Organisation mondiale de la Santé

human reproduction programme hrp
research for impact
UNDP·UNFPA·UNICEF·WHO·WORLD BANK

Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement: Résumé d'orientation

Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement : résumé d'orientation [Abortion care guideline: executive summary]

ISBN 978-92-4-004753-2 (version électronique)
ISBN 978-92-4-004754-9 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2022

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html).

Citation suggérée. Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement : résumé d'orientation [Abortion care guideline: executive summary]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir http://apps.who.int/bookorders. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir https://www.who.int/fr/copyright.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Traduction par l'Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique.

Résumé d'orientation

La santé sexuelle et reproductive est fondamentale pour les individus, les couples et les familles, ainsi que pour le développement social et économique des communautés et des nations. Comme le prévoit la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'objectif de l'Organisation est « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible », et pour réaliser cet objectif, les fonctions de l'OMS consistent notamment à fournir une assistance technique aux pays dans le domaine de la santé. L'accès universel aux informations et services de santé sexuelle et reproductive (SSR) est essentiel à la fois pour la santé individuelle et communautaire, ainsi que pour la réalisation des droits humains. À la suite de la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et sur la base des enseignements tirés des précédentes flambées épidémiques – lorsque les services de santé sexuelle et reproductive ont été gravement perturbés, entraînant un sentiment de perte d'autonomie des personnes et une exposition à des risques sanitaires évitables – l'OMS a inclus les soins complets d'avortement dans la liste des services de santé essentiels dans certaines publications techniques récentes.1

Les soins complets d'avortement comprennent la fourniture d'informations, la gestion des avortements (y compris les avortements provoqués et les soins liés aux fausses couches/avortements spontanés et aux soins après avortement). Il est fondamental de renforcer l'accès à des soins complets d'avortement dans le système de santé pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD) relatifs à la bonne santé et au bien-être (ODD3) et à l'égalité des sexes (ODD5). La Stratégie mondiale de l'OMS pour la santé génésique, qui vise à accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs de développement internationaux, considère l'élimination de l'avortement non sécurisé2 comme une action prioritaire. L'importance de soins de qualité en cas d'avortement pour la santé est également soulignée par la Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, qui inclut des interventions fondées sur des données probantes en matière d'avortement et de soins après avortement en tant que moyen efficace pour aider les personnes à s'épanouir et les communautés à se transformer.

La qualité des soins liés à l'avortement est fondamentale pour les présentes lignes directrices. La qualité des soins (voir le glossaire) englobe plusieurs composantes. Les soins définis ont les caractéristiques suivantes : efficaces, efficients, accessibles, acceptables/centrés sur le patient, équitables et sûrs. Les soins efficaces comprennent la prestation de soins fondés sur des données probantes qui améliorent la santé des personnes et des communautés et qui répondent à leurs besoins. Des soins efficients maximisent l'utilisation des ressources et minimisent le gaspillage. Des soins de qualité en matière d'avortement doivent également être accessibles (administrés en

1 Lorsque l'on examine la notion de « services de santé essentiels », il est important de noter que différents domaines, même au sein d'un même pays, peuvent nécessiter des approches différentes pour désigner les services de santé essentiels et réorienter les composantes du système de santé afin de maintenir ces services. Veuillez-vous référer au document : *Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le contexte de la COVID-19, orientations provisoires, 1er juin 2020* (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1) Pour plus de références pertinentes, voir le chapitre 1, section 1.1.

2 On entend par « avortement non sécurisé » un avortement pratiqué par une personne n'ayant pas les compétences nécessaires ou dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou les deux.

temps utile, d'un coût abordable, accessibles géographiquement et fournis dans un cadre où les compétences et les ressources sont adaptées aux besoins médicaux) et acceptables (en tenant compte des préférences et des valeurs des utilisateurs individuels des services et des cultures de leurs communautés). Il est impératif que l'accès aux soins d'avortement soit équitable et que la qualité des soins ne varie pas en fonction des caractéristiques personnelles de la personne qui sollicite ces soins, telles que son sexe, sa race, sa religion, son origine ethnique, son statut socio-économique, son niveau d'éducation, si elle vit avec un handicap ou en fonction de sa situation géographique dans un pays. Enfin, des soins d'avortement de qualité impliquent qu'ils sont dispensés en toute sécurité et réduisent au minimum les risques et les préjudices pour les usagers des services.

L'avortement est une intervention sanitaire sûre et non complexe qui peut être gérée efficacement à l'aide de médicaments ou d'une procédure chirurgicale dans divers contextes. Les complications sont rares lors d'un avortement médicamenteux ou chirurgical, lorsque l'avortement est sans danger – ce qui signifie qu'il est réalisé à l'aide d'une méthode recommandée par l'OMS, adaptée à l'âge gestationnel, et par une personne possédant les compétences nécessaires. Globalement, l'avortement est une procédure courante, six grossesses non désirées sur 10 et trois grossesses sur 10 se terminant par un avortement provoqué. Cependant, les estimations mondiales montrent que 45 % des avortements ne sont pas sécurisés. Il s'agit là d'une question cruciale de santé publique et de droits humains ; l'avortement non sécurisé se concentre de plus en plus dans les pays en développement (97 % des avortements non sécurisés) et dans les groupes vulnérables et marginalisés. En raison des restrictions juridiques et d'autres obstacles, il est difficile, voire impossible, à de nombreuses femmes d'accéder à des soins d'avortement de qualité, et elles peuvent provoquer elles-mêmes l'avortement par des méthodes peu sûres ou faire appel à des prestataires non qualifiés. Le statut juridique de l'avortement ne fait aucune différence quant à la nécessité pour une femme d'avorter, mais il affecte considérablement son accès à un avortement sécurisé. En tout 4,7 % à 13,2 % de tous les décès maternels sont attribués à des avortements non sécurisés, ce qui qui signifie qu'entre 13 865 et 38 940 décès sont causés chaque année par l'incapacité à fournir des services d'avortement sans danger.

L'avortement médicamenteux a révolutionné l'accès à des soins d'avortement de qualité dans le monde entier. Les médicaments utilisés en cas d'avortement peuvent être soit administrés en toute sécurité et de manière efficace dans un établissement de santé, soit auto-administrés en dehors d'un établissement (par exemple à domicile) par des personnes disposant d'une source d'informations précises et de médicaments de qualité garantie. Les personnes qui gèrent leur avortement en toute sécurité à domicile au cours des 12 premières semaines de grossesse peuvent encore avoir besoin d'assistance ou vouloir le soutien d'un agent de santé formé à un certain stade du processus. La prestation de services sous une supervision médicale minimale peut considérablement améliorer l'accès au processus d'avortement, ainsi que sa confidentialité, sa commodité et son acceptabilité, sans compromettre son innocuité ni son efficacité.

De nombreuses actions doivent être menées aux niveaux juridique, du système de santé et de la communauté pour que tous ceux qui en ont besoin aient accès à des soins complets d'avortement. L'environnement d'une personne joue un rôle crucial en influençant son accès aux soins et ses résultats en matière de santé. Un environnement favorable constitue le fondement des soins complets de qualité en cas d'avortement. Les trois pierres angulaires d'un environnement favorable aux soins liés à l'avortement sont :

1. le respect des droits humains, notamment un cadre juridique et politique favorable ;
2. la disponibilité et l'accessibilité de l'information ; et
3. un système de santé favorable, accessible à tous, abordable et efficace.

L'avortement est légal dans la quasi-totalité des pays, bien qu'il existe des différences dans les circonstances spécifiques dans lesquelles une personne peut avoir accès à l'avortement. En outre, quasiment tous les pays où l'avortement est légalement disponible réglementent l'avortement différemment des autres formes de soins de santé. Contrairement à d'autres services de santé, l'avortement est généralement réglementé à divers degrés par le droit pénal, en plus de la réglementation en vertu du droit à la santé. Cela a un impact sur les droits des personnes enceintes et peut avoir un effet dissuasif (par exemple, la suppression d'actions par crainte de représailles ou de sanctions) sur la fourniture de soins de qualité. C'est pourquoi une loi et une politique claires, accessibles et fondées sur les droits font partie de la garantie d'un environnement favorable.

Objectifs, portée et structure conceptuelle des lignes directrices

Les lignes directrices sont le moyen fondamental par lequel l'OMS remplit son rôle de chef de file technique en matière de santé. Les lignes directrices de l'OMS sont soumises à une procédure rigoureuse d'assurance de la qualité qui génère des recommandations pour la pratique clinique ou la politique de santé publique dans le but d'obtenir les meilleurs résultats possibles en matière de santé individuelle ou collective. À cette fin, l'OMS s'est engagée à intégrer les droits humains dans les programmes et politiques de soins de santé aux niveaux national et régional en examinant les déterminants sous-jacents de la santé dans le cadre d'une approche globale de la santé et des droits humains.

L'objectif de ces lignes directrices est de présenter l'ensemble complet des recommandations de l'OMS et des déclarations sur les meilleures pratiques en matière d'avortement. Bien que les contextes juridique, réglementaire, politique et de prestation de services puissent varier d'un pays à l'autre, les recommandations et les meilleures pratiques décrites dans le présent document visent à permettre une prise de décisions fondée sur des données probantes en ce qui concerne des soins de qualité pour l'avortement.

Ces lignes directrices actualisent et remplacent les recommandations des lignes directrices précédentes de l'OMS, qui sont les suivantes :

- Avortement sécurisé : orientations techniques et politiques pour les systèmes de santé, deuxième édition (2012) ;
- Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception après avortement (précédemment appelé guide de « partage des tâches ») (2015) ; et
- Prise en charge médicale de l'avortement (2018).

Ces lignes directrices contiennent de nouvelles recommandations consolidées ici de manière intégrée avec les recommandations existantes qui restent inchangées et celles qui ont été mises à jour après réévaluation, les mêmes méthodes rigoureuses étant utilisées pour les recommandations nouvelles et celles mises à jour (voir plus d'informations dans la section « Méthodes d'élaboration des lignes directrices » ci-dessous).

Dans les présentes lignes directrices, les recommandations sont présentées dans trois domaines essentiels à la prestation de soins en cas d'avortement : droit et politique, services cliniques et prestation de services. Les recommandations concernant les lois et les politiques qui devraient ou non être en place afin de mettre pleinement en œuvre et de garantir des soins de qualité pour l'avortement couvrent sept domaines : la criminalisation de l'avortement, les approches fondées sur des motifs pour autoriser l'avortement, les limites d'âge gestationnel fixées pour l'avortement, les périodes d'attente obligatoires avant de bénéficier d'un avortement sollicité, l'autorisation de l'avortement par un tiers, les restrictions concernant les agents de santé pouvant fournir des services d'avortement et l'objection de conscience/le refus par les prestataires.3 Les recommandations sur les services cliniques visent les méthodes d'avortement et les soins cliniques connexes – de la fourniture d'informations, de conseils et de prise en charge de la douleur aux méthodes et schéma de traitements thérapeutiques pour l'avortement (y compris pour différentes indications cliniques) – et la prestation de soins après avortement, y compris toutes les méthodes de contraception.4 Les recommandations concernant la prestation de services portent notamment sur les catégories de personnels de santé qui peuvent fournir les services cliniques pertinents. Des recommandations d'autoprise en charge sont également présentées concernant les tâches pouvant être gérées par la femme elle-même : avortement médicamenteux au début de la gestation et utilisation de nombreux contraceptifs, y compris l'auto-administration de contraceptifs injectables. Une recommandation relative à la télémédecine pour faciliter l'avortement médicamenteux précoce a également été

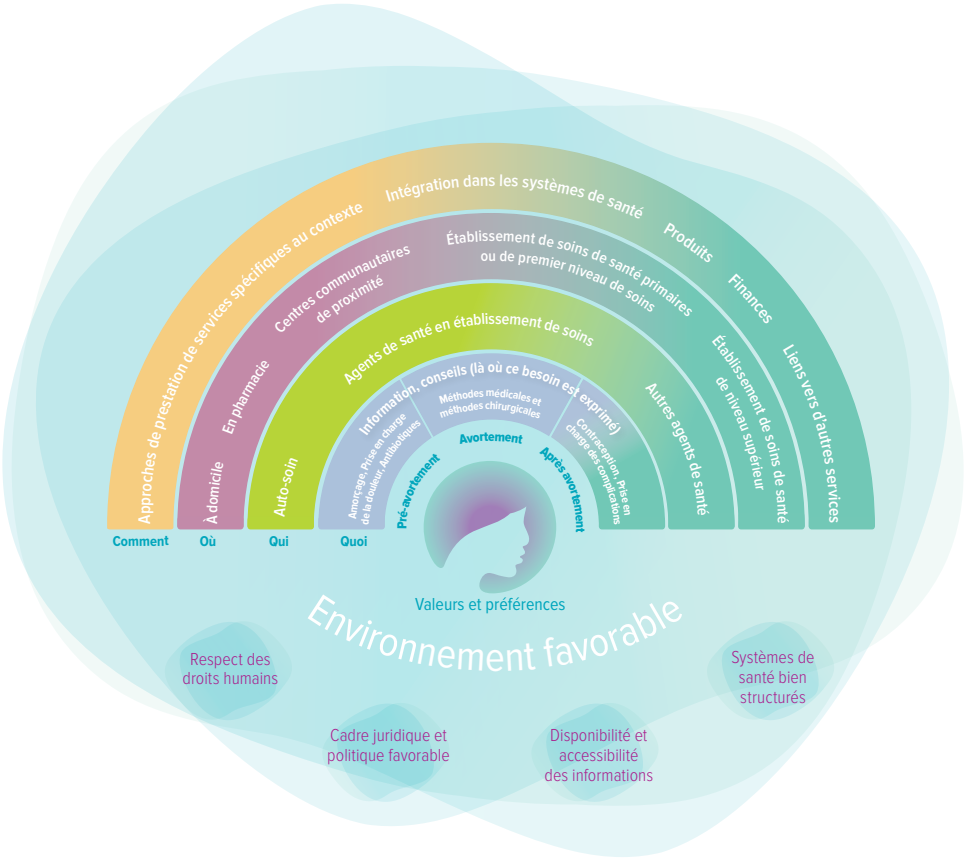
3 L'édition précédente des orientations sur l'avortement sécurisé (OMS, 2012) a traité de ces questions et des interventions connexes et formulé une recommandation composite. Dans les présentes lignes directrices, elles ont chacune été traitées séparément sous la forme de sept recommandations individuelles (recommandations 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22).

4 Les présentes lignes directrices n'entendent pas examiner toutes les méthodes contraceptives, mais elles peuvent toutes être envisagées après un avortement, y compris une série de méthodes auto-administrées.

formulée, ainsi que des déclarations sur les meilleures pratiques concernant d'autres approches de prestation de services pour les soins liés à l'avortement. Ensemble, les orientations présentées dans le présent document reflètent les changements récents dans tous ces aspects des soins liés à l'avortement. Les lacunes et les priorités en matière de recherche ainsi que les nouveaux domaines d'intérêt sont décrits dans le dernier chapitre.

Comme l'indique l'organisation des orientations dans le présent document, à mesure qu'une femme, une fille ou toute autre personne enceinte évolue dans le parcours de soins liés à l'avortement – soins avant, pendant et après l'avortement – les services de santé doivent être intégrés au système de santé afin de garantir que la prestation des services réponde équitablement à leurs besoins et sans discrimination. Le cadre conceptuel des soins liés à l'avortement présenté dans ces lignes directrices (voir la figure 1) reconnaît les besoins de toutes les personnes en matière d'avortement et s'articule autour des valeurs et des préférences des demandeurs d'avortement, les considérant comme des participants actifs – ainsi que des bénéficiaires – aux services de santé. Les préférences individuelles en matière de santé peuvent varier ; aucun modèle unique de soins liés à l'avortement ne répondra aux besoins de toute personne sollicitant des soins liés à l'avortement. Cependant, les valeurs fondamentales de dignité, d'autonomie, d'égalité, de confidentialité, de communication, de soutien social, de soins de soutien et de confiance sont à la base des soins liés à l'avortement et sont reflétées tout au long de ces orientations. D'importants travaux sont encore nécessaires pour intégrer les liens avec des soins d'avortement de qualité dans l'ensemble du système de santé, et l'accent mis sur les droits humains et l'égalité entre les sexes doit être appliqué dans tous les contextes de prestation de services aux personnes sollicitant des soins de santé.

Figure 1. Cadre conceptuel des soins liés à l'avortement



Public cible et inclusivité

Les présentes lignes directrices visent à formuler des recommandations à l'intention des responsables nationaux et infranationaux de la formulation de politiques, de la mise en œuvre et de la gestion de programmes de santé sexuelle et reproductive (SSR), des membres d'organisations non gouvernementales et d'autres organisations de la société civile et associations professionnelles, ainsi que des agents de santé et autres parties prenantes dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR) , afin de les aider à garantir la disponibilité et l'accessibilité mondiales de soins de qualité fondés sur des données probantes en matière d'avortement.

Toute personne a droit à la non-discrimination et à l'égalité dans l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Le droit d'être exempt de discrimination est énoncé dans la Déclaration universelle des droits humains et dans d'autres traités universels et instruments régionaux sur les droits humains. Il a été affirmé que le droit à la non-discrimination garanti par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) inclut l'orientation sexuelle, l'identité de genre et les caractéristiques sexuelles. Comme l'indique le rapport 2018 de l'Expert indépendant sur la protection contre la violence et la discrimination fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre à l'Assemblée générale des Nations Unies, « le droit à une reconnaissance effective de son identité de genre est lié au droit à une reconnaissance égale devant la loi ».

Dans les présentes lignes directrices, nous reconnaissons que la plupart des données factuelles disponibles sur l'avortement peuvent être supposées provenir de la recherche parmi les populations d'études de femmes cisgenres, et nous reconnaissons également que les femmes cisgenres, les hommes transgenres, les personnes non binaires, les personnes transgenres et les personnes intersexuelles ayant un système de reproduction féminin et capables de tomber enceintes peuvent avoir besoin de soins pour avorter. Pour être concis et faciliter la lisibilité de ces lignes directrices, lorsque nous faisons référence à toutes les personnes de sexe différent qui peuvent

avoir besoin de soins pour avortement, nous utilisons le mot « femmes » le plus souvent, bien que nous utilisions également les termes « individu », « personne » et « demandeur d'avortement » de manière interchangeable. Les prestataires de services de santé sexuelle et reproductive, y compris de soins liés à l'avortement, doivent tenir compte des besoins de toutes les personnes et leur fournir des soins égaux ; l'identité de genre ou son expression ne doit pas conduire à la discrimination.

Méthodes d'élaboration des lignes directrices

Le groupe d'orientation des lignes directrices de l'OMS et le Secrétariat de l'OMS en général, y compris des membres du personnel au Siège et dans les bureaux régionaux de l'OMS, ont mené un processus d'élaboration de grande envergure impliquant un large éventail d'experts et de personnel d'appui. Le processus a débuté en septembre 2018 par une enquête en ligne sur la mise à jour des lignes directrices de l'OMS sur l'avortement sécurisé, suivie de réunions de cadrage entre novembre 2018 et juin 2019 afin de déterminer les principaux domaines thématiques et de formuler des questions clés à évaluer par le biais de recherches et de l'analyse de la base de données factuelles, pour chacun des trois domaines : droit et politique, services cliniques et prestation de services. Afin d'assurer une large représentation, des réunions sur les sujets suivants ont été organisées pour éclairer davantage nos lignes directrices : i) Considérations relatives à la mise en œuvre des soins liés à l'avortement dans les contextes humanitaires ; ii) Valeurs et préférences mondiales relatives aux soins liés à l'avortement ; et iii) Les jeunes et l'avortement sécurisé.

Des experts mondiaux ont été invités par le groupe d'orientation à former trois groupes d'experts - les groupes d'examen des données factuelles et des recommandations (ERRG) pour chaque domaine - notamment en participant activement à une série de réunions de deux jours pour discuter et rédiger les recommandations nouvelles et actualisées, sur la base des données fournies par les équipes de synthèse des données factuelles (EST). Les membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG) ont été sélectionnés par le Groupe d'orientation parmi les membres des ERRG pour chaque domaine, afin de constituer un groupe multidisciplinaire unique, comprenant un représentant des jeunes et un conseiller en droits humains, chargé de finaliser les recommandations.

Conformément à la procédure d'élaboration des lignes directrices de l'OMS, la formulation et l'amélioration des recommandations formulées par les ERRG et le GDG se sont appuyées sur les données factuelles disponibles (de qualité variable, allant de bonne à moins bonne), en utilisant l'approche GRADE (Grading of Recommanderations Assessment, Development and Evaluation) pour l'élaboration des recommandations, en se référant aux tableaux des bases factuelles à la décision préparés par les groupes de pays EST, et également guidés par l'expertise et l'expérience des participants. Le cadre INTEGRATE de l'OMS a servi de base à la décision sur l'orientation et la force de chaque recommandation (voir les notes accompagnant le tableau récapitulatif ci-dessous). En ce qui concerne les recommandations juridiques et politiques, ce même cadre a été utilisé, mais une approche innovante a été mise au point pour évaluer les données factuelles d'une manière qui intègre efficacement la protection et la jouissance des droits humains dans les résultats et l'analyse sanitaires.

À l'issue des réunions du ERRG et du GDG, la version préliminaire révisée des recommandations et le projet complet des lignes directrices ont été examinés par les membres du GDG et du Groupe externes des pairs examinateurs. Les observateurs à la réunion du GDG et les examinateurs individuels de plusieurs organisations de mise en œuvre ont également été invités à commenter le même projet de document. D'autres révisions ont été apportées et les lignes directrices ont été soumises au Comité d'examen des lignes directrices de l'OMS qui les a approuvées. Elles ont été suivies par les révisions finales du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits humains (HCDH), l'édition finale et la planification de la publication et du lancement. Toutes les méthodes d'élaboration des lignes directrices sont présentées à l'Annexe 4.

Tableau récapitulatif des recommandations présentées dans les présentes lignes directrices

Remarques importantes :

1. Chaque recommandation et son orientation (pour ou contre) et sa force (forte ou faible) ont été déterminées par un groupe d'experts convoqués par l'OMS à cette fin. Les décisions étaient fondées sur les six critères de fond du cadre INTEGRATE de l'OMS tel qu'appliqué à chaque intervention pour la population spécifiée – équilibre entre les avantages et les inconvénients pour la santé ; droits humains et acceptabilité socioculturelle ; équité, égalité et non-discrimination en matière de santé ; implications sociétales ; considérations financières et économiques ; et faisabilité et considérations relatives au système de santé – tout en tenant compte du méta-critère, de la qualité des données factuelles (c'est-à-dire le type, la taille et les limites des études disponibles utilisées comme données factuelles). La formulation utilisée est la suivante :

- **Recommander –** recommandation forte en faveur de l'intervention
- **Proposer –** recommandation faible en faveur de l'intervention
- **Déconseiller –** recommandation forte contre l'intervention/en faveur de la comparaison.

2. La plupart des recommandations sont intitulées LP pour Loi et politique ; CS pour Services Cliniques ; SD pour Prestation de Services, en référence au grand domaine dans lequel les données étayant ces recommandations ont été examinées et évaluées par les groupes d'experts respectifs (ERRG). En outre, cinq recommandations portent la mention AUTOPRISE EN CHARGE

3. Les recommandations sur la prestation de services (SD) qui font référence aux catégories d'agents de santé supposent que les personnes travaillant dans les catégories mentionnées ont les aptitudes et les compétences requises pour l'intervention spécifiée. Les rôles, aptitudes et compétences de chaque type d'agent de santé mentionné dans ces recommandations sont décrits dans le tableau sur les catégories d'agents de santé et leurs rôles à l'Annexe 5, et de plus amples informations sont fournies dans la publication publiée par l'OMS en 2011, Sexual and reproductive health : core competencies in primary care, qui décrit les compétences (y compris les aptitudes et les connaissances) requises pour chaque tâche.

4. Les recommandations étaient considérées comme « nouvelles » (comme indiqué dans ce tableau et au chapitre 3) si les lignes directrices précédentes de l'OMS ne comportaient aucune recommandation sur le sujet ou l'intervention en question. Il convient particulièrement de noter que les directives de 2012 sur l'avortement sécurisé formulaient une recommandation composite à caractère juridique et politique ; dans les présentes directives, sept recommandations distinctes sont formulées, sans pour autant qu'elles soient considérées comme « nouvelles » (c'est-à-dire les recommandations 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22).

SECTION **Thème** Recommandation ou numéro et type de déclaration de bonnes pratiques	**Recommandation ou déclaration de bonnes pratiques**
RÉGLEMENTATION DE L'AVORTEMENT	
Criminalisation	
1 (LOI ET POLITIQUE ; LP)	**Recommander** la dépénalisation complète de l'avortement. **Observations:** • La dépénalisation consiste à retirer l'avortement de la législation pénale, à ne pas appliquer d'autres infractions pénales (par exemple le meurtre, l'homicide involontaire) à l'avortement, et à s'assurer qu'il n'existe aucune sanction pénale pour avoir avorté, avoir aidé à avorter, avoir fourni des informations sur un avortement ou avoir pratiqué un avortement, pour tous les acteurs concernés. • La dépénalisation permettrait de s'assurer que toute personne ayant subi une fausse couche ne soit pas soupçonnée d'avortement illégal lorsqu'elle sollicite des soins. • La dépénalisation de l'avortement ne rend pas les femmes, les filles ou les autres personnes enceintes vulnérables à l'avortement contraint ou forcé. L'avortement contraint ou forcé constituerait une agression grave, car il s'agirait d'une intervention non consensuelle.

SECTION **Thème** Recommandation ou numéro et type de déclaration de bonnes pratiques	**Recommandation ou déclaration de bonnes pratiques**
Approches fondées sur les motifs	
2 (LP)	**a. Déconseiller** les lois et autres réglementations qui restreignent l'avortement par motif. **b. Recommander** que l'avortement soit disponible à la demande de la femme, de la fille ou de toute autre personne enceinte. **Observations:** • Les approches fondées sur des motifs pour restreindre l'accès à l'avortement devraient être révisées en faveur de la mise à disposition de l'avortement à la demande de la femme, de la fille ou de toute personne enceinte. • Jusqu'à ce qu'ils soient remplacés par l'avortement sur demande, tous les motifs existants devraient être formulés et appliqués d'une manière conforme au droit international relatif aux droits humains. Cela signifie que le contenu, l'interprétation et l'application des lois et politiques fondées sur des motifs devraient être révisés pour garantir le respect des droits de la personne. Cela implique que : i. les motifs existants soient définis, interprétés et appliqués de manière conforme aux droits humains ; ii. l'avortement soit possible lorsque la réalisation d'une grossesse à terme entraînerait pour la femme, la fille ou toute autre personne enceinte une douleur ou une souffrance importante, y compris, mais sans s'y limiter, les situations où la grossesse est le résultat d'un viol ou d'un inceste ou lorsque la grossesse n'est pas viable ; iii. l'avortement soit possible lorsque la vie et la santé de la femme, de la fille ou de toute personne enceinte sont menacées ; iv. les motifs relatifs à la santé reflètent les définitions OMS de la santé et de la santé mentale (voir le glossaire) ; et v. il n'existe pas d'exigences procédurales pour « prouver » ou « établir » la satisfaction des motifs, telle que l'exigence d'ordonnances judiciaires ou de rapports de police dans les cas de viol ou d'agression sexuelle (pour les sources à l'appui de ces informations, voir l'Annexe A du Web : principales normes internationales en matière de droits humains sur l'avortement).
Limites d'âge gestationnel	
3 (LP)	**Déconseiller** les lois et autres réglementations interdisant l'avortement en fonction des limites d'âge gestationnel.
SERVICES DANS LE CADRE DU CONTINUUM DE SOINS	
Fourniture d'informations sur les soins liés à l'avortement	
4 (PRESTATION DE SERVICES ; SD)	Dans tout le continuum des soins liés à l'avortement: **a. Recommander** la fourniture d'informations sur les soins liés à l'avortement par les agents de santé communautaires, les pharmaciens, les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les infirmières auxiliaires/infirmières auxiliaires sages-femmes (ANM), le personnel infirmier, les sages-femmes, les cliniciens associés/cliniciens associés de niveau supérieur, les médecins généralistes et les médecins spécialistes. **b. Proposer** au personnel de la pharmacie de fournir des informations sur les soins liés à l'avortement. • Condition : dans les contextes où l'employé(e) 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.
Fourniture de conseils	
5 (SD)	Dans tout le continuum des soins liés à l'avortement : **a. Recommander** la fourniture de conseils par les agents de santé communautaires, les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les infirmières auxiliaires/infirmières auxiliaires, le personnel infirmier, les sages-femmes, les cliniciens associés/cliniciens associés de niveau supérieur, les médecins généralistes et les médecins spécialistes. **b. Proposer** la fourniture de conseils par le personnel pharmaceutique et les pharmaciens. • Condition : des conseils judicieux sont fournis (concernant à la fois la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale) et il existe un accès ou une référence à des services de santé adaptés si la femme opte pour une intervention chirurgicale.
AVANT L'AVORTEMENT	
Délais d'attente obligatoires :	
6 (LP)	**Déconseiller** les périodes d'attente obligatoires pour l'avortement..

SECTION **Thème** Recommandation ou numéro et type de déclaration de bonnes pratiques	**Recommandation ou déclaration de bonnes pratiques**
Autorisation de tiers :	
7 (LP)	**Recommander** that abortion be available on the request of the woman, girl or other pregnant person without the authorization of any other individual, body or institution. **Remark:** • While parental or partner involvement in abortion decision-making can support and assist women, girls or other pregnant persons, this must be based on the values and preferences of the person availing of abortion and not imposed by third-party authorization requirements.
Immunisation Rh pour l'avortement à l'âge gestationnel < 12 semaines	
8 (SERVICES CLINIQUES ; CS) (NOUVEAU)	Pour l'avortement sécurisé et l'avortement chirurgical à <12 semaines : **Déconseiller** l'administration d'immunoglobulines anti-D. **Observations:** • La norme de soins s'applique à l'administration d'anti-D à des âges gestationnels ≥ 12 semaines.
Prophylaxie aux antibiotiques pour l'avortement chirurgical et médicamenteux	
9 (CS)	**a.** En cas d'avortement chirurgical, quel que soit le risque d'infection pelvienne inflammatoire de l'individu : **Recommander** des antibiotiques prophylactiques appropriés avant ou pendant l'opération. **b.** Pour l'avortement médicamenteux : **Déconseiller** l'utilisation d'antibiotiques prophylactiques. **Observations:** • Le manque d'antibiotiques ne devrait pas limiter l'accès aux services d'avortement.
Détermination de l'âge gestationnel de la grossesse : échographie avant avortement	
10 (CS)	Pour l'avortement sécurisé comme pour l'avortement chirurgical : **Déconseiller** l'utilisation de l'échographie comme condition préalable à la prestation de services d'avortement.* **Observations:** • Une réglementation légale limitant la disponibilité de l'avortement par âge gestationnel peut exiger ou entraîner de pratiquer une échographie pour vérifier l'âge gestationnel avant l'avortement, même si cela n'est pas nécessaire d'un point de vue clinique. La suppression des limites d'âge gestationnel légales pour l'accès à l'avortement (voir la recommandation 3) devrait permettre d'éviter les échographies inutiles avant l'avortement et d'accroître la disponibilité de l'avortement dans les contextes où l'échographie est difficile d'accès. * Au cas par cas, l'utilisation d'une échographie avant un avortement peut avoir des raisons cliniques.
Prise en charge de la douleur lors de l'avortement	
11–14 (CS) pour un avortement chirurgical et pour une préparation du col de l'utérus préalable *REMARQUE : les nouvelles recommandations 12, 13 et 14 indiquent un contrôle de la douleur SUPPLÉMENTAIRE aux AINS (11a)*	11. Pour le contrôle de la douleur lors d'un avortement chirurgical quel que soit l'âge gestationnel : **a. Recommander** d'offrir systématiquement des analgésiques (par exemple des anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]) et de les fournir à ceux qui le souhaitent ; et **b. Déconseiller** l'utilisation systématique de l'anesthésie générale. 12. (NOUVEAU) Pour le contrôle de la douleur lors d'un avortement chirurgical avant 14 semaines : **a. Recommander** l'utilisation d'un bloc paracervical ; et **b. Proposer** que l'option de la prise en charge combinée de la douleur par sédation consciente plus bloc paracervical soit proposée, lorsque la sédation consciente est disponible. 13. (NOUVEAU) FPour le contrôle de la douleur lors de la préparation cervicale au moyen de dilatateurs osmotiques avant un avortement chirurgical à partir de 14 semaines : **Proposer** l'utilisation d'un bloc paracervical. **Observations:** • Pour la préparation cervicale, des analgésiques supplémentaires peuvent être envisagés, comme l'utilisation d'un gel intravaginal. (Voir les recommandations 17 à 20 ci-dessous sur la préparation cervicale) 14. (NOUVEAU) Pour le contrôle de la douleur lors d'un avortement chirurgical à partir de 14 semaines : **a. Recommander** l'utilisation d'un bloc paracervical ; et **b. Proposer** que l'option de la prise en charge combinée de la douleur par sédation consciente plus bloc paracervical soit proposée, lorsque la sédation consciente est disponible.

SECTION **Thème** Recommandation ou numéro et type de déclaration de bonnes pratiques	**Recommandation ou déclaration de bonnes pratiques**
15 and 16 (CS) Avortement sécurisé *REMARQUE : la nouvelle recommandation 16 indique un contrôle de la douleur SUPPLÉMENTAIRE aux AINS (15)*	15. Pour un avortement médicamenteux à tout âge gestationnel : **Recommander** d'offrir systématiquement des analgésiques (par exemple des anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]) et de les fournir à ceux qui le souhaitent ; et 16. (NOUVEAU) Pour le contrôle de la douleur lors d'un avortement médicamenteux à ≥ 12 semaines : **Proposer** d'envisager des méthodes supplémentaires pour contrôler la douleur ou l'inconfort dus à l'augmentation de la douleur avec l'âge gestationnel. Ces méthodes incluent certains anti-émétiques et l'anesthésie péridurale, si disponible. **Observations:** • Pour l'avortement médicamenteux à un âge gestationnel inférieur à 14 semaines, si les AINS (par exemple l'ibuprofène) ne sont pas disponibles ou ne sont pas une option, alors l'acétaminophène peut être envisagé pour le contrôle de la douleur.
Préparation du col de l'utérus avant un avortement chirurgical	
17 (CS) à < 12 semaines	Avant un avortement chirurgical < 12 semaines : **a.** Si la préparation cervicale est utilisé : **Proposer** les schéma de traitements médicamenteux suivants : • Mifépristone 200 mg par voie orale 24 à 48 heures avant l'intervention • Misoprostol 400 µg par voie sublinguale 1 à 2 heures avant l'intervention • Misoprostol 400 µg par voie vaginale ou buccale 2 à 3 heures avant l'intervention **b. Déconseiller** l'utilisation de dilatateurs osmotiques pour la préparation cervicale. **Observations:** • La voie sublinguale est plus efficace pour l'administration de misoprostol. • Des analgésiques appropriés doivent être fournis.
18 (CS) (NOUVEAU) à partir de 12 semaines	Avant un avortement chirurgical à des âges gestationnels ultérieurs : **a.** Pour un avortement chirurgical à ≥ 12 semaines : **Proposer** une préparation du col de l'utérus avant l'intervention. **b.** Pour un avortement chirurgical entre 12 et 19 semaines : **Proposer** une préparation du col de l'utérus avec un médicament uniquement (une combinaison de mifépristone plus misoprostol est préférable) ou avec un dilatateur osmotique plus médicament (mifépristone, misoprostol, ou une combinaison des deux). **c.** Pour un avortement chirurgical entre 12 et 19 semaines, lors de l'utilisation d'un dilatateur osmotique pour la préparation cervicale : **Proposer** que la période entre la mise en place du dilatateur osmotique et l'intervention ne dépasse pas deux jours. **d.** Pour un avortement chirurgical à ≥ 19 semaines : **Recommander** une préparation du col de l'utérus avec un dilatateur osmotique et un médicament (mifépristone, misoprostol ou une combinaison des deux). **Observations:** • Les données factuelles sur la préparation cervicale pour les âges gestationnels compris entre 12 et 14 semaines étaient limitées. Par conséquent, les agents de santé devraient faire appel au jugement clinique pour décider de la méthode la plus pratique de préparation du col de l'utérus avant l'aspiration pour cette tranche d'âge gestationnelle.
19 (SD) avec des médicaments, à tout âge gestationnel	Avant un avortement chirurgical quel que soit l'âge gestationnel : **a. Recommander** une préparation du col de l'utérus par des médicaments par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des infirmières auxiliaires/infirmières auxiliaires, des sages-femmes, des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau supérieur, des médecins généralistes et des médecins spécialistes. **b. Proposer** aux agents de santé communautaires, aux pharmaciens et aux pharmaciens de préparer le col de l'utérus avec des médicaments. • Condition : la fourniture de médicaments aux fins de la préparation cervicale faisant partie du processus d'avortement chirurgical, l'agent de santé doit donc assurer la continuité des soins à la femme qui obtient les médicaments avant la procédure d'avortement.
20 (SD) avec dilatateurs osmotiques, à partir de 12 semaines	Avant la dilatation et l'évacuation (D&E) à ≥ 12 semaines : **a. Recommander** la préparation du col de l'utérus avec des dilatateurs osmotiques par des infirmières auxiliaires/infirmières sages-femmes auxiliaires, des infirmières, des sages-femmes, des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau supérieur, des médecins généralistes et des médecins spécialistes. **b. Proposer** cune préparation du col de l'utérus avec des dilatateurs osmotiques par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires. • Condition : l'agent de santé assure la continuité des soins depuis la préparation du col de l'utérus jusqu'à l'étape de la dilatation et évacuation.

SECTION **Thème** Recommandation ou numéro et type de déclaration de bonnes pratiques	**Recommandation ou déclaration de bonnes pratiques**
Restrictions des prestataires	
21 (LP)	**Déconseiller** une réglementation sur qui peut pratiquer et prendre en charge l'avortement, qui serait contraire aux orientations de l'OMS. **Observations:** • Lorsque la loi ou la politique régit qui peut pratiquer ou prendre en charge l'avortement, cette réglementation doit être conforme aux orientations de l'OMS, qui sont présentées tout au long du chapitre 3 des présentes lignes directrices.
Objection de conscience	
22 (LP)	**Recommander** que l'accès et la continuité des soins complets d'avortement soient protégés contre les obstacles créés par l'objection de conscience. **Observations:** • En dépit de l'obligation des droits humains de veiller à ce que l'objection de conscience n'entrave pas l'accès à des soins de qualité pour l'avortement, et des recommandations antérieures de l'OMS visant à garantir que l'objection de conscience ne compromette pas ou n'entrave pas l'accès aux soins pour l'avortement, l'objection de conscience continue de faire obstacle à l'accès à des soins de qualité pour l'avortement. Il est essentiel que les États veillent au respect de la réglementation et conçoivent/organisent des systèmes de santé garantissant l'accès à des soins d'avortement de qualité et la continuité de ces soins. S'il s'avère impossible de réglementer l'objection de conscience d'une manière qui respecte, protège et garantit la pleine jouissance des droits des demandeurs d'avortement, l'objection de conscience dans la disposition relative à l'avortement peut devenir indéfendable. • Les données examinées tenaient compte de l'impact de l'objection de conscience sur l'accès aux soins liés à l'avortement et leur disponibilité, et non de l'efficacité de la réglementation de l'objection de conscience en termes d'amélioration de ces résultats. Cependant, le droit international relatif aux droits humains fournit des orientations sur la manière dont les États peuvent garantir le respect, la protection et la pleine jouissance des droits humains des demandeurs d'avortement (voir les détails dans le texte principal).
Avortement	
Méthodes d'avortement chirurgical	
23 (CS) à moins de 14 semaines	Pour un avortement chirurgical à moins de 14 semaines : **a. Recommander** l'aspiration. **b. Déconseiller** la pratique de la dilatation et du curetage coupant, y compris les contrôles de curette coupante (c.-à-d. pour « réaliser » l'avortement) après aspiration. **Observations:** • Les études d'observation indiquent que l'aspiration est associée à moins de complications que les D&C ; cependant, les essais contrôlés randomisés n'avaient pas la puissance nécessaire pour détecter une différence dans les taux de complications. • Rien n'étaye le recours aux contrôles à la curette tranchante après aspiration. • La qualité des données factuelles issues d'essais contrôlés randomisés est faible à modérée.
24 (SD) aspiration < 14 semaines	Pour un avortement chirurgical à moins de 14 semaines : **a. Recommander** l'aspiration par aspiration des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des infirmières, des sages-femmes, des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau supérieur, des médecins généralistes et des médecins spécialistes. **b. Proposer** l'aspiration par des infirmières auxiliaires/infirmières sages-femmes auxiliaires. • Condition : dans les contextes où les mécanismes établis du système de santé impliquent les infirmières auxiliaires/infirmières sages-femmes auxiliaires dans la prestation des soins obstétricaux d'urgence de base, et où les systèmes d'orientation-recours et de suivi sont solides.
25 (CS) à partir de 14 semaines	Pour un avortement chirurgical à ≥ 14 semaines: **Recommander** la dilatation et l'évacuation. **Observations:** • L'aspiration peut être utilisée pendant une dilatation et évacuation (c'est-à-dire à des fins d'amniotomie ou d retrait de tissu à la fin de la dilatation et évacuation).
26 (SD) D&E à ≥ 14 semaines	Pour un avortement chirurgical à ≥ 14 semaines : **a. Recommander** la dilatation et évacuation par des médecins généralistes et des médecins spécialistes. **b. Proposer** la formation et l'évaluation par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des sages-femmes et des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau supérieur. • Condition : dans les contextes où il existe des mécanismes établis du système de santé, faire en sorte que ces agents de santé puissent collaborer à d'autres tâches en lien avec la santé de la mère et la santé reproductive.

SECTION **Thème** Recommandation ou numéro et type de déclaration de bonnes pratiques	**Recommandation ou déclaration de bonnes pratiques**
Prise en charge médicale d'un avortement provoqué	
27 (CS) à < 12 semaines	Pour un avortement médicamenteux avant 12 semaines : **a. Recommander** l'utilisation de 200 mg de mifépristone administrés par voie orale, suivis un à deux jours plus tard par 800 µg de misoprostol administrés par voie vaginale, sublinguale ou buccale. L'intervalle minimum recommandé entre l'utilisation de la mifépristone et celle du misoprostol est de 24 heures.* **b.** En cas d'utilisation de misoprostol seul : **Recommander** l'utilisation de 800 µg de misoprostol administrés par voie vaginale, sublinguale ou buccale.* **c.** (NOUVEAU) **Proposer** l'utilisation d'une association de létrozole et de misoprostol (létrozole 10 mg par voie orale chaque jour pendant 3 jours, suivie de 800 µg de misoprostol par voie sublinguale le quatrième jour) en tant qu'option sûre et efficace.* ‡ **Observations:** • Les preuves issues des études cliniques démontrent que le schéma de traitement combiné (recommandation 27a) est plus efficace que le misoprostol seul. • Toutes les voies sont incluses comme options d'administration du misoprostol, en tenant compte de la préférence du patient et du prestataire. • La combinaison suggérée de létrozole plus misoprostol peut être sûre et efficace jusqu'à 14 semaines de grossesse. * Des doses répétées de misoprostol peuvent être envisagées si nécessaire pour assurer le succès du processus d'avortement. Dans cette directive, nous n'indiquons pas un nombre maximum de doses de misoprostol. ‡ D'autres données probantes sont nécessaires pour déterminer la sécurité, l'efficacité et l'acceptabilité du traitement combiné létrozole plus misoprostol à des âges gestationnels plus tardifs, en particulier par rapport à celui du traitement combiné mifépristone plus misoprostol (les données disponibles portaient sur la comparaison avec l'utilisation du misoprostol seul).
28 (SD) à < 12 semaines* en tout ou en partie (c'est-à-dire en effectuant tout ou partie des sous-tâches)‡	Pour un avortement médicamenteux avant 12 semaines : **Recommander** la prise en charge médicale par soi-même (voir la recommandation 50), les agents de santé communautaires, les pharmaciens, les pharmaciens, les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les infirmières auxiliaires/infirmières auxiliaires, le personnel infirmier, les sages-femmes, les cliniciens associés/cliniciens associés de niveau supérieur, les médecins généralistes et les médecins spécialistes. * Les données factuelles disponibles sur la pratique indépendante de l'avortement sécurisé par des non-médecins couvrent des périodes de grossesse allant jusqu'à 10 semaines (70 jours). ‡ Pour cette recommandation, les schéma de traitements d'avortement médicamenteux couverts par les données disponibles étaient la mifépristone plus le misoprostol, ou le misoprostol seul (le schéma de traitement utilisant le létrozole n'était pas inclus).
29 (CS) à partir de 12 semaines	Pour un avortement médicamenteux à ≥ 12 semaines : **a. Proposer** l'utilisation de 200 mg de mifépristone administrés par voie orale, suivis un à deux jours plus tard par des doses répétées de 400 µg de misoprostol administrées par voie vaginale, sublinguale ou buccale toutes les trois heures.* L'intervalle minimum recommandé entre l'utilisation de la mifépristone et celle du misoprostol est de 24 heures. **b.** En cas d'utilisation de misoprostol seul : **Proposer** l'utilisation de doses répétées de 400 µg de misoprostol administrées par voie vaginale, sublinguale ou buccale toutes les trois heures.* **Observations:** • Le schéma de traitement combiné (recommandation 29a) est plus efficace que l'utilisation du misoprostol seul. • Les preuves suggèrent que la voie vaginale est la plus efficace. La prise en compte de la préférence des patients et des prestataires suggère l'inclusion de toutes les voies. • Le tissu de grossesse doit être traité de la même manière que tout autre matériel biologique, à moins que la personne ne souhaite une autre prise en charge. * Le misoprostol peut être répété à l'intervalle indiqué si nécessaire pour obtenir le succès du processus d'avortement. Les prestataires doivent faire preuve de prudence et de jugement clinique pour décider du nombre maximum de doses de misoprostol chez les femmes enceintes ayant subi une incision utérine préalable. La rupture utérine est une complication rare ; le jugement clinique et la préparation du système de santé à la prise en charge d'urgence de la rupture utérine doivent être envisagés à des âges gestationnels plus avancés.
30 (SD) à partir de 12 semaines	Pour un avortement médicamenteux à ≥ 12 semaines : **a. Recommander** la prise en charge médicale par des médecins généralistes et des médecins spécialistes. **b. Proposer** une prise en charge médicale par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des infirmières auxiliaires/infirmières sages-femmes auxiliaires, des infirmières, des sages-femmes et des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau supérieur. • Condition : dans les contextes où un accès facile et établi à une intervention chirurgicale de secours adaptée et à une infrastructure appropriée est disponible pour résoudre le problème posé par une évacuation incomplète ou d'autres complications.

SECTION **Thème** Recommandation ou numéro et type de déclaration de bonnes pratiques	**Recommandation ou déclaration de bonnes pratiques**
Avortement manqué	
31 (CS) (NOUVEAU) Prise en charge médicale à < 14 semaines	En cas d'avortement manqué à moins de 14 semaines, pour les personnes préférant une prise en charge médicale : **Recommander** l'utilisation de l'association mifépristone plus misoprostol par rapport au misoprostol seul. • Schéma de traitement recommandé : 200 mg de mifépristone par voie orale, suivis de 800 µg de misoprostol par voie orale (buccale, vaginale ou sublinguale).* • Schéma de traitement alternatif : 800 µg de misoprostol administrés par n'importe quelle voie (buccale, vaginale ou sublinguale).‡ **Observations:** • La décision concernant le mode de prise en charge (non interventionniste, médical ou chirurgical) en cas d'avortement manqué devrait se fonder sur l'état clinique de la personne et sa préférence pour le traitement. • La prise en charge non interventionniste peut être proposée en option à condition que la femme, la fille ou toute autre personne enceinte soit informée du délai plus long d'expulsion du tissu de grossesse et du risque accru de vidange incomplète de l'utérus. • Le tissu de grossesse doit être traité de la même manière que tout autre matériel biologique, à moins que la personne ne souhaite une autre prise en charge. * L'intervalle minimal recommandé entre l'utilisation de la mifépristone et celle du misoprostol est de 24 heures. ‡ Si vous utilisez le schéma de traitement alternatif (misoprostol seul), il convient de noter qu'à des âges gestationnels ≥ neuf semaines, les données montrent que l'administration répétée de misoprostol est plus efficace pour réussir le processus d'avortement. Dans les présentes lignes directrices, nous n'indiquons pas un nombre maximum de doses de misoprostol.
Mort fœtale intra-utérine	
32 (CS) Prise en charge médicale à ≥ 14 à ≤ 28 semaines	Pour la prise en charge médicale du DIU entre ≥ 14 et ≤ 28 semaines : **Proposer** l'utilisation de l'association mifépristone plus misoprostol par rapport au misoprostol seul. • Schéma de traitement suggéré : 200 mg de mifépristone administrés par voie orale, suivis un à deux jours plus tard de doses répétées de 400 µg de misoprostol administrées par voie sublinguale ou vaginale toutes les quatre à six heures.* L'intervalle minimum recommandé entre l'administration de mifépristone et de misoprostol est de 24 heures. • Schéma de traitement alternatif : des doses répétées de 400 µg de misoprostol administrées par voie sublinguale ou vaginale toutes les quatre à six heures.*Schéma de traitement alternatif : des doses répétées de 400 µg de misoprostol administrées par voie sublinguale ou vaginale toutes les quatre à six heures.* **Observations:** • Les données des études cliniques indiquent que le traitement combiné est plus efficace que l'utilisation du misoprostol seul. • Le tissu de grossesse doit être traité de la même manière que tout autre matériel biologique, à moins que la personne ne souhaite une autre prise en charge. * Le misoprostol peut être répété à l'intervalle indiqué si nécessaire pour obtenir le succès du processus d'avortement. Les prestataires doivent faire preuve de prudence et de jugement clinique pour décider du nombre maximum de doses de misoprostol chez les femmes enceintes ayant subi une incision utérine préalable. La rupture utérine est une complication rare ; le jugement clinique et la préparation du système de santé à la prise en charge d'urgence de la rupture utérine doivent être envisagés à des âges gestationnels plus avancés.
33 (SD) Prise en charge médicale à ≥ 14 à ≤ 28 semaines	Pour les DIU ≥ 14 à ≤ 28 semaines : **a. Recommander** la prise en charge médicale par des médecins généralistes et des médecins spécialistes. **b. Proposer** une prise en charge médicale par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des infirmières auxiliaires/infirmières sages-femmes auxiliaires, des infirmières, des sages-femmes et des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau supérieur. • Condition : dans les contextes où un accès facile et établi à une intervention chirurgicale de secours adaptée et à une infrastructure appropriée est disponible pour résoudre le problème posé par une évacuation incomplète ou d'autres complications.
APRÈS UN AVORTEMENT	
Soins de suivi ou services supplémentaires	
34 (CS)	Après un avortement chirurgical ou un avortement sécurisé : **Recommander** qu'une visite de suivi de routine n'est pas nécessaire d'un point de vue médical. Cela dit, des informations doivent être fournies sur la disponibilité de services supplémentaires s'ils sont indispensables ou souhaités. **Observations:** • Les femmes, les filles et toutes autres personnes enceintes doivent être correctement informées des symptômes d'une grossesse en cours (qui peuvent ou non indiquer un échec de l'avortement) et d'autres raisons médicales pour revenir au suivi, telles que des saignements abondants prolongés, l'absence totale de saignements avec la prise en charge médicale de l'avortement, la douleur non soulagée par les médicaments ou la fièvre. • La qualité des données factuelles était faible (études d'observation et données indirectes).

SECTION **Thème** Recommandation ou numéro et type de déclaration de bonnes pratiques	**Recommandation ou déclaration de bonnes pratiques**
Évacuation incomplète	
35 et 36 (CS)	**35.** Pour une évacuation incomplète à < 14 semaines : **Recommander** soit une aspiration, soit une prise en charge médicale. **36a.** Pour la prise en charge médicale d'une évacuation incomplète avant 14 semaines de taille utérine: **Proposer** l'utilisation de 600 µg de misoprostol administré par voie orale ou de 400 µg de misoprostol administré par voie sublinguale. **36b.** Pour la prise en charge médicale d'une évacuation incomplète à une taille utérine ≥ 14 semaines : **Proposer** l'utilisation de doses répétées de 400 µg de misoprostol administrées toutes les trois heures par voie sublinguale, vaginale ou buccale.* **Observations:** • La décision concernant le mode de prise en charge de l'évacuation incomplète doit être basée sur l'état clinique de la personne et sa préférence pour le traitement. • La prise en charge non interventionniste en cas d'évacuation incomplète peut être aussi efficace que le misoprostol ; elle peut être proposée en option à condition que la femme, la fille ou toute autre personne enceinte soit informée du délai plus long d'expulsion du tissu de grossesse et du risque accru de vidange incomplète de l'utérus. • La recommandation 35 a été extrapolée à partir des recherches menées chez les femmes ayant signalé un avortement spontané. * Le misoprostol peut être répété à l'intervalle indiqué si nécessaire pour obtenir le succès du processus d'avortement. Aux âges gestationnels ≥ 14 semaines, les prestataires doivent faire preuve de prudence et de jugement clinique pour décider du nombre maximum de doses de misoprostol chez les femmes enceintes ayant subi une incision utérine préalable. La rupture utérine est une complication rare ; le jugement clinique et la préparation du système de santé à la prise en charge d'urgence de la rupture utérine doivent être pris en compte à un âge gestationnel avancé.
37 (SD) Prise en charge médicale avec du misoprostol < 14 semaines	Pour une évacuation incomplète non compliquée à < 14 semaines : **Recommander** la prise en charge médicale au misoprostol par les agents de santé communautaires, le personnel de pharmacie, les pharmaciens, les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les infirmières auxiliaires/infirmières auxiliaires, les sages-femmes, les cliniciens associés/ cliniciens associés de niveau supérieur, les médecins généralistes et les médecins spécialistes.
38 (SD) aspiration < 14 semaines	Pour une évacuation incomplète non compliquée à < 14 semaines : **a. Recommander** l'aspiration pratiquée par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des infirmières, des sages-femmes, des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau supérieur, des médecins généralistes et des médecins spécialistes. **b. Proposer** l'aspiration par des infirmières auxiliaires/infirmières sages-femmes auxiliaires. • Condition : dans les contextes où les mécanismes établis du système de santé impliquent les infirmières auxiliaires/infirmières sages-femmes auxiliaires dans la prestation des soins obstétricaux d'urgence de base, et où les systèmes d'orientation-recours et de suivi sont solides.
Prise en charge de complications qui n'engagent pas le pronostic vital	
39 (SD) Infection	Pour les infections non mortelles après un avortement : **Recommander** une prise en charge initiale par les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les infirmières auxiliaires/infirmières sages-femmes auxiliaires, le personnel infirmier, les sages-femmes, les cliniciens associés/cliniciens associés de niveau supérieur, les médecins généralistes et les médecins spécialistes.* * Pour les pharmaciens, les employés de pharmacie et les agents de santé communautaires, il est important qu'ils soient dotés des connaissances nécessaires pour reconnaître les signes et les symptômes de cette complication.
40 (SD) Hémorragie	Pour les hémorragies non mortelles après un avortement : **Recommander** une prise en charge initiale par les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les infirmières auxiliaires/infirmières sages-femmes auxiliaires, le personnel infirmier, les sages-femmes, les cliniciens associés/cliniciens associés de niveau supérieur, les médecins généralistes et les médecins spécialistes.* * Pour les pharmaciens, les employés de pharmacie et les agents de santé communautaires, il est important qu'ils soient dotés des connaissances nécessaires pour reconnaître les signes et les symptômes de cette complication.

SECTION **Thème** Recommandation ou numéro et type de déclaration de bonnes pratiques	**Recommandation ou déclaration de bonnes pratiques**
Moment de la contraception après avortement	
41 (CS) Critères de recevabilité médicale (MEC) pour une utilisation contraceptive	Les méthodes de contraception suivantes peuvent être instaurées immédiatement (MEC de catégorie 1 – pas de restrictions) après un avortement chirurgical ou médical (premier et deuxième trimestre, ainsi qu'après un avortement septique) : contraceptifs hormonaux combinés (CHC), contraceptifs à base de progestérone uniquement (POC) et méthodes de barrière (préservatifs, spermicide, diaphragme, capuchon – remarque : le diaphragme et le capuchon ne conviennent pas jusqu'à six semaines après l'avortement du deuxième trimestre). Les dispositifs intra-utérins (DIU) peuvent être mis en place immédiatement après un avortement chirurgical ou médical du premier trimestre (catégorie MEC 1 – pas de restrictions) ou après un avortement du deuxième trimestre (catégorie MEC 2 – les avantages l'emportent généralement sur les risques), mais ne doivent pas être mis en place immédiatement après un avortement septique (catégorie MEC 4 – l'insertion d'un DIU peut considérablement aggraver la maladie). Méthodes de sensibilisation à la fertilité : les méthodes basées sur les symptômes ne devraient être débutées après l'avortement qu'avec « prudence » (des conseils spéciaux peuvent être nécessaires pour garantir une utilisation correcte de la méthode dans ces circonstances) et l'utilisation de méthodes basées sur le calendrier devrait être retardée (jusqu'à ce que l'affection soit évaluée ; d'autres méthodes de contraception temporaires devraient être proposées).
42 (CS) Contraception et avortement chirurgical	Pour les personnes qui subissent un avortement chirurgical et qui souhaitent utiliser une contraception : **Recommander** la possibilité d'instaurer la contraception au moment de l'avortement chirurgical. **Remark:** • La qualité des preuves fournies par les essais contrôlés randomisés était très faible.
43 (CS) Contraception et avortement chirurgical	Pour les personnes subissant un avortement médicamenteux avec l'association mifépristone et misoprostol ou avec le misoprostol seul: **a.** Pour ceux qui choisissent d'utiliser une **contraception hormonale** (pilule, patch, anneau, implant ou injections) : **Proposer** de leur donner la possibilité de commencer une contraception hormonale immédiatement après la première pilule du schéma de traitement d'avortement médicamenteux. **b.** Pour ceux qui choisissent d'insérer un **DIU** : **Proposer** la pose d'un DIU au moment où le succès de la procédure d'avortement est confirmé. **Remarque (pour les recommandations 43a et b) :** • Cette recommandation s'applique à l'association mifépristone plus misoprostol et à l'utilisation du misoprostol seul. L'association létrozole plus misoprostol n'est pas mentionnée ici car les études incluses qui éclaireraient ces recommandations n'ont pas évalué ce schéma de traitement. **Remarques (pour la recommandation 43a uniquement):** • L'initiation immédiate de l'acétate de médroxyprogestérone dépôt intramusculaire (AMPR) est associée à une légère diminution de l'efficacité des schéma de traitements d'avortement médicamenteux. Cependant, le recours immédiat à l'AMPR devrait toujours être proposé comme méthode contraceptive disponible après un avortement. • Des preuves indirectes ont été utilisées comme base de décision sur la mise en place d'une contraception hormonale comme option pour les personnes subissant un avortement médicamenteux avec le misoprostol seul. • Aucune donnée n'était disponible sur l'utilisation d'une contraception hormonale combinée (pilule ou injection) par les personnes subissant un avortement médicamenteux. • Les personnes qui choisissent de mettre en route l'anneau contraceptif doivent recevoir pour instruction de vérifier l'expulsion de l'anneau en cas d'hémorragie importante pendant le processus d'avortement médicamenteux.
44 (SD) Dispositifs intra-utérins (DIU)	Pour les dispositifs intra-utérins (DIU) : **a. Recommander** l'insertion/le retrait par des infirmières auxiliaires, des infirmières, des sages-femmes, des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau supérieur, des médecins généralistes et des médecins spécialistes. **b. Proposer** l'insertion/le retrait par les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires (PMTC) et les infirmières auxiliaires (IA). • Condition (TCMPs) : dans des contextes où des mécanismes du système de santé sont établis pour la participation de ces professionnels à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive. • Condition (AN) : dans un contexte de recherche rigoureuse.

SECTION **Thème** Recommandation ou numéro et type de déclaration de bonnes pratiques	**Recommandation ou déclaration de bonnes pratiques**
45 (SD) Implants contraceptifs	Pour les implants contraceptifs : **a. Recommander** l'insertion/le retrait par des infirmières, des sages-femmes, des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau supérieur, des médecins généralistes et des médecins spécialistes. **b. Proposer** l'insertion/le retrait des agents de santé communautaires, des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des infirmières auxiliaires ou des infirmières auxiliaires. • Condition (agents de santé communautaires) : dans un contexte de recherche rigoureuse. • Condition (TCMPs) : dans les contextes où les mécanismes du système de santé sont établis pour la participation de ces professionnels à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive et où une formation au retrait des implants est dispensée parallèlement à une formation à l'insertion. • Condition (infirmières auxiliaires/infirmières sages-femmes auxiliaires) : dans le cadre du suivi-évaluation ciblé.
46 (SD) Contraceptifs injectables	Pour les contraceptifs injectables (initiation et poursuite du traitement) : **Recommander** l'administration par soi-même (voir la recommandation 51), les agents de santé communautaires, les employés de pharmacie, les pharmaciens, les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les infirmières auxiliaires/infirmières auxiliaires, le personnel infirmier, les sages-femmes, les cliniciens associés/cliniciens associés de niveau supérieur, les médecins généralistes et les médecins spécialistes.
47 (SD) Ligature des trompes	For tubal ligation: **a. Recommander** la ligature des trompes par des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau supérieur, des médecins généralistes et des médecins spécialistes. **b. Proposer** la ligature des trompes par les infirmières et les sages-femmes. • Condition : dans un contexte de recherche rigoureuse.
OPTIONS DE PRESTATION DE SERVICES ET APPROCHES D'AUTO-PRISE EN CHARGE	
Approches de télémédecine pour la prestation de soins d'avortement médicamenteux	
48 (SD) (NOUVEAU)	**Recommander** l'option de la télémédecine comme alternative aux interactions en personne avec l'agent de santé pour fournir des services d'avortement médicamenteux en tout ou en partie. **Observations:** • La recommandation ci-dessus s'applique à l'évaluation de l'éligibilité à l'avortement médicamenteux, aux conseils et/ou aux instructions relatifs au processus d'avortement, à la fourniture d'instructions et à la facilitation active de l'administration des médicaments, ainsi qu'aux soins de suivi après l'avortement, le tout par le biais de la télémédecine. • Les lignes d'assistance téléphonique, les applications numériques ou les modes de communication unidirectionnels (par exemple, les messages texte de rappel) qui fournissent simplement des informations n'ont pas été inclus dans l'examen des données factuelles pour cette recommandation.
Approches de prestation de services pour la fourniture d'informations, le conseil et l'avortement médicamenteux	
49 (SD) (NOUVEAU)	**Déclaration de bonnes pratiques sur la prestation de services** **1ere partie.** Il n'existe pas d'approche unique recommandée pour la prestation de services d'avortement. Le choix du ou des agents de santé (parmi les options recommandées) ou la gestion par l'individu lui-même, et le lieu de la prestation des services (parmi les options recommandées) dépendront des valeurs et des préférences de la femme, de la fille ou de toute autre personne enceinte, des ressources disponibles et du contexte national et local. Plusieurs approches de prestation de services peuvent coexister dans un contexte donné. **2e partie.** Étant donné que les approches de prestation de services peuvent être diverses, il est important de s'assurer que, pour la personne qui sollicite des soins, la gamme d'options de prestation de services prises ensemble fournira : • l'accès à des informations scientifiquement exactes et compréhensibles à toutes les étapes ; • l'accès à des médicaments de qualité (y compris ceux destinés au contrôle de la douleur) ; • un soutien sous forme d'orientation de secours si la personne le souhaite ou en a besoin ; • des liens avec un choix approprié de services de contraception pour ceux qui souhaitent une contraception après avortement.

SECTION **Thème** Recommandation ou numéro et type de déclaration de bonnes pratiques	**Recommandation ou déclaration de bonnes pratiques**
Autoprise en charge de l'avortement médicamenteux à moins de 12 semaines	
50 (AUTO-PRISE EN CHARGE)	Pour un avortement médicamenteux à moins de 12 semaines (en utilisant l'association de mifépristone plus misoprostol ou en utilisant le misoprostol seul): **Recommander** l'option de l'autoprise en charge du processus d'avortement médicamenteux dans son ensemble ou dans l'une des trois composantes du processus : • auto-évaluation de l'éligibilité (détermination de la durée de la grossesse ; exclusion des contre-indications) • auto-administration de médicaments en dehors d'un établissement de santé et sans la supervision directe d'un agent de santé formé, et gestion du processus d'avortement • auto-évaluation du succès de l'avortement. **Observations:** • Il existait davantage de preuves de l'autoprise en charge de l'avortement médicamenteux (avec l'un ou l'autre des schéma de traitements) pour les grossesses avant 10 semaines de grossesse. • Cette recommandation s'applique à l'association de mifépristone plus misoprostol et à l'utilisation de misoprostol seul. Les études incluses à l'origine de ces recommandations n'ont pas évalué le schéma de traitement létrozole plus misoprostol. • Toutes les personnes pratiquant l'autoprise en charge de l'avortement médicamenteux doivent également avoir accès à des informations précises, à des médicaments de qualité, y compris pour le contrôle de la douleur, au soutien d'agents de santé formés et à l'accès à un établissement de soins de santé ainsi qu'à des services d'orientation-recours si elles en ont besoin ou le souhaitent. • Il peut s'avérer nécessaire de modifier les restrictions imposées aux pouvoirs de prescription et de délivrance des médicaments destinés à l'avortement ou de mettre en place d'autres mécanismes d'autoprise en charge dans le cadre réglementaire du système de santé.
Approches d'autoprise en charge de la contraception après avortement (voir également Calendrier de la contraception après avortement, recommandations 41 à 47 ci-dessus)	
51 (AUTO-PRISE EN CHARGE) Contraceptifs injectables (début et poursuite)	**Recommander** l'option de l'auto-administration de contraceptifs injectables après l'avortement. **Remark:** • L'administration d'un contraceptif injectable implique l'utilisation d'une seringue et peut être intramusculaire ou sous-cutanée. Des dispositifs préremplis autobloquants compacts ont été mis au point pour faciliter le processus d'auto-administration.
52 (AUTO-PRISE EN CHARGE) Pilules contraceptives orales en vente libre	**Recommander** lque les pilules contraceptives orales -PCO) en vente libre soient disponibles sans ordonnance pour les personnes utilisant des PCO.
53 (SELF-MANAGEMENT) Over-the-counter emergency contraceptive pills	**Recommander** la mise à disposition sans ordonnance de pilules contraceptives d'urgence en vente libre aux personnes qui souhaitent utiliser une contraception d'urgence.
54 (AUTO-PRISE EN CHARGE) Utilisation d'un préservatif	L'utilisation régulière et correcte des préservatifs masculins et féminins est très efficace pour prévenir la transmission sexuelle du VIH ; réduire le risque de transmission du VIH des hommes aux femmes et des femmes aux hommes dans les couples sérodiscordants ; réduire le risque de contracter d'autres IST et les affections associées, y compris les verrues génitales et le cancer du col de l'utérus ; et prévenir les grossesses non désirées.

Organisation mondiale de la Santé

human reproduction programme hrp
research for impact
UNDP·UNFPA·UNICEF·WHO·WORLD BANK

Pour en savoir plus, contacter :

Département Santé et recherche génésiques

Organisation mondiale de la Santé
20, avenue Appia
1211, Genève
Suisse

Courriel : srhhrp@who.int
Site Web : www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research

9789240047532