

Bonnes pratiques en soins après avortement

Mars 2022

Publié par le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 10–18 Union Street, Londres, SE1 1SZ, Royaume-Uni.

www.rcog.org.uk/mas

Organisme de bienfaisance enregistré n° 213280

Première publication en 2015, mise à jour en 2022

© 2015 The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

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

Révision et composition : Andrew Welsh (www.andrew-welsh.com)

Table des matières

Introduction aux guides des bonnes pratiques du RCOG	ii
Contexte	1
Informations destinées au personnel de santé pratiquant les soins après avortement	1
Évaluation	1
Traitement des avortements incomplets	2
Prévention des infections après traitement	3
Dépistage des IST	4
Tests sanguins	4
Contraception	4
Anti-D	4
Informations sur la prestation des soins après avortement	5
Avortement thérapeutique	5
Informations destinées aux personnes devant subir un avortement thérapeutique	5
Informations destinées au personnel de santé chargé d'évaluer les personnes avant un avortement thérapeutique	7
Détermination de l'âge gestationnel	8
Contre-indications et considérations supplémentaires	9
Informations destinées au personnel de santé pratiquant les avortements thérapeutiques	10
Avortement médicamenteux	10
Avortement chirurgical	11
Suivi	12
Prestation des services	12
Accès aux services	12
Fournir des informations	13
Dispositions en place pour la procédure	13
Sources de données probantes	14
Autres publications examinées	14
Annexe : Contraception après avortement	15

Introduction aux guides des bonnes pratiques du RCOG

Les guides des bonnes pratiques du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) sont des documents examinés par des pairs, faciles à utiliser et adaptables qui exposent les éléments primordiaux à une pratique clinique fondée sur des données probantes.

Les bonnes pratiques décrites sont élaborées à partir des recommandations basées sur des données probantes mises au point par des organisations comme l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le RCOG et le National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Ces documents sont volontairement courts et succincts pour que les professionnel·les de santé puissent les lire et les utiliser dans leurs tâches quotidiennes. Les preuves primaires sur lesquelles les recommandations sont basées et leur solidité ont donc été omises de ces documents, mais peuvent être consultées dans les documents originaux. Les toutes dernières données publiées ont été examinées pour déterminer si les recommandations des documents actuels devaient être mises à jour.

Les guides des bonnes pratiques peuvent également être utilisés comme outil pour les décideurs responsables de l'amélioration des services.

Les documents des bonnes pratiques peuvent être utilisés comme référence dans n'importe quel pays, n'importe quel contexte juridique, réglementaire, stratégique ou de prestation de services à l'échelle locale, mais peuvent nécessiter une adaptation de certaines recommandations. Il est toutefois important de s'assurer de continuer une pratique basée sur des données probantes.

Si vous voulez de l'aide pour adapter le document tout en vous assurant de maintenir les bonnes pratiques, veuillez nous contacter à l'adresse cfwgh@rcog.org.uk.

Remerciements

Le document original *Best Practice Paper on Comprehensive Postabortion Care (Bonnes pratiques des soins après avortement complets)* du RCOG a été élaboré par Anna Glasier en étroite consultation avec David Baird, Paul Blumenthal, Sharon Cameron, Alison Fiander, Ailsa Gebbie, Stefan Gebhardt, Natalie Kapp, Hawa Kawawa, Judy Kluge, Patricia A Lohr, Grace Magembe, Gileard Masenga, Projestine Muganyizi, Malika Patel, Gregory Petro, Lesley Regan et Petrus Steyn. Il a fait l'objet d'un examen critique par Daniel Grossman et Beverley Winikoff.

Ce document a été mis à jour en 2022 par Sharon Cameron, Jayne Kavanagh et Patricia A Lohr, et a fait l'objet d'un examen critique par Nasr Abdalla, Brian-D Adinma, Roua Ahmed, Ibraheem Awowole, Sekinah Bola-Oyebamiji, Kristina Gemzell Danielsson, Salma A/Salam Gerai, Anna Glasier, Jonathan Lord et John Reynolds-Wright.

Il a été mis à jour dans le cadre du programme Making Abortion Safe du RCOG, un programme triennal se concentrant sur l'amélioration des capacités des professionnel·les de santé à surmonter les obstacles aux soins d'avortements sûrs et/ou aux soins après avortement, dans le monde entier. Pour plus d'informations, consultez la page www.rcog.org.uk/en/global-network/centre-womens-global-health/our-work/making-abortion-safe.

Note sur le langage utilisé

Globalement, la plupart des avortements sont pratiqués chez des femmes. Toutefois, des hommes transgenres et des personnes non binaires peuvent également vivre une grossesse et un avortement. Ce document fait donc référence aux « femmes » et aux « personnes enceintes » pour englober des identités diverses.

Clause de non-responsabilité pour les recommandations du RCOG

Le RCOG élabore ces recommandations comme support pédagogique pour une bonne pratique clinique. Elles décrivent des méthodes et des techniques reconnues de pratique clinique, basées sur des données publiées à l'attention des obstétricien·nes/gynécologues et autres professionnel·les de santé concerné·es.

La décision finale concernant une procédure clinique ou un programme de soins spécifiques doit être prise par un·e médecin ou autre professionnel·le de santé à la lumière des données cliniques recueillies auprès du·de la patient·e et des options de diagnostic et de traitement disponibles. Cela signifie que les recommandations du RCOG sont différentes des protocoles ou directives mis en place par les employeurs et employeuses. Ce ne sont pas des directives déterminant une seule et unique méthode de traitement.

Tout écart par rapport aux protocoles ou recommandations normatifs locaux doit être consigné en détail dans le dossier du·de la patient·e au moment où la décision pertinente est prise.

Contexte

On estime à 25 millions le nombre d'avortements à risque pratiqués chaque année, ce qui en fait l'une des principales causes de mortalité et de morbidité maternelles dans le monde entier. La plupart de ces avortements se déroulent dans des contextes où l'avortement est illégal ou restreint sévèrement par la loi. Dans certains pays, la loi autorise les interruptions de grossesse uniquement pour éviter des préjudices notables ou pour sauver la vie de la personne enceinte (avortement thérapeutique).

Les décès et la morbidité liés à l'avortement peuvent être réduits en donnant accès aux soins après avortement sécurisé (réalisé conformément aux bonnes pratiques cliniques). L'objectif des soins après avortement est de réduire le nombre de décès et de blessures résultant d'avortements incomplets ou d'avortements à risque en :

- évacuant l'utérus,
- en traitant l'infection,
- en répondant aux besoins physiques, psychologiques et de contraception, et
- en orientant, si nécessaire, la personne vers d'autres services de santé sexuelle.

Les soins après avortement doivent être disponibles et accessibles à toute personne qui en a besoin.

Refuser, retarder ou restreindre l'accès aux avortements thérapeutiques et aux soins après avortement sécurisé peut représenter une violation du droit à la vie, du droit à la santé et du droit au respect de la vie privée. Dans certains cas, cela équivaut même à un traitement cruel, inhumain ou dégradant.

Comme pour de nombreuses interventions médicales, le respect des bonnes pratiques garantira la prestation de services sécurisés et efficaces. Ce *guide des bonnes pratiques* a été élaboré pour les professionnels de santé qui offrent des soins après avortement ou qui pratiquent des avortements thérapeutiques.

Les méthodes de traitement des avortements incomplets et des avortements thérapeutiques sont les suivantes :

- **Avortement médicamenteux** : on utilise des médicaments pour interrompre la poursuite d'une grossesse. Les médicaments les plus utilisés sont le misoprostol seul ou le misoprostol en combinaison avec la mifépristone.
- **Avortement chirurgical** : on a recours à des interventions transcervicales pour interrompre la poursuite d'une grossesse notamment avec l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), l'aspiration électrique intra-utérine (AEIU) et la dilatation-évacuation (D&E).

Tous les aspects des soins après avortement et des soins liés aux avortements thérapeutiques doivent être fournis d'une manière respectueuse et sensible qui donne aux femmes et aux personnes enceintes le pouvoir de décision.

Informations destinées au personnel de santé pratiquant les soins après avortement

Les soins après avortement peuvent réduire la morbidité et la mortalité associées aux avortements à risque, aux avortements incomplets et aux avortements spontanés (fausses couches). Les options de traitement des avortements incomplets incluent des méthodes chirurgicales et médicamenteuses d'évacuation utérine.

Pour les personnes qui souhaitent éviter une autre grossesse, il faut leur proposer de discuter des contraceptifs disponibles et de fournir la méthode choisie.

Évaluation

Lorsqu'une personne en âge de procréer présente des douleurs abdominales ou des saignements vaginaux après un ou plusieurs mois sans règles, on peut suspecter un avortement incomplet. Si l'utérus est de petite taille, le col de l'utérus est fermé ou s'il y a une présence de masse annexielle d'une sensibilité ou d'une hémorragie vaginale, on peut suspecter une grossesse extra-utérine.

Avortement à risque

Un avortement est considéré comme un avortement à risque lorsqu'il est effectué par une personne n'ayant pas les compétences nécessaires ou dans un environnement qui n'est pas conforme aux normes médicales de base, ou les deux.

Les signes qu'il y a eu une tentative d'avortement avec des méthodes dangereuses comprennent :

- des lacérations de la paroi vaginale,
- des lésions au niveau du col de l'utérus,
- un élargissement de l'utérus équivalent à une grossesse de plus de 12 semaines,
- des produits de conception visibles au niveau du col de l'utérus ou du vagin,
- de la fièvre, d'importantes douleurs abdominales basses, une sensibilité ou une distension abdominale chez les personnes ayant des lésions utérines
- la présence d'un corps étranger dans le vagin ou dans le col d'utérus.

Infection

Il est vital d'identifier les personnes souffrant d'une infection et de les traiter de toute urgence. Une infection est plus probable, et probablement plus grave, si l'avortement a été réalisé avec des méthodes dangereuses. Les signes cliniques évoquant une infection incluent :

- une température supérieure à 37,5 °C,
- une sensibilité abdominale, localisée ou générale, une défense musculaire ou un effet de rebond,
- une odeur inhabituelle et désagréable ou du pus visible au niveau de l'orifice cervical,
- une sensibilité de l'utérus.

Les signes évoquant une septicémie et indiquant le besoin d'une intervention urgente incluent :

- une hypotension,
- une tachycardie,
- une augmentation de la fréquence respiratoire.

Traitement des avortements incomplets

Tout dépend de la condition de la personne, de la présence d'une infection, de l'âge gestationnel et des compétences du personnel disponible, ainsi que des installations et équipements à disposition. Lorsqu'une évacuation utérine est une urgence (la personne est en état de choc, saigne abondamment ou a une infection grave), si des membres du personnel disponible ont les compétences nécessaires pour effectuer une aspiration (AMIU ou AEIU) et si l'équipement requis est à disposition, effectuer une aspiration peut être une meilleure option que le misoprostol, car l'aspiration permet de vider l'utérus plus rapidement. Si aucun membre du personnel n'a les compétences requises pour effectuer une aspiration, il est plus sûr alors d'utiliser du misoprostol pour vider l'utérus. La dose de misoprostol dépend de l'âge gestationnel et de la voie d'administration (orale, sublinguale, buccale ou vaginale). Si une personne saigne abondamment, il se peut que le misoprostol administré par voie vaginale soit moins absorbé que s'il l'était par voie buccale, sublinguale ou orale.

Si aucune infection n'est suspectée et que la taille de l'utérus est inférieure à une grossesse de 14 semaines

- Traitement médicamenteux avec 400 microgrammes de misoprostol par voie sublinguale, buccale ou vaginale ou 600 microgrammes par voie orale :
 - Pour une grossesse non évolutive (fœtus non viable retenu), 200 mg de mifépristone doivent être administrés 24 à 48 heures avant le misoprostol.

OU

- Évacuation utérine avec aspiration et antibiothérapie préventive (voir ci-dessous).

Si aucune infection n'est suspectée et que la taille de l'utérus est égale ou supérieure à une grossesse de 14 semaines

- Traitement médicamenteux avec misoprostol :
 - 14 à 24 semaines : 400 microgrammes de misoprostol administré par voie sublinguale, buccale ou vaginale toutes les trois heures.
 - L'utérus est plus sensible au misoprostol au fur et à mesure que la grossesse avance. Pour les grossesses de plus de 24 semaines, il faut donc envisager des doses de misoprostol plus faibles et de plus grands intervalles entre les doses, particulièrement pour les personnes ayant des cicatrices utérines.
 - Afin d'aligner les protocoles, les services peuvent utiliser le même dosage et les mêmes intervalles tels que recommandé dans les schémas thérapeutiques pour les interruptions de grossesse.
 - Pour une grossesse non évolutive (fœtus non viable retenu), 200 mg de mifépristone doivent être administrés 24 à 48 heures avant le misoprostol.

OU

- Traitement chirurgical avec antibiothérapie préventive (voir ci-dessous) :
 - Aspiration pour le retrait des tissus retenus lors de l'expulsion du fœtus ; des forceps seront peut-être nécessaires pour retirer le placenta retenu.
 - Si le fœtus est retenu, l'aspiration est adaptée à une grossesse de moins de 14 semaines : entre 14 et 16 semaines, les parties fœtales les plus grosses devront peut-être être retirées avec des forceps ; à partir de 16 semaines, une procédure de dilatation et évacuation peut être réalisée.
 - Si l'expulsion du fœtus requiert l'utilisation de forceps, soit avec une aspiration soit pour une D&E, seul·e un·e professionnel·le de santé peut effectuer la procédure. Si personne n'est disponible, un traitement médicamenteux est recommandé.

S'il y a présence d'une infection, l'utérus doit être évacué en toute urgence.

- Commencez l'administration d'antibiotiques à large spectre immédiatement, en intraveineuse si l'infection est grave.
- Transférez la personne vers un service ayant le matériel nécessaire à une évacuation chirurgicale si cette dernière ne peut pas être effectuée sur le lieu où se présente la personne malade.
- Si la personne fait un choc septique, elle doit être immédiatement transférée vers un service spécialisé pour une évacuation utérine chirurgicale. Si les médicaments sont disponibles, la personne doit recevoir 0,5 à 1 g d'ampicilline toutes les 6 heures, 500 mg de métronidazole toutes les 8 heures et 120 mg de gentamicine tous les jours (avec une surveillance adéquate) par intraveineuse avant le transfert.
- S'il n'y a pas de professionnel·le disponible pour une évacuation utérine chirurgicale d'urgence, il est possible d'administrer du misoprostol selon les schémas thérapeutiques ci-dessus.

Prévention des infections après traitement

L'antibiothérapie préventive doit être prise avant l'évacuation chirurgicale, car il a été prouvé que les antibiotiques réduisent les risques d'infection. Toutefois, l'intervention ne doit pas être repoussée si les antibiotiques ne sont pas disponibles.

Il n'y a pas de schéma thérapeutique optimal, mais les nitroimidazoles (p. ex., le métronidazole), les tétracyclines (p. ex., la doxycycline) et les pénicillines ont démontré leur efficacité.

Le schéma thérapeutique suivant peut être envisagé avant l'évacuation chirurgicale :

- 100 mg de doxycycline par voie orale deux fois par jour pendant trois à sept jours, à commencer deux heures après l'intervention (il est prouvé qu'un traitement de trois jours est aussi efficace qu'un traitement de sept jours).

Dépistage des IST

Les bonnes pratiques recommandent d'effectuer une analyse des risques d'infection sexuellement transmissible (IST) pour toutes les personnes reçues, puis de réaliser un dépistage, si nécessaire, p. ex. à la recherche d'une chlamydie ou d'une gonorrhée (qui pourrait engendrer une infection après avortement) et à la recherche de virus à diffusion hémotogène comme le VIH et la syphilis, si ces tests sont disponibles. Ces tests doivent être réalisés sans retarder les soins après avortement.

Prescrivez les doses d'antibiotiques nécessaires aux personnes ayant des signes ou symptômes d'une IST. Les partenaires des personnes ayant une IST doivent également recevoir un traitement. Dans l'idéal, l'équipe doit avoir un système de notification aux partenaires, de suivi ou d'orientation en place.

Tests sanguins

L'examen avant soins ne requiert pas de tests sanguins de routine. La mesure du taux d'hémoglobine ou d'autres tests sanguins ne sont pas requis sauf s'il y a de bonnes raisons cliniques de les faire, p. ex. pour les personnes saignant abondamment, ayant des saignements très persistants et/ou atteintes d'une anémie symptomatique.

Si la grossesse est de plus de douze semaines et que des injections d'anti-D sont disponibles, on peut envisager de déterminer le rhésus sanguin.

Contraception

Vous devez entamer une discussion sur la contraception avec tact. Les personnes reçues ne voudront pas toutes discuter de contraception au moment des soins après avortement. Pour celles qui veulent en parler, proposez-leur des informations sur toutes les options de contraception sans les forcer à choisir une méthode.

Vous pouvez les informer de la plus grande efficacité des méthodes de contraception réversibles à longue durée d'action (implants et DIU), de leur longue durée d'action et de leur innocuité, sans les forcer à accepter ce type de contraception.

Toutes les méthodes de contraception peuvent être débutées au moment de l'évacuation chirurgicale, sauf s'il y a une septicémie, auquel cas il ne faut pas insérer de DIU (voir l'annexe sur la contraception après avortement).

Il est possible de commencer toutes les méthodes de contraception, sauf les DIU, au moment de la prise de la mifépristone et/ou du misoprostol. Un DIU peut être inséré après l'expulsion de l'embryon.

Il n'est pas nécessaire de prendre d'autres précautions contraceptives si la contraception est prise immédiatement ou dans les cinq jours suivant un avortement.

Si une stérilisation est demandée, dans l'idéal, elle doit être effectuée uniquement lorsqu'il s'est écoulé un certain laps de temps après les soins après avortement. Les personnes qui demandent une ligature des trompes au moment de l'avortement doivent être averties de son taux élevé d'échec et du risque de regret.

Si la méthode contraceptive choisie par la personne reçue n'est pas disponible, on doit lui proposer une méthode provisoire qu'elle peut commencer immédiatement. Elle doit être également orientée vers un service qui fournit la méthode choisie.

Anti-D

Si possible, il convient de proposer une dose d'anti-D aux personnes à rhésus D négatif non immunisées à partir de 12 semaines de grossesse et de l'administrer dans les 72 heures après l'évacuation chirurgicale.

Informations sur la prestation des soins après avortement

Les personnes ayant reçu les services d'avortement peuvent ressentir différentes émotions après la procédure. Le personnel de santé doit indiquer comment accéder aux services de soutien psychologique après un avortement en cas de besoin.

Le personnel de santé doit s'assurer que les personnes sauront à quoi s'attendre après l'intervention et qu'elles savent où demander de l'aide si elles en ont besoin. Ils doivent également s'assurer que les personnes demandant une méthode de contraception puissent partir avec la contraception choisie ou en sachant où et comment l'obtenir.

Les personnes reçues doivent être informées des signes et symptômes indiquant une complication et requérant une assistance médicale urgente, notamment si elles :

- imbibent deux serviettes menstruelles super-absorbantes ou plus par heure, pendant 2 heures d'affilée ;
- développent des pertes vaginales inhabituelles à l'odeur désagréable ;
- présentent une fièvre ou des symptômes grippaux après 24 heures ;
- ressentent une aggravation de la douleur, y compris celles qui pourraient indiquer une grossesse extra-utérine non diagnostiquée (p. ex., si la douleur abdominale basse est localisée sur un seul côté, sous les côtes ou remonte jusqu'aux épaules).

Le personnel de santé doit également donner des informations sur les signes et symptômes qui peuvent indiquer une grossesse persistante. Dans ce cas, les personnes doivent consulter un·e médecin, notamment si elles :

- ne saignent pas, très peu ou constatent une traînée de sang sur leur serviette ou leur sous-vêtement dans les 24 heures après la prise du misoprostol utilisé pour l'avortement médicamenteux ;
- se sentent toujours enceintes une semaine après l'avortement.

Avortement thérapeutique

La décision d'effectuer un avortement thérapeutique est prise en général par un·e obstétricien·ne-gynécologue. Tous et toutes les professionnel·les qui fournissent des soins prénatals doivent être au courant des circonstances de l'avortement thérapeutique pour éviter des blessures graves et/ou pour sauver la vie de la personne. Le personnel de santé, à tous les niveaux, doit savoir où orienter les femmes et les personnes enceintes pour lesquelles un avortement thérapeutique est indiqué et doit être conscient du besoin de les orienter rapidement.

Si l'avortement est indiqué médicalement, il doit être effectué sans risque. Comme pour de nombreuses interventions médicales, le respect des bonnes pratiques devrait garantir la prestation de services sûrs et efficaces. Il faut fournir aux personnes reçues les informations nécessaires et leur apporter un soutien tout en sensibilité.

Informations destinées aux personnes devant subir un avortement thérapeutique

Toutes les femmes et les personnes enceintes pour lesquelles un avortement thérapeutique est indiqué doivent être informées de leurs options pour pouvoir prendre une décision éclairée sur la façon d'opérer leur choix. Ce dernier doit être respecté sans aucun délai injustifié, car plus un avortement est pratiqué tôt lors d'une grossesse, plus il peut être effectué en toute sécurité.

Les informations suivantes doivent être fournies de façon claire et compréhensible, sans jugement et dans le respect :

- Les méthodes d'avortement disponibles.
- Ce qu'il va se passer pendant et après l'avortement (voir le tableau I).

- Les options de gestion de la douleur disponibles.
- Les effets secondaires, les risques et les complications liés à chaque méthode d'avortement disponible (voir le tableau 2).
- Comment identifier s'il y a un besoin urgent d'attention médicale pendant ou après l'avortement.
- Les diverses émotions généralement ressenties après un avortement.
- Les autres services disponibles, tels que le dépistage des IST, l'aide psychologique pour les personnes qui en ont besoin et le soutien disponible pour les personnes qui subissent des contraintes sexuelles ou des violences domestiques.
- Les options de contraception disponibles et comment les obtenir.
- Les soins requis pour toute affection liée à la grossesse qui a dû être interrompue.

Tableau 1 Caractéristiques des méthodes d'avortement ; adapté du *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion* de l'OMS (2014) et des documents d'aide à la décision destinés aux patients publiés avec le guide *Abortion Care* du NICE (2019)

Avortement médicamenteux	Avortement chirurgical
<ul style="list-style-type: none"> ● Évite une intervention chirurgicale. ● Imite une fausse couche. ● Peut avoir lieu à la maison (selon le stade de la grossesse). ● Prend du temps (entre plusieurs heures et plusieurs jours) jusqu'à ce que l'avortement soit complet, et le moment de ce dernier n'est pas forcément prévisible. ● Les médicaments peuvent causer des nausées, des vomissements, de la diarrhée, des frissons et de la fièvre (dans 1 cas sur 10). ● Les personnes auront des crampes abdominales et des saignements lors de l'élimination de l'embryon (pires que pendant les règles). ● Les crampes abdominales peuvent durer une semaine, de manière intermittente, et les saignements entre deux à trois semaines. ● Il se peut que la personne voie l'embryon lorsqu'il est expulsé. ● Les complications graves sont rares (voir le tableau 2). ● Toutes les méthodes de contraception peuvent être débutées au moment de l'avortement médicamenteux, sauf les dispositifs intra-utérins (DIU) qui peuvent être insérés immédiatement après l'expulsion de l'embryon. 	<ul style="list-style-type: none"> ● A lieu dans un établissement de santé. ● La personne ressentira un certain inconfort lors des procédures réalisées avec une sédation et/ou une anesthésie locale. ● La personne ne ressentira aucun inconfort lors des procédures réalisées sous anesthésie générale. ● Les médicaments utilisés pour préparer le col de l'utérus provoquent des crampes et des saignements, et potentiellement des nausées, des vomissements, de la diarrhée, des frissons et de la fièvre (dans 1 cas sur 10). ● La personne ressentira des douleurs et aura des saignements pendant une à deux semaines après l'intervention. ● La personne ne verra pas l'embryon/fœtus, sauf si elle le souhaite. ● Requiert un examen pelvien et l'insertion d'instruments chirurgicaux dans l'utérus. ● Les complications graves sont rares (voir le tableau 2). ● Toutes les méthodes de contraception peuvent débuter au moment de l'intervention, même les DIU.

Tableau 2 Complications et risques liés à l'avortement ; adapté du guide *Abortion Care* du NICE (2019) et du guide *Care of Women Requesting Induced Abortion* du RCOG (2011)

Complication/risque	Avortement médicamenteux	Avortement chirurgical
Grossesse persistante	1–2 sur 100	1 sur 1 000 Plus élevé pour les grossesses < 7 semaines
Besoin d'une intervention supplémentaire pour terminer la procédure	< 14 semaines : 70 sur 1 000 > 14 semaines : 13 sur 100	< 14 semaines : 35 sur 1 000 > 14 semaines : 3 sur 100
Infection*	Moins de 1 sur 100	Moins de 1 sur 100
Saignements sévères nécessitant une transfusion	< 20 semaines : moins de 1 sur 1 000 > 20 semaines : 4 sur 1 000	< 20 semaines : moins de 1 sur 1 000 > 20 semaines : 4 sur 1 000
Traumatisme cervical dû à la dilatation et à la manipulation**	–	1 sur 100
Perforation utérine	–	1–4 sur 1000
Rupture utérine	Moins de 1 sur 1 000 pour les avortements médicamenteux du deuxième trimestre***	–

* Une infection génitale haute plus ou moins grave est peu probable, mais peut survenir après un avortement et est généralement associée à une infection déjà existante. On peut réduire le risque d'infection après un avortement chirurgical avec une antibiothérapie préventive.

** La probabilité d'un traumatisme cervical sera réduite si le col de l'utérus est préparé conformément aux bonnes pratiques.

*** La présence d'une cicatrice utérine (p. ex. à la suite d'une césarienne antérieure) est un facteur de risque.

Des traitements supplémentaires (p. ex. une transfusion sanguine, une laparoscopie, une laparotomie ou une hystérectomie) peuvent être requis en cas de complications graves.

Il existe un certain nombre de mythes autour des conséquences d'un avortement. Vous pouvez rassurer les personnes exprimant leur inquiétude en leur expliquant qu'il n'existe aucun lien prouvé entre un avortement et une grossesse extra-utérine subséquente, un placenta prævia, une infertilité, un cancer du sein ou des problèmes psychologiques.

Les bonnes pratiques requièrent d'inviter à discuter de la contraception lors de la première consultation. Si la personne choisit une méthode de contraception, cette méthode doit être fournie, si possible, au moment de l'avortement.

Jeunes personnes

Les personnes adolescentes sont en droit de recevoir le même niveau de respect que toute autre personne ayant accès aux soins liés à un avortement. Il est important de garder à l'esprit combien la jeune peut se sentir vulnérable lorsqu'elle demande un avortement, surtout si c'est la première fois qu'elle sollicite des soins de santé. Si la loi requiert le consentement d'une personne adulte pour la procédure, cela doit être expliqué clairement à la jeune personne au début de la consultation. Même s'il faut encourager les adolescentes à impliquer une personne adulte de confiance dans leur décision, dans la mesure du possible, **n'insistez pas** sur l'autorisation parentale à moins qu'il ne s'agisse d'une obligation légale.

Informations destinées au personnel de santé chargé d'évaluer les personnes avant un avortement thérapeutique

Si l'avortement est indiqué médicalement pour sauver la vie d'une personne enceinte, cela peut être une urgence, car son état peut potentiellement s'aggraver si la grossesse continue.

Communiquez les informations de manière claire et compréhensible. Le personnel de santé ne doit pas imposer ses valeurs ou croyances personnelles aux personnes ayant recours aux soins, et doit faire preuve d'empathie et respecter les décisions en matière de traitement.

Lorsque c'est possible, les femmes et les personnes enceintes doivent se voir offrir le choix de leur méthode d'avortement.

Lors de la vérification des antécédents médicaux, il faut identifier toute condition de santé qui pourrait avoir une incidence sur l'éligibilité à une méthode d'avortement particulière et toute autre considération qui pourrait affecter le lieu des soins et/ou la planification du prétraitement, notamment pour les personnes souffrant de problèmes de santé graves qui doivent être orientées vers un service de soins spécialisés approprié.

Le personnel de santé doit également poser des questions sur de potentielles violences sexuelles et conjugales (physiques comme émotionnelles) et pouvoir orienter la personne concernée vers les services d'aide appropriés. Si l'évaluation se fait par téléphone, appel vidéo ou en ligne, le personnel de santé doit s'assurer que la personne suivie peut parler en privé sans crainte d'être entendue.

Les personnes reçues pouvant s'inquiéter de faire face à des jugements et attitudes négatifs de la part du personnel de santé, ce dernier doit donc veiller à rester neutre.

Il doit faire de son mieux pour atténuer toute anxiété, créer un environnement respectueux et sécurisant et lutter contre la stigmatisation de l'avortement :

- accueillir les personnes avec des paroles bienveillantes, en établissant un contact visuel et en souriant ;
- se présenter et expliquer comment la consultation va se dérouler ;
- donner des informations claires, concises et exactes, et encourager la personne à poser des questions ;
- essayer de ne pas faire de suppositions et utiliser un langage neutre et impartial ; et
- expliquer que les avortements sont plus fréquents qu'on le pense.

Il est important à ce stade de déterminer l'éligibilité à un avortement en fonction de l'âge gestationnel, d'identifier toute contre-indication aux différentes méthodes et de proposer une contraception pour après l'avortement.

Détermination de l'âge gestationnel

L'âge gestationnel va influencer la méthode d'avortement et le lieu de l'avortement (domicile ou clinique). Vous pouvez estimer l'âge gestationnel à partir du premier jour des dernières règles. C'est une méthode raisonnablement exacte pour déterminer l'âge gestationnel chez la plupart des personnes.

Il n'est pas nécessaire de réaliser une échographie de routine avant l'avortement, mais si elle est disponible, elle peut être utile lorsqu'il y a une incertitude sur le plan clinique quant à l'âge gestationnel ou en cas d'une suspicion de grossesse extra-utérine.

Dans les cas où il n'est pas possible de déterminer l'âge gestationnel de façon fiable avec les dernières règles et où il n'y a pas d'échographie disponible, on peut réaliser un examen abdominal qui peut aider à définir l'âge gestationnel quand il est supérieur à 12 semaines. Un examen bimanuel peut être effectué si le praticien·ne n'est toujours pas certain·e de l'âge gestationnel après l'examen abdominal et si les informations en résultant peuvent changer la prise en charge clinique.

Contre-indications et considérations supplémentaires

Avortement médicamenteux

Voici les **contre-indications** à un avortement médicamenteux :

- grossesse extra-utérine établie ou suspectée
- réaction allergique antérieure à la mifépristone ou au misoprostol
- asthme sévère non contrôlé*
- insuffisance surrénale chronique*
- porphyrie héréditaire*

* La mifépristone ne doit pas être utilisée s'il y a un risque théorique d'aggravation du problème médical sous-jacent. Il est possible d'envisager l'utilisation du misoprostol seul.

Une attention et des soins supplémentaires seront peut-être nécessaires pour les personnes dans les situations suivantes :

- **Corticothérapie de longue durée** : en théorie, comme la mifépristone est un antagoniste du récepteur aux glucocorticoïdes, elle pourrait inhiber l'action de la corticothérapie et aggraver le problème médical sous-jacent. Demandez l'avis d'un·e spécialiste pour savoir si le dosage de la corticothérapie doit être ajusté ou non.
- **Médicament anticoagulant** : le traitement par anticoagulants devra peut-être être arrêté avant la prise des médicaments déclenchant l'avortement, puis être repris après l'avortement.
- **Trouble hémorragique** : les personnes souffrant de tels troubles devront peut-être faire la procédure en établissement de santé plutôt qu'à la maison.
- **Anémie symptomatique** : elle requiert la mesure du taux d'hémoglobine et potentiellement des soins supplémentaires en hôpital.
- **DIU en place** : dans l'idéal, le DIU doit être retiré avant le traitement. S'il ne peut pas être retiré, il est important de bien vérifier qu'il a été expulsé lors de la procédure avec un dispositif d'imagerie comme une radiographie de l'abdomen après l'avortement.

Avortement chirurgical

Les méthodes chirurgicales d'avortement sont contre-indiquées si l'embryon ne peut pas être retiré par le col de l'utérus à cause d'une tumeur obstructive.

Dans le cas très rare où il n'est pas possible de réaliser un avortement médicamenteux, une hystérectomie ou une hystérectomie sur utérus gravide devra peut-être être pratiquée.

Certaines conditions et considérations médicales (ou autres) peuvent affecter le choix de l'anesthésique, indiquer si l'avortement doit être effectué à l'hôpital ou s'il y a besoin d'un équipement supplémentaire ou spécialisé. Elles incluent les troubles hémorragiques et les insertions placentaires anormales, l'utilisation de médicaments anticoagulants et les maladies cardiopulmonaires graves. D'autres conditions comme un indice de masse corporelle (IMC) très élevé, une distorsion de la cavité utérine à cause de fibroïdes ou d'une autre anomalie, une intervention cervicale antérieure ou des mutilations génitales féminines[†] (MGF) de type 3 peuvent également compliquer l'accès au col de l'utérus ou à l'embryon. Lors de la planification

[†] Les MGF de type 3 sont l'ablation des organes génitaux externes et le rétrécissement de l'ouverture de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture, également appelée infibulation et/ou « être fermée ».

de la procédure, on peut essayer de modifier la position de la personne, utiliser des instruments plus longs pour l'évacuation, un guidage par échographie et une préparation du col de l'utérus.

Reportez-vous à la section sur les soins après avortement ci-dessus pour des détails sur la prévention des infections après avortement, le dépistage des IST, les tests sanguins, la contraception, l'anti-D et les informations à fournir après un avortement.

Informations destinées au personnel de santé pratiquant les avortements thérapeutiques

Avortement médicamenteux

Grossesses de moins de 12 semaines

Si la mifépristone est disponible, les bonnes pratiques recommandent de l'utiliser avec du misoprostol, car les deux combinés sont plus efficaces que le misoprostol seul, diminuent le délai nécessaire pour terminer l'avortement (l'intervalle entre l'induction et l'avortement), réduisent les effets secondaires et font baisser le taux de grossesses continues. Il n'y a pas de seuil minimal d'âge gestationnel pour les avortements médicamenteux. La plupart des personnes peuvent subir un avortement médicamenteux au domicile en toute sécurité pendant les douze premières semaines. Cette option est aussi sûre et efficace que l'option en clinique, et est le plus souvent la plus pratique et la plus intime pour la personne concernée.

Le schéma thérapeutique le plus efficace est la prise de 200 mg de mifépristone par voie orale, suivie 24 à 48 heures plus tard de 800 microgrammes de misoprostol par voie vaginale, buccale ou sublinguale.

- Si l'embryon n'est pas expulsé dans les 4 heures, une dose de 400 microgrammes de misoprostol doit être prise par voie vaginale, buccale ou sublinguale.
- Si le misoprostol est prescrit pour une utilisation au domicile, des doses supplémentaires doivent être fournies au cas où la personne doive y recourir. C'est particulièrement important d'en tenir compte pour les grossesses de plus de 9 semaines, car l'efficacité d'une seule dose de 800 microgrammes de misoprostol commence à décliner à partir des 9 semaines.

Si la mifépristone n'est pas disponible, utilisez 800 microgrammes de misoprostol par voie vaginale, buccale ou sublinguale, suivie par 400 microgrammes de misoprostol toutes les 3 heures jusqu'à ce que l'avortement se produise.

Grossesses de 12 à 24 semaines

Pour des grossesses de 12 semaines ou plus, l'avortement médicamenteux est effectué dans un établissement de santé. Cependant, rien ne prouve non plus qu'un avortement médicamenteux ne soit pas sûr à domicile.

Si la mifépristone est disponible, elle doit être utilisée avec le misoprostol, car les deux combinés diminuent l'intervalle entre l'induction et l'avortement, réduisent les effets secondaires et font baisser le taux de grossesses continues.

Le schéma thérapeutique le plus efficace est 200 mg de mifépristone par voie orale, suivis 24 à 48 heures plus tard de 800 microgrammes de misoprostol par voie vaginale*, buccale ou sublinguale†, suivis de 400 microgrammes de misoprostol par voie vaginale, buccale ou sublinguale toutes les trois heures jusqu'à ce que l'avortement se produise.

* En cas de saignements importants, évitez le misoprostol par voie vaginale, car il se peut qu'il soit moins bien absorbé.

† Le misoprostol par voie orale est moins efficace que le misoprostol administré par voie vaginale, buccale ou sublinguale.

S'il n'y a pas de mifépristone à disposition, utilisez 800 microgrammes de misoprostol suivis de 400 microgrammes de misoprostol toutes les 3 heures jusqu'à ce que l'avortement se produise.

L'utérus est plus sensible au misoprostol au fur et à mesure que la grossesse avance. Pour les grossesses de plus de 24 semaines, il faut donc envisager des doses de misoprostol plus faibles et de plus grands intervalles entre les doses, particulièrement pour les personnes ayant des cicatrices utérines.

Gestion de la douleur pour les avortements médicamenteux

Il faut **toujours** proposer des options de soulagement de la douleur (analgésie).

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont recommandés de manière prophylactique ou lorsque les crampes débutent.
- Il est possible également de conseiller des options non pharmacologiques pour gérer la douleur, comme une bouillotte.
- La douleur augmente avec l'avancement de la grossesse. Si les autres mesures de gestion de la douleur ne suffisent pas, on devra peut-être utiliser des analgésiques opioïdes. Il est aussi possible d'utiliser une épidurale lorsque celle-ci est disponible.

Avortement chirurgical

Grossesses de moins de 14 semaines

Un avortement chirurgical peut être effectué avant 14 semaines à l'aide de l'**aspiration intra-utérine** (électrique [AEIU] ou manuelle [AMIU]).

L'aspiration implique d'évacuer les substances et les tissus de l'utérus via une canule en plastique ou en métal reliée à une source de vide. L'AEIU requiert une pompe à vide électrique. Avec une AMIU, le vide est créé à l'aide d'un aspirateur de 60 ml en plastique, portable et à commande manuelle (également appelé une seringue).

- Les aspirateurs pour AMIU fonctionnent avec des canules de 4 à 12 mm.
- Il n'y a pas de seuil minimal d'âge gestationnel pour les avortements chirurgicaux.
- Les bonnes pratiques recommandent d'examiner les tissus aspirés à tous les âges gestationnels pour confirmer que l'embryon a bien été retiré.
- Lors d'une aspiration, l'utérus doit être vidé uniquement avec une canule de succion (et des forceps, si besoin est). La procédure **ne** doit **pas** être terminée systématiquement par un curetage.

Grossesses de 14 à 24 semaines

Un avortement chirurgical entre 14 et 24 semaines peut être réalisé avec une procédure de dilatation et évacuation (D&E).

Avec l'intervention par D&E, le col de l'utérus doit être préparé à l'aide de dilateurs osmotiques ou d'agents pharmacologiques. L'évacuation des tissus de l'utérus se fait avec des forceps longs et une aspiration par canule. C'est la technique chirurgicale la plus sûre et la plus efficace après 14 semaines tant qu'un·e professionnel·le de santé expérimenté·e est disponible pour la réaliser.

L'aspiration peut être réalisée jusqu'à 15-16 semaines de grossesse avec une tubulure de succion de gros calibre et des canules d'un diamètre de 16 mm.

La procédure de dilatation et curetage (D&C) est une méthode d'avortement obsolète qui ne doit pas être utilisée.

Préparation du col de l'utérus avant avortement chirurgical

La préparation du col de l'utérus doit être effectuée pour tous et toutes les patient·es. Cela permet de réduire les risques d'avortement incomplet et facilite la dilatation. Cela peut causer des saignements et des douleurs avant la procédure. Si vous utilisez des dilateurs osmotiques, envisagez de les insérer le jour avant celui de l'avortement, particulièrement si l'âge gestationnel est de 19 semaines ou plus.

Grossesses de **moins de 12 semaines** :

- 200 mg de mifépristone par voie orale, 24 à 48 heures avant la procédure, ou
- 400 mg de misoprostol par voie sublinguale, 1 à 2 heures avant la procédure, ou
- 400 mg de misoprostol par voie vaginale ou buccale, 2 à 3 heures avant la procédure.

Grossesses de 12 à 18⁺⁶ semaines :

- combinaison de mifépristone et de misoprostol* (selon les schémas thérapeutiques ci-dessus), ou
- dilatateurs osmotiques plus mifépristone ou misoprostol, ou avec mifépristone et misoprostol (selon les schémas thérapeutiques ci-dessus).

Grossesses de 19 à 24 semaines :

- dilatateurs osmotiques plus mifépristone ou misoprostol, ou avec mifépristone et misoprostol (selon les schémas thérapeutiques ci-dessus).

Gestion de la douleur pour les avortements chirurgicaux

Vous devez **toujours** proposer une analgésie.

- Dans la plupart des cas, des analgésiques comme les AINS, un anesthésique local et/ou une sédation consciente avec des paroles rassurantes suffisent.
- L'anesthésie générale n'est pas recommandée de manière systématique dans le cadre de la gestion de la douleur pour les procédures d'avortement. Elle est associée à un taux de complications plus élevé et à des séjours hospitaliers plus longs par rapport à l'anesthésie locale.
- Une anesthésie locale, comme de la lidocaïne administrée pour effectuer un bloc paracervical, peut être utilisée pour soulager l'inconfort causé par la dilatation mécanique du col de l'utérus et l'évacuation utérine.
- S'il est possible de réaliser une sédation consciente, elle doit être proposée avec le bloc cervical.
- Si vous utilisez une anesthésie générale, envisagez d'utiliser du propofol en intraveineuse et un opioïde à courte durée d'action (comme le fentanyl) plutôt qu'une anesthésie par inhalation.
- Vous pouvez prescrire des AINS pour soulager les crampes abdominales causées par le misoprostol donné pour préparer le col de l'utérus.

Reportez-vous à la section sur les soins après avortement ci-dessus pour des détails sur la prévention des infections après avortement, le dépistage des IST, les tests sanguins, la contraception, l'anti-D et les informations à fournir après un avortement.

Suivi

Il n'y a pas besoin d'un suivi de routine ni d'une échographie après un avortement thérapeutique qui s'est déroulé sans complications. Il faut plutôt donner aux personnes des informations claires sur les conditions pour lesquelles elles doivent consulter, tel qu'il est décrit plus haut.

Prestation des services

Pour garantir une prestation de services de soins après avortement sûrs et efficaces et de soins d'avortement thérapeutique sans risque, toutes les personnes impliquées dans ces services doivent s'assurer que tout peut être mis en œuvre pour répondre aux besoins des personnes reçues. Même si les médecins, infirmier·ères et sages-femmes ont les compétences cliniques en matière de soins après avortement, si les équipements et outils dont ils ont besoin ne sont pas facilement disponibles, et si le service n'est pas organisé de manière à assurer des soins après avortement complets, sûrs et efficaces, les conditions ne sont pas réunies pour une bonne qualité de services. Les **bonnes pratiques pour la prestation de services** sont listées ci-dessous.

* Pour obtenir une dilatation adéquate, il peut y avoir besoin de plus d'une dose de misoprostol.

Accès aux services

1. Les services d'avortement doivent être disponibles dans toutes les conditions permises par la loi. Les professionnel·les de santé doivent être informé·es de ce que la loi *autorise ou non* dans leur pays et connaître exactement les circonstances dans lesquelles un avortement est légal.
2. Le personnel de santé doit connaître la procédure requise pour remplir les critères juridiques nécessaires dans le cas d'avortement. L'âge, la situation matrimoniale ou le nombre d'avortements déjà effectués ne devrait aucunement constituer une restriction à l'accès aux services.
3. Plus l'avortement est pratiqué tôt, moins il comporte de risques. Les services doivent effectuer les avortements le plus tôt possible et le plus près possible du domicile des personnes reçues.
4. Tous et toutes les professionnel·les de soins de santé doivent être formé·es à fournir des soins après avortement complets, conformément à leurs compétences et à leur autorisation d'exercer. Cette formation peut aider à répartir la charge de travail et à améliorer les compétences de *tous et toutes* les professionnel·les de soins de santé destinés aux femmes, ce qui améliore l'accès aux soins d'avortement et leur sécurité.
5. Intégrer les services de soins après avortement et pour les avortements thérapeutiques aux services de soins généraux de santé des femmes et de soins de santé maternelle minimise la stigmatisation associée aux soins d'avortement, à la fois pour les personnes reçues et pour les professionnel·les de santé.
6. Dans les environnements où les personnes souffrant d'un avortement incomplet peuvent se présenter, mais où aucun service d'urgence ou spécialisé n'est disponible, un système efficace et rapide d'orientation vers des spécialistes doit être mis en place.

Fournir des informations

1. Des dispositions locales doivent être en place pour fournir des informations aux femmes, aux personnes enceintes et aux professionnel·les de santé sur les moyens d'accéder à des soins après avortement et à des avortements thérapeutiques.
2. Les services doivent veiller à ce que des informations écrites, objectives et guidées par des données probantes soient disponibles et formulées de manière compréhensible pour les personnes enceintes qui ont besoin de soins après avortement ou d'un avortement thérapeutique. Les informations doivent être disponibles dans plusieurs langues et formats.
3. Les femmes et les personnes enceintes pour lesquelles un avortement thérapeutique est indiqué doivent avoir accès à des informations objectives et, si nécessaire, à des services de soutien psychologique et d'aide à la prise de décision sur leurs options. Toutefois, il ne doit pas y avoir d'obligation de soutien psychologique.
4. Les services doivent identifier les personnes particulièrement vulnérables (p. ex., adolescent·es, personnes dans une relation de domination ou abusive, personnes toxicomanes ou alcooliques, personnes ayant des problèmes psychologiques modérés à sévères) et les orienter vers les services de soutien appropriés.

Dispositions en place pour la procédure

1. Pour minimiser l'attente, les dispositions des services de santé doivent être mises en place de telle sorte que les services de soins après avortement et les avortements thérapeutiques puissent être fournis le plus tôt possible, idéalement le jour de l'évaluation.
2. Le cadre dans lequel les services de soins après avortement et les avortements thérapeutiques sont fournis (salles de consultation, salles d'intervention et salles de réveil) doit respecter le besoin d'intimité et de dignité des personnes soignées.

Sources de données probantes

National Institute for Health and Care Excellence. *Abortion Care*. NICE guideline NG140; 2019 [www.nice.org.uk/guidance/ng140].

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, *The Care of Women Requesting Induced Abortion*. Evidence-based Guideline No.7. London: RCOG; 2011 [www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/the-care-of-women-requesting-induced-abortion].

World Health Organization. *Abortion Care Guideline*. Geneva: WHO; 2022. [<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>].

World Health Organization. *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion*. Geneva: WHO; 2014 [<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548717>].

Autres publications examinées

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

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

Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. *Contraception After Pregnancy*. FSRH Guideline. London: FSRH; 2017, amended 2020 [www.fsrh.org/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017].

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

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

Ipas. *Clinical Updates in Reproductive Health: Prophylactic antibiotics for vacuum aspiration and dilatation and evacuation*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2019 [www.ipas.org/clinical-update/english/general-recommendations/prophylactic-antibiotics-for-vacuum-aspiration-and-dilatation-and-evacuation].

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

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

Passini R Jr, Cecatti JG, Lajos JG, Tedesco RP, Nomura ML, Dias TZ, et al., for the Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth study group. Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth (EMIP): prevalence and factors associated with spontaneous preterm birth. *PLoS One* 2014;9:e109069 [<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0109069>].

World Health Organization. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing*. Geneva: WHO; 2005 [www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-07.1].

Annexe : Contraception après avortement

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

Méthode de contraception après avortement	Catégorie de critères de recevabilité médicale (MEC)		
	Premier trimestre	Deuxième trimestre	Immédiatement après avortement septique
CHC			
POP			
Injection de progestatif seul			
Implant de progestatif seul			
Cu-IUD		2	4
LNG-IUD		2	4
Préservatif			
Spermicide			
Diaphragme			

CHC = contraceptif hormonal combiné (pilule, patch, anneau, injection).

POP = pilule à progestatif seul.

Injection de progestatif seul = acétate de médroxyprogestérone ou énanthate de noréthistérone.

Implant de progestatif seul = lévonorgestrel ou étonogestrel.

Cu-IUD = DIU en cuivre.

LNG-IUD = DIU au lévonorgestrel.

Préservatif = préservatif masculin en latex, préservatif masculin en polyuréthane, préservatif féminin.

Diaphragme = diaphragme (avec spermicide) ou cape cervicale.

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

Recommandations pour l'utilisation d'une contraception chez les femmes à haut risque d'infection par le VIH

- Les femmes à haut risque d'infection par le VIH peuvent utiliser toutes les méthodes contraceptives hormonales sans aucune restriction (catégorie MEC 1), notamment la contraception hormonale combinée, les pilules à progestatif seul et les injectables et implants de progestatif seul.
- Elles peuvent également utiliser un DIU en cuivre ou au lévonorgestrel sans aucune restriction (catégorie MEC 1).

Contraception pour les personnes sous traitement antirétroviral pour le VIH

Il existe un risque d'interactions médicamenteuses entre certains médicaments antirétroviraux et une contraception hormonale qui peuvent affecter l'efficacité de certaines méthodes de contraception hormonale. Les professionnel·les de santé doivent informer les personnes reçues de ce risque pour qu'elles puissent choisir leur méthode de contraception de manière éclairée.

Making Abortion Safe

RCOG's global initiative to advocate for women's health

