avortement médicamenteux est limitée (Lohr et al., 2018).

Quatre études de cohorte de grande envergure, incluant un total de 300 112 femmes ayant subi des avortements médicamenteux à la mifépristone et au misoprostol jusqu'à 9 semaines de gestation (Cleland et al., 2013 ; Gatter, Cleland et Nucatola, 2015 ; Goldstone, Walker et Hawtin, 2017 ; Liu et Ray, 2023), ont révélé des taux d'aspiration utérine allant de 2,3 à 4,8 %. Une étude de cohorte danoise portant sur 86 437 avortements médicamenteux à la mifépristone et au misoprostol avant 9 semaines a conclu que l'augmentation de l'âge gestationnel était le facteur le plus fortement associé à la nécessité d'une intervention chirurgicale (Meaidi et al. 2019). Les taux de complications observés lors des avortements médicamenteux à la mifépristone et au misoprostol jusqu'à 9 semaines de gestation sont inférieurs à 1 % (Cleland et al., 2013 ; Gatter, Cleland, & Nucatola, 2015 ; Goldstone, Walker, et Hawtin, 2017 ; Liu et Ray, 2023).

	Goldstone, 2017	Cleland, 2013	Gatter, 2015
Nombre de personnes incluses	13 078	233 805	13 373
Âge gestationnel	≤ 63 jours	≤ 63 jours	≤ 63 jours
Site/organisation	MSI Australie	Planned Parenthood USA	Planned Parenthood USA
Période	2013-2015	2009-2010	2006-2011
Avortement incomplet nécessitant une procédure d'aspiration utérine	4.84 %	Non rapporté	2.3 %
Grossesse extra-utérine non détectée	Not rapporté	0.007 %	Non rapporté
Poursuite de la grossesse	0.76 %	0.5 %	0.5 %
Transfusion	0.13 %	0.05 %	0.03 %
Infection	0.11 %	0.02 %	0.01 %

De 9 à 11 semaines de gestation

Une étude rétrospective des dossiers médicaux réalisée en 2022 a évalué le taux de réussite de l'avortement chez 8 825 patientes ayant pris de la mifépristone suivie de 800 µg de misoprostol par voie vaginale ou buccale jusqu'à 70 jours de gestation (Young et al., 2022). Avant 64 jours de gestation , 97 % des patientes ayant utilisé du misoprostol par voie vaginale et 98 % de celles ayant utilisé du misoprostol par voie buccale ont obtenu un avortement réussi ; entre 64 et 70 jours de gestation , 93 % des patientes ayant utilisé le misoprostol par voie vaginale ou buccale ont obtenu un avortement réussi. Une analyse de 2015 reprend les données de cinq études comparatives ayant inclus 801 femmes enceintes de 64 à 70 jours et 1 163 femmes enceintes de 57 à 63 jours (Abbas, Chong et Raymond, 2015). Dans quatre études, les patientes avaient reçu 200 mg de mifépristone suivis d'une dose unique de 800 µg de misoprostol par voie buccale (Boersma, Meyboom-de Jong et Kleiverda, 2011 ; Pena et al., 2014 ; Sanhueza Smith et al., 2015 ; Winikoff et al., 2012) et dans une étude, elles avaient reçu de la mifépristone et une dose unique de 400 µg de misoprostol par voie sublinguale (Bracken et al., 2014). Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes en termes de taux de réussite (93,9 % entre 57 et 63 jours contre 92,3 % entre 64 et 70 jours) et il n'y a pas eu non plus de différence entre les groupes en ce qui concernait les événements indésirables graves tels qu'hospitalisations ou transferts (0,7 % et 0,5 % respectivement).

Une étude prospective, ouverte de non-infériorité a comparé l'efficacité d'un schéma d'avortement médicamenteux à base de 200 mg de mifépristone, suivi d'une dose unique de 800 µg de misoprostol, chez 362 femmes à 64-70 jours de gestation, à l'efficacité du même schéma chez 286 femmes à 71-77 jours de gestation (Dzuba et al., 2020b). Le taux de réussite était de 92 % dans le groupe des 64-70 jours, avec un taux de poursuite de gestation de 4 %, contre 87 % et 9 % dans le groupe des 71-77 jours, respectivement. Une étude de cohorte rétrospective ultérieure a comparé les taux de réussite lorsque deux doses de 800 µg de misoprostol étaient prises à domicile, à quatre heures d'intervalle, pour des grossesses entre 64-70 jours et 71-77 jours (Dzuba et al., 2020a). Bien qu'un taux Bien qu'un taux élevé (25 %) de cas qui n'ont pas pu être suivis limite les conclusions qui peuvent être tirées, les chercheurs ont constaté que les taux de réussite de l'avortement s'amélioraient pour atteindre plus de 99 % à partir de 64-70 jours, et 98 % à partir de 71-77 jours. Une analyse systématique de 2019 sur l'avortement médicamenteux entre 63 et 84 jours de gestation a également conclu

que les taux de réussite de l'avortement sont plus élevés lorsque des doses régulières et répétées de misoprostol sont utilisées, et lorsque la voie vaginale est utilisée pour l'administration du misoprostol, par rapport à la voie orale (Kapp et al., 2019). Cependant, l'étude ne recommande pas un schéma d'administration spécifique de mifépristone et de misoprostol (Kapp et al., 2019).

De 10 à 13 semaines de gestation

Un essai a réparti 340 personnes enceintes de 13 semaines au maximum en deux groupes : 1) 200 mg de mifépristone suivis de 800 µg de misoprostol par voie vaginale, ou 2) 600 µg de misoprostol par voie sublinguale, suivis de deux doses supplémentaires de 400 µg de misoprostol par voie sublinguale ou vaginale toutes les 3 heures (Hamoda et al., 2005). Le taux de réussite global de ce schéma est de 95,8 %. Dans les deux groupes, la plupart des personnes ont eu besoin de deux doses de misoprostol pour obtenir un avortement complet ; 3,4 % des personnes du groupe vaginal ont dû subir une évacuation chirurgicale de l'utérus, contre 2,9 % dans le groupe sublingual. Les utilisatrices de misoprostol par voie sublinguale étaient plus susceptibles de ressentir des effets secondaires. Une étude de cohorte prospective (Lokeland et al., 2010), incluant 254 personnes dont la grossesse se situait entre 63 et 90 jours de gestation, a rapporté un taux de réussite de l'avortement de 91,7 % et un taux de poursuite de la grossesse de moins de 1 % en utilisant un schéma similaire de mifépristone suivi de doses répétées de misoprostol. Entre 10 et 13 semaines, les taux rapportés d'aspiration utérine, quelle qu'en soit la raison, varient de 4 à 8 % (Hamoda et al., 2005 ; Lokeland et al., 2010) et les taux de complications sont d'environ 3 % (Hamoda et al., 2005).

Qui peut pratiquer l'avortement médicamenteux avant 13 semaines de gestation ?

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) émet des recommandations sur la prestation de services pour la réalisation d'un avortement médicamenteux avant 13 semaines de gestation, ce qui comprend l'évaluation de l'éligibilité à l'avortement médicamenteux (détermination de la durée de la grossesse et évaluation des contre-indications aux médicaments abortifs), l'administration des médicaments abortifs, la gestion du processus d'avortement et l'évaluation de la réussite de l'avortement (OMS, 2024). L'OMS indique que tous les cadres du personnel de santé (médecins spécialistes et médecins généralistes, cliniciens associés et cliniciens associés avancés, sages-femmes, infirmières, infirmières et sages-femmes auxiliaires, professionnels de la médecine traditionnelle et complémentaire, pharmaciens et préparateurs en pharmacie, et agents de santé communautaires) peuvent pratiquer l'avortement médicamenteux à l'aide de mifépristone et de misoprostol ou de misoprostol seul en toute sécurité et efficacité, sur la base de diverses données probantes et des compétences et connaissances attendues pour ces catégories de professionnels de santé (OMS, 2024). L'OMS recommande également que la femme enceinte puisse gérer elle-même le processus d'avortement médicamenteux de manière sûre et efficace, en totalité ou en partie, lorsqu'elle a accès à des informations précises, à des médicaments de qualité garantie, y compris pour la prise en charge de la douleur, au soutien d'agents de santé qualifiés et, en cas de nécessité, à un établissement de santé (OMS, 2024). Pour plus d'informations sur l'avortement médicamenteux autogéré, voir 3.5.2 : Recommandations pour un avortement avant 13 semaines : Auto prise en charge de l'avortement médicamenteux. Pour plus d'informations sur le rôle des professionnels de santé dans les soins liés à l'avortement, voir l'annexe C : *Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé sur le rôle des professionnels de santé dans les soins liés à l'avortement*.

Ressources

http ://www.ipas.org/ClinicalResources

Schémas de traitement pour l'avortement médicamenteux (Fiche de doses)

Roues d'aide à la datation gestationnelle pour l'utilisation de mifépristone/misoprostol

Vidéos sur les soins d'avortement—Ipas : *Avortement médicamenteux pour une grossesse précoce*

Bibliographie

Abbas, D., Chong, E., & Raymond, E. G. (2015). Outpatient medical abortion is safe and effective through 70 days gestation. *Contraception, 92*(3), 197-199.

Abubeker, F. A., Lavelanet, A., Rodriguez, M.I. & Kim, C. (2020). Medical termination for pregnancy in early first timester (≤63 days) using combination of mifepristone and misoprostol alone: a systematic review. *BMC Women's Health, 20*, 142.

Blum, J., Raghavan, S., Dabash, R., Ngoc, N. T., Chelli, H., Hajri, S., & Winikoff, B. (2012). Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118*, 166-171.

Boersma, A. A., Meyboom-de Jong, B., & Kleiverda, G. (2011). Mifepristone followed by home administration of buccal misoprostol for medical abortion up to 70 days of amenorrhea in a general practice in Curacao. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 16*(2), 61-66.

Bracken, H., Dabash, R., Tsertsvadze, G., Posohova, S., Shah, M., Hajri, S., ... Winikoff, B. (2014). A two-pill sublingual misoprostol outpatient regimen following mifepristone for medical abortion through 70 days' LMP: A prospective comparative open-label trial. *Contraception, 89*(3), 181-186.

Brandell, K., Jar-Allah, T., Reynolds-Wright, J., Kallner, H. K., Hognert, H., Gyllenberg, F., Kaislasuo, J., Tamang, A., Tuladhar, H., Boerma, C., Schimanski, K., Gibson, G., Løkeland, M., Teleman, P., Bixo, M., Kjaer, M. M., Kallfa, E., Bring, J., Heikinheimo, O., ... Gemzell-Danielsson, K. (2024). Randomized Trial of Very Early Medication Abortion. New England Journal of Medicine, 391(18), 1685–1695.

Brandell, K., Reynolds-Wright, J. J., Boerma, C., Gibson, G., Hognert, H., Tuladhar, H., Heikinheimo, O., Cameron, S., Gemzell-Danielsson, K., & Group, O. B. of the V. S. (2023). Medical Abortion before Confirmed Intrauterine Pregnancy: A Systematic Review. Seminars in Reproductive Medicine, 40, 258–263.

Chai, J., Wong, C. Y. G., & Ho, P. C. (2013). A randomized clinical trial comparing the short-term side effects of sublingual and buccal routes of misoprostol administration for medical abortions up to 63 days' gestation. *Contraception, 87*(4), 480-485.

Chen, M. J., & Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: *A systematic review. Obstetrics & Gynecology, 126*(1), 12-21.

Cleland, K., Creinin, M. D., Nucatola, D., Nshom, M., & Trussell, J. (2013). Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstetrics & Gynecology, 121*(1), 166-171.

Creinin, M. D., Schreiber, C. A., Bednarek, P., Lintu, H., Wagner, M. S., Meyn, L. A., & Medical abortion at the same time (MAST) study group. (2007). Mifepristone and misoprostol administered simultaneously versus 24 hours apart for abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 109*, 885-894.

Dzuba, I.G., Castillo, P.W., Bousieguez, M., Hernandez, E.M.L., Vivar, J.J.C., & Smith, P. S. (2020a). A repeat dose of misoprostol 800mcg following mifepristone for outpatient medical abortion at 64-70 and 71-77 days of gestation: A retrospective chart review. *Contraception 102*, 104-108.

Bibliographie

Dzuba, I.G., Chong, E., Hannum, C., Lichtenberg, S., Hernandez, E.M.L., Ngoc, N. ... & Winikoff, B. (2020b). A non-inferiority study of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion at 64-70 days and 71-77 days of gestation. *Contraception, 101*, 302-308.

Ferguson, I., & Scott, H. (2020). Systematic review of the effectiveness, safety, and acceptability of mifepristone and misoprostol for medical abortion in low-and middle-income countries. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 42*(12), 1532-1542.

Gatter, M., Cleland, K., & Nucatola, D. L. (2015). Efficacy and safety of medical abortion using mifepristone and buccal misoprostol through 63 days. *Contraception, 91*(4), 269-73.

Goel, A., Mittal, S., Taneja, B. K., Singal, N., & Attri, S. (2011) Simultaneous administration of mifepristone and misoprostol for early termination of pregnancy: *A randomized controlled trial. Archives of Gynecology and Obstetrics, 283*, 1409-13.

Goldstone, P., Walker, C., & Hawtin, K. (2017). Efficacy and safety of mifepristone-buccal misoprostol for early medical abortion in an Australian setting. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 57*, 366-371.

Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M., & Templeton, A. (2005). A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 112*, 1102-1108.

Kapp, N., Baldwin, M. K., & Rodriguez, M. I. (2018). Efficacy of medical abortion prior to 6 gestational weeks: A systematic review. *Contraception*, DOI: 10.1016/j.contraception.2017.09.006.

Kapp, N., Eckersberger, E., Lavelanet, A., & Rodriguez, M. I. (2019). Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception, 99*(2), 77-86.

Liu, N., & Ray, J. G. (2023). Short-Term Adverse Outcomes After Mifepristone–Misoprostol Versus Procedural Induced Abortion. *Annals of Internal Medicine, 176*(2), 145–153.

Lohr, P. A., Starling, J. E., Scott, J. G., & Aiken, A. R. A. (2018). Simultaneous compared with interval medical abortion regimens where home use is restricted. *Obstetrics & Gynecology, 131*(4), 635-641.

Lokeland, M., Iverson, O. E., Dahle, G. S., Nappen, M. H., Ertzeid, L., & Bjorge, L. (2010). Medical abortion at 63 to 90 days of gestation. *Obstetrics & Gynecology, 115*(2), 962-968.

Meaidi, A., Friedrich, S., Gerds, T. A, & Lidegaard, O. (2019). Risk factors for surgical intervention of early medical abortion. A*merican Journal of Obstetrics and Gynecology, 220*, 478.e1-478.e15.

Middleton, T., Schaff, E., Fielding, S. L., Scahill, M., Shannon, C., Westheimer, E., & Winikoff, B. (2005). Randomized trial of mifepristone and buccal or vaginal misoprostol for abortion through 56 days of last menstrual period. *Contraception, 72*(5), 328-332.

Ngoc, N. T., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N. T., Dabash, R., Diop, A., & Winikoff, B. (2011). Comparing two early medical abortion regimens: Mifepristone + misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception, 83*, 410-417.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed.* Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Pena, M., Dzuba, I. G., Smith, P. S., Mendoza, L. J., Bousieguez, M., Martinez, M. L., ... Winikoff, B. (2014). Efficacy and acceptability of a mifepristone-misoprostol combined régimen for early induced abortion among women in Mexico City. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 127*(1), 82-85.

Raghavan, S., Tesereteli, T., Kamilov, A., Kurbanbekova, D., Yusupov, D., Kasimova, F., ... Winikoff, B. (2013). Acceptability and feasibility of the use of 400mcg of sublingual misoprostol after mifepristone for medical abortion up to 63 days since the last menstrual period: Evidence from Uzbekistan. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 18*(2), 104-111.

Raymond, E., Harrison, M, & Weaver, M. (2019). Efficacy of misoprostol alone for first-trimester medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 133*, 137-147.

Raymond, E. G., Shannon, C., Weaver, M. A., & Winikoff, B. (2012). First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: *A systematic review. Contraception, 87*(1), 26-37.

Bibliographie

Sanhueza Smith, P., Pena, M., Dzuba, I. G., Garcia Martinez, M. L., Aranqure Peraza, A. G., Bousiequez, M., ... Winikoff, B. (2015). Safety, efficacy and acceptability of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion through 70 days since last menstrual period in public sector facilities in Mexico City. *Reproductive Health Matters, 22*(44 Suppl 1), 75-82.

Schmidt-Hansen, M, Lord, J., Hasler, E., & Cameron, S. (2020). Simultaneous compared to interval administration of mifepristone and misoprostol for medical abortion up to 10 weeks' gestation: A systematic review with meta-analyses. *BMJ Sexual and Reproductive Health, 46*(4), 270-278.

Tang, O.S., Chan, C.C.W., Ng, E., Lee, S.W.H. et Ho, P.C. (2003). A prospective, randomized, placebo-controlled trial on the use of mifepristone with sublingual or vaginal misoprostol for medical abortions of less than 9 weeks gestation. *Human Reproduction, 18*(11), 2315-2318.

Teong, A.C.A., Wong, T.T.C., Soe, N.N., Lau, H.C.Q., Ang, C.Y.X., Loy, S.L., ... Seet, M.J. (2026). The use of letrozole or mifepristone for pre-treatment of medical temrination of pregnancy: A randomized, non-inferiority trial. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 00*, 1-9.

Verma, M.L., Singh, U., Singh, N., Sankhwar, P.L., et Qureshi, S. (2017). Efficacy of concurrent administration of mifepristone and misoprostol for termination of pregnancy. *Human Fertility, 20*(1), 43-47.

von Hertzen, H., Huong, N. T., Piaggio, G., Bayalag, M., Cabezas, E., Fang, A. H., & Peregoudov, A. (2010). Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: A randomised controlled noninferiority trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 117*(10), 1186-1196.

Winikoff, B., Dzuba, I. G., Chong, E., Goldberg, A. B., Lichtenberg, E. S., Ball, C., ... Swica, Y. (2012). Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstetrics & Gynecology, 120*(5), 1070-1076.

Young, D., Fitzgerald, K., Laursen, L., & Whitaker, A. K. (2022). Comparison of vaginal and buccal misoprostol after mifepristone for medication abortion through 70 days of gestation: A retrospective chart review. *Contraception, 115*, 62–66.

Zhang, J., Zhou, K., Shan, D., & Luo, X. (2022). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*(5), CD002855.

3.5

3. Avortement avant 13 semaines de gestation

Avortement médicamenteux

3.5.4. Misoprostol seul : schéma de traitement recommandé

Recommandation :

- Misoprostol 800 µg par voie buccale, sublinguale ou vaginale toutes les trois heures jusqu'à l'expulsion.
- Un traitement à base de misoprostol seul présente des taux de réussite de 84 à 93 %, avec des taux de poursuite de la grossesse de 3 à 10 % et des taux de complications de 1 à 4 %.

En pratique :

- Un traitement combinant mifépristone et misoprostol est plus efficace que le misoprostol utilisé seul et est recommandé pour les avortements médicamenteux avant 13 semaines ; lorsque la mifépristone n'est pas disponible, le traitement à base de misoprostol seul peut être utilisé.
- Des doses supplémentaires de misoprostol peuvent être utilisées si les saignements, les crampes ou l'expulsion de la grossesse n'ont pas eu lieu et si au moins 3 heures se sont écoulées depuis la dose précédente de misoprostol.
- Les personnes qui subissent un avortement médicamenteux au misoprostol en dehors d'un établissement de santé doivent recevoir, en fonction de leur cas, 3 à 4 doses de misoprostol. Une dose supplémentaire de misoprostol, ainsi que des informations décrivant à partir de quel moment utiliser des doses supplémentaires, doivent être fournies pour être utilisées en cas de besoin.

Poids de la recommandation :

Forte

Qualité des éléments factuels :

- Jusqu'à 9 semaines de gestation : modérée
- De 9 à 13 semaines de gestation : faible

Dernière révision :

9 octobre 2025

Contexte

L'avortement médicamenteux est défini comme un avortement complet ne nécessitant aucune autre intervention. Un traitement combiné de mifépristone et de misoprostol est recommandé pour l'avortement médicamenteux, car il est plus efficace que le misoprostol seul (Abubeker et al., 2020 ; Blum et al., 2012 ; Kapp et al., 2019 ; Kulier at al., 2011 ; Ngoc et al., 2011 ; Raymond, Harrison et Weaver, 2019 ; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2022). Lorsque la mifépristone n'est pas disponible, le schéma à base de misoprostol seul peut être utilisé.

Schéma de traitement pour l'avortement à l'aide de misoprostol seul

Une étude systématique de 2023 a évalué l'efficacité du misoprostol seul en analysant 49 études dans lesquelles au moins un groupe de personnes a reçu du misoprostol seul pour provoquer un avortement jusqu'à 91 jours de gestation (Raymond, Weaver et Shochet, 2023). Les schémas à base de misoprostol différaient d'une étude à l'autre. L'analyse, qui a porté sur 16 354 femmes pour lesquelles des données sont disponibles sur l'issue de l'avortement, a révélé un taux global de réussite de l'avortement de 85 % et un taux de poursuite de la grossesse de 6 %. Lorsque l'analyse a été limitée aux participantes ayant reçu au moins trois doses de misoprostol par voie non orale, le taux d'échec s'élevait à 11 % et le taux de gestations menées à terme à 5 %. Un très petit nombre de participantes (0,2 %) ont dû être hospitalisées, le plus souvent pour une transfusion. Le plus grand essai randomisé utilisant le schéma recommandé de misoprostol seul, à savoir 3 doses de 800 µg de misoprostol par voie vaginale ou sublinguale, a inclus 2 046 personnes dont la gestation était inférieure ou égale à sept semaines (von Hertzen et al., 2007). Le taux de réussite de l'avortement par misoprostol seul était de 84 %. Une étude plus récente a randomisé 390 personnes enceintes de 10 semaines au maximum pour recevoir 3 doses de misoprostol 800µg par voie buccale ou sublinguale, avec l'option d'une dose supplémentaire de misoprostol si l'avortement n'était pas complet au moment du suivi (Sheldon et al., 2019). Lors du suivi initial, le taux de poursuite de la grossesse pour les deux groupes combinés était de 3 %, et le taux de réussite de l'avortement était de 86 %. Après avoir proposé une dose supplémentaire de misoprostol à toutes les personnes dont l'avortement n'avait pas été complet, les taux de réussite sont passés à 93 %. Des études plus modestes utilisant des schémas similaires ont rapporté des taux de réussite de 92 % pour des gestations allant jusqu'à 8 semaines (Fekih, 2010), de 89 à 91 % pour des gestations allant jusqu'à 9 semaines (Salakos et al., 2005 ; Velazco et al., 2000), et de 84 à 87 % pour des gestations allant de 9 à 13 semaines (Carbonell et al., Varela, Velazco, Tanda et Sanchez, 1999 ; Carbonell Esteve et al., 1998, Carbonell et al., 2001). Dans les études qui ont utilisé le schéma recommandé de misoprostol seul ou des schémas similaires, le taux d'aspiration utérine ultérieure, quelle qu'en soit la raison, varie de 7 à 17 %, avec des taux de poursuite de la grossesse de 3 à 10 % (Carbonell et al., 1999 ; Carbonell et al., 2001 ; Sheldon et al., 2019 ; Velazco et al., 2000 ; von Hertzen et al., 2007).

Les études portant sur les stratégies visant à favoriser un avortement sûr et efficace en dehors du cadre clinique, comme celles qui explorent l'accompagnement de l'avortement ou la distribution communautaire de misoprostol pour l'auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux, font état de taux de réussite de l'avortement par misoprostol seul, supérieurs à ceux des soins en établissement de soins (Moseson et al., 2020b). Dans l'étude SAFE, qui documente l'efficacité de l'auto-prise en charge de l'avortement avec accompagnement, 98 % des utilisatrices de misoprostol seul ont fait état d'un avortement réussi sans intervention chirurgicale (Jayaweera et al., 2023a ; Jayaweera et al., 2023b ; Moseson et al., 2022). Deux études ont documenté la sécurité et l'efficacité de l'avortement autogéré au misoprostol seul, accessible par le biais d'une distribution communautaire jusqu'à 9 ou 10 semaines de gestation ; les taux de réussite de l'avortement étaient de 94 à 96 %, sans aucun événement indésirable grave enregistré (Foster, Arnott et Hobstetter, 2017 ;Foster et al., 2022). Une étude de cohorte prospective menée au Nigéria a évalué les taux de réussite chez des femmes enceintes qui avaient acheté du misoprostol auprès de vendeurs de médicaments pour gérer elles-mêmes leur avortement médicamenteux (Stillman et al., 2020). Bien que les personnes n'aient pas reçu d'informations suffisantes sur les médicaments, sur ce à quoi elles devaient s'attendre ou sur quand et où elles pouvaient obtenir des soins supplémentaires, 94 % des personnes de cet échantillon ont déclaré avoir subi un avortement complet sans intervention chirurgicale. Une seule personne de l'échantillon a eu besoin d'une transfusion sanguine.

L'unique étude multicentrique randomisée et contrôlée ayant comparé différents intervalles d'administration dans le cas d'un avortement par le misoprostol seul a montré que le taux d'avortements complets est équivalent, que le misoprostol soit administré par voie vaginale toutes les 3 à 12 heures ou par voie sublinguale toutes les trois heures avec un total de trois doses. L'administration sublinguale est associée à une incidence d'effets indésirables plus élevée que l'administration vaginale (von Hertzen et al., 2007). Des analyses systématiques menées entre 2022 et 2023 ont constaté, en résumant les données relatives à l'efficacité de misoprostol seul pour un avortement médicamenteux, que les voies d'administration vaginale, buccale et sublinguale aboutis-

saient à des taux d'intervention chirurgicale similaires, tandis que l'administration par voie orale en engendrait significativement davantage (Raymond, Weaver et Shochet, 2023 ; Zhang et al., 2022). Une étude ayant randomisé des femmes jusqu'à 10 semaines de gestation pour recevoir du misoprostol par voie buccale ou sublinguale (800 µg toutes les trois heures avec un maximum de trois doses) a montré que l'administration sublinguale menait à significativement moins de cas de poursuite de la grossesse, 1,1 % contre 5,5 % (Sheldon et al., 2019). Les personnes du groupe sublinguale ont présenté davantage de fièvre et de frissons que celles du groupe buccale.

En général, les taux de réussite les plus élevés avec les schémas de misoprostol seul sont associés à un âge gestationnel inférieur à 7 semaines (von Hertzen et al., 2007 ; Zikopoulos et al., 2002), à un nombre plus élevé de doses répétées de misoprostol (Carbonell et al., 1999 ; Jain et al., Dutton, Harwood, Meckstroth, et Mishell, 2002 ; Kapp et al, 2018), des doses initiales plus élevées de misoprostol (Raymond et al., 2019), des voies non orales d'administration du misoprostol (Kapp et al., 2018 ; Raymond, Weaver et Shochet, 2023 ; Zhang et al., 2022), et un délai plus long avant le suivi du prestataire pour confirmer la réussite de l'avortement (Bugalho et al., Mocumbi, Faundes et David, 2000 ; Sheldon et al., 2019). Toutefois, la satisfaction individuelle des personnes concernées diminue au fur et à mesure que le processus d'avortement se prolonge (Ngai et al., Tang, Chan et Ho, 2000).

L'association de létrozole

Un essai contrôlé randomisé de haute qualité a évalué si l'association de létrozole—un inhibiteur de l'aromatase de troisième génération qui diminue les niveaux d'œstrogènes et conduit à la perte de la grossesse—à un traitement à base de misoprostol seul améliore le succès de l'avortement médical jusqu'à 9 semaines de gestation (Lee et al., 2011a). Cent soixante-huit personnes ont été randomisées entre un traitement de trois jours au létrozole (10 mg par voie buccale chaque jour, suivi d'une dose unique de misoprostol par voie vaginale le troisième jour) et un placebo, suivi de misoprostol. L'avortement complet était plus probable dans le groupe létrozole (87 %) que dans le groupe placebo (73 %, p=0,021) ; il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les deux groupes en ce qui concerne la poursuite des grossesses (8 % contre 11 %, p=0,6). Une étude pilote antérieure, menée auprès de 20 personnes dont la gestation allait jusqu'à 9 semaines, a examiné un schéma à deux doses de létrozole (10 mg par voie orale pendant deux jours, suivis d'une dose unique de 800 µg de misoprostol administrée par voie vaginale le troisième jour), avec un taux de réussite plus faible de 80 % (Lee et al., 2011b). Une étude pilote ultérieure, portant sur 20 personnes dont la gestation allait jusqu'à 9 semaines, a révélé un taux d'avortement plus élevé (95 %), comparable à celui observé avec le traitement à base de mifépristone et de misoprostol, lorsqu'une cure de sept jours de 10 mg de létrozole était administrée avant une dose unique de 800 µg de misoprostol par voie vaginale au jour 7 (Yeung et al., 2021).

Un essai contrôlé randomisé a examiné l'association de létrozole au misoprostol par rapport au placebo et au misoprostol chez 46 personnes ayant un âge gestationnel moyen de 11 à 13 semaines (Javanmanesh, Kashanian et Mirpangi, 2018). Le groupe létrozole, qui a pris 10mg de létrozole par jour pendant trois jours, suivi de doses répétées de misoprostol sublingual, a eu un taux de réussite de 78 %, contre 13 % dans le groupe placebo (p=0,0001), sans différence au niveau des effets secondaires et sans aucune complication rapportée. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence compte tenu de la très faible qualité de l'étude, de la taille réduite de l'échantillon, de la différence d'âge gestationnel moyen entre les deux groupes (11,2 ± 4 semaines dans le groupe létrozole contre 13,2 ± 3 semaines dans le groupe placebo) et du taux de réussite nettement faible rapporté pour le groupe placebo, qui ne correspond pas aux taux de réussite rapportés par d'autres études avec des schémas de traitement à base de misoprostol seul. Deux autres essais randomisés, menés chez des personnes participantes dont la gestation était supérieure à 13 semaines, ont comparé le létrozole et le misoprostol au placebo et au misoprostol (Lee et al., 2011b ; Naghshineh, Allame et Farhat, 2015). Naghsineh, Allame et Farhat (2015) comprenant 121 personnes participantes avec un âge gestationnel moyen de 13 semaines, et ont constaté un taux de réussite significativement plus élevé dans le groupe ayant pris du létrozole (10 mg par jour pendant trois jours avant le misoprostol sublingual) -77 %-par rapport au placebo (43 %, p<0,0001). Lee et al. (2011b) ont utilisé une dose plus faible de létrozole (7,5 mg) et n'ont trouvé aucune

différence dans les taux d'avortements complets dans un échantillon de 130 personnes participantes dont l'âge gestationnel moyen était de 15 semaines. Dans ces deux études, les effets secondaires étaient comparables entre les deux groupes et aucune complication n'a été rapportée. Deux analyses systématiques examinant le létrozole et le misoprostol, comparés au placebo et au misoprostol—toutes deux comprenant des études sur l'avortement du deuxième trimestre et l'une d'entre elles comprenant une étude utilisant le létrozole comme traitement de l'avortement manqué—ont abouti à des conclusions contradictoires. Zhou et al. (2021), sur la base de 4 essais contrôlés randomisés hétérogènes incluant un total de 497 personnes, ont constaté que l'avortement complet était plus probable avec l'association de létrozole (risque relatif [RR] : 1,38, avec un intervalle de confiance [IC] de 95 % : 1,07, 1,78). Nash et al. (2018), sur la base de 3 essais contrôlés randomisés incluant 503 personnes, n'ont pas trouvé de différence statistiquement significative dans la réussite de l'avortement entre le létrozole et le misoprostol (74 %), ou entre le placebo et le misoprostol (56 %, RR : 1,24, IC de 95 % : 0,92, 1,66).

Malgré le peu de preuves disponibles pour étayer son utilisation, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a suggéré que le létrozole (10 mg par voie orale chaque jour pendant trois jours), suivi du misoprostol, peut être utilisé pour l'avortement médical avant 12 semaines de gestation dans les contextes où la mifépristone n'est pas disponible (OMS, 2024).

Jeunes personnes

La sécurité et l'efficacité de l'avortement à l'aide de misoprostol seul ont été démontrées chez des personnes adolescentes enceintes jusqu'à 9 semaines de gestation (Velazco et al., 2000) et entre 9 et 12 semaines (Carbonell et al., 2001). Les taux de réussite de l'avortement à l'aide de misoprostol seul chez des jeunes personnes sont similaires à ceux observés dans les études portant sur des personnes plus âgées.

Qui peut pratiquer un avortement médicamenteux avant la 13e semaine de gestation ?

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) formule des recommandations relatives à la prestation de services pour la pratique d'un avortement médicamenteux avant la 13e semaine de gestation. Ces recommandations portent notamment sur l'évaluation de l'éligibilité à l'avortement médicamenteux (détermination de la durée de la grossesse et évaluation des contre-indications aux médicaments abortifs), l'administration des médicaments abortifs, la prise en charge du processus d'avortement et l'évaluation de la réussite de l'avortement (OMS, 2024). L'OMS recommande que tous les types de professionnels de santé (médecins spécialistes et généralistes, cliniciens associés et cliniciens associés avancés, sages-femmes, infirmiers, aides-soignants et aides-soignants sages-femmes, praticiens de médecine traditionnelle et complémentaire, pharmaciens et personnel de pharmacie, ainsi que les agents de santé communautaires) puissent pratiquer de manière sûre et efficace l'avortement médicamenteux à base de mifépristone et de misoprostol ou de misoprostol seul, sur la base de diverses données probantes et des compétences et connaissances attendues pour ce type de professionnel de santé (OMS, 2024). L'OMS recommande également que la personne enceinte puisse gérer de manière sûre et efficace, en tout ou en partie, le processus d'avortement médicamenteux lorsqu'elle a accès à des informations précises, à des médicaments de qualité garantie, y compris pour la prise en charge de la douleur, au soutien de professionnels de santé formés, et à un établissement de santé si nécessaire (OMS, 2024). Pour plus d'informations sur l'avortement médicamenteux autogéré, voir 3.5.2 : *Recommandations pour l'avortement avant 13 semaines : avortement médicamenteux autogéré*. Pour plus d'informations sur les rôles des professionnels de santé dans les soins liés à l'avortement, voir Annexe C : *Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant les rôles des professionnels de santé dans les soins liés à l'avortement*.

Ressources
http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocoles pour l'avortement médical (Fiche de dosages)

Roues d'aide à la datation gestationnelle—misoprostol seul

Vidéos sur les soins d'avortement—Ipas : *Avortement médicamenteux dans les cas de grossesses précoces*

Bibliographie

Abubeker, F. A., Lavelanet, A., Rodriguez, M.I. & Kim, C. (2020). Medical termination for pregnancy in early first timester (≤63 days) using combination of mifepristone and misoprostol alone: a systematic review. *BMC Women's Health, 20*, 142.

Blum, J., Raghavan, S., Dabash, R., Ngoc, N. T., Chelli, H., Hajri, S., & Winikoff, B. (2012). Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118*, 166-171.

Bugalho, A., Mocumbi, S., Faundes, A., & David, E. (2000). Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 microg of vaginal misoprostol. *Contraception, 61*(1), 47-50.

Carbonell Esteve, J. L., Varela, L., Velazco, A., Cabezas, E., Tanda, R., & Sanchez, C. (1998). Vaginal misoprostol for late first trimester abortion. *Contraception, 57*(5), 329-333.

Carbonell, J. L., Varela, L., Velazco, A., Tanda, R., & Sanchez, C. (1999). Vaginal misoprostol for abortion at 10-13 weeks' gestation. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 4*(1), 35-40.

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

Fekih, M., Fathallah, K., Regaya, L. B., Bouguizane, S., Chaieb, A., Bibi, M., & Khairi, H. (2010). Sublingual misoprostol for first trimester termination of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 109*, 67-70.

Foster, A.M., Arnott, G., & Hobstetter, M. (2017). Community-based distribution of misoprostol for early abortion: Evaluation of a program along the Thailand-Burma border. *Contraception, 96*, 242-247.

Foster, A.M., Messier, K., Aslam, M., & Shabir, N. (2022). Community-based distribution of misoprostol for early abortion: Outcomes from a program in Sindh, Pakistan. Contraception, 109, 49-51.

Ganguly, R. P., Saha, S. P., Mukhopadhyay, S., Bhattacharjee, N., Bhattacharyya, S. K., & Patra, K. K. (2010). A comparative study on sublingual versus oral and vaginal administration of misoprostol for later first and early second trimester abortion. *Journal of the Indian Medical Association, 108*(5), 283-286.

Grapsas, X., Liberis, V., Vassaras, G., Tsikouras, P., Vlachos, G., & Galazios, G. (2008). Misoprostol and first trimester pregnancy termination. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology, 35*(1), 32-34.

Jain, J. K., Dutton, C., Harwood, B., Meckstroth, K. R., & Mishell, D. (2002). A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of pregnancy. *Human Reproduction, 17*(6), 1477-1482.

Javanmanesh, F., Kashanian, M., Mirpangi, S. (2018). Comparison of using misoprostol with or without letrozole in abortion induction: A placebo-controlled clinical trial. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research, 3*(2), 49-52.

Bibliographie

Jayaweera, R. T., Bradshaw, P. T., Gerdts, C., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Ahern, J., & Moseson, H. (2023a). Accounting for misclassification and selection bias in estimating effectiveness of self-managed medication abortion. *Epidemiology, 34*(1), 140.

Jayaweera, R., Egwuatu, I., Nmezi, S., Kristianingrum, I. A., Zurbriggen, R., Grosso, B., Bercu, C., Gerdts, C., & Moseson, H. (2023b). Medication abortion safety and effectiveness with misoprostol alone. *JAMA Network Open, 6*(10), e2340042.

Kapp, N., Eckersberger, E., Lavelanet, A., & Rodriguez, M. I. (2019). Medical abortion in the late first trimester : a systematic review. *Contraception, 99*(2), 77-86.

Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., & Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*, Art No. : CD002855. DOI : 10.1002/14651858.CD002855.pub4.

Lee, V.C.Y., Ng, E.H.Y., Yeung, W.S.B., & Ho, P.C. (2011a). Misoprostol with or without letrozole pretreatment for termination of pregnancy : A randomized controlled trial. Obstetrics & Gynecology, 117(2Pt1), 317-323.Lee. V.C.Y., Tang, O.S, Ng, E.H.Y., Yeung, W.S.B., & Ho, P.C. (2011b). A pilot study on the use of letrozole with either misoprostol or mifepristone for termination of pregnancy up to 63 days. *Contraception, 83*(1), 62-67.

Lee, V.C.Y., Tang, O.S., Ng, E.H.Y., Yeung, W.S.B., & Ho, P.C. (2011c). A prospective double-blinded, randomized, placebo-controlled trial on the use of letrozole pretreatment with misoprostol for second-trimester medical abortion. *Contraception, 84*, 628-633.

Moseson, H., Herold, S., Filippa, S., Barr-Walker, J., Baum, S.E., & Gerdts, C. (2020a). Self-managed abortion : A systematic scoping review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 63*, 87-110.

Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I.A., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Motana, R., Bercu, C., Carbone, S., & Gerdts, C. (2022). Effectiveness of self-managed medication abortion with accompaniment support in Argentina and Nigeria (SAFE) : A prospective, observational cohort study and non-inferiority analysis with historical controls. *Lancet Global Health, 10*(1), e105-e113.

Naghshineh, E., Allame, Z., & Farhat, F. (2015). The effectiveness of using misoprostol with and without letrozole for successful medical abortion : A randomized placebo-controlled clinical trial. *Journal of Research in Medical Sciences, 20*(6), 585-589.

Ngai, S. W., Tang, O. S., Chan, Y. M., & Ho, P. C. (2000). Vaginal misoprostol alone for medical abortion up to 9 weeks of gestation : Efficacy and acceptability. *Human Reproduction, 15*(5), 1159-1162.

Ngoc, N. T., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N. T., Dabash, R., Diop, A., & Winikoff, B. (2011). Comparing two early medical abortion regimens : Mifepristone + misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception, 83*, 410-417.

Organisation mondiale de la Santé (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Raymond, E., Harrison, M, & Weaver, M. (2019). Efficacy of misoprostol alone for first-trimester medical abortion : A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 133*, 137-147.

Raymond, E. G., Weaver, M. A., & Shochet, T. (2023). Effectiveness and safety of misoprostol-only for first-trimester medication abortion : An updated systematic review and meta-analysis. *Contraception, 127*.

Salakos, N., Kountouris, A., Botsis, D., Rizos, D., Gregoriou, O., Detsis, G., & Creatsas, G. (2005). First-trimester pregnancy termination with 800mcg of vaginal misoprostol every 12 h. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 10*(4), 249-254.

Sheldon, W. R., Durocher, J., Dzuba, I. G. , Sayette, H., Martin, R., Velasco, M. C., & Winikoff, B. (2019). Early abortion with buccal versus sublingual misoprostol alone: A multicenter, randomized trial. *Contraception, 99*(5), 272-277.

Stillman, M., Owolabi, A., Fatusi, A.O., Akinyemi, A.I., Berry, A.L., Erinfolami, T.P., Olagunju, O.S., Vaisanen, H., & Bankole, A. (2020). Women's self-reported experiences using misoprostol obtained from drug sellers : A prospective cohort study in Lagos state, Nigeria. *BMJ Open*, 10 :e034670. Doi :10.1136/bmjopen-2019-034670.

Tang O. S., Miao, B. Y., Lee, S. W. H., & Ho, P. C. (2002). Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation : Efficacy and acceptability. *Human Reproduction, 17*(3), 654-658.

Bibliographie

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

Van Bogaert, L. J., & Misra, A. (2010). Anthropometric characteristics and success rates of oral or vaginal misoprostol for pregnancy termination in the first and second trimesters. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 109*(3), 213-215.

Von Hertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M., & Peregoudov, A. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy : A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet, 369*(9577), 1938-1946.

von Hertzen, H., Piaggio, G., Wojdyla, D., Nguyen, T. M., Marions, L., Okoev, G., & Peregoudov, A. (2009). Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion : Randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction, 24*(1), 106-112.

Yeung, T.W.Y., Lee, V.C.Y., Ng, E.H.Y., & Ho, P.C. (2012). A pilot study on the use of a 7-day course of letrozole followed by misoprostol for the termination of early pregnancy up to 63 days. *Contraception, 86*(6), 763-769.

Zhang, J., Zhou, K., Shan, D., & Luo, X. (2022). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*(5), CD002855.

Zikopoulos, K. A., Papanikolaou, E. G., Kalantaridou, S. N., Tsanadis, G. D., Plachouras, N. I., Dalkalitsis, N. A., & Paraskevaidis, E. A. (2002). Early pregnancy termination with vaginal misoprostol before and after 42 days gestation. *Human Reproduction, 17*(12), 3079-3083.

3.5

3. Avortement avant 13 semaines de gestation

Avortement médicamenteux

3.5.5. Utilisation à domicile des médicaments jusqu'à 12 semaines de gestation

Recommandation :

- La mifépristone peut être administrée dans un centre de soins ou prise à domicile.
- On peut proposer l'utilisation à domicile du misoprostol après la mifépristone ou dans le cadre d'un schéma de traitement utilisant le misoprostol seul jusqu'à 12 semaines de gestation.
- Au-delà de 12 semaines de gestation, le misoprostol doit être administré dans un centre de soins.

Poids de la recommandation :

Important

Qualité des éléments factuels :

- Jusqu'à 70 jours de gestation : élevée
- Au-delà de 70 jours de gestation : très faible

Dernière révision :

9 octobre 2025

Une revue Cochrane publiée en 2025 a évalué la sécurité et l'efficacité de la télémédecine dans le cadre de l'avortement médicamenteux, où la mifépristone et le misoprostol étaient utilisés à domicile jusqu'à 12 semaines de gestation. Cette revue portait sur six études contrôlées randomisées et 16 études non randomisées, portant sur un total de 131 278 personnes (Cleeve et al., 2025). Cette revue a conclu que l'avortement médicamenteux pratiqué par télémédecine était aussi sûr et efficace que l'avortement pratiqué en présentiel, bien que les données au-delà de 9 semaines de gestation soient limitées. De nombreuses études ont documenté la sécurité et l'efficacité de la mifépristone et du misoprostol utilisés à domicile pour l'autogestion de l'avortement ; voir *3.5.1 : Avortement avant 13 semaines : autogestion de l'avortement médicamenteux* pour un résumé de ces données.

Schémas utilisant la mifépristone et le misoprostol

Utilisation à domicile de la mifépristone

Une revue systématique publiée en 2024 a évalué la sécurité et l'efficacité de la mifépristone prise à domicile dans le cadre d'un traitement combiné d'interruption médicamenteuse de gestation jusqu'à 10 semaines de gestation (Gemzell-Danielsson et al., 2024). Cette revue a porté sur 6 études et les données de 54 233 personnes souhaitant avorter, et n'a révélé aucune différence en termes de sécurité ou d'efficacité entre la prise de mifépristone à domicile et celle effectuée en établissement de soins.

Utilisation à domicile du misoprostol jusqu'à 70 jours de gestation Deux analyses systématiques ont confirmé la sécurité et l'efficacité du misoprostol pris à domicile dans le cadre d'un schéma mifépristone-misoprostol jusqu'à 9 (Gambir et al., 2020) et 10 semaines de gestation (Schmidt-Hansen et al., 2020). Dans Gambir et al. (2020), l'examen de 19 études de cohortes prospectives—trois essais contrôlés randomisés et 16 essais

comparatifs non randomisés portant sur 11 576 personnes jusqu'à 63 jours gestation—comparatives portant sur 4 522 femmes jusqu'à 56 jours de gestation a montré que le taux d'avortements complets et l'incidence d'événements indésirables étaient identiques pour l'utilisation du misoprostol à domicile et en centre de soins. Les personnes ont jugé l'utilisation à domicile aussi acceptable que l'utilisation en centre de soins. Schmidt-Hansen et al. (2020) ont comparé la sécurité et l'efficacité du misoprostol à domicile pour les avortements jusqu'à 9 semaines de gestation à celles des avortements au-delà de 9 semaines, rapportées dans 6 études de cohortes prospectives et rétrospectives incluant 3 381 personnes. L'étude n'a révélé aucune différence en termes de taux d'avortements complets ou d'événements indésirables, confirmant la sécurité et l'efficacité de l'utilisation à domicile du misoprostol jusqu'à 10 semaines de gestation.

Depuis ces études, un certain nombre d'études de cohortes prospectives et rétrospectives ont été réalisées qui se sont intéressées à la sécurité et à l'efficacité de la télémédecine pour dispenser des services d'avortement médicamenteux. Dans l'étude prospective la plus importante, réalisée au Royaume-Uni, 52 142 personnes qui ont utilisé le misoprostol à domicile à des fins d'avortement jusqu'à 70 jours de gestation il a été rapporté que le taux d'avortements complets était supérieur à 98 % et le taux de complications graves inférieur à 1 % (Aiken et al. 2022). Plusieurs études de cohortes prospectives et rétrospectives de moindre envergure qui ont évalué la sécurité et l'efficacité de l'avortement par télémédecine avec utilisation du misoprostol à domicile aboutissent à des résultats similaires (Chong et al., 2021 ; Pena et al., 2022 ; Reynolds-Wright et al., 2021 ; Upadhyay, Koenig et Meckstroth, 2021 ; Upadhyay et al., 2022). Le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2019) et l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2020) recommandent de proposer l'utilisation à domicile du misoprostol jusqu'à 70 jours de gestation.

Utilisation à domicile du misoprostol entre 10 et 13 semaines

Les données relatives à l'utilisation à domicile du misoprostol entre la 10e et la 13e semaines de gestation sont plus limitées. Une étude de non-infériorité a comparé l'efficacité d'un schéma d'avortement médicamenteux utilisant une prise de mifépristone suivie d'une dose unique de misoprostol prise à domicile chez des femmes entre 64 et 70 jours et entre 71 et 77 jours de gestation (Dzuba et al., 2020). Les chercheurs ont constaté un taux de réussite de 92 % pour le groupe d'âge gestationnel plus précoce et de 87 % pour le groupe d'âge gestationnel plus avancé et significativement davantage de cas de poursuite de la grossesse parmi ce dernier groupe (9 % contre 4 %), ce qui tend à suggérer que des doses supplémentaires de misoprostol sont nécessaires pour les gestations de plus de 70 jours. Une étude de cohorte rétrospective ultérieure a comparé les taux de réussite lorsque deux doses de 800 µg de misoprostol étaient prises à domicile, à quatre heures d'intervalle, pour des grossesses de 64 à 70 jours et de 71 à 77 jours (Dzuba et al., 2020a). Bien qu'un taux élevé de perte en termes de suivi (25 %) limite les conclusions qui peuvent être tirées, les chercheurs ont constaté des taux de réussite de l'avortement supérieurs à 99 % et 98 %, respectivement. Une petite étude de cohorte rétrospective a comparé la sécurité et l'efficacité de l'utilisation à domicile du misoprostol pour l'avortement médicamenteux à l'âge gestationnel de 57 à 63 jours à l'utilisation à domicile de 64 à 76 jours, où les paraticipantes à l'étude se sont auto-administrées une dose unique de misoprostol 800 µg par voie vaginale, suivie d'un maximum de quatre doses supplémentaires de 400 µg si les saignements ne se produisaient pas (Larsson et Ronnberg, 2019). Les taux de réussite étaient de 96 % et 94 %, sans différence en termes d'avortement incomplet, de saignements excessifs ou d'intervention chirurgicale. Une autre étude de cohorte rétrospective dans laquelle les participantes se sont auto-administrées deux doses de misoprostol 800 µg à domicile pour des avortements médicamenteux jusqu'à 77 jours a révélé un taux de réussite similaire (à savoir de 96 %) (Kerestes et al., 2021). Une étude de cohorte prospective menée en Écosse sur la sécurité et l'efficacité de la télémédecine pour les avortements médicamenteux à base de mifépristone et de misoprostol pendant la pandémie de COVID-19 a inclus des personnes enceintes de 12 semaines au maximum (Reynolds-Wright et al., 2021). Sur les 663 personnes incluses dans l'étude, seules 21 (3 %) étaient enceintes de 10 à 12 semaines. Pratiquement toutes les personnes concernées (98 %) ont rapporté un avortement complet à l'issue du traitement ; seuls neuf échecs d'avortement ont été rapportés (1,4 %), dont un seul survenu au-delà de 10 semaines de gestation. Une étude de cohorte prospective évaluant la sécurité et l'efficacité de l'accompagnement à l'avortement en tant que modèle d'autogestion de l'avortement en Argentine, au Nigeria et en Asie du Sud-Est—l'étude SAFE—a

porté sur 119 participantes présentant une grossesse de 9 à 12 semaines qui ont pris du misoprostol à domicile dans le cadre d'un traitement médicamenteux combiné ; 87 % d'entre elles ont mené leur avortement à bien sans autre intervention (Moseson et al., 2023). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande que si les personnes enceintes ont accès à une source d'information fiable et à un prestataire de soins, elles peuvent prendre elles-mêmes en charge les trois étapes de la procédure de l'avortement médicamenteux—auto-évaluation de l'éligibilité, auto-administration des médicaments abortifs et gestion du processus d'avortement, ainsi que l'auto-évaluation de la réussite du processus d'avortement—jusqu'à 12 semaines de gestation, lorsqu'elles ont accès à des informations fiables et à un professionnel de santé, si nécessaire (OMS, 2024).

Schémas utilisant le misoprostol seul

Bien qu'il n'existe pas d'études ayant directement comparé la sécurité et l'efficacité de l'utilisation du misoprostol à domicile ou dans un centre de soins dans le cadre d'un schéma de traitement utilisant le misoprostol seul, un certain nombre d'études démontrent la sécurité et l'efficacité du misoprostol pris à domicile pour l'avortement médicamenteux. Plusieurs études randomisées portant uniquement sur l'administration de misoprostol seul (Blum et al., 2012 ; Ngoc et al., 2011 ; Sheldon et al., 2019) et plusieurs études de cohortes prospectives sur l'avortement médicalisé par misoprostol jusqu'à 9 semaine de gestation (Carbonell, Valera, Velazco, Fernandez et Sanchez, 1997 ; Velazco et al., 2000), ou entre 9 et 12 semaines de gestation (Carbonell et al., 2001), ont permis aux personnes de s'auto-administrer le misoprostol à domicile sans effet sur la sécurité ou la réussite de l'avortement médicamenteux. Des études portant sur l'accompagnement de l'avortement ou la distribution communautaire de misoprostol pour l'auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux, ont fait état de taux de réussite de l'avortement par misoprostol seul supérieurs à ceux des soins en établissement de soins (Moseson et al., 2020b).

Dans l'étude SAFE, plus de 98 % des personnes ayant utilisé à la maison du misoprostol seul jusqu'à 12 semaines de gestation, ont rapporté un avortement réussi sans intervention chirurgicale (Moseson et al., 2022 ; Moseson et al., 2023). Deux études ont documenté la sécurité et l'efficacité de l'avortement autogéré à l'aide de misoprostol seul, accessible par le biais d'un système de distribution communautaire jusqu'à 9 ou 10 semaines de gestation ; les taux de réussite de l'avortement ont été de 94 à 96 % et aucun événement indésirable grave n'a été enregistré (Foster, Arnott et Hobstetter, 2017 ; Foster et al., 2022). Une étude de cohorte prospective menée au Nigéria a évalué les taux de réussite chez des femmes enceintes qui avaient acheté du misoprostol auprès de vendeurs de médicaments pour gérer elles-mêmes leur avortement médicamenteux (Stillman et al., 2020). Bien que les personnes n'aient pas reçu d'informations suffisantes sur les médicaments, sur ce à quoi elles devaient s'attendre ou sur quand et où elles pouvaient obtenir des soins supplémentaires, 94 % des personnes appartenant à cet échantillon ont déclaré avoir subi un avortement complet sans intervention chirurgicale. Une seule participante de l'échantillon a eu besoin d'une transfusion sanguine.

Bibliographie

Aiken, A., Lohr, P.A., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion provided via telemedicine : a national cohort study. *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 128*(9), 1464-1474.

American College of Obstetricians and Gynecologists & Society of Family Planning. (2020). Medication abortion up to 70 days of gestation : ACOG practice bulletin, number 225. *Obstetrics & Gynecology, 136*(4), e31-e47.

Blum, J., Raghavan, S., Dabash, R., Ngoc, N. T. N., Chelli, H., Hajri, S., ... Winikoff, B. (2012). Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118*, 166-171.

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

Carbonell, J. L. L., Varela, L., Velazco, A., Fernandez, C., & Sanchez, C. (1997). The use of misoprostol for abortion at ≤ 9 weeks' gestation. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care,* 2(3), 181-185.

Chong, E., Shochet, T., Raymond, E., Platais, I., Anger, H.A., Raidoo, S., Soon, R., Grant, M., Haskell, S., Tocce, K., Baldwin, M.K., Boraas, C.M., Bednarek, P.H., Banks, J., Coplon, L., Thompson, F., Priegue, E., & Winikoff, B. (2021). Expansion of direct-to-patient telemedicine abortion service in the United States and experience during the COVID-19 pandemic. *Contraception, 104*, 43-48.

Cleeve, A., Lavelanet, A., Gemzell-Danielsson, K., & Endler, M. (2025). The use of telemedicine services for medical abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2025*(6), CD013764.

Dzuba, I.G., Castillo, P.W., Bousieguez, M., Hernandez, E.M.L., Vivar, J.J.C., & Smith, P. S. (2020a). A repeat dose of misoprostol 800mcg following mifepristone for outpatient medical abortion at 64-70 and 71-77 days of gestation : A retrospective chart review. *Contraception 102*, 104-108.

Dzuba, I.G., Chong, E., Hannum, C., Lichtenberg, S., Hernandez, E.M.L., Ngoc, N. ... & Winikoff, B. (2020b). A non-inferiority study of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion at 64-70 days and 71-77 days of gestation. *Contraception, 101*, 302-308.

Foster, A.M., Arnott, G., & Hobstetter, M. (2017). Community-based distribution of misoprostol for early abortion : Evaluation of a program along the Thailand-Burma border. *Contraception, 96*, 242-247.

Foster, A.M., Messier, K., Aslam, M., & Shabir, N. (2022). Community-based distribution of misoprostol for early abortion : Outcomes from a program in Sindh, Pakistan. *Contraception, 109*, 49-51.

Gambir, K., Garnsey, C., Necastro, K.A., & Ngo, T.D. (2020). Effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home versus in the clinic : A systematic review and meta-analysis in response to COVID-19. *BMJ Global Health, 5*(12), e003934.

Gemzell-Danielsson, K., Lindh, I., Brynhildsen, J., Christensson, A., Moberg, K., Wernersson, E., & Johansson, S. (2024). Home use of mifepristone for medical abortion : a systematic review. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 51*(3), e202302. https ://doi.org/10.1136/bmjsrh-2024-202302

Kerestes, C., Murayama, S., Tyson, J., Natavio, M., Seamon, S., Raidoo, S., Lacar, L., Bowen, E., Soon, R., Platais, I., Kaneshiro, B., & Stower, P. (2021). Provision of medication abortion in Hawai'i during COVID-19 : Practical experience with multiple care delivery models. *Contraception, 104*(1), 49-53.

Larsson, A., & Ronnberg, A. M. (2019). Expanding a woman's options to include home use of misoprostol for medical abortion up until 76 days : An observational study of efficacy and safety. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 98*(6), 747-752.

Moseson, H., Herold, S., Filippa, S., Barr-Walker, J., Baum, S.E., & Gerdts, C. (2020a). Self-managed abortion : A systematic scoping review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecoogy, 63*, 87-110.

Bibliographie

Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I.A., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Motanan, R., Bercu, C., Carbone, S., & Gerdts, C. (2022). Effectiveness of self-managed medication abortion with accompaniment support in Argentina and Nigeria (SAFE) : A prospective, observational cohort study and non-inferiority analysis with historical controls. *Lancet Global Health, 10*(1), e105-e113.

Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I. A., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Bercu, C., Motana, R., & Gerdts, C. (2023). Effectiveness of Self-Managed Medication Abortion Between 9 and 16 Weeks of Gestation. *Obstetrics & Gynecology, 142*(2), 330.

Ngo, T. D., Park, M. H., Shakur, H., & Free, C. (2011). Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic : A systematic review. Bulletin of the World Health Organization, 89(5), 360-370.

Ngoc, N. T., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N. T., Dabash, R., Diop, A., & Winikoff, B. (2011). Comparing two early medical abortion regimens : Mifepristone + misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception, 83*, 410-417.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2e ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Pena, M., Flores, K.F., Ponce, M.M., Serafin, D.F., Zavala, A.M.C., Cruz, C.R., Salgado, I.G.O., Rosado, Y.O., Socarras, T., Lopez, A.P., & Bousieguez, M. (2022). Telemedicine for medical abortion service provision in Mexico : A safety, feasibility, and acceptability study. *Contraception, 114*, 67-73.

Reynolds-Wright, J.J., Johnstone, A., McCabe, K., Evans, E., & Cameron, S. (2021). Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks ; gestation : A prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 47*(4), 246-251.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2019). *Abortion care*. NICE Guideline, NG140. https ://www.nice.org.uk/guidance/NG140. Accessed February 12, 2021.

Schmidt-Hansen, M., Pandey, A., Lohr, P.A., Nevill, M., Taylor, P., Hasler, E., & Cameron, S. (2020). Expulsion at home for early medical abortion : A systematic review with meta-analyses. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 00*, 1-9

Schummers, L., Darling, E.K., Dunn, S., McGrail, K., Gayowsky, A., Law, M.R., Laba, T.L., Kaczorowski, J., & Norman, W.V. (2022). Abortion safety and use with normally prescribed mifepristone in Canada. *New England Journal of Medicine, 386*(1), 57-67.

Sheldon, W.R., Durocher, J., Dzuba, I.G., Sayette, H., Martin, R., Velasco, M.C., & Winikoff, B. (2019). Early abortion with buccal versus sublingual misoprostol alone : A multicenter, randomized trial. *Contraception, 99*, 272-277.

Stillman, M., Owolabi, A., Fatusi, A.O., Akinyemi, A.I., Berry, A.L., Erinfolami, T.P., Olagunju, O.S., Vaisanen, H., & Bankole, A. (2020). Women's self-reported experiences using misoprostol obtained from drug sellers : A prospective cohort study in Lagos state, Nigeria. *BMJ Open*, 10 :e034670. Doi :10.1136/bmjopen-2019-034670.

Upadhyay, U.D., Koenig, L.R., & Meckstroth, K.R. (2021). Safety and efficacy of telehealth medication abortions in the US during the COVID-19 pandemic. *JAMA Network Open, 4*(8), e2122320.

Upadhyay, U.D., Raymond, E.G., Koenig, L.R., Coplon, L., Gold, M., Kaneshiro, B.., Boraas, C.M., & Winikoff, B. (2022). Outcomes and safety of history-based screening for medication abortion : A retrospective multicenter cohort study. *JAMA Internal Medicine, 182*(5), 482-491.

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

3. Avortement avant 13 semaines de gestation

Avortement médicamenteux

3.5.6. Confirmation d'avortement complet

Recommandation :

- La plupart des personnes qui recourent à un avortement médicamenteux en suivant le traitement recommandé auront un avortement complet ; un suivi systématique n'est pas nécessaire.
- Les prestataires de soins peuvent procéder à une évaluation clinique pour contribuer à confirmer la réussite de l'avortement.
- Une échographie ou d'autres tests ne sont nécessaires que lorsque le diagnostic est douteux.

En pratique :

- Les personnes qui subissent un avortement médicamenteux doivent recevoir des informations adéquates sur le moment où elles doivent obtenir des soins supplémentaires pour une complication éventuelle. Cela inclut :
- des saignements abondants, à savoir lorsque plus de 2 serviettes hygiéniques sont saturées par heure, pendant 2 heures d'affilée ;
- Fièvre ou symptômes similaires à ceux d'une grippe apparaissant plus de 24 heures après l'utilisation du misoprostol ;
- Des douleurs sévères ou qui s'aggravent, y compris des douleurs qui pourraient indiquer une grossesse extra-utérine non diagnostiquée ;
- Des pertes vaginales inhabituelles ou nauséabondes.
- Les personnes qui subissent un avortement médicamenteux doivent recevoir des informations adéquates sur les signes et les symptômes qui pourraient indiquer que la grossesse se poursuit, une raison pour laquelle elles doivent consulter un médecin, notamment en cas :
- D'absence totale de saignements ou saignements infimes au cours des 24 heures qui suivent la prise du misoprostol ;
- De sensation, une semaine après la prise des médicaments, d'être toujours enceinte.
- Les tests de grossesse urinaires peuvent encore présenter un résultat positif jusqu'à 4 semaines après un avortement médicamenteux réussi.

Poids de la recommandation :
Important

Qualité des éléments factuels :
Modérée

Dernière révision :
9 octobre 2025

Avortement médicamenteux à l'aide de mifépristone et de misoprostol

Le taux de réussite d'un schéma de traitement combiné utilisant la mifépristone et le misoprostol pour un avortement médicamenteux jusqu'à 10 semaines de gestation est supérieur à 95 %, avec un taux de poursuite de la grossesse inférieur à 2 % (Chen et Creinin, 2015 ; Kulier et al., 2011 ; Raymond, et al., 2012). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère qu'une visite de suivi systématique n'est pas nécessaire après un avortement médicamenteux à l'aide de mifépristone et de misoprostol (OMS, 2024), conseillant plutôt que les personnes soient informées de manière adéquate sur les symptômes de poursuite de la grossesse en cours et les autres raisons médicales qui nécessitent de revenir pour un suivi, telles que des saignements abondants et prolongés, l'absence totale de saignements en cas de prise en charge médicamenteuse de l'avortement, de douleurs non soulagées par des médicaments ou de fièvre. Plusieurs stratégies visant à confirmer la réussite d'un avortement médicamenteux et à identifier les rares cas de poursuite de la grossesse suite à l'utilisation d'un schéma de traitement utilisant la mifépristone et le misoprostol ont été examinées.

Autoévaluation par la personne concernée sur la base des symptômes observés

Les données factuelles indiquent que les personnes concernées sont capables de déterminer sans erreur si leur avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol a réussi, c'est-à-dire si l'expulsion de la grossesse a bien eu lieu. Dans les études ayant comparé l'évaluation par les patientes de l'expulsion sur la base de leurs propres symptômes observés à celle réalisée par un clinicien (Cameron, et al., 2015 ; Clark et al., 2010 ; Perriera et al., 2010 ; Rossi, Creinin et Meyn, 2004) et par le biais d'une échographie (Rossi et al., 2004), les personnes ont démontré à de multiples reprises qu'elles étaient en mesure de fournir une autoévaluation presque aussi exacte que les deux autres méthodes.

Évaluation clinique

Les prestataires de soins peuvent contribuer à confirmer la réussite d'un avortement à l'aide de mifépristone et de misoprostol lors d'une visite de suivi par passage en revue des antécédents de l'utilisatrice des services et en effectuant le cas échéant un examen bimanuel. Dans les études ayant comparé l'évaluation clinique à l'échographie (Rossi et al., 2004 ; Pymar, Creinin et Schwartz, 2001), les cliniciens étaient capables de déterminer avec un haut niveau d'exactitude l'expulsion de la grossesse.

Échographie

On peut recourir à une échographie pour confirmer la réussite de l'avortement mais ce n'est pas nécessaire et cela risque d'augmenter le coût et la complexité de l'avortement médicamenteux, en particulier lorsque les prestataires n'ont que peu d'expérience de l'interprétation d'une échographie après un avortement médicamenteux (Kaneshiro, et al., 2011). Une échographie est utile en cas de doute sur une éventuelle poursuite de la grossesse.

Test de grossesse sérique

Un test de grossesse sérique a été utilisé comme alternative à l'échographie pour confirmer une éventuelle poursuite de la grossesse après un avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et le misoprostol et se comparait favorablement à l'échographie en termes de réduction des interventions lors du suivi (Clark, et al. ; 2007 ; Dayananda, et al., 2013 ; Fiala, et al., 2003). Un test de grossesse sérique est surtout utile si l'on dispose du taux d'hCG avant traitement à des fins de comparaison ; en cas de réussite de l'avortement médicamenteux, ce taux diminue de plus de 90 % sept jours après l'administration de mifépristone (Pocius et al., 2016). Un taux d'hCG sérique inférieur à 900 UI 14 à 21 jours après un avortement médicamenteux (< 63 jours de gestation) permet d'exclure une poursuite de la grossesse (Le Lous et al., 2018). Dans le cas d'un avortement médicamenteux très précoce (< 42 jours de gestation), une baisse de 80 % du taux d'hCG sept jours après l'administration de la mifépristone confirme la réussite de l'avortement médicamenteux (Bharadwa et al., 2024 ; Jar-Allah et al., 2025).

Test de grossesse urinaire

Un test de grossesse urinaire négatif permet de confirmer la réussite de l'avortement. Dans de rares cas, il peut cependant arriver que le test de grossesse soit négatif alors que la personne est toujours enceinte (faux négatif). Les tests de grossesse urinaire, qu'ils soient très sensibles ou peu sensibles, peuvent fournir un résul-

tat positif alors que l'avortement médicamenteux a réussi (faux positif) en raison d'un taux d'hCG qui reste élevé pendant au moins 18 jours après un avortement médicamenteux (Cameron et al. 2012 ; Clark et al., 2010 ; Godfrey, et al., 2007 ; Perriera et al., 2010 ; Raymond et al., 2021). Dans une série de cas incluant 258 personnes ayant subi un avortement médicamenteux réussi et ayant effectué un test de grossesse à haute sensibilité quatre semaines après avoir pris de la mifépristone, 19 % ont obtenu un résultat faussement positif (Raymond et al., 2021). Un certain nombre d'études se sont intéressées à l'utilisation de tests de grossesse urinaire de faible sensibilité (Cameron et al., 2012 ; Cameron et al., 2015 ; Constant, et al., 2017 ; Iyengar et al., 2015 ; Michie et Cameron, 2014) ou de test semi-quantitatifs ou à plusieurs niveaux (Anger et al., 2019 ; Chong et al., 2020 ; Oppegaard et al., 2015 ; Raymond et al., 2017 ; Raymond et al., 2018b), souvent en association avec une liste de symptômes à contrôler, pour confirmer la réussite de l'avortement ou diagnostiquer une poursuite de la grossesse sans visite de suivi au centre. Une petite étude a randomisé 88 personnes dont la grossesse datait de moins de 63 jours pour qu'elles utilisent de manière indépendante un test de grossesse à faible sensibilité ou un test de grossesse à plusieurs niveaux afin de déterminer le succès de l'avortement médical, et a montré que les personnes pouvaient utiliser et interpréter correctement les résultats de ces tests (Fok et al., 2021). Un examen systématique mené en 2018 a évalué l'exactitude du recours à un test de grossesse de faible sensibilité pour mettre en évidence une éventuelle poursuite de la grossesse après un avortement médicamenteux (Raymond, Shocket et Bracken, 2018a) et a conclu qu'un test de grossesse de faible sensibilité positif ou non valide n'offre qu'une sensibilité modérée pour détecter une poursuite de la grossesse. Une étude ultérieure sur la précision du diagnostic a montré qu'un test de grossesse à faible sensibilité effectué deux semaines après l'administration de la mifépristone identifiait correctement toutes les grossesses en cours dans une cohorte de 558 personnes entre 64 et 70 jours de gestation ; le taux de faux positifs était de 15 % (Whitehouse, Shochet et Lohr, 2022). Une méta-analyse de 2017 reprenant sept études sur l'utilisation de tests de grossesse multi-niveaux pour confirmer la réussite d'un avortement par un schéma de traitement combiné jusqu'à 9 semaines de gestation a permis de constater que les tests identifiaient tous les cas de poursuite de la grossesse (21 personnes sur 1.599, 1,3 %) et que la plupart des personnes étaient à même de pratiquer correctement ces tests à domicile (Raymond et al., 2017a). Des tests de grossesse à plusieurs niveaux mesurent la concentration approximative d'hCG dans l'urine ; une baisse de la concentration d'hCG entre un test effectué immédiatement avant et une à deux semaines après l'avortement médicamenteux indique que l'avortement a réussi. Comme les taux d'hCG diminuent naturellement à la fin du premier trimestre, les tests de grossesse à plusieurs niveaux ne peuvent être utilisés qu'au début du premier trimestre (Chong, et al., 2020).

Deux examens systématiques réalisés en 2019 ont comparé les résultats chez des femmes ayant auto-évalué la réussite de leur avortement médicamenteux à domicile en associant un test de grossesse urinaire de faible sensibilité ou semi-quantitatif à une fiche d'instructions en images, une liste de symptômes ou pas de liste de symptômes et chez des femmes ayant bénéficié d'un suivi systématique au centre de soins (Baiju, et al., 2019 ; Schmidt-Hansen, et al., 2019). Ces deux examens reprenaient quatre études ayant inclus plus de 5 000 femmes et ont tous deux conclu à l'absence de différence en termes de réussite de l'avortement, de poursuite de la grossesse, de nécessité d'une intervention chirurgicale ou d'incidence d'infection ou d'hémorragie entre les groupes d'auto-évaluation et ceux de suivi en centre de soins.

Avortement médicamenteux à l'aide de misoprostol seul

L'OMS indique qu'il n'est pas nécessaire d'assurer un suivi de routine après un avortement médicamenteux au misoprostol seul (2024), et conseille plutôt d'informer correctement les patientes sur les symptômes liés à la poursuite de la grossesse et des autres raisons médicales de revenir pour un suivi, telles que des saignements abondants et prolongés, l'absence totale de saignements après une prise en charge médicale de l'avortement, une douleur non soulagée par les médicaments ou de la fièvre. En raison du moindre taux d'efficacité (80 à 85 %) d'un avortement médicamenteux utilisant le misoprostol seul avant 13 semaines de gestation (von Hertzen et al., 2007), davantage de personnes utilisant le misoprostol seul pour leur avortement médicamenteux auront besoin de soins supplémentaires que celles utilisant le schéma combiné mifépristone et misoprostol.

Évaluation de suivi

Il n'y a pas eu d'études sur les différentes stratégies utilisables pour déterminer la réussite d'un avortement médicamenteux utilisant le misoprostol seul. Les stratégies de suivi envisageables, extrapolées des études sur le schéma de traitement combiné (détaillées précédemment) et des données programmatiques, sont notamment un relevé des antécédents et un examen clinique, un examen bimanuel, une échographie et/ou un test de grossesse sérique ou urinaire pour exclure une poursuite de la grossesse.

Bibliographie

Anger, H., Dabash, R., Pena, M., Coutino, D., Bousieguez, M., Sanhueza, P., & Winikoff, B. (2019). Use of an at-home multilevel pregnancy test and an automated call-in system to follow-up the outcome of medical abortion. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 144(1), 97-102.

Baiju, N., Acharya, G., D'Antonio, F., & Berg, R. C. (2019). Effectiveness, safety and acceptability of self-assessment of the outcome of first-trimester medical abortion : A systematic review and meta-analysis. BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 126(13), 1536-1544.

Bharadwa, S., Fulcher, I., Fortin, J., Pocius, K. D., & Goldberg, A. B. (2024). hCG trends after mifepristone and misoprostol for undesired pregnancy of unknown location. Contraception, 131.

Cameron, S. T., Glasier, A., Dewart, H., Johnstone, A., & Burnside, A. (2012). Telephone follow-up and self-performed urine pregnancy testing after early medical abortion : A service evaluation. Contraception, 86(1), 67-73.

Cameron, S. T., Glasier, A., Johnstone, A., Dewart, H., & Campbell, A. (2015). Can women determine the success of early medical termination of pregnancy themselves ? Contraception, 91, 6-11.

Chong, E., Sheldon, W.R., Lopez-Green, D., Gonzalez, H.C., Castillo, B.H., Ogando, M.G., Tuladhar, N., & Blum, J. (2020). Feasibility of multilevel pregnancy tests for telemedicine abortion service follow-up : A pilot study. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 46(Supple1), 67-75.

Clark, W., Bracken, H., Tanenhaus, J., Schweikert, S., Lichtenberg, E. S., & Winikoff, B. (2010). Alternatives to a routine follow-up visit for early medical abortion. Obstetrics & Gynecology, 115(2 Pt 1), 264-272.

Clark, W., Panton, T., Hann, L., & Gold, M. (2007). Medication abortion employing routine sequential measurements of serum hCG and sonography only when indicated. Contraception, 75(2), 131-135.

Chen, M. J., & Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. Obstetrics & Gynecology, 126(1), 12-21.

Constant, D., Harries, J., Daskilewicz, K., Myer, L., & Gemzell-Danielsson, K. (2017). Is self-assessment of medical abortion using a low-sensitivity pregnancy test combined with a checklist and phone text messages feasible in South African primary healthcare settings? A randomized trial. PLoS One, 12(6), e0179600. Doi: 10.1371/journal.pone.0179600.

Dayananda, I., Maurer, R., Fortin, J., & Goldberg, A. B. (2013). Medical abortion follow-up with serum human chorionic gonadotropin compared with ultrasonography: A randomized controlled trial. Obstetrics & Gynecology, 121(3), 607-613.

Fiala, C., Safar, P., Bygdeman, M., & Gemzell-Danielsson, K. (2003). Verifying the effectiveness of medical abortion ; ultrasound versus hCG testing. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 109(2), 190-195.

Fok, W.K., Lerma, K., Shaw, K.A., & Blumenthal, P.D. (2021). Comparison of two home pregnancy tests for self-confirmation of medication abortion status: A randomized trial. Contraception, 104(3), 296-300.

Godfrey, E. M., Anderson, A., Fielding, S. L., Meyn, L., & Creinin, M. D. (2007). Clinical utility of urine pregnancy assays to determine medical abortion outcome is limited. Contraception, 75(5), 378-382.

Iyengar, K., Paul, M., Iyengar, S. D., Klingberg-Allvin, M., Essen, B., Bring, J., ... Gemzell-Danielsson, K. (2015). Self-assessment of the outcome of early medical abortion vs. clinic follow-up in India: A randomised, controlled, non-inferiority trial. Lancet Global Health, 3(9), e537-545.

Jar-Allah, T., Brandell, K., Gyllenberg, F., Kaislasuo, J., Kopp-Kallner, H., Cederblad, K., Heikinheimo, O., Gemzell-Danielsson, K., & Hognert, H. (2025). Change in hCG levels after very early medication abortion for pregnancy of unknown location or probable intrauterine pregnancy. Contraception, 147.

Bibliographie

Kaneshiro, B., Edelman, A., Sneeringer, R. K., & Gómez Ponce de León, R. (2011). Expanding medical abortion: Can medical abortion be effectively provided without the routine use of ultrasound? Contraception, 83(3), 194-201.

Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., & Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. The Cochrane Database of Systematic Reviews (11), CD002855.

Le Lous, M., Gallinand, A. C., Laviolle, B., Peltier, L., Nyangoh Timoh, K., & Lavoue, V. (2018). Serum hCG threshold to assess medical abortion success. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 23(6), 458-463.

Michie, L., & Cameron, S. T. (2014). Simplified follow-up after early medical abortion: 12 months experience of a telephone call and self-performed low sensitivity urine pregnancy test. Contraception, 89(5), 440-445.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Oppegaard, K. S., Qvigstad, R., Fiala, C., Heikinheimo, O., Benson, L., & Gemzell-Danielsson, K. (2015). Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: A multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. The Lancet, 385(9969), 698-704.

Perriera, L. K., Reeves, M. F., Chen, B. A., Hohmann, H. L., Hayes, J., & Creinin, M. D. (2010). Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. Contraception, 81(2), 143-149.

Pocius, K. D., Bartz, D., Maurer, R., Stenquist, A., Fortin, J., & Goldberg, A. B. (2016). Serum human chorionic gonadotropin (hCG) trend within the first few days after medical abortion: A prospective study. Contraception, 94(4), 394-395.

Pymar H., Creinin, M. D., Schwartz, J. L. (2001). Mifepristone followed on the same day by vaginal misoprostol for early abortion. Contraception, 64, 87-92.

Raymond, E.G., Anger, H.A., Chong, E., Haskell, S., Grant, M., Boraas, C., Tocce, K., Banks, J., Kaneshiro, B., Baldwin, M.K., Coplon, L., Bednarek, P., Shochet, T., & Platais, I. (2021). “False positive” urine pregnancy test results after successful medication abortion. Contraception, 103(6), 400-403.

Raymond, E. G., Shannon, C., Weaver, M. A., & Winikoff, B. (2012). First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review. Contraception, 87(1), 26-37.

Raymond, E. G., Shochet, T., Blum, J., Sheldon, W. R., Platais, I., Bracken, H., ... Winikoff, B. (2017). Serial multilevel urine pregnancy testing to assess medical abortion outcome: A meta-analysis. Contraception, 95(5), 442-448.

Raymond, E. G., Shochet, T., & Bracken, H. (2018a). Low-sensitivity urine pregnancy testing to assess medical abortion outcome: A systematic review. Contraception, 58, 30-35.

Raymond, E. G., Tan, Y. L., Grant, M., Benavides, E., Reis, M., Sacks, D., ... Weaver, M. A. (2018b). Self-assessment of medical abortion outcome using symptoms and home pregnancy testing. Contraception, 97, 324-328.

Rossi, B., Creinin, M. D., & Meyn, L. A. (2004). Ability of the clinician and patient to predict the outcome of mifepristone and misoprostol medical abortion. Contraception, 70(4), 313-317.

Schmidt-Hansen, M., Cameron, S., Lohr, P. A., & Hasler, E. (2019). Follow-up strategies to confirm the success of medical abortion of pregnancies up to 10 weeks’ gestation: A systematic review with meta-analyses. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 222(6):551-563.

von Hertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M., & Peregoudov, A. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: A randomised controlled equivalence trial. The Lancet, 369(9577), 1938-1946.

Whitehouse, K.C., Shochet, T., & Lohr, P.A. (2022). Efficacy of a low-sensitivity urine pregnancy test for identifying ongoing pregnancy after medication abortion at 64 to 70 days of gestation. Contraception, 110, 21-26.

3.5 Avortement médicamenteux

3.5.7. Observations échographiques lors de la visite de suivi

Recommandation :

- Si le clinicien décide de pratiquer une échographie pour le suivi d'un avortement médicamenteux, la seule observation échographique qui nécessite une intervention est la poursuite d'une grossesse viable.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Faible	9 octobre 2025

Contexte

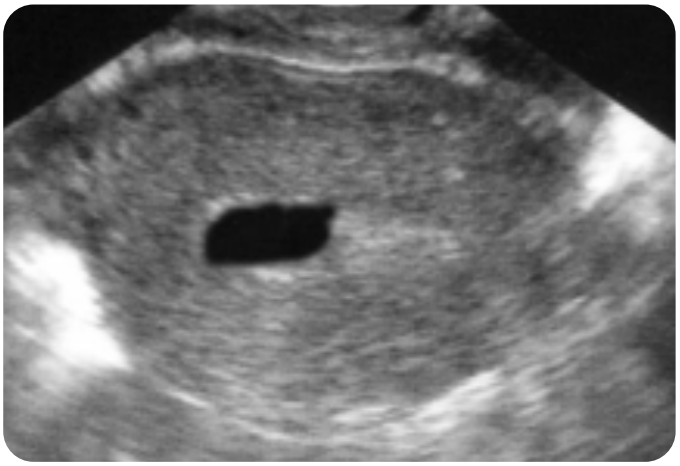
L'échographie n'est pas nécessaire pour dispenser des soins d'avortement (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2024) mais est couramment utilisée dans certains établissements de soins. Une échographie de suivi après un avortement médicamenteux présente certaines limites en matière de diagnostic. Sauf dans l'éventualité de la poursuite d'une grossesse viable, toute intervention après un avortement médicamenteux doit se baser sur les symptômes cliniques et non pas sur les observations échographiques.

Observations échographiques lors de la visite de suivi

Épaississement de l'endomètre : Après un avortement médicamenteux réussi, l'endomètre peut présenter une épaisseur variable et un aspect complexe ou hétérogène.



Épaississement de l'endomètre
Avec l'aimable autorisation de Mary Fjerstad



Persistance du sac gestationnel
Avec l'aimable autorisation de Mary Fjerstad

Une étude systématique de 2021, portant sur 79 essais contrôlés randomisés et 169 études d'observation, a examiné les critères de diagnostic des produits de conception conservés à la suite d'un avortement provoqué ou spontané avant 14 semaines de gestation, et a constaté que, bien que la plupart des études aient utilisé l'échographie, cette méthode n'était pas très précise sur le plan du diagnostic (Hamel et al., 2021). Plusieurs études de cohorte rétrospectives et prospectives ont montré que l'épaisseur de l'endomètre était extrêmement variable après un avortement médicamenteux, avec un chevauchement important entre les femmes chez qui l'avortement médicamenteux avait réussi ou échoué (Cowett, et al., 2004 ; Markovitch, et al., 2006 ; Parashar, et al., 2007 ; Rørbye, Nørgaard et Nilas, 2004 ; Tzeng, et al. 2013). Dans une analyse groupée portant sur 2 208 femmes une semaine après un avortement médicamenteux, après exclusion de celles présentant une persistance du sac gestationnel, l'épaisseur moyenne de l'endomètre était de 10,9 mm chez les femmes ne nécessitant pas d'intervention supplémentaire et de 14,5 mm chez les trente femmes qui nécessitaient une intervention (Reeves, et al., 2009). Même si l'épaisseur moyenne de l'endomètre a tendance à être plus importante chez les femmes qui nécessitent une intervention, en raison de sa variabilité importante et du chevauchement entre avortement réussi et échec de l'avortement, aucune étude n'a permis de déterminer une épaisseur au-delà de laquelle on puisse poser un diagnostic d'échec de l'avortement médicamenteux. La décision d'intervenir ou non doit reposer sur les signes et symptômes cliniques, par exemple la présence de saignements persistants ou abondants, plutôt que sur les observations échographiques.

Persistance du sac gestationnel : lorsque l'on utilise le schéma de traitement recommandé utilisant la mifépristone et le misoprostol (Creinin et al., 2004 ; Creinin et al., 2007 ; Winikoff et al., 2008), le sac demeure présent mais ne contient pas de tissus embryonnaires viables, dans moins de 1 % des cas. Une persistance du sac gestationnel n'est pas une grossesse viable et peut être traitée par aspiration, par une dose additionnelle de misoprostol ou via une prise en charge attentiste, selon les préférences individuelles. Lors d'une étude portant sur des femmes présentant une persistance du sac gestationnel dans les onze jours qui suivaient un avortement médicamenteux, une seconde dose de misoprostol a mené à l'expulsion dans 69 % des cas (Reeves, Kudva et Creinin, 2008).

Poursuite d'une grossesse viable : la poursuite de la grossesse, avec présence d'un sac en croissance et/ou d'un embryon présentant une activité cardiaque, survient dans moins de 1 % des avortements médicamenteux lorsque le schéma de traitement recommandé à base de mifépristone et de misoprostol a été utilisé (Chen et Creinin, 2015 ; Von Hertzen et al., 2009 ; Winikoff et al., 2008). Certaines femmes sont capables d'identifier ce problème sans échographie suite à une absence totale de saignements ou à la persistance des symptômes de grossesse. Une femme chez qui la grossesse se poursuit doit se voir proposer dès que possible une évacuation utérine par aspiration intra-utérine ou une dose additionnelle de misoprostol, en fonction de l'âge gestationnel et de la situation locale. Le taux de réussite du misoprostol après échec d'un avortement médicamenteux est de 36 % (Reeves et al., 2008). Si la patiente choisit le misoprostol, elle doit faire l'objet d'un suivi afin de déterminer si l'avortement a réussi.

Bibliographie

Cowett, A. A., Cohen, L. S., Lichtenberg, E. S., & Stika, C. S. (2004). Ultrasound evaluation of the endometrium after medical termination of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology, 103*(5, Part 1), 871-875.

Chen, M. J., & Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 126*(1), 12-21.

Creinin, M. D., Fox, M. C., Teal, S., Chen, A., Schaff, E. A., & Meyn, L. A. (2004). A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *Obstetrics & Gynecology, 103*(5, Part 1), 851-859.

Creinin, M. D., Schreiber, C. A., Bednarek, P., Lintu, H., Wagner, M. S., & Meyn, L. A. (2007). Mifepristone and misoprostol administered simultaneously versus 24 hours apart for abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 109*(4), 885-894.

Hamel, C.C., Van Wessel, S., Carnegy, A., Coppus, S.F.P.J., Snijders, M.P.L., Clark, J., & Emanuel, M.H. (2021). Diagnostic criteria for retained products of conception—A scoping review. *Acta Obstetricia et Gynecologia Scandinavica 100*(12), 2135-2143.

Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Lignes directrices sur les soins d'avortement*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Markovitch, O., Tepper, R., Klein, Z., Fishman, A., & Aviram, R. (2006). Sonographic appearance of the uterine cavity following administration of mifepristone and misoprostol for termination of pregnancy. *Journal of Clinical Ultrasound, 34*(6), 278-282.

Parashar, P., Iversen, O. E., Midbøe, G., Myking, O., & Bjørge, L. (2007). Medical abortion in the first trimester: The use of serum hCG and endometrial thickness as markers of completeness. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 12*(4), 366-371.

Reeves, M., Fox, M., Lohr, P., & Creinin, M. (2009). Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. Ultrasound in *Obstetrics & Gynecology, 34*(1), 104-109.

Reeves, M. F., Kudva, A., & Creinin, M. D. (2008). Medical abortion outcomes after a second dose of misoprostol for persistent gestational sac. *Contraception, 78*(4), 332-335.

Rørbye, C., Nørgaard, M., & Nilas, L. (2004). Prediction of late failure after medical abortion from serial ß-hCG measurements and ultrasonography. Human *Reproduction, 19*(1), 85-89.

Tzeng, C.R., Hwang, J.L., Au, H.K., & Chien, L.W. (2013). Sonographic patterns of the endometrium in assessment of medical abortion outcomes. *Contraception, 88*(1), 153-9.

Von Hertzen, H., Piaggio, G., Wojdyla, D., Marions, L., My Huong, N., Tang, O., & Mittal, S. (2009). Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: A randomised factorial controlled equivalence trial. BJOG: *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 116*(3), 381-389.

Winikoff, B., Dzuba, I. G., Creinin, M. D., Crowden, W. A., Goldberg, A. B., Gonzales, J., ... & Shannon, C. S. (2008). Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 112*(6), 1303-1310.

4. Recommandations pour un avortement à partir de 13 semaines de gestation

4.1 Qui sont les personnes demandeuses d'un avortement à 13 semaines de gestation ou plus ?

Principales informations :

- Par rapport à celles qui viennent se présenter à un âge gestationnel moins avancé, les personnes demandeuses d'un avortement à partir de 13 semaines de gestation ont davantage tendance à être jeunes, à avoir été victimes de violences, à avoir détecté leur grossesse plus tardivement, à éprouver des sentiments ambivalents à propos de la décision de mettre un terme à leur grossesse et/ou à être confrontées à des obstacles financiers et logistiques qui les empêchent d'accéder aisément à des soins médicaux. Par ailleurs, certaines indications médicales ou fœtales à un avortement peuvent ne devenir détectables qu'après 13 semaines. Les raisons d'une demande d'avortement à partir de 13 semaines de gestation apparaissent fort similaires dans tous les pays et toutes les cultures et concernent majoritairement des personnes plus vulnérables.

Qualité des éléments factuels :
Faible

Dernière révision :
17 octobre 2025

Épidémiologie des avortements à partir de 13 semaines de gestation

Alors que les avortements à partir de 13 semaines de gestation ne représentent qu'un faible pourcentage (10 à 15 % environ) de l'ensemble des avortements dans le monde, ils sont responsables de la plupart des complications importantes consécutives à un avortement (Harris et Grossman, 2011 ; Jatlaoui et al., 2019 ; Loeber et Wijsen, 2008). Dans des contextes où la législation est restrictive ou dans des régions où l'accès à des soins d'avortement est limité, les demandes de soins après avortement à partir de 13 semaines de gestation sont courantes. Au Cambodge, 17 % des personnes demandeuses de soins après avortement se présentent à partir de 13 semaines de gestation ; elles sont 13 % en Éthiopie et 41 % au Kenya. (African Population and Health Research Center, 2013 ; Fetters, et al., 2008 ; Gebreselassie et al., 2010).

Pourquoi des personnes viennent-elles demander un avortement à 13 semaines de gestation ou plus ?

Jeune âge de la personne : Les personnes adolescentes et les très jeunes personnes sont proportionnellement les plus nombreuses à venir demander un avortement à 13 semaines de gestation ou plus (Espinoza, Samandari et Andersen, 2022 ; Kebede et al., 2025). Aux États-Unis, 23,7 % des personnes adolescentes de moins de 15 ans et 12,4 % des jeunes personnes de 15 à 19 ans qui cherchent à obtenir des soins d'avortement le font alors qu'elles ont déjà dépassé 13 semaines de gestation (Jatlaoui et al., 2019). À Mexico City, les personnes adolescentes représentaient 9 % de l'ensemble des personnes demandeuses d'un avortement entre 2007 et 2015 ; elles représentaient par contre 13 % personnes demandeuses d'un avortement au-delà de 12 semaines de gestation (Saavedra-Avendano et al., 2018). Des études plus restreintes réalisées en Éthiopie, en Inde, au

Kenya, au Népal, à Singapour et aux États-Unis montrent que le jeune âge constitue un facteur de risque de demande tardive (Bonnen, Tuijje, et Rasch, 2014 ; Foster et Kimport, 2013 ; Lim, Wong, Yong, et Singh, 2012 ; Sowmini, 2013 ; Ushie et al., 2018). Une enquête menée aux États-Unis auprès de personnes souhaitant avorter a révélé que de nombreuses adolescentes ne savaient pas où se faire avorter, ce qui entraînait des retards (Chiu, Braccia et Jones, 2024).

Détection tardive de la grossesse : Un facteur de risque fréquemment retrouvé dans toutes les études portant sur les personnes demandeuses d'un avortement à partir de 13 semaines de gestation ou plus est une détection tardive de la grossesse. Une mauvaise compréhension et une mauvaise connaissance des signes et symptômes de fertilité et de grossesse affectent la reconnaissance individuelle de la grossesse (Somefun, Harries et Constant, 2021), en particulier chez les jeunes (Chiu, Braccia et Jones, 2024 ; Espinoza, Samandari et Andersen, 2020). L'absence de signes et symptômes de grossesse, des menstruations irrégulières, l'utilisation d'une méthode contraceptive ou une aménorrhée après une grossesse récente peuvent masquer les signes physiques d'une grossesse et en retarder le diagnostic (Constant et al., 2019 ; Drey et al., 2006 ; Foster, Gould et Biggs, 2021 ; Foster et Kimport, 2013 ; Gallo et Nghia, 2007 ; Harries et al., 2007 ; Ingham et al., 2008 ; Jones et Jerman, 2017 ; Kebede et al., 2025 ; Mehiretie et al., 2025 ; Purcell et al., 2014) Dans une étude de cas-contrôles réalisée aux États-Unis, les personnes qui ont demandé un avortement au-delà de 20 semaines de gestation étaient beaucoup plus nombreuses à n'avoir découvert qu'elles étaient enceintes qu'à 8 semaines de gestation ou encore plus tardivement (68 %) comparativement aux personnes qui ont eu recours à un avortement avant 13 semaines (12 %) de gestation (Foster et Kimport, 2013).

Ambivalence et/ou difficultés à prendre la décision de recourir à un avortement : Certaines personnes ont besoin de davantage de temps pour prendre leur décision en raison de pressions sociales, de craintes, de leurs convictions religieuses et/ou de changements dans leur relation. Pour d'autres, une modification de leur situation (par exemple abandon de la part de leur partenaire) les amène à demander un avortement après avoir initialement prévu de mener leur grossesse à terme (Foster et Kimport, 2013 ; Gallo et Nghia, 2007 ; Harries et al., 2007). Une attitude hostile de la part de sa famille et de ses ami(e)s peut également retarder le moment où une personne vient demander des soins (Waddington, Hahn, et Reid, 2015).

Obstacles financiers et logistiques : La pauvreté (Goyal et al., 2020 ; Sium et al., 2022 ; Usta et al., 2008), un statut de migrant (Gonzalez-Rabago et al., 2017 ; Loeber et Wijsen, 2008), le fait de vivre en milieu rural (Bonnen et al., 2014 ; Kebede et al., 2025 ; Mehiretie et al., 2025 ; Ushie et al., 2018), le chômage (Gonzalez, Quast et Venanzi, 2019 ; Van de Velde et al., 2019), et l'absence d'assurance santé (Raidoo et al., 2020) sont autant de facteurs de risque et expliquent pourquoi certaines personnes se présentent pour des soins d'avortement à 13 semaines de gestation ou plus. Les retards peuvent être liés à la nécessité de réunir suffisamment d'argent pour couvrir le coût de l'intervention, d'autant plus que les interventions plus tardives sont plus onéreuses (Foster et Kimport, 2013 ; Kiley, Yee, Niemi, Feinglass et Simon, 2010). Les avortements à 13 semaines de gestation ou plus sont pratiqués dans un nombre limité d'établissements et la logistique des déplacements pose des difficultés à de nombreuses personnes. (Goyal et al., 2020 ; Ludwigson et al., 2024 ; Sium et al., 2021 ; White et al., 2021). Il a été démontré, dans une étude de cas-témoins portant sur des personnes se présentant pour obtenir un avortement à plus de 20 semaines de gestation, que celles-ci étaient bien plus susceptibles de s'être déplacées pendant plus de trois heures pour accéder aux soins que les personnes qui se présentaient à des stades de gestation plus précoces. (Foster et Kimport, 2013). À 13 semaines de gestation ou plus, il peut arriver que les personnes concernées aient été orientées vers d'autres centres de soins ou avoir du mal à trouver un prestataire avant de finalement pouvoir accéder aux soins (Drey et al., 2006 ; Harries et al., 2007). Il arrive également que certaines personnes se trouvent contraintes de se rendre à l'étranger pour obtenir un avortement légal après 13 semaines de gestation (Cameron et al., 2016 ; Loeber et Wijsen, 2008).

Indications fœtales : Le diagnostic anténatal d'anomalies fœtales est généralement posé au-delà des 12 premières semaines de gestation et certaines femmes peuvent prendre la décision de mettre un terme à leur grossesse suite à ce diagnostic (Edling, Lindstrom et Bergman, 2021 ; Lyus et al., 2013).

Indications maternelles : Un problème médical qui s'aggrave au cours de sa grossesse ou une nouvelle maladie apparaissant durant la grossesse peut mettre en danger la vie ou la santé de la personne enceinte (Kiver, Altmann, Kamhieh-Milz et Weichert, 2019). Une prééclampsie grave ou une rupture prématurée des membranes avant terme peut nécessiter une interruption volontaire de grossesse pour sauver la vie de la personne enceinte (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015).

Femmes victimes de violences : Les femmes victimes de violences sont exposées à un risque accru de demande tardive (Colarossi et Dean, 2014 ; Perry et al., 2015). Les personnes adolescentes et les jeunes personnes, en particulier celles âgées de 10 à 14 ans, sont plus susceptibles de tomber enceinte à la suite d'un viol, d'un inceste ou de relations sexuelles tarifées, et de se présenter ensuite à un stade avancé de leur grossesse pour se faire avorter (Espinoza, Samandari et Andersen, 2020).

Échec de l'avortement : Bien que l'échec de procédure soit rare, les personnes dont la grossesse se poursuit après un avortement avant 13 semaines peuvent ne pas réaliser qu'elles sont toujours enceintes avant d'atteindre 13 semaines de gestation ou plus (Gallo et Nghia, 2007).

Croyances culturelles : Dans de rares cas, il existe des croyances locales selon lesquelles un avortement à partir de 13 semaines est plus sûr qu'un avortement au cours des 12 premières semaines de gestation, ce qui peut amener les personnes à retarder la demande de soins (Marlow et al., 2014). Les données issues d'une enquête nationale représentative menée auprès des ménages en Inde ont révélé que les femmes qui n'avaient pas de fils étaient plus susceptibles de reporter leur avortement au-delà de la 13e semaine (Shekar, Sahoo et Das, 2024).

Bibliographie

African Population and Health Research Center, Ministry of Health Kenya, Ipas Kenya, & Guttmacher Institute. (2013). Incidence and complications of unsafe abortion in Kenya: Key findings of a national study. Retrieved from https://www.guttmacher.org/pubs/abortion-in-Kenya.pdf

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013, reaffirmed 2023). Practice Bulletin No. 135: Second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology, 121*(6), 1394-1406.

Bonnen, K. I., Tuijje, D. N., & Rasch, V. (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. *BioMed Central Pregnancy & Childbirth, 14*(416), 014-0416.

Cameron, S. T, Ridell, J., Brown, A., Thomson, A., Melville, C., Flett, G., … Laird, G. (2016). Characteristics of women who present for abortion towards the end of the mid-trimester in Scotland: National audit 2013-2014. European *Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 21*(2), 183-188.

Chiu, D. W., Braccia, A., & Jones, R. K. (2024). Characteristics and Circumstances of Adolescents Obtaining Abortions in the United States. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 21*(4), 477.

Colarossi, L., & Dean, G. (2014). Partner violence and abortion characteristics. *Women Health, 54*(3), 177-193.

Constant, D., Kluge, J., Harries, J., & Grossman, D. (2019). An analysis of delays among women accessing second-trimester abortion in the public sector in South Africa. *Contraception, 100*(3), 209-213.

Drey, E. A., Foster, D. G., Jackson, R. A., Lee, S. J., Cardenas, L. H., & Darney, P. D. (2006). Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. *Obstetrics and Gynecology, 107*(1), 128-135.

Edling, A., Lindstrom, L., & Bergman, E. (2021). Second trimester induced abortions dur to fetal anomalies—A population-based study of diagnoses, examinations and clinical management. *Acta Obstetricia et Gynaecologia Scandinavica, 100*, 2202-2208.

Espinoza, C., Samandari, G., & Andersen, K. (2020). Abortion knowledge, attitudes and experiences among adolescent girls: A review of the literature. *Sexual and Reproductive Health Matters, 28*(1), 175-195.

Fetters, T., Vonthanak, S., Picardo, C., & Rathavy, T. (2008). Abortion-related complications in Cambodia. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 115*(8), 957-968.

Foster, D.G., Gould, H., & Biggs, M.A. (2021). Timing of pregnancy discovery among women seeking abortion. *Contraception, 104*(6), 642-647.

Bibliographie

Foster, D. G., & Kimport, K. (2013). Who seeks abortions at or after 20 weeks? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 45*(4), 210-218.

Gallo, M. F., & Nghia, N. C. (2007). Real life is different: A qualitative study of why women delay abortion until the second trimester in Vietnam. *Social Science & Medicine, 64*(9), 1812-1822.

Gebreselassie, H., Fetters, T., Singh, S., Abdella, A., Gebrehiwot, Y., Tesfaye, S., & Kumbi, S. (2010). Caring for women with abortion complications in Ethiopia: National estimates and future implications. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 36*(1), 6-15.

Gonzalez-Rabago, Y., Rodriguez-Alvarez, E., Borrell, L. N., & Martin, U. (2017). The role of birthplace and educational attainment on induced abortion inequalities. *BMC Public Health, 17*, 69.

Gonzalez, F., Quast, T., & Venanzi, A. (2019). Factors associated with the timing of abortions. Health economics, 1-11.

Goyal, V., Wallace, R., Dermish, A.I., Kumar, B., Schutt-Aine, A., Beasley, A., & Aiken, A.R.A. (2020). Factors associated with abortion at 12 or more weeks gestation after implementation of a restrictive Texas law. *Contraception, 102*(5), 314-317.

Harries, J., Orner, P., Gabriel, M., & Mitchell, E. (2007). Delays in seeking an abortion until the second trimester: *A qualitative study in South Africa. Reproductive Health, 4*(7), 13-26.

Harris, L. H., & Grossman, D. (2011). Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 115*(1), 77-79.

Ingham, R., Lee, E., Clements, S. J., & Stone, N. (2008). Reasons for second trimester abortions in England and Wales. *Reproductive Health Matters, 16*(31 Suppl), 18-29.

Jatloui, T. C., Eckhaus, L.., Mandel, M.G.,Nguyen, A., Pduyebo, T., Petersen, E., Whiteman, M.K. (2019). Abortion surveillance-United States, 2016. *MMWR Surveillance Summaries, 68*(11): 1-41.

Jones, R. K., & Jerman, J. (2017). Characteristics and circumstances of women who obtiain very early or second trimester abortions. *PLoS ONE*, DOI: 10.1371/journal.pone.0169969.

Kebede, T. N., Abebe, K. A., Kitaw, T. M., Chekole, M. S., Haile, A. B., Yesuf, T. E., Tadese, M., Kassa, M. T., Zerihun, M. S., Taye, B. T., & Ayele, T. A. (2025). Late request for safe abortion and its determinants among reproductive age women in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. *International Journal for Equity in Health, 24*, 230.

Kiley, J. W., Yee, L. M., Niemi, C. M., Feinglass, J. M., & Simon, M. A. (2010). Delays in request for pregnancy termination: Comparison of patients in the first and second trimesters. *Contraception, 81*(5), 446-451.

Kiver, V.I., Altmann, J., Kamhieh-Milz, J. & Weichert, A. (2019) A 17-year analysis of pregnancy termination ≥14 weeks of gestation in a German level 1 perinatal center. *Journal of Perinatal Medicine, 47*(8):847-856.

Lim, L., Wong, H., Yong, E., & Singh, K. (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.

Loeber, O., & Wijsen, C. (2008). Factors influencing the percentage of second trimester abortions in the Netherlands. *Reproductive Health Matters, 16*(31 Suppl), 30-36.

Ludwigson, A., Euser, A. G., Walsh, C., Zahedi-Spung, L., S. Hirshberg, J., French-Stewart, L., Scott, J., Reeves, S., & Putra, M. (2025). Characteristics of Patients Undergoing Fetal Potassium Chloride Injection at a Single Center
Over Time. *Journal of Women's Health, 34*(6), 768–773.

Lyus, R., Robson, S., Parsons, J., Fisher, J., & Cameron, M. (2013). Second trimester abortion for fetal abnormality. *BMJ: British Medical Journal, 3*(347).

Marlow, H. M., Wamugi, S., Yegon, E., Fetters, T., Wanaswa, L., & Msipa-Ndebele, S. (2014). Women's perceptions about abortion in their communities: Perspectives from western Kenya. *Reproductive Health Matters, 22*(43),
149-158.

Mehiretie, E. B., Getahun, W. T., Fetene, M. G., & Ferede, A. A. (2025). Induced second trimester abortion and its determinants in East Gojjam public hospitals. *Scientific Reports, 15*, 25463.

Perry, R., Zimmerman, L., Al-Saden, I., Fatima, A., Cowett, A., & Patel, A. (2015). Prevalence of rape-related pregnancy as an indication for abortion at two urban family planning clinics. *Contraception, 91*(5), 393-397.

Bibliographie

Purcell, C., Cameron, S., Caird, L., Flett, G., Laird, G., Melville, C., & McDaid, L. M. (2014). Access to and experience of later abortion: Accounts from women in Scotland. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 46*(2), 101-108.

Raidoo, S., Tschann, M., Kaneshiro, B. & Sentell, T. (2020). Impact of insurance coverage for abortion in Hawai'i on gestational age at presentation and type of abortion, 2010-2013. *Hawaii Journal of Health & Social Welfare, 79*(4):117-122.

Saavedra-Avendano, B., Schiavon, R., Sanhueza, P., Rios-Polanco, R., Garcia-Martinez, L., & Darney, B. G. (2018). Who presents past the gestational age limit for first trimester abortion in the public sector in Mexico City? *PLoS One*, 13(2), e0192547.

Shekhar, C., Sahoo, H., & Das, L. (2025). Assessment of delayed termination of pregnancy in India: Evidence from National Family Health Survey, 2019–21. *Sexual & Reproductive Healthcare, 43*, 101047.

Sium, A.F., Lucero-Prisno, D.E., Wondafrash, M., Tolu, L.B., & Shiferaw, M.A. (2022). Late request for safe abortion care at a tertiary hospital in Ethiopia ; the role of emotional factors: A cross-sectional study. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 158*(2), 462-468.

Somefun, O.D., Harries, J., & Constant, D. (2021). Reproductive awareness and recognition of unintended pregnancy: Young women, key informants and health care providers perspectives in South Africa. *Reproductive Health, 19*(1), 211.

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. DOI: 10.1016/s0968-8080(13)41700-7

Ushie, B. A., Izugbara, C. O., Mutua, M. M., & Kabiru, C. W. (2018). Timing of abortion among adolescent and young women presenting for post-abortion care in Kenya: A cross-sectional analysis of nationally-representative data. *BMC Womens Health, 18*(1), 41.

Usta, M. B., Mitchell, E. M., Gebreselassie, H., Brookman-Amissah, E., & Kwizera, A. (2008). Who is excluded when abortion access is restricted to twelve weeks? Evidence from Maputo, Mozambique. *Reproductive Health Matters, 16*(31 Suppl), 14-17.

Van de Velde, S., Van Eekert, N., Van Assche, K., Sommerland, N., & Wouters, E. (2019) Characteristics of women who present for abortion beyond the legal limit in Flanders, Belgium. *Perspectives in Sexual Reproductive Health, 51(*3):175-183.

Waddington, A., Hahn, P. M., & Reid, R. (2015). Determinants of late presentation for induced abortion care. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 37*(1), 40-45.

White, K., Sierra, G., Evans, T., & Roberts, S.C.M. (2022). Abortion at 12 or more weeks' gestation and travel for later abortion care among Mississippi residents. *Contraception, 108*, 19-24.

4.2

4. Avortement à 13 semaines de gestation ou plus

Comparaison entre les méthodes

Principales informations :

- Une procédure de dilatation et évacuation et un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol ou par le misoprostol seul sont des méthodes d'avortement sûres et efficaces.
- L'avortement médicamenteux est associé à un taux plus élevé de rétention des produits de conception, d'échec de l'avortement et d'événements indésirables mineurs.
- Une procédure de dilatation et évacuation nécessite un prestataire formé et expérimenté et un équipement spécialisé.

En pratique :

- Là où la méthode par dilatation et évacuation et l'avortement médicamenteux sont tous deux disponibles, les personnes concernées doivent avoir le choix de la méthode.

Qualité des éléments factuels :

Modérée

Dernière révision :

17 octobre 2025

Comparaison entre les méthodes

Sécurité

Lors de la plus vaste étude randomisée ayant comparé les méthodes d'avortement à partir de 13 semaines de gestation, 58 patientes entre 13 et 20 semaines d'âge gestationnel ont subi une procédure de dilatation et évacuation et 52 autres ont bénéficié d'un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol (Kelly, et al., 2010). Le taux global de complications était identique pour les deux groupes (12 %), même si les types de complications rencontrés étaient différents. Cinq personnes du groupe avortement médicamenteux ont nécessité une évacuation utérine pour rétention des produits de conception et une a présenté des saignements ayant nécessité une transfusion ; une seule personne du groupe chirurgical a nécessité une nouvelle évacuation utérine, une personne a été victime d'une lacération cervicale et dans cinq autres cas il y a eu hémorragie mais sans nécessité de transfusion. Une proportion statistiquement significative des personnes randomisées pour subir un avortement médicamenteux ont présenté davantage de saignements et des douleurs plus importantes et ont été moins satisfaites de la procédure d'avortement que celles ayant subi une procédure de dilatation et évacuation. Une étude pilote randomisée portant sur dix-huit patientes entre 14 et 19 semaines de gestation a comparé la méthode par dilatation et évacuation et l'avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol et a constaté une fréquence plus importante d'événements indésirables, en particulier de rétention placentaire et de fièvre, chez les patientes ayant bénéficié d'un avortement médicamenteux, bien qu'aucun de ces événements indésirables n'ait été considéré comme grave (Grimes, Smith et Witham, 2004). Une étude prospective, non randomisée, dans laquelle des femmes cherchant à avorter entre 13 et 20 semaines de gestation ont pu choisir leur méthode d'évacuation utérine, a inclus 219 personnes ayant subi un avortement médicamenteux et 60 ayant subi une dilatation et évacuation de l'utérus, et n'a trouvé aucune différence dans les taux de complications entre les deux groupes (Tufa et al., 2021). Cependant, neuf

patientes (4 %) du groupe d'avortement médicamenteux ont dû subir une intervention supplémentaire pour terminer l'avortement (Tufa et al., 2021).

La plus vaste étude d'incidence rétrospective disponible provient du Népal et a inclus 2 294 femmes au-delà de 12 semaines de gestation ; 595 d'entre elles ont subi une procédure de dilatation et évacuation et 1 701 un avortement médicamenteux (Kapp, et al., 2020). Les complications ont globalement été rares (<1 % pour les procédures de dilatation et évacuation, 1,4 % pour les avortements médicamenteux) ; il s'agissait principalement d'hémorragies pour les deux groupes. Une étude de cohorte rétrospective menée aux États-Unis a comparé 1 049 interventions de D&E à 212 avortements médicamenteux pratiqués entre la 16e et la 24e semaine de gestation, et a mis en évidence un taux de complications plus élevé dans le groupe des avortements médicamenteux (8 % contre 17 %) (Naseem et al., 2025). La lacération cervicale était la complication la plus fréquente lors d'une D&E, tandis que l'hémorragie était la plus fréquente lors d'un avortement médicamenteux. Lors d'études d'incidence rétrospectives à plus petite échelle, les personnes ayant eu recours à un avortement médicamenteux entre 13 et 24 semaines de gestation présentaient une fréquence plus importante d'échec de l'avortement et de rétention des produits de conception nécessitant une intervention supplémentaire que celles ayant subi une procédure de dilatation et évacuation ; aucune différence n'a été observée entre les deux méthodes quant au taux d'événements indésirables majeurs, y compris infections, transfusions, hystérectomie et décès. (Autry, et al., 2002 ; Sonalkar, et al., 2017). Une petite étude de cohorte rétrospective comparant les personnes subissant un avortement médicamenteux (n = 77) ou une D&E (n = 41) pour une mort fœtale intra-utérine entre 13 et 24 semaines a révélé des taux de complications similaires dans les deux groupes (19 % et 17 % respectivement), bien que 2 patientes du groupe avortement médicamenteux (3 %) aient connu une complication majeure (McLaren et al., 2022).

Dans les études publiées ayant comparé l'avortement médicamenteux à la méthode par dilatation et évacuation, le taux d'intervention après avortement médicamenteux pourrait être artificiellement élevé parce que l'échec était défini comme l'absence d'expulsion dans les 24 heures (Bryant et al., 2011) et la rétention placentaire était diagnostiquée après deux heures (Grimes et al., 2004). Dans la pratique, on peut admettre une durée plus longue pour qu'un avortement médicamenteux soit considéré comme réussi.

Conséquences périnatales ultérieures

Une étude finnoise basée sur un registre des mères ayant donné naissance à leur premier enfant a comparé l'incidence de conséquences périnatales indésirables entre celles sans antécédents d'avortement antérieur (364 392 femmes), celles avec un antécédent d'avortement médicamenteux ou chirurgical jusqu'à 12 semaines de gestation (46 589 femmes) et celles avec un antécédent d'avortement médicamenteux ou chirurgical au-delà de 12 semaines de gestation (7 709 femmes) (KC, Gissler et Klemetti, 2020). Les investigateurs ont constaté que le risque de toute conséquence périnatale indésirable ultérieure était faible mais que ce risque augmentait avec l'âge gestationnel au moment de l'interruption volontaire de grossesse. Les femmes ayant subi un avortement médicamenteux tardif présentaient un risque de naissance avant terme et de faible poids à la naissance 1,4 fois supérieur par rapport à celles ayant subi un avortement médicamenteux plus précoce. Les femmes ayant subi un avortement chirurgical tardif présentaient un risque 2,6 fois supérieur d'accouchement fortement prématuré et un risque 1,5 fois supérieur de très faible poids à la naissance par rapport à celles ayant subi un avortement chirurgical plus précoce.

Importance du choix

Les conditions d'un avortement médicamenteux et d'une procédure de dilatation et évacuation sont extrêmement variables ; là où les deux méthodes d'avortement sont disponibles, si une personne est éligible pour chacune des deux, cette personne doit avoir la possibilité de choisir elle-même la méthode. Le choix de la méthode d'avortement est une chose extrêmement personnelle (Kerns et al., 2018) : certaines personnes préfèrent la rapidité et la prédictibilité d'une procédure de dilatation et évacuation, tandis que d'autres préfèrent une procédure ressemblant davantage à un véritable accouchement avec un fœtus intact (Kelly et al., 2010 ; Kerns et al., 2012). L'acceptabilité et la satisfaction vis-à-vis de la procédure d'avortement sont

maximales lorsque chaque individu peut avoir recours à la méthode de son choix (Kapp et Lohr, 2020). Les deux études randomisées citées plus haut (Kelly et al., 2010 ; Grimes et al., 2004) ont rencontré des difficultés de recrutement en raison de la préférence marquée des personnes concernées pour une méthode par rapport à l'autre, généralement une procédure de dilatation et évacuation. Dans la plus récente de ces études, 100 % des patientes randomisées pour subir une procédure de dilatation et évacuation déclarent qu'elles opteraient à nouveau pour cette méthode contre seulement 53 % de celles randomisées pour un avortement médicamenteux (Kelly et al., 2010). Pour choisir le type de procédure d'avortement qui leur convient le mieux, les personnes doivent recevoir des informations adéquates sur les deux méthodes d'avortement et avoir la possibilité de prendre leur décision en toute autonomie (Kerns et al., 2018).

Bibliographie

Autry, A. M., Hayes, E. C., Jacobson, G. F., & Kirby, R. S. (2002). A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 187*(2), 393-397.

Bryant, A. G., Grimes, D. A., Garrett, J. M., & Stuart, G. S. (2011). Second-trimester abortion for fetal anomalies or fetal death: Labor induction compared with dilation and evacuation. *Obstetrics & Gynecology, 117*(4), 788-792.

Grimes, D. A., Smith, M. S., & Witham, A. D. (2004). Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: A pilot randomised controlled trial. *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 111*(2), 148-153.

Kapp, N., Griffin, R., Bhattarai, N., & Dangol, D.S. (2020). Does prior ultrasonography affect the safety of induced abortion at or after 13 weeks' gestation? A retrospective study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, doi: 10.1111/aogs.14040. Epub ahead of print. PMID: 33185906.

Kapp, N. & Lohr, P.A. (2020). Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology, 63*, 37-44.

KC, S., Gissler, M., & Klemetti, R. (2020). The duration of gestation at previous induced abortion and its impacts on subsequent births: A nationwide registry based study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 99(5), 651-659.

Kelly, T., Suddes, J., Howel, D., Hewison, J., & Robson, S. (2010). Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13-20 weeks of gestation: A randomised controlled trial. *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 117*(12), 1512-1520.

Kerns, J. L., Light, A., Dalton, V., McNamara, B., Steinauer, J., & Kuppermann, M. (2018). Decision satisfaction among women choosing a method of pregnancy termination in the setting of fetal anomalies and other pregnancy complications: A qualitative study. *Patient Education and Counseling, 101*(10), 1859-1864.

Kerns, J., Vanjani, R., Freedman, L., Meckstroth, K., Drey, E. A., & Steinauer, J. (2012). Women's decision making regarding choice of second trimester termination method for pregnancy complications. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 116*(3), 244-248.

McLaren, H., Cancino, D., McCulloch, M. Wolff, S., & French, V. (2022). Rates of complication for dilation and evacuation versus induction of labor in treatment of second trimester intrauterine fetal demise. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology, 277*, 16-20.

Naseem, A., Valenzuela, A., Venuti, K., Kominiarek, M. A., Lancki, N., & Kiley, J. W. (2025). Medication abortion and procedural abortion in the second trimester: Comparison of complications at 16–23 6/7 Weeks' gestation. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 314*.

Sonalkar, S., Ogden, S. N., Tran, L. K., & Chen, A. Y. (2017). Comparison of complications associated with induction by misoprostol versus dilation and evacuation for second-trimester abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 138*, 272-275.

Tufa, T.H., Prager, S., Wondafrash, M., Mohammed, S., Byl, N., & Bell, J., (2021). Comparison of surgical versus medical termiantion of pregnancy between 13-20 weeks of gestation in Ethiopia: A quasi-experimental study. *PLoS One, 16*(4), e0249529.

4.3

4. Avortement à 13 semaines de gestation ou plus

Détermination de l'âge gestationnel

Informations clés :

- L'âge gestationnel doit être calculé à partir de la date des dernières règles (DDR) indiquée par la personne en association avec un examen clinique.
- Le recours systématique à une échographie pour la détermination de l'âge gestationnel n'est pas nécessaire.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Modérée	17 octobre 2025

Importance d'une détermination précise de l'âge gestationnel

Une erreur de détermination de l'âge gestationnel peut augmenter les risques associés à un avortement. En cas de sous-estimation de l'âge gestationnel avant une procédure de dilatation et évacuation, les prestataires de soins risquent de ne pas avoir l'expérience requise et de ne pas disposer de l'équipement nécessaire pour réaliser la procédure en toute sécurité. Une évaluation précise de l'âge gestationnel peut aider les prestataires de soins à déterminer si leur centre est équipé pour réaliser la procédure requise ou aiguiller la patiente vers une autre institution si nécessaire.

Détermination de l'âge gestationnel

La détermination de l'âge gestationnel par examen bimanuel et sur la base de la date des dernières règles de la personne concernée a fait ses preuves dans le cadre des soins anténatals, de même que le recours à l'échographie. Aucune étude prospective n'a comparé la précision des différentes méthodes de détermination de l'âge gestationnel avant un avortement au-delà de 12 semaines de gestation ; néanmoins, dans un groupe rétrospectif de 2 223 femmes ayant subi un avortement au-delà de 12 semaines de gestation au Népal, l'âge gestationnel évalué par la mesure du pied du fœtus après expulsion de la grossesse était en étroite corrélation avec les évaluations par échographie (81 %), par un examen clinique (77 %) et par la date des dernières règles (72 %) (Kapp, et al., 2020). Aux États-Unis, la quasi-totalité des prestataires de soins ont recours à l'échographie pour la détermination de l'âge gestationnel au-delà de 12 semaines de gestation, mais il n'existe pas de données en provenance d'autres pays.

Avant un avortement médicamenteux, on peut estimer l'âge gestationnel en se basant sur le premier jour des dernières règles de la patiente et sur un examen clinique incluant un examen bimanuel et une palpation de l'abdomen (Nautiyal, et al., 2015 ; Ngoc et al., 2011 ; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2022a ; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2024). La mesure de la hauteur utérine, comme cela se fait dans le cadre des soins obstétricaux usuels, peut fournir des informations supplémentaires lorsque l'âge gestationnel augmente (Pugh et al., 2018). On peut recourir à l'échographie pour confirmer l'âge gestationnel en cas de discordance entre la date des dernières règles et l'examen clinique ou en cas de doute sur l'âge gestationnel, mais cela n'est pas indispensable avant un avortement médicamenteux.

Dans les études publiées sur la méthode de dilatation et évacuation, notamment dans les rapports de mise en œuvre des programmes de la méthode de dilatation et évacuation (Castleman, et al., 2006 ; Jacot et al., 1993), l'échographie était systématiquement utilisée pour déterminer ou confirmer l'âge gestationnel avant une procédure de dilatation et évacuation. Néanmoins, un rapport publié (Altman, et al., 1985), des données programmatiques non publiées (A. Edelman, communication personnelle, 12 janvier 2018) et des avis de spécialistes sont en faveur de l'utilisation de la date des dernières règles et d'un examen clinique pour la détermination de l'âge gestationnel, en recourant à l'échographie si nécessaire (RCOG, 2022 ; OMS, 2024). Si on a recours à l'échographie, le diamètre biparié tal est une méthode simple et précise pour confirmer l'âge gestationnel (Goldstein et Reeves, 2009). On peut utiliser la mesure de la longueur du fémur pour confirmer le diamètre biparié tal ou l'utiliser seule si l'on a des difficultés techniques à obtenir une mesure du diamètre biparié tal.

En cas de mort fœtale, d'avortement incomplet ou de soins après avortement, il peut y avoir discordance entre la DDR et la taille de l'utérus ; on doit alors traiter en fonction de la taille de l'utérus (RCOG, 2022, OMS, 2024).

Après l'avortement, le clinicien peut confirmer l'âge gestationnel en comparant les mensurations réelles du fœtus (longueur du pied) à l'âge gestationnel attendu (Drey, et al., 2005 ; Mokkarala, et al., 2020). Cette comparaison permet d'obtenir un contrôle de la précision de l'estimation préalable de l'âge gestationnel. Des outils de détermination de l'âge gestationnel, notamment des mesures du fœtus, sont repris dans les manuels d'Ipas 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 gestation (2017), à la page 38, et Guide de référence sur l'avortement médicamenteux : Interruption volontaire de grossesse et soins après avortement à partir de la treizième semaine de gestation (2017), à la page 30.

Bibliographie

Altman, A. M., Stubblefield, P. G., Schlam, J. F., Loberfeld, R., & Osanthanondh, R. (1985). Midtrimester abortion with laminaria and vacuum evacuation on a teaching service. *The Journal of Reproductive Medicine, 30*(8), 601-606.

Castleman, L. D., Oanh, K. T. H., Hyman, A. G., Thuy, L. T. T., & Blumenthal, P. D. (2006). Introduction of the dilation and evacuation procedure for second-trimester abortion in Vietnam using manual vacuum aspiration and buccal misoprostol. *Contraception, 74*, 272-276.

Drey, E. A., Kang, M. S., McFarland, W., & Darney, P. D. (2005). Improving the accuracy of fetal foot length to confirm gestational duration. *Obstetrics & Gynecology, 105*(4), 773-778.

Edelman, A., & Kapp, N. (2017). *Dilatation & Evacuation (D&E) Reference Guide: Induced abortion and postabortion care at or after 13 weeks gestation*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Edelman, A., & Mark, A. (2017). *Medical Abortion Reference Guide: Induced abortion and postabortion care at or after 13 weeks gestation*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Goldstein, S. R., & Reeves, M. F. (2009). Clinical assessment and ultrasound in early pregnancy. In M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield & M. D. Creinin (Eds.), *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*. Oxford: Wiley-Blackwell.

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

Kapp, N., Griffin, R., Bhattarai, N., & Dangol, D.S. (2020). Does prior ultrasonography affect the safety of induced abortion at or after 13 weeks' gestation? A retrospective study. A*cta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, doi: 10.1111/aogs.14040. Epub ahead of print. PMID: 33185906.

Kulier, R., & Kapp, N. (2011). Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception, 83*(1), 30-33.

Bibliographie

Mokkarala, S., Creinin, M. D., Wilson, M. D., Yee, N. S., & Hou, M. Y. (2020). Comparing preoperative dating and postoperative dating for second-trimester surgical abortions. *Contraception, 101*(1), 5-9.

Nautiyal, D., Mukherjee, K., Perhar, I., & Banerjee, N. (2015). Comparative study of misoprostol in first and second trimester abortions by oral, sublingual, and vaginal routes. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India, 64*(4), 246-250.

Pugh, S. J., Ortega-Villa, A. M., Grobman, W., Newman, R. B., Owen, J., Wing, D. A., ...Grantz, K. L. (2018). Estimating gestational age at birth from fundal height and additional anthropometrics: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 125*(11), 1397-1404.

Ngoc, N. T. N., Shochet, T., Raghavan, S., Blum, J., Nga, N. T. B., Minh, N. T. H., & Winikoff, B. (2011) Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 118*(3), 601-608.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022a). *Best practice in abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022b). *Best practice in postabortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecolgists.

White, K. O., Jones, H. E, Shorter, J., Norman, W. V., Guilbert, E., Lichtenberg, E. S., & Paul, M. (2018). Second-trimester surgical abortion practices in the United States. *Contraception, 98*, 95-99.

4.4

4. Avortement à 13 semaines de gestation ou plus

Induction de mort fœtale

Recommandation :

- L'induction de mort fœtale avant un avortement médicamenteux ou par dilatation et évacuation à partir de 13 semaines de gestation n'augmente pas la sécurité de l'avortement. Il peut toutefois y avoir des raisons légales, propres au centre ou éthiques pour induire la mort fœtale avant la procédure.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Faible	17 octobre 2025

Contexte

Certains prestataires provoquent la mort du fœtus avant un avortement médicamenteux ou une procédure de dilatation et évacuation à partir de 13 semaines de gestation, cela pour diverses raisons. La personne enceinte, le prestataire ou le personnel soignant préfèrent parfois que la mort du fœtus ait lieu avant la procédure d'avortement (Jackson, et al., 2001) ou ce choix peut être dicté par les pratiques de l'institution. En outre, la mort fœtale induite constitue un moyen d'éviter une survie transitoire du fœtus après un avortement médicamenteux. Une vaste étude de cohorte rétrospective menée au Canada, portant sur 13 777 avortements pratiqués entre la 15e et la 29e semaine de gestation, a révélé qu'une survie fœtale transitoire s'était produite dans 11 % des cas et que ce risque augmentait avec l'avancement de la grossesse (Auger et al., 2024).

Sécurité et avantages de l'induction de mort fœtale

Une étude de cohorte rétrospective a comparé des personnes ayant reçu une injection de digoxine avant une procédure de dilatation et évacuation à des témoins n'ayant pas reçu de digoxine et a mis en évidence une augmentation des complications, notamment davantage d'hospitalisations, d'expulsions en-dehors de l'établissement hospitalier et d'infections chez le groupe de personnes ayant reçu de la digoxine (Dean et al., 2012). Une série de cas cliniques reprenant près de 5 000 avortements par dilatation et évacuation réalisés après une injection de digoxine rapporte des taux d'expulsion en-dehors du centre de soins (0,3 %) et d'infection (0,04 %) que les auteurs ont jugé suffisamment faibles pour être considérés comme acceptables (Steward, et al., 2012). Une étude de cohorte rétrospective ayant comparé des femmes qui avaient subi ou non une injection de chlorure de potassium dans le cœur du fœtus avant une procédure de dilatation et évacuation a montré que, même si la durée de la procédure était réduite de 3,5 minutes après induction de mort fœtale, les femmes éprouvaient par contre davantage de douleur et l'incidence d'atonie utérine était augmentée (Lohr, et al., 2018).

Une étude de cohorte rétrospective menée en Éthiopie a comparé l'administration intra-amniotique de digoxine, l'injection intracardiaque de lidocaïne et l'absence d'induction chez 208 patientes ayant subi un avortement médicamenteux entre la 20e et la 28e semaine de gestation ; elle n'a révélé aucune différence entre les trois groupes en ce qui concerne le délai entre l'induction et l'avortement ou le taux de réussite de l'avortement (Sium, Shimles et Gudu, 2023). Deux études de cohorte comparatives rétrospectives ont mesuré l'effet d'une injection intracardiaque de chlorure de potassium sur le délai entre induction et avortement lorsqu'elle

était administrée avant un avortement médicamenteux. Lors de l'une de ces études, où l'âge gestationnel se situait entre 17 et 28 semaines, le délai entre induction et avortement était significativement plus court chez les femmes ayant reçu l'injection (15 heures), que chez celles ne l'ayant pas reçue (19,9 heures) (Akkurt et al., 2018). Une étude similaire portant sur des femmes chez qui l'âge gestationnel moyen était de 21 semaines n'a pas mis en évidence de différence en termes de délai avant avortement entre celles ayant reçu une injection de chlorure de potassium pour provoquer la mort fœtale avant la procédure (35 heures) et celles n'ayant pas reçu une telle injection (32 heures) (Sik, et al., 2019). L'utilisation de chlorure de potassium avant un avortement médicamenteux est associée à une dégénérescence tissulaire accrue lors de l'autopsie fœtale (Chiu et al., 2025).

Technique

On peut provoquer la mort du fœtus avant un avortement à partir de 13 semaines de gestation en injectant soit du chlorure de potassium ou de la xylocaïne directement dans le cœur du fœtus, soit de la digoxine dans le fœtus ou dans le liquide amniotique (Nandi, Schultz et Roncari, 2022).

Chlorure de potassium/xylocaïne : Une injection de chlorure de potassium ou de xylocaïne exige des compétences techniques en matière de guidance échographique et engendre davantage de risques potentiels en raison de la possibilité d'injection intravasculaire chez la mère, qui peut provoquer un arrêt cardiaque (Borgatta et Kapp, 2011 ; Coke, et al., 2004 ; Maurice, et al., 2019). Une étude randomisée portant sur 158 personnes enceintes, entre 22 et 36 semaines de gestation, a comparé deux méthodes d'injection : l'injection intraventriculaire de potassium et l'injection intraseptale. Elle a constaté que les deux méthodes présentaient un taux de réussite de 100 %, sans aucune complication. L'injection intraseptale a permis d'obtenir une asystolie plus rapidement avec des doses plus faibles de chlorure de potassium que l'injection intraventriculaire (Süzen Çaypınar et al., 2023). Dans une étude de cohorte rétrospective portant sur 80 personnes enceintes entre 21 et 27 semaines, l'administration de xylocaïne intracardiaque a entraîné la mort du fœtus dans 95 % des cas, sans effets indésirables graves, bien que deux personnes ayant participé à cette étude aient présenté des effets secondaires attribués à l'injection (Tolu et al., 2020).

Digoxine : La digoxine doit être injectée par voie trans-abdominale ou trans-vaginale (Tocce, et al., 2013) un à deux jours avant la date prévue de la procédure d'avortement.

Lors d'une étude pharmacocinétique portant sur huit femmes ayant reçu une injection intra-amniotique de 1 mg de digoxine avant une procédure de dilatation et évacuation entre 19 et 23 semaines, les taux de digoxine sérique maternels se situaient dans l'étroite marge thérapeutique et n'ont pas été associés à des effets cardiaques (Drey, et al., 2000). Une étude pilote randomisée d'injection intra-amniotique ou intra-fœtale de digoxine à la dose de 1 mg ou de 1,5 mg a permis d'observer un taux global de mort fœtale de 87 %, sans aucune différence en termes d'efficacité en fonction de la dose ou de la voie d'administration (Nucatola, Roth et Gatter, 2010). Lors d'une étude de cohorte prospective portant sur 59 femmes subissant une interruption volontaire de grossesse entre 21 et 30 semaines, une injection intra-amniotique de 2 mg de digoxine a abouti à la mort fœtale dans plus de 90 % des cas, cela sans effets dommageables pour la mère (Sharvit et al., 2018). Dans une étude de cohorte rétrospective incluant 49 personnes ayant subi un avortement médical entre 20 et 27 semaines, la digoxine—1mg, administrée par voie intra-amniotique a entraîné la mort du fœtus dans 90 % des cas. Dans le cas de deux personnes, l'expulsion des produits de conception a eu lieu en dehors de l'hôpital (Tufa, et al., 2020). Une étude de cohorte prospective a comparé l'efficacité de la lidocaïne intra-amniotique (n = 50) à celle de la digoxine (n = 101) avant un avortement médicamenteux entre la 20e et la 28e semaine de gestation. Elle n'a révélé aucune différence entre les deux groupes en ce qui concerne l'intervalle entre l'induction et l'avortement ou l'efficacité du traitement, bien que l'intervalle entre l'administration du médicament et l'asystolie fœtale ait été plus long dans le groupe sous digoxine (Sium et al., 2025). Au sein de cette même cohorte de patientes, la digoxine intra-amniotique a été mieux acceptée par les patientes que la lidocaïne (Sium, Prager et Reeves, 2024).

Bibliographie

Akkurt, M. O., Akkurt, I., Yavuz, A., Yalcin, S. E., Coskun, B., & Sezik, M. (2018). The Utility of Feticide Procedure to Shorten the Induction-to-Abortion Interval in Medical Abortion. *Gynecology and Obstetric Investigation*, 1-7. DOI: 10.1159/000491085.

Auger, N., Brousseau, É., Ayoub, A., & Fraser, W. D. (2024). Second-trimester abortion and risk of live birth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 230*(6), 679.e1-679.e9.

Borgatta, L., & Kapp, N. (2011). Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception, 84*(1), 4-18.

Chui, K., Terry, J., Hutcheon, J. A., Mayer, C., & Liauw, J. (2025). Potassium chloride intracardiac fetal injection and tissue degeneration at fetal autopsy following induction abortion. *Contraception, 150*.

Coke, G. A., Baschat, A. A., Mighty, H. E., & Malinow, A. M. (2004). Maternal cardiac arrest associated with attempted fetal injection of potassium chloride. *International Journal of Obstetric Anesthesia, 13*(4), 287-290.

Dean, G., Colarossi, L., Lunde, B., Jacobs, A. R., Porsch, L. M., & Paul, M. E. (2012). Safety of digoxin for fetal demise before second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Contraception, 85*(2), 144-149.

Denny, C. C., Baron, M. B., Lederle, L., Drey, E. A., & Kerns, J. L. (2015). Induction of fetal demise before pregnancy termination: *Practices of family planning providers. Contraception, 92*(3), 241-245.

Drey, E. A., Thomas, L. J., Benowitz, N. L., Goldschlager, N., & Darney, P. D. (2000). Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 182*(5), 1063-1066.

Lohr, P. A., Parsons, J. H., Taylor, J., & Morroni, C. (2018). Outcomes of dilation and evacuation with and without feticide by intra-cardiac potassium chloride injection: a service evaluation. *Contraception, 98*, 100-5.

Maurice, P., Letourneau, A., Benachi, A., & Jouannic, J.M. (2019). Feticide in second- and third-trimester termination of pregnancy for fetal anomalies: Results of a national survey. *Prenatal Diagnosis, 39*(13), 1269-1272.

Nandi, P., Schultz, A., & Roncari, D. (2022). The Use of Feticidal Agents Before Dilation and Evacuation or Induction of Labor for Later Abortion. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 65*(4), 708.

Nucatola, D., Roth, N., & Gatter, M. (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.

Sharvit, M., Klein, Z., Silber, M., Pomeranz, M., Agizim, R., Schonman, R., & Fishman, A. (2019). Intra-amniotic digoxin for feticide between 21 and 30 weeks of gestation: A prospective study. B*JOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 126*(7), 885-889.

Sik, A., Bilecan, S., Kumbasar, S., Akpak, Y.K., & Aba, Y.A. (2019). Does feticide shorten termination duration in second trimester pregnancy termination? *African Health Science, 19*(1), 1544-1553.

Sium, A. F., Lemma, K., Beyene, Z., Tolu, L. B., Hailu, D., Reeves, M. F., & Prager, S. (2025). Inducing fetal demise in a low-middle income country: A prospective cohort of intracardiac lidocaine versus intra-amniotic digoxin for inducing fetal demise before second-trimester medication abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 170*(3), 1262–1266.

Sium, A. F., Prager, S., & Reeves, M. (2025). Patient acceptability of intra-amniotic digoxin versus intracardiac lidocaine for inducing foetal demise prior to second trimester medical abortion: a prospective cohort. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 30*(2), 119–122.

Sium, A. F., Shimeles, T., & Gudu, W. (2023). The effect of induced fetal demise on induction to expulsion interval during later medication abortion: A retrospective cohort. *Contraception, 125*.

Steward, R., Melamed, A., Kim, R., Nucatola, D., & Gatter, M. (2012). Infection and extramural delivery with use of digoxin as a feticidal agent. *Contraception, 85*(2), 150-154.

Süzen Çaypınar, S., Oğlak, S. C., Polat, İ., Kurt Bilirer, K., Sezer, S., Gedik Özköse, Z., & Karakaş, S. (2023). A new and more effective feticide technique in late termination of pregnancy: potassium chloride injection into the interventricular septum of the fetal heart. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 307*(3), 779–787.

Tocce, K., Sheeder, J.L., Edwards, L.J., & Teal, S. (2013). Feasibility, effectiveness and safety of transvaginal digoxin administration prior to dilation and evacuation. *Contraception, 88*(6), 706-711.

Bibliographie

Tolu, L.B., Tufa, T.H., Abas, F., Kahn, C., MacAfee, L., Prager, S. & Bell, J.D. (2021). Intra-cardiac lidocaine administration to induce fetal demise before late second-trimester abortion: Retrospective review. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 153*(1), 125-129.

Tufa, T.H., Lavelanet, A.F., Belay, L., Seboka, B., & Bell, J. (2020). Feasibility of intra-amniotic digoxin administration by obstetrics and gynecology trainees to induce fetal demise prior to medical abortion beyond 20 weeks. *BMJ Sexual and Reproductive Health, 46*(4), 308-312.

4.5

4. Avortement à 13 semaines ou plus de gestation

Suivi

Recommandation :

- Des soins de suivi systématiques ne sont pas nécessaires, sauf si la personne concernée le souhaite ou le demande ou si la méthode contraceptive qu'elle a choisi le nécessite.
- Au moment de l'avortement, la patiente doit recevoir des informations adéquates sur les soins après avortement et les signes d'alerte.

Poids de la recommandation :
Faible

Qualité des éléments factuels :
Modérée

Dernière révision :
17 octobre 2025

Suivi

Il n'y a pas de données scientifiques démontrant qu'un suivi systématique est bénéfique après un avortement sans complication après 13 semaines de gestation. En outre, il n'y a pas d'éléments factuels indiquant qu'un examen pelvien est bénéfique chez une personne asymptomatique si elle revient pour une visite de suivi de routine. les personnes qui subissent un avortement à 13 semaines ou plus doivent être informées de manière adéquate des raisons médicales pour lesquelles elles doivent revenir pour le suivi, et doivent recevoir les fournitures et les informations appropriées pour répondre à leurs besoins en matière de contraception. Un suivi peut être proposé aux patientes ; une consultation de suivi peut inclure une évaluation du vécu du deuil, un soutien émotionnel et un examen des stratégies permettant de soulager les symptômes physiques, notamment l'engorgement mammaire (Spach et Henkel, 2024).

Qualité des éléments factuels

Très faible. La recommandation repose sur l'opinion de spécialistes (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2022 ; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2024).

Bibliographie

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Best practice in abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Spach, N. C., & Henkel, A. (2024). Aftercare following second trimester abortion procedures. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 36*(6), 388.

4.6 Dilatation et évacuation

4.6.1. Préparation cervicale

Recommandation :

- Une préparation cervicale préopératoire est systématiquement recommandée avant une procédure de dilatation et évacuation.
- On peut employer des dilatateurs osmotiques, du misoprostol ou de la mifépristone pour la préparation du col. Le choix dépendra de la disponibilité et du coût des produits, de l'âge gestationnel et du moment de la procédure.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	élevée	17 octobre 2025

Contexte

Une préparation cervicale avant une procédure de dilatation et évacuation diminue le risque de complications (Fox et Krajewski, 2014 ; Peterson, et al., 1983). On ne dispose que de données limitées pour proposer une méthode de préparation cervicale comme étant la meilleure avant une procédure de dilatation et évacuation car les études existantes proposent des comparaisons hétérogènes, donnent des résultats indirects pour les événements indésirables, portent sur des échantillons de petite taille et incluent peu de personnes enceintes de plus de 20 semaines (Ralph et Shulman, 2019 ; Tufa et al., 2025). Même si les études disponibles indiquent des différences en termes de dilatation cervicale ou de durée de la procédure, elles ne portent pas sur un nombre suffisant de patientes pour mettre en évidence des différences en ce qui concerne des conséquences plus graves telles que lésions cervicales ou utérines ou impossibilité de réaliser la procédure (O'Shea et al., 2021). Une étude de cohorte rétrospective de non-infériorité a rapporté les taux de complications chez des patientes dont l'âge gestationnel était compris entre 14 et 16 semaines et qui avaient bénéficié d'une préparation cervicale sur deux jours (n = 455 patientes ayant reçu des dilatateurs osmotiques sur deux jours, avec ou sans misoprostol) ou d'une préparation cervicale en une seule journée (n = 864 patientes ayant reçu des dilatateurs osmotiques en une seule journée, avec ou sans misoprostol, ou du misoprostol seul en une seule journée), et n'a constaté aucune différence dans les taux de complications entre les groupes (Ngo et al., 2023). Le choix de la méthode est souvent limité par sa disponibilité, particulièrement là où les ressources sont limitées.

Tableau4.6.1 : Méthodes de préparation du col

Méthode	Administration	Remarque
Dilatateurs osmotiques (laminaires ou dilatateurs osmotiques synthétiques)	6 à 24 heures avant la procédure	Les dilatateurs osmotiques synthétiques peuvent être utilisés le jour de la procédure de dilatation et évacuation
Misoprostol	400 µg par voie buccale ou vaginale 3 heures avant la procédure	Peut être utilisé comme unique traitement jusqu'à 18 semaines, données extrêmement limitées en faveur de son utilisation comme unique traitement au-delà de 18 à 20 semaines Peut être associé à des dilatateurs osmotiques ou à la mifépristone Peut être répété si nécessaire
Mifépristone	200 mg par voie orale 24 à 48 heures avant la procédure	Données limitées en faveur de son utilisation comme unique traitement au-delà de 18 semaines Souvent utilisée avant le misoprostol

Dilatateurs osmotiques

Les dilatateurs osmotiques sont sûrs et efficaces et leur utilisation n'augmente pas la morbidité infectieuse (Bryman, Granberg et Norström, 1988 ; Fox et Krajewski, 2014 ; Jonasson, et al., 1989 ; Peterson et al., 1983). Un examen systématique de Cochrane en 2025 ainsi qu'une méta-analyse portant sur la préparation cervicale avant une procédure de D&E entre 14 et 24 semaines de gestation a montré que la préparation cervicale à l'aide de dilatateurs osmotiques induisait une meilleure dilatation cervicale et réduisait la difficulté de la procédure comparé aux schémas de traitement sans dilatateurs (Tufa et al., 2025) ; mais les schémas de traitement incluant des dilatateurs étaient également associés à une baisse de la satisfaction des personnes concernées. (O'Shea et al., 2021). Dans une étude randomisée et contrôlée, les dilatateurs synthétiques placés le jour même de la procédure de D&E ont eu pour résultat une dilatation cervicale initiale moins importante et ont nécessité davantage de dilation mécanique que la pose de laminaires la nuit précédente ; aucune différence n'a toutefois été observée entre les deux groupes en termes de durée de la procédure ou en termes de complications (Newmann et al., 2014 ; Tufa et al., 2025). La décision quant au nombre de dilatateurs et au moment de leur utilisation doit être prise sur une base individuelle, en tenant compte du type et de la taille des dilatateurs, de l'âge gestationnel, de la parité et de la souplesse du col, ainsi que de l'expérience du prestataire (Fox et Krajewski, 2014 ; Diedrich, Drey et Newmann, 2020).

Les personnes éprouvent de la douleur à la fois lors de la mise en place des dilatateurs et lorsque ceux-ci dilatent le col de l'utérus pendant la nuit ; la douleur atteint le plus souvent son paroxysme deux heures après la mise en place des dilatateurs (Creinin et al., 2020 ; Liu et Flink-Bochacki, 2020 ; Nagendra et al., 2020) et ne varie pas en fonction du type de dilatateurs utilisé (Liu et Flink-Bochacki, 2020). Dans des études randomisées et contrôlées, l'administration par le prestataire de soins d'un bloc paracervical (Shaw et al., 2021 ; Soon et al., 2017) ou auto-administration de 2 % de gel de lidocaïne (Schivone et al., 2019) avant l'insertion de dilatateurs osmotiques atténue la gêne occasionnée par la mise en place des dilatateurs. De plus, l'administration d'anti-inflammatoire non stéroïdiens (AINS) réduit la sensation de contractions douloureuses dans les heures qui suivent leur insertion et jusqu'au moment de la procédure, comparé à des opiacés administrés par voie orale (Nagendra et al., 2020).

Misoprostol

Le misoprostol est peu coûteux, sûr (Nucatola, et al., 2008) et plus aisément disponible que des dilatateurs osmotiques dans des contextes où les ressources sont limitées. Il peut être utilisé pour la préparation cervicale avant une procédure de dilatation et évacuation jusqu'à 20 semaines de gestation (Fox et Krajewski, 2014 ; O'Connell, et al., 2008 ; Shakir-Reese et al., 2019 ; Tufa et al., 2025) ; on ne dispose que de données limitées en en faveur de l'utilisation du misoprostol comme unique traitement au-delà de 18 semaines (Maurer, Jacobson et Turok, 2013 ; Shakir-Reese et al., 2019). Dans les études ayant comparé les dilatateurs osmotiques au misoprostol, les dilatateurs induisaient une dilatation plus marquée (Goldberg et al., 2005 ; Sagiv et al., 2015 ; Shakir-Reese et al., 2019). Par contre, chez les personnes ayant reçu du misoprostol pour la préparation du col, la procédure pouvait en toute sécurité être réalisée le même jour (Bartz et al., 2013 ; Goldberg et al., 2005 ; Sagiv et al., 2015) et les personnes préféraient souvent le misoprostol aux dilatateurs (Goldberg et al., 2005). On peut administrer du misoprostol à des personnes avec des antécédents d'accouchement par césarienne car une rupture de l'utérus est rare (Fox et Krajewski, 2014). Une étude a porté sur l'utilisation le même jour de dilatateurs osmotiques et d'un traitement adjuvant à base de 400 µg de misoprostol comparé au misoprostol seul 4 à 6 heures avant une procédure de dilatation et évacuation jusqu'à 20 semaines de gestation. Le résultat était une durée comparable de la procédure entre les deux groupes, en dépit du fait que le groupe dilatateur osmotique plus misoprostol présentait une dilatation significativement plus importante au début de la procédure (Shakir-Reese et al., 2019). Comme la mise en place de dilatateurs osmotiques prend davantage de temps que celui gagné suite à la dilatation initiale plus importante, la durée totale de la procédure (mise en place des dilatateurs osmotiques plus procédure de dilatation et évacuation) a été plus longue de 3,2 minutes parmi le groupe dilatateur osmotique plus misoprostol.

Misoprostol plus dilatateurs osmotiques

Une revue Cochrane de 2025 et une méta-analyse sur la préparation cervicale entre 12 et 24 semaines ont inclus quatre essais contrôlés randomisés comparant le misoprostol à un placebo en complément de laminaires laissées en place pendant une nuit ont constaté que le misoprostol adjuvant ne modifiait pas la capacité à mener l'intervention à terme, mais réduisait la durée de l'intervention et la nécessité d'une dilatation initiale (Tufa, et al., 2025). Les effets indésirables sont plus sévères dans le groupe ayant pris du misoprostol (Cahill, et al., 2019 ; Drey et al., 2013 ; Edelman, et al., 2006 ; Goldberg et al., 2015). Le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists et la Society of Family Planning recommandent de ne pas administrer de misoprostol comme adjuvant aux patientes qui ont reçu des insertions de dilatateurs sans complication la veille de la D&E (Diedrich, Drey et Newmann, 2020 ; O'Shea et al., 2021), tandis que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande d'ajouter un médicament adjuvant (misoprostol, mifépristone, ou les deux) aux dilatateurs osmotiques pour la D&E à partir de 19 semaines ou plus (OMS, 2024).

Deux études prospectives randomisées à petite échelle ont examiné l'association de misoprostol à des dilatateurs pour une procédure de D&E le même jour (Borras et al., 2016 ; Kim et al., 2022 2016). Les investigateurs ont arrêté prématurément ces deux études l'une en raison de la difficulté de recruter des personnes disposées à participer (Kim et al., 2022) et l'autre, en raison d'un taux élevé et inattendu de complications, et plus particulièrement de graves lacérations cervicales, chez les personnes enceintes de 19 semaines et plus, pour lesquelles uniquement des dilatateurs avaient été utilisés pour la préparation cervicale (Borras et al. 2016).

Mifepristone

Une étude randomisée portant sur 50 femmes entre 14 et 16 semaines de gestation a comparé la mifépristone utilisée comme unique traitement à des dilatateurs, tous deux administrés la veille de la procédure d'avortement (Borgatta et al., 2012). Chez les personnes participant à l'étude chez qui une préparation par des dilatateurs osmotiques a été réalisée, la durée de la procédure a été légèrement plus brève et la dilatation plus importante que chez celles ayant reçu de la mifépristone la veille de l'intervention, mais la douleur a été moins forte avec la mifépristone et les patientes ont montré une préférence manifeste pour la mifépristone. Une deuxième étude randomisée de conception similaire portant sur 49 femmes entre 15 et 18 semaines de

gestation (mifépristone seule comparée à des dilatateurs osmotiques placés la veille de la procédure) n'a pas constaté de différence entre les deux groupes de traitement en termes de durée de la procédure (Paris, et al., 2019). Lorsqu'interrogées, la plupart des personnes ayant reçu de la mifépristone ont exprimé une préférence pour ce traitement, tandis que la plupart de celles ayant reçu des dilatateurs osmotiques ont dit qu'elles auraient préféré une autre option de traitement pour la préparation cervicale.

Dans les études portant sur l'utilisation de mifépristone en association avec le misoprostol, l'administration le même jour de mifépristone et de misoprostol n'offrait aucun bénéfice par rapport au misoprostol seul (Casey, et al., 2016) et même si l'administration de mifépristone deux jours avant le misoprostol améliorait la dilatation cervicale dans une étude, le taux d'expulsion fœtale avant la procédure était également augmenté (Carbonell et al., 2007). Comparée à des dilatateurs osmotiques pendant une nuit plus du misoprostol, la mifépristone administrée la veille de la procédure d'avortement plus du misoprostol le jour même est moins efficace (Shaw et al., 2017).

Mifépristone plus dilatateurs osmotiques

Deux études randomisées ont évalué l'association de mifépristone en complément de l'utilisation de dilatateurs osmotiques pendant la nuit précédente plus du misoprostol pour la préparation cervicale ; aucune de ces études n'a mis en évidence un bénéfice supplémentaire associé à la mifépristone (Shaw et al., 2017 ; Shaw et al., 2015). Une troisième étude randomisée a comparé l'utilisation de dilatateurs osmotiques seuls pendant une nuit, de dilatateurs osmotiques pendant une nuit associés au misoprostol et de dilatateurs osmotiques pendant une nuit associés à la mifépristone (Goldberg et al., 2015) et n'a mis en évidence aucune différence en termes de temps opératoire ou de degré de dilatation cervicale entre les trois groupes, mais les prestataires de soins ont constaté que les procédures entre 19 et 24 semaines de gestation étaient plus aisées pour le groupe dilatateurs osmotiques associés à la mifépristone.

Qui peut effectuer la préparation cervicale avant la D&E ?

L'OMS formule des recommandations en matière de prestation de services pour la réalisation de la D&E, qui comprennent l'évaluation de l'âge gestationnel, la préparation cervicale, la procédure elle-même, la prise en charge de la douleur, y compris la réalisation d'un bloc paracervical, et l'évaluation de la réussite de la procédure par l'examen visuel des produits de conception (OMS, 2024). L'OMS indique que la fourniture de médicaments pour la préparation cervicale fait partie du champ d'activité des médecins spécialistes et médecins généralistes, et recommande la fourniture de médicaments pour la préparation cervicale par les cliniciens associés et cliniciens avancés, les sages-femmes, les infirmières, les infirmières et les sages-femmes auxiliaires, ainsi que les professionnels de la médecine traditionnelle et complémentaire, sur la base des compétences attendues pour ces rôles et sur des preuves de sécurité et d'efficacité de faible niveau de certitude. Malgré des preuves directes insuffisantes, l'OMS suggère que les agents de santé communautaires, les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie peuvent fournir des médicaments pour la préparation cervicale de manière sûre et efficace, sur la base des compétences attendues pour ces rôles, en ajoutant que ces agents de santé doivent assurer la continuité des soins pour la personne qui obtient les médicaments avant une procédure d'avortement (OMS, 2024). L'OMS indique que la préparation cervicale à l'aide de dilatateurs osmotiques entre dans le champ d'activité des médecins spécialistes et médecins généralistes, et recommande la mise en place de dilatateurs osmotiques par des cliniciens associés et cliniciens avancés en se fondant sur des éléments indirects et sur les compétences attendues pour ces catégories de professionnels de santé. Bien que les preuves directes soient insuffisantes, l'OMS recommande que les sages-femmes, les infirmières, les infirmières et les sages-femmes auxiliaires puissent effectuer des procédures transcervicales, y compris la pose de dilatateurs osmotiques, sur la base des compétences attendues pour ces rôles. Pour plus d'informations sur le rôle des professionnels de santé dans les soins liés à l'avortement, voir Annexe C : *Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant les rôles des agents de santé dans la dispensation des soins d'avortement*.

Bibliographie

Bartz, D., Maurer, R., Allen, R. H., Fortin, J., Kuang, B., & Goldberg, A. B. (2013). Buccal misoprostol compared with synthetic osmotic cervical dilator before surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 122*(1), 57-63.

Boraas, C. M., Achilles, S. L., Cremer, M. L., Chappell, C. A., Lim, S. E., & Chen, B. A. (2016). Synthetic osmotic dilators with adjunctive misoprostol for same-day dilation and evacuation: *A randomized controlled trial. Contraception, 94*(5), 467-472.

Borgatta, L., Roncari, D., Sonalkar, S., Mark, A., Hou, M. Y., Finneseth, M., & Vragovic, O. (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.

Bryman, I., Granberg, S., & Norström, A. (1988). Reduced incidence of postoperative endometritis by the use of laminaria tents in connection with first trimester abortion. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 67*(4), 323-325.

Cahill, E.P., Henkel, A., Shaw, J.G., & Shaw, K.A. (2020). Misoprostol as an adjunct to overnight osmotic dilators prior to second trimester dilation and evacuation: A systematic review and meta-analysis. *Contraception, 101*(2): 74-78.

Carbonell, J. L., Gallego, F. G., Llorente, M. P., Bermudez, S. B., Sala, E. S., González, L. V., & Texido, C. S. (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.

Casey, F. E., Ye, P. P., Perritt, J. D., Moreno-Ruiz, N. L., & Reeves, M. F. (2016). A randomized controlled trial evaluating same-day mifepristone and misoprostol compared to misoprostol alone for cervical preparation prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception, 94*(2), 127-133.

Creinin, M.D., Schimmoeller, N.R., Matulich, M.C., Hou, M.Y., Melo, J., & Chen, M.J. (2020). Gabapentin for pain management after osmotic dilator insertion and prior to dilation and evacuation: A randomized trial. *Contraception, 101*, 167-173.

Diedrich, J.T., Drey, E.A., & Newmann, S.J. (2020). Society of Family Planning clinical recommendations: Cervical preparation for dilation and evacuation at 20-24 weeks' gestation. *Contraception, 101*, 286-292.

Drey, E. A., Benson, L. S., Sokoloff, A., Steinauer, J. E., Roy, G., & Jackson, R. A. (2013). Buccal misoprostol plus laminaria for cervical preparation before dilation and evacuation at 21-23 weeks' gestation: A randomized controlled trial. *Contraception, 89*(4), 307-13.

Edelman, A. B., Buckmaster, J. G., Goetsch, M. F., Nichols, M. D., & Jensen, J. T. (2006). Cervical preparation using laminaria with adjunctive buccal misoprostol before second-trimester dilation and evacuation procedures: A randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 194*(2), 425-430.

Fox, M. C., & Krajewski, C. M. (2014). Society of Family Planning Clinical Guideline 20134: Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation. *Contraception, 89*(2), 75-82.

Goldberg, A. B., Drey, E. A., Whitaker, A. K., Kang, M. S., Meckstroth, K. R., & Darney, P. D. (2005). Misoprostol compared with laminaria before early second-trimester surgical abortion: A randomized trial. *Obstetrics & Gynecology, 106*(2), 234-241.

Goldberg, A. B., Fortin, J. A., Drey, E. A., Dean, G., Lichtenberg, E. S., Bednarek, P. H., ... Fitzmaurice, G. M. (2015). Cervical preparation before dilation evacuation using adjunctive misoprostol or mifepristone compared with overnight osmotic dilators alone: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 126*(3), 599-609.

Jonasson, A., Larsson, B., Bygdeman, S., & Forsum, U. (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 Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 68*(5), 405-410.

Kim, C., Dragoman, M., Porsch, L., Markowitz, J., Lunde, B., Stoffels, G., & Dayananda, I. (2022). Same-day compared with overnight cervical preparation before dilation and evacuation between 16 and 19 6/7 weeks of gestation. *Obstetrics & Gynecology, 139*, 1141-1144.

Liu, S.M., & Flink-Bochacki, R. (2021). A single-blinded randomized controlled trial evaluating pain and opioid use after dilator placement for second-trimester abortion. *Contraception, 103*(3), 171-177.

Maurer, K. A., Jacobson, J. C., & Turok, D. K. (2013). Same-day cervical preparation with misoprostol prior to second trimester D&E: A case series. *Contraception, 88*(1), 116-121.

Bibliographie

Nagendra, D., Sonalkar, S., McAllister, A., Roe, A.H., Shorter, J.M., Sammel, M.D., & Schreiber, C.A. (2020). Opioid prescription for pain after osmotic dilator placement in abortion care: A randomized controlled trial. *Contraception, 101*(3), 167-173.

Newmann, S.J., Sokoloff, A., Tharull, M., Illangasekare, T., Steinauer, J.E., & Drey, E.A. (2014). Same-day synthetic osmotic dilators compared with overnight laminaria before abortion at 14-18 weeks of gestation: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 123*(2, pt 1), 271-278.

Ngo, L. L., Mokashi, M., Janiak, E., Bartz, D., Fortin, J., Maurer, R., & Goldberg, A. B. (2023). Acute complications with same-day versus overnight cervical preparation before dilation and evacuation at 14 to 16 weeks. *Contraception, 117*, 61–66.

Nucatola, D., Roth, N., Saulsberry, V., & Gatter, M. (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.

O'Connell, K., Jones, H. E., Lichtenberg, E. S., & Paul, M. (2008). Second-trimester surgical abortion practices: A survey of National Abortion Federation members. *Contraception, 78*(6), 492-499.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed.* Genève. Organisation mondiale de la Santé.

O'Shea, L.E., Lohr, P.A., Lord, J., Hasler, E., & Cameron, S. (2021). Cervical priming before surgical abortion between 14 and 24 weeks: A systematic review and meta-analyses for the National Institute for Health and Care Excellence-new clinical guidelines for England. *American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM, 3*(1), 100283.

Paris, A.E., Vragovic, O., Sonalkar, S., Finneseth, M., & Borgatta, L. (2020). Mifepristone and misoprostol compared to osmotic dilators for cervical preparation prior to surgical abortion at 15-18 weeks' gestation: A randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 46*, 67–72.

Peterson, W. F., Berry, F. N., Grace, M. R., & Gulbranson, C. L. (1983). Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: An analysis of 11,747 cases. *Obstetrics & Gynecology, 62*(2), 185-190.

Ralph, J.A., & Shulman, L.P. (2019). Adjunctive agents for cervical preparation in second trimester surgical abortion. *Advances in Therapy, 36*(6), 1246-1251.

Sagiv, R., Mizrachi, Y., Glickman, H., Kerner, R., Keider, R., Bar, J., & Golan, A. (2015). Laminaria vs. vaginal misoprostol for cervical preparation before second-trimester surgical abortion: A randomized clinical trial. *Contraception, 91*(5), 406-411.

Schivone, G.B., Lerma, K., Montgomery, C., Wright, P., Conti, J.A., Blumenthal, P.D., & Shaw, K.A. (2019). Self-administered lidocaine gel for local anesthesia prior to osmotic dilator placement: A randomized trial. *Contraception, 99*, 148-151.

Shakir-Reese, J.M., Ye, P.P., Perritt, J.B., Lotke, P.S., & Reeves, M.F. (2019). A factorial-design randomized controlled trial comparing misoprostol dilation & evacuation at 14 weeks 0 days-19 weeks 6 days gestation. *Contraception, 100*(6), 445-450.

Shaw, K.A., Lerma, K., Hughes, T., Hastings, C., Fok, W.K., & Blumenthal, P.D. (2021). A comparison of paracervical block volumes before osmotic dilator placement. *Obstetrics & Gynecology, 138*, 443-448.

Shaw, K.A., Lerma, K., Shaw, J.G., Scrivner, K.J., Hugin, M., Hopkins, F.W., & Blumenthal, P.D. (2017). Pre-operative effects of mifepristone (POEM) for dilation and evacuation after 19 weeks gestation: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 124*(13), 1973-1981.

Shaw, K. A., Shaw, J. G., Hugin, M., Velasquez, G., Hopkins, F. W., & Blumenthal, P. D. (2015). Adjunct mifepristone for cervical preparation prior to dilation and evacuation: A randomized trial. *Contraception, 91*(4), 313-319.

Soon, R., Tschann, M., Salcedo, J., Stevens, K., Ahn H.J., & Kaneshiro, B. (2017). Paracervical block for laminaria insertion before second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 130*(2), 387-392.

Tufa, T. H., Stewart, F., Meckstroth, K., Diedrich, J. T., & Newmann, S. J. (2025). Cervical preparation for dilation and evacuation at 12 to 24 weeks gestation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*(3), CD007310.

4.7

4. Avortement à 13 semaines ou plus de gestation

Avortement médicamenteux

4.7.1. Miféprístone et misoprostol : schéma de traitement recommandé

Schéma de traitement recommandé entre 13 et 24 semaines de gestation

- Miféprístone 200 mg par voie orale, suivie 1 à 2 jours plus tard de 400 µg de misoprostol par voie buccale, sublinguale ou vaginale, toutes les trois heures jusqu'à expulsion des produits de conception et du placenta.
- Le schéma combiné est sûr et efficace, avec des taux d'expulsion des produits de conception de plus de 90 % à 24 heures et des taux de complications majeures de l'ordre de 1 %.
- Le délai médian de l'avortement est de 6 à 10 heures après le début de l'administration du misoprostol, bien que certaines personnes aient besoin de plus de temps pour compléter leur avortement.

En pratique :

- L'association de miféprístone et de misoprostol est plus efficace que le misoprostol utilisé seul et est recommandée pour les avortements médicamenteux à 13 semaines et plus ; lorsque la miféprístone n'est pas disponible, le misoprostol seul peut être utilisé.
- Si la personne est stable et si cela s'avère opportun, les prestataires de soins devraient attendre au moins quatre heures après l'expulsion des produits de conception pour que le placenta soit expulsé et ne devraient pas intervenir avant.

Poids de la recommandation :

Important

Qualité des éléments factuels :

- Jusqu'à 20 semaines de gestation : modérée
- De 21 à 24 semaines de gestation : faible

Dernière révision :

17 octobre 2025

Contexte

Une association de miféprístone et de misoprostol est le schéma de traitement de choix pour un avortement médicamenteux à partir de 13 semaines de gestation : en effet, il associe une grande efficacité, un délai court entre induction et avortement et un excellent profil de sécurité (Wildschut et al., 2011 ; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2024 ; Zwerling et al., 2024). Une association de miféprístone et de misoprostol est associée à un délai systématiquement plus court entre induction et avortement et à un taux de réussite après 15 heures (Ngoc et al., 2011), 24 (Constant et al., 2016 ; Shay et al., 2021) encore plus élevé après 48 heures que le misoprostol seul (Dabash et al., 2015).

Schéma combiné : mifépristone et misoprostol

Taux d'expulsion

Les études utilisant le schéma recommandé de mifépristone et de misoprostol montrent des taux d'expulsion fœtale de 94 % à 24 heures et de 97 % à 48 heures (Abbas et al., 2016), et des taux d'expulsion fœtale et placentaire de 88 % à 24 heures et de 92 % à 48 heures (Dabash et al., 2015). Lorsque les personnes poursuivent l'administration de misoprostol jusqu'à l'expulsion, sans limite de délai, 99 % d'entre elles finissent par terminer l'avortement (Ashok et al., Templeton, Wagaarachchi et Flett, 2004 ; Louie et al., 2017).

Intervalle entre l'induction et l'avortement

Dans les études utilisant le schéma recommandé de mifépristone et de misoprostol, les délais médians jusqu'à l'expulsion des produits de conception étaient de 6 à 10 heures, avec un large éventail de délais jusqu'à expulsion complète (Abbas et al., 2016 ; Dabash et al., 2015 ; Louie et al., 2017 ; Ngoc et al., 2011 ; Prodan et al., 2019 ; Shaw et al., Topp, Shaw et Blumenthal, 2013). L'intervalle entre l'induction et l'avortement est plus long chez les personnes nullipares et les personnes dont le stade de gestation est plus avancé (Abbas et al., 2016 ; Ashok et al., 2004 ; Dabash et al., 2015 ; Louie et al., 2017 ; Platais et al., 2019 ; Yitina et al., 2025). L'association de mifépristone à un schéma d'avortement médicamenteux au misoprostol réduit systématiquement l'intervalle entre l'induction et l'avortement (Constant et al., 2016 ; Dabash et al., 2015 ; Kapp et al., Borgatta, Stubblefield, Vragovic et Moreno, 2007 ; Ngoc et al., 2011 ; Prodan et al., 2019).

Taux de complications

Le taux de complications majeures liées à l'avortement médicamenteux par mifépristone et misoprostol à 13 semaines de gestation ou plus, est faible, bien que des complications mineures—telles que la nécessité d'une intervention en cas de saignements ou de rétention de produits de conception—soient plus fréquentes que dans le cas de la D&E (Autry et al., 2002). Dans la plus grande étude, une cohorte rétrospective portant sur 1 393 personnes enceintes entre 13 et 28 semaines de gestation, 19 % ont présenté une rétention placentaire après une heure, 4 % ont subi une perte sanguine supérieure à 1 000 ml et 1,7 % ont nécessité une transfusion (Dickinson et Doherty, 2023). Une étude rétrospective de cohorte plus restreinte a porté sur 1 002 femmes entre 13 et 21 semaines de gestation (Ashok et al., 2004). Quatre-vingt-une femmes (8,1 %) ont eu besoin d'une procédure d'évacuation utérine, la majorité d'entre elles en raison d'une rétention placentaire ; seules deux femmes ont eu besoin d'une évacuation pour interrompre la grossesse. Dans cette étude, des complications graves telles qu'une hémorragie, une transfusion sanguine ou une intervention chirurgicale imprévue sont survenues chez huit femmes (moins de 1 %). Dans une étude de cohorte prospective plus récente, mais de moindre ampleur, menée au Népal sur l'avortement par mifépristone et misoprostol entre 13 et 18 semaine de gestation, 35 femmes sur 230 ont dû subir un retrait du placenta (15 %) et trois femmes ont eu une hémorragie, soit un taux d'effets indésirables graves de 1,3 % (Blum et al., 2019). Dans une étude de cohorte de 2017 dans laquelle 120 personnes présentant une grossesse de 13 à 22 semaines de gestation ont reçu de la mifépristone suivie d'une dose illimitée de misoprostol jusqu'à l'expulsion des produits de conception et du placenta, 99 % des femmes ont évacué l'utérus sans intervention supplémentaire (Louie et al., 2017). Aucun événement indésirable grave n'a été signalé dans cette étude et seule une femme n'a pas réussi à avorter avec le schéma combiné.

Dans une méta-analyse des données issues d'études sur l'avortement médicamenteux à 13 semaines de gestation ou plus, utilisant soit le schéma combiné, soit le schéma à base de misoprostol seul, le taux global de rupture utérine était de 0,08 %, avec un taux de 0,28 % chez les personnes qui précédemment avaient accouché par césarienne (Goyal, 2009).

À quel moment administrer de la mifépristone ?

Une analyse systématique de 2013 a évalué l'effet de l'intervalle entre l'administration de mifépristone et de misoprostol sur le délai entre induction et avortement en reprenant vingt études randomisées et contrôlées et neuf études observationnelles (Shaw, et al., 2013). Sur la base des résultats de trois études randomisées et contrôlées, cette analyse conclut que lorsque la mifépristone est administrée 12 à 24 heures avant le misopr-

ostol, le délai entre induction et avortement est un peu plus long (délai médian : 7,3 heures ; intervalle : 7 à 8,5 heures) que lorsqu'elle est administrée 36 à 48 heures avant la première dose de misoprostol (délai médian : 6,8 heures ; intervalle : 6,3 à 7,2 heures), mais que le taux d'avortement après 12 et 24 heures est similaire (Shaw et al., 2013). Une étude randomisée contrôlée menée en 2024 a comparé un intervalle de 12 heures entre la prise de mifépristone et celle de misoprostol à un intervalle de 24 heures, et a révélé que le délai entre le début de l'induction et l'avortement était significativement plus long dans le groupe des 12 heures (respectivement 12,5 et 9,5 heures) (Meyer et al., 2024). Le nombre de patientes ayant mené leur avortement à terme au bout de 12 et 24 heures ne différait pas entre les groupes. Une étude systématique réalisée en 2020, comprenant trois études contrôlées randomisées, dont deux avaient été incluses dans l'étude de Shaw en 2013, n'a pas constaté de différences significatives dans l'intervalle entre l'induction et l'avortement ou dans le taux de succès de l'avortement lorsque le misoprostol était administré un ou deux jours après la mifépristone (Wu et al., 2021). Une étude randomisée de non-infériorité menée dans plusieurs pays et portant sur 531 participantes a montré qu'un intervalle de 24 heures entre la mifépristone et le misoprostol n'était pas non-inférieur à un intervalle de 48 heures. Les participantes du groupe à intervalle de 48 heures avaient plus de chances d'avorter dans les 12 heures suivant la prise du misoprostol (Endler et al., 2025). Une étude de cohorte rétrospective de plus petite envergure a également montré que l'intervalle entre l'induction et l'avortement était plus court lorsque la mifépristone était administrée 48 heures avant le misoprostol, par rapport à 24 heures, dans les grossesses de 20 à 28 semaines (Sium et al., 2024). Dans les études portant sur l'administration simultanée de mifépristone et de misoprostol, le délai d'expulsion médian parmi le groupe d'administration simultanée était de 10 à 13 heures, contre 5 à 8 heures chez les femmes ayant attendu 24 à 36 heures entre la mifépristone et le misoprostol ; le taux d'expulsion après 48 heures était cependant équivalent entre les deux groupes (Abbas et al., 2016 ; Chai et al., 2009).

Dose de charge de misoprostol

Bien qu'une série de cas cliniques à grande échelle antérieure ait utilisé une dose de charge initiale de misoprostol par voie vaginale (Ashok, Templeton, Wagaarachchi et Flett, 2004), une étude randomisée et contrôlée à petite échelle plus récente a assigné 77 femmes pour recevoir une dose de charge de misoprostol par voie vaginale (600 µg, suivis de 400 µg toutes les six heures) et 80 pour recevoir un schéma de traitement sans dose de charge (400 µg toutes les six heures) (Pongsatha et Tongsong, 2014). Le délai médian entre induction et avortement et le taux d'avortements complets après 24 et 48 heures ne différaient pas entre les deux groupes, mais le groupe ayant reçu la dose de charge a souffert nettement plus d'effets indésirables associés au misoprostol. Des études cliniques récentes n'ayant pas utilisé de dose de charge de misoprostol font état d'un délai moyen entre induction et avortement de 8 à 10 heures et de taux de réussite similaires ou supérieurs à ceux observés lors des études avec dose de charge (Abbas et al., 2016 ; Dabash et al., 2015 ; Louie et al., 2017 ; Ngoc et al., 2011). Par conséquent, une forte dose initiale de misoprostol ne semble offrir aucun bénéfice en termes de délai d'expulsion.

Administration de misoprostol

Voie d'administration : Lors des études cliniques portant sur l'avortement médicamenteux à partir de 13 semaines de gestation, le misoprostol à la dose de 400 µg par voie vaginale ou sublinguale était associé à un taux de réussite plus élevé et à un délai entre avortement et induction plus court qu'en cas d'administration par voie orale (Dickinson, Jennings et Doherty, 2014 ; Tang, Chang, Kan et Ho, 2005). L'administration de misoprostol par voie buccale n'a pas été directement comparée aux autres voies d'administration dans le cadre d'un schéma de traitement combiné pour un avortement médicamenteux à partir de 13 semaines de gestation, mais présentait une efficacité similaire à celle des autres voies d'administration pour un avortement avant 13 semaines (Kulier et al., 2011 ; Raymond, Shannon, Weaver et Winikoff, 2013). Les études qui ont utilisé le misoprostol par voie buccale dans le cadre d'un schéma de traitement combiné par la mifépristone et le misoprostol montrent un délai moyen entre induction et avortement de 8 à 10 heures (Abbas et al., 2016 ; Dabash, 2015 ; Louie et al. ; Ngoc et al., 2011 ; Blum et al., 2019).

Dose : Une dose de 400 µg de misoprostol, comparée à une dose de 200 µg, est associée à un taux d'expulsion plus élevé, à un délai entre induction et avortement plus court et à des effets indésirables similaires, cela quelle que soit la voie d'administration (Brouns, et al., 2010 ; Shaw et al., 2013).

Moment d'administration : Dans une étude randomisée ayant comparé deux schémas d'avortement médicamenteux utilisant le misoprostol seul à partir de 13 semaines de gestation, le délai entre induction et avortement était plus court et le taux d'expulsion après 24 heures plus élevé lorsque le misoprostol était administré toutes les trois heures plutôt que toutes les six heures ; la fréquence d'événements indésirables était similaire (Wong, et al., 2000).

Nombre de doses : Une étude de cohorte prospective portant sur 120 personnes avec une grossesse entre 13 et 22 semaines de gestation ayant reçu de la mifépristone suivie 24 heures plus tard de 400 µg de misoprostol par voie buccale toutes les trois heures jusqu'à expulsion des produits de conception et du placenta fait état d'un taux d'avortements complets de 99 % sans intervention supplémentaire (Louie et al., 2017). Le nombre médian de doses de misoprostol nécessaires était de quatre (intervalle : 2 à 6) et aucun événement indésirable n'a été décrit. Lors d'une étude prospective similaire portant sur 306 personnes avec une grossesse entre 13 et 22 semaines de gestation, 90 % d'entre elles ont nécessité un maximum de cinq doses de misoprostol (Platais et al., 2019).

Expulsion du placenta

Lors d'une étude prospective ayant utilisé la mifépristone et le misoprostol chez des femmes entre 13 et 18 semaines de gestation, la majorité des femmes ont expulsé le fœtus et le placenta dans un délai à peu près équivalent, avec un délai médian entre expulsion des produits de conception et du placenta de 15 minutes (intervalle : 0 à 4,5 heures) et 15,5 % ont nécessité une révision manuelle du placenta (Blum et al., 2019). Une étude de cohorte rétrospective a mesuré la fréquence d'intervention pour élimination du placenta chez 233 femmes à qui l'on avait administré un fœticide et des doses répétées de misoprostol pour une interruption volontaire de grossesse entre 18 et 23 semaines d'âge gestationnel (Green et al., 2007). Après expulsion des produits de conception, on a laissé le placenta s'expulser spontanément ; une intervention active n'a eu lieu qu'en cas de saignements excessifs après expulsion des produits de conception ou pour accélérer la sortie du centre après un délai minimum de quatre heures depuis l'expulsion des produits de conception. Le taux global d'intervention pour rétention placentaire a été de 6 % et la plupart de ces interventions visaient à accélérer la sortie du centre. L'étude n'a pas constaté d'augmentation de la morbidité pour celles chez qui on avait opté pour une attitude attentiste au cours de cette période.

Qui peut pratiquer un avortement médicamenteux à 13 semaines de gestation ou plus ?

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) émet des recommandations sur la prestation de services pour l'avortement médicamenteux à partir de la 13e semaine de gestation, qui comprennent l'évaluation de l'admissibilité à l'avortement médicamenteux (détermination de la durée de la grossesse et évaluation des contre-indications aux médicaments abortifs), l'administration des médicaments abortifs, la gestion du processus d'avortement et l'évaluation du succès de l'avortement (OMS, 2024). L'OMS recommande que l'avortement médicamenteux à 13 semaines ou plus soit pratiqué par des médecins spécialistes et médecins généralistes, et suggère que dans les contextes où il existe un accès établi et facile à un soutien chirurgical approprié et à d'autres infrastructures nécessaires pour faire face à d'éventuelles complications, les cliniciens associés et cliniciens avancés, les sages-femmes, les infirmières, les infirmières et sages-femmes auxiliaires, ainsi que les professionnels de la médecine traditionnelle et complémentaire, puissent également fournir ce service de manière sûre et efficace, sur la base des compétences attendues pour ces catégories de professionnels de santé (OMS, 2024). Une étude randomisée contrôlée menée en 2024 n'a révélé aucune différence en matière de sécurité ou d'efficacité de l'avortement médicamenteux entre la 13e et la 20e semaine de gestation, que la prise en charge soit assurée par un médecin ou par des professionnels de santé de niveau intermédiaire (Kapp et al., 2024).

Pour plus d'informations sur les rôles des professionnels de santé dans les soins liés à l'avortement, voir Annexe C : *Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant les rôles des agents de santé dans la dispensation des soins d'avortement.*

Ressources

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocoles pour l'avortement médicamenteux (Fiche de dosages)

Bibliographie

Abbas, D.F., Blum, J., Ngoc, N.T., Nga, N.T., Chi, H.T., Martin, R., & Winikoff, B. (2016) Simultaneous administration compared with a 24-hour mifepristone-misoprostol interval in second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology, 128*,(5), 1077-1083.

Ashok, P. W., Templeton, A., Wagaarachchi, P. T., & Flett, G. M. (2004). Midtrimester medical termination of pregnancy: A review of 1002 consecutive cases. *Contraception, 69*(1), 51-58.

Autry, A. M., Hayes, E. C., Jacobson, G. F., & Kirby, R. S. (2002). A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 187*(2), 393-397.

Blum, J., Karki, C., Tamang, A., et al. (2019). Feasibility of a hospital outpatient day procedure for medication abortion at 13-18 weeks gestation: Findings from Nepal. *Contraception, 100*(6), 451-456.

Brouns, J. F., Van Wely, M., Burger, M. P., & Van Wijngaarden, W. J. (2010). Comparison of two dose regimens of misoprostol for second-trimester pregnancy termination. *Contraception, 82*(3), 266-275.

Chai, J., Tang, O. S., Hong, Q. Q., Chen, Q. F., Cheng, L. N., Ng, E., & Ho, P. C. (2009). A randomized trial to compare two dosing intervals of misoprostol following mifepristone administration in second trimester medical abortion. *Human Reproduction, 24*(2), 320-324.

Constant, D., Harries, J., Malaba, T., Myer, L., Patel, M., Petro, G., & Grossman, D. (2016). Clinical outcomes and women's experiences before and after the introduction of mifepristone into second-trimester medical abortion services in South Africa. *PLoS ONE, 11*(9), e0161843. DOI: 10.1371/journal.pone.0161843.

Dabash, R., Chelli, H., Hajri, S., Shochet, T., Raghavan, S., & Winikoff, B. (2015). A double-blind randomized controlled trial of mifepristone or placebo before buccal misoprostol for abortion at 14-21 weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 130*(1), 40-44.

Dickinson, J. E., & Doherty, D. A. (2023). Maternal complications associated with second trimester medical abortion using mifepristone priming and subsequent misoprostol. *Contraception, 125*.

Dickinson, J. E., Jennings, B. G., & Doherty, D. A. (2014). Mifepristone and oral, vaginal, or sublingual misoprostol for second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology, 123*(6), 1162-1168.

Endler, M., Jaisamrarn, U., Mittal, S., Phanupong, P., Du, V. V., Ngo, T. A., Vemer, H., Gülmezoglu, A. M., & Gemzell-Danielsson, K. (2025). Effectiveness and acceptability of a 24-h interval versus a 48-h interval between mifepristone intake and misoprostol administration for in-hospital abortion at 9–20 gestational weeks: An international, open-label, randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet Global Health, 13*(1), e112–e120.

Goyal, V. (2009). Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 113*(5), 1117-1123.

Green, J., Borgatta, L., Sia, M., Kapp, N., Saia, K., Carr-Ellis, S., & Vragovic, O. (2007). Intervention rates for placental removal following inducaiton abortion with misoprostol. *Contraception, 76*, 310-313.

Kapp, N., Dijkerman, S., Getachew, A., Eckersberger, E., Pearson, E., Abubeker, F. A., & Birara, M. (2024). Can mid-level providers manage medical abortion after 12 weeks' gestation as safely and effectively as physicians? A non-inferiority, randomized controlled trial in Addis Ababa, Ethiopia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 165*(3), 1268–1276.

Bibliographie

Kulier, R., Kapp, N., Gulmezolglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., & Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*, CD002855.

Louie, K. S., Chong, E., Tsereteli, T., Avagyan, G., Abrahamyan, R., & Winikoff, B. (2017). Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 22*(1), 76-80.

Meyer, R., Toussia-Cohen, S., Shats, M., Segal, O., Mohr-Sasson, A., Peretz-Bookstein, S., Amitai-Komem, D., Sindel, O., Levin, G., Mashiach, R., & Blumenthal, P. D. (2024). 24-Hour Compared With 12-Hour Mifepristone–Misoprostol Interval for Second-Trimester Abortion: *A Randomized Controlled Trial. Obstetrics & Gynecology, 144*(1), 60.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Ngoc, N. T. N., Shochet, T., Raghavan, S., Blum, J., Nga, N. T. B., Minh, N. T. H., ... Winikoff, B. (2011). Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: A randomized controlled trial. Obstetrics & Gynecology, 118 (3), 601-8. DOI:10.1097/AOG.0b013e318227214e.

Platais, I., Tsereteli, T., Maystruk, G., Kurbanbekova, D., & Winikoff, B. (2019). A prospective study of mifepristone and unlimited dosing of sublingual misoprostol for termination of second-trimester pregnancy in Uzbekistan and Ukraine. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 45*, 177-182.

Pongsatha, S., & Tongsong, T. (2014). Randomized controlled trial comparing efficacy between a vaginal misoprostol loading and non-loading dose regimen for second-trimester pregnancy termination. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 40*(1), 155-160.

Prodan, N., Breisch, J., Hoopmann, M., Abele, H., Wagner, P., & Kagan, K.O. (2019). Dosing interval between mifepristone and misoprostol in second and third trimester termination. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 99*(3), 675-679.

Raymond, E. G., Shannon, C., Weaver, M. A., & Winikoff, B. (2013). First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review. *Contraception, 87*(1), 26-37.

Shaw, K., Topp, N. J., Shaw, J. G., & Blumenthal, P. D. (2013). Mifepristone-misoprostol dosing interval and effect on induction abortion times: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 121*(6), 1335-1347.

Sium, A. F., Teklu, H., Reeves, M., Tolu, L. B., & Prager, S. (2024). One-day versus two-day mifepristone–misoprostol interval prior to initiation of misoprostol during late second trimester medication abortion: A cohort study. *Contraception, 132*.

Tang, O. S., Chan, C. C., Kan, A. S., & Ho, P. C. (2005). A prospective randomized comparison of sublingual and oral misoprostol when combined with mifepristone for medical abortion at 12-20 weeks gestation. *Human Reproduction, 20*(11), 3062-3066.

Wildschut, H., Both, M. I., Medema, S., Thomee, E., Wildhagen, M. F., & Kapp, N. (2011). Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*, CD005216.

Wong, K. S., Ngai, C. S., Yeo, E. L., Tang, L. C., & Ho, P. C. (2000). A comparison of two regimens of intravaginal misoprostol for termination of second trimester pregnancy: A randomized comparative trial. *Human Reproduction, 15*(3), 709-712.

Wu, L., Xiong, W., Zeng, M., Yan, A., Song, L., Chen, M., Wei, T., Zu, Q. & Zhang, J. (2021). Different dosing intervals of mifepristone-misoprostol for second-trimester termination of pregnancy: A meta-analysis and systematic review. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 154*(2), 195-203.

Yitina, E. F., Mihrete, G. S., Bicha, M. M., Andualem, B. S., Addis, N. A., Abebe, S. M., Tolu, L. B., & Lakew, A. M. (2025). Determinants of induction-to-expulsion time and adverse maternal outcomes of second trimester medical abortion in Amhara Region, Ethiopia: Prospective follow-up study. *African Journal of Reproductive Health, 29*(9s).

Zwerling, B., Edelman, A., Jackson, A., Burke, A., & with the assistance of Prabhu, M. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Medication abortion between 14 0/7 and 27 6/7 weeks of gestation: Jointly developed with the Society for Maternal-Fetal Medicine. *Contraception, 129*.

4.7

4. Avortement à 13 semaines ou plus de gestation

Avortement médicamenteux

4.7.2. Misoprostol seul : schéma de traitement recommandé

Schéma de traitement recommandé entre 13 et 24 semaines de gestation :

- Misoprostol 400 µg par voie buccale, sublinguale ou vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion des produits de conception et du placenta. L'administration vaginale est plus efficace que les autres voies d'administration.
- L'avortement médicamenteux à l'aide de misoprostol seul est sûr et efficace, avec des taux d'expulsion des produits de conception de 72 à 91 % à 24 heures et des taux de complications majeures inférieurs à 1 %.
- Le délai moyen d'avortement est de 10 à 15 heures après le début de la prise de misoprostol, bien que certaines personnes aient besoin de plusieurs jours pour terminer l'avortement.

En pratique :

- Un traitement associant la mifépristone et le misoprostol est plus efficace que le misoprostol utilisé seul et est recommandé pour les avortements médicamenteux à partir de 13 semaines ; lorsque la mifépristone n'est pas disponible, le traitement à base de misoprostol seul peut être utilisé.
- Si la personne recevant les soins est stable et si cette option lui convient, le prestataire de soins doit lui laisser au moins quatre heures après expulsion des produits de conception avant d'intervenir pour expulser le placenta.

Poids de la recommandation :

Important

Qualité des éléments factuels :

- Jusqu'à 20 semaines de gestation : modérée
- De 20 à 24 semaines de gestation : faible

Dernière révision :

17 octobre 2025

Contexte

Un schéma de traitement combiné utilisant la mifépristone et le misoprostol est associé à un délai plus court entre induction et avortement et à un taux de réussite plus élevé que le misoprostol seul lors d'un avortement médicamenteux à partir de 13 semaines de gestation (Wildschut et al., 2011). Là où la mifépristone n'est pas disponible, un schéma utilisant le misoprostol seul avec une administration toutes les trois heures constitue une alternative acceptable (Wildschut et al., 2011 ; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2024 ; Zwerling et al., 2024).

Schéma à base de misoprostol seul

Taux d'expulsion

Le plus grand essai international randomisé et contrôlé portant sur l'avortement médicamenteux à partir de 13 semaines de gestation, à l'aide du schéma recommandé de misoprostol par voie vaginale ou sublinguale, a inclus 681 femmes entre 13 et 20 semaine de gestation (von Hertzen et al., 2009). Le taux d'expulsion des produits de conception était de 84,8 % à 24 heures et de 94,3 % à 48 heures. Des essais randomisés de moindre envergure utilisant du misoprostol par voie vaginale ou sublinguale toutes les trois heures ont montré des taux d'expulsion fœtale de 72 à 91 % après 24 heures et de 91 à 95 % après 48 heures (Bhattacharjee et al., Saha, Ghoshroy, Bhowmik et Barui, 2008 ; Tang et al., Lau, Chan et Ho, 2004), ainsi que des taux d'expulsion fœtale et placentaire de 62 à 64 % après 24 heures et de 79 à 82 % après 48 heures (Bhattacharjee et al., 2008).

Intervalle entre le déclenchement et l'avortement

Dans l'essai de von Hertzen, le délai médian avant l'expulsion des produits de conception était de 12 heures (intervalle de 4,1 à 61,8 heures), les personnes ayant déjà accouché ont eu des délais plus courts entre l'induction et l'avortement que les femmes nullipares (von Hertzen et al., 2009). Dans des essais randomisés de moindre envergure, le délai d'expulsion est compris entre 10 et 15 heures (Bhattacharjee et al., 2008 ; Tang et al., 2004). L'allongement de l'intervalle entre l'administration des doses de misoprostol toutes les trois heures à toutes les six heures augmente le délai entre l'induction et l'avortement (Wong et al., Ngai, Yeo, Tang et Ho, 2000).

Taux de complications

Le taux de complications majeures liées à l'avortement par misoprostol seul à 13 semaines ou plus est faible. Dans l'essai cité ci-dessus, 12 événements indésirables (0,02 %) ont été signalés ; 10 femmes ont dû subir une transfusion sanguine (von Hertzen et al., 2009).

Voies d'administration du misoprostol

Dans les études cliniques randomisées et contrôlées, le misoprostol à la dose de 400 µg par voie vaginale toutes les trois heures est associé à un délai médian entre induction et avortement de 10 à 15 heures et à un taux d'avortements réussis après 48 heures de 90 à 95 % (Bhattacharjee, et al., 2008 ; Koh et al., 2017 ; Tang, et al., 2004 ; von Hertzen et al., 2009). Une dose de 400 µg par voie vaginale est plus efficace qu'une dose de 200 µg (Koh et al., 2017).

Lors d'une méta-analyse portant sur 1 178 personnes incluses dans trois études randomisées et contrôlées, l'administration de misoprostol à la dose de 400 µg par voie sublinguale est associée à une efficacité similaire (Bhattacharjee et al., 2008) ou un peu plus faible que son administration par voie vaginale avec un intervalle de trois heures entre les doses successives (Tang et al., 2004 ; von Hertzen et al., 2009 ; Wildschut et al., 2011). Dans les études qui montraient une moindre efficacité, la différence était liée à une moins bonne réponse au misoprostol par voie sublinguale chez les femmes nullipares uniquement. Remarque, dans toutes ces études, les femmes ont manifesté une préférence pour la voie sublinguale plutôt que l'administration vaginale par un prestataire de soins.

Une étude a randomisé 130 personnes pour recevoir du misoprostol à la dose de 400 µg toutes les trois heures par voie vaginale ou buccale. Celles qui ont été traitées par voie vaginale ont présenté un délai entre induction et avortement plus court (25 heures contre 40, p=0,001) et un taux de réussite plus élevé après 24 heures (63 % contre 42 %, p=0,014) et après 48 heures (91 % contre 68 %, p=0,001) (Al et Yapca, 2015). Une étude à plus petite échelle portant sur 64 femmes montre que le misoprostol par voie buccale est aussi efficace que par voie vaginale ; toutes les femmes ont cependant reçu une dose de charge initiale de 400 µg de misoprostol par voie vaginale et ont ensuite été randomisées pour recevoir des doses de 200 µg par voie buccale ou vaginale toutes les six heures (Ellis, et al., 2010). Enfin, une étude portant sur un groupe de 60 femmes ayant reçu 400 µg de misoprostol par voie buccale toutes les trois heures jusqu'à expulsion des produits de conception et du placenta fait état d'un taux d'avortements complets de 71 % après 48 heures (Dabash et al., 2015). Sur la base de ces études, l'administration de misoprostol par voie vaginale et sublinguale semblent supérieure à l'administration par voie buccale pour cet intervalle d'âge gestationnel.

Dans plusieurs études cliniques randomisées, il a été démontré que l'administration par voie orale est moins efficace, avec un délai avant avortement plus long que pour les voies d'administration vaginale ou sublinguale (Akoury et al., 2004 ; Bebbington et al., 2002 ; Behrashi et Mahdian, 2008 ; Nautiyal, et al., 2015).

Expulsion du placenta

Une étude de cohorte rétrospective a mesuré la fréquence d'intervention pour élimination du placenta chez 233 femmes à qui l'on avait administré un fœticide et des doses répétées de misoprostol pour une interruption volontaire de grossesse entre 18 et 23 semaines d'âge gestationnel (Green et al., 2007). Après expulsion des produits de conception, on a laissé le placenta s'expulser spontanément ; une intervention active n'a eu lieu qu'en cas de saignements excessifs après expulsion des produits de conception ou pour accélérer la sortie du centre après un délai minimum de quatre heures depuis l'expulsion des produits de conception. Le taux global d'intervention pour rétention placentaire a été de 6 % et la plupart de ces interventions visaient à accélérer la sortie du centre de soins. L'étude n'a pas constaté d'augmentation de la morbidité pour les personnes chez qui on avait opté pour une attitude attentiste au cours de cette période.

Qualité des éléments factuels

Une étude de cohorte rétrospective a mesuré la fréquence d'intervention pour élimination du placenta chez 233 femmes à qui l'on avait administré un fœticide et des doses répétées de misoprostol pour une interruption volontaire de grossesse entre 18 et 23 semaines d'âge gestationnel (Green et al., 2007). Après expulsion des produits de conception, on a laissé le placenta s'expulser spontanément ; une intervention active n'a eu lieu qu'en cas de saignements excessifs après expulsion des produits de conception ou pour accélérer la sortie du centre après un délai minimum de quatre heures depuis l'expulsion des produits de conception. Le taux global d'intervention pour rétention placentaire a été de 6 % et la plupart de ces interventions visaient à accélérer la sortie du centre de soins. L'étude n'a pas constaté d'augmentation de la morbidité pour les personnes chez qui on avait opté pour une attitude attentiste au cours de cette période.

Qui peut pratiquer un avortement médicamenteux à 13 semaines de gestation ou plus ?

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) émet des recommandations sur la prestation de services pour l'avortement médicamenteux à 13 semaine de gestation ou plus, qui comprennent l'évaluation de l'admissibilité à l'avortement médicamenteux (détermination de la durée de la grossesse et évaluation des contre-indications aux médicaments abortifs), l'administration des médicaments abortifs, la gestion du processus d'avortement et l'évaluation du succès de l'avortement (OMS, 2024). L'OMS recommande que l'avortement médicamenteux à 13 semaines de gestation ou plus soit pratiqué par des médecins spécialistes et médecins généralistes, et suggère que dans les contextes où il existe un accès établi et facile à un soutien chirurgical approprié et à d'autres infrastructures nécessaires pour faire face à d'éventuelles complications, les cliniciens associés et cliniciens avancés, les sages-femmes, les infirmières, les infirmières et sages-femmes auxiliaires, ainsi que les professionnels de la médecine traditionnelle et complémentaire, puissent également fournir ce service de manière sûre et efficace, sur la base des compétences attendues pour ces catégories de professionnels de santé (OMS, 2024). Pour plus d'informations sur les rôles des professionnels de santé dans les soins liés à l'avortement, voir Annexe C : *Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant les rôles des agents de santé dans la dispensation des soins d'avortement*.

Ressources

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocoles pour l'avortement médical (Fiche de dosages)

Bibliographie

Akoury, H. A., Hannah, M. E., Chitayat, D., Thomas, M., Winsor, E., Ferris, L. E., & Windrim, R. (2004). Randomized controlled trial of misoprostol for second-trimester pregnancy termination associated with fetal malformation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 190*(3), 755-762.

Al, R. A., & Yapca, O. E. (2015). Vaginal misoprostol compared with buccal misoprostol for termination of second-trimester pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 126*(3), 593-8.

Bebbington, M. W., Kent, N., Lim, K., Gagnon, A., Delisle, M. F., Tessier, F., & Wilson, R. D. (2002). A randomized controlled trial comparing two protocols for the use of misoprostol in midtrimester pregnancy termination. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 187*(4), 853-857.

Behrashi, M., & Mahdian, M. (2008). Vaginal versus oral misoprostol for second-trimester pregnancy termination: A randomized trial. *Pakistan Journal of Biological Sciences, 11*(21), 2505-2508.

Bhattacharjee, N., Saha, S. P., Ghoshroy, S. C., Bhowmik, S., & Barui, G. (2008). A randomised comparative study on sublingual versus vaginal administration of misoprostol for termination of pregnancy between 13 to 20 weeks. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 48*(2), 165-171.

Dabash, R., Chelli, H., Hajri, S., Shochet, T., Raghavan, S., & Winikoff, B. (2015). A double-blind randomized controlled trial of mifepristone or placebo before buccal misoprostol for abortion at 14-21 weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 130*, 40-44.

Ellis, S. C., Kapp, N., Vragovic, O., & Borgatta, L. (2010). Randomized trial of buccal versus vaginal misoprostol for induction of second trimester abortion. *Contraception, 81*(5), 441-445.

Green, J., Borgatta, L., Sia, M., Kapp, N., Saia, K., Carr-Ellis, S., & Vragovic, O. (2007). Intervention rates for placental removal following inducaiton abortion with misoprostol. *Contraception, 76*, 310-313.

Koh, D. S. C., Ang, E. P. J., Coyuco, J. C., Teo, H. Z., Huang, X., Wei, X., ... Tan, K. H. (2017). Comparing two regimens of intravaginal misoprostol with intravaginal gemprost for second-trimester pregnancy termination: A randomised controlled trial. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, DOI: 10.1136/jfprhc-2016-101652.

Nautiyal, D., Mukherjee, K., Perhar, I., & Banerjee, N. (2015). Comparative study of misoprostol in first and second trimester abortions by oral, sublingual and vaginal routes. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India, 65*(4), 246-50.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Tang, O. S., Lau, W. N., Chan, C. C., & Ho, P. C. (2004). A prospective randomised comparison of sublingual and vaginal misoprostol in second trimester termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology, 111*(9), 1001-1005.

von Hertzen, H., Piaggio, G., Wojdyla, D., Nguyen, T. M., Marions, L., Okoev, G., & Peregoudov, A. (2009). Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: Randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction, 24*(1), 106-112.

Wildschut, H., Both, M. I., Medema, S., Thomee, E., Wildhagen, M. F., & Kapp, N. (2011). Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), CD005216.

Wong, K. S., Ngai, C. S., Yeo, E. L., Tang, L. C., & Ho, P. C. (2000). A comparison of two regimens of intravaginal misoprostol for termination of second trimester pregnancy: A randomized comparative trial. *Human Reproduction, 15*(3), 709-712.

Zwerling, B., Edelman, A., Jackson, A., Burke, A., & with the assistance of Prabhu, M. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Medication abortion between 14 0/7 and 27 6/7 weeks of gestation: Jointly developed with the Society for Maternal-Fetal Medicine. *Contraception, 129*.

4.7

4. Avortement à 13 semaines ou plus de gestation

Avortement médicamenteux

4.7.3. Présence de cicatrices utérines : schéma de traitement recommandé

Schéma de traitement recommandé de 13 à 24 semaines de gestation :

- Moins de 22 à 24 semaines de gestation avec une cicatrice utérine : Aucune modification des schémas de traitement recommandés n'est nécessaire.
- Plus de 22 à 24 semaines de gestation avec une cicatrice utérine ou 13 à 24 semaines avec plusieurs cicatrices utérines : Envisager une réduction de la dose de misoprostol avec ou sans allongement de l'intervalle d'administration du misoprostol. Il n'existe pas suffisamment de données factuelles pour déterminer si ces mesures diminuent le risque de rupture de l'utérus.

Poids de la recommandation :
Faible

Qualité des éléments factuels :
Très faible

Dernière révision :
17 octobre 2025

Risque de rupture de l'utérus lors d'avortement médicamenteux

Une rupture de l'utérus lors d'un avortement médicamenteux à partir de 13 semaines de gestation a été décrite chez des personnes présentant ou non une cicatrice utérine. Une méta-analyse portant sur 22 études et incluant 7 118 participantes ayant subi un avortement médicamenteux à base de mifépristone et de misoprostol a révélé un risque de rupture utérine de 1,1 % chez les femmes présentant une cicatrice antérieure, contre 0,01 % chez celles qui n'en avaient pas (Henkel et al., 2023). Lors d'une méta-analyse de seize études portant sur 3 556 patientes ayant subi un avortement médicamenteux par un schéma de traitement combiné ou par le misoprostol seul à partir de 13 semaines de gestation, trois femmes ont présenté une rupture de l'utérus, ce qui correspond à une fréquence de 0,28 % avec antécédent de césarienne et de 0,04 % sans antécédent de césarienne (Goyal, 2009). Le risque de rupture semble augmenter en présence de plusieurs cicatrices (Latta et al., 2023 ; Zwerling et al., 2024).

D'autres études portant uniquement sur le misoprostol, publiées ultérieurement à la méta-analyse mentionnée ci-dessus, ont montré que la rupture utérine est rare, même en présence de cicatrices multiples. Une étude de cohorte prospective comparative menée dans un seul centre a porté sur 158 personnes sans cicatrice antérieure et 80 personnes présentant une cicatrice ayant subi un avortement médicamenteux par misoprostol seul entre 14 et 28 semaines ; elle n'a révélé aucune différence en termes de réussite de l'avortement ou d'intervalle entre l'induction et l'avortement. Une personne du groupe présentant une cicatrice a subi une rupture utérine (1,3 %) (Pongsatha, Suntornlimsiri et Tongsong, 2024). Une analyse rétrospective monocentrique a été réalisée portant sur 279 patientes ayant subi un avortement entre 14 et 26 semaines de gestation a inclus 60 patientes présentant une seule cicatrice utérine et 26 patientes en présentant plusieurs (Küçükgöz Güleç et al., 2013). Ces patientes ont reçu 200 µg de misoprostol par voie vaginale toutes les quatre heures ; trois d'entre elles ont présenté une rupture de l'utérus. Dans une autre analyse rétrospective portant

sur 263 patientes entre 12 et 24 semaines de gestation subissant un avortement par le misoprostol seul, 48 présentaient une seule cicatrice et 29 en présentaient plusieurs ; un cas de rupture a été observé chez une patiente ayant subi précédemment trois césariennes et qui avait reçu 200 µg de misoprostol par voie sublinguale toutes les trois heures (Cetin et al., 2016). Une troisième analyse rétrospective incluant 231 femmes avec un antécédent d'accouchement par césarienne et 37 femmes avec deux antécédents d'accouchement par césarienne et ayant utilisé une dose de charge de 800 µg de misoprostol suivie de trois doses de 200 µg à deux heures d'intervalle ; pas une seule d'entre elles n'a présenté de rupture (Torriente, Steinberg et Joubert, 2017). Une étude de cohorte rétrospective comparant des femmes sans cicatrice (n = 80) à celles présentant une cicatrice (n = 79) et deux cicatrices (n = 58) n'a révélé aucune différence en termes de complications entre les groupes, que l'on ait utilisé soit 400 µg de misoprostol, ou du misoprostol à 400 µg suivi de doses répétées de 200 µg (Erturk et al., 2022). Une patiente présentant deux cicatrices a subi une rupture utérine ; elle avait reçu le traitement à la dose la plus faible de misoprostol.

Une seule étude prospective monocentrique a été réalisée portant sur 250 femmes subissant une évacuation utérine pour cause de mort fœtale à l'aide d'un schéma à base de misoprostol à faible dose a inclut 95 personnes présentant une cicatrice utérine (Shakir, 2022). Celles dont la gestation se situait 13 et 17 semaines ont reçu 100 µg de misoprostol par voie vaginale toutes les six heures pendant 24 heures, et celles dont la gestation se situait entre 18 et 24 semaines ont reçu 50 µg de misoprostol. Aucune rupture ne s'est produite, mais seulement 67 % des femmes étaient parvenues à un avortement complet après 24 heures.

Schéma de traitement chez les patientes présentant une cicatrice utérine

En raison de la rareté de la rupture de l'utérus chez les personnes ayant une cicatrice préexistante, il n'est pas possible de trouver des directives claires dans la littérature publiée (Daponte, Nzewenga, Dimopoulos et Guidozzi, 2006 ; Daskalakis et al., 2004 ; Dickinson, 2005 ; Morris et al., 2017 ; Zwerling et al., 2024).

Les opinions des spécialistes sont les suivantes :

- Aucune modification des schémas de traitement recommandés n'est nécessaire chez les personnes enceintes de moins de 22 à 24 semaines.
- Au-delà de 22 à 24 semaines de gestation avec une seule cicatrice utérine ou 13 à 24 semaines avecplusieurs cicatrices utérines :
- Envisager une réduction de la dose de misoprostol avec ou sans allongement de l'intervalle d'administration du misoprostol (Ho et al., 2007 ; Küçükgöz Güleç et al., 2013).

Il n'existe pas suffisamment de données factuelles pour suggérer qu'une modification du schéma de traitement diminue le risque de rupture de l'utérus.

Bibliographie

Cetin, C., Buyukkurt, S., Seydaoglu, G., Kahveci, B., Soysal, C., & Ozgunen, F. T. (2016). Comparison of two misoprostol regimens for mid-trimester pregnancy terminations after FIGO's misoprostol dosage recommendation in 2012. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 29*(8), 1314-1317.

Daponte, A., Nzewenga, G., Dimopoulos, K. D., & Guidozzi, F. (2006). The use of vaginal misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with previous single cesarean section. *Contraception, 74*(4), 324-327.

Daskalakis, G. J., Mesogitis, S. A., Papantoniou, N. E., Moulopoulos, G. G., Papapanagiotou, A. A., & Antsaklis, A. J. (2004). Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 112*(1), 97-99.

Dickinson, J. E. (2005). Misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with a prior cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology, 105*(2), 352-356.

Bibliographie

Erturk, A., Karapinar, B. T., Tasgoz, F. N., Dundar, B., & Kender Erturk, N. (2022). The safety of misoprostol alone used for second-trimester termination of pregnancy in women with previous caesarean deliveries. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 27*(6), 473–477.

Goyal, V. (2009). Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 113*(5), 1117-1123.

Henkel, A., Miller, H. E., Zhang, J., Lyell, D. J., & Shaw, K. A. (2023). Prior Cesarean Birth and Risk of Uterine Rupture in Second-Trimester Medication Abortions Using Mifepristone and Misoprostol: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology, 142*(6), 1357.

Ho, P. C., Blumenthal, P. D., Gemzell-Danielsson, K., Gómez Ponce de León, R., Mittal, S., & Tang, O. S. (2007). Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 99*(2), 178-181.

Küçükgöz Güleç, Ü., Urunsak, I. F., Eser, E., Guzel, A. B., Ozgunen, F. T., Evruke, I. C., & Buyukkurt, S. (2013). Misoprostol for midtrimester termination of pregnancy in women with 1 or more prior cesarean deliveries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120, 85-87.

Latta, K., Barker, E., Kendall, P., Testani, E., Laursen, L., McClosky, L., & York, S. (2023). Complications of second trimester induction for abortion or fetal demise for patients with and without prior cesarean delivery. *Contraception, 117*, 55–60.

Morris, J. L., Winikoff, B., Dabash, R., Weeks, A., Faundes, A., Gemzell-Danielsson, K., … Visser, G. H. A. (2017). FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 138*(3), 363-366.

Pongsatha, S., Suntornlimsiri, N., & Tongsong, T. (2024). Comparing the outcomes of termination of second trimester pregnancy with a live fetus using intravaginal misoprostol between women with and without previous cesarean section. *BMC Pregnancy and Childbirth, 24*, 274.

Shakir, H.M. (2022). Safety of vaginal misoprostol for the termination of second trimester miscarriage in women with previous uterine scar in Iraq. *Archives of Razi Institute, 77*(1), 199-204.

Torriente, M. C., Steinberg, W. J., & Joubert, G. (2017). Misoprostol use for second-trimester termination of pregnancy among women with one or more previous cesarean deliveries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 138*, 23-27.

Zwerling, B., Edelman, A., Jackson, A., Burke, A., & with the assistance of Prabhu, M. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Medication abortion between 14 0/7 and 27 6/7 weeks of gestation: Jointly developed with the Society for Maternal-Fetal Medicine. *Contraception, 129*.

5.1

5. Soins après avortement

Traitement en cas d'avortement incomplet ou manqué pour une taille utérine de moins de 13 semaines

Recommandation :

- En cas d'avortement incomplet, de rétention de tissus dans l'utérus ou de mort fœtale intra-utérine, il est possible de proposer un traitement par des méthodes médicamenteuses ou par aspiration intra-utérine.
- Schémas de traitement recommandé :
- Avortement incomplet : Misoprostol 600 µg par voie orale en une seule dose ou 400 µg en une seule dose par voie buccale, sublinguale ou, en l'absence de saignements vaginaux, par voie vaginale.
- Avortement manqué : Misoprostol 800 µg par voie buccale, ou, en l'absence de saignements vaginaux, par voie vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion (1 à 3 doses en général). Si disponible, ajouter un prétraitement à l'aide de 200 mg de mifépristone par voie orale 1 à 2 jours avant le misoprostol.

En pratique :

- C'est la taille de l'utérus, et non l'âge gestationnel qui doit être utilisée pour déterminer le traitement après avortement.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Modérée	6 novembre 2025

Avortement incomplet

Une étude systématique et une méta-analyse en réseau réalisées en 2021 et portant sur les méthodes de prise en charge des fausses couches avant la 13e semaine de gestation ont inclus 26 essais randomisés portant sur 5 735 personnes traitées pour un avortement incomplet (Ghosh et al., 2021). L'aspiration (RR 1,19, intervalle de confiance [IC] 95 % : 1,09, 1,31) et le traitement au misoprostol (RR 1,14, IC 95 % : 1,03, 1,25) ont été légèrement plus efficaces que la prise en charge attentiste ou le placebo pour obtenir un avortement complet, mais les taux de réussite ont été similaires pour toutes les stratégies de prise en charge. Les taux de réussite rapportés vont de 52 à 85 % pour la prise en charge attentiste, de 80 à 99 % pour le traitement par misoprostol et de 91 à 100 % pour le traitement chirurgical (Kim et al., 2017). Dans l'analyse, le misoprostol par voie orale, sublinguale ou vaginale a montré des profils d'efficacité et d'effets secondaires similaires ; l'allongement de la durée de l'évaluation de suivi augmente le succès du traitement au misoprostol (Kim et al., 2017).

Mort fœtale intra-utérine/avortement manqué

Une analyse systématique et une méta-analyse en réseau réalisées en 2021 et portant sur les méthodes de prise en charge des fausses couches avant la 13e semaine de gestation ont inclus 16 essais randomisés portant sur 4 397 femmes traitées pour un avortement manqué (Ghosh et al., 2021). L'aspiration (RR 2,43, CI 95 % 1,69, 3,49), la mifépristone associée au misoprostol (RR 1,82, CI 95 % 1,28, 2,58) et le misoprostol seul (RR 1,67, CI 95 % 1,18, 2,37) ont tous été plus efficaces pour obtenir un avortement complet que la prise en charge attentiste ou le traitement par placebo. Quatre essais contrôlés randomisés ont montré que les personnes qui ont subi un avortement manqué et ont reçu un prétraitement à la mifépristone avant de recevoir du misoprostol ont plus de chances de mener à bien leur avortement que celles qui n'ont reçu que du misoprostol. Dans l'étude de Schreiber et al. (2018), les personnes qui ont participé à l'étude ont reçu soit de la mifépristone, suivie 24 heures plus tard d'une dose unique de 800 µg de misoprostol par voie vaginale, soit du misoprostol sans prétraitement. Le succès de l'avortement, déterminé le jour suivant l'utilisation du misoprostol, était de 84 % dans le groupe mifépristone contre 67 % dans le groupe misoprostol seul. Dans une autre étude réalisée la même année (Sinha et al., 2018), les personnes participant ont reçu soit de la mifépristone, soit un placebo, suivi 48 heures plus tard par des schémas multidoses identiques de misoprostol. Les taux de réussite de l'avortement étaient respectivement de 87 % et 58 % ; les participantes du groupe mifépristone étaient plus nombreuses que celles du groupe placebo à expulser la grossesse après une seule dose de misoprostol (66 % contre 11 %, respectivement) et l'intervalle entre l'induction et l'avortement était significativement plus court (4,7 heures contre 8 heures, respectivement). Une troisième étude portant sur un schéma à base de mifépristone ou d'un placebo, suivis 48 heures plus tard par 800 µg de misoprostol, a démontré une expulsion réussie sept jours après la mifépristone chez 83 % et 76 % respectivement des 696 personnes ayant participé à l'étude (Chu et al., 2020). Une quatrième étude portant sur 216 participantes a révélé un taux de réussite de 94 % lorsque la mifépristone était utilisée, contre 83 % lorsque seul le misoprostol était utilisé, lorsque le suivi avait lieu plus de deux semaines après l'administration du traitement (Bettencourt-Silva et al., 2023). La prise en charge des fausses couches précoces à l'aide de la mifépristone et du misoprostol est associée à un taux plus faible d'interventions ultérieures de curetage utérin (Benson, Gunaje, Holt, Gore et Dalton, 2024). Dans une étude de cohorte prospective, le risque d'échec après l'administration de mifépristone et de misoprostol pour un avortement manqué était plus élevé chez les femmes dont la taille de l'utérus était supérieure à 9 semaines de gestation (Ehrnsten et al., 2019). Malgré le coût relativement élevé de la mifépristone, deux études menées aux États-Unis et une au Royaume-Uni ont montré que l'utilisation d'un traitement associant la mifépristone et le misoprostol en cas d'avortement manqué était rentable, en particulier dans les contextes où l'évacuation chirurgicale de l'utérus est réalisée en salle d'opération (Berkley, Greene et Wittenberger, 2020 ; Nagendra et al., 2020 ; Okeke Ogwulu et al., 2021). L'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Société de planification familiale et l'Institut national pour la santé et l'excellence clinique (NICE) recommandent d'associer la mifépristone au misoprostol dans le traitement des fausses couches précoces (OMS, 2024 ; Tarleton, Benson, Moayedi et Trevino, 2025 ; NICE, 2023).

Une analyse systématique de 2017 et une méta-analyse en réseau portant sur la prise en charge par le misoprostol lors de mort fœtale intra-utérine, qui reprenait dix-huit études portant sur un total de 1 802 femmes est parvenue à la conclusion que 800 µg de misoprostol par voie vaginale ou 600 µg de misoprostol par voie sublinguale sont les traitements les plus efficaces (Wu, et al., 2017). Une dose unique de 800 µg de misoprostol par voie vaginale aboutissait à une évacuation utérine complète chez 76 à 93 % des patientes (Fernlund, et al., 2018 ; Mizrachi et al., 2017 ; Ngoc, et al., 2004). Dans deux études, en optant pour une prise en charge attentiste de sept jours après une dose unique de misoprostol, le taux de réussite augmentait avec le temps (Ngoc et al., 2004), jusqu'à 88 % après sept jours contre 72 % après quatre jours (Mizrachi et al., 2019). Un certain nombre d'études font état d'une augmentation du taux de réussite de l'avortement suite à l'administration d'une dose supplémentaire de misoprostol (Barcelo et al., 2012 ; Graziosi, et al., 2004 ; Muffley, Stitely et Gherman, 2002), 48 (Lyra, et al., 2017) ou 72 heures après la dose initiale (Gilles et al., 2004 ; Zhang et al., 2005), mais il n'est pas possible d'établir avec certitude si cette augmentation du taux d'avortements complets est liée à la dose supplémentaire de médicament ou à la prolongation du délai avant évaluation. Une étude

de 2017 ayant randomisé des patientes pour recevoir une dose unique de 800 µg de misoprostol par voie vaginale ou une dose supplémentaire de misoprostol après quatre jours a constaté un taux d'avortements complets après sept jours pratiquement identique pour les deux groupes, à savoir 77 et 76 % respectivement (Mizrachi et al., 2017).

Une dose de 600 µg de misoprostol par voie sublinguale administrée toutes les trois heures après une dose initiale avec un maximum de deux doses supplémentaires a permis d'obtenir un taux de réussite de l'avortement de 88 à 92 % (Tang, et al., 2003 ; Tang et al., 2006). Aucune étude n'a évalué une dose unique de misoprostol par voie sublinguale pour le traitement de la mort fœtale intra-utérine.

Qui peut pratiquer des soins après avortement pour des personnes présentant une taille utérine inférieure à 13 semaines de gestation ?

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) émet des recommandations sur la prestation de services pour les soins après avortement pour des personnes présentant une taille utérine inférieure à 13 semaine de gestation (OMS, 2024). Les agents de santé ayant les compétences nécessaires pour un examen bimanuel pour diagnostiquer la grossesse et déterminer l'âge gestationnel en fonction de la taille de l'utérus, et pour effectuer des interventions transcervicales, peuvent être formés à l'aspiration pour les soins après avortement. L'OMS indique que l'aspiration de l'utérus fait partie du champ d'activité des médecins généralistes et médecins spécialisés, et recommande que l'aspiration soit pratiquée par des cliniciens associés et cliniciens avancés, des sages-femmes et des infirmières, sur la base de preuves de sécurité et d'efficacité avec un niveau de certitude modéré. Il est recommandé aux professionnels de la médecine traditionnelle et complémentaire de pratiquer l'aspiration utérine sur la base de preuves de sécurité et d'efficacité avec un faible niveau de certitude, et l'OMS suggère que les infirmières et les sages-femmes auxiliaires peuvent être en mesure de pratiquer l'aspiration dans les contextes où elles fournissent des soins obstétriques d'urgence de base (OMS, 20224). L'OMS indique que tous les cadres du personnel de santé (médecins spécialistes et médecins généralistes, cliniciens associés et cliniciens avancés, sages-femmes, infirmières, infirmières et sages-femmes auxiliaires, professionnels de la médecine traditionnelle et complémentaire, pharmaciens et préparateurs en pharmacie, et agents de santé communautaires) peuvent prendre en charge de manière sûre et efficace les avortements incomplets sans complication et les avortements manqués, sur la base de diverses données probantes et des compétences et connaissances attendues pour ces catégories de professionnels de santé (OMS, 2024). Pour plus d'informations sur le rôle des professionnels de santé dans les soins liés à l'avortement, voir Annexe C : *Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant les rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement.*

Ressources

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocoles pour l'avortement médical (Fiches de dosages)

Vidéos sur les soins d'avortement—Ipas : *Soins en cas de fausse couche/ avortement spontané*

Bibliographie

Barcelo, F., De Paco, C., Lopez-Espin, J. J., Silva, Y., Abad, L., & Parrilla, J. J. (2012). The management of missed miscarriage in an outpatient setting: 800 versus 600 µg of vaginal misoprostol. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 52*(1), 39-43.

Benson, L. S., Gunaje, N., Holt, S. K., Gore, J. L., & Dalton, V. K. (2024). Outcomes after early pregnancy loss management with mifepristone plus misoprostol vs misoprostol alone. *JAMA Network Open, 7*(10), e2435906.

Berkley, H.H., Greene, H.L., & Wittenberger, M.D. (2020). Mifepristone combination therapy compared with misoprostol monotherapy for the management of miscarriage: A cost-effectiveness analysis. *Obstetrics & Gynecology, 136*(4), 774-781.

Bettencourt-Silva, B., Rego, M. T., Miranda, C., Cunha, A. I., Brás, F., Lopes-Guerra, C., Miguelote, R., Sousa-Santos, R., & Furtado, J. M. (2023). The role of mifepristone on first trimester miscarriage treatment—A double-blind randomized controlled trial—MiFirsT. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 289*, 145–151.

Chu, J.J., Devall, A.J., Beeson, L.E., Hardy, P., Cheed, V., Sun, Y., ... & Commarasamy, A. (2020). Mifepristone and misoprostol versus misoprostol alone for the management of missed miscarriage (MifeMiso): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet, 396*, 770-78.

Ehrnsten, L., Altman, D., Ljungblad, A., & Kopp Kallner, H. (2019). Efficacy of mifepristone and misoprostol for medical treatment of missed miscarriage in clinical practice: A cohort study. A*cta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 00, 1-6.

Fernlund, A., Jokubkiene, L., Sladkevicius, P., & Valentin, L. (2018). Misoprostol treatment vs expectant management in early non-viable pregnancy in women with vaginal bleeding: A pragmatic randomized controlled trial. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology,51*(1), 24-3232.

Ghosh, J., Papadopoulou, A., Devall, A.J., Jeffery, H.C., Beeson, L.E., Do, V., Price, M.J., Tobias, A., Tuncalp, O., Lavelanet, A., Gulmezoglu, A.M., Coomarasamy, A., & Gallos, I.D., (2021). Methods for managing miscarriage: A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 6*(6), CD012602.

Gilles, J. M., Creinin, M. D., Barnhart, K., Westhoff, C., Frederick, M. M., & Zhang, J. (2004). A randomized trial of saline solution-moistened misoprostol versus dry misoprostol for first-trimester pregnancy failure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 190*(2), 389-394.

Graziosi, G. C., Mol, B. W., Ankum, W. M., & Bruinse, H. W. (2004). Management of early pregnancy loss. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 86*(3), 337-346.

Kim, C., Barnard, S., Neilson, J. P., Hickey, M., Vazquez, J. C., & Dou L. (2017). Medical treatment for incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1:CD007223. DOI: 10.1002/14651858.CD007223.pub4.

Lyra, J., Cavaco-Gomes, J., Moucho, M., & Montenegro, N. (2017). Medical termination of delayed miscarriage: Four year experience with an outpatient protocol. *Revista Brasiliera de Ginecologia e Obstetrica, 39*(10), 529-533.

Medical management of miscarriage: Ectopic pregnancy and miscarriage: Evidence review D. (2023). National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Mizrachi, Y., Dekalo, A., Gluck, O., Miremberg, H., Dafna, L., Feldstein, O., ... Sagiv, R. (2017). Single versus repeat doses of misoprostol for treatment of early pregnancy loss-a randomized clinical trial. *Human Reproduction, 32*(6), 1202-1207.

Mizrachi, Y., Tamayev, L., Shemer, O., Kleiner, I., Bar, J., & Sagiv, R. (2019). Early versus delayed follow-up after misoprostol treatment for early pregnancy loss. *Reproductive Biomedicine Online, 39*(1), 155-160.

Muffley, P. E., Stitely, M. L., & Gherman, R. B. (2002). Early intrauterine pregnancy failure: A randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 187*(2), 321-325.

Nagendra, D., Koelper, N., Loza-Avalos, S.E., Sonalkar, S., Chen, M., Atrio, J., ... & Harvie, H.S. (2020). Cost-effectiveness of mifepristone pretreatment for the medical management of nonviable early pregnancy: Secondary analysis of a randomized trial. *JAMA Nerwork Open, 3*(3), e201594.

Ngoc, N. T., Blum, J., Westheimer, E., Quan, T. T., & Winikoff, B. (2004). Medical treatment of missed abortion using misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 87*(2), 138-142.

Bibliographie

Okeke Ogwulu, C.B.O., Williams, E.V., Chu, J.J., Devall, A.J., Beeson, L.E., Hardy, P., Cheed, V., Yongzhong, S., Jones, L.L., Papadopoulos, J.H.L., Bender-Atik, R., Brewin, J., Hinshar, K., Choudhary, M., Ahmed, A., Naftalin, J., Nunes, N., Oliver, A., Izzat, F., ... Roberts, T.E. (2021). Cost-effectiveness of mifepristone and misoprostol versus misoprostol alone for the management of missed miscarriage: An economic evaluation based on the MIfeMiso trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 128*(9), 1534-1545.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation Mondiale de la Santé.

Schreiber, C. A., Creinin, M. D., Atrio, J., Sonalkar, S., Ratcliffe, S. J., & Barnhart, K. T. (2018). Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. *New England Journal of Medicine, 378*(23), 2161-2170.

Sinha, P., Suneja, A., Guleria, K., Aggarwal, R., & Vaid, N. B. (2018). Comparison of mifepristone followed by misoprostol with misoprostol alone for treatment of early pregnancy failure: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India, 68*(1), 39-44.

Tang, O. S., Lau, W. N., Ng, E. H., Lee, S. W., & Ho, P. C. (2003). A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal with sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. *Human Reproduction, 18*(1), 176-181.

Tang, O. S., Ong, C. Y., Tse, K. Y., Ng, E. H., Lee, S. W., & Ho, P. C. (2006). A randomized trial to compare the use of sublingual misoprostol with or without an additional 1 week course for the management of first trimester silent miscarriage. *Human Reproduction, 21*(1), 189-192.

Tarleton, J. L., Benson, L. S., Moayedi, G., & Trevino, J. (2025). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Medication management for early pregnancy loss. *Contraception, 144*.

Van den Berg, J., Gordon, B. B. M., Snijders, M. P. M. L., Vandenbussche, F. P. H. A., & Coppus, S. F. P. J. (2015). The added value of mifepristone to non-surgical treatment regimens for uterine evacuation in case of early pregnancy failure: A systematic review of the literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 195*, 18-26.

Wu, H. L., Marwah, S., Wang, P., Wang, Q. M., & Chen, X. W. (2017). *Misoprostol for medical treatment of missed abortion: A systematic review and network meta-analysis. Science Reports, 7*(1), 1664.

Zhang, J., Gilles, J. M., Barnhart, K., Creinin, M. D., Westhoff, C., & Frederick, M. M. (2005). A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *The New England Journal of Medicine, 353*(8), 761-769.

5.2

5. Soins après avortement

Traitement en cas d'avortement incomplet ou de mort fœtale pour une taille utérine de 13 semaines ou plus

Recommandation :

- Un traitement par des méthodes médicamenteuses ou une procédure de D&E peuvent être proposés en cas d'avortement incomplet ou de mort fœtale intra-utérine.
- Schéma de traitement médicamenteux recommandé :
  - **Avortement incomplet :** Misoprostol 400 µg par voie buccale, sublinguale ou, en l'absence de saignements vaginaux, par voie vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion.
  - **Mort fœtale intra-utérine (jusqu'à 24 semaines) :** Misoprostol 400 µg par voie buccale, sublinguale ou, en l'absence de saignements vaginaux, par voie vaginale toutes les 4 à 6 heures jusqu'à expulsion. Si disponible, ajouter un prétraitement par 200 mg de mifépristone par voie orale 1 à 2 jours avant le misoprostol.

En pratique :

- La taille de l'utérus, et non l'âge gestationnel, doit être utilisée pour déterminer le traitement après avortement.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Faible	6 novembre 2025

Contexte

La majorité des recherches et programmes sur les soins après avortement se sont concentrés sur les femmes présentant une taille utérine inférieure à 13 semaines (Ipas, 2013). Néanmoins, là où les avortements non sécurisés sont courants, jusqu'à 40 % des personnes demandeuses de soins après avortement viennent se présenter au-delà de 12 semaines de gestation (Ministère de la santé du Kenya, Ipas et Guttmacher Institute, 2013). Les personnes peuvent venir demander des soins pour un avortement incomplet, une rétention placentaire, une mort fœtale ou une rupture des membranes. Toutes ces situations nécessitent une évacuation utérine.

Schémas de traitement médicamenteux

Les données factuelles sont limitées pour proposer un schéma de traitement médicamenteux optimal pour des soins après avortement à partir de 13 semaines de gestation mais une analyse systématique de la littérature suggère qu'une dose d'au moins 200 µg de misoprostol par voie vaginale, sublinguale ou buccale administrée toutes les six heures, constitue un schéma de traitement efficace (Bracken et al., 2014 ; Mark, Borgatta et Edelman, 2015). Deux études ayant randomisée des patientes pour recevoir un traitement par 200 µg ou 400 µg de misoprostol par voie vaginale ont permis de constater que la plus forte dose de misoprostol aboutissait à des taux d'expulsion plus importants après 24 et 48 heures (Dickinson et Evans, 2002 ; Eslamian, et al., 2007). De nombreuses études et deux revues systématiques montrent qu'un prétraitement par la mifépristone un à

deux jours avant le misoprostol augmente le taux de réussite de l'avortement dans les 24 heures et diminue le délai avant expulsion des produits de conception (Allanson et al., 2021 ; Bracken et al., 2020 ; Chaudhuri et Datta, 2015 ; Oliveira et al., 2024 ; Panda et Singh, 2013 ; Pirrami et Reinert, 2025). Une analyse systématique portant sur le traitement médicamenteux lors de mort fœtale in utero a permis de constater qu'une dose de 400 µg administrée toutes les quatre heures était plus efficace et était associée à un moindre taux d'événements indésirables que d'autres doses ; il n'y a cependant pas eu de comparaison directe confirmant que quatre heures est bien l'intervalle idéal (Cleeve, Fonhus et Lavelanet, 2019).

Dilatation et évacuation (D&E)

Aucune étude n'a comparé une prise en charge médicale à une aspiration intra-utérine ou à une procédure de dilatation et évacuation pour des soins après avortement à partir de 13 semaines de gestation. Une procédure de dilatation et évacuation peut être proposée dans le cadre des soins après avortement là où il y a des prestataires compétents et des installations adaptées (OMS, 2024).

Qui peut fournir des soins après avortement aux personnes dont la taille de l'utérus est égale ou supérieure à 13 semaines de gestation ?

L'OMS émet des recommandations sur la prestation de services pour les soins post-abortum destinés aux personnes ayant un utérus de 13 semaines de gestation ou plus (OMS, 2024). . L'OMS indique que les D&E relèvent du champ d'activité des médecins spécialistes et recommande que les procédures de D&E soient dispensées par des médecins généralistes sur la base des compétences attendues pour ces rôles. L'OMS suggère que dans les contextes où il existe des mécanismes établis pour inclure les cliniciens associés et cliniciens avancés, les sages-femmes et les professionnels de la médecine traditionnelle et complémentaire dans d'autres tâches liées aux soins de santé maternelle et reproductive, ils peuvent fournir des D&E en toute sécurité et de manière efficace, sur la base des compétences et des connaissances attendues pour ces rôles d'agents de santé. L'OMS recommande que la prise en charge médicale de la MFIU (mort fœtale in utéro) soit assurée par des médecins spécialistes et généralistes et suggère que, dans les contextes où il existe un accès établi et facile à un soutien chirurgical approprié et à d'autres infrastructures nécessaires pour faire face à d'éventuelles complications, les cliniciens associés et cliniciens avancés, les sages-femmes, les infirmières, les infirmières et les sages-femmes auxiliaires, ainsi que les professionnels de la médecine traditionnelle et complémentaire puissent également fournir ce service de manière sûre et efficace, sur la base des compétences attendues pour ces catégories de professionnels de santé (OMS, 2024). Une étude randomisée contrôlée menée en Ouganda a démontré que les sages-femmes peuvent prendre en charge médicalement les avortements incomplets chez les femmes dont la taille de l'utérus est supérieure à 13 semaines avec autant de sécurité et d'efficacité que les médecins (Atuhairwe et al., 2022).

Pour plus d'informations sur les rôles des professionnels de santé dans les soins liés à l'avortement, voir Annexe C : *Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant les rôles des agents de santé dans la dispensation des soins d'avortement.*

Ressources

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocoles pour l'avortement médicamenteux (Fiche de dosages)

Bibliographie

Allanson, E.R., Copson, S., Spilsbury, K., Criddle, S., Jennings, B., Doherty, D.A., Wong, A.M., & Dickinson, J.E. (2021). Pretreatment with mifepristone compared with misoprostol alone for delivery after fetal death between 14 and 28 weeks gestation: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 137*(5), 801-809.

Atuhairwe, S., Byamugisha, J., Kakaire, O., Hanson, C., Cleeve, A., Klingberg-Allvin, M., Tumwesigye, N. M., & Gemzell-Danielsson, K. (2022). Comparison of the effectiveness and safety of treatment of incomplete second trimester abortion with misoprostol provided by midwives and physicians: A randomised, controlled, equivalence trial in Uganda. *The Lancet. Global Health, 10*(10), e1505–e1513.

Bracken, H., Ngoc, N. T., Banks, E., Blumenthal, P. D., Derman, R. J., Patel, A., ...Winikoff, B. (2014). Buccal misoprostol for treatment of fetal death at 14-28 weeks of pregnancy: A double-blind randomized controlled trial. *Contraception, 89*(3), 187-192. DOI: 10.1016/j.contraception.2013.11.014.

Bracken, H., Ngoc, N.T.N., Ha, D.Q., Paredes, N.R., Quyet, V.B., Linh, N.T.H., Ortiz, M.A., Bousieguez, M., & Winikoff, B. (2020). Mifepristone pretreatment followed by misoprostol 200mcg buccal for the medical management of intrauterine fetal death at 14-28 weeks: A randomized, placebo-controlled, double blind trial. *Contraception, 102*(1), 7-12.

Chaudhuri, P., & Datta, S. (2015). Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for induction of labor in intrauterine fetal death: A randomized trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 41*(12), 1884-1890.

Cleeve, A., Fonhus, M.S., & Lavelanet, A. (2019). A systematic review of the effectiveness, safety, and acceptability of medical management of intrauterine fetal death at 14-28 weeks of gestation. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 147*(3), 301-312.

Dickinson, J. E., & Evans, S. F. (2002). The optimization of intravaginal misoprostol dosing schedules in second-trimester pregnancy termination. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 186*(3), 470-474.

Eslamian, L., Gosili, R., Jamal, A., & Alyassin, A. (2007). A prospective randomized controlled trial of two regimens of vaginal misoprostol in second trimester termination of pregnancy. *Acta Medica Iranica, 45*(6), 497-500.

Ipas. (2013). *Woman-centered postabortion care: Reference manual* (2nd ed.). K.L. Turner & A.B. Huber (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.

Mark, A., Borgatta, L., & Edelman, A. (2015). Second trimester postabortion care for ruptured membranes, fetal demise, and incomplete abortion. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 129*(2), 98-103.

Ministry of Health of Kenya, Ipas, and Guttmacher Institute. (2013). *Incidence and complications of unsafe abortion In Kenya: Key findings of a national study*. African Population and Health Research Center: Nairobi.

Oliveira, P. S., de Almeida, A. M., Cabral, M. A. A. S. K., Guilherme, G. L., Ribeiro, A. J. R., Giusti, J. A. Z., de Lima, R. M. E., da Silva Garcia, J. C., & de Oliveira, R. (2025). Mifepristone and misoprostol versus misoprostol alone for induction of labor in women with intrauterine fetal death: A meta-analysis and systematic review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 168*(3), 904–912.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed. Genève*. Organisation mondiale de la Santé.

Panda, S., Jha, V., & Singh, S. (2013). Role of combination of mifepristone and misoprostol verses misoprostol alone in induction of labour in late intrauterin [sic] fetal death: A prospective study. *Journal of Family and Reproductive Health, 7*(4), 177-179.

Pirrami, R. G., & Reinert, J. P. (2025). Efficacy and Safety of Mifepristone and Misoprostol Compared to Misoprostol Alone for the Resolution of Miscarriage and Intrauterine Fetal Death: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Pharmacotherapy, 59*(7), 636–647.

5.3

5. Soins après avortement

Contraception après avortement : à partir de quel moment et quel type ?

Recommandation :

- Après une aspiration intra-utérine ou une procédure de dilatation et évacuation, toutes les méthodes contraceptives, hormonales et non hormonales, y compris la mise en place d'un dispositif intra-utérin et la stérilisation féminine, peuvent être instaurées immédiatement.
- L'utilisation de méthodes hormonales telles que pilule, patch, anneau, injection ou implant contraceptif peut débuter le jour de la prise du premier comprimé pour l'avortement médicamenteux. La mise en place d'un dispositif intra-utérin ou une stérilisation féminine peuvent être effectuées dès que l'on est raisonnablement certain que la personne concernée n'est plus enceinte.
- La stérilisation masculine (vasectomie) est une méthode sûre et efficace et peut être effectuée à tout moment.
- Les méthodes contraceptives à durée d'action prolongée sont associées à un taux de poursuite de l'utilisation plus élevé et à une moindre fréquence de grossesse que les méthodes à courte durée d'action.

En pratique :

- Toutes les personnes, y compris les personnes adolescentes, doivent pouvoir décider si elles souhaitent ou non utiliser une méthode contraceptive et opter pour la méthode de leur choix, en se basant sur des informations exactes sur la contraception et en fonction de leurs besoins et de leurs préférences personnelles.
- La satisfaction vis-à-vis des services de contraception et leur prise par les personnes ayant subi un avortement médicamenteux semble plus grande lorsque la méthode contraceptive est instaurée au moment de l'administration de la mifépristone.
- Les personnes qui commencent un traitement par injection de DMPA le jour même de la prise de mifépristone dans le cadre d'un avortement médicamenteux avant la 13e semaine doivent être informées du risque légèrement accru de poursuite de la grossesse.

Poids de la recommandation :

Important

Qualité des éléments factuels :

- Dispositifs intra-utérins et contraceptifs oraux combinés : élevée
- Implants contraceptifs : modérée
- Autres méthodes : faible à modérée

Dernière révision :

11 novembre 2025

Retour de la fertilité

Après une interruption volontaire de grossesse à moins de 13 semaines de gestation, l'ovulation survient généralement dans un délai de trois à quatre semaines mais certaines personnes peuvent déjà ovuler après huit jours (Boyd et Holmstrom, 1972 ; Lahteenmaki et Luukkainen, 1978 ; Schreiber, et al., 2010 ; Stoddard et Eisenberg, 2011). Au moins 85 % des personnes ovulent avant leurs premières menstruations (Boyd et Holmstrom, 1972 ; Lahteenmaki et Luukkainen, 1978 ; Cameron et Baird, 1988). Il n'y a pas de différence en termes de délai avant l'ovulation après un avortement médicamenteux ou après une aspiration intra-utérine (Cameron et Baird, 1988).

Les données concernant le retour de la fertilité après un avortement effectué au-delà de 13 semaines de gestation sont limitées. Une étude incluant seulement neuf personnes a constaté que 66 % d'entre elles avaient ovulé dans un délai de 21 jours (Marrs, et al., 1979). En raison de la rapidité du retour de la fertilité, toutes les personnes qui souhaitent commencer à utiliser une méthode contraceptive doivent recevoir la méthode de leur choix au moment de leur avortement. Si la méthode de choix n'est pas disponible, il convient de diriger la personne vers un endroit où elle pourra se la procurer et, si elle le souhaite, lui proposer une autre méthode à utiliser temporairement (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2014b).

Sécurité et acceptabilité de la contraception après un avortement

Chez les adultes, le document Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives publié en 2015 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2015) ainsi que les critères américains de 2024 relatifs à l'éligibilité médicale pour l'utilisation de la contraception (2024 US Medical Eligibility Criteria for Contraception Use) (Nguyen et al., 2024) classent toutes les méthodes contraceptives comme méthodes de première catégorie, c'est-à-dire sûres pour une utilisation immédiate, après un avortement sans complications au cours du premier trimestre ; ces recommandations ne diffèrent pas en fonction du type d'avortement. La stérilisation féminine est classée comme acceptable après un avortement sans complications.

De même, tant les États-Unis que le document de l'OMS Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives (Nguyen et al., 2024 ; OMS, 2015) classent toutes les méthodes contraceptives comme méthodes de première catégorie, c'est-à-dire sûres pour une utilisation immédiate, après un avortement sans complications au cours du deuxième trimestre, à l'exception des dispositifs intra-utérins. En raison du risque accru d'expulsion lors de leur utilisation après un avortement à partir de 13 semaines de gestation, les dispositifs intra-utérins sont classés comme méthode de catégorie deux, ce qui signifie que les avantages de l'utilisation de cette méthode sont généralement supérieurs aux risques. La stérilisation féminine est classée comme acceptable après un avortement sans complications à partir de 13 semaines de gestation.

Deux de ces recommandations diffèrent pour les personnes adolescentes : une injection d'acétate de médroxyprogestérone en dépôt est classée par les États-Unis et l'OMS comme méthode de catégorie deux pour les jeunes personnes de moins de 18 ans en raison d'un risque d'effet sur la densité minérale osseuse. Une stérilisation peut être effectuée chez une personne jeune mais des précautions particulières doivent être prises en raison du risque important de regrets ultérieurs (Nguyen et al., 2024 ; OMS, 2015).

Par rapport aux méthodes contraceptives à courte durée d'action, les méthodes à durée d'action prolongée comme les implants ou les dispositifs intra-utérins sont associées à un taux de poursuite de l'utilisation plus élevé et à une moindre fréquence de nouvelle grossesse et de nouvel avortement (Blumenthal, et al., 1994 ; Cameron et al., 2012 ; Kilander et al., 2016 ; Korjamo, Mentula et Heikinheimo, 2017 ; Langston, Joslin-Rohr et Westhoff, 2014 ; Peipert, et al., 2012 ; Pohjoranta, et al., 2015 ; Roberts, Silva et Xu, 2010 ; Rose, Garrett et Stanley, 2015). L'adoption de méthodes à durée d'action prolongée est plus fréquente après un avortement chirurgical qu'après un avortement médicamenteux (Laursen, et al., 2017 ; Rocca et al., 2018). Une analyse systématique et une méta-analyse des études randomisées et contrôlées a démontré un taux significativement plus élevé de satisfaction des patientes en cas d'instauration immédiate (le même jour que la mifépristone) d'implants contraceptifs et de contraceptifs injectables par rapport à une instauration plus tardive (Schmidt-Hansen et al., 2020).

Démarrage de la méthode contraceptive

Après une aspiration intra-utérine, une procédure de dilatation et évacuation ou un avortement médicamenteux avec expulsion de la grossesse dans un centre de santé, toutes les méthodes contraceptives hormonales et non hormonales, y compris la mise en place d'un dispositif intra-utérin et la stérilisation féminine, peuvent être instaurées immédiatement (Kim et al., 2021 ; Nguyen et al., 2024 ; OMS, 2015 ; OMS, 2024). Les méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité peuvent être mises en œuvre dès que la personne a eu au moins une menstruation après l'avortement. La stérilisation masculine (vasectomie) peut être réalisée à n'importe quel moment.

Dans le cas d'un avortement médicamenteux où l'expulsion de la grossesse est prévue à domicile, la plupart des méthodes contraceptives (notamment pilule, contraceptifs injectables et implants) peuvent être instaurées au moment de la prise du premier comprimé pour l'avortement médicamenteux dans la mesure où il n'existe pas de contre-indications médicales (Kim et al., 2021 ; Nguyen et al., 2024 ; OMS, 2015 ; OMS, 2024). La mise en place d'un dispositif intra-utérin ou une stérilisation peuvent être effectuées dès que l'on est raisonnablement certain que la femme n'est plus enceinte (OMS, 2014a ; OMS, 2024).

Le besoin immédiat d'une contraception fiable après un avortement, associé à la diminution de l'utilisation de la contraception lorsque celle-ci est retardée, plaide fortement en faveur de la recommandation de commencer à utiliser des méthodes contraceptives immédiatement (OMS, 2024).

Éléments factuels concernant les différentes méthodes contraceptives

Dispositifs intra-utérins (DIU) : se reporter à la section 5.4 « Utilisation d'un dispositif intra-utérin après un avortement : sécurité et à partir de quel moment le mettre en place ».

Implants sous-dermiques à base de progestatifs seuls : Deux études randomisées de non-infériorité portant sur des femmes ayant subi un avortement médicamenteux avant 13 semaines de gestation (Hognert et al., 2016 ; Raymond et al., 2016b) ont démontré que le taux de réussite de l'avortement était identique chez les femmes à qui l'on avait posé un implant contraceptif le jour de l'administration de la mifépristone et chez celles chez qui la pose avait eu lieu plus tardivement. Dans ces deux études, les taux d'utilisation étaient plus élevés parmi les femmes ayant reçu leur implant le jour de l'administration de mifépristone. Une étude (Hognert et al., 2016) a fait état d'une fréquence de grossesse significativement plus élevée lors du suivi six mois après l'avortement parmi le groupe où la pose avait eu lieu plus tardivement (3,8 % contre 0,8 %). Une autre étude a randomisé des femmes subissant une procédure de dilatation et évacuation pour la mise en place retardée ou immédiate d'un implant contraceptif (Cowett et al., 2018). L'implant n'a finalement été mis en place que chez moins de la moitié des femmes du groupe de pose retardée, contre 100 % pour le groupe de pose immédiate. Un examen systématique des données réalisé en 2022, qui incluait ces trois études, a conclu que la mise à disposition d'implants libérant un progestatif, en même temps que des abortifs, n'a que peu ou pas d'impact négatif sur la réussite de l'avortement médical et diminue les grossesses non désirées ultérieures (Sothornwit et al., 2022).

L'OMS recommande que les médecins généralistes et spécialistes, les cliniciens associés et cliniciens avancés, les sages-femmes et les infirmières puissent poser et retirer les implants sous-cutanés de manière sûre et efficace. L'OMS suggère que, dans les contextes où le système de santé dispose de mécanismes établis pour inclure les professionnels de la médecine traditionnelle et complémentaire dans d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive, et où la formation au retrait de l'implant est dispensée en même temps que la formation à l'insertion, ces professionnels de santé peuvent poser et retirer les implants. Les infirmières et les sages-femmes auxiliaires peuvent poser et retirer des implants dans le cadre d'un suivi et d'une évaluation ciblés, et les agents de santé communautaires peuvent poser et retirer des implants dans le cadre d'une recherche rigoureuse. Pour plus d'informations sur le rôle des professionnels de santé dans les soins liés à l'avortement, voir Annexe C : *Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé sur le rôle des professionnels de santé dans les soins liés à l'avortement*.

Injection de progestatifs seuls : Une étude portant sur 132 personnes ayant utilisé l'acétate de médroxyprogestérone (DMPA) immédiatement après un avortement par aspiration n'a signalé aucun événement indésirable

grave mais un faible taux de poursuite de l'utilisation de la méthode (22 %) après un an et une fréquence élevée de nouvelle grossesse (Goldberg, et al., 2002). Cependant, certaines données limitées, suggèrent que l'administration simultanée de DMPA et de mifépristone pourrait réduire l'efficacité de l'avortement médicamenteux. Une étude randomisée et contrôlée de non-infériorité (Raymond et al., 2016b) qui comparait 220 personnes ayant reçu une injection intramusculaire d'acétate de médroxyprogestérone le jour de l'administration de mifépristone à 75 personnes n'ayant pas reçu une telle injection a mis en évidence des taux similaires d'intervention chirurgicale pour quelque raison que ce soit après l'avortement médicamenteux (6,4 % et 5,3 % respectivement) et de grossesse six mois après l'intervention (2,3 % et 3,2 % respectivement). Le taux d'échec de l'avortement médicamenteux avec poursuite de la grossesse était toutefois significativement plus important parmi le groupe ayant reçu l'injection d'acétate de médroxyprogestérone retard (DMPA) (3,6 % vs 0,9 %). Les résultats d'études de cohorte rétrospective sont contradictoires en ce qui concerne les taux de réussite de l'avortement médicamenteux et la poursuite de la grossesse chez les femmes qui commencent un traitement par injections de progestatif seul le jour même de l'administration de la mifépristone (Carroll et al., 2024 ; Creinin et Boraas, 2025 ; Douthwaite et al., 2016 ; Park et al., 2016). Les critères médicaux adoptés aux États-Unis sur l'éligibilité à la contraception classent le DMPA administré en même temps que la mifépristone dans la catégorie 2 pour cette raison, et une revue systématique de 2021 suggère que les personnes qui choisissent de commencer le traitement par DMPA le jour même de la prise de mifépristone devraient être informées du risque légèrement accru de poursuite de la grossesse (Kim et al., 2021 ; Nguyen et al., 2024). Les femmes se déclarent très satisfaites de l'administration le jour même de contraceptifs progestatifs purs (Raymond et al., 2016a).

L'OMS recommande que les médecins généralistes et spécialistes, les cliniciens associés et associés avancés, les sages-femmes, les infirmières, les infirmières et sages-femmes auxiliaires, les professionnels de la médecine traditionnelle et complémentaire, les pharmaciens, les préparateurs en pharmacie, les agents de santé communautaires ainsi la personne qui utilise l'injection de progestatif seul puissent administrer ce type de contraception de manière sûre et efficace. Pour de plus amples informations sur le rôle des professionnels de la santé dans les soins liés à l'avortement, voir Annexe C : *Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé sur le rôle des professionnels de la santé dans les soins liés à l'avortement.*

Contraceptifs oraux combinés : Une analyse récente de sept études ayant inclus 1 739 femmes n'a mis en évidence aucun événement indésirable grave suite à l'utilisation de contraceptifs oraux combinés immédiatement après un avortement médicamenteux ou par aspiration avant 13 semaines de gestation (Gaffield, Kapp et Ravi, 2009). En outre, les femmes qui avaient utilisé immédiatement des contraceptifs oraux combinés présentaient un schéma de saignements similaire à celui des femmes n'ayant pas utilisé de méthode contraceptive et moins de saignements que les utilisatrices d'un dispositif intra-utérin au cuivre. Deux études randomisées et contrôlées sur les contraceptifs oraux combinés débutés immédiatement après un avortement médicamenteux jusqu'à 49 ou 63 jours de gestation comparés à un placebo ont montré que les comprimés étaient dépourvus d'effet significatif sur l'efficacité de l'avortement médicamenteux ou sur la quantité ou la durée des pertes de sang (Tang, et al., 1999 ; Tang, et al., 2002).

Anneau vaginal combiné : Une étude de cohorte portant sur 81 femmes ayant mis en place un anneau vaginal une semaine après un avortement médicamenteux ou par aspiration avant 13 semaines de gestation n'a constaté ni événements indésirables graves ni infections (Fine, et al., 2007).

Patch contraceptif combiné : Une étude portant sur 298 femmes randomisées pour un début immédiatement après l'avortement ou un début reporté au dimanche qui suivait leur avortement n'a pas constaté de différence en termes de taux de poursuite de l'utilisation après deux et six mois. Parmi les 53 % de femmes qu'il a été possible de contacter après six mois, la moitié avaient cessé d'utiliser le patch contraceptif (Steinauer et al., 2014).

Prise de décision en connaissance de cause

L'OMS recommande que les services de santé sexuelle et reproductive, y compris les services de contraception, soient dispensés d'une manière qui garantisse une prise de décision en toute connaissance de cause, qui respecte la dignité, l'autonomie, l'intimité et la confidentialité et qui tienne compte des besoins et des points

de vue des personnes concernées (OMS, 2014b). Les personnes doivent pouvoir choisir ou refuser la contraception en fonction de leurs besoins et de leurs préférences personnelles. Des informations complètes sur la contraception basées sur des éléments factuels, des conseils non directifs en matière de contraception et un soutien doivent être accessibles à toutes les personnes, y compris aux personnes adolescentes, de manière à leur permettre de prendre une décision en connaissance de cause. Idéalement, un choix de méthodes contraceptives doit être disponible, un renvoi approprié doit être proposé pour les méthodes non disponibles sur place et ces services doivent être intégrés aux soins d'avortement et de soins après avortement (Baynes et al., 2019 ; OMS, 2014b). Deux examens systématiques d'essais comparatifs randomisés (Cavallaro et al., 2020 ; Nelson et al., 2022) ont révélé que le conseil et la fourniture de contraceptifs au moment de l'avortement augmentent l'utilisation de la contraception, bien que certaines personnes puissent préférer ne pas discuter en profondeur de la contraception au moment de leur consultation d'avortement, en particulier si elles savent déjà à quelle méthode contraceptive post-avortement elles souhaitent recourir (Cansino et al., 2018). Lorsqu'une méthode contraceptive est fournie au moment de l'avortement et qu'un large choix de contraceptifs est disponible, le taux d'adoption d'une méthode contraceptive après un avortement peut atteindre 73 %, y compris chez les personnes adolescentes et les jeunes personnes (Benson, Andersen, Healy et Brahmi, 2017 ; Benson et al., 2016). Une récente étude systématique portant sur les préférences en matière de contraception a compris quatre études réalisées auprès de personnes ayant recours à des services d'avortement (Dam et al., 2022). La facilité d'utilisation et l'efficacité sont des caractéristiques importantes des méthodes contraceptives préférées, tout comme le coût, la familiarité avec la méthode, la présence d'hormones et les effets secondaires, entre autres.

Bibliographie

Baynes, C., Kahwa, J., Lusiola, G., Mwanga, F., Bantambya, J., Ngosso, L., & Hiza, M. (2019). What contraception do women use after experiencing complications from abortion? An analysis of cohort records of 18,688 postabortion care clients in Tanzania. *BMC Women's Health, 19*(1), 22.

Benson, J., Andersen, K., Healy, J., & Brahmi, D. (2017). What factors contribute to postabortion contraceptive uptake by young women? A program evaluation in 10 Countries in Asia and sub-Saharan Africa. *Global Health: Science and Practice, 5*(4), 644-657.

Benson, J., Andersen, K., Brahmi, D., Healy, J., Mark, A., Ajode, A., & Griffin, R. (2018). What contraception do women use after abortion? An analysis of 319,385 cases from eight countries. *Global Public Health, 13*(1), 35-50.

Blumenthal, P. D., Wilson, L. E., Remsburg, R. E., Cullins, V. E., & Huggins, G. R. (1994). Contraceptive outcomes among post-partum and post-abortal adolescents. *Contraception, 50*(5), 451-460.

Boyd Jr, E. F., & Holmstrom, E. G. (1972). Ovulation following therapeutic abortion. American Journal of *Obstetrics & Gynecology, 113*(4), 469.

Cameron, I. T., & Baird, D. T. (1988). The return to ovulation following early abortion: A comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinologica (Copenhagen) 118*, 161-167.

Cameron, S., Glasier, A., Chen, Z., Johnstone, A., Dunlop, C., & Heller, R. (2012). Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 119*(9), 1074-1080.

Cansino, C., Lichtenberg, E. S., Perriera, L. K., Hou, M. Y., Melo, J., & Creinin, M. D. (2018). Do women want to talk about birth control at the time of a first-trimester abortion? *Contraception, 98*(6), 535-540.

Carroll, A. L., Strauss, A. M., Philipps, N. M., Kaczmarczik, K. D., Shakur, Z., Ramirez, G., Klc, T. R., Tessier, K. M., & Boraas, C. M. (2024). Efficacy of medication abortion with concurrent initiation of progestin contraceptives: A retrospective cohort study. *Contraception, 140*.

Cavallaro, F.L., Benova, L., Owolabi, O.O., & Ali, M. (2020). A systematic review of the effectiveness of counselling strategies for modern contraceptive methods: What works and what doesn't? *BMJ Sexual and Reproductive Health, 46*(4), 254-269.

Cowett, A. A., Ali, R., Cooper, M. A., Evans, M., Conzuelo, G., & Cremer, M. (2018). Timing of etonogestrel implant insertion after dilation and evacuation: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 131*(5), 856-862.

Bibliographie

Creinin, M. D., & Boraas, C. M. (2025). Depomedroxyprogesterone acetate impact on mifepristone action during medication abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 30*(4), 200–204.

Dam, A., Yeh, P.T., Burke, A.E., & Kennedy, C.E. (2022). Contraceptive values and preferences of pregnant women, postpartum women, women seeking emergency contraceptives, and women seeking abortion services: A systematic review. *Contraception, 111*, 39-47.

Douthwaite, M., Candelas, J. A., Reichwein, B., Eckhardt, C., Ngo, T. D., & Dominguez, A. (2016). Efficacy of early induced medical abortion with mifepristone when beginning progestin-only contraception on the same day. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics, 133* (3), 329-333.

Fine, P. M., Tryggestad, J., Meyers, N. J., & Sangi-Haghpeykar, H. (2007). Safety and acceptability with the use of a contraceptive vaginal ring after surgical or medical abortion. *Contraception, 75*(5), 367-371.

Gaffield, M. E., Kapp, N., & Ravi, A. (2009). Use of combined oral contraceptives post abortion. *Contraception, 80*(4), 355-362.

Goldberg, A. B., Cardenas, L. H., Hubbard, A. E., & Darney, P. D. (2002). Post-abortion depot medroxyprogesterone acetate continuation rates: A randomized trial of cyclic estradiol. *Contraception, 66*(4), 215-220.

Hognert, H., Kopp Kallner, H., Cameron, S., Nyreli, C., Jawad, I., Heller, R., ... Gemzell-Danielsson, K. (2016). Immediate versus delayed insertion of an etonogestrel releasing implant at medical abortion-a randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction, 31*(11), 2484-2490.

Kilander, H., Alehagen, S., Svedlund, L., Westlund, K., Thor, J., & Brynhildsen, J. (2016). Likelihood of repeat abortion in a Swedish cohort according to the choice of post-abortion contraception: A longitudinal study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 95*(5), 565-571.

Kim, C., Nguyen, A.T., Berry-Bibee, E., Ermias, Y., Gaffield, M.E., & Kapp, N. (2021). Systemic hormonal contraception initiation after abortion: A systematic review and meta-analysis. *Contraception, 103*(5), 291-304.

Korjamo, R., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2017). Immediate versus delayed initiation of the levonorgestrel-releasing intrauterine system following medical termination of pregnancy—1 year continuation rates: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 124*(13), 1957-1964.

Lahteenmaki, P., & Luukkainen, T. (1978). Return of ovarian function after abortion. *Clinical Endocrinology, 8*(2), 123-132.

Langston, A.M., Joslin-Rohr, S.L., & Westhoff, C.L. (2014). Immediate postabortion access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within 1 year in a New York City practice. *Contraception, 89*(2), 103-8.

Laursen, L., Stumbras, K., Lewnard, I., & Haider, S. (2017). Contraceptive provision after medication and surgical abortion. *Women's Health Issues, 27*(5), 546-550.

Marrs, R. P., Kletzky, O. A., Howard, W. F., & Mishell, D. R. (1979). Disappearance of human chorionic gonadotropin and resumption of ovulation following abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 135*, 731-736.

Nelson, H.D., Cantor, A., Jungbauer, R.M., Eden, K.B., Darney, B., Ahrens, K., Burgess, A., Atchison, C., Goueth, R., & Fu, R. (2022). Effectiveness and harms of contraceptive counseling and provision interventions for women: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine, 175*(7), 980-993.

Nguyen, A. T., Curtis, K. M., Tepper, N. K., Kortsmit, K., Brittain, A. W., Snyder, E. M., Cohen, M. A., Zapata, L. B., Whiteman, M. K., Baker, C., Dethier, D., Garbarino, S., Gold, H., Halper, E., Kapp, N., Krishna, G., Meurice, M., Ramer, S., Rodenhizer, J., ... Wright, S. (2024). U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. *MMWR Recommendations and Reports, 73*(4), 1–126.

Organisation mondiale de la Santé. (2014b). *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations.* Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives (5e éd.).* Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Bibliographie

Park, J., Robinson, N., Wessels, U., Turner, J., & Geller, S. (2016). Progestin-based contraceptive on the same day as medical abortion. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics, 133*(2), 217-220.

Peipert, J. F., Madden, T., Allsworth, J. E., & Secura, G. M. (2012). Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstetrics & Gynecology, 120*(6), 1291-1297.

Pohjoranta, E., Mentula, M., Gissler, M., Suhonen, S., & Heikinheimo, O. (2015). Provision of intrauterine contraception in association with first trimester induced abortion reduces the need of repeat abortion: First-year results of a randomized controlled trial. *Human Reproduction, 30*(11), 2539-46.

Raymond, E. G., Weaver, M. A., Louie, K. S., Tan, Y. L., Bousieguez, M., Arangure-Peraza, A. G., ... Winikoff, B. (2016a). Effects of depot medroxyprogesterone acetate injection timing on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: A randomized controlled trial. Obstetrics & Gynecology, 128(4), 739-745.

Raymond, E. G., Weaver, M. A., Tan, Y. L., Louie, K. S., Bousieguez, M., Lugo-Hernandez, E. M., ... Winikoff, B. (2016b). Effect of immediate compared with delayed insertion of etonogestrel implants on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 127*(2), 306-312.

Roberts, H., Silva, M., & Xu, S. (2010). Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. Contraception, 82(3), 260-265.

Rocca, C. H., Goodman, S., Grossman, D., Cadwallader, K., Thompson, K. M. J., Talmont, E., ... Harper, C. C. (2018). Contraception after medication abortion in the United States: Results from a cluster randomized trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 218*(1), 107. e101-107.e108

Rose, S. B., Garrett, S. M., & Stanley, J. (2015). Immediate postabortion initiation of levonorgestrel implants reduces the incidence of births and abortions at 2 years and beyond. *Contraception, 92*(1), 17-25.

Sothornwit, J, Eamudomkarn, N., Lumbiganon, P., Jampathong, N., Festin, M.R., & Salang, L. (2022). Immediate versus delayed postabortal insertion of contraceptive implants. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*(5), CD013565.

Schmidt-Hansen, M., Hawkins, J.E., Lord, J., Williams, K., Lohr, P.A., Hasler, E., & Cameron, S. (2020). Long-acting reversible contraception immediately after medical abortion: systematic review with meta-analyses. *Human Reproduction Update, 26*(2), 141-160.

Schreiber, C. A., Sober, S., Ratcliffe, S., & Creinin, M. D. (2011). Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception, 84*(3), 230-233.

Steinauer, J. E., Sokoloff, A., Roberts, E., Drey, E. A., Dehlendorf, C. E., & Prager, S. W. (2014). Immediate versus delayed initiation of the contraceptive patch after abortion: A randomized trial. Contraception, 89(1), 42-7.

Stoddard, A., & Eisenberg, D. L. (2011). Controversies in family planning: Timing of ovulation after abortion and the conundrum of postabortion intrauterine device insertion. *Contraception, 84*, 119-121.

Tang, O. S., Gao, P. P., Cheng, L., Lee, S. W., & Ho, P. C. (1999). A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction, 14*(3), 722-725.

Tang, O. S., Xu, J., Cheng, L., Lee, S. W., & Ho, P. C. (2002). The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: A randomized placebo controlled trial. *Human Reproduction, 17*(1), 99-102.

5.4

5. Soins après avortement

Utilisation d'un DIU après un avortement : sécurité et moment de la mise en place

Recommandation :

- Lorsqu'une personne choisit d'utiliser un dispositif intra-utérin (DIU), celui-ci doit être mis en place immédiatement après la réussite d'un avortement par aspiration intra-utérine ou par dilatation et évacuation (D&E) sans complications.
- Lorsqu'une personne choisit d'utiliser un DIU après un avortement médicamenteux, celui-ci doit être mis en place dès qu'il est raisonnablement certain qu'elle n'est plus enceinte.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	élevée	11 novembre 2025

Mise en place d'un dispositif intra-utérin après un avortement avant 13 semaines de gestation

Le document *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives publié* en 2015 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ainsi que les critères adoptés aux États-Unis en 2024 de recevabilité pour l'utilisation des contraceptifs (2024 US *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*) classent les DIU comme méthode de première catégorie ou sûre pour une utilisation immédiate après un avortement au cours du premier trimestre ; ces recommandations ne diffèrent pas en fonction du type d'avortement (Nguyen et al., 2024 ; WHO, 2015).

Par rapport aux méthodes contraceptives à courte durée d'action, les méthodes réversibles à durée d'action prolongée comme les implants ou les dispositifs intra-utérins sont associées à un taux de poursuite de l'utilisation plus élevé et à une moindre fréquence de nouvelle grossesse et de nouvel avortement (Blumenthal, et al., 1994 ; Cameron et al., 2012 ; Korjamo, Mentula et Heikinheimo, 2017 ; Langston, Joslin-Rohr et Westhoff, 2014 ; Peipert, Madden, Allsworth et Secura, 2012 ; Pohjoranta, et al., 2015 ; Roberts, Silva et Xu, 2010). Une analyse de 2014 par la collaboration Cochrane reprenant douze études portant sur un total de 7 119 personnes a mené à la conclusion que la mise en place d'un DIU après une aspiration intra-utérine ou une procédure de dilatation et évacuation est sûre et pratique (Okusanya, Oduwole et Effa, 2014). Cette analyse n'a pas mis en évidence de différence entre mise en place immédiate et retardée en ce qui concerne la fréquence d'événements indésirables graves tels qu'infection ou perforation. Une étude de 2011 a randomisé 575 personnes pour la mise en place immédiate ou retardée d'un DIU après une aspiration utérine avant 12 semaines de gestation (Bednarek et al., 2011). Même si le taux d'expulsion du dispositif intra-utérin était était un peu plus élevé lors de sa lors de sa mise en place immédiatement après l'avortement (5 % vs 2,7 %), les personnes assignées au groupe de mise en place retardée avaient significativement moins de chances de recevoir un DIU (75 % vs 100 % pour le groupe de mise en place immédiate) et risquaient davantage une grossesse ultérieure (cinq

personnes vs aucune). Une étude de cohorte ayant comparé la mise en place d'un DIU immédiatement après la procédure effectuée par un prestataire de niveau intermédiaire ou par un médecin n'a pas constaté de différence entre les deux groupes en termes d'effets indésirables (Patil et al., 2016).

Après un avortement médicamenteux avant 13 semaines de gestation, un dispositif intra-utérin peut être mis en place dès que l'on est raisonnablement certain que la personne n'est plus enceinte (OMS, 2024). Les DIU posés dans les 48 heures suivant un avortement réussi sont associés à moins de douleurs que ceux posés plus tardivement (Hogmark et al., 2023). La mise en place d'un dispositif intra-utérin dans un délai de 5 à 10 jours après un avortement médicamenteux réussi est associée à un faible taux d'expulsion, à un taux élevé de poursuite de la méthode (Betstadt, et al., 2011 ; Sääv, Stephansson et Gemzell-Danielsson, 2012) et à un moindre taux de grossesse que sa mise en place plus tardivement (Pohjoranta, et al., 2017 ; Saav et al., 2012 ; Shimoni, et al., 2011). Une analyse systématique de trois études randomisées n'a pas constaté de différence entre une mise en place précoce ou retardée après un avortement à moins de 9 semaines de gestation et des taux plus importants d'expulsion, de poursuite et d'adoption de cette méthode après mise en place immédiate plutôt que plus tardive suite à un avortement entre 9 et 12 semaines de gestation (Schmidt-Hansen et al., 2020). Le taux d'adoption d'un dispositif intra-utérin est plus élevé après un avortement chirurgical qu'après un avortement médicamenteux, malgré des choix et des souhaits en matière de contraception similaires (Fang, Sheeder et Teal, 2018 ; Rocca et al., 2018).

Mise en place d'un dispositif intra-utérin après un avortement à partir de 13 semaines de gestation

L'OMS et les critères de recevabilité médicale pour l'adoption de méthodes contraceptives des États-Unis (2024) classent l'utilisation d'un DIU après un avortement sans complications au cours du second trimestre comme méthode de catégorie deux, ce qui signifie que les avantages de l'utilisation de cette méthode sont supérieurs aux risques, cela en raison du risque accru d'expulsion du dispositif intra-utérin. L'analyse effectuée par la collaboration Cochrane concernant la mise en place d'un dispositif intra-utérin immédiatement après une procédure d'avortement citée plus haut est parvenue à la conclusion que, en dépit du fait que le taux d'expulsion soit potentiellement plus élevé lors de mise en place immédiate, le taux de poursuite de l'utilisation est plus élevé sans augmentation des complications (Okusanya et al., 2014). Dans deux études randomisées et contrôlées de mise en place immédiate ou retardée d'un dispositif intra-utérin après une procédure de dilatation et évacuation, le taux d'utilisation d'un dispositif intra-utérin est significativement plus élevé lors d'insertion immédiate, cela sans augmentation du taux d'infection ou de complications (Cremer et al., 2011 ; Hohmann et al., 2012). Le taux d'expulsion chez les femmes chez qui l'on avait procédé à une insertion immédiate dans ces études était faible (3,1 % et 6,8 %) et ne différait pas de celui observé après insertion retardée. Un point à retenir est que, dans ces deux études, la moitié environ des personnes randomisées pour une insertion retardée ne sont pas revenues pour procéder à la mise en place du dispositif intra-utérin. Le fait d'exiger une visite de suivi pour la mise en place d'un dispositif intra-utérin constitue un obstacle important à l'utilisation de cette méthode (Stanek, et al., 2009).

Une étude réalisée en 2022, qui a randomisé 114 personnes ayant recours à un avortement médical entre 17 et 20 semaines de gestation pour recevoir soit un DIU au cuivre immédiatement après l'avortement, soit une pose trois semaines plus tard, a constaté que beaucoup plus de personnes du groupe immédiat utilisaient un DIU après 6 semaines (56 %, contre 19 %), malgré un taux d'expulsion nettement plus élevé dans le groupe immédiat (32 %, contre 7 %) (Constant et al., 2022). La seule étude disponible, une étude plus restreinte a randomisé 57 personnes entre l'utilisation immédiate ou différée d'un stérilet hormonal et l'utilisation d'un DIU suite à un avortement médical entre 12 et 20 semaines de gestations et a montré que l'insertion du dispositif est réalisable et sûre ; toutefois l'étude n'a pas disposé de capacités suffisantes pour évaluer le taux d'expulsion (Korjamo, Mentula et Heikinheimo, 2017a ; Korjamo et al., 2017b). Un DIU peut être mis en place après expulsion des produits de conception et du placenta.

Jeunes personnes

Le DIU chez les jeunes personnes de moins de vingt ans est classé par l'OMS et les critères de recevabilité médicale pour l'adoption de méthodes contraceptives des États-Unis comme méthode de catégorie deux, c'est-à-dire que ses avantages sont généralement plus importants que les risques (Nguyen et al., 2024 ; OMS, 2015). Une étude de cohorte prospective à grande échelle réalisée aux États-Unis a examiné les taux de grossesse, de naissance et d'avortement chez des femmes à qui l'on avait dispensé gratuitement toutes les méthodes contraceptives ; cette étude, qui incluait 1 056 jeunes femmes de moins de vingt ans a permis de constater que 62 % des jeunes femmes avaient choisi une méthode contraceptive réversible à durée d'action prolongée, à savoir dispositif intra-utérin (22 %) ou implant (40 %), contre 71 % des femmes plus âgées (Mestad et al., 2011). Les taux de poursuite de l'utilisation après 12 et 24 mois étaient identiques chez les femmes plus âgées et chez les jeunes femmes (Birgisson, et al., 2015). Les taux de grossesse, de naissance et d'interruption volontaire de grossesse parmi les jeunes femmes ayant participé à l'étude étaient diminués de 75 % par rapport à la moyenne nationale (Secura et al., 2014).

Une analyse systématique et une méta-analyse à grande échelle de 2017 portant sur les facteurs de risque de nouvelles grossesses chez les personnes adolescentes et ayant repris 26 études incluant plus de 160 000 personnes adolescentes a constaté que l'utilisation de contraceptifs réversibles à durée d'action prolongée exerçait un effet protecteur significatif, de même qu'un meilleur niveau d'éducation et la poursuite de la scolarité (Maravilla, et al., 2017).

Une analyse systématique de 2017 qui s'est intéressée aux risque de conséquences néfastes chez les très jeunes femmes utilisant un dispositif intra-utérin n'a pas observé de différence en termes de taux de perforation, d'échec contraceptif, d'infection pelvienne ou de saignements abondants chez les jeunes femmes de moins de 25 ans par rapport aux femmes plus âgées ; les taux d'expulsion du dispositif intra-utérin étaient légèrement plus élevés chez les très jeunes femmes (Jatlaoui, Riley et Curtis, 2017). Un dispositif intra-utérin n'augmente pas le risque d'infertilité chez les très jeunes femmes (Grimes, 2000) et la fertilité revient rapidement à son niveau initial après le retrait du dispositif (Hov, Skjeldestad et Hilstad, 2007).

Qui peut poser et retirer des DIU ?

L'OMS émet des recommandations de prestation de services pour la mise en place des DIU (OMS, 2024), recommandant que la pose et le retrait des DIU fassent partie du champ d'action des médecins spécialistes et médecins généralistes, des cliniciens associés et cliniciens avancés, des infirmières, des sages-femmes et des infirmières et sages-femmes auxiliaires, sur la base des compétences et des connaissances attendues pour ces catégories de professionnels de santé. L'OMS suggère que dans les contextes où il existe des mécanismes établis pour inclure les professions de médecine traditionnelle et complémentaire dans d'autres tâches liées aux soins de santé maternelle et reproductive, celles-ci peuvent poser et retirer les DIU en toute sécurité et efficacité, et que les infirmières auxiliaires peuvent poser et retirer les DIU dans le contexte d'une étude. Pour de plus amples informations sur le rôle des professionnels de la santé dans les soins liés à l'avortement, voir Annexe C : *Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé sur le rôle des professionnels de la santé dans les soins liés à l'avortement.*

Bibliographie

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

Betstadt, S. J., Turok, D. K., Kapp, N., Feng, K. T., & Borgatta, L. (2011). Intrauterine device insertion after medical abortion. *Contraception, 83*(6), 517-521.

Birgisson, N. E., Zhao, Q., Secura, G. M., Madden, T., & Peipert, J. (2015). Preventing unintended pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in review. *Journal of Women's Health Larchmont, 24*(5), 349-353.

Blumenthal, P. D., Wilson, L. E., Remsburg, R. E., Cullins, V. E., & Huggins, G. R. (1994). Contraceptive outcomes among post-partum and post-abortal adolescents. *Contraception, 50*(5), 451-460.

Cameron, S., Glasier, A., Chen, Z., Johnstone, A., Dunlop, C., & Heller, R. (2012). Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 119*(9), 1074-1080

Cremer, M., Bullard, K. A., Mosley, R. M., Weiselberg, C., Molaei, M., Lerner, V., & Alonzo, T. A. (2011). Immediate vs. delayed post-abortal copper T 380A IUD insertion in cases over 12 weeks of gestation. *Contraception, 83*(6), 522-527.

Fang, N., Sheeder, J., & Teal, S. (2018). Factors associated with initiating long-acting reversible contraception immediately after first-trimester abortion. *Contraception, 98*, 292-295.

Grimes, D. (2000). Intrauterine device and upper genital tract infection. *The Lancet, 356*, 1013-1019.

Hogmark, S., Liljeblad, K. L., Envall, N., Gemzell-Danielsson, K., & Kallner, H. K. (2023). Placement of an intrauterine device within 48 hours after early medical abortion—A randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 228*(1), 53.e1-53.e9.

Hohmann, H. L., Reeves, M. F., Chen, B. A., Perriera, L. K., Hayes, J. L., & Creinin, M. D. (2012). Immediate versus delayed insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine device following dilation and evacuation: A randomized controlled trial. *Contraception, 85*(3), 240-245.

Hov, G. G., Skjeldestad, F. E., & Hilstad, T. (2007). Use of IUD and subsequent fertility-follow-up after participation in a randomized clinical trial. *Contraception, 75*, 88-92.
Jatlaoui, T. C., Riley, H. E. M., & Curtis, K. (2017). The safety of intrauterine devices among young women: A systematic review. *Contraception, 95*, 17-39.

Korjamo, R., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2017a). Expulsions and adverse events following immediate and later insertion of a levonorgestrel-releasing intrauterine system after medical termination of later first- and second-trimester pregnancy: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, https://doi.org/10.1111/147-0528.14813.

Korjamo, R., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2017b). Immediate versus delayed initiation of the levonorgestrel-releasing intrauterine system following medical termination of pregnancy—1 year continuation rates: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, https://doi.org/10.1111/1471-0528.14802.

Langston, A. M., Joslin-Roher, S. L., & Westhoff, C. L. (2014). Immediate postabortion access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within one year in a New York City practice. *Contraception, 89*(2), 103-108.

Maravilla, J. C., Betts, K. S., Cuoto e Cruz, C., & Alati, R. (2017). Factors influencing repeated teenage pregnancy: A review and meta-analysis. *Australian Journal of Obstetrics & Gynecology*, 527-545.

Mestad, R., Secura, G., Allsworth, J. E., Madden, T., Zhou, Q., & Peipert, J. (2011). Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception, 84*(5), 493-498.

Nguyen, A. T., Curtis, K. M., Tepper, N. K., Kortsmit, K., Brittain, A. W., Snyder, E. M., Cohen, M. A., Zapata, L. B., Whiteman, M. K., Baker, C., Dethier, D., Garbarino, S., Gold, H., Halper, E., Kapp, N., Krishna, G., Meurice, M., Ramer, S., Rodenhizer, J., … Wright, S. (2024). U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. *MMWR Recommendations and Reports, 73*(4), 1–126.

Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives (5e éd.)*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Bibliographie

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed.* Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Okusanya, B. O., Oduwole, O., & Effa, E. E. (2014). Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 7*, DOI: 10.1002/14651858.CD001777.pub4.

Patil, E., Darney, B., Orme-Evans, K., Beckley, E. H., Bergander, L., Nichols, M., & Bednarek, P. H. (2016). Aspiration abortion with immediate intrauterine device insertion: Comparing outcomes of advanced practice clinicians and physicians. *Journal of Midwifery and Women's Health, 61*(3), 325-330. DOI: 10.1111/jmwh.12412

Peipert, J. F., Madden, T., Allsworth, J. E., & Secura, G. M. (2012). Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstetrics & Gynecology, 120*(6), 1291-1297.

Pohjoranta, E., Mentula, M., Gissler, M., Suhonen, S., & Heikinheimo, O. (2015). Provision of intrauterine contraception in association with first trimester induced abortion reduces the need of repeat abortion: First-year results of a randomized controlled trial. *Human Reproduction, 30*(11), 2539-46.

Pohjoranta, E., Suhonen, S., Mentula, M., & Heikinheimo O. (2017). Intrauterine contraception after medical abortion: Factors affecting success of early insertion. *Contraception, 95*(3), 257-262.

Roberts, H., Silva, M., & Xu, S. (2010). Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception, 82*(3), 260-265.

Rocca, C. H., Goodman, S., Grossman, D., Cadwallader, K., Thompson, K. M. J., Talmont, E., ... Harper, C. C. (2018). Contraception after medication abortion in the United States: results from a cluster randomized trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 218*(1), 107. e101-107.e108

Sääv, I., Stephansson, O., & Gemzell-Danielsson, K. (2012). Early versus delayed Insertion of intrauterine contraception after medical abortion—A randomized controlled trial. *PLoS One, 7*(11), e48948.

Schmidt- Hansen, M., Hawkins, J.E., Lord, J., Williams, K., Lohr, P.A., Hasler, E., & Cameron, S. (2020). Long-acting reversible contraception immediately after medical abortion: systematic review with meta-analyses. *Human Reproduction Update, 26*(2), 141-160.

Secura, G. M., Madden, T., McNicholas, C., Mullersman, J., Buckel, C. M., Zhao, Q., & Peipert, J. (2014). Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *New England Journal of Medicine, 371*(14), 1316-1323.

Shimoni, N., Davis, A., Ramos, M. E., Rosario, L., & Westhoff, C. (2011). Timing of copper intrauterine device insertion after medical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 118*(3), 623-628.

Stanek, A. M., Bednarek, P. H., Nichols, M. D., Jensen, J. T., & Edelman, A. B. (2009). Barriers associated with the failure to return for intrauterine device insertion following first-trimester abortion. *Contraception, 79*(3), 216-220.

5.5

5. Soins après avortement

Hémorragie consécutive à l'avortement : prévention et prise en charge

Recommandation :

- Le clinicien doit envisager des mesures visant à prévenir une augmentation des saignements ou être préparé à y faire face chez les personnes à haut risque d'hémorragie qui subissent un avortement.
- Une hémorragie consécutive à une atonie utérine peut être traitée par un massage utérin, des médicaments utérotoniques, une nouvelle aspiration, par tamponnement ou par une intervention chirurgicale.
- Les personnes qui présentent une hémorragie doivent faire l'objet d'une surveillance attentive pour les signes de choc.

Poids de la recommandation :
Important

Qualité des éléments factuels :
Faible

Dernière révision :
11 novembre 2025

Epidémiologie

La Society for *Family Planning* définit une hémorragie après un avortement comme des saignements excessifs nécessitant des mesures cliniques telles qu'une transfusion ou une hospitalisation et/ou une perte de sang supérieure à 500 ml (Glibert et al., 2023 ; Kerns, Brown, Nippita et Steinauer, 2024). Une hémorragie après une interruption volontaire de grossesse est rare : cette complication survient dans 0 à 3 cas pour mille après une aspiration intra-utérine jusqu'à 9 semaines de gestation ou après une aspiration intra-utérine avant 13 semaines et dans 0.3 à 9 cas pour mille après une évacuation utérine à partir de 13 semaines de gestation (Kerns et Steinauer, 2013 ; Kerns, Brown, Nippita et Steinauer, 2024 ; Upadhyay et al., 2014). Les causes de saignements sont notamment, placenta previa ou accreta, atonie utérine, rétention des produits de conception, lacérations cervicales ou vaginales, lésion utérine et coagulopathie (Kerns, Brown, Nippita et Steinauer, 2024 ; Perriera, Arslan et Masch, 2017).

Prévention

Toutes les personnes demandeuse de services d'avortement doivent être interrogée sur leurs antécédents médicaux pouvant être associés à un risque accru de saignements. Cet interrogatoire portera notamment sur les points suivants : complications obstétricales, en particulier hémorragies, antécédents d'au moins deux accouchements par césarienne, existence d'un trouble de la coagulation, âge gestationnel supérieur à 20 semaines, mort fœtale, obésité, âge maternel avancé et placenta previa ou placenta accreta (Kerns et Steinauer, 2018 ; Kerns, Brown, Nippita et Steinauer, 2024 ; Whitehouse et al., 2017). Le prestataire doit envisager des mesures visant à prévenir des saignements importants ou à être préparé à y faire face, par exemple procéder à la détermination de l'hémoglobine ou de l'hématocrite avant la procédure d'avortement, veiller à la disponibilité immédiate d'utérotoniques, se préparer en vue d'une éventuelle transfusion ou organiser un renvoi vers un centre de soins de niveau supérieur, même s'il n'existe que peu de données factuelles permettant

de proposer une guidance en matière de bonnes pratiques (Kerns, Brown, Nippita et Steinauer, 2024). Lors d'une étude randomisée, l'association de quatre unités de vasopressine à un bloc paracervical avant la procédure réduisait significativement la perte de sang lors des procédures de dilatation et évacuation et diminuait l'incidence d'hémorragie après avortement par rapport à un placebo (Schulz, Grimes et Christensen, 1985). Cet effet était plus marqué pour un âge gestationnel plus avancé. Il n'a pas été démontré que l'administration prophylactique d'ocytocine ou de syntocinon (5 ou 10 unités) réduise de façon cliniquement significative les saignements après une procédure d'aspiration intra-utérine au cours du premier trimestre (Nygaard, et al., 2010 ; Ali et Smith, 1996). L'administration de 30 unités d'ocytocine avant une procédure de dilatation et évacuation entre 18 et 24 semaines de gestation diminue la perte de sang et l'incidence d'hémorragie par rapport à un placebo (Whitehouse et al., 2019). La méthylergonovine, un médicament couramment administré à titre prophylactique pour prévenir les saignements excessifs après une D&E, s'est avérée augmenter les saignements au lieu de les réduire lorsqu'elle était administrée à titre prophylactique immédiatement après une D&E entre 20 et 24 semaines (Kerns, et al, 2021).

Diagnostic

Lorsqu'il suspecte une hémorragie après un avortement, le clinicien doit recourir à une approche rapide et systématique pour évaluer et traiter la personne concernée. L'évaluation initiale comprendra une inspection du col de l'utérus pour la présence de lacérations, un examen bimanuel pour évaluer une éventuelle atonie utérine et une nouvelle aspiration ou une échographie pour évaluer la rétention de produits de conception ou de sang (Kerns, Brown, Nippita et Steinauer, 2024).

Traitement

Les lacérations du col utérin peuvent être traitées par compression directe avec de la gaze ou une pince circulaire, par application topique d'agents coagulants (tels que nitrate d'argent ou solution de sulfate de fer) ou par la pose de sutures résorbables (Kerns, Brown, Nippita et Steinauer, 2024).

Une atonie utérine nécessite une réaction rapide et séquentielle débutant par un massage utérin, puis des utérotoniques, une nouvelle aspiration, un tamponnement utérin et, en dernier recours, des mesures chirurgicales. Le clinicien doit passer rapidement à l'étape suivante si les saignements ne sont toujours pas contrôlés. Lorsque l'on administre des médicaments utérotoniques, une dose supplémentaire ou l'administration de doses répétées peut être envisagée si les saignements ne diminuent pas après la première dose (Kerns, Brown, Nippita et Steinauer, 2024).

Tableau 5.5.1 Médicaments utérotoniques et posologie*

Médicament	Posologie
Méthylergonovine	0,2 mg par voie intramusculaire ou intracervicale ; peut être répété toutes les 2 à 4 heures. À éviter chez les personnes souffrant d'hypertension.
Misoprostol	800 à 1000 µg par voie buccale ou sublinguale
Ocytocine	10 à 40 unités par 500 à 1000 ml de fluide intraveineux liquide ou 10 unités par voie intramusculaire
Tamponnement intra-utérin	Gaze stérile, cathéter à ballonnet de Foley de 30 à 75 ml, poche de drainage ou ballonnet obstétrical placé dans l'utérus

* Extrapolé des données postpartum (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017, réaffirmé 2024 ; Escobar et al., 2022 ; Kerns, Brown, Nippita et Steinauer, 2024 ; Mavrides et al., 2016 ; Prata et Weidert, 2016 ; Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2020).

Si l'on recourt à un tamponnement pour arrêter les saignements, il convient de laisser en place le ballonnet de Foley, le ballonnet obstétrical, la gaze ou la poche de drainage pendant plusieurs heures tout en surveillant la personne. Si l'état de celle-ci reste stable après le retrait du ballonnet ou de la gaze, elle peut quitter le centre de soins.

Si les saignements persistent après que l'on ait confirmé le caractère complet de l'évacuation utérine et en l'absence de lacérations visibles, le prestataire doit envisager d'autres complications telles qu'une perforation, une coagulopathie ou un placenta accreta (National Abortion Federation, 2024). En cas de coagulopathie, notamment de coagulopathie intravasculaire disséminée, il peut s'avérer nécessaire d'administrer des dérivés de sang. Des mesures chirurgicales telles qu'une hystérectomie, des sutures de compression de l'utérus, une ligature ou une embolisation de l'artère utérine peuvent être prises en cas de saignements importants impossibles à contrôler par d'autres mesures. Les prestataires qui travaillent dans des centres de santé ne disposant pas d'une salle d'opération ou n'ayant pas les compétences nécessaires doivent disposer de protocoles clairs de réanimation et de transfert vers un établissement hospitalier de niveau supérieur. Les personnes à risque de choc requièrent la mise en place d'une voie intraveineuse, l'administration d'oxygène, la restauration du volume liquidien et une transfusion de sang ou de dérivés de sang si nécessaire.

Qui peut assurer la prise en charge initiale d'une hémorragie post-abortum ne mettant pas la vie en danger ?

L'OMS formule des recommandations en matière de prestation de services pour la prise en charge initiale de l'hémorragie post-abortum, qui comprennent l'identification de la complication, la stabilisation de la personne et l'administration de fluides intraveineux avant l'orientation vers un agent de santé ou un établissement de santé approprié (OMS, 2024). L'OMS recommande que les médecins spécialistes et médecins généralistes, les cliniciens associés et les cliniciens avancés, les sages-femmes, les infirmières, les infirmières et les sages-femmes auxiliaires, ainsi que les professionnels de la médecine traditionnelle et complémentaire puissent dispenser ces soins en fonction de leur champ d'activité établi ou des connaissances et compétences attendues pour le rôle de ce type d'agent de santé (OMS, 2024). Pour plus d'informations sur les rôles des professionnels de santé dans les soins liés à l'avortement, voir Annexe C : *Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant les rôles des agents de santé dans la dispensation des soins d'avortement.*

Bibliographie

Ali, P.B. & Smith, G. (1996). The effect of syntocinon on blood loss during first trimester suction curettage. *Anesthesia, 51*, 483-485.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017 reaffirmed 2024). ACOG Practice Bulletin Number 183: Postpartum hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology, 130*(4), e168-e186.

Escobar, M. F., Nassar, A. H., Theron, G., Barnea, E. R., Nicholson, W., Ramasauskaite, D., Lloyd, I., Chandraharan, E., Miller, S., Burke, T., Ossanan, G., Andres Carvajal, J., Ramos, I., Hincapie, M. A., Loaiza, S., Nasner, D., & FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. (2022). FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 157*(S1), 3–50.

Gilbert, C. M., Matulich, M. C., Ponzini, M. D., Wilson, M. D., & Creinin, M. D. (2023). Clinical interventions are more accurate than quantitative measurements for defining hemorrhage with dilation and evacuation. *Contraception, 120*, 109914.

Kerns, J.L., Pearlson, G., Mengesha, B., Harter, K., Jackson, R.A. & Drey, E.A. (2021). A randomized controlled trial of methylergonovine prophylaxis after dilation and evacuation abortion. *Contraception, 103*(2), 116-120.

Kerns, J. L., Brown, K., Nippita, S., & Steinauer, J. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Management of hemorrhage at the time of abortion. *Contraception, 129*.

Bibliographie

Kerns, J., Ti, A., Askel, S., Lederle, L., Sokoloff, A., & Steinauer, J. (2019). Disseminated intravascular coagulation and hemorrhage after dilation and evacuation abortion for fetal death. *Obstetrics & Gynecology, 134*(4), 708-713.

Lauerson, N. H., & Conrad, P. (1974). Effect of oxytocic agents on blood loss during first trimester suction curettage. *Obstetrics & Gynecology, 44*(3), 428-433.

Mavrides, E., Allard, S., Chandraharan, E., Collins, P., Green, L., Hunt, B. J., ... on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2016). Prevention and management of postpartum hemorrhage. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 124*, e106-e149.

Morris, J. L., Winikoff, B., Dabash, R., Weeks, A., Faundes, A., Gemzell-Danielsson, ... Visser, G. H. A. (2017). FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 138*(3), 363-366.

National Abortion Federation. (2024). *Clinical Policy Guidelines*. Washington DC: National Abortion Federation.

Nygaard, I. H. H., Valbo, A., Heide, H. C., & Kresovic, M. (2010). Is oxytocin given during surgical termination of first trimester pregnancy useful? A randomized controlled trial. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 90*, 174-178.

Organisation mondiale de la Santé. (2020). Recommandation de l'OMS sur les voies d'administration de l'ocytocine pour la prévention de l'hémorragie du post-partum après un accouchement par voie basse; Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Perriera, L. K., Arslan, A. A., & Masch, R. (2017). Placenta previa and the risk of adverse outcomes during second trimester abortion: A retrospective cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 57*(1), 99-104.

Prata, N., & Weidert, K. (2016). Efficacy of misoprostol for the treatment of postpartum hemorrhage: Current knowledge and implications for health care planning. International Journal of Women's Health, 8, 341-349.

Schulz, K. F., Grimes, D. A., & Christensen, D. D. (1985). Vasopressin reduces blood loss from second-trimester dilatation and evacuation abortion. *The Lancet, 2*, 353-356.

Upadhyay, U., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P., & Taylor, D. (2014). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology, 125*, 175-183.

Whitehouse, K., Tschann, M., Davis, J., Soon, R., Salcedo, J., Friedlander, E., & Kaneshiro, B. (2017). Association between prophylactic oxytocin use during dilation and evacuation and estimated blood loss. *Contraception, 96*, 19-24.

Whitehouse, K., Tschann, M., Soon, R., Davis, J., Micks, E., Salcedo, J., ... & Kaneshiro, B. (2019). Effects of prophylactic oxytocin on bleeding outcomes in women undergoing dilation and evacuation. *Obstetrics & Gynecology, 133*(3), 484-491.

5.6

5. Soins après avortement

Prise en charge d'une perforation utérine

Recommandation :

- Toute personne chez qui l'on suspecte une perforation utérine, même si elle est asymptomatique, doit être informée de cette complication et son état clinique doit être surveillé.
- Si son état est stable, la personne concernée doit être informée des signes d'alerte qui doivent l'inciter à demander des soins d'urgence et le cas échéant doit recevoir un plan de suivi avant de quitter le centre.
- Si l'on constate que son état clinique est instable ou s'aggrave, elle doit être transférée vers une institution de niveau tertiaire pour une prise en charge adaptée.
- Toute personne dont on sait qu'elle a subi une perforation utérine avec des signes de lésions intestinales doit être transférée vers une institution de niveau tertiaire pour une prise en charge adaptée.

Poids de la recommandation :	Qualité des éléments factuels :	Dernière révision :
Important	Faible	11 novembre 2025

Epidémiologie

Une perforation utérine lors d'une aspiration intra-utérine est une complication rare mais potentiellement grave ; on estime qu'elle survient lors de 0,1 à 3 sur mille procédures d'interruption volontaire de grossesse (Kerns, Brown, Nippita et Steinauer, 2024 ; Pridmore et Chambers, 1999). Cette fréquence augmente avec l'âge gestationnel et lorsque la procédure est réalisée par un prestataire moins expérimenté (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013, réaffirmé 2023).

Facteurs susceptibles d'accroître le risque de perforation utérine lors d'avortement chirurgical (Shakir et Diab, 2013 ; Obed et Wilson, 1999 ; Grimes et al., 2006) : Obed & Wilson, 1999 ; Grimes, et al., 2006) :

- Position de l'utérus : rétroversion, antéversion importante ou rétroflexion
- Infection
- Multiparité
- Grossesse multiple
- Âge gestationnel avancé
- Préparation insuffisante du col
- Difficultés à dilater le col
- Anomalies utérines ou cavité utérine déformée par des fibromes
- Antécédents de chirurgie cervicale ou utérine, notamment de césarienne
- Manque d'expérience du prestataire
- Présentation pour des soins après avortement (après une procédure d'avortement non sécurisé)

Une perforation utérine peut survenir à pratiquement n'importe quelle étape de la procédure d'avortement dès lors que des instruments pénètrent dans l'utérus. Une perforation peut également survenir à cause d'un objet étranger ou d'un accessoire utilisé pour pratiquer un avortement non sécurisé.

La perforation peut se situer en n'importe quel endroit de l'utérus, mais les localisations les plus fréquentes sont la ligne médiane antérieure ou la surface postérieure du fond de la cavité utérine (Sharma, Malhotra et Pundir, 2003). Une perforation utérine, souvent non détectée guérit sans nécessiter d'intervention chez les personnes qui subissent une procédure d'avortement avant 13 semaines (Kaali, Szigetvari et Bartfai, 1989 ; Sharma, Malhotra et Pundir, 2003). Par exemple une perforation du fond de la cavité utérine par un petit instrument à extrémité mousse a peu de risques d'engendrer des complications, guérit rapidement et ne nécessite aucune prise en charge supplémentaire. Les perforations latérales de l'utérus sont rares mais particulièrement inquiétantes en raison de la proximité des ramifications de l'artère utérine et du risque d'hémorragie grave (Berek et Stubblefield, 1979).

Diagnosis

Le prestataire doit suspecter une perforation utérine en cas de perte de résistance soudaine au cours de la dilatation du col ou de l'aspiration intra-utérine, si l'instrument pénètre bien au-delà de la longueur attendue de l'utérus. Si disponible, une échographie peut s'avérer utile comme aide au diagnostic (Coughlin, et al., 2013 ; Crosfil et Hughes, 2006 ; Gakhal et Levy, 2009 ; Shalev, Ben-Ami et Zuckerman, 1986 ; Skolnick, Katz et Lancet, 1982).

Une perforation utérine peut être visualisée par laparoscopie et laparotomie. Il n'est pas indispensable que le prestataire diagnostique avec certitude une perforation si la patiente est stable et que le risque de lésion intra-abdominale est faible. Si le prestataire voit du tissu adipeux jaunâtre dans le produit d'aspiration utérine, il doit fortement suspecter une perforation utérine et des lésions de l'intestin et la personne concernée doit être renvoyée vers une institution compétente pour un traitement chirurgical immédiat, cela indépendamment du fait que son état soit stable ou non. Une identification et une prise en charge rapide des lésions des viscères abdominaux et pelviens (intestin, vessie, vaisseaux sanguins, etc.) consécutives à une perforation utérine est essentielle pour éviter des complications graves (Obed et Wilson, 1999 ; Amarin et Badria, 2005).

Prise en charge

Dans un grand nombre de cas, le prestataire peut prendre en charge une perforation utérine sans complications avant 13 semaines de gestation par un traitement conservatoire, en surveillant toute modification de l'état clinique de la patiente (Moburg, 1976 ; Freiman et Wulff, 1977 ; Grimes, Schultz et Cates, 1984 ; Mittal et Misra, 1985 ; Chen, Lai, Lee et Leong, 1995 ; Lindell et Flam, 1995 ; Peterson, et al., 1983 ; Pridmore et Chambers, 1999). Le prestataire doit craindre davantage une lésion intra-abdominale si la perforation survient lors d'un avortement au-delà de 13 semaines de gestation ou d'une procédure de dilatation et évacuation ; les patientes concernées doivent être immédiatement renvoyées vers une institution compétente pour une évaluation plus approfondie car un traitement supplémentaire peut s'avérer nécessaire (Darney, Atkinson et Hirabayashi, 1990).

En cas de crainte de lésions des viscères abdominaux et pelviens, y compris de l'intestin, si la personne est stable et que l'expérience et l'équipement requis sont disponibles sur place, une laparoscopie constitue la technique exploratoire de choix. En cas de lésion intestinale manifeste ou d'hernie au travers de la perforation de la paroi utérine, de saignements excessifs ou d'instabilité hémodynamique, une laparotomie immédiate peut être préférable (Lauersen et Birnbaum, 1973 ; Grimes, Schultz et Cates, 1984 ; Chen, et al., 1995 ; Lindell et Flam, 1995 ; Kumar et Rao, 1998 ; Obed et Wilson, 1999). Si l'avortement n'est pas terminé, l'utérus doit être évacué sous visualisation directe lors de la laparoscopie ou de la laparotomie (Lauersen et Birnbaum, 1973 ; Goldschmitt, et al., 1995 ; Chen, et al., 1995). Il n'existe pas de données factuelles en faveur de la sécurité ou de l'efficacité d'un traitement médicamenteux pour terminer l'évacuation utérine immédiatement après une perforation utérine suspectée ou confirmée.

Les prestataires qui travaillent dans des centres de santé ne disposant pas d'une salle d'opération ou n'ayant pas les compétences nécessaires doivent disposer de protocoles clairs de réanimation et de transfert vers un établissement hospitalier de niveau supérieur. Les personnes à risque de choc requièrent la mise en place d'une voie intraveineuse, l'administration d'oxygène, la restauration du volume liquidien et une transfusion de sang ou de dérivés sanguins si nécessaire.

Bibliographie

Amarin, Z.O. & Badria, L.F. (2005) A survey of uterine perforation following dilatation and curettage or evacuation of retained products of conception. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 271*(3), 203-6.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013 reaffirmed 2023). Second-trimester abortion: ACOG Practice Bulletin No. 135. *Obstetrics & Gynecology, 121*(6), 1394-406.

Berek J.S. & Stubblefield, P.G. (1979). Anatomic and clinical correlates of uterine perforation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 135*(2), 181-4.

Chen, L.H., Lai, S.F., Lee, W.H., & Leong, N.K. (1995). Uterine perforation during elective first trimester abortions: A 1 year review. *Singapore Medical Journal, 36*(1), 63–7.

Coughlin, L.M., Sparks, D.A., Chase, D.M., & Smith, J. (2013). Incarcerated small bowel associated with elective abortion uterine perforation. *Journal of Emergency Medicine, 44*(3), e303-306.

Crosfill, F.M., & Hughes, S. (2006). Ultrasound scan appearance of perforated uterus after surgical evacuation of retained products of conception. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 26*(3), 278–9.

Darney, P.D., Atkinson, E., & Hirabayashi, K. (1990). Uterine perforation during second-trimester abortion by cervical dilation and instrumental extraction: A review of 15 cases. *Obstetrics & Gynecology, 75*(3 Pt 1), 441–4.

Freiman, S.M., & Wulff, G.J. (1977). Management of uterine perforation following elective abortion. *Obstetrics & Gynecology, 50*(6), 647–50.

Gakhal, M.S., & Levy, H.M. (2009). Sonographic diagnosis of extruded fetal parts from uterine perforation in the retroperitoneal pelvis after termination of intrauterine pregnancy that were occult on magnetic resonance imaging. *Journal of Ultrasound in Medicine, 28*(12):1723–7.

Grimes, D.A., Schulz, K.F., & Cates WJ. (1984) Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *The Journal of the American Medical Association, 27 ;251*(16), 2108–11.

Grimes, D.A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, F.E., & Shah I.H. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The Lancet, 368*(9550), 1908-19.

Goldschmit, R., Elchalal, U., Dgani, R., Zalel, Y., & Matzkel, A. (1995). Management of uterine perforation complicating first-trimester termination of pregnancy. *Israel Journal of Medical Sciences*, (4), 232-4.

Kaali, S.G., Szigetvari, I.A., & Bartfai, G.S. (1989). The frequency and management of uterine perforations during first trimester abortions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 161*(2), 406–8.

Kerns, J. L., Brown, K., Nippita, S., & Steinauer, J. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Management of hemorrhage at the time of abortion. *Contraception, 129*.

Kumar, P., Rao, P. (1988). Laparoscopy as a diagnostic and therapeutic technique in uterine perforations during first trimester abortions. *Asia-Oceania Journal of Obstetrics and Gynaecology, 14*(1), 55–9.

Lauersen, N.H., Birnbaum, S. (1973). Laparscopy as a diagnostic and therapeutic technique in uterine perforations during first trimester abortions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 117*(4), 522-6.

Lindell, G., Flam, F. (1995). Management of uterine perforations in connection with legal abortions. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 74*(5), 373–5.

Mittal, S., Misra, S.L. (1985). Uterine perforation following medical termination of pregnancy by vacuum aspiration. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 23*(1), 45–50.

Moberg, P.J. (1976). Uterine perforation in connection with vacuum aspiration for legal abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 14*(1), 77–80.

Obed, S.A., & Wilson, J.B. (1999). Uterine perforation from induced abortion at Korle Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana: A five year review. *West African Journal of Medicine, 18*(4), 286–9.

Bibliographie

Peterson,W.F., Berry, N., Grace, M.R., Gulbranson, C. L. (1983). Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. *Obstetrics & Gynecology, 62*(2), 185-190.

Pridmore, B.R, & Chambers, D.G. (1999). Uterine perforation during surgical abortion: a review of diagnosis, management and prevention. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 39*(3), 349–53.

Shakir, F, & Diab, Y. (2013). The perforated uterus. *The Obstetrician & Gynaecologist, 15*(4), 256-61.

Shalev, E., Ben-Ami, M., & Zuckerman, H. (1986). Real-time ultrasound diagnosis of bleeding uterine perforation during therapeutic abortion. *Journal of Clinical Ultrasound, 14*(1), 66–7.

Sharma, J.B., Malhotra, M., & Pundir, P. (2003). Laparoscopic oxidized cellulose (Surgicel) application for small uterine perforations. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 83*(3), 271–5.

Skolnick, M.L., Katz, Z., & Lancet, M. (1982). Detection of intramural uterine perforation with real-time ultrasound during curettage. *Journal of Clinical Ultrasound, 10*(7), 337–8.

A.

Annexe A

Tableaux des analgésiques

Les médicaments cités ci-après sont fréquemment utilisés pour assurer le contrôle de la douleur lors d'une aspiration intra-utérine ou d'une procédure de dilatation et évacuation mais il existe de multiples autres possibilités. Ce tableau ne reprend pas les anesthésiques généraux.

Les anxiolytiques et les narcotiques peuvent induire une dépression respiratoire, surtout lorsqu'ils sont utilisés simultanément. Dès lors, en cas d'utilisation concomitante, il convient de réduire les doses par rapport à celles administrées lorsqu'ils sont employés séparément. Lorsque des médicaments sont administrés par voie intraveineuse juste avant la procédure, l'administration doit être lente et intermittente et être effectuée par un prestataire formé à cet effet. On peut éviter les effets indésirables susceptibles de poser problème en injectant à plusieurs reprises de faibles doses par voie intraveineuse jusqu'à parvenir au degré d'analgésie et de sédation voulu chez la personne concernée. L'effet maximal des analgésiques doit se manifester pendant la procédure afin d'éviter une sédation post-opératoire excessive.

Même les cliniciens qui ne recourent qu'à un plus faible degré de sédation pour assurer l'analgésie doivent être à même de traiter un arrêt respiratoire dans l'éventualité fort peu probable d'un surdosage accidentel. Les prestataires doivent être formés au dégagement des voies respiratoires et à la réanimation cardiopulmonaire et du matériel de réanimation et des antagonistes appropriés (naloxone et flumazénil) doivent être disponibles.

Clause de non-responsabilité : *Ce document est destiné à offrir une source d'informations supplémentaires aux cliniciens et ne doit EN AUCUN CAS remplacer les informations figurant dans les notices des médicaments ou le jugement clinique tenant compte de la situation individuelle de la patiente et des possibilités de l'institution.*

Dernière révision : 10 janvier 2026

Type de médicament	Nom générique	Posologie et moment d'administration	Demi-vie	Effets indésirables	Commentaires
Anesthésique local Voir « Contrôle de la douleur : bloc paracervical »	Lidocaïne	20 ml d'une solution à 1 % ou 10 ml d'une solution à 2 % pour le bloc paracervical ; ne pas dépasser 4,5 mg/kg	60 à 90 minutes	Bourdonnements d'oreille ; étourdissements ; engourdissement des lèvres, de la bouche et de la langue ; goût métallique Extrêmement rare : convulsions	• Tirer légèrement sur le piston avant de procéder à l'injection pour éviter une injection intravasculaire • Les réactions allergiques sont extrêmement rares. Les réactions peuvent être dues aux conservateurs présents dans les flacons multidose. Les allergies à la lidocaïne sans conservateurs sont extrêmement rares.
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	Ibuprofène	Par voie orale : 400 à 800 mg une heure avant la procédure	2 heures	Possibilité de troubles gastro-intestinaux	Ne pas utiliser chez les personnes souffrant d'ulcère peptique actif ou d'insuffisance rénale.
	Naproxène	Par voie orale : 500 mg une heure avant la procédure	12 à 17 heures	Possibilité de troubles gastro-intestinaux	Ne pas utiliser chez les personnes souffrant d'ulcère peptique actif ou d'insuffisance rénale.
	Kétorolac	Par voie orale : 20 mg une heure avant la procédure IV : 30 mg administrés en au moins 15 secondes 30 à 60 minutes avant la procédure IM : 60 mg 30 à 60 minutes avant la procédure Chez les personnes pesant moins de 50 kg, toutes les doses doivent être divisées par deux	4 à 6 heures		• Une dose IM unique de kétorolac avant une intervention chirurgicale permet de diminuer le recours à des opiacés et la douleur postopératoire (de Oliveira 2012 ; Roche, 2011). • Ne pas utiliser chez les patientes souffrant d'ulcère peptique actif, d'insuffisance rénale, qui allaitent ou qui présentent une sensibilité vis-à-vis d'autres AINS. • Une douleur aiguë doit être traitée par des narcotiques plutôt qu'en augmentant la dose de kétorolac au-delà de la dose recommandée.
Analgésique	Paracétamol	Par voie orale : 500 à 1000 mg 30 à 60 minutes avant la procédure	2 à 4 heures		• Ne constitue pas un analgésique de première ligne pour une aspiration intra-utérine ou un avortement médicamenteux. Peut être utilisé comme antipyrétique. • Risque de toxicité hépatique en cas de surdosage (dose maximale = 4000 mg/jour).
Association narcotique/ analgésique	Paracétamol 300 mg + codéine 30 mg	Par voie orale : 1 à 2 comprimés une heure avant la procédure	2 à 4 heures	Somnolence ; étourdissements ; nausées et vomissements	• Faire preuve de prudence en cas d'association avec d'autres médicaments contenant du paracétamol. Risque de toxicité hépatique en cas de surdosage (dose maximale = 4000 mg/jour).
	Paracétamol 500 mg + hydrocodone 5 mg	Par voie orale : 1 à 2 comprimés une heure avant la procédure	4 à 6 heures	Somnolence ; étourdissements ; nausées et vomissements	• Faire preuve de prudence en cas d'association avec d'autres médicaments contenant du paracétamol. Risque de toxicité hépatique en cas de surdosage (dose maximale = 4000 mg/jour).

Type de médicament	Nom générique	Posologie et moment d'administration	Demi-vie	Effets indésirables	Commentaires
Narcotique	Mépéridine	Par voie orale : 100 à 150 mg 30 à 60 minutes avant la procédure IV : 25 à 50 mg 5 à 15 minutes avant la procédure IM/SC : 50 à 100 mg 30 à 90 minutes avant la procédure	2 à 4 heures	Somnolence ; étourdissements ; nausées et vomissements ; diminution de la fréquence respiratoire ; perte de conscience ; hypotension ; convulsions	• L'administration IM ou SC est préférable à l'administration IV • En cas de difficultés respiratoires, mettre en place une assistance respiratoire (dégagement des voies respiratoires, administration d'oxygène et masque Ambu) et administrer de la naloxone (voir fin du tableau). • Effet plus rapide et durée d'action plus brève que la morphine. • Mépéridine 300 mg de mépéridine par voie buccale = 75 mg de mépéridine IV = 10 mg de morphine IV
	Fentanyl	IV : 50 à 100 µg juste avant la procédure (cette dose peut être répétée toutes les 5 à 10 minutes, ne pas dépasser 250 µg) IM : 50 à 100 µg 30 à 60 minutes avant la procédure	4 heures	Somnolence ; étourdissements ; faiblesse ; bradycardie ; diminution de la fréquence respiratoire ; perte de conscience ; hypotension ; convulsions	• En cas de difficultés respiratoires, mettre en place une assistance respiratoire (dégagement des voies respiratoires, administration d'oxygène et masque Ambu) et administrer de la naloxone (voir fin du tableau). • Effet plus rapide et durée d'action plus brève que la mépéridine. • 100 µg de fentanyl IV = 10 mg de morphine IV • L'effet commence à se manifester 2 à 7 minutes après administration IV
	Tramadol	IV/IM : 50 à 100 mg 15 à 30 minutes avant la procédure Par voie orale ou rectale : 50 à 100 mg 60 à 90 minutes avant la procédure	6 à 8 heures	Somnolence ; étourdissements ; sudation ; faiblesse ; fatigue ; convulsions	• En cas de difficultés respiratoires, mettre en place une assistance respiratoire (dégagement des voies respiratoires, administration d'oxygène et masque Ambu) et administrer de la naloxone (voir fin du tableau). • Si administration IV, injecter lentement en 2 à 3 minutes • Moindre dépression respiratoire qu'avec la morphine ou la mépéridine
Anxiolytique (benzodiazépine)	Diazépam	Par voie orale : 5 à 10 mg une heure avant la procédure IV : 2 à 5 mg 20 minutes avant la procédure	30 à 60 heures	Vision floue ; étourdissements ; désorientation ; douleur et rougeur au site d'injection ; diminution de la fréquence respiratoire ; perte de conscience	• En cas de difficultés respiratoires, mettre en place une assistance respiratoire (dégagement des voies respiratoires, administration d'oxygène et masque Ambu) et administrer du flumazénil (voir fin du tableau). • A un léger effet amnésiant. • L'effet commence à se manifester 1 à 22 minutes après administration IV

Type de médicament	Nom générique	Posologie et moment d'administration	Demi-vie	Effets indésirables	Commentaires
Anxiolytique (benzodiazépine)	Midazolam	IV : 1 à 2 mg immédiatement avant la procédure puis 0,5 à 1 mg toutes les cinq minutes si nécessaire, ne pas dépasser 5 mg IM : 0,07 à 0,08 mg/kg ou environ 5 mg jusqu'à une heure avant la procédure	2,5 heures	Vision floue ; étourdissements ; désorientation ; dépression du système nerveux central et dépression respiratoire	• En cas de difficultés respiratoires, mettre en place une assistance respiratoire (dégagement des voies respiratoires, administration d'oxygène et masque Ambu) et administrer du flumazénil (voir fin du tableau). • 2,5 mg de midazolam = 10 mg de diazépam. • Effet amnésiant plus marqué que le diazépam. • L'effet commence à se manifester 1 à 5 minutes après administration IV et 15 à 30 minutes après administration IM.
	Lorazépam	Par voie orale : 1 à 2 mg 30 à 60 minutes avant la procédure IV : 2 mg à administrer en une minute 15 à 20 minutes avant la procédure IM : 0,05 mg/kg avec un maximum de 4 mg dans les 2 heures qui précèdent la procédure	14 heures	Vision floue ; étourdissements ; désorientation ; diminution de la fréquence respiratoire ; perte de conscience	• En cas de difficultés respiratoires, mettre en place une assistance respiratoire (dégagement des voies respiratoires, administration d'oxygène et masque Ambu) et administrer du flumazénil (voir fin du tableau). • Effet amnésiant.
Antidotes des narcotiques	Naloxone	IV/IM/SC : 0,4 mg toutes les 2 minutes jusqu'à inversion des effets	1 à 1,5 heures		• La durée d'action de la naloxone est d'une heure et son activité peut s'atténuer avant celle du narcotique. Par conséquent, les patientes traitées par la naloxone doivent faire l'objet d'un monitorage attentif pendant plusieurs heures. • Veiller à la perméabilité des voies respiratoires et surveiller la respiration lors de l'administration de naloxone.
Antidote des benzodiazépines	Flumazénil	IV : 0,2 mg toutes les minutes jusqu'à reprise de la respiration. Ne pas dépasser 1 mg	1 heure		• La durée d'action du flumazénil est d'une heure et son activité peut s'atténuer avant celle de la benzodiazépine. Par conséquent, les patientes traitées par le flumazénil doivent faire l'objet d'un monitorage attentif pendant plusieurs heures. En cas de surdosage de narcotiques et de benzodiazépines, commencer par neutraliser l'effet du narcotique par de la naloxone puis administrer du flumazénil si nécessaire. • Veiller à la perméabilité des voies respiratoires et surveiller la respiration lors de l'administration de flumazénil.

Traitement des réactions d'hypersensibilité / de l'anaphylaxie	Adrénaline	IM/SC : 0,2 à 0,5 mg toutes les 5 à 15 minutes IV : 0,1 mg dilué dans 10 ml de sérum physiologique à administrer en 5 à 10 minutes	1 minute	Tachycardie ; palpitations ; nausées ; diaphorèse ; étourdissements ; anxiété	• Il n'existe pas de contre-indications à l'adrénaline pour le traitement de l'anaphylaxie • L'administration IM est préférable • Envisager l'administration de 125 mg de méthylprednisolone IV • Mettre en place une assistance respiratoire. En cas de respiration sifflante, une administration par inhalation peut s'avérer utile. • Intubation immédiate en cas de signes d'obstruction imminente des voies respiratoires

Bibliographie

De Oliveira, G. S., Agarwal, D., & Benzon, H. T. (2012). Perioperative single dose ketorolac to prevent postoperative pain: a meta-analysis of randomized trials. *Anesthesia & Analgesia, 114*(2), 424-433.

Roche, N. E., Li, D., James, D., Fechner, A., & Tilak, V. (2011). The effect of perioperative ketorolac on pain control in pregnancy termination. *Contraception, 85*(3), 299-303.

B.

Annexe B

Continuum des niveaux de sédation : définition de l'anesthésie générale et des degrés de sédation/d'analgésie

American Society of Anesthesiologists, Committee of Origin : Quality management and departmental administration (approuvé par l'ASA House of Delegates le 13 octobre 1999 et modifié pour la dernière fois le 23 octobre 2024). Consulté à l'adresse : https ://www.asahq.org/standards-and-guidelines/continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedationanalgesia, le 25/01/2026. (reproduit avec autorisation).

	Sédation minimale Anxiolyse	Sédation/analgésie modérée («Sédation consciente»)	Sédation/ Analgésie profonde	Anesthésie générale
Capacité de réaction	Réaction normale à une stimulation verbale	Réaction adaptée** à une stimulation verbale ou tactile	Réaction adaptée* après stimulation répétée ou douloureuse	Impossible à réveiller même par un stimulus douloureux
Voies respiratoires	Non affectées	Aucune intervention nécessaire	Intervention parfois nécessaire	Intervention souvent nécessaire
Ventilation spontanée	Non affectée	Adéquate	Parfois insuffisante	Souvent insuffisante
Fonction cardiovasculaire	Non affectée	Généralement préservée	Généralement préservée	Parfois altérée

La **sédation minimale (anxiolyse)** est un état induit par des médicaments dans lequel le patient réagit normalement à des commandes verbales. Même si les fonctions cognitives et la coordination physique peuvent se trouver altérées, les réflexes au niveau des voies respiratoires et les fonctions ventilatoire et cardiovasculaires ne sont pas affectées. Cela se fait généralement en administrant une dose unique par voie orale d'un sédatif ou d'un analgésique avant l'intervention.

La **sédation/analgésie modérée («sédation consciente»)** est une dépression de la conscience induite par des médicaments lors de laquelle le patient réagit de manière adaptée** à des commandes verbales seules ou accompagnées d'une légère stimulation tactile. Aucune intervention n'est nécessaire pour maintenir la perméabilité des voies respiratoires et la ventilation spontanée est adéquate. La fonction cardiovasculaire est généralement préservée. Cela se fait généralement par titrage des sédatifs et/ou analgésiques administrés par voie intraveineuse pendant l'intervention.

La **sédation/analgésie profonde** est une dépression de la conscience induite par des médicaments lors de laquelle le patient est difficile à réveiller mais réagit de manière adaptée** à une stimulation répétée ou douloureuse. La capacité à maintenir une fonction ventilatoire indépendante peut se trouver altérée. Le patient nécessite parfois une assistance pour maintenir la perméabilité des voies respiratoires et la ventilation spontanée est parfois insuffisante. La fonction cardiovasculaire est généralement préservée. Cela se fait généralement par titrage des sédatifs, analgésiques et/ou anesthésiques administrés par voie intraveineuse pendant l'intervention.

Une **anesthésie générale** est une perte de conscience induite par des médicaments lors de laquelle il n'est pas possible de réveiller le patient, même par une stimulation douloureuse. La capacité à maintenir une fonction ventilatoire indépendante est souvent altérée. Le patient nécessite souvent une assistance pour maintenir la perméabilité des voies respiratoires et une ventilation avec pression positive peut s'avérer nécessaire en raison de la dépression de la ventilation spontanée ou de la dépression de la fonction neuromusculaire induite par les médicaments. La fonction cardiovasculaire est parfois altérée.

Comme la sédation est un continuum, il n'est pas toujours possible de prédire comment va réagir un patient individuel. Par conséquent, un praticien qui vise à induire un certain niveau de sédation doit être à même de ranimer** les patients chez qui le niveau de sédation devient plus profond qu'initialement prévu. Toute personne qui administre une sédation/analgésie modérée («sédation consciente») doit être à même de ranimer*** les patients qui entrent dans un état de sédation/analgésie profonde et toute personne qui administre une sédation/analgésie profonde doit être à même de ranimer*** les patients qui entrent dans un état d'anesthésie générale.

* Les soins anesthésiques surveillés (« MAC ») ne désignent pas un continuum de profondeur de sédation, mais « un service d'anesthésie spécifique dispensé par un anesthésiste qualifié, dans le cadre d'une intervention diagnostique ou thérapeutique ». Les indications des soins anesthésiques surveillés comprennent « la nécessité de niveaux d'analgésie et de sédation plus profonds que ceux pouvant être obtenus par une sédation modérée (y compris la conversion éventuelle en anesthésie générale ou régionale) ».

** Le réflexe de retrait suscité par un stimulus douloureux n'est PAS considéré comme une réaction adaptée.

*** La réanimation d'un patient qui est passé à un niveau de sédation plus profond qu'attendu est une intervention réalisée par un praticien compétent dans le maintien de la perméabilité des voies respiratoires et la restauration des fonctions vitales. Ce praticien qualifié corrige les conséquences physiologiques néfastes du niveau de sédation plus profond qu'attendu (hypoventilation, hypoxie et hypotension) et ramène le patient au niveau de sédation initialement visé. Il n'est pas approprié de poursuivre la procédure à un niveau de sédation plus profond qu'attendu.

Bibliographie

American Society of Anesthesiologists. (2018). *Position on Monitored Anesthesia Care*. Dernière modification le 23 octobre 2024.

C.

Annexe C

Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant le rôle des différentes catégories de personnels de santé dans la prise en charge de l'avortement

Dans *Abortion Care Guideline* (2024), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) fournit des orientations fondées sur des données probantes sur la manière d'inclure un plus grand nombre d'agents de santé et de personnes enceintes elles-mêmes dans la prise en charge ou l'autogestion de l'avortement afin de « promouvoir l'optimisation du personnel de santé disponible, de remédier à la pénurie de professionnels de santé qualifiés dans le système de santé, de réduire les coûts des soins et services et de les rendre plus abordables, d'améliorer l'équité et la justice dans l'accès aux services de santé et d'accroître l'acceptabilité des services de santé pour les personnes qui en ont besoin ». Les recommandations formulées par l'OMS s'adressent à tous les types de ressources et font référence à divers types d'agents de santé capables d'accomplir de manière sûre, efficace et satisfaisante tout ou partie des tâches spécifiques liées à l'avortement. Il est supposé que tout type d'agent de santé mentionné possède la formation de base requise pour un tel agent et qu'il recevra une formation et des informations spécifiques à la tâche en question avant de mettre en œuvre la recommandation.

Recommandation	Prise en charge autonome	Agent de santé communautaire	Personnel de pharmacie	Pharmacien	Spécialiste des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires	Sage-femme auxiliaire et aide-soignante	Personnel infirmier	Sage-femme	Clinicien associé et clinicien associé de niveau avancé	Médecin généraliste ou médecin spécialiste
Fourniture d'informations sur les soins liés à l'avortement	Non Recommandé (NR)	Recommandé	Suggéré (1)	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé
Services de conseil en matière d'avortement	NR	Recommandé	Suggéré (2)	Suggéré (2)	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé
Préparation cervicale médicamenteuse avant l'avortement chirurgical, quel que soit l'âge gestationnel	NR	Suggéré (3)	Suggéré (3)	Suggéré (3)	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé
Aspiration intra-utérine pour un avortement provoqué à < 14 semaines* d'âge gestationnel	NR	Déconseillé	Déconseillé	Déconseillé	Recommandé	Suggéré (4)	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé
Prise en charge de l'avortement médicamenteux à < 12 semaines d'âge gestationnel	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé
Préparation cervicale à l'aide de dilatateurs osmotiques avant la D&E à ≥ 12 semaines d'âge gestationnel	NR	Déconseillé	Déconseillé	Déconseillé	Suggéré (3)	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé

Recommandation	Prise en charge autonome	Agent de santé communautaire	Personnel de pharmacie	Pharmacien	Spécialiste des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires	Sage-femme auxiliaire et aide-soignante	Personnel infirmier	Sage-femme	Clinicien associé et clinicien associé de niveau avancé	Médecin généraliste ou médecin spécialiste
D&E pour l'avortement chirurgical à ≥ 14 semaines d'âge gestationnel	NR	Déconseillé	Déconseillé	Déconseillé	Suggéré (5)	Déconseillé	Déconseillé	Suggéré (5)	Suggéré (5)	Recommandé
Prise en charge médicamenteuse de l'avortement provoqué à ≥ 12 semaines d'âge gestationnel	NR	Déconseillé	Déconseillé	Déconseillé	Suggéré (6)	Suggéré (6)	Suggéré (6)	Suggéré (6)	Suggéré (6)	Recommandé
Aspiration intra-utérine pour le traitement de l'avortement incomplet sans complication à < 14 semaines d'âge gestationnel	NR	Déconseillé	Déconseillé	Déconseillé	Recommandé	Suggéré (4)	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé
Traitement de l'avortement incomplet sans complication par le misoprostol à < 14 semaines d'âge gestationnel	NR	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé
Traitement médicamenteux de la mort fœtale intra-utérine à ≥ 14 et ≤ 28 semaines d'âge gestationnel	NR	Déconseillé	Déconseillé	Déconseillé	Suggéré (6)	Suggéré (6)	Suggéré (6)	Suggéré (6)	Suggéré (6)	Recommandé
Insertion et retrait de dispositifs intra-utérins (DIU)	NR	Déconseillé	Déconseillé	Déconseillé	Suggéré (5)	Suggéré (7)/ Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé
Insertion et retrait des implants	NR	Suggéré (7)	Déconseillé	Déconseillé	Suggéré (5)	Suggéré (8)	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé
Administration de contraceptifs injectables	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé
Ligature des trompes	NR	Déconseillé	Déconseillé	Déconseillé	Déconseillé	Déconseillé	Suggéré (7)	Suggéré (7)	Recommandé	Recommandé
Traitement initial d'une hémorragie ou d'une infection après avortement ne mettant pas en danger la vie de la personne concernée	NR	Déconseillé	Déconseillé	Déconseillé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé

Non Recommandé (NR) = pas de recommandation

Recommandé : recommandation forte en faveur de l'intervention

Suggéré : recommandation faible en faveur de l'intervention, nécessitant un texte supplémentaire pour nuancé la recommandation, en précisant les conditions d'utilisation.

Déconseillé : recommandation forte à l'encontre de l'intervention.

***** La prestation de l'aspiration intra-utérine comprend la détermination de l'âge gestationnel, la préparation cervicale (si nécessaire), l'intervention proprement dite, la prise en charge de la douleur, y compris la réalisation d'un bloc paracervical, et l'évaluation de l'issue de l'avortement au moyen d'une inspection visuelle des produits de conception.

(1) Condition : dans les contextes où le personnel de pharmacie travaille sous la supervision directe d'un pharmacien et dans les cas où l'accès aux services de santé adaptés ou l'orientation vers ces services est garanti.

(2) Condition : des conseils équilibrés sont fournis (concernant à la fois la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale) et il existe un accès à ou une orientation vers des services de santé adaptés si la personne opte pour la méthode chirurgicale.

(3) Condition : l'agent de santé assure la continuité des soins depuis la préparation cervicale jusqu'à la dilatation et l'évacuation.

(4) Condition : dans les contextes où il existe des mécanismes établis au sein du système de santé autorisant ces agents de santé à dispensé des soins obstétricaux d'urgence de base.

(5) Condition : dans les contextes où il existe des mécanismes établis au sein du système de santé prévoyant la participation de ces agents de santé à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive.

(6) Condition : dans les contextes où un accès facile et établi à un service de chirurgie adapté et une infrastructure appropriée est disponible pour traiter l'avortement incomplet ou d'autres complications.

(7) Condition : dans le cadre de recherches rigoureuses.

(8) Condition : dans le cadre d'un suivi et d'une évaluation ciblés.

Adapté de l'Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Définition des catégories et des fonctions des travailleurs de la santé par l'Organisation mondiale de la Santé

Catégorie	Description des qualifications et des tâches
Agent de santé communautaire	Personne qui exerce des fonctions liées à la prestation de soins de santé ou à la fourniture d'informations et qui a été formée d'une certaine manière dans le contexte de cette tâche, mais qui ne détient aucun certificat professionnel ou paraprofessionnel officiel ni autre diplôme d'études supérieures.
Personnel de pharmacie	Techniciens et assistants qui exécutent différentes tâches liées à la dispensation de produits médicaux sous la supervision d'un pharmacien. Ils ou elles gèrent les inventaires, préparent et stockent les médicaments et autres composés et fournitures pharmaceutiques, peuvent dispenser des médicaments à des clients et leur indiquer comment les utiliser conformément à la prescriptions des professionnels de santé. Les techniciens suivent généralement une formation de deux à trois ans dans un centre de formation et obtiennent une capacité non équivalente à un diplôme universitaire. Les assistants suivent généralement deux ou trois ans d'études secondaires, suivies d'une période de formation sur le terrain ou d'apprentissage.
Pharmacien	Professionnel de santé qui dispense des produits médicaux. Un pharmacien peut fournir des conseils sur l'utilisation correcte et les effets indésirables des médicaments conformément à la prescription établie par des médecins et autres professionnels de santé habilités. La formation est de type universitaire dans les domaines de la pharmacie théorique et pratique, la chimie pharmaceutique ou un autre domaine connexe.
Spécialiste des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires	Professionnel pratiquant une médecine traditionnelle ou complémentaire (médecine non allopathe), dont la formation prévoit quatre ou cinq ans d'études à l'université sur l'anatomie humaine, la physiologie, la prise en charge d'un accouchement normal et la pharmacologie des médecines modernes utilisées en gynécologie obstétrique, en plus de leur système de médecine particulier.
Sage-femme auxiliaire et aide-soignante	Une sage-femme auxiliaire possède des compétences de base en soins infirmiers, et certaines compétences de sage-femme, mais sans être pleinement qualifiée en tant que sage-femme. Le niveau de formation peut varier de quelques mois à trois ans, comprenant éventuellement une période de formation sur le terrain qui peut prendre la forme d'un contrat d'apprentissage. Un ou une aide-soignante est une personne formée aux compétences de base en soins infirmiers, mais pas à la prise de décisions dans ce domaine.
Personnel infirmier	Personne qui a été légalement autorisée (agrée) à exercer à l'issue d'un examen conduit par un comité national d'examinateurs en soins infirmiers ou une autorité réglementaire similaire. La formation dure au moins trois ans en école de soins infirmiers et aboutit à un diplôme d'études supérieures ou de troisième cycle universitaire ou équivalent.
Sage-femme	Personne qui a été enregistrée par un ordre national de sages-femmes ou une autorité réglementaire similaire, et qui a été formée aux compétences essentielles de la pratique de la profession de sage-femme. La formation dure généralement au moins trois ans en école d'infirmières ou de sages-femmes et aboutit à un diplôme universitaire ou équivalent. Une sage-femme agréée possède l'ensemble des compétences des maïeutiques, y compris celles liées à l'avortement.
Clinicien et clinicien associé de niveau avancé	Clinicien professionnel ayant des compétences de base pour diagnostiquer et prendre en charge des affections médicales et chirurgicales courantes et pour réaliser certains actes chirurgicaux. La formation nécessite généralement trois à quatre années d'études post-secondaires dans un établissement d'enseignement supérieur reconnu. La pratique du clinicien fait l'objet d'une autorisation et est réglementée par une autorité nationale ou infranationale.
Médecin généraliste	Docteur en médecine détenant un diplôme universitaire de formation médicale de base, mais sans spécialisation en gynécologie obstétrique.
Médecin spécialiste	Docteur en médecine avec une formation clinique supérieure et une spécialisation en gynécologie obstétrique.

Adapté de l'Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Abortion Guideline, 2nd* ed,. Genève. Organisation mondiale de la Santé.

Ipas Partenaires pour la justice reproductive

www.ipas.org/ActualitésCliniques

www.ipas.org ContactUs@ipas.org

© Ipas 2026

CURH-F26