

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Guide de bonnes pratiques
pour la prise en charge de
l'avortement provoqué
à partir de 20 semaines
de grossesse

SÉRIE **Les temps
de l'avortement**

Document n° 5



clacai

CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO

Les temps de l'avortement

Guide de bonnes pratiques pour la prise en charge de l'avortement provoqué à partir de 20 semaines de grossesse : Résumé d'orientation

Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro - CLACAI

© Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro CLACAI

Secretaría Ejecutiva hosted by PROMSEX

Av. José Pardo 601, oficina 604, Miraflores, Lima - Perú

511 4478668

susana@promdsr.org

www.clacai.org

Auteurs : Helena Paro, Mariana Romero, Ruth Zurbriggen, Damián Levy,
Sonia Ariza Navarrete, Natalia Acevedo Guerrero et Agustina Ramón Michel

Coordination : Agustina Ramón Michel et Helena Paro

Assistance : Martín Pont Vergés et Mariana Vázquez

Revue technique : Guillermo Ortiz, Laura Gil, Alfonso Carrera, Nadya Scherbovsky
et Renata Catani

Traduction : Bianca María Stifani

Remerciements : Analía Banfi, Beatriz Galli, Carmen Cecilia Martínez López,
Cristina Rosero, Dana Repka, Elizabeth Ruiz Hernández, Fausto Viteri, Graciela Lukin Mutov,
Jennie Dador Tozzini, Jorge Eduardo Caro, Josefina Miró Quesada Gayoso,
Julio César Camelo, Leonel Antonio Soto Restrepo, Linda Valencia, Malena Morales,
Mara Zaragoza, Nina Zamberlin, Ninde MolRe, Rebeca Ramos Duarte,
Ricardo Antonio Escalante, Silvina Ramos, Soledad Deza et Viviana Mazur.

1ère édition – Octobre 2025

Dépôt légal à la Biblioteca Nacional del Perú N° 2025-12171

Ce document est publié sous les termes et conditions de la licence Creative Commons -
Attribution - Non commercial - Pas d'usage commercial 4.0 International



Série : Les temps de l'avortement. Document n° 5. *Guide de bonnes pratiques pour la prise en charge de l'avortement provoqué à partir de 20 semaines de grossesse : Résumé d'orientation.*
Août 2025. CLACAI / Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro.

Index

Glossaire	4
Introduction	5
Comment a-t-il été conçu ?	5
Portée et objectifs	6
Partie 1 : Approche initiale auprès des personnes souhaitant avorter à partir de 20 semaines de grossesse	7
Partie 2 : Soins relatifs à l'expulsion des produits de la grossesse	13
Partie 3 : Soins après l'expulsion des produits de grossesse	16
Partie 4 : Traitement des complications post-avortement	17
Références	18
Annexes	
Tableau 1. Informations nécessaires pour le conseil et le choix de la technique d'avortement	22
Tableau 2. Médicaments et techniques utilisés pour l'IAF	23
Tableau 3. Avortement avec médicaments ou dilatation et évacuation (D&E) pour les périodes de la grossesse à partir de 20 semaines	24
Tableau 4. Traitement non-pharmacologique et pharmacologique de la douleur pendant l'avortement à partir de 20 semaines	25
Tableau 4.1. Médicaments utilisés pour la sédation modérée	26
Tableau 4.2. Médicaments utilisés pour la sédation profonde	26
Tableau 5. Traitement de l'hémorragie post-avortement par cause	27
Tableau 6. Traitement antimicrobien suggéré de l'infection post-avortement	28
Annexe I. Document contenant des lignes directrices d'adaptation pour le consentement éclairé aux avortements à partir de 20 semaines	29
Annexe II. Document écrit proposé pour accompagner le processus	33

Glossaire

Afin de faciliter la lecture et la compréhension du document, ce glossaire de termes est présenté.

Avortement provoqué : L'expulsion ou l'extraction complète d'un embryon ou d'un fœtus (quelle que soit la durée de la grossesse), suite à une interruption délibérée d'une grossesse en cours par des moyens médicamenteux ou chirurgicaux, qui n'est pas destinée à aboutir à une naissance vivante. Les avortements provoqués se distinguent des cas d'avortement spontané et de mort foetale in utero.

Avortement avec médicaments : Avortement par l'utilisation de médicaments.

Avortement instrumental ou par procédure : Avortement par l'utilisation de procédures transcervicales telles que l'aspiration intra-utérine (manuelle ou électrique) ou la dilatation et évacuation.

Aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) : Évacuation du contenu utérin à l'aide de canules en plastique reliées à un aspirateur sous vide en plastique (seringue de 60 ml).

Dilatation et évacuation (D&E) : Une procédure chirurgicale pour évacuer le contenu utérin après 12 à 14 semaines d'aménorrhée qui consiste à élargir le col de l'utérus puis à retirer le contenu utérin à l'aide d'instruments chirurgicaux (pince-forceps) et d'aspiration sous vide. Une préparation cervicale est souvent recommandée avant la D&E.

Guide de bonnes pratiques (GBP) : Un ensemble de lignes directrices pour aider les professionnels de la santé et les décisionnaires dans les questions liées au diagnostic, au traitement, au conseil ou à d'autres procédures appropriées pour une condition clinique donnée. Il est construit en collaboration et son but est de guider. Il peut être développé par des agences gouvernementales à n'importe quel niveau, des institutions et des organisations ou par un groupe de personnes expertes dans le domaine. Il reconnaît la complexité et la diversité locales des pratiques d'accès à l'avortement, et cherche à partager et à proposer des pistes d'action visant à atteindre les meilleurs standards de bien-être. Il reconnaît également qu'il existe des mauvaises pratiques, qui sont destinées à être éradiquées.

Induction de l'asystolie foetale (IAF) : Procédure qui provoque l'arrêt de l'activité cardiaque foetale, soit par des moyens chirurgicaux, tels que la transsection du cordon ombilical, soit par des médicaments, tels que l'injection de médicaments dans la cavité amniotique.

Produits de la grossesse : l'ensemble des tissus issus de la fécondation, y compris fœtus et placenta.

Temps gestationnel : Durée d'une grossesse, estimée à partir du début des dernières règles ou à partir de mesures échographiques.

Introduction

Ce **guide de bonnes pratiques** (GBP) souligne la nécessité de prévoir la prise en charge des avortements à partir de 20 semaines de grossesse, ainsi que les exigences d'exhaustivité et de qualité devant orienter les soins, tout en reconnaissant que ces situations génèrent souvent des tensions au sein des équipes et continuent d'importantes barrières d'accès pour les personnes concernées.

Les circonstances dans lesquelles les personnes susceptibles de tomber enceintes, qu'il s'agisse de filles, d'adolescentes, de femmes ou d'autres peuvent nécessiter d'un avortement après la vingtième semaine de grossesse sont multiples : violence sexuelle ou coercition ; temps nécessaire à la prise de décision ; obstacles à l'accès aux soins de santé ; manque d'information ; difficultés de déplacement ; manque d'autonomie ; problèmes de santé apparaissant ou s'aggravant avec la grossesse ; impossibilité de survie fœtale extra-utérine détectée avec l'avancement de la grossesse ; entre autres.

Même s'il ne sont pas fréquents, les avortements à partir de 20 semaines ont lieu et nécessitent un environnement favorable afin d'assurer leur prise en charge avec qualité, ainsi que les soins appropriés pour tous les acteurs impliqués dans le processus : la personne enceinte et les équipes ou professionnels de santé impliqués.

Comment a-t-il été conçu ?

Ce guide a été élaboré à partir d'échanges effectués lors d'une réunion régionale à Bogotá en avril 2024. Cette réunion a réuni 32 spécialistes de différentes disciplines provenant d'Argentine, de Bolivie, du Brésil, de Colombie, d'Équateur, du Salvador, du Honduras, du Mexique et du Pérou.

En outre, cette réunion régionale a été enrichie par trois réunions nationales tenues en Argentine, en Colombie et au Mexique, auxquelles ont participé des groupes de composition similaire. Pour les organiser, un ordre du jour, une méthodologie et une coordination de travail ont été établis afin de renforcer la réunion régionale. Ces rencontres ont été suivies de réunions virtuelles et de webinaires qui ont permis d'élargir les discussions et qui se reflètent aussi dans ce guide.

Portée et objectifs

L'objectif principal de ce guide est d'apporter un soutien aux **équipes et aux professionnels de santé pratiquant des avortements à partir de 20 semaines**, et de leur fournir des outils afin qu'ils puissent mieux répondre aux attentes et **aux besoins des personnes concernées ainsi que de celles et ceux qui les accompagnent**.

En termes d'objectifs spécifiques, ce guide a pour but:

- de systématiser et partager des pratiques de soins de qualité dans la prise en charge de l'avortement à partir de 20 semaines, dans différents pays de la région, afin de lutter contre les pratiques stigmatisantes, inadaptées sur le plan technique, ou abusives;
- de produire un outil de référence qui contribue à l'élaboration de politiques globales de soins dans la réalisation de ces interventions, fondées sur des données probantes, sûres et respectueuses des décisions des personnes concernées;
- d'offrir un instrument technique destiné à renforcer, sécuriser et élargir les moyens permettant de garantir l'accès à l'avortement à partir de 20 semaines.

Partie 1: Approche initiale auprès des personnes souhaitant avorter à partir de 20 semaines de grossesse

1.1 Entretien de conseil

1.1.1: Qu'est-ce que c'est ? Que proposer dans cet espace ?

- un moment clé dans le processus d'avortement, au cours duquel sont abordés les décisions, les besoins, les désirs, les possibilités et les ambivalences, entre autres. La personne ayant choisi d'interrompre la grossesse est la protagoniste principale de ce processus.
- Le personnel de santé a pour responsabilité de fournir des informations, d'assurer la sécurité et le calme, et d'écouter avec empathie et attention, sans remettre en question la décision de la personne qui consulte.
- Il est essentiel de trouver un équilibre entre la quantité d'informations transmises et ce que la personne souhaite, veut ou a besoin de savoir.

1.1.2: Comment créer un environnement de confiance et de sécurité ?

- Il est important que la personne comprenne que ses raisons de continuer ou d'interrompre la grossesse sont personnelles et pleinement légitimes.
- Les différentes étapes du processus peuvent être expliquées afin que la personne sache à quoi s'attendre à chaque moment.
- Un langage clair et précis, exempt de tout ton stigmatisant ou jugement, contribue à instaurer un climat de sécurité et de confiance.

1.1.3: Qui peut faire partie du cadre de conseil ?

- Le personnel de santé, quelle que soit sa formation professionnelle, peut participer s'il dispose de capacités d'écoute, d'outils de communication adaptés et s'il est capable de respecter les temps de silence.
- Il est fréquent que le conseil ne soit pas assuré par une seule personne, car plusieurs rencontres peuvent être nécessaires avec la personne qui demande l'avortement.

1.1.4: Parle-t-on de douleur ?

- Pendant l'entretien de conseil, la douleur doit être discutée comme une expérience unique de chaque personne. Le droit de ne pas sentir de douleur doit également être discuté ainsi que les mesures disponibles pour la soulager.
- Les options comprendront à la fois des médicaments et d'autres stratégies.

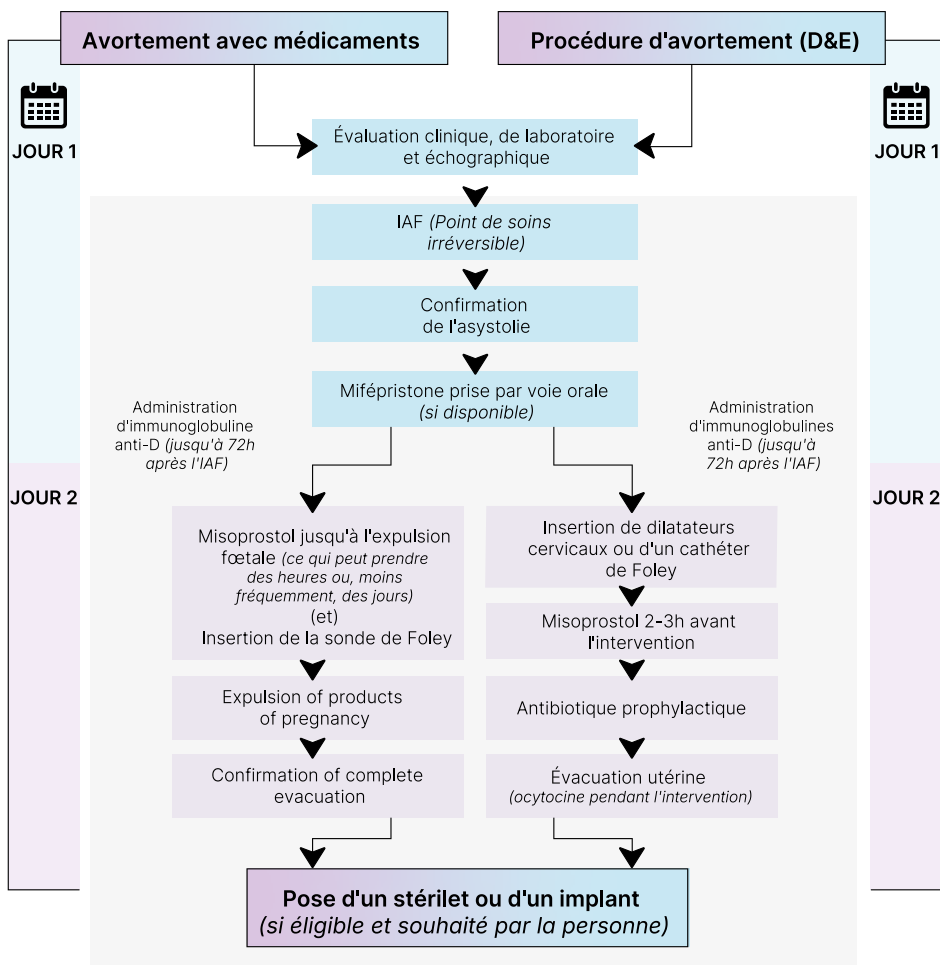
1.1.5: Qui accompagne ?

- La personne qui avorte décide si elle souhaite être accompagnée par un proche tout au long du processus.
- L'équipe accueille la personne accompagnante comme un acteur du processus. Elle fournit des orientations, répond aux questions et permet d'exprimer les doutes éventuels.

1.1.6: Quelles techniques proposer ?

- Lors de la consultation, il est important de souligner que l'induction de l'asystolie fœtale est une étape nécessaire, indiquée à partir de la vingtième semaine pour éviter la survie fœtale. Cela implique une injection abdominale guidée par échographie et constitue une étape de soins irréversible.
- Jusqu'à la 24e semaine, deux options thérapeutiques sont proposées : l'avortement avec médicaments ou la dilatation et évacuation (D&E). Les avantages et les inconvénients de chaque option seront discutés avec la personne lors de la consultation (voir le Tableau 1 en Annexe).
- À partir de la 25ème semaine, l'avortement avec médicaments est proposé.

Graphique 1



1.1.7: Parle-t-on de contraception ?

- La consultation constitue l'occasion, dans une approche globale, d'aborder la préférence et le choix éventuel d'une méthode contraceptive.
- L'équipe fournira des informations adaptées, en tenant compte des critères médicaux d'éligibilité et de la disponibilité des différentes options, tout en respectant les préférences, le vécu et le parcours de la personne.
- Il est important de prendre en considération les craintes et les ambivalences, et de veiller à ne pas stigmatiser ni dévaloriser le report ou le refus d'adopter une méthode contraceptive.

1.2 Consentement éclairé

- Le consentement éclairé est un processus visant à protéger différents droits fondamentaux. Il repose sur le respect des principes bioéthiques.
- Il constitue un droit des personnes lorsqu'elles reçoivent des soins de santé et une obligation du personnel de santé de veiller à ce que les décisions soient prises de manière autonome.
- L'objectif est de permettre aux personnes de prendre des décisions informées tout au long des soins, y compris le droit de refuser une pratique, quelle que soit son utilité ou sa recommandation.
- Il s'agit d'un processus qui dépasse la simple signature d'un document ou l'autorisation verbale : il implique des échanges et une co-construction de l'accord, où la volonté de la personne qui demande l'acte prévaut.
- Le consentement est personnel : seules les personnes concernées par la pratique peuvent l'accorder.
- Le respect de la confidentialité et de la vie privée est essentiel pour garantir un consentement véritablement éclairé.

1.2.1: Caractéristiques et règles générales du consentement éclairé

- Le consentement éclairé doit respecter plusieurs conditions : il doit être préexistant (aucune procédure ne peut être réalisée sans consentement préalable), libre, complet et véritablement éclairé.
- Les informations transmises doivent être exactes, actualisées et compréhensibles par la personne concernée.
- Le consentement doit inclure des renseignements sur la procédure, ses effets, ses risques, ses avantages, les alternatives possibles ainsi que les droits de la personne.

1.2.2.1 Considérations relatives au processus	1.2.2.2 Considérations relatives à la documentation
• Les informations spécifiques pour l'avortement à partir de 20 semaines doivent inclure les risques et les avantages liés à la technique employée à chaque étape du processus ; les détails de la procédure, la durée prévue et le déroulement de chaque étape ; les symptômes normaux ou attendus à chaque étape ainsi que les signes avant-coureurs ; et ce à quoi la personne peut s'attendre après le traitement. • Il est essentiel de maintenir une communication claire et continue entre les professionnels, en tenant compte que les avortements après 20 semaines impliquent généralement plusieurs temps de prise en charge et d'intervention par différents professionnels ou au sein de plusieurs centres de santé. • Les évolutions dans la perception de la personne ou l'ambivalence éventuelle doivent être reconnues comme faisant partie intégrante du processus de consentement.	• Il est recommandé de limiter la signature à un seul document. Lorsque plusieurs documents sont nécessaires, par exemple parce que différentes équipes ou établissements de santé sont impliqués, il est préférable de ne pas dépasser deux documents. • Bien que l'échange entre l'équipe médicale et la personne concernée doive se poursuivre tout au long de la prise en charge, il doit être particulièrement encouragé au moment de la signature du document. • En complément de la copie du document signé, des annexes explicatives peuvent être fournies dans des formats accessibles, portant sur la procédure, les consignes d'alerte et les coordonnées, entre autres informations utiles. • Le document doit être synthétique, clair et précis, et comporter au minimum : • les détails de la pratique consentie, ainsi que la technique et la modalité choisies ; • la confirmation que la personne a reçu et compris les informations transmises ; • des indications sur la possibilité de révoquer le consentement et le délai applicable en fonction de la technique choisie ; • la signature de la personne consentante ; • la signature du personnel de santé ayant accompagné le processus de décision.

Des exemples de documents proposant des lignes directrices sur les mesures d'adaptation du consentement éclairé sont présentés en annexe de ce guide.***

1.2.3: Considérations relatives au consentement éclairé chez l'enfant et l'adolescent

- La substitution de la volonté d'une personne mineure ne doit pas être autorisée ni encouragée. Il convient d'éviter que les décisions soient prises par d'autres sans prendre en compte l'opinion de la personne mineure. La décision de poursuivre ou d'interrompre une grossesse relève d'un droit strictement personnel.
- Il est recommandé de créer un climat de confiance, garantissant un espace sûr pour exprimer besoins, doutes, peurs et décisions.
- Les professionnels de santé doivent adapter le processus de consentement à l'âge et aux capacités de compréhension, en recourant si nécessaire à des ajustements linguistiques, à des supports visuels ou à des outils pédagogiques pour assurer une compréhension adéquate de la procédure.
- Lorsque la législation impose l'intervention de représentants légaux, il est essentiel de garantir la participation active de la personne mineure et son droit à exprimer sa volonté.
- Les informations communiquées doivent demeurer confidentielles, sauf en cas de risque imminent ou de violences sexuelles imposant une obligation légale de signalement.
- Il est recommandé de veiller à ce que la personne mineure puisse bénéficier d'un réseau de soutien pendant et après le processus. La présence d'une personne de confiance est idéale mais ne doit pas être obligatoire si la réglementation locale ne l'exige pas.

1.2.4: Modèle de prise de décision accompagnée pour l'accès à l'avortement chez les personnes en situation de handicap

- Les personnes en situation de handicap ont la capacité de prendre des décisions concernant leurs droits reproductifs, dans le respect de leur droit à bénéficier des soutiens et des aménagements nécessaires pour exprimer leur volonté conformément à leurs souhaits et à leurs préférences.
- Les services de santé doivent mettre en place des aménagements raisonnables dans leurs infrastructures et leurs pratiques afin de garantir leur accessibilité aux personnes en situation de handicap.
- Il est essentiel de s'adresser directement à la personne pour savoir si elle a besoin d'aide afin de prendre une décision ou pour exprimer/communiquer sa volonté. Cela peut nécessiter des adaptations dans la prise en charge, mais le contact direct avec la personne reste essentiel.
- La personne en situation de handicap a le droit de choisir librement, au sein de son cercle de confiance, qui l'accompagnera dans sa décision ou sa communication.
- La volonté de la personne peut s'exprimer de manières diverses : à l'écrit, par des images, en langue des signes, par des sons, des gestes ou des expressions corporelles.
- Le personnel de santé doit toujours se fonder sur la volonté exprimée par la personne concernée, et non sur celle de ses proches ou sur ce qui serait perçu comme étant «dans son intérêt».
- La confidentialité et l'intimité doivent être systématiquement garanties lors des consultations. Il ne faut pas présumer que la personne souhaite être accompagnée par un membre de sa famille ou un aidant.

- Lorsque, malgré l'ensemble des ajustements et soutiens mis en œuvre, il n'est pas possible de déterminer clairement les souhaits et préférences de la personne en situation de handicap, il est conseillé de se fonder sur la «meilleure interprétation possible de sa volonté». Dans ce cas, une équipe interdisciplinaire, en lien avec des personnes de son entourage de confiance, doit se baser sur son parcours de vie, ses décisions et positions exprimées précédemment dans d'autres contextes, ainsi que sur toute autre information pertinente pour guider la décision.

1.3 Évaluation clinique

- L'évaluation clinique complète permet d'identifier les facteurs de risque pour l'avortement à partir de 20 semaines. Elle inclut, outre l'anamnèse détaillée, l'investigation de l'obstétrique, de la gynécologie, de la sexualité, des aspects sociaux, des antécédents chirurgicaux, de l'usage médicamenteux et des allergies.

1.4 Évaluation complémentaire et en laboratoire

- À partir de la vingtième semaine, l'échographie est indiquée pour réaliser les mesures fœtales, localiser le placenta, et détecter les malformations fœtales.
- Il est important d'expliquer les objectifs de l'échographie et à quoi s'attendre, tout en respectant le choix de la personne d'être informée ou non du diagnostic ou des résultats.
- Les tests d'hémoglobine et d'hématocrite sont systématiquement indiqués à partir de la vingtième semaine. Le facteur Rh est proposé aux personnes dont le statut Rh est inconnu.
- Le coagulogramme et la créatinine sérique sont indiqués en présence de facteurs de risque hémorragique (deux césariennes antérieures ou plus, césarienne antérieure avec placenta antérieur, suspicion ou diagnostic de placenta accreta), et selon le temps gestationnel.
- Le dépistage des infections transmissibles sexuellement (VIH, syphilis, hépatites B et C, gonorrhée et chlamydia) est proposé.

Partie 2: Soins relatifs à l'expulsion des produits de la grossesse

2.1 Induction de l'asystolie fœtale

2.1.1: Dans quelles situations l'induction de l'asystolie fœtale est-elle nécessaire ?

- L'induction de l'asystolie fœtale (IAF) est indiquée à partir de la vingtième semaine avant la dilatation et évacuation ou l'avortement avec médicaments. Elle peut toutefois être réalisée avant ce terme dans certaines situations particulières.
- L'absence de moyens pour induire l'asystolie fœtale ne doit pas constituer un obstacle à l'accès à l'intervention lorsque le temps gestationnel ou l'état du fœtus ne permettent pas la survie à la naissance.

2.1.2: Médicaments et techniques (voir Tableau 2 en Annexes)

- L'IAF avec des médicaments peut être réalisée par injection intracardiaque de chlorure de potassium (4-6 mEq) ou de lidocaïne (200-240 mg), ou par injection intra-amniotique ou intrafœtale de digoxine (1-2 mg).
- La confirmation de l'asystolie est effectuée par échographie : quelques minutes après l'injection lorsqu'il s'agit de chlorure de potassium ou de lidocaïne, et entre 24 et 48 heures après l'injection lorsqu'il s'agit de digoxine (avis d'expert).

2.2 Induction de l'avortement avec médicaments

- Grossesses jusqu'à 24 semaines : 200 mg de mifépristone par voie orale sont recommandés, suivis, après 24 à 48 heures, de 400 µg de misoprostol par voie vaginale, sublinguale ou buccale toutes les 3 heures, jusqu'à l'expulsion des tissus gestationnels. En l'absence de mifépristone, administrer 400 µg de misoprostol par les mêmes voies toutes les 3 heures jusqu'à l'expulsion.
- Grossesses entre 25 et 27 semaines : 200 mg de mifépristone par voie orale, suivis après 24 à 48 heures de 200 µg de misoprostol toutes les 4 heures, par voie vaginale, sublinguale ou orale. En l'absence de mifépristone, administrer 200 µg de misoprostol toutes les 4 heures par les mêmes voies.
- Grossesses à partir de 28 semaines : 200 mg de mifépristone par voie orale, suivis après 24 à 48 heures de 25 à 50 µg de misoprostol toutes les 4 heures par voie vaginale. En l'absence de mifépristone, administrer 25 à 50 µg de misoprostol par voie vaginale toutes les 4 heures.
- La mifépristone peut être administrée en même temps que l'IAF. Il faudra en suite attendre 24 à 48 heures avant de commencer l'induction par misoprostol. Dans les protocoles utilisant uniquement le misoprostol, l'insertion d'une sonde de Foley transcervicale peut être réalisée et la première dose administrée après confirmation du succès de l'IAF, afin de réduire le délai d'induction de l'avortement (avis d'expert).

- Grossesses entre 24 et 27 semaines avec antécédents de plusieurs césariennes : il est recommandé de réduire la dose de misoprostol et d'assurer une surveillance rapprochée. L'insertion d'une sonde de Foley transcervicale peut être envisagée en complément.
- Grossesses à partir de 28 semaines avec plusieurs antécédents de césarienne : la sonde de Foley transcervicale peut être utilisée en conjoint avec de fortes doses d'ocytocine.
- Après l'expulsion fœtale, administrer 10 UI d'ocytocine par voie intramusculaire.
- En l'absence de signe d'infection ou d'hémorragie, l'expulsion placentaire peut être attendue jusqu'à 4 heures.
- L'évacuation chirurgicale et l'échographie ne doivent pas être pratiquées de manière systématique après un avortement avec médicaments.

2.3 Dilatation et évacuation

2.3.1: Préparation cervicale pour la D&E

- La préparation cervicale pour la D&E se fait à l'aide d'une combinaison de dilateurs cervicaux et de médicaments (mifépristone + misoprostol ou misoprostol seul).
- Les dilateurs cervicaux sont généralement placés la veille de l'intervention, sous bloc paracervical.
- La mifépristone, lorsqu'elle est disponible, est administrée par voie orale 24 à 48 heures avant l'intervention.
- Le misoprostol est administré par voie sublinguale ou vaginale 1 à 3 heures avant l'intervention.

2.3.2: Évacuation utérine

- Pour la prévention de l'hémorragie post-avortement, la lidocaïne avec vasopressine est utilisée dans le bloc paracervical et l'administration de 30 UI d'ocytocine dans 500 ml de solution saline (par voie intraveineuse) pendant la D&E.
- L'échographie doit être utilisée pendant la D&E pour guider la procédure.
- Une antibioprophylaxie à dose unique avant ou pendant la D&E est également indiquée.

Pour un résumé des informations sur l'avortement avec médicaments et la D&E, voir le Tableau 3 ***

2.4 Traitement de la douleur

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), tels que l'ibuprofène, sont couramment utilisés pour soulager la douleur lors d'un avortement avec médicaments. D'autres méthodes incluent les opioïdes, les antiémétiques et l'anesthésie péridurale.

- Un traitement progressif, débutant par l'ibuprofène (400-800 mg), suivi d'AINS intraveineux (kétorolac, ténoxycam) puis d'opioïdes (tramadol, morphine), associé à des mesures non pharmacologiques, est efficace pour le soulagement de la douleur (avis d'expert).
- Les opioïdes et leurs dérivés constituent une alternative en l'absence d'anesthésie péridurale.
- Pour l'avortement par procédure (D&E), les AINS (ibuprofène), un bloc paracervical et une sédation consciente font partie des options de soulagement de la douleur.
- Une sédation profonde avec propofol ou une anesthésie générale peut également être utilisée pour le soulagement de la douleur pendant la D&E.

Pour un résumé de la prise en charge non pharmacologique et pharmacologique de la douleur, voir les Tableaux 4, 4.1 et 4.2 ***

2.5 Vérification de l'évacuation complète du contenu utérin

2.5.1: Avortement avec médicaments

- Pendant le processus d'expulsion fœtale, un accompagnement et une supervision par l'équipe de santé, ainsi qu'une prise en charge attentive du fœtus après l'expulsion, sont recommandés.
- L'évacuation complète après un avortement avec médicaments est confirmée par l'inspection visuelle des tissus expulsés et la surveillance des signes et symptômes de la personne (stabilité des signes vitaux, diminution des saignements vaginaux et des douleurs abdominales).
- L'intervention chirurgicale et l'échographie de contrôle ne sont pas systématiquement nécessaires après un avortement avec médicaments.
- L'aspiration utérine n'est indiquée qu'en présence de signes cliniques d'avortement incomplet.

2.5.2: Dilatation et évacuation

- L'inspection visuelle des produits de grossesse et les signes d'évacuation complète lors de l'aspiration finale de la procédure D&E sont utilisés pour confirmer l'évacuation complète de l'utérus.
- L'échographie pendant la D&E peut être utilisée pour confirmer l'évacuation complète de l'utérus.
- Le curetage utérin ne doit pas être utilisé pour vérifier le succès de l'avortement.

2.6 Prophylaxie anti-D

- L'immunoglobuline anti-D est proposée à toute personne enceinte à partir de 20 semaines qui soit Rhésus négatif, dans les 72 heures suivant l'avortement, à la dose de 300 µg d'immunoglobuline anti-D administrée par voie intramusculaire.

Partie 3: Soins après l'expulsion des produits de grossesse

3.1 Inhibition de la lactation

- L'inhibition de la lactation avec 1 mg de cabergoline par voie orale en dose unique est indiquée après un avortement provoqué à partir de 20 semaines.
- En cas d'indisponibilité de la cabergoline, des méthodes mécaniques d'inhibition de la lactation peuvent être proposées.

3.2 Conseil en matière de contraception

3.2.1: Quelles méthodes contraceptives devraient être proposées ?

- Si la personne souhaite utiliser une méthode contraceptive, l'équipe doit proposer toutes les méthodes disponibles et fournir des conseils sur leurs utilisations, leurs risques, leurs avantages et leurs taux d'échec.

3.2.2: Quand commencer les méthodes ?

- Pour les méthodes hormonales (orales, injectables, annulaires, patchs ou implants), la contraception peut être commencée le même jour que la procédure de D&E.
- Les méthodes hormonales peuvent être commencées le même jour que la première dose de mifépristone ou de misoprostol dans le traitement médicamenteux, à l'exception de l'anneau, pour lequel il est recommandé d'attendre l'expulsion des produits de grossesse (avis d'expert).
- Pour le dispositif intra-utérin (DIU), l'insertion peut être effectuée immédiatement après la procédure D&E ou dès confirmation du succès du traitement avec médicaments, sauf en cas de saignement important ou d'infection.

3.3 Avant la sortie hospitalière

- La personne qui a avorté peut quitter l'hôpital après la période d'observation (2 à 12 heures), si son état clinique est stable (capacité à marcher, tension artérielle et pouls stable, saignements vaginaux et douleurs contrôlés).
- Les consignes de sortie doivent être données à la fois verbalement et par écrit.
- Une aggravation des crampes ou des douleurs abdominales, des saignements vaginaux abondants (plus de deux protections hygiéniques nocturnes complètement trempées par heure pendant 2 heures consécutives) ou l'apparition d'une fièvre constituent des signes d'alerte nécessitant un retour immédiat dans un service de santé.

- Avant la sortie, des informations sont également fournies sur l'évolution attendue dans les semaines suivantes : des saignements vaginaux peuvent persister jusqu'à deux semaines, et les rapports sexuels peuvent être repris dès l'arrêt des saignements abondants ou lorsque la personne se sent prête.

3.4 Suivi

- Une consultation de suivi (en présentiel ou par téléconsultation) peut être proposée entre 7 et 14 jours après l'intervention afin d'aborder la contraception, d'apporter un soutien psychologique et de répondre aux éventuelles questions de la personne durant cette période.

Partie 4: Traitement des complications post-avortement

4.1 Hémorragie post-avortement

- L'utilisation prophylactique de l'ocytocine après l'expulsion fœtale lors d'un avortement avec médicaments (10 UI par voie intramusculaire) ou pendant la D&E (30 UI dans une solution saline de 500 ml) et le bloc paracervical avec de la vasopressine ou de l'adrénaline pendant la D&E peuvent prévenir les saignements post-avortement.
- En cas de suspicion d'hémorragie post-avortement, un examen bimanuel pour détecter l'atonie utérine, l'inspection du col de l'utérus pour détecter une lacération, la répétition de l'aspiration ou l'échographie pour détecter la rétention de tissu gestationnel ou d'hématomètre sont indiqués.
- Le traitement de l'hémorragie post-avortement dépend de la cause du saignement (atonie utérine, rétention tissulaire, lacération cervicale ou vaginale, perforation ou rupture utérine, ou coagulopathies) ([Tableau 5](#)).
- L'administration intraveineuse de 1 g d'acide tranexamique est indiquée dans tous les cas d'hémorragie post-avortement, quelle que soit la cause de l'hémorragie ([Tableau 5](#)).
- Les personnes diagnostiquées avec une hémorragie post-avortement nécessitent la mise en place d'une intraveineuse, d'oxygène supplémentaire, d'une réanimation liquidienne et du remplacement des produits sanguins.

4.2 Perforation ou rupture utérine

- La plupart du temps, la perforation utérine survenant lors de la dilatation cervicale peut être gérée de manière conservatrice.

- En cas de perforation due à l'utilisation d'une pince coupante pendant la D&E, la laparoscopie est indiquée pour rechercher et réparer d'éventuelles lésions à d'autres organes.
- Des mesures telles que la réalisation d'un examen bimanuel avant de commencer la procédure, l'évitement du fond utérin et l'utilisation de l'échographie pendant la procédure peuvent réduire le risque de perforation utérine pendant la D&E.
- La rupture utérine lors d'un avortement avec médicaments nécessite une intervention chirurgicale à la fois pour le diagnostic et le traitement.

4.3 Infection post-avortement

- Si une infection post-avortement est suspectée, une évaluation pour vérifier la rétention des produits gestationnels est nécessaire.
- La (ré)évacuation utérine par aspiration est indiquée avant le diagnostic des restes placentaires et avant la fin du traitement antimicrobien chez les patientes instables.
- La plupart des endométrites typiques sont traitées en ambulatoire avec la ceftriaxone et la doxycycline avec ou sans métronidazole ([Tableau 6](#)).

Références

Allen, R. H. et Singh, R. (2018). Society of Family Planning clinical guidelines pain control in surgical abortion. Part 1: local anesthesia and minimal sedation. *Contraception: an international reproductive health journal*, 97(6), pp. 471-477. [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(18\)30036-2/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(18)30036-2/fulltext)

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2013). Practice Bulletin N° 135: Second-trimester abortion. *Obstetrics and gynecology*, 121(6), pp. 1394-1406. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000431056.79334.cc>

Chandrasekaran, S., Paul, M., Ruggiero, S., Monschauer, E., Blanchard, K. et Robinson, Y. (2021). Foley catheter and misoprostol for cervical preparation for second-trimester surgical abortion. *Contraception: an international reproductive health journal*, 104(4), pp. 437-441. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.06.015>

Costescu, D., et Guilbert, É. (2018). SOGC Clinical Practice Guideline N° 360. Induced Abortion: Surgical Abortion and Second Trimester Medical Methods. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada*, 40(6), pp. 750-783. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.12.010>

Dickinson, J. E. et Doherty, D. A. (2009). Optimisation de la prise en charge de la troisième étape après l'interruption médicale de grossesse au deuxième trimestre. *Journal américain d'obstétrique et de gynécologie*, 201(3), p. 303. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.05.044>

Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) (2021). *Déclaration de la FIGO : Améliorer l'accès à l'avortement après 12 semaines de grossesse*. https://www.figo.org/sites/default/files/2021-09/FIGO_Statement_Abortion_Beyond_12Weeks_FR.pdf

FIGO (2023). *Tableaux de dosage FIGO de mifépristone et misoprostol et misoprostol uniquement 2023*. <https://www.figo.org/fr/tableaux-de-dosage-figo-mifepristone-misoprostol-et-misoprostol-uniquement-2023>

Foster, D. G. et Kimport, K. (2013). Who Seeks Abortions at or After 20 Weeks? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(4), pp. 210-218.

Guerrero, A., Acevedo Guerrero, N., et López Turconi, P. (2024). El secreto médico profesional y la salud reproductiva desde una perspectiva bioética y legal. En P. Lugo, A. B. Salinas Cerrillo, A. Guerrero, N. Acevedo-Guerrero, P. López Turconi, M. E. Batres Morales, S. M. Tecún León, G. L. Reyes Vásquez, N. Mejía, L. Velásquez, P. Capdevielle et J. A. Mejía Rivera (Eds.), *Una mirada regional a los Derechos Sexuales y Reproductivos* (pp. 61-100). Optio. https://optio.org/wp-content/uploads/2025/01/E-Book_Una-mirada-regional-a-los-derechos-sexuales-y-reproductivos-2.pdf

Guilbaud, L., Maurice, P., Dhombres, F., Maisonneuve, É., Rigouzzo, A., Darras, A. M., & Jouannic, J. M. (2020). Geste d'arrêt de vie fœtale : techniques pour les interruptions médicales de grossesse des deuxième et troisième trimestres. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 48(9), pp. 687-692. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468718920300738?via%3Dihub>

Goyal, V. (2009). Uterine Rupture in Second-Trimester Misoprostol-Induced Abortion After Cesarean Delivery: A Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology*, 113(5), pp. 1117-1123. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31819dbfe2>

Harris, L. H. et Grossman, D. (2020). Complications of Unsafe and Self-Managed Abortion. *The New England journal of medicine*, 382(11), pp. 1029-1040. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1908412>

Henkel, A., Johnson, S. A., Reeves, M. F., Cahill, E. P., Blumenthal, P. D. et Shaw, K. A. (2023). Cabergoline for Lactation Inhibition After Second-Trimester Abortion or Pregnancy Loss: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and gynecology*, 141(6), pp. 1115-1123. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005190>

Ipas (2023). *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive*. <https://www.ipas.org/resource/actualites-cliniques-dans-le-domaine-de-la-sante-reproductive/>

Jackson, E. et Kapp, N. (2011). Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception: an international reproductive health journal*, 83(2), pp. 116-126. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.07.014>

Jackson, E. et Kapp, N. (2020). Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: a systematic review. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(11), pp. 1348-1357. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32162427/>

Kerns, J. L., Brown, K., Nippita, S. et Steinauer, J. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Management of hemorrhage at the time of abortion. *Contraception: an international reproductive health journal*, 129. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110292>

Lohr, P. A., Hayes, J. L. et Gemzell-Danielsson, K. (2008). Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006714.pub2/epdf/full>

López Caballero, A. (2020). y Sociales (CELS). <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2020/10/Confidencialidad-en-la-atencion-medica-aborto-y-derechos-humanos.pdf>

National Abortion Federation (NAF) (2024). *Clinical Policy Guidelines for Abortion Care 2024*. <https://prochoice.org/wp-content/uploads/2024-CPGs-FINAL-1.pdf>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) et RCOG (2019). *Abortion care*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140>

OMS (2022). *Family planning: a global handbook for providers* (4th ed.). <https://www.who.int/publications/m/item/family-planning--a-global-handbook-for-providers--4th-ed>

OMS (2023). *Manuel de pratique clinique pour des soins de qualité liés à l'avortement [Clinical practice handbook for quality abortion care]*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2025. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240075207>

OMS (2020). *WHO recommendation on routes of oxytocin administration for the prevention of postpartum haemorrhage after vaginal birth*. <http://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336308/9789240013926-eng.pdf?sequence=1>

Reeves, M. F., Goldfarb, C. N., Rubin, S. L., Kuperstock, J. L., DiBianco, L. et Picciotto, A. (2022). Transabdominal lidocaine to induce fetal demise: a cohort study. *BMJ Sex Reprod Health*, 48(4):275-280. <http://doi.org/10.1136/bmjsex-2021-201350>.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2022). *Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales*. <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/other-guidelines-and-reports/termination-of-pregnancy-for-fetal-abnormality-in-england-scotland-and-wales/>

Schuck, P. H. (1994). Rethinking Informed Consent. *The Yale Law Journal*, 103(4), pp. 899-959. <https://www.jstor.org/stable/797066>

Sium, A. F., Prager, S., Wolderufael, M., Abubeker, F. A., Tufa, T. H. et Grentzer, J. M. (2022). Foley catheter for cervical preparation prior to second trimester dilation and evacuation: A supply-based alternative for surgical abortion: A case series. *Contraception: X*, 4. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2022.100085>

Tufa, T. H., Prager, S., Lavelanet, A. F. et Kim, C. Drugs used to induce fetal demise prior to abortion: a systematic review. *Contraception: X*, 2. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100046>

Tufa, T. H., Lavelanet, A. F., Belay, L., Seboka, B. et Bell, J. (2020). Feasibility of intra-amniotic digoxin administration by obstetrics and gynecology trainees to induce fetal demise prior to medical abortion beyond 20 weeks. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 46(4). <https://doi.org/10.1136/bmj.srh-2019-200396>

United Nations (UN) (1989). *Convention on the Rights of the Child*. <https://www.refworld.org/legal/agreements/unga/1989/en/18815>

UN (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities : resolution / adopted by the General Assembly*. <https://www.refworld.org/legal/resolution/unga/2007/en/49751>

UN's Convention on the Rights of the Child (CRC) (2003). *General comment No. 4 (2003): Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child*. <https://www.refworld.org/legal/general/crc/2003/en/18641>

Whitehouse, K., Tschann, M., Soon, R., Davis, J., Micks, E., Salcedo, J., Savala, M., & Kaneshiro, B. (2019). *Effects of Prophylactic Oxytocin on Bleeding Outcomes in Women Undergoing Dilation and Evacuation: A Randomized Controlled Trial*. *Obstetrics & Gynecology*, 133(3), pp. 484-491. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003104>

Zwerling, B., Edelman, A., Jackson, A., Burke, A. et Prabhu, M. (2023). *Society of Family Planning Clinical Recommendation: Medication abortion between 14 0/7 and 27 6/7 weeks of gestation*. *Contraception: an international reproductive health journal*, 129. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110143>

Annexes

Tableau 1.

Informations nécessaires pour le conseil et le choix de la technique d'avortement provoqué

	Avortement avec médicaments	Procédure d'avortement (D&E)
	Préférable si la personne le souhaite • Éviter la chirurgie • Avoir un contact avec le fœtus après l'expulsion	• Une procédure plus rapide (10-30 minutes) • Moins de saignements vaginaux, moins de douleurs, d'étourdissements et de vomissements
	Avantages • Il est possible de performer à partir de 24 semaines	• Procédure rapide • Un stérilet peut être inséré au moment de l'intervention
	Inconvénients • Délais imprévisibles (pouvant durer de quelques heures à plusieurs jours) • Faible risque de rupture utérine chez les personnes présentant des cicatrices utérines antérieures (< 3 %)	• Nécessite une préparation cervicale un jour (au moins) avant l'intervention • Faible risque de laceration cervicale ou de perforation utérine (<1 %) • Impossible d'effectuer après la semaine 24 (environ) • Nécessite un spécialiste formé

Tableau 2.

Médicaments et techniques utilisés pour l'IAF

Médicament	Efficacité	Sécurité	Dose	Voie d'administration	Confirmation de l'asystolie (échographie)
Chlorure de potassium (KCl) (injection intracardiaque)	100%	Les événements cardiaques de la personne enceinte sont rares	4 à 6 mEq	Intracardiaque. Une injection précise nécessite un spécialiste formé	Immédiatement après l'injection
Digoxine (injection intracardiaque, intrafœtale ou intraamniotique)	92% (injection intraamniotique) 100 % (injection intracardiaque) ¹	Les taux sériques de la personne enceinte sont sans danger (inférieurs aux niveaux thérapeutiques pour la personne enceinte)	1 à 2 mg	Intracardiaque, intrafœtal ou intraamniotique. Les voies intrafœtale et intraamniotique sont techniquement plus faciles. La voie intraamniotique ne nécessite pas d'échographie	1 heure après l'injection intracardiaque 12 à 48 heures après l'injection intraamniotique
Lidocaïne (injection intracardiaque ou intrathoracique)	100 % (injection intracardiaque) ²	Les doses utilisées sont sans danger pour la personne enceinte	200 à 240 mg	Intrathoracique ou intracardiaque. Une injection précise nécessite un spécialiste formé	2 à 5 minutes après l'injection

Source : OMS, 2023a

¹ Bien qu'il n'existe aucune étude évaluant l'efficacité de l'injection intrafœtale de digoxine, les spécialistes notent que le taux se situe entre 92 % et 100 %.

² 98 % des injections intracardiaques de lidocaïne aboutissent à une asystolie sans qu'il soit nécessaire de procéder à une injection supplémentaire. Si l'activité cardiaque persiste après 5 minutes, une deuxième injection doit être effectuée. Reeves et al., 2022.

Tableau 3.

Avortement avec médicaments ou dilatation et évacuation (D&E) pour les périodes de la grossesse à partir de 20 semaines

	20-21s+6	22-24s+6	25-27s+6	≥ 28 semaines
Avortement avec médicaments				
IAF	conseillable	Nécessaire		
Mifépristone + Misoprostol	200 mg de mifépristone voie orale			
	400 mcg de misoprostol voie buccale/sublinguale/vaginale toutes les 3 heures†		200 mcg de misoprostol voie buccale/ sublinguale/ vaginale toutes les 4 heures†	25-50 mcg de misoprostol voie vaginale toutes les 4 heures†
Misoprostol§	400 mcg de misoprostol voie buccale/sublinguale/vaginale toutes les 3 heures†		200 mcg de misoprostol voie buccale/sublinguale/ vaginale toutes les 4 heures†	25-50 mcg de misoprostol voie vaginale toutes les 4 heures†
Prévention des saignements	10 UI d'ocytocine par voie intramusculaire après l'expulsion fœtale			
Antibioprofylaxie	Non indiqué			
Dilatation et évacuation (D&E)				
IAF	conseillable			
Préparation cervicale	dilatateurs cervicaux 24 heures avant l'intervention + 200 mg de mifépristone par voie orale 24 à 48 heures avant l'intervention, si disponible + 400 mcg de misoprostol par voie sublinguale ou vaginale 1 à 3 heures avant l'intervention ou sonde de Foley transcervicale 24 heures avant l'intervention + 200 mg de mifépristone par voie orale 24 à 48 heures avant l'intervention, si disponible + 400 mcg de misoprostol par voie sublinguale ou vaginale 1 à 3 heures avant l'intervention			
Évacuation utérine	Pince Sopher ou Bierer sous orientation échographique			
Prévention des saignements	30 UI d'ocytocine dans 500 mL de solution saline au moment de la mise en place du spéculum vaginal			
Antibioprofylaxie	Dose unique de métronidazole (500 mg) ou Doxycycline (200 mg) ou azithromycine (500 mg) avant ou pendant l'intervention			

Source : élaboration personnelle

IAF : induction de l'asystolie fœtale

§ Schémas thérapeutiques pour les pays où la mifépristone n'est pas disponible

[†] 24 à 48 heures après l'administration de la mifépristone

Tableau 4.

Traitement non-pharmacologique et pharmacologique de la douleur pendant l'avortement à partir de 20 semaines

Régime	≤ 24 semaines		> 24 semaines
	D&E	Avec médicaments	Avec médicaments
Non pharmacologique	détaillée de ce à quoi s'attendre (si la personne le souhaite); présence d'une personne de soutien qui peut rester avec la personne pendant le processus (si elle le souhaite); musique; bouillotte ou coussin chauffant; fournir un environnement non partagé avec les personnes en travail.		
Analgésie orale	800 mg d'ibuprofène (VO) + 30 mg de codéine (VO) ou 10 mg de morphine (VO)		
Sédation minimale			
Bloc paracervical	Lidocaïne 0,5 % à 1,0 % ou bupivacaïne 0,25 %		
Confinement régional		bolus ou péridurale continue	
Analgésie intraveineuse		(en cas d'indisponibilité du bloc péridural) 10 mg de métoclopramide (IV) + 0,1-0,2 mg/kg de morphine (IV) 10 minutes plus tard et au besoin + 10 mg de métoclopramide 4 heures plus tard†	
Sédation modérée (tableau 4.1)		0,1 à 0,2 mg/kg de morphine (IV) + 50 à 100 mcg de fentanyl (IV) (tableau 4.1)	
Sédation profonde (tableau 4.2)	propofol + fentanyl	(peut être utilisé pendant la période d'expulsion, pour l'extraction fœtale) propofol + opioïdes (tableau 4.2)	(peut être utilisé pendant la période d'expulsion, pour l'extraction fœtale) propofol + opioïdes (tableau 4.2)
Anesthésie générale§	Le propofol		

IV : intraveineuse ; VO : voie orale

† Ce régime présente les avantages suivants : moins besoin de morphine, moins de douleur dans les 6 premières heures et moins de temps pour l'expulsion fœtale.

§ L'OMS ne recommande pas l'utilisation de l'anesthésie générale pour la dilatation-évacuation (D&E), bien qu'une revue systématique publiée en 2020 ait montré qu'il n'existe pas de différences significatives dans la prévalence des complications, des effets secondaires et des événements indésirables selon les différents protocoles de traitement de la douleur, y compris l'anesthésie générale.

Tableau 4.1.

Médicaments utilisés pour la sédation modérée

	Médicament	Dose initiale habituelle	Dose initiale maximale	Dose supplé- mentaire
Analgésicos opioïdes				
	Fentanyl	50 à 100 mcg (IV)	200 mcg (EV)	50 à 100 mcg (IV)
	Péthidine	25 à 100 mg (IV/IM)		
	Tramadol	50 à 100 mg (IV/IM)		
	Morphine	0,1 à 0,2 mg/kg (IV)		
Anxiolytiques				
	Le midazolam	1 à 3 mg (IV)	4 mg (EV)	1 à 2 mg (IV)
	Diazépam	5 à 10 mg (IV)		
	Lorazépam	1 mg (IV)		

IV: intraveineuse; IM: voie intramusculaire

Tableau 4.2.

Médicaments utilisés pour la sédation profonde

	Médicament	Dose initiale habituelle
Analgésiques opioïdes		
	Propofol + fentanyl	0,5 - 1,0 mg/kg + 100-300 mcg (EV)
	Kétamine + fentanyl	10 mg + 50-100 mcg (EV)
Ansiolíticos		
	Le midazolam	1-2 mg (EV)
	Diazépam	5-10 mg (EV)
	Lorazépam	1 mg (EV)

IV : voie intraveineuse

Tableau 5.

Traitement de l'hémorragie post-avortement par cause

Cause	Fréquence relative*	Traitement
Atonie utérine	50 %	Massage utérin. Acide tranexamique 1 g par voie intraveineuse. Utérotoniques (ocytocine 10-40 UI par voie intraveineuse, ergotamine 0,2 mg par voie intramusculaire, misoprostol 800-1000 mcg par voie sublinguale). Compression utérine avec ballon de Bakri ou sonde de Foley. Transfusion sanguine.
Rétention de restes	28 %	(Ré)aspiration utérine avec AMIU ou aspiration électrique. Acide tranexamique 1 g par voie intraveineuse
Lacération cervicale ou vaginale	10 %	Pression directe avec de la gaze ou une éponge. Application d'agents de coagulation topiques (tels que le nitrate d'argent ou une solution de sulfate ferrique). Acide tranexamique 1 g par voie intraveineuse. Suture des lacérations.
Perforation ou rupture utérine	7 %	Laparoscopie (de préférence) ou laparotomie (préférable en cas d'instabilité hémodynamique). Acide tranexamique 1 g par voie intraveineuse.
Coagulopathie	5 %	Remplacement des facteurs de coagulation. Acide tranexamique 1 g par voie intraveineuse

* au nombre total de cas d'hémorragie post-avortement (fréquence approximative)

Tableau 6.

Traitement antimicrobien suggéré de l'infection post-avortement

Schéma	Posologie et voie d'administration	Schéma thérapeutique
Ceftriaxone + doxycycline avec ou sans métronidazole	250 mg de ceftriaxone (IM) en dose unique + 100 mg de doxycycline (VO) deux fois par jour pendant 14 jours, avec ou sans 500 mg de métronidazole (VO) deux fois par jour pendant 14 jours	ambulatoire
Clindamycine + gentamicine	900 mg de clindamycine (IV) toutes les 8 heures + 2 mg/kg de gentamicine (IV) (dose d'attaque), puis 1,5 mg/kg toutes les 8 heures ou 3-5 mg/kg de gentamicine (IV) une fois par jour	hospitalier
Céfoxitine + doxycycline	2 g de céfoxitine (IV) toutes les 6 heures + 100 mg de doxycycline (IV ou VO) toutes les 12 heures	hospitalier

Adapté de : Harris et Grossman, 2020
 IV : intraveineuse ; VO : voie oral

Annex I

Document contenant des lignes directrices d'adaptation pour le consentement éclairé aux avortements à partir de 20 semaines

Le document de consentement éclairé pour les avortements à partir de 20 semaines doit comporter au minimum les quatre sections décrites ci-dessous. Il peut en outre être complété par des annexes détaillant les informations cliniques et le parcours de soins, afin que les personnes concernées puissent les consulter ultérieurement ou les partager avec des personnes de confiance, selon le contexte et les usages locaux.

PREMIÈRE PARTIE : Une section doit permettre à la personne de fournir ses données d'identification incontestables, en précisant qu'elle demande elle-même l'avortement et autorise sa réalisation selon les termes énoncés dans le document.

DEUXIÈME PARTIE : Dans cette section, il est important que la demande soit clairement exprimée à la première personne, précisant que c'est elle-même qui a décidé de recourir à un avortement. Il convient également de préciser que cette décision a été prise en disposant des informations nécessaires et avec l'assistance de l'équipe de santé et, le cas échéant, des personnes de confiance.

Annex I

TROISIÈME PARTIE : Il est important que le document consigne que la personne a été informée de la possibilité de révoquer son consentement tant que l'intervention n'est pas irréversible. Si possible, le document doit comporter un espace dédié à la mention de cette révocation. Dans tous les cas, la date et les circonstances de la révocation doivent être consignées dans le dossier médical, ainsi que les mesures qui en ont découlé.

Possibilité de révocation

QUATRIÈME PARTIE : Le document de consentement éclairé doit inclure, principalement, la signature (ou un moyen similaire) de la personne qui demande l'avortement. De plus, il doit être signé par un membre de l'équipe de soins qui a accompagné le processus, c'est-à-dire qui a fourni l'information, répondu aux questions et proposé des alternatives de soins. En outre, lorsque la personne qui avorte le demande ou que la réglementation locale l'exige, les signatures de ceux qui ont fourni un soutien ou une assistance au cours du processus de prise de décision (par exemple, pour les mineurs ou les personnes handicapées) peuvent être incorporées.

Signatures

Si cela est jugé approprié, les données relatives aux soins antérieurs peuvent également être enregistrées, afin de vérifier le respect des délais et d'autres exigences légales et de qualité des soins établies par le service.

Exemple 1

Au moyen de cet instrument, je soussigné é(e), _____, titulaire d'un document d'identification de type _____ n° _____, déclare ma décision libre, consciente et éclairée de demander et d'accéder à un avortement provoqué.

Je déclare avoir reçu des informations sur les procédures qui seront adoptées lors de l'avortement provoqué, ainsi que sur les risques possibles pour la santé, et les formes d'assistance et d'accompagnement ultérieur par l'équipe de santé responsable.

J'ai été informée des différentes étapes du processus de soins, y compris l'asystolie fœtale comme première étape, et des techniques disponibles pour l'expulsion de la grossesse par la suite. Les avantages, les risques et les différences entre ces techniques m'ont été expliqués, et j'ai pu poser toutes les questions et obtenir les clarifications nécessaires.

J'ai choisi l'option que je juge la plus appropriée, sur la base des informations reçues, lesquelles figurent dans une annexe écrite qui m'a été remise.

Compte tenu des informations fournies, j'ai choisi comme option initiale pour l'avortement provoqué :

() Avortement avec médicaments

() Dilatation et évacuation (D&E)

Je déclare également avoir reçu suffisamment d'informations sur la possibilité de révoquer ce consentement jusqu'à ce que l'induction de l'asystolie fœtale soit réalisée, moment auquel la pratique est irréversible et l'équipe soignante ne peut pas arrêter le processus.

En considération de ce qui précède, je déclare ma décision libre et éclairée d'interrompre la grossesse dans les termes que j'ai clarifiés dans ce document.

Ville:

Date de signature du consentement éclairé (JJ/MM/AAAA) :

Date de la première consultation dans ce service (JJ/MM/AAAA) :

Notes sur l'entretien (à compléter uniquement si nécessaire) :

Personne demandant l'avortement

Professionnel de la santé

Signature
Nom et prénom

Signature
Nom et prénom
Profession et fonction
Inscription professionnelle

Personne qui a accompagné le processus de consentement éclairé (le cas échéant)

Signature
Nom et prénom
Rôle auquel il a participé



Exemple 2

Je soussigné(e), _____, avec le document de type _____ n° _____ et mon domicile/résidence dans la ville de _____ de [pays], _____ déclare par le présent document ma décision d'exercer mon droit à l'avortement provoqué de manière libre, consciente et éclairée.

Je confirme avoir reçu des informations claires, précises et adéquates d'une manière qui me soit compréhensible sur les sujets suivants :

- Les différentes méthodes pour interrompre une grossesse après la vingtième semaine.
- Comment fonctionnent les différentes techniques nécessaires pour mener à bien l'intervention que j'ai demandée, leurs effets et leurs caractéristiques, y compris les avantages, les inconvénients et les risques.
- Mon droit de recevoir un traitement digne et des soins de qualité, d'accéder à l'information, à l'autonomie de ma volonté, à la vie privée et à la confidentialité.

J'ai compris l'information reçue et j'ai eu l'occasion de poser des questions qui ont été répondues, et je comprends que je peux poser d'autres questions supplémentaires après la signature de ce document.

J'ai pu consulter des personnes de confiance pour prendre ma décision, sans subir de pression indue. Je comprends qu'elles peuvent également m'accompagner lors des soins, lorsque cela est possible, si je le souhaite. L'information qui m'a été fournie verbalement l'est également par écrit dans un dépliant qui m'a été remis lors de cet événement.

Je sais que je peux modifier ma décision à tout moment avant de commencer la procédure, même si j'ai déjà signé ce consentement. Les conséquences possibles de cette décision m'ont également été expliquées.

De cette façon, je consens librement à l'interruption de grossesse par :

☐) Avortement avec médicaments

☐) Dilatation et évacuation (D&E)

Date de la première consultation dans ce service de santé :

jour _____, mois _____, année _____.

Notes sur l'entretien (à compléter uniquement si nécessaire) :

Personne demandant l'avortement

Professionnel de la santé

Signature
Clarification / nom et prénom
Jour _____, mois _____, année _____

Signature
Clarification / nom et prénom
Inscription professionnelle
Jour _____, mois _____, année _____

Justificatif de la présence d'un référent affectif ou d'un représentant légal de personnes en enfance ou à l'adolescence

Signature
Clarification / nom et prénom
Type et numéro de document
Relation avec la personne qui demande l'avortement
Jour _____, mois _____, année _____

Preuve de soutien à l'obtention du consentement de la personne handicapée

Signature
Clarification / nom et prénom
Type et numéro de document
Relation avec la personne qui demande l'avortement
Jour _____, mois _____, année _____

Annex II

Document écrit proposé pour accompagner le processus

ASYSTOLIE FŒTALE.

La première étape de l'avortement provoqué à partir de 20 semaines est l'induction de l'asystolie fœtale (IAF). La IAF consiste en une injection transabdominale dans l'utérus de chlorure de potassium, de lidocaïne ou de digoxine afin de provoquer l'arrêt de l'activité cardiaque fœtale.

Cette procédure est recommandée par les sociétés savantes ainsi que par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les avortements provoqués à partir de 20 semaines et fait partie intégrante des soins d'avortement de qualité.

Elle est généralement réalisée sous guidage échographique pour déterminer le site d'injection et dure environ 10 à 15 minutes.

L'induction de l'asystolie fœtale est nécessaire avant de réaliser un avortement provoqué à partir de 20 semaines de grossesse, afin de prévenir toute survie fœtale et de faciliter ainsi les étapes ultérieures de l'interruption volontaire de grossesse, tout en renforçant leur sécurité.

L'injection constitue un point irréversible de l'avortement provoqué : une fois le médicament administré, il entraîne l'arrêt de l'activité cardiaque fœtale, sans possibilité d'interrompre le processus. Cet arrêt peut survenir immédiatement ou jusqu'à 48 heures après l'injection, sans qu'une autre intervention du personnel soignant ou de la patiente ne soit nécessaire. Les risques associés à l'induction de l'asystolie fœtale sont minimes. Les plus fréquents sont les douleurs liées à l'injection ; plus rarement, une infection au site d'injection ou une arythmie cardiaque peuvent survenir. Les événements cardiaques graves sont extrêmement rares, avec une incidence inférieure à 8 procédures sur 100 000.

Après l'administration de l'injection, il convient d'attendre la confirmation de l'arrêt de l'activité cardiaque fœtale avant de passer aux étapes suivantes de l'interruption. Si cet arrêt n'est pas constaté après 48 heures, une seconde injection doit être réalisée, sans risque supplémentaire pour la personne enceinte.

Évacuation utérine. Deuxième phase de l'avortement provoqué

Il existe deux méthodes d'évacuation utérine à partir de la vingtième semaine de grossesse : la dilatation et l'évacuation (D&E) et l'induction médicamenteuse de l'avortement.

1. Dilatation et évacuation (D&E) :

La D&E est une procédure qui permet de vider l'utérus par voie vaginale en utilisant des canules d'aspiration et des forceps ou des pinces chirurgicales.

Avant l'intervention, la dilatation du col de l'utérus est nécessaire. Cela se fait à l'aide de médicaments ou de petites tiges placées à l'intérieur du vagin et du col de l'utérus lors de la consultation, un jour avant l'intervention. Une pilule de mifépristone peut également être utilisée le jour de l'asystolie fœtale pour faciliter ultérieurement la procédure instrumentale. Au cours de la procédure, une échographie est effectuée pour s'assurer que tout le tissu de la grossesse est retiré afin de réduire le risque de complications.

L'intervention est réalisée dans le service de santé au bloc opératoire ou dans une salle spécialement aménagée à cet effet, sous anesthésie régionale, générale ou intraveineuse, et d'autres moyens de soulagement de la douleur peuvent être utilisés, tels que des analgésiques et des sédatifs oraux ou intraveineux.

2. Induction en utilisant des médicaments :

L'induction de l'avortement avec médicaments consiste à prendre une dose de mifépristone le jour de l'induction de l'asystolie fœtale, suivie, un à deux jours plus tard, de l'administration de misoprostol par voie vaginale ou sublinguale. Ce traitement provoque des contractions de l'utérus entraînant l'expulsion complète de son contenu.

Cette option peut prendre des heures et, rarement, des jours.

Avec l'induction médicamenteuse, il n'est généralement pas nécessaire d'utiliser des instruments chirurgicaux. Vous restez toutefois à l'hôpital pendant le processus, afin que l'équipe soignante puisse vous accompagner et s'assurer que tout se passe bien.

Dans certains cas, une aspiration de l'utérus avec une canule peut être nécessaire si l'expulsion n'est pas complète.

Les effets les plus fréquents du traitement sont: des crampes douloureuses, des saignements vaginaux plus abondants que vos règles, et parfois de la fièvre liée au médicament (misoprostol). Cette fièvre n'est pas forcément le signe d'une infection.

Risques

Les risques associés aux méthodes d'avortement provoqué comprennent :

FRÉQUENT (jusqu'à 1 cas sur 100) : Lésion cervicale, infection (atténuée par l'utilisation d'antibiotiques pendant l'intervention).

PEU fréquents : hémorragie (1 à 4 cas sur 1000), perforation utérine (1 cas sur 1000), rupture utérine (3 cas sur 1000 – plus fréquente chez les personnes ayant déjà subi une chirurgie utérine).

www.clacai.org

