



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



Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement

Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement

ISBN 978-92-4-006540-6 (version électronique)

ISBN 978-92-4-006541-3 (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 [Abortion care guideline]. 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.

Table des matières

Remerciements	vii
Abréviations et acronymes	xi
Glossaire	xiii
Résumé d'orientation	xix
Chapitre 1. Introduction	1
1.1 Cadre général et contexte	1
1.2 Objectif, justification, public cible, inclusivité et structure des lignes directrices	3
1.2.1 Objectif et justification	3
1.2.2 Public cible	4
1.2.3 Équité, inclusivité et soins centrés sur la personne	4
1.2.4 Structure conceptuelle des lignes directrices	5
1.3 Un environnement favorable à des soins complets liés à l'avortement	6
1.3.1 Le respect des droits humains, notamment un cadre juridique et politique favorable	8
1.3.2 Disponibilité et accessibilité des informations	14
1.3.3 Facteurs liés au système de santé	14
1.4 Considérations relatives au système de santé	15
1.4.1 Couverture sanitaire universelle et soins de santé primaires	16
1.4.2 Financement de la santé	17
1.4.3 Compétences et formation des agents de santé	19
1.4.4 Produits	19
1.4.5 Suivi et évaluation de la qualité des soins liés à l'avortement	22
Chapitre 2. Réglementation de l'avortement incluant les recommandations pertinentes	25
2.1 Approches courantes de la réglementation de l'avortement	26
2.2 Recommandations relatives à la réglementation de l'avortement	27
2.2.1 Pénalisation de l'avortement	28
2.2.2 Les restrictions quant à la raison pour contrôler l'accès à l'avortement	30
2.2.3 Limites d'âge gestationnel	33

Chapitre 3. Recommandations et énoncés des meilleures pratiques dans le cadre du continuum des soins liés à l'avortement	37
3.1 Contexte.....	37
3.1.1 Structure des informations du présent chapitre	38
3.1.2 Principes et postulats sous-jacents relatifs aux recommandations sur les rôles des agents de santé.....	39
3.2 Services applicables dans le cadre du continuum de soins	40
3.2.1 Fourniture d'informations	40
3.2.2 Offre et fourniture de conseils.....	43
3.2.3 Mise en lien vers des services supplémentaires	46
3.3 Avant l'avortement.....	47
3.3.1 Délais d'attente obligatoires imposés par les États, les établissements ou les agents de santé	47
3.3.2 Autorisation de tiers.....	48
3.3.3 Iso-immunisation rhésus	50
3.3.4 Antibioprophylaxie	52
3.3.5 Détermination de l'âge gestationnel.....	53
3.3.6 Prise en charge de la douleur lors d'un avortement	55
3.3.7 Préparation cervicale avant un avortement chirurgical	61
3.3.8 Restrictions (juridiques ou politiques) relatives aux agents de santé légalement autorisés à dispenser des soins liés à l'avortement	67
3.3.9 Objection de conscience ou refus d'agents de santé de dispenser des soins liés à l'avortement	69
3.4 Avortement.....	72
3.4.1 Méthodes d'avortement chirurgical	73
3.4.2 Prise en charge médicamenteuse en cas d'avortement provoqué.....	78
3.4.3 Avortement manqué.....	86
3.4.4 Mort fœtale intra-utérine (MFIU).....	88
3.5 Après l'avortement	91
3.5.1 Soins de suivi après un avortement	91
3.5.2 Avortement incomplet	93
3.5.3 Prise en charge des complications n'engageant pas le pronostic vital : infections et hémorragie.....	97
3.5.4 Contraception après un avortement	100
3.6 Options de prestation de services et approches d'auto-prise en charge.....	108
3.6.1 Approches de prestation de services soutenues.....	108
3.6.2 Approches d'auto-prise en charge totale ou partielle de l'avortement médicamenteux	112
3.6.3 Approches d'auto-prise en charge de la contraception post-avortement.....	114
Chapitre 4. Diffusion, applicabilité, lacunes dans la recherche et mises à jour futures des lignes directrices et recommandations.....	119
4.1 Diffusion	119
4.2 Mise en œuvre et évaluation de l'impact des lignes directrices	120
4.3 Lacunes dans la recherche/sujets pour de futures recherches.....	120
Références bibliographiques	125
Annexe 1. Experts externes et personnel de l'OMS ayant participé à l'élaboration des lignes directrices	136

Annexe 2. Traités relatifs aux droits humains et organes de surveillance correspondants	144
Annexe 3. Références bibliographiques du glossaire	145
Annexe 4. Méthodes et processus d'élaboration des lignes directrices	147
Annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé	158
Annexe 6. Suivi et évaluation de la qualité des soins liés à l'avortement :	
identification des indicateurs	159
Annexe 7. Examens systématiques et liens avec les questions PICR et les recommandations	160
Annexe 8. Questions PICR relatives au droit et aux politiques	166
Annexe 9. Questions PICR relatives aux services cliniques	173
Annexe 10. Questions PICR relatives à la prestation de services	185
Annexe 11. Détails sur la diffusion et la mise à jour des lignes directrices	194

Suppléments et annexes Web disponibles en ligne :

- Annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement) :
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349317/9789240039506-eng.pdf>
- Annexe Web B. Technical meetings during guideline development (Réunions techniques dans le cadre de l'élaboration des lignes directrices) :
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349318/9789240039513-eng.pdf>
- Supplément 1. Evidence-to-Decision frameworks for the law and policy recommendations (Cadres décisionnels fondés sur des données probantes pour les recommandations concernant le droit et les politiques) : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
- Supplément 2. Evidence-to-Decision frameworks for the clinical service recommendations (Cadres décisionnels fondés sur des données probantes pour les recommandations concernant les services cliniques) : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
- Supplément 3. Evidence-to-Decision frameworks for the service delivery recommendations and best practice statements (Cadres décisionnels fondés sur des données probantes pour les recommandations et les énoncés de meilleures pratiques concernant la prestation de services) :
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

Remerciements

Le Programme spécial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) tiennent à remercier les nombreuses personnes et organisations qui ont contribué à l'élaboration de ces lignes directrices unifiées.

L'OMS exprime sa sincère gratitude à la présidente et à l'ensemble des membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices : Laura Castleman (Présidente) et Fauzia Akhter Huda, Karla Berdichevsky, Marge Berer, Michalina Drejza, Joanna Erdman, Kristina Gemzell Danielsson, Caitlin Gerdts, Laura Gil, Selma Hajri, Guyo Jaldesa, Godfrey Kangaude, Vinoj Manning, Hiromi Obara, Alongkone Phengsavanh, Akila Radhakrishnan, Michelle Remme et Chi Chi Undie, ainsi que Christina Zampas, Conseillère en droits humains dans le cadre de la réunion du Groupe d'élaboration des lignes directrices et des trois réunions du Groupe d'examen des données probantes et des recommandations. Nos sincères remerciements également aux membres du Groupe d'examen des données probantes et des recommandations suivants : Nana Yaa Appiah, Suchitra Dalvie, Jemima Araba Dennis-Antwi, Surendra Dhital, Daniel Maceira, Sybil Nkeiru, Karan Parikh, Dhammika Perera, Judiac Ranape, Kitihoun Serge et Karthik Srinivasan, ainsi qu'à Abhijit Das, Sara Hossain, Karima Khalil, Primah Kwagala, Monica Arango Olaya et Xian Warner, Conseiller et Conseillères en droits humains ayant apporté leur contribution en matière de droit et de politique. Merci aux membres du Groupe d'examen externe : Safia Ahsan, Traci Baird, Sharon Cameron, Jane Harries, Thoai Ngo, Yvette Raphael, Mariana Romero, Rachel Simon-Kumar et Beverly Winikoff. L'affiliation institutionnelle de ces personnes et des autres contributeurs et contributrices est précisée en annexe 1 de ce document.

Nous sommes particulièrement reconnaissants envers les Équipes de synthèse des données probantes en charge des examens systématiques selon l'approche GRADE (en anglais « Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation »), notamment les chercheuses et chercheurs principaux : Alison Edelman, Taylor King, Makalapua Motu'apuaka, Robyn Paynter, Maria Rodriguez (domaine des services cliniques) ; Nicholas Henschke, Yanina Sguassero and Gemma Villanueva (domaine de la prestation de services) ; Scott Burris, Amanda Cleeve, Fiona de Londras et Maria Rodriguez (domaine juridique et politique). Nous tenons également à saluer le travail des méthodologistes des lignes directrices : Jeppe Schroll (domaine des services cliniques), Nicholas Henschke, Yanina Sguassero et Gemma Villanueva (domaine de la prestation de services), ainsi que Maria Rodriguez (domaine juridique et politique). Merci à l'équipe de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, chapeauté par Veronique Filippi, pour son travail sur les questions de suivi et d'évaluation de la qualité des soins liés à l'avortement. Nous remercions l'équipe d'examen de la partie portant sur les aspects économiques de l'avortement, dirigée par Ernestina Coast, Samantha Lattof, Brittany Moore et Yana Rodgers, pour sa collaboration et sa contribution à l'élaboration des lignes directrices. Nous remercions par ailleurs l'Alliance internationale des jeunes pour la planification familiale (IYAFF) pour son étroite collaboration et la participation des membres de son groupe de travail au processus d'élaboration des lignes directrices.

Merci aux personnes ayant participé en qualité d'observateurs à la réunion du Groupe d'élaboration des lignes directrices, parmi lesquelles figuraient des représentants des institutions du système des Nations Unies : Patricia Lohr (British Pregnancy Advisory Service, et membre du Groupe consultatif du programme pour un avortement sécurisé du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG]), Jaydeep Tank (Federation of Obstetrics and Gynaecological Societies of India, et membre du Groupe de travail sur l'avortement sécurisé de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique [FIGO], Inde), Francelle Toedtli (Fonds des Nations Unies pour la population, États-Unis d'Amérique) et Ann Yates (Confédération internationale des Sages-Femmes, Pays-Bas). Sans oublier les examinateurs de plusieurs organisations de mise en œuvre, qui ont formulé des commentaires sur le projet de lignes directrices : Bethan Cobley (MSI Reproductive Choices, Royaume-Uni), Rasha Dabash (Ipas, États-Unis d'Amérique), Eva Lathrop (Population Services International, États-Unis d'Amérique), Steve Luboya (Pathfinder, États-Unis d'Amérique) et Rebecca Wilkins (International Planned Parenthood Federation [IPPF], Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord).

Les membres suivants du personnel de l'OMS qui ont contribué en tant que membres du Groupe d'orientation des lignes directrices de l'OMS, chargé de la gestion du processus d'élaboration de lignes directrices (tous font partie de l'unité de prévention de l'avortement non sécurisé [PUA] du Département Santé sexuelle et reproductive, et recherche [SHR]) : Mekdes Daba Feyssa (pour l'appui apporté dans le domaine des services cliniques et dans l'ensemble du processus d'élaboration des lignes directrices), Bela Ganatra (Responsable de l'unité PUA, Co-coordonnatrice principale pour le domaine de la prestation de services), Heidi Johnston (pour l'appui apporté dans le domaine de la prestation de services, en particulier en matière de suivi et d'évaluation), Caron Kim (Responsable technique, Coordonnatrice principale pour le domaine des services cliniques et Co-coordonnatrice principale pour le domaine de la prestation de services, et Coordonnatrice de l'ensemble du processus d'élaboration des lignes directrices), Antonella Lavelanet (Coordonnatrice principale pour le domaine du droit et des politiques ainsi que pour les droits humains). Durant des étapes initiales de la planification des lignes directrices, le groupe d'orientation comptait également parmi ses membres Roopan Gill et Lemi Tolu (ancien membre de l'unité de prévention de l'avortement non sécurisé PUA) et Rajat Khosla (ancien membre du Bureau du Directeur du Département SRH).

La rédaction a été assurée par Fiona de Londras, Bela Ganatra, Heidi Johnston, Caron Kim, Antonella Lavelanet, Jane Patten et Maria Rodriguez. L'appui administratif de l'OMS a été assuré par Claire Garabedian et Hannah Hatch, et le soutien en matière de communication par Sarah Kessler et Elizabeth Noble, toutes du Département SRH, avec un soutien supplémentaire à la communication de la part de Laura Keenan et Sarah Russell du Bureau du Directeur de la communication de l'OMS et de la part d'Helen Palmer de Weber Shandwick. Nous tenons à remercier les autres membres du personnel du siège de l'OMS et les consultants suivants, qui ont apporté leur contribution aux différentes étapes de l'élaboration des lignes directrices : Laurence Codjia, Fahdi Dkhimi, Carolin Ekman, Veloshnee Govender, Lisa Hedman, Laurence Läser, Bruno Meessen, Ulrika Rehnström Loi, Marta Schaaf et Patricia Titulaer. Merci également aux collègues suivants des bureaux régionaux de l'OMS : Chilanga Asmani, Ibadat Dhillon, Rodolfo Gómez Ponce de León et Nilmini Hemachandra. Merci à Ian Askew, Directeur du Département SRH, pour la révision et les commentaires qu'il a aimablement fournis.

Nous tenons à remercier tout particulièrement le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) pour son examen de la version finale des lignes directrices, notamment en ce qui concerne les aspects relatifs aux normes internationales en matière de droits humains et l'intégration d'une approche fondée sur les droits humains.

Nous souhaitons exprimer toute notre gratitude au Comité d'examen des lignes directrices de l'OMS (GRC) et en particulier aux membres du secrétariat du GRC de l'OMS, Rebekah Thomas-Bosco, Marion Blacker et Maria Pura Solon, pour leurs précieux commentaires à chaque étape du processus d'élaboration des lignes directrices.

L'édition et la correction d'épreuves ont été assurées par Green Ink, Royaume-Uni.

Le financement de l'élaboration des présentes lignes directrices a été assuré par le HRP, un programme coparrainé exécuté par l'OMS.

Abréviations et acronymes

AAAQ	Orientations relatives à la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité.	SIGS	Système d'information pour la gestion sanitaire
AS	aide-soignant	DIU	Dispositif intra-utérin
ISFA	Sage-femme auxiliaire	MFIU	Mort fœtale intra-utérine
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979)	IV	Voie intraveineuse
CESCR	Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies	SIGL	Système d'information pour la gestion logistique
CIDE	Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant	DDR	Date des dernières règles
EFSEC	Enregistrement des faits et de statistiques d'état civil	AM	Aspiration manuelle
ESC	Éducation sexuelle complète	LNME	Liste nationale des médicaments essentiels
D&C	Dilatation et curetage	ONG	Organisation non gouvernementale
D&E	Dilatation et évacuation	ANRP	Autorités nationales de réglementation pharmaceutique
LME	Liste modèle OMS des médicaments essentiels (ou liste des médicaments essentiels)	AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
SOU	Soins obstétricaux d'urgence	PCO	Pilule contraceptive orale
GEE	Groupe d'examen externe	BPC	Bloc paracervical
GELPR	Groupe d'examen des données probantes et des recommandations	SSP	Soins de santé primaires
ESLP	Équipe de synthèse des données probantes	PICR	Population, intervention, comparaison et résultat
DFLP	Décision fondée sur les données probantes	Rh	Rhésus (groupe sanguin)
AE	Aspiration électrique	ODD	Objectif de développement durable
GELD	Groupe d'élaboration des lignes directrices	SSR	Santé sexuelle et reproductive
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (méthode d'évaluation du niveau de certitude ou de fiabilité des données probantes)	IST	Infection sexuellement transmissible
GRC	Comité d'examen des lignes directrices	CSU	Couverture sanitaire universelle
		PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
		UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
		USA	États-Unis d'Amérique
		VAS	Échelle visuelle analogique
		OMS	Organisation mondiale de la Santé

Glossaire

Dans un souci de compréhension mutuelle et de cohérence, une liste définissant les termes et concepts clés utilisés tout au long des lignes directrices est fournie ci-après :

- **Soins de santé communautaires** : services fournis par le personnel de santé communautaire au sens large, en fonction de sa formation et de ses capacités. Dans ce contexte, le personnel de santé regroupe différents acteurs professionnels et non professionnels, formels et informels, rémunérés et non rémunérés, ainsi que les agents de santé travaillant dans des établissements qui les soutiennent et les encadrent, et qui mettent en œuvre des services et des campagnes de sensibilisation (1).
- **Soins complets liés à l'avortement** : les soins complets liés à l'avortement comprennent la fourniture d'informations, la prise en charge des avortements (aussi bien les avortements provoqués que les soins liés aux fausses couches/avortements spontanés) et les soins post-avortement.
- **Observations finales** : à l'issue de l'examen d'un rapport soumis par un État et d'un dialogue constructif avec l'État partie à la convention en question, les organes de surveillance des traités formulent des observations finales à l'intention de l'État concerné, qui sont rassemblées dans un rapport annuel et transmises à l'Assemblée générale des Nations Unies (2).
- **Conscious sedation**: The use of a combination of medicines – a sedative to relax and an anaesthetic to block pain – to induce a depressed level of consciousness during a medical procedure.
- **Sédation consciente** : utilisation d'une combinaison de médicaments - un sédatif pour induire un état de relaxation et un anesthésique pour bloquer la douleur - afin d'entraîner une dépression de la conscience pendant une procédure médicale.
- **Objection de conscience ou refus de conscience** : pratique des professionnels de santé qui refusent de fournir des soins liés à l'avortement pour des raisons de conscience personnelle ou de croyance religieuse.
- **Dépénalisation** : 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 eu recours à l'avortement, avoir aidé à recourir à l'avortement, avoir fourni des informations sur la pratique de l'avortement ou avoir pratiqué un avortement, pour tous les acteurs concernés.
- **Dilatation et évacuation (D&E)** : la dilatation et évacuation est pratiquée après 12 à 14 semaines d'aménorrhée. Il s'agit de la technique chirurgicale la plus sûre et la plus efficace pour un avortement tardif, lorsque des praticiens qualifiés et expérimentés sont disponibles. La D&E consiste en une préparation du col de l'utérus à l'aide de dilateurs osmotiques et/ou d'agents pharmacologiques, pour l'ouverture de la filière cervicale de l'utérus et permettre l'évacuation de la cavité utérine principalement à l'aide d'une pince-forceps et à l'aide de l'aspiration (se référer à la définition correspondante dans la présente liste) pour éliminer tout sang ou tissu résiduel.
- **Âge gestationnel (durée de l'aménorrhée)** : nombre de jours ou de semaines écoulés depuis le premier jour des dernières règles (DDR) chez les femmes ayant des cycles réguliers (voir le Tableau 1). Chez les

femmes dont le cycle est irrégulier ou dont on ne connaît pas la date des dernières règles (DDR), l'âge gestationnel peut être déterminé en fonction de la taille de l'utérus, estimé en semaines, à l'aide d'un examen clinique ou d'une échographie, équivalant à un utérus gravide du même âge gestationnel daté selon la DDR.

Tableau 1. Équivalence des âges gestationnels en semaines et en jours d'aménorrhée durant le premier trimestre

Semaines d'aménorrhée	Jours d'aménorrhée
0	0–6
1	7–13
2	14–20
3	21–27
4	28–34
5	35–41
6	42–48
7	49–55
8	56–62
9	63–69
10	70–76
11	77–83
12	84–90
13	91–97
14	98–104

Note : le jour 0 correspond au premier jour des dernières règles (DDR) et au premier jour de la semaine 0 d'aménorrhée (et non pas de la semaine 1).

Source : Adapté de la publication *Avortement médicalisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, publié en français en 2013 (2), selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10), 2004 (3).

- **Observations/recommandations générales** : l'interprétation du contenu et du fonctionnement des conventions relatives aux droits de l'homme par un organe de surveillance des traités. Les observations générales visent à clarifier les obligations des États parties en matière d'établissement de rapports concernant certaines dispositions, et à suggérer des approches pour la mise en œuvre des dispositions du traité (2).
- **Santé** : un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (4).
- **Système de santé** : le système de santé s'entend de toutes les organisations, personnes et mesures dont l'objectif principal est de promouvoir, de rétablir ou d'entretenir la santé (5).
- **Agents de santé** : toutes les personnes participant à des activités dont le principal objectif est d'améliorer la santé. Si, à proprement parler, cela inclut les aidants non rémunérés (par exemple, les parents qui s'occupent de leurs enfants malades et les personnes qui s'auto-prennent en charge), les données disponibles sur les chiffres associés aux agents de santé se limitent généralement aux personnes exerçant des activités rémunérées (6 ; chapitre 1. Personnel de santé).
- **Normes relatives aux droits humains** : la signification et la portée des droits humains tels que prévus dans les traités internationaux relatifs aux droits de l'homme et tels qu'interprétés et appliqués par les organes responsables, qui peuvent comprendre des tribunaux internationaux, régionaux et nationaux, ainsi que des comités des droits de l'homme (2).
- **Avortement incomplet** : présence clinique d'un orifice cervical ouvert et de saignements endo-utérins, tous les produits de la conception n'ayant pas été expulsés de l'utérus, ou les produits expulsés n'étant pas compatibles avec l'âge gestationnel estimé. Les symptômes courants d'un avortement incomplet sont

les saignements vaginaux et les douleurs abdominales. Un avortement incomplet sans complication peut résulter d'un avortement provoqué ou spontané (c'est-à-dire une fausse couche).

- **Traité international relatif aux droits de l'homme (également nommé parfois pacte ou convention)** : un instrument juridique international adopté par la communauté internationale des États, généralement lors de l'Assemblée générale des Nations Unies. Chaque traité énonce une série de droits humains et d'obligations correspondantes qui sont juridiquement contraignantes pour les États qui ont ratifié le traité (2). (L'annexe 2 comprend une liste des traités pertinents.)
- **Mort foetale in utero (MFIU - mort foetale)** : mort intra-utérine d'un fœtus à n'importe quel moment de la grossesse (7).
- **Délai d'attente obligatoire** : obligation imposée par la loi ou une politique, ou dans la pratique, d'attendre un certain temps entre la demande et la réception de soins liés à l'avortement.
- **Méthodes médicamenteuses d'avortement (avortement médicamenteux)** : utilisation de médicaments pour interrompre la grossesse (2).
- **Santé mentale** : un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté (8).
- **Fausse couche (avortement spontané)** : perte spontanée d'une grossesse avant 24 semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire avant que le fœtus soit habituellement viable en dehors de l'utérus. Les signes cliniques d'une fausse couche sont des saignements vaginaux, généralement accompagnés de douleurs et de crampes abdominales. Si les produits de conception ont été expulsés, la fausse couche est dite « complète » ou « incomplète » selon qu'il y a une rétention ou non de tissus dans l'utérus (9).
- **Avortement manqué** : arrêt du développement de la grossesse alors que l'embryon/le fœtus/les tissus embryonnaires ou le sac gestationnel vide reste(nt) dans l'utérus et que l'orifice cervical est fermé. Les symptômes peuvent inclure des douleurs et/ou des saignements, ou il peut n'y avoir aucun symptôme (10).
- **Dilatateurs osmotiques** : dispositifs en forme de tiges courtes et fines à base d'algues (laminaires) ou en matière synthétique. Après avoir été placés dans l'orifice cervical, les dilatateurs absorbent l'humidité de sorte qu'ils gonflent et augmentent de volume, entraînant ainsi la dilatation progressive du col de l'utérus (2).
- **Politique** : une loi, un règlement, une procédure, une mesure administrative, une mesure d'incitation ou une pratique volontaire adoptée par les gouvernements et d'autres institutions (11).
- **Soins post-avortement** : services fournis après un avortement, tels que des services de contraception et l'orientation vers les autres services nécessaires au sein de la communauté ou ailleurs. Cela peut également inclure la prise en charge des complications après un avortement.
- **Soins de santé primaires (SSP)** : les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long du continuum de soins, allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations (12).
- **Qualité des soins** : la qualité des soins englobe six composantes ou dimensions de la qualité requises en matière de soins de santé :
 - l'efficacité, par la fourniture de soins de santé reposant sur une base de données probantes et permettant d'améliorer les résultats en matière de santé pour les individus et les communautés, en fonction des besoins;
 - l'efficience, par la fourniture de soins reposant sur l'utilisation rationnelle des ressources le plus efficacement possible en évitant le gaspillage;
 - l'accessibilité, par la fourniture de soins administrés en temps utile, d'un coût abordable, accessibles géographiquement, dans un cadre où les compétences et les ressources sont adaptées aux besoins médicaux ;

- l'acceptabilité/les soins centrés sur la personne, par la fourniture de soins qui tiennent compte des préférences et des aspirations de chaque usager des services et de la culture de sa communauté ;
 - l'équité, par la fourniture de soins de qualité égale quelles que soient les caractéristiques personnelles : genre, race, origine ethnique, situation géographique ou statut socio-économique ;
 - la sécurité, par la fourniture de soins qui réduisent au minimum les risques et les dommages aux usagers des services (13 ;p. 9).
- **Réglementation de l'avortement** : l'ensemble des lois, politiques et autres instruments formels (par exemple, le protocole au niveau de l'établissement) réglementant la grossesse et l'avortement.
- **Auto-prise en charge** : l'auto-prise en charge désigne la capacité des personnes, des familles et des communautés à faire la promotion de la santé, à prévenir les maladies, à rester en bonne santé et à faire face à la maladie et au handicap avec ou sans l'accompagnement d'un prestataire de soins. Ainsi définie, l'auto-prise en charge comprend la promotion de la santé, la lutte contre les maladies, l'autoadministration, les soins aux personnes dépendantes, la consultation d'un prestataire de soins primaires/d'un spécialiste/d'un praticien hospitalier si nécessaire, ainsi que la réadaptation, y compris les soins palliatifs. Elle comprend un éventail de pratiques et d'approches d'autosoins (14).
- **Auto-prise en charge de l'avortement** : l'auto-prise en charge de l'ensemble du processus d'avortement médicamenteux ou de l'une ou plusieurs de ses étapes, comme l'auto-évaluation des critères requis pour pouvoir recourir à l'avortement médicamenteux, l'auto-administration des médicaments sans la supervision directe d'un agent de santé, et l'auto-évaluation de la réussite de l'avortement.
- **Entreprise sociale** : entreprise ayant des objectifs sociaux spécifiques qui servent sa finalité première. Les entreprises sociales cherchent à maximiser les bénéfices tout en maximisant les avantages pour la société et l'environnement. Leurs bénéfices servent principalement à financer des programmes sociaux (15).
- **Franchise sociale** : système de relations contractuelles généralement géré par une organisation non gouvernementale qui utilise la structure d'une franchise commerciale pour atteindre des objectifs sociaux. La principale différence entre la franchise sociale et la franchise commerciale réside dans la motivation : la franchise sociale cherche à réaliser un bénéfice social tandis que la franchise commerciale est axée sur la rentabilité (16, 17).
- **Marketing social** : en termes généraux, le marketing social peut se définir comme l'application des techniques du marketing aux problèmes sociaux. Il vise à convaincre les gens ou à les inciter à adopter des conduites ou des comportements généralement considérés comme bénéfiques. C'est la conception, l'application et le contrôle de programmes destinés à accroître l'acceptabilité d'une idée ou d'une pratique sociale au sein d'un (de) groupe(s) cible(s). Il ne peut pas créer le comportement, mais seulement contribuer à obtenir l'acceptation du comportement et un certain consentement à l'adopter. Sa stratégie est principalement fondée sur la prévention (18).
- **Méthodes chirurgicales d'avortement (avortement chirurgical)** : pratique d'un geste transcervical d'interruption de grossesse, notamment l'aspiration, et la dilatation et l'évacuation (D&E). (Voir les définitions dans la présente liste) (2).
- **Télémédecine (ou télésanté)** : un mode de prestation de services de santé selon lequel les prestataires et les patients, ou les prestataires et les personnes qui consultent, sont éloignés les uns des autres (19). Cette interaction peut avoir lieu en temps réel (de manière synchrone), par exemple par téléphone ou par liaison vidéo. Mais elle peut également avoir lieu de manière asynchrone (stockage et transmission), lorsqu'une requête est soumise et qu'une réponse est fournie ultérieurement, par exemple par courrier électronique ou par message écrit/vocal/audio.
 - **Télémédecine du patient au prestataire** : prestation de services de santé à distance ; prestation de services de santé lorsque les patients et les agents de santé sont séparés par la distance (par ex., consultations entre un patient éloigné et un agent de santé ; les patients transmettent des données médicales [images, notes, vidéos] à l'agent de santé) (20).
- **Autorisation de tiers** : exigence prescrite par la loi ou une politique, ou dans la pratique, selon laquelle une partie autre que la femme, la fille ou toute autre personne enceinte (généralement un parent, un tuteur, un conjoint, un partenaire, un agent de santé, une autorité sanitaire ou une autorité judiciaire) doit

autoriser un avortement lorsque les autres exigences légales applicables à l'avortement autorisé ont été respectées.

- **Organe de surveillance du traité** : l'application de chacun des traités internationaux relatifs aux droits de l'homme (voir ci-dessus) est contrôlée par un organe désigné (voir l'annexe 2). Les organes de surveillance des traités sont des comités composés d'experts indépendants. Leur principale fonction est de s'assurer que les États respectent le traité en question, notamment en examinant les rapports des États (2).
- **Couverture sanitaire universelle (CSU)** : accès garanti pour tous les individus à des services de promotion de la santé, de prévention, de maintien de la santé, de soins curatifs, de réadaptation et de soins palliatifs de qualité suffisante pour être efficaces et qui répondent à leurs besoins, sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières (12).
- **Aspiration (électrique ou manuelle - AE ou AM)** : l'aspiration consiste en l'évacuation du contenu de l'utérus au moyen d'une canule en plastique ou métallique, reliée à une pompe à vide. L'aspiration électrique (AE) fait appel à une pompe à vide électrique ou à pédale. La technique par aspiration manuelle (AM) se fait avec un aspirateur en plastique de 60 ml (aussi appelé seringue) que l'on tient et que l'on actionne à la main et sur lequel est fixé une canule de de 4 mm à 12 mm de diamètre. Les canules d'aspiration utilisées pour l'AE peuvent mesurer jusqu'à 16 mm de diamètre, permettant ainsi la possibilité de recourir à l'AE jusqu'à 15 à 16 semaines ou dans le cadre des soins post-avortement en cas de col dilaté, nécessitant des canules de plus grand diamètre pour une aspiration efficace.

Références bibliographiques

Voir l'annexe 3 pour consulter les références bibliographiques de ce glossaire.

Résumé d'orientation

La santé sexuelle et reproductive est fondamentale pour les individus, les couples et les familles, et pour le développement socio-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 à un niveau de santé le plus élevé possible », et à cette fin, 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 COVID-19 et sur la base des enseignements tirés des précédentes flambées épidémiques – les services de santé sexuelle et reproductive ayant été gravement perturbés, provoquant un sentiment d'impuissance chez les individus et les exposant à des risques sanitaires évitables – l'OMS a intégré les soins complets liés à l'avortement à la liste des services de santé essentiels dans certaines publications techniques récentes.¹

Les soins complets liés à l'avortement comprennent la fourniture d'informations, la prise en charge des avortements (aussi bien les avortements provoqués que les soins liés aux fausses couches/avortements spontanés) et les soins post-avortement. Il est fondamental de renforcer l'accès à des soins complets liés à l'avortement au sein du système de santé afin d'atteindre les Objectifs de développement durable (ODD) relatifs à la bonne santé et au bien-être (ODD3) et à l'égalité entre les 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 du problème de l'avortement non sécurisé² comme une action prioritaire. L'importance des soins de qualité liés à l'avortement pour la santé est également soulignée dans 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 post-avortement en tant que moyen efficace d'aider les personnes à s'épanouir et les communautés à se transformer.

La qualité des soins liés à l'avortement est un principe fondamental des présentes lignes directrices. La qualité des soins (voir le glossaire) englobe plusieurs composantes. Pour être de qualité, les soins doivent être efficaces, efficaces, 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 efficaces optimisent l'utilisation des ressources tout en limitant le gaspillage. Pour être de qualité, les soins liés à l'avortement doivent également être accessibles (administrés en 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 (tenant compte des préférences et des valeurs

1 Lorsque l'on examine la notion de « services de santé essentiels », il est important de noter que différentes régions, y compris au sein du même pays, peuvent nécessiter des approches différentes pour identifier les services essentiels et pour adapter les fonctions clés du système de santé afin de maintenir la prestation de 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/fr/publications/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2). Pour plus de références utiles, 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.

de chaque personne ayant recours à ces services et de la culture de leur communauté). Il est impératif que l'accès aux soins liés à l'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 genre, sa race, sa religion, son origine ethnique, son statut socio-économique et son niveau d'éducation, ou en fonction de sa situation géographique ou de handicap. Enfin, des soins liés à l'avortement de qualité impliquent qu'ils sont dispensés en toute sécurité et réduisent au minimum les risques et les préjudices pour les personnes ayant recours à ces services.

L'avortement est une intervention sanitaire sans risque et non complexe qui peut être prise en charge 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 sécurisé – autrement dit, lorsqu'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. L'avortement est une procédure courante dans le monde, 6 grossesses non désirées sur 10 et 3 grossesses sur 10, toutes grossesses confondues, se terminant par un avortement provoqué. Cependant, les estimations mondiales montrent que 45 % de l'ensemble des avortements ne sont pas sécurisés. Il s'agit là d'une question cruciale de santé publique et de droits humains. Les avortements non sécurisés sont de plus en plus concentrés dans les pays en développement (97 % des avortements non sécurisés y sont enregistrés) et au sein des groupes vulnérables et marginalisés. En raison des restrictions juridiques et d'autres obstacles, il est difficile, voire impossible, pour de nombreuses femmes d'accéder à des soins liés à l'avortement de qualité ; elles peuvent être ainsi amenées à provoquer elles-mêmes l'avortement par des méthodes non sécurisées ou à 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. Au total, 4,7 % à 13,2 % de tous les décès maternels sont attribués à des avortements non sécurisés, ce qui signifie qu'entre 13 865 et 38 940 décès sont causés chaque année par l'absence de fourniture de services d'avortement sans risque.

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

De nombreuses actions doivent être menées aux niveaux juridiques, du système de santé et de la communauté pour que toutes les personnes qui en ont besoin aient accès à des soins complets en cas d'avortement. L'environnement d'une personne joue un rôle crucial car il influence son accès aux soins et les résultats pour sa santé. Un environnement favorable constitue le fondement des soins complets de qualité liés à l'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 des informations ; et
3. un système de santé favorable, accessible à tout le monde, abordable et efficace.

L'avortement est légal dans la quasi-totalité des pays, bien que les circonstances spécifiques dans lesquelles une personne peut y avoir accès varient. En outre, la réglementation de l'avortement diffère de celle des autres formes de soins dans quasiment tous les pays où l'avortement est légalement disponible. Contrairement à d'autres services de santé, l'avortement est non seulement réglementé par la loi sur les soins de santé, mais également, à différents degrés, par le droit pénal. Cela a un impact sur les droits des personnes enceintes et peut avoir un effet dissuasif (par exemple, l'inaction par crainte de représailles ou de sanctions) sur la fourniture de soins de qualité. C'est pourquoi une législation et une politique claires, accessibles et fondées sur les droits constituent des gages 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 aboutit à 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 de l'homme.

L'objectif de ces lignes directrices est de présenter l'ensemble complet des recommandations et des énoncés de meilleures pratiques de l'OMS 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 les soins liés à l'avortement de qualité.

Les présentes lignes directrices actualisent et remplacent les recommandations des lignes directrices de l'OMS précédemment publiées, à savoir les suivantes :

- *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, deuxième édition (version française publiée en 2013).*
- *Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement (orientations précédemment connues sous le nom de « partage des tâches ») (version française publiée en 2016).*
- *Utilisation des médicaments dans le cadre d'un avortement (version française publiée en 2019).*

Les présentes lignes directrices contiennent de nouvelles recommandations unifiées de manière intégrée avec les recommandations existantes qui restent inchangées et celles qui ont été mises à jour après réexamen, les mêmes méthodes rigoureuses ayant été utilisées pour les recommandations nouvelles et les recommandations actualisées (voir la section « Méthodes d'élaboration des lignes directrices » ci-après pour de plus amples informations).

Dans ce document, les recommandations sont présentées selon trois domaines essentiels à la prestation de soins liés à l'avortement : droit et politique, services cliniques et prestation de services. Les recommandations concernant les lois et les politiques qui devraient être en place ou ne pas l'être afin de mettre pleinement en œuvre et de garantir des soins de qualité pour l'avortement couvrent sept domaines : la pénalisation de l'avortement, les restrictions quant à la raison de l'avortement, les limites d'âge gestationnel fixées pour l'avortement, les délais d'attente obligatoires entre la demande et la réception des soins liés à l'avortement, l'autorisation de l'avortement par un tiers, les restrictions applicables aux agents de santé pouvant fournir des services d'avortement et l'objection de conscience opposée par les prestataires (ou refus).³ Les recommandations relatives aux services cliniques couvrent les méthodes d'avortement et les soins cliniques connexes – allant de la fourniture d'informations, aux méthodes et schémas thérapeutiques pour l'avortement (pour différentes indications cliniques) en passant par la fourniture de conseils et la prise en charge de la douleur – ainsi que la prestation de soins post-avortement, incluant toutes les méthodes de contraception.⁴ Les recommandations relatives à la prestation de services portent notamment sur les catégories des agents de santé qui peuvent fournir les services cliniques concernés. Des recommandations d'auto-prise en charge ont également été formulées concernant les tâches pouvant être gérées par la femme elle-même : l'avortement médicamenteux en début de grossesse et l'utilisation de différents contraceptifs, y compris l'auto-administration de contraceptifs injectables. Une recommandation relative à la télémédecine pour faciliter l'avortement médicamenteux précoce a également

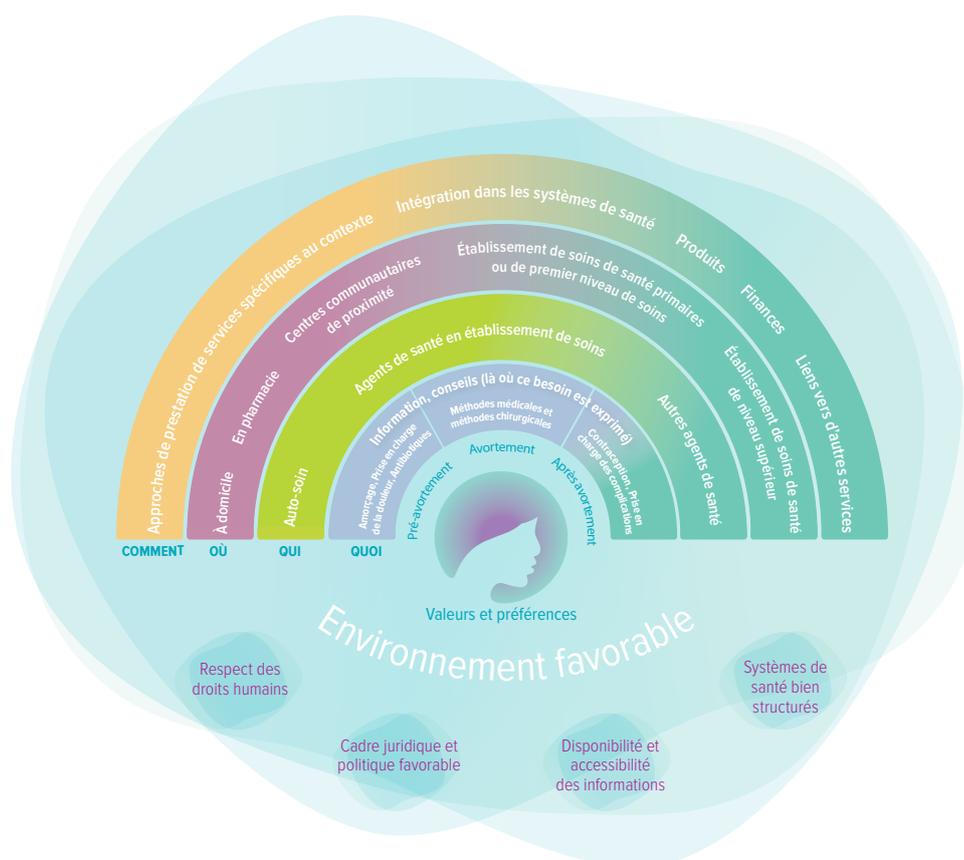
3 Ces questions et les interventions connexes ont été abordées dans une précédente édition sur l'Avortement sécurisé (OMS, édition française publiée en 2013) et ont fait l'objet d'une recommandation générique. Dans les présentes lignes directrices, elles ont chacune été traitées séparément sous la forme 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 les différentes méthodes auto-administrées.

été incluse, ainsi que des énoncés sur les meilleures pratiques concernant d'autres approches de prestation de services pour les soins liés à l'avortement. Les présentes lignes directrices tiennent compte des changements récents touchant 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 lignes directrices 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 dans le 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 de celles qui en font la demande, puisqu'elles sont considérées comme des bénéficiaires des services de santé mais aussi comme des participantes actives à ces services. Les préférences individuelles en matière de santé peuvent varier ; aucun modèle unique de soins liés à l'avortement ne permettra de répondre aux besoins de l'ensemble des personnes ayant recours à ce type de soins. Cependant, les valeurs fondamentales de dignité, d'autonomie, d'égalité, de confidentialité, de communication, de soutien social, de soins de soutien et de confiance constituent la base des soins liés à l'avortement et sont prises en considération tout au long des présentes lignes directrices. Des efforts supplémentaires doivent être déployés pour intégrer les mises en lien avec des services de soins liés à l'avortement de qualité dans l'ensemble du système de santé, et l'attention portée aux droits humains et à l'égalité entre les sexes doit s'étendre à tous les contextes de prestation de services aux personnes ayant recours aux 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 du niveau national et infranational, des décideurs, des responsables 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 d'autres parties prenantes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et droits connexes (SSRDC), afin de les aider à garantir la disponibilité et l'accessibilité à l'échelle mondiale des soins liés à l'avortement, de qualité et fondés sur des données probantes.

Toute personne a le droit d'accéder à des services de santé sexuelle et reproductive sans discrimination et en toute égalité. Le droit d'être protégé contre toute discrimination est énoncé dans la déclaration universelle des droits de l'homme et dans d'autres traités universels et instruments régionaux relatifs aux 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 la reconnaissance effective de son identité de genre est lié au droit à l'égalité de reconnaissance devant la loi ».

Dans les présentes lignes directrices, nous reconnaissons que la plupart des données probantes disponibles sur l'avortement peuvent être considérées comme provenant de recherches menées auprès de populations de femmes cisgenres, et nous tenons également compte du fait que les femmes cisgenres, les hommes transgenres, les personnes non binaires, les personnes au genre fluide et les personnes intersexes ayant un système de reproduction féminin et capables de tomber enceintes peuvent avoir besoin de soins liés à l'avortement. Dans un souci de concision et pour faciliter la lecture de ces lignes directrices, nous utilisons le plus souvent le terme

« femme » pour désigner les personnes de tous genres susceptibles d'avoir besoin de soins liés à l'avortement, bien que nous utilisions également les termes « individu », « personne » et « personne souhaitant avoir recours à l'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 doivent pas être source de discrimination.

Méthodes d'élaboration des lignes directrices

Le Groupe d'orientation des lignes directrices de l'OMS et le Secrétariat général de l'OMS, ainsi que des membres du personnel du siège et des 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 relatives à l'avortement sécurisé, suivie de réunions de cadrage organisées entre novembre 2018 et juin 2019 afin de déterminer les principaux domaines thématiques et de formuler des questions clés à évaluer au moyen de recherches et de l'analyse des données probantes, pour chacun des trois domaines retenus : 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 probantes et des recommandations 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 probantes. Les membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices ont été sélectionnés et invités par le Groupe d'orientation parmi les membres des Groupes d'examen des données probantes pour chaque domaine, afin de constituer un seul groupe pluridisciplinaire, comprenant également 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, les Groupes d'examen des données probantes et des recommandations et le Groupe d'élaboration des lignes directrices en charge de la formulation et de l'amélioration des recommandations se sont appuyés pour ce faire sur les données probantes disponibles (de qualité variable, allant d'élevée à très faible), à l'aide de l'approche GRADE (en anglais « Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation »). Ils se sont également appuyés sur les tableaux décisionnels fondés sur des données probantes préparés par les Équipes de synthèse des données probantes, ainsi que sur l'expertise et l'expérience de leurs propres membres. Le cadre INTEGRATE de l'OMS a servi de base à la décision quant à la direction et la force de chaque recommandation (voir les notes accompagnant le tableau récapitulatif ci-dessous). En ce qui concerne les recommandations d'ordre juridique et politique, ce même cadre a été utilisé, mais une approche innovante a été mise au point pour évaluer les données probantes d'une manière qui intègre efficacement la protection et le respect des droits humains dans les résultats et l'analyse sanitaires.

À l'issue des réunions du Groupe d'examen des données probantes et des recommandations et du Groupe d'élaboration des lignes directrices, la version préliminaire révisée des recommandations et le projet complet des lignes directrices ont été examinés par les membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices et du Groupe d'examen par les pairs externe. Les observateurs à la réunion du Groupe d'élaboration des lignes directrices 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 de l'homme (HCDH), l'édition finale et la planification de la publication et du lancement. L'ensemble des méthodes d'élaboration des lignes directrices sont présentées à l'annexe 4.

Tableau récapitulatif des recommandations présentées dans les présentes lignes directrices

Remarques importantes :

i. Chaque recommandation et sa direction (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 déterminations ont été fondées sur les six critères de fond du cadre INTEGRATE de l'OMS tel qu'appliqué à chaque intervention pour la population spécifiée – l'équilibre entre les avantages et les inconvénients pour la santé, les droits humains et l'acceptabilité socioculturelle, l'équité, l'égalité et la non-discrimination en matière de santé, les implications sociétales, les considérations financières et économiques, et les considérations relatives à la faisabilité et au système de santé – tout en tenant compte du méta-critère de la qualité des données probantes (c'est-à-dire le type, la taille et les limites des études disponibles dont sont issues les données probantes). La formulation utilisée est la suivante :

- **Recommander** – recommandation forte en faveur de l'intervention.
- **Suggérer** – recommandation faible en faveur de l'intervention.
- **Déconseiller** – recommandation forte à l'encontre de l'intervention/en faveur de la comparaison.

ii. La plupart des recommandations sont catégorisées sous la mention LP pour « droit et politique », SC pour « services cliniques » ou PS pour « prestation de services », en référence au domaine dans lequel les données étayant ces recommandations ont été examinées et évaluées par les groupes d'experts respectifs (Groupes d'examen des données probantes et des recommandations). En outre, cinq recommandations portent la mention AUTO-PRISE EN CHARGE.

iii. Les recommandations relatives à la prestation de services (PS) portant sur les catégories d'agents de santé partent du principe 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 le document de l'OMS intitulé Santé sexuelle et reproductive. Compétences de base en soins primaires (version française publiée en 2012), qui décrit les compétences (y compris les aptitudes et les connaissances) requises pour chaque tâche.

iv. 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 de noter que les lignes directrices de 2013 sur l'Avortement sécurisé formulaient une recommandation générique à caractère juridique et politique ; dans les présentes lignes directrices, sept recommandations distinctes sont formulées, sans être pour autant considérées comme « nouvelles » (il s'agit des recommandations 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22).

SECTION Thème Numéro et type de recommandation ou d'énoncé de meilleure pratique	Recommandation ou énoncé de meilleure pratique	Numéro de page
RÉGLEMENTATION DE L'AVORTEMENT		
Pénalisation		
1 (LOI ET POLITIQUE-LP)	<p>Recommander la dépénalisation complète de l'avortement.</p> <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 eu recours à l'avortement, avoir aidé à y avoir recours, avoir fourni des informations sur la pratique de l'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. 	24

SECTION Thème Numéro et type de recommandation ou d'énoncé de meilleure pratique	Recommandation ou énoncé de meilleure pratique	Numéro de page
Restrictions quant à la raison		
2 (LP)	<p>a. Déconseiller les lois et autres réglementations qui restreignent l'avortement quant au motif.</p> <p>b. Recommander que l'avortement soit disponible à la demande de la femme, de la fille ou de toute autre personne enceinte.</p> <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, les motifs existants devraient être formulés et appliqués d'une manière conforme au droit international relatif aux droits de l'homme. 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 humains. Pour ce faire : <ul style="list-style-type: none"> i. les motifs existants doivent être définis, interprétés et appliqués de manière conforme aux droits humains ; ii. l'avortement doit être disponible lorsque mener sa grossesse à terme entraînerait pour la femme, la fille ou toute autre personne enceinte une douleur ou une souffrance importante, notamment, mais sans s'y limiter, dans les cas où la grossesse est le résultat d'un viol ou d'un inceste ou lorsque la grossesse n'est pas viable ; iii. l'avortement doit être disponible 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 doivent tenir compte des définitions OMS de la santé et de la santé mentale (voir le glossaire) ; et v. il ne doit pas exister 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 Web A : Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement)). 	26
Limites d'âge gestationnel		
3 (LP)	Déconseiller les lois et autres réglementations interdisant l'avortement en fonction des limites d'âge gestationnel.	28
SERVICES DANS LE CADRE DU CONTINUUM DE SOINS		
Fourniture d'informations sur les soins liés à l'avortement		
4 (PRESTATION DE SERVICES - PS)	<p>Dans le cadre du continuum de soins liés à l'avortement :</p> <p>a. Recommander la fourniture d'informations sur les soins liés à l'avortement par des agents de santé communautaires, des pharmaciens, des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des aides-soignants/sages-femmes auxiliaires (ISFA), du personnel infirmier, des sages-femmes, des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, des médecins généralistes et des médecins spécialistes.</p> <p>b. Suggérer la fourniture d'informations sur les soins liés à l'avortement par le personnel de pharmacie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condition : dans les contextes où le personnel de pharmacie travaille sous la supervision directe d'un pharmacien et dans les cas où l'accès aux services de santé adaptés ou l'orientation vers ces services est garanti. 	35
Fourniture de conseils		
5 (PS)	<p>Dans le cadre du continuum de soins liés à l'avortement :</p> <p>a. Recommander la fourniture de conseils par des agents de santé communautaires, des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des aides-soignants/des sages-femmes auxiliaires (ISFA), du personnel infirmier, des sages-femmes, des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, des médecins généralistes et des médecins spécialistes.</p> <p>b. Suggérer la fourniture de conseils par le personnel de pharmacie et les pharmaciens.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condition : des conseils équilibrés sont fournis (concernant à la fois la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale) et il existe un accès à ou une orientation vers des services de santé adaptés si la femme opte pour la méthode chirurgicale. 	38
AVANT L'AVORTEMENT		
Délais d'attente obligatoires		
6 (LP)	Déconseiller les délais d'attente obligatoires pour l'avortement.	41

SECTION Thème Numéro et type de recommandation ou d'énoncé de meilleure pratique	Recommandation ou énoncé de meilleure pratique	Numéro de page
Autorisation de tiers		
7 (LP)	<p>Recommander que l'avortement soit disponible à la demande de la femme, de la fille ou de toute autre personne enceinte, sans nécessiter l'autorisation d'une autre personne, organisation ou institution.</p> <p>Remarque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la participation des parents ou du partenaire à la prise de décision concernant l'avortement peut soutenir et aider les femmes, les filles ou toute autre personne enceinte, celle-ci doit reposer sur les valeurs et les préférences de la personne qui a recours à l'avortement et ne pas être imposée par l'obligation d'une autorisation de tiers 	43
Iso-immunisation rhésus en cas d'avortement à un âge gestationnel <12 semaines		
8 (SERVICES CLINIQUES - SC) (NOUVEAU)	<p>En cas d'avortement médicamenteux et d'avortement chirurgical à <12 semaines : Déconseiller l'administration d'immunoglobulines anti-D.</p> <p>Remarque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La norme de soins s'applique pour l'administration d'anti-D à des âges gestationnels ≥12 semaines. 	44
Antibioprophylaxie en cas d'avortement chirurgical ou médicamenteux		
9 (SC)	<p>a. En cas d'avortement chirurgical, quel que soit le risque de maladie inflammatoire pelvienne : Recommander l'administration d'antibiotiques prophylactiques appropriés avant ou pendant l'intervention.</p> <p>b. En cas d'avortement médicamenteux, Déconseiller l'utilisation d'antibiotiques prophylactiques.</p> <p>Remarque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le manque d'antibiotiques ne devrait pas limiter l'accès aux services de soins liés à l'avortement. 	46
Détermination de l'âge gestationnel de la grossesse : échographie avant avortement		
10 (SC)	<p>En cas d'avortement médicamenteux comme en cas d'avortement chirurgical : Déconseiller le recours à l'échographie comme condition préalable à la prestation de services de soins liés à l'avortement. *</p> <p>Remarque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une réglementation légale limitant la disponibilité de l'avortement selon l'âge gestationnel peut exiger ou induire la réalisation d'une échographie pour vérifier l'âge gestationnel avant l'avortement, même si cela n'est pas nécessaire sur le plan 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'accès à l'échographie est difficile. <p>* Au cas par cas, il peut y avoir des raisons cliniques de recourir à l'échographie avant un avortement.</p>	47
Prise en charge de la douleur lors de l'avortement		
<p>11–14 (SC) En cas d'avortement chirurgical et pour une préparation cervicale préalable</p> <p><i>NOTE: les NOUVELLES recommandations 12, 13 et 14 portent sur une prise en charge de la douleur S'AJOUTANT à celle des AINS (11a)</i></p>	<p>11. Pour la prise en charge de la douleur lors d'un avortement chirurgical quel que soit l'âge gestationnel :</p> <p>a. Recommander de proposer systématiquement des analgésiques (par exemple des anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]) et de les fournir aux personnes qui le souhaitent ; et</p> <p>b. Déconseiller le recours systématique à l'anesthésie générale.</p> <p>12. (NOUVEAU) Pour la prise en charge de la douleur lors d'un avortement chirurgical à <14 semaines :</p> <p>a. Recommander la réalisation d'un bloc paracervical ; et</p> <p>b. Suggérer que l'option de la prise en charge combinée de la douleur par sédation consciente et bloc paracervical soit proposée, lorsque la sédation consciente est disponible.</p> <p>13. (NOUVEAU) Pour la prise en charge de la douleur lors de la préparation cervicale au moyen de dilateurs osmotiques avant un avortement chirurgical à ≥14 semaines : Suggérer la réalisation d'un bloc paracervical.</p> <p>Remarque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 relatives à la préparation cervicale) <p>14. (NOUVEAU) Pour la prise en charge de la douleur lors d'un avortement chirurgical à ≥14 semaines :</p> <p>a. Recommander la réalisation d'un bloc paracervical ; et</p> <p>b. Suggérer que l'option de la prise en charge combinée de la douleur par sédation consciente et bloc paracervical soit proposée, lorsque la sédation consciente est disponible.</p>	49

SECTION Thème Numéro et type de recommandation ou d'énoncé de meilleure pratique	Recommandation ou énoncé de meilleure pratique	Numéro de page
15 et 16 (SC) En cas d'avortement médicamenteux <i>NOTE: la NOUVELLE recommandation 16 porte sur une prise en charge de la douleur S'AJOUTANT à celle des AINS (15)</i>	15. Pour un avortement médicamenteux quel que soit l'âge gestationnel : Recommander de proposer systématiquement des analgésiques (par exemple des anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]) et de les fournir aux personnes qui le souhaitent ; et 16. (NOUVEAU) Pour la prise en charge de la douleur lors d'un avortement médicamenteux à ≥12 semaines : Suggérer d'envisager des méthodes supplémentaires pour prendre en charge la douleur ou l'inconfort dus à l'augmentation de la douleur avec l'âge gestationnel. Ces méthodes incluent certains antiémétiques et l'anesthésie péridurale, si disponible. Remarque : <ul style="list-style-type: none"> En cas d'avortement médicamenteux à un âge gestationnel <14 semaines, si les AINS (par exemple l'ibuprofène) ne sont pas disponibles ou ne constituent pas une option, alors l'acétaminophène peut être envisagé pour soulager la douleur. 	51
Préparation cervicale avant un avortement chirurgical		
17 (SC) à <12 semaines	Avant un avortement chirurgical à <12 semaines : a. En cas de préparation cervicale : Suggérer les schémas médicamenteux suivants : <ul style="list-style-type: none"> 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 dilateurs osmotiques pour la préparation cervicale. Remarques: <ul style="list-style-type: none"> La voie sublinguale est plus efficace pour l'administration de misoprostol. Des analgésiques appropriés devraient être fournis. 	54
18 (SC) (NOUVEAU) à ≥12 semaines	Avant un avortement chirurgical à des âges gestationnels plus avancés : a. En cas d'avortement chirurgical à ≥12 semaines : Suggérer une préparation cervicale avant l'intervention. b. En cas d'avortement chirurgical entre 12 et 19 semaines : Suggérer une préparation cervicale médicamenteuse uniquement (une association de mifépristone et de misoprostol est préférable) ou à l'aide d'un dilateur osmotique associé à un médicament (mifépristone, misoprostol, ou une association des deux). c. En cas d'avortement chirurgical entre 12 et 19 semaines, lorsqu'un dilateur osmotique est utilisé pour la préparation cervicale : Suggérer que la période entre l'insertion du dilateur osmotique et l'intervention ne dépasse pas deux jours. d. En cas d'avortement chirurgical à ≥19 semaines : Recommander une préparation cervicale à l'aide d'un dilateur osmotique associé à un médicament (mifépristone, misoprostol ou une association des deux). Remarque : <ul style="list-style-type: none"> Il existe peu de données probantes concernant la préparation cervicale à un âge gestationnel compris entre 12 et 14 semaines. Par conséquent, les agents de santé devraient se fonder sur le jugement clinique pour décider de la méthode de préparation cervicale la plus appropriée avant l'aspiration pour cette tranche d'âge gestationnel. 	55
19 (PS) à l'aide de médicaments, quel que soit l'âge gestationnel	Avant un avortement chirurgical quel que soit l'âge gestationnel : a. Recommander une préparation cervicale médicamenteuse par des spécialistes des médecines conventionnelles et des médecines complémentaires, des aides-soignants/infirmières sages-femmes auxiliaires (ISFA), du personnel infirmier, des sages-femmes, des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, des médecins généralistes et des médecins spécialistes. b. Suggérer une préparation cervicale médicamenteuse par des agents de santé communautaires, du personnel de pharmacie ou des pharmaciens. <ul style="list-style-type: none"> Condition : la fourniture de médicaments aux fins de la préparation cervicale faisant partie intégrante du processus de l'avortement chirurgical, l'agent de santé doit assurer la continuité des soins à la femme qui reçoit les médicaments avant la procédure d'avortement. 	56
20 (PS) à l'aide de dilateurs osmotiques à ≥12 semaines	Avant la dilatation et l'évacuation (D&E) à ≥12 semaines : a. Recommander une préparation cervicale à l'aide de dilateurs osmotiques par des aides-soignants/ sages-femmes auxiliaires (ISFA), du personnel infirmier, des sages-femmes, des cliniciens associés/ cliniciens associés de niveau avancé, des médecins généralistes et des médecins spécialistes. b. Suggérer une préparation cervicale à l'aide de dilateurs osmotiques par des spécialistes des médecines conventionnelles et des médecines complémentaires. <ul style="list-style-type: none"> Condition : l'agent de santé assure la continuité des soins depuis la préparation cervicale jusqu'à la D&E. 	57

SECTION Thème Numéro et type de recommandation ou d'énoncé de meilleure pratique	Recommandation ou énoncé de meilleure pratique	Numéro de page
Restrictions relatives aux prestataires		
21 (LP)	<p>Déconseiller l'adoption d'une réglementation portant sur les personnes autorisées à pratiquer et à prendre en charge l'avortement qui ne soit pas conforme aux lignes directrices de l'OMS.</p> <p>Remarque :</p> <ul style="list-style-type: none"> Lorsque le droit ou la politique régit qui peut pratiquer ou prendre en charge l'avortement, cette réglementation devrait être conforme aux lignes directrices de l'OMS, lesquelles sont présentées au chapitre 3 du présent document. 	59
Objection de conscience		
22 (LP)	<p>Recommander que l'accès des soins complets liés à l'avortement et leur continuité soient protégés contre les obstacles créés par l'objection de conscience.</p> <p>Remarques:</p> <ul style="list-style-type: none"> En dépit de l'obligation de veiller, en vertu des droits humains, à ce que l'objection de conscience n'entrave pas l'accès à des soins liés à l'avortement de qualité, et en dépit des recommandations existantes de l'OMS visant à garantir que l'objection de conscience ne compromette pas ou n'entrave pas l'accès aux soins liés à l'avortement, l'objection de conscience constitue aujourd'hui encore un obstacle à l'accès à des soins de qualité pour l'avortement. Il est primordial que les États veillent au respect de la réglementation et conçoivent/organisent des systèmes de santé garantissant l'accès à des soins liés à l'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 les droits des personnes souhaitant avoir recours à l'avortement, l'objection de conscience à l'avortement pourrait devenir indéfendable. Les données examinées tenaient compte de l'incidence 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 l'application des droits des personnes sollicitant un avortement (voir les détails dans le texte principal). 	60
AVORTEMENT		
Méthodes d'avortement chirurgical		
23 (SC) à <14 semaines	<p>En cas d'avortement chirurgical à <14 semaines :</p> <p>a. Recommander l'aspiration.</p> <p>b. Déconseiller la pratique de la dilatation et du curetage (D&C), y compris les contrôles par curette (c.-à-d. pour « compléter » l'avortement) après aspiration.</p> <p>Remarques:</p> <ul style="list-style-type: none"> Les études observationnelles indiquent que l'aspiration est associée à moins de complications que la D&C ; cependant, la puissance des essais contrôlés randomisés était trop faible pour détecter une différence dans les taux de complications. Aucune donnée ne permet d'appuyer le recours aux contrôles par curette après aspiration. La qualité des données probantes issues d'essais contrôlés randomisés a été jugée faible à modérée. 	63
24 (PS) Aspiration <14 semaines	<p>En cas d'avortement chirurgical à <14 semaines :</p> <p>a. Recommander l'aspiration par des spécialistes des médecines conventionnelles et des médecines complémentaires, du personnel infirmier, des sages-femmes, des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, des médecins généralistes et des médecins spécialistes.</p> <p>b. Suggérer la pratique de l'aspiration par des aides-soignants/sages-femmes auxiliaires (ISFA).</p> <ul style="list-style-type: none"> Condition : dans des contextes où il existe des mécanismes établis au sein du système de santé autorisant les aides-soignants/sages-femmes auxiliaires à dispenser des soins obstétricaux d'urgence de base, et où les systèmes d'orientation et de suivi sont solides. 	64
25 (SC) à ≥14 semaines	<p>En cas d'avortement chirurgical à ≥14 semaines : Recommander la dilatation et l'évacuation (D&E).</p> <p>Remarque :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'aspiration peut être utilisée pendant une D&E (c'est-à-dire à des fins d'amniotomie ou de retrait de tissus à la fin de la D&E). 	65
26 (PS) D&E à ≥14 semaines	<p>En cas d'avortement chirurgical à ≥14 semaines :</p> <p>a. Recommander la D&E par des médecins généralistes et des médecins spécialistes.</p> <p>b. Suggérer la D&E par des spécialistes des médecines conventionnelles et des médecines complémentaires, des sages-femmes et des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé.</p> <ul style="list-style-type: none"> Condition : dans des contextes où il existe des mécanismes établis au sein du système de santé prévoyant la participation de ces agents de santé à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive. 	65

SECTION Thème Numéro et type de recommandation ou d'énoncé de meilleure pratique	Recommandation ou énoncé de meilleure pratique	Numéro de page
Prise en charge médicamenteuse en cas d'avortement provoqué		
27 (SC) à <12 semaines	<p>En cas d'avortement médicamenteux avant 12 semaines de grossesse :</p> <p>a. Recommander l'administration de 200 mg de mifépristone par voie orale, puis l'administration 1 à 2 jours plus tard de 800 µg de misoprostol par voie vaginale, sublinguale ou buccale. L'intervalle minimum recommandé entre l'administration de la mifépristone et celle du misoprostol est de 24 heures.*</p> <p>b. En cas d'utilisation de misoprostol seul : Recommander l'administration de 800 µg de misoprostol par voie vaginale, sublinguale ou buccale.*</p> <p>c. (NOUVEAU) Suggérer l'utilisation d'une association de létrozole et de misoprostol (létrozole 10 mg par voie orale chaque jour pendant 3 jours, puis 800 µg de misoprostol par voie sublinguale le quatrième jour) en tant qu'option sûre et efficace.*</p> <p>Remarques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données issues des études cliniques démontrent que le schéma combiné (recommandation 27a) est plus efficace que le misoprostol seul. • Toutes les voies d'administration du misoprostol sont incluses afin de tenir compte de la préférence de la patiente et du prestataire. • L'association suggérée de létrozole et de misoprostol peut être sûre et efficace jusqu'à 14 semaines de grossesse d'âge gestationnel. <p>* Des doses répétées de misoprostol peuvent être envisagées si nécessaire pour assurer la réussite de l'avortement. Dans les présentes lignes directrices, nous n'indiquons pas un nombre maximum de doses de misoprostol.</p> <p>† De plus amples données sont nécessaires afin de déterminer la sécurité, l'efficacité et l'acceptabilité de l'association de létrozole et de misoprostol à des âges gestationnels plus avancés, en particulier par rapport à l'association de mifépristone et de misoprostol (les données disponibles portaient sur la comparaison avec l'utilisation du misoprostol seul).</p>	68
28 (PS) à <12 semaines* en totalité ou en partie (c'est-à-dire en effectuant tout ou partie des sous-tâches)†	<p>En cas d'avortement médicamenteux <12 semaines de grossesse :</p> <p>Recommander la prise en charge de l'avortement médicamenteux par soi-même (voir la recommandation 50), des agents de santé communautaires, du personnel de pharmacie, des pharmaciens, des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des aides-soignants/des sages-femmes auxiliaires (ISFA), du personnel infirmier, des sages-femmes, des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, des médecins généralistes et des médecins spécialistes.</p> <p>* Les données probantes disponibles sur la pratique indépendante de l'avortement médicamenteux par du personnel non médical couvrent des âges gestationnels allant jusqu'à 10 semaines (70 jours).</p> <p>† Pour cette recommandation, les schémas d'avortement médicamenteux couverts par les données disponibles étaient l'association de mifépristone et de misoprostol, ou le misoprostol seul (le schéma utilisant le létrozole n'était pas inclus).</p>	69
29 (SC) à ≥12 semaines	<p>En cas d'avortement médicamenteux à ≥12 semaines de grossesse :</p> <p>a. Suggérer l'administration de 200 mg de mifépristone par voie orale, puis l'administration 1 à 2 jours plus tard de doses répétées de 400 µg de misoprostol par voie vaginale, sublinguale ou buccale toutes les 3 heures.* * L'intervalle minimum recommandé entre l'administration de la mifépristone et celle du misoprostol est de 24 heures.</p> <p>b. En cas d'utilisation de misoprostol seul : Suggérer l'administration de doses répétées de 400 µg de misoprostol par voie vaginale, sublinguale ou buccale toutes les 3 heures.**</p> <p>Remarques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'association thérapeutique (recommandation 29a) est plus efficace que l'utilisation du misoprostol seul. • Les données probantes suggèrent que la voie vaginale est la plus efficace. Il est suggéré d'inclure toutes les voies d'administration afin de tenir compte de la préférence des patientes et des prestataires. • Les débris de la grossesse devraient être traités de la même manière que tout autre matériel biologique, à moins que la personne ne souhaite qu'ils soient traités autrement. <p>* Le misoprostol peut être répété à l'intervalle indiqué si nécessaire afin d'assurer la réussite de l'avortement. Les prestataires devraient faire preuve de prudence et de jugement clinique pour décider du nombre maximum de doses de misoprostol à administrer chez les personnes enceintes ayant déjà eu une chirurgie utérine. 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 considération à un âge gestationnel plus avancé.</p> <p>† La dose de misoprostol doit être réduite pour les avortements provoqués au-delà de 24 semaines en raison de données limitées. Le jugement clinique doit être utilisé pour déterminer la dose appropriée, en reconnaissant la plus grande sensibilité de l'utérus aux prostaglandines</p>	71
30 (PS) à ≥12 semaines	<p>En cas d'avortement médicamenteux à ≥12 semaines :</p> <p>a. Recommander la prise en charge médicamenteuse par des médecins généralistes et des médecins spécialistes.</p> <p>b. Suggérer la prise en charge médicamenteuse par des spécialistes des médecines conventionnelles et des médecines complémentaires, des aides-soignants/sages-femmes auxiliaires (ISFA), du personnel infirmier, des sages-femmes et des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condition : dans les contextes où un accès facile et établi à un service de chirurgie adapté et à une infrastructure appropriée est disponible pour traiter l'avortement incomplet ou d'autres complications. 	71

SECTION Thème Numéro et type de recommandation ou d'énoncé de meilleure pratique	Recommandation ou énoncé de meilleure pratique	Numéro de page
Avortement manqué		
31 (SC) (NOUVEAU) Prise en charge médicamenteuse à <14 semaines	<p>En cas d'avortement manqué à <14 semaines, pour les personnes préférant une prise en charge médicamenteuse: Recommander l'association de mifépristone et de misoprostol plutôt que le misoprostol seul.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schéma recommandé : 200 mg de mifépristone par voie orale, puis 800 µg de misoprostol par la voie d'administration préférée (buccale, vaginale ou sublinguale).* • Schéma alternatif : 800 µg de misoprostol par la voie d'administration préférée (buccale, vaginale ou sublinguale).* <p>Remarques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La décision relative au type de prise en charge (non interventionniste, médicamenteuse ou chirurgicale) en cas d'avortement manqué devrait se fonder sur l'état clinique de la personne et sa préférence concernant 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 des débris de grossesse et du risque accru de vacuité incomplète de l'utérus. • Les débris de la grossesse devraient être traités de la même manière que tout autre matériel biologique, à moins que la personne ne souhaite qu'ils soient traités autrement. <p>* L'intervalle minimum recommandé entre l'administration de la mifépristone et celle du misoprostol est de 24 heures.*</p> <p>* Si l'autre option est utilisée (misoprostol seul), il convient de noter qu'à des âges gestationnels ≥9 semaines, les données montrent que l'administration répétée de misoprostol est plus efficace pour assurer la réussite de l'avortement. Dans les présentes lignes directrices, nous n'indiquons pas un nombre maximum de doses de misoprostol.</p>	74
Mort fœtale intra-utérine		
32 (SC) Prise en charge médicamenteuse entre ≥14 et ≤28 semaines	<p>Pour la prise en charge médicamenteuse de la MFIU entre ≥14 et ≤28 semaines : Suggérer l'association de mifépristone et de misoprostol plutôt que le misoprostol seul.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schéma suggéré : 200 mg de mifépristone administrés par voie orale, puis 1 à 2 jours plus tard, doses répétées de 400 µg de misoprostol par voie sublinguale ou vaginale toutes les 4 à 6 heures. ** L'intervalle minimum recommandé entre l'administration de mifépristone et celle de misoprostol est de 24 heures. • Schéma alternatif : doses répétées de 400 µg de misoprostol administrées par voie sublinguale ou vaginale toutes les 4 à 6 heures. ** <p>Remarques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données issues des études cliniques indiquent que le schéma combiné est plus efficace que le misoprostol seul. • Les débris de la grossesse devraient être traités de la même manière que tout autre matériel biologique, à moins que la personne ne souhaite qu'ils soient traités autrement. <p>* Le misoprostol peut être répété à l'intervalle indiqué si nécessaire afin d'assurer la réussite de l'avortement. Les prestataires devraient faire preuve de prudence et de jugement clinique pour décider du nombre maximum de doses de misoprostol à administrer chez les personnes enceintes ayant déjà eu une chirurgie utérine. 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 considération à un âge gestationnel plus avancé.</p> <p>‡ Si la dose de misoprostol doit être réduite pour les IJFD au-delà de 28 semaines en raison de données limitées. Le jugement clinique doit être utilisé pour déterminer la dose appropriée, en reconnaissant la plus grande sensibilité de l'utérus aux prostaglandines.</p>	76
33 (PS) (NOUVEAU) Prise en charge médicamenteuse entre ≥14 et ≤28 semaines	<p>En cas de MFIU entre ≥14 et ≤28 semaines :</p> <ol style="list-style-type: none"> Recommander la prise en charge médicamenteuse par des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Suggérer la prise en charge médicamenteuse par des spécialistes des médecines conventionnelles et des médecines complémentaires, des aides-soignants/sages-femmes auxiliaires (ISFA), du personnel infirmier, des sages-femmes et des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé. <ul style="list-style-type: none"> • Condition : dans les contextes où un accès facile et établi à un service de chirurgie adapté et à une infrastructure appropriée est disponible pour traiter l'avortement incomplet ou d'autres complications. 	76
APRÈS L'AVORTEMENT		
Soins de suivi ou services supplémentaires		
34 (SC)	<p>Après un avortement chirurgical ou un avortement médicamenteux sans complications : Recommander l'absence de nécessité médicale d'une visite de suivi systématique. Toutefois, des informations devraient être fournies sur la disponibilité de services supplémentaires s'ils sont indispensables ou souhaités.</p> <p>Remarques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 motivant un retour au suivi, telles que des saignements abondants prolongés, l'absence totale de saignements en cas de prise en charge médicamenteuse de l'avortement, une douleur non soulagée par les médicaments ou en cas de fièvre. • La qualité des données probantes a été jugée faible (études d'observation et données indirectes). 	80

SECTION Thème Numéro et type de recommandation ou d'énoncé de meilleure pratique	Recommandation ou énoncé de meilleure pratique	Numéro de page
Avortement incomplet		
35 et 36 (SC)	<p>35. En cas d'avortement incomplet à <14 semaines :</p> <p>Recommander soit une aspiration, soit une prise en charge médicamenteuse.</p> <p>36a. Pour la prise en charge médicamenteuse d'un avortement incomplet à une taille utérine <14 semaines : Suggérer l'administration de 600 µg de misoprostol par voie orale ou de 400 µg de misoprostol par voie sublinguale.</p> <p>36b. Pour la prise en charge médicamenteuse d'un avortement incomplet à une taille utérine ≥14 semaines: Suggérer l'administration de doses répétées de 400 µg de misoprostol toutes les 3 heures par voie sublinguale, vaginale ou buccale. *</p> <p>Remarques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La décision relative au type de prise en charge de l'avortement incomplet devrait se fonder sur l'état clinique de la personne et sa préférence concernant le traitement. • La prise en charge non interventionniste en cas d'avortement incomplet peut être aussi efficace que la prise en charge par 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 des débris de grossesse et du risque accru de vacuité incomplète de l'utérus. • La recommandation 35 a été extrapolée à partir des recherches menées chez les femmes ayant signalé un avortement spontané. <p>* Le misoprostol peut être répété à l'intervalle indiqué si nécessaire afin d'assurer la réussite de l'avortement. À des âges gestationnels ≥14 semaines, les prestataires devraient faire preuve de prudence et de jugement clinique pour décider du nombre maximum de doses de misoprostol à administrer chez les personnes enceintes ayant déjà eu une chirurgie utérine. 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 considération à un âge gestationnel avancé.</p>	81
37 (PS) Prise en charge médicamenteuse par misoprostol à <14 semaines	<p>En cas d'avortement incomplet sans complications à <14 semaines :</p> <p>Recommander la prise en charge médicamenteuse par misoprostol par des agents de santé communautaires, du personnel de pharmacie, des pharmaciens, des spécialistes des médecines conventionnelles et des médecines complémentaires, des aides-soignants/des sages-femmes auxiliaires (ISFA), des sages-femmes, des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, des médecins généralistes et des médecins spécialistes.</p>	82
38 (PS) Aspiration à <14 semaines	<p>En cas d'avortement incomplet sans complications à <14 semaines :</p> <p>a. Recommander l'aspiration par des spécialistes des médecines conventionnelles et des médecines complémentaires, du personnel infirmier, des sages-femmes, des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, des médecins généralistes et des médecins spécialistes.</p> <p>b. Suggérer la pratique de l'aspiration par des aides-soignants/sages-femmes auxiliaires (ISFA).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condition : dans les contextes où il existe des mécanismes établis au sein du système de santé autorisant les aides-soignants/sages-femmes auxiliaires à dispenser des soins obstétricaux d'urgence de base, et où les systèmes d'orientation et de suivi sont solides. 	83
Prise en charge des complications n'engageant pas le pronostic vital		
39 (PS) Infection	<p>En cas d'infection post-avortement n'engageant pas le pronostic vital :</p> <p>Recommander une prise en charge initiale par des spécialistes des médecines conventionnelles et des médecines complémentaires, des aides-soignants/sages-femmes auxiliaires (ISFA), du personnel infirmier, des sages-femmes, des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, des médecins généralistes et des médecins spécialistes. *</p> <p>* Il est important que les pharmaciens, le personnel de pharmacie et les agents de santé communautaires possèdent les connaissances requises pour pouvoir reconnaître les signes et les symptômes de cette complication.</p>	85
40 (PS) Hémorragie	<p>En cas d'hémorragie post-avortement n'engageant pas le pronostic vital :</p> <p>Recommander une prise en charge initiale par des spécialistes des médecines conventionnelles et des médecines complémentaires, des aides-soignants/sages-femmes auxiliaires (ISFA), du personnel infirmier, des sages-femmes, des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, des médecins généralistes et des médecins spécialistes. *</p> <p>* Il est important que les pharmaciens, le personnel de pharmacie et les agents de santé communautaires possèdent les connaissances requises pour pouvoir reconnaître les signes et les symptômes de cette complication.</p>	86

SECTION Thème Numéro et type de recommandation ou d'énoncé de meilleure pratique	Recommandation ou énoncé de meilleure pratique	Numéro de page
Début de la contraception après un avortement		
41 (SC) Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives	<p>La contraception par les méthodes suivantes peut débuter immédiatement (critères de recevabilité médicale de catégorie 1 – sans restrictions) après un avortement chirurgical ou médicamenteux (premier et deuxième trimestre, ainsi qu'après un avortement septique) : contraceptifs hormonaux combinés (CHC), progestatifs seuls (PS) et méthodes mécaniques (MM) (préservatifs, spermicide, diaphragme, cape cervicale – remarque : il faut attendre un délai de 6 semaines après un avortement au deuxième trimestre avant de pouvoir utiliser le diaphragme ou la cape cervicale).</p> <p>Les dispositifs intra-utérins (DIU) peuvent être posés immédiatement après un avortement chirurgical ou médicamenteux au premier trimestre (catégorie 1 – sans restrictions) ou après un avortement au deuxième trimestre (catégorie 2 – les avantages l'emportent généralement sur les risques), mais ne devraient pas être posés immédiatement après un avortement septique (catégorie 4 – l'insertion d'un DIU peut considérablement aggraver l'état de santé).</p> <p>Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité : les méthodes basées sur les symptômes ne devraient être débutées après l'avortement qu'avec « prudence » (il peut s'avérer nécessaire de fournir des conseils particuliers pour s'assurer que la méthode sera bien employée dans une situation donnée) et l'utilisation de méthodes basées sur le calendrier devrait être différée (jusqu'à ce que l'état de santé soit évalué ; d'autres méthodes de contraception temporaires devraient être proposées).</p>	88
42 (SC) Contraception et avortement chirurgical	<p>Chez les personnes qui ont recours à un avortement chirurgical et qui souhaitent utiliser une contraception : Recommander la possibilité d'instaurer la contraception au moment de l'avortement chirurgical.</p> <p>Remarque :</p> <ul style="list-style-type: none"> La qualité des données probantes issues des essais contrôlés randomisés a été jugée très faible. 	89
43 (SC) Contraception et avortement médicamenteux	<p>Chez les personnes ayant recours à un avortement médicamenteux par association de mifépristone et de misoprostol ou par misoprostol seul :</p> <ol style="list-style-type: none"> Chez celles optant pour une contraception hormonale (pilule, patch, anneau, implant ou injectables) : Suggérer de leur donner la possibilité de commencer une contraception hormonale immédiatement après la prise du premier comprimé du schéma d'avortement médicamenteux. Chez celles optant pour l'insertion d'un DIU : Suggérer la pose d'un DIU dès lors que la réussite de l'avortement est confirmée. <p>Remarque (pour les recommandations 43a et 43b) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Cette recommandation s'applique à l'association de mifépristone et de misoprostol, ainsi qu'à l'utilisation de misoprostol seul. L'association de létrozole et de misoprostol n'est pas mentionnée ici car ce schéma thérapeutique n'était pas évalué dans les études incluses pour étayer ces recommandations. <p>Remarques (pour la recommandation 43a uniquement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'utilisation immédiate d'acétate de médroxyprogestérone retard par voie intramusculaire (AMPR) est associée à une légère diminution de l'efficacité des schémas d'avortement médicamenteux. Cependant, le recours immédiat à l'AMPR devrait toujours être proposé comme méthode contraceptive disponible après un avortement. Des données probantes indirectes ont servi de base à la décision sur le recours à une contraception hormonale en tant qu'option pour les personnes chez qui un avortement médicamenteux par misoprostol seul est pratiqué. Aucune donnée n'était disponible sur l'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés (pilule ou injectables) par les personnes ayant recours à un avortement médicamenteux. Les personnes qui choisissent de débuter une contraception par l'anneau contraceptif devraient recevoir pour instruction de vérifier l'expulsion de l'anneau en cas de saignements importants pendant le processus d'avortement médicamenteux. 	89
44 (PS) Dispositifs intra-utérins (DIU)	<p>Pour les dispositifs intra-utérins (DIU) :</p> <ol style="list-style-type: none"> Recommander l'insertion/le retrait par des sages-femmes auxiliaires (ISFA), du personnel infirmier, des sages-femmes, des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Suggérer l'insertion/le retrait par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires et des aides-soignants. <ul style="list-style-type: none"> Condition (spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires) : dans des contextes où il existe des mécanismes établis au sein du système de santé prévoyant la participation de ces professionnels de santé à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive. Condition (aides-soignants) : dans le cadre de recherches rigoureuses. 	90

SECTION Thème Numéro et type de recommandation ou d'énoncé de meilleure pratique	Recommandation ou énoncé de meilleure pratique	Numéro de page
45 (PS) Implants contraceptifs	Pour les implants contraceptifs : <ul style="list-style-type: none"> a. Recommander l'insertion/le retrait par du personnel infirmier, des sages-femmes, des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, des médecins généralistes et des médecins spécialistes. b. Suggérer l'insertion/le retrait des agents de santé communautaires, des spécialistes des médecines conventionnelles et des médecines complémentaires, des aides-soignants ou des sages-femmes auxiliaires (ISFA). <ul style="list-style-type: none"> • Condition (agents de santé communautaires) : dans le cadre de recherches rigoureuses. • Condition (spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires) : dans des contextes où il existe des mécanismes établis au sein du système de santé prévoyant la participation de ces professionnels de santé à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive et où une formation à l'insertion et au retrait des implants est dispensée. • Condition (aides-soignants/ISFA) : dans le cadre d'un suivi-évaluation ciblé. 	90
46 (PS) Contraceptifs injectables	Pour les contraceptifs injectables (début et poursuite du traitement) : <p>Recommander l'administration par soi-même (voir la recommandation 51), par des agents de santé communautaires, du personnel de pharmacie, des pharmaciens, des spécialistes des médecines conventionnelles et des médecines complémentaires, des aides-soignants/des sages-femmes auxiliaires (ISFA), du personnel infirmier, des sages-femmes, des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, des médecins généralistes et des médecins spécialistes.</p>	91
47 (PS) Ligature des trompes	Pour la ligature des trompes : <ul style="list-style-type: none"> a. Recommander la ligature des trompes par des cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, des médecins généralistes et des médecins spécialistes. b. Suggérer la ligature des trompes par du personnel infirmier et des sages-femmes. <ul style="list-style-type: none"> • Condition : dans le cadre de recherches rigoureuses. 	92

OPTIONS DE PRESTATION DE SERVICES ET APPROCHES D'AUTO-PRISE EN CHARGE

Approches de télémédecine pour la prestation de soins liés à l'avortement médicamenteux

48 (PS) (NOUVEAU)	<p>Recommander l'option de la télémédecine comme alternative aux interactions en personne avec l'agent de santé pour fournir des services de soins liés à l'avortement médicamenteux, dans leur ensemble ou en partie.</p> <p>Remarques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recommandation ci-dessus s'applique à l'évaluation de l'admissibilité à l'avortement médicamenteux, aux instructions et/ou aux conseils relatifs à l'avortement, à la fourniture d'instructions et à la facilitation active concernant l'administration des médicaments, ainsi qu'aux soins de suivi après l'avortement, le tout au moyen de la télémédecine. • Les lignes d'assistance téléphonique, les applications numériques ou les modes de communication unidirectionnels (par exemple, les messages de rappel) qui fournissent simplement des informations n'ont pas été pris en considération dans l'examen des données probantes pour cette recommandation. 	95
-------------------	--	----

Approches de prestation de services pour la fourniture d'informations, le conseil et l'avortement médicamenteux

49 (PS) (NOUVEAU)	<p>Énoncé de meilleures pratiques concernant la prestation de services</p> <p>Partie 1. Il n'existe pas d'approche unique recommandée en matière de prestation de services liés à l'avortement. Le choix du ou des agents de santé (parmi les options recommandées) ou la prise en charge par la personne elle-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.</p> <p>Partie 2. Étant donné que les approches de prestation de services peuvent être diverses, il est important de s'assurer que, pour la personne ayant recours aux soins, la gamme d'options de prestation de services prises ensemble garantira :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'accès à des informations scientifiquement fiables et compréhensibles à toutes les étapes ; • l'accès à des médicaments de qualité garantie (y compris ceux destinés à la prise en charge de la douleur) ; • un soutien sous forme d'orientation-recours si la personne le souhaite ou en a besoin ; • une mise en lien avec un choix approprié de services de contraception pour les personnes souhaitant avoir recours à une contraception post-avortement. 	96
-------------------	--	----

SECTION Thème Numéro et type de recommandation ou d'énoncé de meilleure pratique	Recommandation ou énoncé de meilleure pratique	Numéro de page
Auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux à <12 semaines		
50 (AUTO-PRISE EN CHARGE)	<p>En cas d'avortement médicamenteux à <12 semaines (par l'association de mifépristone et de misoprostol ou par misoprostol seul) :</p> <p>Recommander l'option de l'auto-prise en charge du processus d'avortement médicamenteux dans son ensemble ou pour l'une des trois composantes du processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • auto-évaluation de l'admissibilité (détermination de l'âge gestationnel ; 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 prise en charge du processus d'avortement ; • auto-évaluation de la réussite de l'avortement. <p>Remarques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il existait davantage de données probantes sur l'auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux (en utilisant l'un ou l'autre des schémas) à un âge gestationnel de moins de 10 semaines de grossesse. • Cette recommandation s'applique à l'association de mifépristone et de misoprostol, ainsi qu'à l'utilisation de misoprostol seul. L'association de létozole et de misoprostol n'était pas évaluée dans les études incluses pour étayer ces recommandations. • Toute personne pratiquant l'auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux doit également avoir accès à des informations fiables, à des médicaments de qualité garantie, y compris pour la prise en charge de la douleur, au soutien d'agents de santé formés et à un établissement de santé, ainsi qu'à des services d'orientation-recours si elle le souhaite ou en cas de besoin. • Il peut s'avérer nécessaire de modifier les conditions de prescription et de délivrance des médicaments utilisés pour l'avortement ou de mettre en place d'autres mécanismes d'auto-prise en charge dans le cadre réglementaire du système de santé. 	98
Approches d'auto-prise en charge de la contraception post-avortement (voir également Début de la contraception après un avortement, recommandations 41 à 47 ci-dessus)		
51 (AUTO-PRISE EN CHARGE) Contraceptifs injectables (début et poursuite)	<p>Recommander l'option de l'auto-administration de contraceptifs injectables après l'avortement.</p> <p>Remarque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'administration d'un contraceptif injectable implique l'utilisation d'une seringue et peut être intramusculaire ou sous-cutanée. Des dispositifs pré-remplis autobloquants compacts ont été mis au point pour faciliter le processus d'auto-administration. 	100
52 (AUTO-PRISE EN CHARGE) Pilules contraceptives orales en vente libre	Recommander la mise à disposition en vente libre de pilules contraceptives orales (PCO), sans ordonnance, pour les personnes ayant recours à cette méthode.	101
53 (AUTO-PRISE EN CHARGE) Pilules contraceptives d'urgence en vente libre	Recommander la mise à disposition en vente libre de pilules contraceptives d'urgence, sans ordonnance, pour les personnes qui souhaitent utiliser une contraception d'urgence.	101
54 (AUTO-PRISE EN CHARGE) Utilisation du préservatif	L'utilisation systématique et correcte des préservatifs masculins et féminins s'avère 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 sérodifférents, réduire le risque de contracter d'autres IST ainsi que les affections associées, notamment les verrues génitales et le cancer du col de l'utérus, et pour éviter les grossesses non désirées.	101

Chapitre 1.

Introduction

1.1 Cadre général et contexte

La santé sexuelle et reproductive est fondamentale pour les individus, les couples et les familles, et pour le développement socio-économique des communautés et des nations (1). Comme le prévoit la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'objectif de l'Organisation est « d'amener tous les peuples à un niveau de santé le plus élevé possible », et à cette fin, les fonctions de l'OMS consistent notamment à fournir une assistance technique aux pays dans le domaine de la santé (2, *articles 1 et 2*). 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, y compris le droit au niveau de SSR le plus élevé possible (3). En outre, l'augmentation des risques en matière de santé sexuelle et reproductive dans les contextes humanitaires, notamment dans les conflits armés, nécessite une attention particulière du point de vue des droits humains (4 [paragraphe 7], 5, 6 [paragraphe 19-24]).

À la suite de la pandémie de COVID-19 et sur la base des enseignements tirés des précédentes flambées épidémiques – les services de santé sexuelle et reproductive ayant été gravement perturbés, provoquant un sentiment d'impuissance chez les individus et les exposant à des risques sanitaires évitables – l'OMS a intégré les soins complets liés à l'avortement à la liste des services de santé essentiels dans certaines publications techniques récentes (7-12).¹ Les soins liés à l'avortement comprennent la prise en charge de divers états cliniques, notamment les avortements spontanés ou provoqués (de grossesses non viables ou viables) et la mort fœtale intra-utérine, ainsi que les soins post-avortement, notamment la prise en charge des avortements incomplets. Il est fondamental de renforcer l'accès à des soins complets liés à l'avortement au sein du système de santé afin d'atteindre les Objectifs de développement durable (ODD) relatifs à la bonne santé et au bien-être (ODD3) et à l'égalité entre les sexes (ODD5) (13). 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 du problème de l'avortement non sécurisé² comme une action prioritaire (1). L'importance des soins de qualité liés à l'avortement pour la santé est également soulignée dans 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 post-avortement en tant que moyen efficace d'aider les personnes à s'épanouir et les communautés à se transformer (14).

La qualité des soins liés à l'avortement est un principe fondamental des présentes lignes directrices. La qualité des soins (voir le Glossaire) englobe plusieurs composantes : l'efficacité, l'efficience, l'accessibilité, l'acceptabilité (par exemple, les soins centrés sur le patient), l'équité et la sécurité. Les soins efficaces comprennent la prestation

1 Lorsque l'on examine la notion de « services de santé essentiels », il est important de noter que différentes régions, y compris au sein du même pays, peuvent nécessiter des approches différentes pour identifier les services essentiels et pour adapter les fonctions clés du système de santé afin de maintenir la prestation de ces services (7).

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.

de soins fondés sur des données probantes qui améliorent la santé des personnes et des communautés et qui répondent à leurs besoins. Des soins efficaces optimisent l'utilisation des ressources tout en limitant le gaspillage. Pour être de qualité, les soins liés à l'avortement doivent être accessibles (administrés en 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 (tenant compte des préférences et des valeurs de chaque personne ayant recours à ces services et de la culture de leur communauté). Il est impératif que les soins liés à l'avortement soient équitables et que la qualité des soins ne varie pas en fonction des caractéristiques personnelles de la personne qui sollicite ces soins, telles que son genre, sa race, son origine ethnique, son statut socio-économique et son niveau d'éducation, ou en fonction de sa situation géographique ou de handicap. Enfin, des soins liés à l'avortement de qualité impliquent qu'ils sont dispensés en toute sécurité et réduisent au minimum les risques et les préjudices pour les personnes ayant recours à ces services (15). Ces composantes s'appuient sur le principe selon lequel la prestation de soins de qualité en matière d'avortement est conforme aux droits humains.

L'avortement est une procédure courante dans le monde, 6 grossesses non désirées sur 10 et 3 grossesses sur 10, toutes grossesses confondues, se terminant par un avortement provoqué (16). Lorsque l'avortement est sécurisé – défini comme étant réalisé à l'aide d'une méthode recommandée par l'OMS, adaptée à l'âge gestationnel, et par une personne possédant les compétences nécessaires (17) – les risques sont très faibles. Cependant, les estimations mondiales montrent que 45 % de l'ensemble des avortements ne sont pas sécurisés, et que parmi ceux-ci, 14,4 % appartiennent à la catégorie des avortements les « moins sûrs » (18). Il s'agit là d'une question cruciale de santé publique et de droits humains. Les avortements non sécurisés sont de plus en plus concentrés dans les pays en développement (97 % des avortements non sécurisés y sont enregistrés) et au sein des groupes vulnérables et marginalisés. Dans les pays où l'avortement provoqué fait l'objet d'importantes restrictions légales ou est indisponible en raison d'autres obstacles, l'avortement sécurisé est souvent devenu le privilège des plus riches, tandis que les femmes pauvres n'ont quasiment d'autre choix que de recourir aux services de prestataires non qualifiés dans des milieux peu sûrs, ou d'induire elles-mêmes l'avortement en utilisant pour la plupart des méthodes à risque, ce qui entraîne des décès et des morbidités faisant peser une charge sociale et financière supplémentaire sur le système de santé publique et contrevient aux droits fondamentaux des femmes. 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 (19).

Entre 4,7 % et 13,2 % de l'ensemble des décès maternels sont imputables à des avortements non sécurisés (20, 21). Cela signifie qu'entre 13 865 et 38 940 décès résultent chaque année de l'absence de fourniture de services d'avortement sécurisé, sans compter le nombre encore plus important de personnes atteintes de graves morbidités. Les pays en développement enregistrent 97 % des avortements non sécurisés (18). La proportion d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité est également nettement plus élevée dans les pays faisant l'objet d'une réglementation sur l'avortement très restrictive que dans ceux dont la réglementation l'est moins (18). Plus de la moitié (53,8 %) des avortements non sécurisés sont pratiqués en Asie (pour la plupart en Asie du Sud et en Asie Centrale), tandis que l'Afrique enregistre un quart (24,8 %) (principalement en Afrique orientale et occidentale), et l'Amérique latine et les Caraïbes enregistrent le cinquième restant (19,5 %) (18). Les sous-régions enregistrant la plus grande proportion d'avortements classés comme « les moins sûrs » sont l'Afrique du Nord, de l'Est, de l'Ouest et centrale (environ 45 % à 70 % de tous les avortements y sont considérés comme « les moins sûrs »), suivies par les Caraïbes, l'Océanie et l'Amérique centrale (environ 25 à 30 % de tous les avortements y sont considérés comme « les moins sûrs ») (18). Un examen portant sur le traitement en établissement des complications de l'avortement non sécurisé dans 26 pays en développement en 2012 a montré que 7 millions de femmes ont été traitées dans ces pays cette année-là pour des complications liées à un avortement non sécurisé, soit un taux de 6,9 pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans (22).

L'avortement, à l'aide de médicaments ou d'une simple procédure chirurgicale en ambulatoire, est une intervention de santé sûre, lorsqu'elle est réalisée à l'aide d'une méthode adaptée à l'âge gestationnel et – dans le cas d'une procédure en établissement – par une personne possédant les compétences nécessaires. Dans de telles circonstances, les complications ou les effets indésirables graves sont rares. L'avortement médicamenteux a révolutionné l'accès à des soins liés à l'avortement de qualité dans le monde entier. Des études ont démontré que les médicaments pour l'avortement peuvent être auto-administrés de manière sûre et efficace hors établissement (par exemple à domicile). Les personnes ayant accès à des informations fiables et au soutien d'un agent de santé formé (si elles le souhaitent ou en cas de besoin à n'importe quelle étape du processus) peuvent prendre elles-mêmes en charge, en toute sécurité, leur avortement au cours des 12 premières semaines d'aménorrhée.

La prestation de services avec une supervision médicale minimale peut considérablement améliorer l'accès à l'avortement, en particulier dans les contextes faisant l'objet de restrictions et en situation de crise, ainsi que sa confidentialité, sa commodité et son acceptabilité, sans compromettre sa sécurité et son efficacité (23).

Cependant, que ce soit dans les milieux à faibles ou à fortes ressources, des obstacles juridiques, politiques et pratiques peuvent compliquer l'accès à des soins liés à l'avortement de qualité. Nombreuses sont les actions nécessaires au niveau juridique, du système de santé et de la communauté pour que toute personne qui en a besoin puisse avoir accès à des soins liés à l'avortement complets, c'est-à-dire à des informations, à la prise en charge de l'avortement (y compris l'avortement provoqué et les soins liés aux fausses couches/à l'avortement spontané) et aux soins post-avortement.

1.2 Objectif, justification, public cible, inclusivité et structure 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 (24). Les lignes directrices de l'OMS sont soumises à une procédure rigoureuse d'assurance de la qualité qui aboutit à des recommandations pour la pratique clinique ou la politique de santé publique visant à 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.

1.2.1 Objectif et justification

Ces lignes directrices visent à présenter l'ensemble complet des recommandations et des énoncés de meilleures pratiques de l'OMS en matière d'avortement, afin de favoriser des soins liés à l'avortement de qualité et fondés sur des données probantes dans le monde entier.

Les présentes lignes directrices actualisent et remplacent les recommandations des lignes directrices de l'OMS précédemment publiées, à savoir les suivantes :

- *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, deuxième édition (version française publiée en 2013).*
- *Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement (orientations précédemment connues sous le nom de « partage des tâches ») (version française publiée en 2016)*
- *Utilisation des médicaments dans le cadre d'un avortement (version française publiée en 2019).*

Ces lignes directrices ont pour but de fournir des informations et des orientations concrètes, en couvrant les différents aspects des soins dans tous les domaines nécessaires à la prestation de soins liés à l'avortement de qualité : droit et politique, services cliniques et prestation de services. Les présentes lignes directrices contiennent de nouvelles recommandations unifiées avec les recommandations existantes qui restent inchangées et celles qui ont été mises à jour après réexamen, les mêmes méthodes rigoureuses ayant été utilisées pour les recommandations nouvelles et les recommandations actualisées (voir l'annexe 4. Méthodes et processus d'élaboration des lignes directrices). Parmi les recommandations, sept concernent les lois et les politiques qui devraient être en place ou ne pas l'être afin de mettre pleinement en œuvre et de garantir des soins liés à l'avortement de qualité : trois recommandations relatives à la réglementation de l'avortement sont présentées au chapitre 2 et quatre recommandations relatives aux lois et politiques affectant les pratiques cliniques et celles des agents de santé sont présentées au chapitre 3. Toutes les autres recommandations portent sur les méthodes d'avortement et les soins cliniques connexes, ainsi que sur la prestation de services par un éventail d'agents de santé et selon diverses approches (comme l'auto-prise en charge de l'avortement), prenant en considération les évolutions récentes que l'ensemble de ces aspects des soins liés à l'avortement ont connu. Les domaines d'intérêt émergents et les priorités de recherche en matière de soins liés à l'avortement sont identifiés au chapitre 4.

Des informations contextuelles importantes constituant un élément clé de la justification de l'élaboration de ces lignes directrices actualisées et unifiées sont présentées dans la suite de ce premier chapitre. Elles font partie intégrante de ces lignes directrices dans la mesure où elles posent le contexte pour les recommandations et les énoncés de meilleures pratiques. Ces informations ne prennent pas la forme de recommandations de l'OMS, mais décrivent plutôt les déterminants sous-jacents des soins liés à l'avortement de qualité et doivent donc être soigneusement prises en considération. La section 1.3 ci-dessous porte sur les composantes d'un environnement favorable à des soins liés à l'avortement complets (c'est-à-dire un cadre juridique et politique protégeant les droits humains, la disponibilité et l'accessibilité des informations et les facteurs liés au système de santé) et la section 1.4 se penche davantage sur les principales considérations relatives au système de santé (la couverture sanitaire universelle et les soins de santé primaires, le financement de la santé, la formation des personnels de santé, les produits de santé et le suivi et l'évaluation). Lorsque cela s'avère pertinent, le présent document intègre et s'appuie sur des considérations issues d'autres lignes directrices existantes de l'OMS, notamment les Lignes directrices unifiées relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH (25) et les Lignes directrices consolidées sur les interventions d'autoprise en charge en matière de santé : santé sexuelle et reproductive et droits connexes (26).

1.2.2 Public cible

Les présentes lignes directrices visent à formuler des recommandations à l'intention, au niveau national et infranational, des décideurs, des responsables 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 d'autres parties prenantes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et droits connexes (SSRDC), afin de les aider à garantir la disponibilité et l'accessibilité à l'échelle mondiale des soins liés à l'avortement, de qualité et fondés sur des données probantes.

1.2.3 Équité, inclusivité et soins centrés sur la personne

Les besoins de toute personne en matière d'avortement sont reconnus et pris en considération dans les présentes lignes directrices. Une approche fondée sur les droits humains, faisant progresser l'égalité entre les sexes, s'avère essentielle et doit être appliquée dans tous les contextes de prestation de services aux personnes ayant recours aux soins de santé. Afin de fournir des soins liés à l'avortement de qualité dans l'ensemble du système de santé, les services devraient également être intégrés, dans la mesure du possible, à d'autres services de santé sexuelle et reproductive, tels que les services de dépistage et de traitement du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) fondés sur des données probantes et les services de planification familiale/contraception. Ils devraient être accueillants et adaptés aux jeunes et aux personnes issues de minorités sexuelles et de genre, aux personnes handicapées et à tous les groupes en situation de vulnérabilité et de marginalisation.

Les lignes directrices de l'OMS intègrent systématiquement la prise en considération des valeurs et des préférences des bénéficiaires finaux des interventions recommandées ou suggérées dans le processus d'élaboration des lignes directrices. Afin de mieux cerner les valeurs et les préférences des personnes sollicitant des soins liés à l'avortement, l'OMS a mené une enquête mondiale et organisé une réunion technique sur le sujet avec les parties prenantes en septembre 2019, ayant rassemblé 19 participants de 15 pays ou organisations différents. Les principaux thèmes qui sont ressortis étaient l'importance de l'équité, de l'inclusivité et de la satisfaction des besoins des personnes qui vivent dans les situations les plus vulnérables et marginalisées. En outre, une réunion technique dirigée par des jeunes a été organisée en avril 2021 avec 16 jeunes (représentant 13 pays de l'ensemble des Régions de l'OMS) du groupe de travail Jeunesse pour l'avortement, afin d'en apprendre davantage sur les préoccupations des jeunes. Le groupe de travail a été constitué par l'Alliance internationale des jeunes pour la planification familiale (IYAFP), un collectif de jeunes, d'associations, d'organisations et de communautés de jeunes ayant pour mission commune de soutenir la prestation et l'accès à des services complets de santé reproductive (voir l'annexe Web B. Technical meetings during guideline development (Réunions techniques dans le cadre de l'élaboration des lignes directrices)). Les femmes vivant avec le VIH figurent parmi les nombreux exemples de populations marginalisées confrontées à des situations de vulnérabilité accentuée dans le domaine des soins liés à l'avortement. Les femmes vivant avec le VIH se heurtent à des obstacles très particuliers et à des violations de leurs droits fondamentaux en matière de sexualité et de procréation au sein de leur famille et de leur communauté, ainsi que dans les établissements de soins auxquels elles s'adressent. La création d'un

environnement permettant d'appuyer des interventions de santé plus efficaces et d'obtenir de meilleurs résultats s'avère essentielle (voir la section 1.3).

Toute personne a le droit de bénéficier des services et des soins de santé sexuelle et reproductive sans discrimination et en toute égalité. Le droit d'être protégé contre toute discrimination est énoncé dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans d'autres traités universels et instruments régionaux relatifs aux 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. Le système international des droits de l'homme a renforcé la promotion et la protection des droits fondamentaux sans distinction. La protection des personnes en raison de leur orientation sexuelle et de leur identité de genre est fondée sur le droit international, complété et enrichi par les pratiques des États (27). 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 la reconnaissance effective de son identité de genre est lié au droit à l'égalité de reconnaissance devant la loi » (28, paragraphe 20).

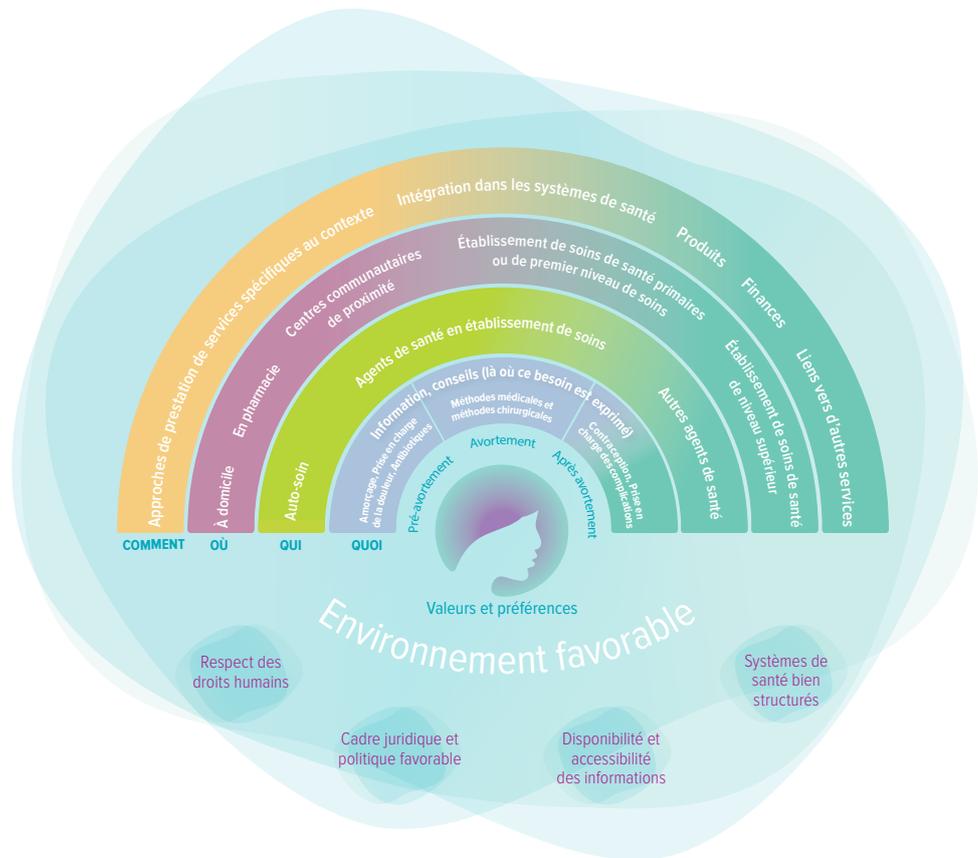
Dans les présentes lignes directrices, nous reconnaissons que la plupart des données probantes disponibles sur l'avortement peuvent être considérées comme provenant de recherches menées auprès de populations de femmes cisgenres, et nous tenons également compte du fait que les femmes cisgenres, les hommes transgenres, les personnes non binaires, les personnes au genre fluide et les personnes intersexes ayant un système de reproduction féminin et capables de tomber enceintes peuvent avoir besoin de soins liés à l'avortement. Dans un souci de concision et pour faciliter la lecture de ces lignes directrices, nous utilisons le plus souvent le terme « femme » pour désigner les personnes de tous genres susceptibles d'avoir besoin de soins liés à l'avortement, bien que nous utilisions également les termes « individu », « personne » et « personne souhaitant avoir recours à l'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 doivent pas être source de discrimination.

Les présentes lignes directrices adoptent une approche intégrée et centrée sur la personne des services de santé (29). Pour s'assurer que les personnes sont au centre des soins, elles doivent bénéficier de l'éducation et du soutien nécessaires à la prise de décisions et à la participation à leurs propres soins de santé. Les préférences individuelles en matière de santé peuvent varier ; aucun modèle unique de soins liés à l'avortement ne permettra de répondre aux besoins de l'ensemble des personnes ayant recours à ce type de soins. Les valeurs fondamentales de dignité, d'autonomie, d'égalité, de confidentialité, de communication, de soutien social, de soins de soutien et de confiance constituent la base des soins liés à l'avortement et sont prises en considération tout au long des présentes lignes directrices (31).

1.2.4 Structure conceptuelle des lignes directrices

Le cadre conceptuel des soins liés à l'avortement présenté dans ces lignes directrices (voir la Figure 1.1) s'articule autour des valeurs et des préférences des personnes qui en font la demande, puisqu'elles sont considérées comme des bénéficiaires des services de santé mais aussi comme des participantes actives à ces services. Tel que souligné 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 – avant, pendant et après l'avortement – les services de santé doivent être intégrés dans le système de santé afin de garantir que la prestation des services réponde équitablement à leurs besoins et sans discrimination. Pour chaque étape de ce parcours de soins, les lignes directrices fournissent des recommandations spécifiques sur les interventions nécessaires (« quoi ») et des orientations sur les personnes qui peuvent les réaliser en toute sécurité (« qui »). Les lignes directrices fournissent également des informations sur les lieux où les services peuvent être fournis (« où ») et décrivent les modèles de prestation de services qui peuvent être utilisés (« comment »). L'environnement favorable, décrit dans la suite de ce chapitre, correspond au contexte souhaitable pour la mise en œuvre efficace de ces interventions.

Figure 1.1. Cadre conceptuel des soins liés à l'avortement



1.3 Un environnement favorable à des soins complets liés à l'avortement

L'environnement d'une personne joue un rôle crucial car il influence son accès aux soins et les résultats pour sa santé. Un environnement favorable constitue le fondement des soins complets de qualité liés à l'avortement. Les trois pierres angulaires d'un environnement favorable aux soins liés à l'avortement, reprises dans l'Encadré 1.1, sont :

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

À titre de clarification, cette section du document ne contient pas de recommandations ; elle vise plutôt à détailler les composantes et les aspects qui constitueraient un environnement général favorable à des soins de qualité en matière d'avortement, sur la base des meilleures pratiques de l'OMS, et à décrire le contexte idéal en vue de faciliter au mieux la mise en œuvre des recommandations présentées dans les sections ultérieures de ce chapitre et du chapitre 3. Cela dit, l'application intégrale de toutes les composantes de cet environnement favorable n'est pas nécessairement une condition sine qua non à la mise en œuvre et à la concrétisation des recommandations contenues dans les présentes lignes directrices.

ENCADRÉ 1.1: Composantes essentielles d'un environnement favorable aux soins liés à l'avortement

Le respect des droits humains, notamment un cadre juridique et politique favorable

- Les pays ratifient les conventions et traités internationaux et régionaux relatifs aux droits humains traitant de la santé, et notamment de la santé sexuelle et reproductive.
- Les lois et les politiques promeuvent le droit à la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes pour toutes et tous et y sont conformes.
- Il existe des dispositions administratives, politiques et judiciaires appropriées pour favoriser des soins liés à l'avortement de qualité, notamment des mécanismes de recours accessibles, transparents et efficaces. Il s'agit notamment :
 - de mécanismes accessibles aux femmes pour contester un refus de pratiquer l'avortement en temps utile ; et
 - des mécanismes de surveillance appropriés permettant de déceler tout manquement à la fourniture de soins de qualité, y compris l'examen régulier et la réforme de la législation et des politiques afin d'identifier et de supprimer les obstacles à la prestation de soins liés à l'avortement de qualité.
- Les politiques permettent de réduire au minimum le taux de grossesses non désirées en fournissant des informations et des services de qualité en matière de contraception, pour une gamme complète de méthodes contraceptives (méthodes d'urgence, à courte et à longue durée d'action).
- Toutes les personnes et toutes les communautés bénéficient des services de santé dont elles ont besoin, sans s'exposer à des difficultés financières et sans aucune discrimination.

La disponibilité et l'accessibilité des informations

- Une éducation sexuelle complète fondée sur des données probantes est dispensée à tout un chacun et est disponible sous de multiples formes et dans différentes langues.
- Des informations exactes, impartiales et fondées sur des données probantes en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris sur l'avortement et les méthodes de contraception, sont largement disponibles sous de multiples formes et dans différentes langues.

Un système de santé favorable, accessible à tout le monde, abordable et efficace

- La couverture sanitaire universelle (CSU) permet à tous les individus de recevoir les soins dont ils ont besoin sans s'exposer à des difficultés financières (voir la section 1.4.1).
- Le système de santé est doté de ressources suffisantes, ce qui signifie que les médicaments, les fournitures, les équipements, le personnel et les allocations financières essentiels sont disponibles, accessibles, acceptables, abordables et de bonne qualité.
- L'accès équitable à des médicaments et à des produits de santé essentiels de qualité garantie est assuré.
- Le leadership et les normes cliniques promeuvent des services de SSR fondés sur des données probantes.
- L'organisation du système de santé garantit le respect de la santé sexuelle et reproductive et des droits humains, y compris la non-discrimination et l'égalité, ainsi que l'autonomie dans la prise de décision.
- Le personnel est solide et sa formation est fondée sur les compétences. Il est qualifié pour fournir des conseils et des services de SSR fondés sur des données probantes.
- Outre leur formation technique, les personnes fournissant des services de SSR sont formées au contenu et à la signification de la loi et formées et habilitées à interpréter et à appliquer la loi et les politiques dans le respect des droits.
- Le secret médical et la confidentialité des soins sont garantis, et des efforts sont déployés pour lutter contre la stigmatisation de l'avortement.

- Les femmes ont accès à des soins liés à l'avortement complets, sûrs et rapides et ne sont pas contraintes de recourir à l'avortement non sécurisé.
- Les politiques de financement de la santé devraient éviter de subordonner l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive à un paiement direct par les bénéficiaires des soins au point de service.
- Les soins sont toujours prodigués avec respect et bienveillance.
- Les communautés sont mobilisées et solidaires.

1.3.1 Le respect des droits humains, notamment un cadre juridique et politique favorable

Un environnement favorable est un environnement dans lequel les droits humains de toute personne sont respectés, protégés et garantis. Cela implique un examen régulier et, le cas échéant, une révision des cadres réglementaires, juridiques et politiques, et l'adoption de mesures visant à garantir le respect des normes internationales relatives aux droits humains, en constante évolution (voir l'annexe 2).

Dans les présentes lignes directrices, nous nous référons aux normes relatives aux droits humains en droit international, dont l'applicabilité dans un contexte spécifique dépendra de facteurs tels que la ratification par l'État concerné des instruments pertinents. Les sources de ces normes relatives aux droits humains sont détaillées dans l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

(i) Santé sexuelle et reproductive et droits connexes

La santé sexuelle et reproductive et les droits connexes sont fondés sur une série de droits humains reconnus et garantis par le droit national et international, et sont inextricablement liés à la réalisation des objectifs des politiques de santé publique, notamment les ODD (32, 33). Les personnes disposent d'une série de droits sexuels et reproductifs ayant trait à l'information et aux services tout au long du continuum de soins liés à l'avortement (voir l'Encadré 1.2). Les principes de non-discrimination et d'égalité, ainsi que le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, y compris dans le cadre de la prestation de services de santé sexuelle et reproductive, sont au cœur de tous ces droits (3, paragraphe 7). Ils sont tous soutenus par les obligations des États de veiller à ce que les lois et les politiques, les mécanismes institutionnels et les pratiques sociales n'empêchent pas les individus de bénéficier véritablement en pratique de la santé sexuelle et procréative (3, paragraphe 8).

L'Encadré 1.2 fournit une description générale de certains droits fondamentaux tels qu'ils sont établis par les instruments du droit international, ainsi que des obligations et principes connexes relatifs à la santé sexuelle et reproductive.

(ii) Prévention des avortements non sécurisés et réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles

Prendre des mesures pour prévenir l'avortement non sécurisé constitue une obligation fondamentale du droit à la santé sexuelle et reproductive (3, paragraphe 49). Le droit international relatif aux droits humains exige des États qu'ils prennent des mesures pour réduire la mortalité maternelle et pour protéger efficacement les femmes contre les risques physiques et mentaux (morbidité) associés à l'avortement non sécurisé (43, paragraphes 6, 9, 24, 30-33). Les organes de suivi des traités (voir l'annexe 2) ont confirmé que les États doivent réviser leurs lois pour garantir cette protection (36, paragraphe 8). Ainsi, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (CESCR) a confirmé que les États doivent libéraliser les lois restrictives sur l'avortement, garantir aux femmes et aux filles l'accès à des services d'avortement et à des soins postérieurs de qualité, et respecter le droit des femmes de prendre des décisions autonomes en ce qui concerne leur santé sexuelle et procréative (3, paragraphe 28). Dans tous les cas, les États ont le devoir, en vertu du droit international relatif aux droits humains, de veiller à ce que la réglementation de l'avortement (voir le chapitre 2) n'incite pas les femmes et les filles à recourir à des avortements non sécurisés (36, paragraphe 8). En vertu du droit international relatif aux droits humains, les États doivent fournir les médicaments essentiels, au sens du Programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels (46, paragraphe 12a). Les États doivent également prendre des mesures visant à prévenir la stigmatisation des personnes qui souhaitent recourir à l'avortement (36, paragraphe 8). En outre, les politiques doivent viser à réduire au minimum le taux de grossesses non désirées en garantissant la disponibilité et l'accès à des informations et à des services de qualité en matière de contraception, pour une gamme complète de méthodes contraceptives (méthodes d'urgence, à courte et à longue durée d'action).

(ii) Réglementation de l'avortement fondée sur les droits

Le droit à la santé sexuelle et reproductive exige des États qu'ils veillent à ce que les installations, les biens et les services en matière de santé soient disponibles, accessibles, abordables, acceptables et de bonne qualité (46, paragraphes 8 et 12). Cela devrait régir tous les aspects de la réglementation

de l'avortement.

Les organes de suivi des traités ont appelé à la dépénalisation de l'avortement en toutes circonstances. Ils ont clarifié davantage les obligations des États en matière de droits humains concernant l'avortement.

- Les États parties ne doivent pas réglementer la grossesse ou l'avortement d'une manière contraire à leur obligation de veiller à ce que les femmes et les filles n'aient pas à recourir à un avortement non sécurisé et devraient revoir en conséquence leur législation relative à l'avortement (36, paragraphe 8).
- Ainsi, les restrictions de l'accès des femmes ou des filles à l'avortement ne doivent pas mettre leur vie en danger ni les soumettre à une douleur ou une souffrance physique ou mentale (qui constituerait une violation de l'interdiction de la torture et des peines ou traitements cruels inhumains ou dégradants) ou constituer une discrimination à leur égard ou une immixtion arbitraire dans leur vie privée (36, paragraphe 8).
- La réglementation de l'avortement doit être à la fois fondée sur des données probantes et être proportionnée pour assurer le respect des droits humains (37, paragraphe 18).
- L'accès à l'avortement doit être disponible lorsque le fait de mener la grossesse à terme causerait pour la personne enceinte une douleur ou une souffrance considérable, tout particulièrement, mais sans s'y limiter, lorsque sa vie ou sa santé est en danger, ou lorsque la grossesse résulte d'un viol ou d'un inceste ou n'est pas viable (36, paragraphe 8). Les organes de surveillance des traités ont également recommandé de rendre l'avortement disponible en cas d'anomalie fœtale, tout en mettant en place des mesures de protection contre la discrimination fondée sur le handicap dans la société (60).
- Les États ne devraient pas pénaliser l'avortement, les personnes qui y ont recours ou celles et ceux qui soutiennent les personnes qui y ont recours (3 [paragraphe 20, 34], 36 [paragraphe 8], 55 [paragraphe 18], 61 [paragraphe 51]), 62 [paragraphe 60], 63 [paragraphe 82, 107]).
- Les États ne devraient pas exiger des agents de santé qu'ils signalent les femmes qui ont eu recours ou sont soupçonnées d'avoir eu recours à un avortement (40, paragraphe 20).
- Les États doivent fournir des soins de santé primaires essentiels (64, paragraphe 10) (voir également la section 1.4.1. Couverture sanitaire universelle et soins de santé primaires ; la section 1.4.4. Produits ; l'annexe 2. Traités relatifs aux droits humains et organes de surveillance correspondants ; et l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

ENCADRÉ 1.2 : Droits humains, tels que spécifiés dans les instruments de droit international pertinents, et leurs obligations et principes associés concernant la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes, et l'avortement en particulier

Droits humains	Quelques principes et obligations des droits humains concernant l'avortement
<p>Le droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, y compris en matière de santé sexuelle et reproductive et de droits connexes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les États ont l'obligation de respecter, de protéger et de garantir le droit de toute personne à la santé sexuelle et reproductive et aux droits connexes (34, article 12). Cela implique de : <ul style="list-style-type: none"> ▫ supprimer les dispositions légales, y compris pénales, qui pénalisent les femmes ayant eu recours à l'avortement ou les soignants qui proposent ces services (3, 35-38) ; ▫ veiller à ce que les professionnels de santé n'empêchent pas les femmes d'accéder aux services de santé au motif de l'objection de conscience (par exemple, lorsque l'avortement est légal, si un médecin refuse de le pratiquer, le système de santé doit orienter la patiente vers un autre prestataire de soins) (3, 39) ; ▫ supprimer les obstacles à la prestation de services d'avortement, notamment ceux qui conduisent les femmes à recourir à des avortements non sécurisés – cela devrait inclure la suppression des délais inacceptables dans la fourniture de soins médicaux (3, 36, 38, 40-42) ; ▫ prendre des mesures pour prévenir les avortements non sécurisés et garantir l'accès aux soins post-avortement en toutes circonstances, de façon confidentielle et sans risque de poursuites pénales ou de mesures punitives (3, 36-38, 40, 41, 42 [paragraphe 33], 43-47) ; ▫ prendre des mesures pour prévenir et éliminer la discrimination, la stigmatisation et les stéréotypes négatifs qui entravent l'accès à la santé sexuelle et reproductive (SSR), notamment à l'égard des personnes qui souhaitent avoir recours à l'avortement et des prestataires de soins de santé offrant des services de soins liés à l'avortement (36, 38). • Les États doivent veiller à ce que les installations, les biens et les services en matière de santé soient disponibles, acceptables et de bonne qualité (46, paragraphes 8 et 12). Cela implique de : <ul style="list-style-type: none"> ▫ garantir un nombre adéquat d'établissements, de biens et de services de santé sexuelle et reproductive (par exemple, un personnel médical et de santé formé et qualifié [42, 46, 48] et des médicaments scientifiquement reconnus et en cours de validité pour les soins liés à l'avortement et les soins post-avortement [49], ainsi que la disponibilité de l'avortement sécurisé en cas de viol et d'inceste [3, 36, 42, 50, 51]) ; ▫ veiller à ce que les soins et les services de santé, y compris les soins de santé sexuelle et reproductive et les médicaments essentiels, soient physiquement et géographiquement accessibles et abordables pour tous les individus, en les dispensant gratuitement ou en s'assurant que les dépenses associées n'exposent pas les individus à des difficultés financières (46) ; ▫ veiller à ce que les informations sur la santé sexuelle et reproductive soient accessibles (3, 52) (par exemple, les institutions et les personnes devraient pouvoir fournir des informations fiables et précises sur les soins de santé, y compris sur l'avortement, sans crainte de sanction pénale [41, 50, 51]) ; ▫ veiller à ce que la prestation de services soit respectueuse de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés, et sensible aux questions ayant trait au genre, à l'âge, au handicap, à l'identité et à l'orientation sexuelle, ainsi qu'aux exigences propres au cycle de la vie (53, paragraphe 20).
<p>Le droit à la non-discrimination et à l'égalité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les États doivent veiller à ce que les individus bénéficient d'un accès équitable à la même gamme, à la même qualité et au même niveau d'informations, de biens et de services en matière de santé sexuelle et reproductive (36, 45, 52). • Les États doivent adopter des mesures couvrant l'accès à l'avortement sécurisé et aux soins post-avortement pour des groupes particuliers de personnes, en particulier celles qui sont marginalisées, qui ont des ressources limitées, qui vivent dans des zones rurales et/ou sont issues de minorités, car elles sont plus susceptibles de subir des formes de discrimination croisées (3, 36-38, 40, 41, 42 [paragraphe 33], 43-47, 49, 54 [paragraphe 45]). • Les États doivent abroger ou supprimer les lois, les politiques et les pratiques qui incriminent, entravent ou compromettent l'accès des individus aux soins de santé sexuelle et reproductive, telles que la pénalisation de l'avortement et les lois restrictives sur l'avortement (3, 35-38, 41, 42 [paragraphe 22], 55). • Les États doivent éliminer tous les obstacles juridiques, procéduraux, pratiques et sociaux qui entravent l'accès équitable et non discriminatoire des personnes aux services de santé sexuelle et reproductive, y compris aux services liés à l'avortement, et doivent abroger les mesures telles que l'imposition de l'autorisation de tiers (c'est-à-dire de la part des maris, partenaires, parents ou tuteurs, ou autorités sanitaires), les conseils partiels, les délais d'attente obligatoires et les restrictions fondées sur le fait d'être une femme non mariée (3, 35-38). • Les États doivent prendre des mesures pour empêcher l'imposition de l'avortement forcé, en particulier chez les femmes et les filles issus de groupes marginalisés (37, 40, 47, 52, 56).
<p>Le droit à la vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les États doivent s'assurer que les mesures adoptées pour réglementer l'accès à l'avortement ne mettent pas en danger la vie de la femme, de la fille ou de toute personne enceinte, ne les soumettent à aucune douleur et à aucune souffrance physique ou mentale et ne constituent pas une discrimination à leur égard ou une immixtion arbitraire dans leur vie privée (36). • Les États doivent fournir un accès effectif et confidentiel à l'avortement légal sécurisé lorsque la vie ou la santé de la femme, de la fille ou de toute personne enceinte est en danger, ou lorsque le fait de mener une grossesse à terme entraînerait pour la personne enceinte une douleur ou une souffrance considérable, et dans les situations où la grossesse est le résultat d'un viol ou d'un inceste ou lorsque celle-ci n'est pas viable (36). • Les États doivent prendre des mesures pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles, notamment en s'attaquant aux avortements non sécurisés, en tenant compte des difficultés exacerbées dans certains contextes (3, 36-38, 40, 43).

Droits humains	Quelques principes et obligations des droits humains concernant l'avortement
Le droit à la vie privée	<ul style="list-style-type: none"> • Les États doivent respecter le droit des personnes à prendre des décisions autonomes concernant leur santé sexuelle et reproductive, y compris celle de recourir ou non à l'avortement (35, 36, 57). • Les services de santé sexuelle et reproductive, y compris les soins liés à l'avortement et les soins post-avortement, doivent être fournis de manière à respecter pleinement la vie privée de la femme, de la fille ou de toute autre personne enceinte et à garantir la confidentialité (35, 36). • Les professionnels de santé ne doivent pas recevoir l'obligation ou le mandat de signaler les cas de femmes ayant eu recours à l'avortement (36, 37, 40, 48). • Le refus de pratiquer un avortement thérapeutique peut constituer une interférence arbitraire avec le droit à la vie privée (57). • L'imposition de l'autorisation de tiers peut constituer une violation du droit à la vie privée (3, 36, 38).
Le droit d'être protégé contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, y compris le droit à l'intégrité physique et mentale	<ul style="list-style-type: none"> • L'avortement forcé, la pénalisation de l'avortement, le refus ou le report d'un avortement sans risque et des soins après avortement, ainsi que les sévices et mauvais traitements subis par les femmes et les filles qui cherchent des informations, des biens et des services en matière de santé sexuelle et procréative sont des formes de violence fondée sur le genre (44, 55) qui, suivant les circonstances, peuvent être assimilées à de la torture ou à un traitement cruel, inhumain ou dégradant (55). • Les États doivent veiller à ce que les mesures réglementant l'avortement ne soumettent pas les personnes à des douleurs ou à des souffrances physiques ou mentales considérables, tout particulièrement lorsque la grossesse résulte d'un viol (36). • Les lois et politiques des États ne doivent pas autoriser les avortements sans le consentement libre et éclairé de la personne concernée (40, 41, 48, 52, 56, 58). • Les États doivent prévenir et réprimer les avortements forcés pratiqués par des agents publics et des acteurs privés, notamment lorsqu'ils sont pratiqués chez des femmes en situation de handicap ou en vertu de lois et politiques coercitives de planification familiale, ainsi que dans le contexte d'un conflit (40, 41, 48, 52, 56, 58). • Les États devraient veiller à ce que les personnes qui ont recours à un avortement légal sécurisé ne soient pas soumises à des attitudes humiliantes et porteuses de jugement conduisant au refus ou au report de ces services dans un contexte d'extrême vulnérabilité pour ces personnes et où des soins de santé en temps utile s'avèrent essentiels (35). • La pénalisation de l'avortement peut être assimilée à une torture ou à un traitement cruel, inhumain ou dégradant, notamment la pratique consistant à extorquer des aveux, à des fins de poursuites judiciaires de personnes sollicitant des soins médicaux d'urgence en raison d'un avortement illégal dans un contexte particulier (55).
Le droit de décider librement et de manière responsable du nombre d'enfants et de l'espacement et du moment des naissances, et d'avoir accès aux informations et aux moyens de le faire	<ul style="list-style-type: none"> • Les États doivent garantir l'accès aux informations et aux services de planification familiale et de santé sexuelle et reproductive, y compris à des méthodes de contraception abordables pour permettre aux femmes et aux adolescentes de prendre des décisions autonomes et éclairées en ce qui concerne leur santé reproductive (42 [paragraphe 33], 49 [paragraphe 33]). • Les États doivent veiller à ce que les femmes en situation de handicap puissent exercer leur droit de décider du nombre et de l'espacement des naissances (52, 59 [article 3(3)]).
Le droit à l'information et à l'éducation, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive	<ul style="list-style-type: none"> • Les États doivent prendre des mesures pour veiller à ce que des informations actualisées et précises sur la santé sexuelle et reproductive soient mises à la disposition du public et accessibles à toutes les personnes, dans les langues et sous les formes appropriées (3, 50-52). • Les États doivent s'assurer que les établissements d'enseignement intègrent dans leur programme obligatoire une éducation à la sexualité impartiale, scientifiquement exacte, factuelle, adaptée à l'âge et exhaustive en matière de sexualité (3, paragraphe 63). • Les États doivent prendre des mesures pour que chaque individu puisse avoir accès, de manière confidentielle, à des informations exactes et fondées sur les données probantes concernant l'avortement (3 [paragraphe 63], 50-52). • Ces informations doivent être présentées de manière compréhensible à la personne qui les reçoit (3, 52). • Le choix d'une personne de refuser d'être informée lorsque cela lui est proposé doit être respecté. • Les États doivent veiller à ce que le consentement éclairé soit donné librement, efficacement protégé et fondé sur la fourniture complète d'informations de qualité, exactes et accessibles.
Le droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications	<ul style="list-style-type: none"> • Les États doivent garantir un accès adéquat aux médicaments essentiels à un prix abordable (46, 49, 54). • Les États doivent garantir l'accès aux technologies scientifiques modernes nécessaires, en particulier à la contraception et aux médicaments pour l'avortement, sans discrimination (42, 49).

Note : pour de plus amples informations, voir l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement). La formulation utilisée dans cet encadré s'appuie la formulation originale utilisée dans les documents sources (traités relatifs aux droits de humains).

(iii) Accessibilité aux soins liés à l'avortement

Lorsque l'avortement est légal, il doit être accessible dans la pratique. Cela nécessite de s'assurer à la fois que les établissements de soins, les produits et les services sont accessibles (y compris un nombre suffisant de prestataires, voir la section 3.3.8 sur les restrictions relatives aux prestataires) et que les lois et les politiques en matière d'avortement sont formulées, interprétées et appliquées conformément aux droits humains. Ainsi, si l'avortement est actuellement autorisé en fonction des motifs, c'est-à-dire dans des circonstances spécifiées, et en prévision du passage à un système d'avortement sur demande comme recommandé (voir la Recommandation 2. Restrictions quant à la raison, section 2.2.2), ces motifs doivent être définis et interprétés de manière à donner pleinement effet aux droits humains des femmes et à respecter les définitions suivantes de l'OMS :

Santé : un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (2).

Santé mentale : un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté (65).

Les États doivent prendre des mesures efficaces pour empêcher les tiers (par ex. les parents, le conjoint, l'autorité sanitaire) de nuire à la jouissance de toute personne de son droit à la santé sexuelle et reproductive (voir la section 3.3.2. Autorisation de tiers (3, *paragraphe 59*) et doivent également s'assurer que le refus du prestataire de pratiquer l'avortement ne constitue pas un obstacle à l'accès aux soins liés à l'avortement (voir la section 3.3.9. Objection de conscience) (3 [*paragraphes 14, 43*], 39 [*Ch.1, paragraphes 11, 13*]).

(iv) Consentement libre et éclairé

Le droit international relatif aux droits humains exige que l'avortement soit pratiqué sur la base du consentement libre et éclairé de la personne ayant recours à l'avortement, sans autre autorisation requise.

Le droit international relatif aux droits humains oblige les États à veiller à ce que les informations relatives à l'avortement soient exactes, fondées sur des données probantes (3 [*paragraphe 9*], 36 [*paragraphe 8*]) et accessibles aux personnes de manière confidentielle (36 [*paragraphe 8*], 43), et à ce que leur choix de refuser ces informations lorsqu'elles leur sont proposées soit respecté (58, *paragraphe 15*). La réception de ces informations est essentielle car elle sous-tend le droit et la capacité de prendre des décisions et de faire des choix en connaissance de cause sur les questions relatives au corps et à la SSR, et de donner un consentement éclairé (voir également la section 1.3.2 ci-dessous).

En vertu du droit international relatif aux droits humains, les États sont tenus de veiller à ce que le « consentement éclairé » soit :

- documenté avant une intervention médicale et donné sans contrainte, influence induite ou distorsion des faits (58, *paragraphe 13*) ;
- protégé par des mécanismes législatifs, politiques et administratifs (58, *paragraphe 7*), en tant qu'aspect fondamental d'une série de droits fondamentaux (c'est-à-dire le droit à la santé, le droit à l'information, le droit à la non-discrimination, le droit à la sécurité et le droit à la dignité de la personne humaine) ;
- fondé sur la fourniture d'informations complètes sur les bénéfices, les risques et les autres choix associés ;
- fondé sur des informations de bonne qualité, exactes et accessibles (en veillant notamment à ce qu'elles soient disponibles sous de multiples formats et dans différentes langues, sous des formes accessibles aux personnes ayant des capacités restreintes), et présentées d'une manière acceptable pour la personne qui fournit son consentement.

D'autres informations pertinentes sont fournies à la section 3.2 sur la fourniture d'informations et de conseils relatifs à l'avortement aux personnes sollicitant un avortement, à la section 3.5.1 sur les soins de suivi et à la section 3.5.4 sur la contraception post-avortement. Les États sont tenus de protéger les femmes contre toute interférence arbitraire lorsqu'elles ont recours à des services de santé sexuelle et reproductive et de garantir le respect de la prise de décision autonome des femmes, y compris des femmes handicapées, concernant leur santé sexuelle et reproductive et leur bien-être (60).

Malgré le droit des femmes à accéder à des informations fiables et précises, certains agents de santé qui s'opposent à l'avortement pour des motifs de conscience fournissent délibérément des informations fausses ou

trompeuses ou refusent de fournir des informations sur l'avortement (66-68). Les États où les agents de santé sont autorisés à invoquer l'objection de conscience (3, *paragraphe 43*) doivent réglementer et surveiller dûment cette pratique pour faire en sorte qu'elle n'empêche personne d'avoir accès à des informations fiables et aux services appropriés (voir la section 3.3.9. Objection de conscience).

En vertu du droit international relatif aux droits humains, les États ne devraient pas empêcher les femmes d'avoir accès à certains services de santé au motif qu'elles n'ont pas l'autorisation de leur mari, de leur partenaire, de leurs parents/responsables légaux ou des autorités sanitaires, ou parce qu'elles ne sont pas mariées, ou tout simplement parce que ce sont des femmes (39 [Ch.1, *paragraphes 14, 21*], 3 [*paragraphes 41, 43*]). Concernant les adolescentes, l'autorisation ou le consentement des parents ne devraient pas être requis avant la prestation de soins liés à l'avortement (voir également la section 3.3.2. Autorisation de tiers). De manière générale, les États doivent reconnaître le développement des capacités des enfants et des adolescents et leur aptitude à prendre des décisions qui affectent leur vie (69, *article 5*). Afin de garantir la protection de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes des adolescents, le Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint a invité les États à envisager d'introduire dans leur législation « la présomption de compétence de l'adolescent, en vertu de laquelle l'adolescent qui demande, à titre préventif ou urgent, des biens et services de santé, y compris en matière de santé sexuelle et reproductive, est considéré comme ayant la capacité de bénéficier de ces biens et services » (35, *paragraphe 60*). Le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies a pour sa part exhorté les États à « envisager la possibilité d'autoriser les enfants à consentir à certains traitements ou interventions médicales sans l'autorisation d'un parent, d'un prestataire de soins ou d'un tuteur, comme [...] des services de santé sexuelle et procréative, notamment [...] l'avortement médicalisé » (45, *paragraphe 31*).

Les personnes handicapées ont un droit à l'autonomie (59, *article 3a*), mais se heurtent en permanence à une discrimination systémique dans l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Les États ont l'obligation d'interdire et d'empêcher tout refus discriminatoire de dispenser des services de santé sexuelle et procréative aux personnes handicapées (70, *paragraphe 66*). Les États ne peuvent pas autoriser la pratique de l'avortement forcé ou contraint et doivent prendre des mesures pour empêcher cette dernière, (40, *paragraphe 11*), qui constitue une torture, un traitement cruel, inhumain ou dégradant (40 [*paragraphe 11*], 52 [*paragraphe 62*]).

(v) Soins post-avortement

La prestation de soins post-avortement constitue une obligation fondamentale des États en vertu du droit à la santé sexuelle et reproductive (3, *paragraphe 49e*). Que l'avortement soit légal ou fasse l'objet de restrictions, les États sont tenus de garantir l'accès à des soins post-avortement (45, *paragraphe 70*). Ces soins doivent être accessibles de manière confidentielle, sans discrimination et sans risque de poursuites pénales ou d'autres mesures punitives (36, *paragraphe 8*). Les États doivent également garantir l'accès à un large éventail de méthodes contraceptives modernes, sûres et abordables (36 [*paragraphe 8*], 49 [*paragraphe 33*]).

(vi) Reddition de comptes en cas de violation des droits humains

Les mécanismes de reddition de comptes sont essentiels à la protection, au respect et à la garantie de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes. Le suivi et la reddition de comptes en matière de respect des droits humains sont assurés aux niveaux national, régional et international, conformément à la réglementation concernée. Le suivi et la reddition de comptes impliquent de multiples parties prenantes, telles que l'État lui-même, les organisations de la société civile, les institutions nationales ou les mécanismes internationaux ou régionaux se consacrant aux questions relatives aux droits humains. Parmi ces mécanismes de reddition de comptes figurent des mécanismes administratifs permettant d'enregistrer et de suivre les résultats de santé pertinents relatifs au droit et aux politiques en matière d'avortement, et de les inclure dans les rapports destinés aux institutions des droits humains (39, Ch.1, *paragraphes 9, 10, 12, 17*) (voir également la section 1.4.5 sur le suivi et l'évaluation des soins liés à l'avortement). Les États doivent veiller à ce que toutes les personnes aient accès à la justice et à des moyens de recours significatifs et efficaces en cas de violation de leurs droits humains (39, Ch.1, *paragraphe 13*). Par recours, on entend une réparation appropriée, efficace et rapide sous forme de restitution, d'indemnisation, de réadaptation, de satisfaction et de garanties de non-répétition, selon le cas (3, *paragraphe 64*), y compris par une réforme juridique ou politique. Compte tenu de ce qui précède, un environnement favorable aux soins liés à l'avortement garantirait l'existence de mécanismes de reddition de comptes appropriés en cas de manquement à la fourniture de soins liés à l'avortement de qualité, parmi lesquels des mécanismes accessibles,

transparents et efficaces permettant aux femmes de déposer un recours dans les délais si elles se voient opposer un refus à leur demande d'avortement. En outre, un environnement favorable comprendrait des mesures correctives appropriées en cas de manquement à la fourniture de soins liés à l'avortement de qualité, prévoyant entre autres l'examen régulier et la réforme de la législation et des politiques afin d'identifier et de supprimer les obstacles à la prestation de soins liés à l'avortement de qualité. Comme l'a confirmé le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), une telle réforme devrait inclure « [la] suppression de la pénalisation discriminatoire et l'examen et le suivi de toutes les procédures pénales... et la dépénalisation [d]es comportements qui ne peuvent être effectués que par les femmes, tels que l'avortement » (61, *paragraphe 51[1]*).

1.3.2 Disponibilité et accessibilité des informations

Une première étape essentielle vers l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins liés à l'avortement consiste à s'assurer que toute personne peut bénéficier d'informations et de conseils sanitaires pertinents, fiables et fondés sur des données probantes, en cas de besoin et en temps opportun. Cette obligation, énoncée dans le droit international relatif aux droits de humains – notamment le droit à l'information et le droit à la vie privée (voir l'Encadré 1.2) –, favorise la prise de décisions individuelles concernant les services de santé sexuelle et reproductive, y compris l'avortement. Deux types d'informations sur l'avortement doivent être disponibles : i) des informations de nature générale destinées au public (décrites ci-dessous), et ii) des informations spécifiques, adaptées à chaque personne souhaitant recourir à l'avortement (voir la section 3.2.1) et sous-tendant le consentement libre et éclairé, décrit à la section 1.3.1(v).

Les États parties doivent s'assurer que toute personne a le droit de recevoir des informations exactes, non partiales et fondées sur des données probantes sur la santé sexuelle et reproductive. Parallèlement, dans le cadre de leur obligation de réduire la mortalité et la morbidité maternelles, les États doivent veiller à la fourniture d'une éducation complète, non discriminatoire, scientifiquement exacte et adaptée à l'âge sur la sexualité et la reproduction, y compris à la fourniture d'informations sur l'avortement, à l'école et en dehors (46, 71 [articles 10, 16], 72) et doivent veiller à ce que les mineurs puissent accéder à une éducation sexuelle complète (ESC) sans le consentement de leurs parents ou tuteurs (45, *paragraphe 31*). Dans un environnement favorable, toutes les personnes peuvent recevoir toutes les informations nécessaires pour prendre une décision éclairée sur l'utilisation de la contraception, y compris des informations sur où et comment avoir recours à un avortement ou à une contraception, sur le coût des services et sur les spécificités de la réglementation locale. L'intérêt croissant pour l'auto-prise en charge de l'avortement (voir la section 3.6.2) fait ressortir la nécessité de veiller à ce que des informations fiables sur l'avortement soient disponibles pour toutes les personnes susceptibles d'y avoir recours.

En vertu du droit international relatif aux droits humains, la fourniture d'informations sur l'avortement ne devrait pas être pénalisée, y compris dans les contextes où la procédure elle-même peut être illégale (voir la section 2.2.1. Pénalisation de l'avortement). En vue de s'assurer de la large accessibilité des informations fiables, y compris aux personnes peu alphabétisées, un environnement favorable prévoirait le partage de ces informations au moyen de multiples formats/médias adaptés au public visé (par exemple, via des vidéos et via les médias sociaux). Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (CESCR) a confirmé que « la diffusion de fausses informations et la restriction du droit d'accès à l'information relative à la santé sexuelle et procréative violent l'obligation qu'ont les États de respecter les droits de l'homme. [...] De telles restrictions entravent l'accès à l'information et aux services, et peuvent alimenter la stigmatisation et la discrimination » (3, *paragraphe 41*).

1.3.3 Facteurs liés au système de santé

Au sein du système de santé, de multiples mesures sont nécessaires pour se conformer aux obligations relatives aux droits humains. Les mesures visant à faciliter et à renforcer la prestation de services liés à l'avortement devraient s'appuyer sur les droits humains, les besoins sanitaires locaux et une compréhension approfondie du système de prestation de services et du contexte social, culturel, politique et économique plus large. Les normes et lignes directrices nationales relatives aux soins liés à l'avortement devraient être fondées sur une base factuelle et mises à jour périodiquement, et devraient fournir les orientations nécessaires pour assurer un accès équitable à des soins complets liés à l'avortement. Les dirigeants devraient également promouvoir des services de santé sexuelle et reproductive fondés sur des données probantes, conformément à ces normes et lignes directrices.

Le droit au meilleur état de santé physique et mentale possible inclut le droit à des soins de santé respectueux ainsi que le droit de ne pas subir de violence ou de discrimination (73). Le droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications donne aux femmes le droit d'accéder aux technologies scientifiques modernes

qui leur sont nécessaires. Cela signifie que les États doivent garantir l'accès à des formes modernes et sûres de contraception, y compris aux contraceptifs d'urgence, aux médicaments pour l'avortement, aux technologies d'aide à la procréation et à d'autres biens et services de santé sexuelle et reproductive, sur la base de la non-discrimination et de l'égalité (49, paragraphe 33). En vue d'atteindre une norme élevée de soins respectueux, les systèmes de santé devraient être organisés et gérés de manière à garantir le respect de la santé sexuelle et reproductive et des droits humains (73). Les soins de santé respectueux reconnaissent les droits des personnes, respectent leur capacité d'agir et leur autonomie dans la prise de décision, et intègrent leurs valeurs et leurs préférences dans les soins.

Outre les entraves politiques et réglementaires, d'autres obstacles peuvent limiter davantage la disponibilité des services liés à l'avortement, notamment la stigmatisation, les coûts formels et informels, le manque de produits et de services, de prestataires formés et d'informations, et/ou la réticence de certains agents de santé à fournir ce type de soins. Cela rend certains groupes de personnes – les personnes vivant en milieu rural, confrontées à des difficultés financières, les adolescentes, les personnes célibataires, transgenres ou non binaires, celles qui ont moins accès à l'éducation et celles qui vivent avec le VIH – démesurément vulnérables aux obstacles à l'obtention de soins liés à l'avortement. Dans le cadre d'un environnement favorable, un système de santé devrait être doté de ressources suffisantes ; autrement dit, les ressources (par exemple, les médicaments essentiels, les fournitures, l'équipement, le personnel, les allocations financières) devraient être disponibles, réparties équitablement et utilisées efficacement. Ainsi, il convient d'assurer un accès adéquat et équitable aux médicaments et aux équipements essentiels de qualité garantie. Parallèlement, les politiques de financement de la santé devraient éviter de subordonner l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) au paiement direct au point de service, et le personnel de santé devrait être qualifié pour fournir des services de SSR fondés sur des données probantes, y compris des services de conseil.

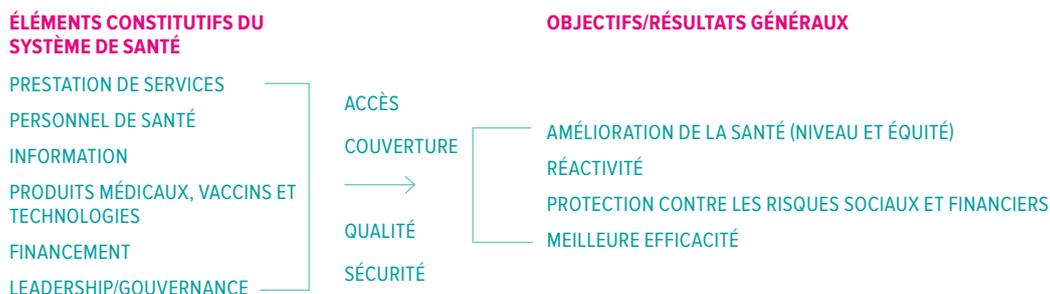
La stigmatisation de l'avortement est courante et peut être associée à des conséquences psychologiques négatives chez les personnes ayant recours à l'avortement ainsi que chez les agents de santé qui prodiguent des soins liés à l'avortement (31, 74, 75). Par ailleurs, elle peut également nuire aux résultats sanitaires. La stigmatisation de l'avortement est un phénomène social, qui dépend du contexte, mais qui peut être considéré comme l'exercice du pouvoir et du contrôle des membres d'un groupe sur les personnes d'un autre groupe moins puissant, considérées comme différentes, stéréotypées négativement, discriminées et marginalisées au sein de la société (75, 76). Des efforts doivent être déployés dans tous les secteurs pour lutter contre la stigmatisation. Les systèmes de santé doivent reconnaître les risques et les effets de la stigmatisation et mettre en œuvre des solutions pour garantir la vie privée et la confidentialité, mais aussi pour soutenir les agents de santé. Les soins devraient toujours être prodigués avec respect et bienveillance. Dans un environnement favorable, les communautés sont également mobilisées et solidaires. Les personnes qui aident et soutiennent les personnes ayant recours à l'avortement – le partenaire, les amis, les membres de la famille – ont également besoin de soutien au sein du système de santé et dans une plus large mesure.

Un examen plus approfondi des principaux facteurs liés aux systèmes de santé est présenté à la section 1.4 ci-dessous.

1.4 Considérations relatives au système de santé

Le système de santé s'entend de toutes les organisations, personnes et actions dont l'objectif principal est de promouvoir, de rétablir ou de maintenir la santé (77). Le système de santé se compose des six blocs constitutifs fondamentaux, tels que représentés à la Figure 1.2, soutenant quatre objectifs et résultats globaux, comme indiqué ci-dessous. Cette section traite en détail des considérations relatives au système de santé contribuant à un environnement favorable aux soins liés à l'avortement.

Figure 1.2. Le cadre du système de santé de l'OMS



Source: OMS, 2007 (77).

Le bon fonctionnement d'un système de santé, dont tous les « blocs » s'articulent en harmonie, repose sur des agents de santé formés et motivés, des infrastructures bien entretenues et un approvisionnement fiable en médicaments et en technologies, le tout appuyé par des financements adaptés, des plans sanitaires solides et des politiques fondées sur des données probantes. Les services de soins de santé fournis via le système de santé ne se limitent pas à ceux fournis au sein d'un établissement de santé ; les soins et services de santé comprennent également ceux fournis par des prestataires communautaires (par exemple, les visiteurs de santé, les pharmaciens), via des interventions numériques ou des approches d'auto-prise en charge (par exemple, la télémédecine).

1.4.1 Couverture sanitaire universelle et soins de santé primaires

La couverture sanitaire universelle (CSU) vise à garantir à tous les individus l'accès à des services de promotion de la santé, de prévention, de réanimation, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs de qualité suffisante pour être efficaces et qui répondent à leurs besoins, sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières (30). La couverture sanitaire universelle fait partie intégrante de la réalisation de la cible 3.8 des ODD : faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture santé universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable. Cette cible vise à accélérer les efforts afin que tous les individus et toutes les communautés puissent bénéficier de l'éventail complet de services de santé essentiels et de qualité dont ils ont besoin tout au long de leur vie, sans s'exposer à des difficultés financières.

Pour créer un environnement favorable, il est nécessaire d'intégrer les soins liés à l'avortement dans le système de santé à tous les niveaux (primaire, secondaire et tertiaire) – et de les soutenir au sein de la communauté – afin de permettre l'élargissement des rôles des agents de santé, y compris des approches d'auto-prise en charge. Une telle intégration est un processus complexe qui peut se faire via la prestation de services, des mécanismes de financement et/ou l'inclusion dans des ensembles de prestations de santé.

Bien que l'inclusion dans des ensembles de prestations de santé puisse améliorer l'accès aux soins liés à l'avortement et leur prestation, dans de nombreux pays, ces soins ne sont pas explicitement reconnus dans l'ensemble standard et cela contribue à un accès inéquitable aux services (78).

Du point de vue du financement de la santé, l'amélioration de l'accès à des soins complets d'avortement, dans le cadre de la CSU, nécessite de déplacer la charge du financement par les individus vers un financement public national, associant les recettes fiscales et les systèmes de prépaiement pour couvrir les coûts des soins (78). De plus amples informations sont fournies dans la section 1.4.2 ci-dessous. En attendant, concernant la prestation de services, l'intégration des soins liés à l'avortement dans les programmes nationaux de santé maternelle et de planification familiale représente l'option la plus simple sur le plan technique, car les services d'avortement nécessitent ainsi peu ou pas de compétences, de médicaments, d'équipements ou de fournitures supplémentaires. En outre, elle constitue l'option la plus efficace, car elle permet de minimiser les coûts supplémentaires/marginaux de la mise en œuvre des services d'avortement.

Le renforcement des systèmes de santé, par l'amélioration des performances dans les six éléments constitutifs des systèmes de santé (voir ci-dessus), s'avère essentiel pour progresser sur la voie de la CSU (77). L'utilisation de technologies et d'approches nouvelles et innovantes visant à fournir, faciliter ou soutenir les services

d'avortement doit être intégrée dans les programmes nationaux et les ensembles de prestations de santé. Le compendium de l'OMS sur la couverture sanitaire universelle fournit une liste de toutes les interventions relatives aux soins liés à l'avortement qui doivent être prises en considération pour inclusion dans le programme d'un pays en matière de couverture sanitaire universelle (79).³

En vue de garantir à la fois l'accès à l'avortement et l'atteinte de la CSU, l'avortement doit figurer au cœur des soins de santé primaires (SSP), lesquels sont pleinement intégrés dans le système de santé, en facilitant les circuits d'orientation-recours vers des soins de niveau supérieur lorsque cela s'avère nécessaire. Les SSP sont une approche multisectorielle de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir à tout un chacun le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible en accordant la priorité aux besoins et aux préférences des populations (en tant qu'individus, familles et communautés) tout au long du continuum de soins, couvrant la promotion de la santé et la prévention des maladies, ainsi que le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs (30). Des soins de santé primaires de qualité sont fondés sur des données probantes, dispensés par la communauté et centrés sur la personne. Rendre l'avortement disponible et accessible dans le cadre des soins de santé primaires est une stratégie sûre et efficace pour promouvoir un accès équitable à l'avortement et créer un environnement favorable à celui-ci.

1.4.2 Financement de la santé

Le financement de la santé est une fonction essentielle des systèmes de santé qui peut permettre de progresser sur la voie de la CSU en améliorant la couverture effective des services et la protection financière. Pour améliorer la couverture effective des services, les modalités de financement des services d'avortement devraient garantir la prise en charge des coûts de production afin que les prestataires de soins aient les moyens de mener à bien ces activités sans contraintes financières. Pour améliorer la protection financière, le système de santé doit garantir que la part des coûts supportés par les patientes et patients – coûts de production et coûts d'accès aux services – ne constitue pas un obstacle à la pleine utilisation des services. L'approche de l'OMS en matière de financement de la santé se concentre sur les fonctions essentielles suivantes :

- la collecte de recettes – établissement de sources de financement, notamment les budgets publics, les régimes d'assurance prépayés obligatoires ou volontaires, les paiements directs des usagers et l'aide extérieure ;
- la mise en commun des fonds – regroupement de fonds payés préalablement pour le compte de tout ou partie de la population ;
- l'achat de services – le paiement ou l'allocation de ressources aux prestataires de soins de santé.

En outre, tous les pays disposent de politiques indiquant les services dont la population peut bénéficier, même si cela n'est pas explicitement stipulé par le gouvernement, et par extension, les services non couverts sont habituellement payés de leur poche par les patients sous forme de participation aux frais ou de ticket modérateur.

Pour créer un environnement favorable, le financement des services d'avortement devrait tenir compte des coûts supportés par le système de santé, tout en garantissant des services gratuits ou abordables et facilement accessibles à toutes les personnes en ayant besoin, afin de contribuer à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. Un récent examen de la portée a pris en considération les coûts supportés par le système de santé et par la femme en classant les conséquences économiques de l'avortement et des politiques d'avortement à trois niveaux : micro-, méso- et macroéconomique. L'évaluation aux niveaux microéconomique, méso-économique et macroéconomique a permis de comprendre les conséquences économiques documentées des avortements aux niveaux individuel, communautaire et du système de santé (80-82).

Coût pour l'établissement ou le système de santé

En ce qui concerne les coûts pour l'établissement de soins et le système de santé, les conclusions de l'examen des résultats méso-économiques ont confirmé que les ressources limitées ont une incidence négative sur la capacité des établissements à répondre à la demande et à fournir des services de qualité (81). En outre, les coûts des soins post-avortement, notamment le traitement des complications post-avortement, viennent grever de

³ Disponible en sélectionnant « Sexual and reproductive health » à l'adresse suivante : <https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium/interventions-by-programme-area> ou en consultant la base de données à l'adresse suivante : <https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium/database>

manière disproportionnée les ressources des établissements dans de nombreux contextes. Une telle ponction dans des ressources déjà mises à rude épreuve ne fait qu'alourdir la charge qui pèse sur les systèmes de santé. Par conséquent, des économies financières peuvent être réalisées en maintenant ou en améliorant la qualité des services de soins liés à l'avortement, en décentralisant les services et en légalisant l'avortement, tel qu'indiqué dans l'évaluation macroéconomique (82).

Fournir un accès à des soins liés à l'avortement de qualité s'avère considérablement moins coûteux que de traiter les complications de l'avortement non sécurisé (83-87). Les soins liés à l'avortement par aspiration requièrent des investissements modestes et peu fréquents, tels que l'achat d'une machine d'aspiration pour l'aspiration électrique (AE), aspiration à pédale (AP) ou d'un équipement d'aspiration manuelle (AM), d'une table d'examen, d'un stérilisateur à vapeur ou d'un autoclave, et éventuellement la rénovation des salles d'attente, de consultation et de récupération, ainsi que des toilettes. Les coûts récurrents liés à l'avortement chirurgical ou médicamenteux incluent ceux associés à l'achat d'instruments et de fournitures devant être réapprovisionnés régulièrement, tels que les canules et les aspirateurs manuels, les solutions antiseptiques et les désinfectants de haut niveau utilisés pour le traitement des instruments, ainsi que les médicaments pour la prise en charge de la douleur, la prévention des infections et l'avortement médicamenteux.

Les décisions concernant les méthodes d'avortement à proposer et la manière d'organiser les services influencent directement le coût de la prestation des services et leur accessibilité financière. Deux questions d'ordre organisationnel revêtent une importance particulière pour accroître la sécurité et pour réduire les coûts : i) l'utilisation préférentielle de l'aspiration ou de l'avortement médicamenteux, et ii) la facilitation de l'avortement (par exemple, l'amélioration de l'accès aux services liés à l'avortement, l'intégration dans les soins de santé primaires). L'élargissement du rôle des agents de santé dans la prestation de services liés à l'avortement et l'exploration de modes innovants de prestation de services, tels que la télémédecine et les lignes d'assistance téléphonique, ont également été identifiés comme des stratégies permettant de réduire les coûts pour les systèmes de santé nationaux (82).

Rendre les services abordables pour les femmes

Dans les pays où l'accès légal à l'avortement est disponible, il reste difficile de fournir des services d'avortement financés par les fonds publics et gratuits sur le lieu de soins (88). En outre, dans certains contextes, la protection financière est limitée à des groupes démographiques spécifiques de personnes ayant recours à l'avortement ou à certaines catégories légales d'avortement. Les personnes ayant recours à l'avortement peuvent se voir supporter des frais supplémentaires importants (en plus des frais officiels), ce qui constitue un obstacle pour nombre d'entre elles, surtout si l'on y ajoute les frais de déplacement et les coûts d'opportunité, tels que les heures perdues de travail rémunéré et non rémunéré. Dans certains contextes, les taux de remboursement des prestataires privés ou publics travaillant avec des organisations non gouvernementales sont bien inférieurs au coût des soins. L'obstacle que constituent les coûts élevés des médicaments et/ou des services liés à l'avortement est susceptible de générer des coûts plus élevés encore pour le système de santé, car ces coûts conduisent de nombreuses personnes – en particulier les adolescentes (89) – à se présenter à un âge gestationnel plus avancé ou à recourir à des prestataires ou à des avortements peu sûrs, augmentant ainsi les taux d'hospitalisation pour complications graves (80, 90-92). Des taux plus élevés de complications, des frais supplémentaires et des coûts élevés contribuent également à la stigmatisation de l'avortement.

Le respect, la protection et la jouissance du droit à la santé exigent des États qu'ils garantissent, au moins, un accès universel et équitable à des services, des biens et des ressources de santé sexuelle et procréative abordables, acceptables et de qualité, en particulier pour les femmes et les groupes défavorisés et marginalisés (3, *paragraphe 49*). Ainsi, afin de créer un environnement favorable aux soins liés à l'avortement, la capacité de payer ne devrait pas avoir d'incidence sur la capacité des femmes à accéder aux services d'avortement légal (3 [*paragraphe 17*], 35 [*paragraphe 31*], 39 [*Ch.1, paragraphe 21*]).

Dans le cadre d'un environnement favorable, les considérations relatives à l'égalité entre les sexes, aux droits humains et à l'équité devraient orienter l'élaboration de la politique de financement de la santé afin de réduire, voire d'éliminer, les obstacles financiers pour les plus vulnérables, et de garantir un accès équitable à des services de bonne qualité (93). Le Comité CEDAW décrit les frais d'avortement comme une entrave au choix éclairé et à l'autonomie des femmes (94, *paragraphe 37*). Lorsqu'une participation financière des patientes est exigée pour l'avortement, celle-ci devrait se fonder sur une évaluation minutieuse de la capacité à payer et une dispense de

frais devrait être disponible pour celles qui sont confrontées à des difficultés financières et les adolescentes. Il convient toutefois de noter que les données sur l'efficacité des dispenses de frais pour lever les obstacles financiers et améliorer l'accès à des soins liés à l'avortement de qualité sont contradictoires et non concluantes (95). De nombreux organes de suivi des traités (voir l'annexe 2) ont reconnu que les services liés à l'avortement doivent être économiquement accessibles et ont recommandé aux États de réduire le coût de l'avortement ou de fournir un soutien financier si nécessaire (96 [paragraphes 37b), 38b)], 97 [paragraphe 24], 98 [paragraphes 38, 39]).

Parallèlement, le Comité contre la torture (CAT) a appelé les États à garantir le libre accès à l'avortement en cas de viol (99, paragraphe 15a). Compte tenu de ce qui précède, les services et les fournitures liés à la pratique de l'avortement devraient, dans la mesure du possible, être obligatoirement couverts par des régimes d'assurance, car l'incapacité à payer ne constitue pas une raison acceptable de refuser ou retarder les soins liés à l'avortement. En outre, la transparence des procédures dans l'ensemble des établissements de soins permet de s'assurer que des frais informels ne sont pas imposés par le personnel.

1.4.3 Compétences et formation des agents de santé

Les agents de santé désignent toutes les personnes participant à des activités dont le principal objectif est d'améliorer la santé (100). La prestation de soins de haute qualité requiert un nombre suffisant d'agents de santé compétents, répartis équitablement et possédant un ensemble optimal de compétences au niveau des établissements, des services de proximité et de la communauté (101). Tous les agents de santé doivent bénéficier d'un soutien approprié pour pouvoir dispenser des soins de qualité. Les compétences requises pour fournir ou soutenir des soins liés à l'avortement correspondent aux compétences requises dans de nombreux domaines de la santé (102, 103). L'OMS élabore actuellement un cadre mondial de compétences pour la couverture sanitaire universelle, qui recense les compétences que doivent posséder les agents de soins de santé primaires pour fournir l'ensemble des services de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic et de soins curatifs et palliatifs (104, 105).

La prestation de services de soins et de traitement devrait être centrée sur la personne, dénuée de jugement et non directive afin de permettre aux individus de prendre des décisions concernant leurs propres soins de manière éclairée et soutenue (106). Dans le cadre d'un environnement favorable, il est particulièrement important que la formation des agents de santé intervenant dans les services de santé sexuelle et reproductive intègre :

- les compétences particulières requises pour les services de santé sexuelle et reproductive, en particulier pour les soins liés à l'avortement ;
- la fourniture de soins centrés sur la personne ;
- les droits humains, le contenu et la signification de la loi, et comment interpréter et appliquer la loi et les politiques dans le respect des droits ;
- la communication pour permettre une prise de décision éclairée ;
- la clarification des valeurs ;
- la collaboration interprofessionnelle ;
- les approches de soins empathiques et bienveillants (105).

Ces compétences devraient être intégrées dans les programmes de formation et promues par les associations professionnelles. Il est particulièrement important que les agents de santé adoptent des attitudes et des comportements inclusifs, dénués de jugement et non stigmatisants, et qu'ils promeuvent la sécurité et l'égalité. Les gestionnaires des soins de santé – qu'ils relèvent du secteur public ou du secteur privé – sont tenus de fournir des services de manière appropriée et de respecter les normes fondées sur l'éthique professionnelle et les principes des droits humains convenus au niveau international.

1.4.4 Produits

La prestation de soins de santé primaires comprend l'accès à des médicaments sûrs, efficaces, de qualité garantie et d'un prix abordable, y compris à des médicaments pour l'avortement et les soins post-avortement (à savoir des antibiotiques et des antalgiques ainsi que des médicaments pour l'avortement et des contraceptifs post-avortement).

La liste modèle OMS des médicaments essentiels (également appelée « liste des médicaments essentiels » ou LME) correspond aux besoins minimaux en médicaments d'un système de soins de santé de base et recense les médicaments les plus efficaces, les plus sûrs et présentant le meilleur rapport coût/efficacité pour les affections prioritaires. Les affections prioritaires sont sélectionnées en fonction de leur importance actuelle et future estimée en matière de santé publique, ainsi que de l'existence éventuelle d'un traitement sans danger et présentant un bon rapport coût/efficacité. La mifépristone et le misoprostol figurent tous deux dans la

Liste modèle OMS des médicaments essentiels depuis 2005. En 2019, ces médicaments sont passés de la liste complémentaire à la liste principale des médicaments essentiels dans la 21e LME et l'exigence d'une « surveillance médicale attentive » pour leur utilisation a été supprimée (107). Les médicaments pour l'avortement inclus dans la 21e LME ainsi que dans la 22e LME plus récente sont recensés dans le Tableau 1.1.

Tableau 1.1 Médicaments répertoriés dans la liste modèle OMS des médicaments essentiels (LME) et leurs indications

Indication incluse dans la LME	Médicaments inclus dans la LME
Avortement provoqué	<ul style="list-style-type: none"> Mifépristone (200 mg) et misoprostol (200 µg) Les médicaments sont disponibles individuellement ou conditionnés ensemble. La LME mentionne spécifiquement la formulation co-conditionnée suivante : 1 comprimé de mifépristone (200 mg) + 4 comprimés de misoprostol (200 µg).
Prise en charge de l'avortement incomplet et de la fausse couche	<ul style="list-style-type: none"> Misoprostol (200 µg)

Source : OMS LME – 21e liste, 2019 (107), 22e liste, 2021 (108).

Au sein d'un pays, les éléments clés d'une stratégie relative aux produits comprennent la politique, la réglementation, les achats et la chaîne d'approvisionnement, ainsi que les liens avec les systèmes de financement et de remboursement (109).

La mifépristone et le misoprostol doivent figurer dans les listes nationales de modèles de médicaments essentiels ou leur équivalent, et être inclus dans les lignes directrices relatives aux soins cliniques/à la prestation de services pertinentes. Dans le cas des tests de grossesse et des équipements d'aspiration manuelle, les pays peuvent tenir une liste des dispositifs médicaux essentiels ou une liste similaire. Les tests de grossesse et les dispositifs d'aspiration manuelle de qualité devraient figurer dans ces listes dans le cadre d'une stratégie relative aux produits de base.

L'inclusion dans la liste nationale de médicaments essentiels constitue un élément important pour garantir la disponibilité de médicaments de qualité. Le misoprostol, la mifépristone, le matériel d'avortement chirurgical et d'autres produits de santé pertinents devraient être inclus dans les appels d'offres nationaux ainsi que dans les activités de suivi de la chaîne d'approvisionnement. Les activités d'achat devraient se fonder sur des méthodes de prévision adaptées aux produits et au contexte du pays afin de garantir un approvisionnement ininterrompu (110). Les centrales d'achat de médicaments devraient s'assurer que les spécifications pour l'achat de médicaments pour l'avortement sécurisé font l'objet d'une coordination avec les autorités nationales de réglementation pharmaceutique (ANRP) et que les normes d'assurance qualité et toutes les autres exigences, telles que la concentration, le conditionnement et la durée de conservation, sont clairement stipulées.

L'OMS recommande de garantir le plus haut niveau d'assurance de la qualité mais reconnaît que des approches fondées sur les risques peuvent être nécessaires dans les pays où l'accès aux marchés internationaux est limité. Les approches fondées sur les risques dépendront du contexte d'un pays donné, mais peuvent comprendre des exceptions s'appuyant sur des informations préalables concernant un fabricant ou sur des informations provenant d'autres organismes de réglementation (111). Les médicaments de qualité garantie comprennent ceux qui ont été approuvés par une autorité stricte de réglementation des médicaments (SRA) (112) ⁴ ou qui ont été inscrits sur la liste de préqualification de l'OMS. ⁵ Lorsque de tels médicaments ne sont pas disponibles, la mifépristone et le misoprostol devraient être approuvés par une ANRP prévoyant des tests et des inspections conformes aux normes convenues. ⁶

Les ANRP sont les organismes en charge de l'enregistrement et de l'autorisation de mise sur le marché de produits spécifiques. Dans le cadre de l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché, l'ANRP examine la sécurité, l'efficacité et la qualité des médicaments. Cette autorisation est spécifique à chaque médicament, chaque lieu de fabrication et chaque fabricant. Les autorisations de mise sur le marché sont accordées sur la base de l'évaluation d'un dossier technique présenté par le fabricant, ou son mandataire, confirmant l'efficacité, la qualité et la sécurité du produit. Moyennant la préqualification, l'OMS soutient le principe de confiance réglementaire, selon lequel elle fournit aux ARNM des informations détaillées sur l'évaluation des produits qui ont été préqualifiés par l'OMS,

4 Les autorités strictes de réglementation des médicaments (SRA) sont répertoriées à l'adresse suivante : <https://www.who.int/initiatives/who-listed-authority-reg-authorities/SRAs>. Dans la référence citée (pages 34–35), une SRA est définie comme « une autorité de réglementation qui est membre ou observateur de la CIH [Conférence internationale sur l'harmonisation des exigences techniques pour l'enregistrement des produits pharmaceutiques à l'usage de l'homme], ou qui est associée à un membre de la CIH en vertu d'un contrat de reconnaissance juridiquement contraignant » (jusqu'au 23 octobre 2015).

5 La préqualification de l'OMS est une norme pour tous les types de produits, notamment les médicaments (produits pharmaceutiques et biotérapeutiques), les vaccins et les dispositifs de vaccination, les diagnostics in vitro et les produits de lutte antivectorielle. Cette liste fait office de recommandation mais pas d'autorisation de mise sur le marché.

6 Pour de plus amples informations, veuillez consulter la Pharmacopée internationale, disponible à l'adresse suivante : <https://digidigitcollections.net/phint/2020/index.html#p/home>

de sorte que la décision réglementaire puisse être prise sur la base de l'évaluation de l'OMS plutôt que sur une nouvelle évaluation. Sur la base du même principe, l'OMS est également favorable à l'échange d'informations relatives à l'évaluation des produits approuvés par les autorités strictes de réglementation. Ces processus sont connus sous le nom de procédures d'enregistrement conjointes de l'OMS.⁷

Les autorités de réglementation statuent sur la possibilité de prescrire et de dispenser des médicaments. Dans certains cas, par exemple pour la contraception d'urgence, les organismes de réglementation ont pris la décision de modifier le droit de prescription afin d'améliorer l'accès et l'utilisation appropriée, en autorisant notamment la vente « sans ordonnance » ou la prescription par un pharmacien sans la nécessité de consulter un médecin. Parmi les informations généralement prises en considération figurent, entre autres, le fait de savoir si un état de santé peut être raisonnablement auto-diagnostiqué, la sécurité globale du médicament et la probabilité d'une mauvaise utilisation ou de complications en cas d'utilisation moins supervisée ou non supervisée du médicament (113, 114). Les programmes nationaux devraient collaborer avec les autorités de réglementation en vue de déterminer, en s'appuyant sur des données probantes, les autorités de prescription et de dispensation des médicaments les plus appropriées. Il peut s'avérer nécessaire de modifier les restrictions relatives au droit de prescription et de délivrance pour certaines catégories de prestataires de santé ou de mettre en place d'autres mécanismes dans le cadre réglementaire du système de santé pour octroyer ce droit à ces prestataires.

Une stratégie globale relative aux produits de base et une approche efficace de l'accès requièrent : l'inclusion des produits essentiels nécessaires dans la LNME, l'approbation de l'ANMR (c'est-à-dire l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement), l'élaboration de mécanismes de prévision, d'approvisionnement, de distribution et d'orientation relative à la prescription et à la dispensation, ainsi qu'un plan de pharmacovigilance.

1.4.5 Suivi et évaluation de la qualité des soins liés à l'avortement

Un suivi et une évaluation (S&E) efficaces sont essentiels pour mesurer la qualité des soins liés à l'avortement et les tendances en la matière. Ils servent par ailleurs de base au dialogue sur les politiques et à la prise de décisions fondées sur des données probantes en vue de l'amélioration continue de la prestation et de la qualité des services. Afin de soutenir le suivi et l'évaluation à l'échelle nationale de la qualité des soins liés à l'avortement, l'OMS élabore actuellement un cadre de suivi et d'évaluation de la qualité des soins liés à l'avortement s'appuyant sur le document de l'OMS intitulé *Monitoring and evaluation of health systems strengthening: an operational framework* [Suivi et évaluation du renforcement des systèmes de santé : cadre opérationnel] (115). La structure, les catégories et les domaines des indicateurs du cadre, la ventilation des inégalités et les sources de données standard sont présentés dans le Tableau 1.2. Un ensemble d'indicateurs relatifs aux soins liés à l'avortement est en cours d'élaboration et sera publié prochainement (voir l'annexe 6 pour un résumé de l'état d'avancement de ce travail portant sur le suivi et l'évaluation).

Le cadre de suivi et d'évaluation de la qualité des soins liés à l'avortement permettra de faire le point sur les éléments fondamentaux du système de santé, la prestation de services, les résultats pour la population et l'impact. Le suivi et l'évaluation des services liés à l'avortement restent limités dans la plupart des systèmes de santé nationaux. Il convient d'identifier et de combler les lacunes en matière de collecte et d'utilisation des données.

Le suivi des éléments fondamentaux du système de santé couvre la gouvernance, le financement de la santé, les personnels de santé, les produits de santé et les informations sanitaires. Pour chacune de ces cinq catégories d'éléments du système de santé à suivre dans le temps pour mesurer la qualité des soins liés à l'avortement, les activités à inclure sont, entre autres, les suivantes :

- gouvernance : la clarification du statut juridique de l'avortement, la mise en conformité des protocoles de l'avortement provoqué dans les lignes directrices nationales avec les orientations normatives mondiales (voir également la section 1.3.1[vii]) ;
- financement : l'inclusion des dispositifs de financement par le système de santé des soins liés à l'avortement dans les principaux programmes d'assurance santé (voir la section 1.4.2) ;
- personnel de santé : l'inclusion des soins liés à l'avortement provoqué basés sur les compétences (conformément aux orientations normatives mondiales) dans les programmes d'enseignement nationaux

⁷ Pour de plus amples informations, consulter le lien suivant : <https://extranet.who.int/pqweb/medicines/collaborative-procedure-accelerated-registration>

pour les catégories concernées de personnels de santé (voir la section 1.4.3) ;

- produits de santé : l'inclusion dans les listes nationales de médicaments essentiels de la mifépristone et du misoprostol, le suivi des ruptures de stock des produits de soins liés à l'avortement sur le lieu de prestation de services (voir la section 1.4.4) ;
- systèmes d'information pour la gestion sanitaire (SIGS) : l'intégration d'indicateurs pour des soins liés à l'avortement de qualité dans le SIGS national.

Pour le suivi de ces éléments, des données sont généralement disponibles dans des sources administratives, notamment les documents de politiques nationales, les systèmes de suivi du financement de la santé, les programmes d'enseignement nationaux, les systèmes d'information pour la gestion logistique (SIGL) et les SIGS.

Le suivi de la prestation de services permet d'évaluer la disponibilité des prestataires formés aux soins liés à l'avortement provoqué et dispensant ces soins, la disponibilité des médicaments et des produits nécessaires sur les lieux de prestation de services, l'état de préparation du système à fournir des soins liés à l'avortement selon des normes minimales définies, et la qualité de la prestation de services, notamment des soins centrés sur la personne, en se fondant en partie sur le point de vue des usagers et de la communauté. Les données de suivi de la prestation des services d'avortement au niveau national devraient être incluses dans les évaluations au niveau de l'établissement de santé, le SIGS et les enquêtes en population.

Le suivi des résultats en matière de soins liés à l'avortement pour la population évalue la couverture, notamment : i) l'accès à des soins liés à l'avortement de qualité abordables ; et ii) la connaissance par la population de l'accès à des soins liés à l'avortement de qualité abordables. Il convient de s'efforcer de ventiler les données en fonction de la nature de l'inégalité, telle que la situation de handicap, l'âge, la caste, le niveau d'éducation, l'origine ethnique, le genre, la situation géographique et le niveau de revenu. Parmi les sources de données sur les résultats concernant la population figurent généralement les évaluations au niveau des établissements de santé et les enquêtes en population, ainsi que les SIGS et les systèmes d'information pour la gestion de l'éducation. Dans de nombreux contextes, les données sur les résultats liés à l'avortement pour la population constituent un domaine négligé de la collecte et de la communication des données.

La mesure de l'impact pour la qualité des soins liés à l'avortement inclut la mortalité et la morbidité liées à l'avortement. Les estimations dans ces domaines devraient, dans la mesure du possible, être ventilées par nature de l'inégalité. Les sources de données incluent les enquêtes en population, les SIGS et les systèmes d'enregistrement des faits et des statistiques d'état civil.

Lorsque des lacunes sont identifiées dans la disponibilité des données, des investissements devraient être réalisés pour y remédier. À court terme, une modélisation statistique pourrait être nécessaire pour estimer les valeurs des indicateurs, en particulier en ce qui concerne l'impact.

Tableau 1.2 Suivi et évaluation de la qualité des soins liés à l'avortement

Catégories	Domaine de l'indicateur	Ventilation des inégalités	Sources des données
Éléments fondamentaux du système de santé	Gouvernance	Géographie : niveau national, niveau international	Sources administratives (notamment les documents de politiques nationales, les systèmes de suivi du financement de la santé, les programmes d'enseignement nationaux, le SIGL et le SIGS)
	Financement de la santé		
	Personnel de santé		
	Produits de santé		
	Information sanitaire		
Prestation de services	Disponibilité des services	Géographie : niveau national, niveau international	Évaluation au niveau de l'établissement de santé (y compris les entretiens avec les patientes et les patients), enquête en population, SIGS
	État de préparation à la prestation de services		
	Qualité des services		
Résultat pour la population	Accès à des soins liés à l'avortement de qualité abordables	Situation de handicap, âge, caste, niveau d'éducation, origine ethnique, genre, situation géographique, niveau de revenu	Évaluation au niveau de l'établissement de santé, enquête en population, SIGS, systèmes d'information pour la gestion de l'éducation
	Connaissance par la population de l'accès à des soins liés à l'avortement de qualité abordables		
Impact	Mortalité liée à l'avortement	Situation de handicap, âge, caste, niveau d'éducation, origine ethnique, genre, situation géographique, niveau de revenu	Enquêtes en population
	Morbidité liée à l'avortement		

SIGS : système d'information pour la gestion sanitaire ; SIGL : système d'information pour la gestion logistique

Chapitre 2.

Réglementation de l'avortement incluant les recommandations pertinentes

Tel que mentionné dans la section 1.3 du chapitre 1, le fait que la loi et les politiques promeuvent et protègent la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes participe de la création d'un environnement favorable. Un certain nombre d'approches courantes de la législation et de la politique en matière d'avortement, mentionnées au chapitre 1 (section 1.3.1), constituent des obstacles à l'accès à l'avortement, sont en contradiction avec les instruments juridiques internationaux relatifs aux droits humains et peuvent avoir des effets négatifs sur l'exercice de ces droits.

Ce chapitre traite des données probantes sur les conséquences de ces approches juridiques et politiques, examine leurs implications en matière de droits humains et présente des recommandations fondées sur des données probantes pour améliorer la législation et les politiques relatives à l'avortement dans le cadre d'un environnement favorable à l'accès universel à des soins liés à l'avortement de qualité. L'Encadré 2.1 résume les principes de la législation et des politiques relatives à l'avortement qui seraient conformes aux principes clés du droit relatif aux droits humains.

ENCADRÉ 2.1: Législation et politiques en matière d'avortement conformes aux principes clés du droit relatif aux droits humains

Les États doivent respecter, protéger et garantir les droits des personnes ayant recours à l'avortement, notamment leur santé sexuelle et reproductive et leurs droits connexes.

Les États devraient prendre des mesures positives pour établir un environnement réglementaire et politique favorable qui garantira la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité (AAAQ) universelles des soins liés à l'avortement et des soins post-avortement.

L'avortement devrait être totalement dépénalisé. Les obstacles réglementaires, politiques et programmatiques – ainsi que les obstacles pratiques – qui entravent l'accès à des soins liés à l'avortement de qualité et la fourniture de ces soins en temps utile devraient être supprimés. Il s'agit notamment des restrictions quant à la raison, des limites d'âge gestationnel, des délais d'attente obligatoires, des exigences relatives à l'autorisation de tiers et des restrictions relatives aux prestataires. Les États devraient également protéger l'accès aux soins liés à l'avortement et leur continuité contre les obstacles posés par l'objection de conscience (voir les recommandations 1, 2, 3, 6, 7, 21 et 22 dans le présent document).

La réglementation de l'avortement devrait avoir pour objectif de respecter, protéger et garantir la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes des femmes, de générer des résultats sanitaires positifs pour les femmes, de fournir des informations et des services contraceptifs de bonne qualité et de répondre aux besoins particuliers des personnes marginalisées, notamment les femmes confrontées à des difficultés financières, les adolescentes,

les femmes handicapées, les survivantes de violences sexuelles et basées sur le genre, les personnes transgenres et non binaires, les femmes issues de minorités ethniques, religieuses et raciales, les femmes migrantes et déplacées et les femmes vivant avec le VIH, entre autres. La réglementation de l'avortement devrait se fonder sur l'égalité et la non-discrimination et promouvoir ces deux principes.

Source : voir l'Encadré 1.2 pour les références.

2.1 Approches courantes de la réglementation de l'avortement

La réglementation de l'avortement diffère de celle des autres formes de soins dans quasiment tous les pays où l'avortement est légalement disponible. Contrairement à d'autres services de santé, l'avortement est non seulement réglementé par la loi sur les soins de santé, mais également, à différents degrés, par le droit pénal. Même lorsque l'avortement est autorisé pour certains motifs ou jusqu'à un âge gestationnel déterminé (souvent pour des motifs particuliers), il reste généralement considéré comme une infraction pénale s'il est pratiqué en dehors de ces situations spécifiques autorisées. Par conséquent, les personnes peuvent se heurter dans de tels contextes à des obstacles importants en matière d'accès aux soins liés à l'avortement et aux soins post-avortement. Ces obstacles persistent alors que l'avortement constitue une partie sûre, efficace et non complexe des soins de santé sexuelle et reproductive (SSR), alors que des avancées significatives ont été réalisées dans le droit international relatif aux droits humains et alors que l'auto-prise en charge de l'avortement est de plus en plus fréquente et a lieu en toute sécurité avec peu ou pas de contact avec le système de santé officiel.

Les obstacles typiques à l'accès à des soins liés à l'avortement de qualité, qu'ils soient codifiés ou non dans la loi, comprennent le manque d'accès à des informations fiables et précises, la fourniture d'informations ou de conseils partiels, l'imposition de délais d'attente obligatoires, les exigences relatives à l'autorisation de tiers, les restrictions concernant le type d'établissements ou de contextes qui peuvent légalement fournir des services d'avortement, les restrictions relatives aux types d'agents de santé qui peuvent légalement fournir ces services, le manque de services abordables, les violations de la confidentialité et de la vie privée, l'incapacité à protéger l'accès aux soins et la continuité des soins lorsque les agents de santé refusent de dispenser de tels soins au motif d'une objection de conscience, la non-autorisation et la non-mise à disposition des médicaments essentiels et la non-reconnaissance des femmes comme personnes capables de prendre elles-mêmes en charge leur avortement.

Les lois, politiques et pratiques restrictives ont souvent pour effet de faire des agents de santé, des établissements de soins, des comités, des comités d'éthique, de la police, des tribunaux ou d'autres entités les « gardiens » de l'accès à des soins liés à l'avortement de qualité en les obligeant à déterminer si une personne « remplit les conditions » pour bénéficier d'un avortement légal. Dans de nombreux cas, cela a pour conséquence de retarder l'accès à l'avortement. Ces gardiens ne sont pas toujours suffisamment informés de la loi ou disposés à interpréter et appliquer la loi et la politique de manière à respecter, à protéger et à garantir les droits des personnes souhaitant avoir recours à l'avortement. La pénalisation de l'avortement peut également avoir un « effet dissuasif » plus large, car elle peut entraîner une interprétation étroite de la loi applicable par les agents de santé, notamment pour éviter une éventuelle responsabilité pénale (c'est-à-dire l'inaction par crainte de représailles ou de sanctions). Par conséquent, les expériences des femmes en matière de recherche, d'accès et de prise en charge des soins liés à l'avortement sont très variables selon les contextes et dépendent en grande partie non seulement de la loi mais aussi de l'approche qu'ont lesdits gardiens avec qui elles interagissent à l'égard de l'avortement. Aussi l'inclusion d'informations sur les droits, lois et politiques en question dans la formation et l'éducation des agents de santé est-elle essentielle pour garantir un environnement favorable à des soins de qualité en matière d'avortement (voir également le chapitre 1, section 1.4.3).

Tel que décrit ci-dessus, des lois et politiques claires, accessibles et fondées sur les droits permettent de créer un environnement favorable aux soins liés à l'avortement (voir la section 1.3). Cependant, dans certains pays, la législation relative à l'avortement est incohérente car leur constitution, code pénal et législation sanitaire ou leurs orientations politiques contiennent des dispositions apparaissant comme contradictoires (117).

En outre, dans certains cas, les lois nationales ne sont pas conformes aux normes internationales relatives aux droits humains et sont inconciliables avec les données actuelles de santé publique. Par ailleurs, les gouvernements peuvent ne pas fournir les orientations nécessaires aux prestataires de soins pour déterminer dans quelles situations l'avortement est légal. Une telle incohérence peut être source d'insécurité juridique pour les personnes qui souhaitent avoir recours à des soins liés à l'avortement et les personnes qui fournissent ces

soins. Les recommandations des présentes lignes directrices s'appuient sur les données probantes relatives aux droits humains et à la santé publique pour définir une approche selon laquelle l'avortement est régi de la même manière que les autres interventions de santé, c'est-à-dire par la législation et la politique générales en matière de santé, les meilleures pratiques, la formation et les lignes directrices fondées sur des données probantes.

2.2 Recommandations relatives à la réglementation de l'avortement

Trois recommandations portant spécifiquement sur la réglementation de l'avortement sont présentées dans cette section (recommandations 1 à 3) et quatre recommandations supplémentaires, également relatives au droit et à la politique en matière d'avortement, sont présentées dans le chapitre 3, section 3. Avant l'avortement (Recommandations 6,7,21 et 22). Ces sept recommandations ont été formulées par les groupes d'experts constitués pour l'élaboration de ces lignes directrices, comprenant des conseillers experts en droits humains (la liste des personnes ayant apporté leur contribution figure à l'annexe 1 et les rôles des groupes de contributeurs sont décrits à l'annexe 4).⁸ Les données probantes ont d'abord été examinées systématiquement pour chaque sujet et question prioritaires, et le niveau de certitude de ces données probantes a été évalué (sur la base de la qualité des données probantes, en fonction du type et de la taille des études menées et leurs diverses limites).

La direction (en faveur ou en défaveur d'une intervention) et la force de chaque recommandation ont été définies par le groupe d'experts sur la base des six critères de fond du cadre INTEGRATE de l'OMS tel qu'appliqué à chaque intervention pour la population spécifiée – l'équilibre entre les avantages et les inconvénients pour la santé, les droits humains et l'acceptabilité socioculturelle, l'équité, l'égalité et la non-discrimination en matière de santé, les implications sociétales, les considérations financières et économiques, et les considérations relatives à la faisabilité et au système de santé – tout en tenant compte du méta-critère de la qualité des données probantes (118).

Les recommandations en faveur d'une intervention sont qualifiées de fortes ou faibles (les conditions d'utilisation étant précisées dans ce dernier cas de figure), et la troisième possibilité constitue une recommandation à l'encontre de l'intervention. Pour indiquer clairement la force et la direction de chaque recommandation, la formulation suivante est utilisée :

- **Recommander** – recommandation forte en faveur de l'intervention.
- **Suggérer** – recommandation faible en faveur de l'intervention (requérant une précision supplémentaire pour qualifier la recommandation, en spécifiant les conditions d'utilisation).
- **Déconseiller** – recommandation forte à l'encontre de l'intervention/en faveur de la comparaison.

Pour chaque sujet couvert, dans le présent chapitre ainsi que dans le chapitre 3, de brèves informations générales sont présentées, puis la recommandation elle-même, suivie d'une liste de remarques (le cas échéant) du groupe d'experts qui a examiné les données probantes en détail, expliquant les conditions et le contexte pertinents pour la recommandation, puis la justification, ou un résumé de la base factuelle et du processus décisionnel pour la recommandation, et enfin un encadré énumérant toutes les considérations clés relatives aux droits humains pertinentes pour la recommandation ou la thématique plus large. Il convient de noter que les lignes directrices de 2013 sur l'Avortement sécurisé formulaient une recommandation générique à caractère juridique et politique ; dans les présentes lignes directrices, sept recommandations distinctes sont formulées, sans être pour autant considérées comme « nouvelles » (les recommandations 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22). Les méthodes sont décrites dans leur intégralité à l'annexe 4, y compris les différences entre les méthodes appliquées pour les sept recommandations relatives aux questions de droit et de politique et les autres types de recommandations. Un tableau récapitulatif faisant le lien entre les thématiques abordées, les questions de recherche, les examens systématiques menés et les numéros des recommandations est fourni à l'annexe 7. Les cadres décisionnels fondés sur des données probantes sont fournis en ligne sous forme de suppléments et des renvois à ceux-ci sont fournis sous forme de lien hypertexte avec la justification de la recommandation nouvelle ou actualisée présentée.⁹

8 Les groupes d'experts comprenaient les Groupes d'examen des données probantes et des recommandations pour chacun des trois domaines (droit et politique, services cliniques et prestation de services) puis, ultérieurement, le Groupe d'élaboration des lignes directrices. Chaque phase et chaque réunion de ces groupes ont également compté sur la participation d'au moins un conseiller en droits humains. Pour plus de détails sur les rôles de ces groupes et la méthodologie complète du processus d'élaboration des lignes directrices, voir l'annexe 4. Méthodes et processus d'élaboration des lignes directrices.

9 Supplément 1. EtD frameworks for law and policy topics (Cadres décisionnels fondés sur des données probantes pour les recommandations concernant le droit et les politiques), disponibles à l'adresse suivante : <https://www.who.int/publications/item/9789240039483>

2.2.1 Pénalisation de l'avortement

Contrairement à d'autres services de santé, l'avortement est non seulement réglementé par la loi sur les soins de santé, mais également, à différents degrés, par le droit pénal (il est sanctionné pénalement).

L'avortement demeure une infraction pénale dans la plupart des pays. Les personnes ayant recours à l'avortement et/ou les personnes qui fournissent des services d'avortement ou qui aident à accéder à l'avortement ou à le prendre charge, y compris parfois celles qui fournissent des informations en la matière, s'exposent à des sanctions. Dans certains pays, l'ensemble de ces actions constituent une infraction pénale.

La dépénalisation est une étape nécessaire à la légalisation de l'avortement, mais s'assurer que l'avortement est disponible, accessible et de haute qualité peut nécessiter l'adoption d'autres mesures juridiques ou réglementaires allant plus loin que la dépénalisation, notamment, le cas échéant, la mise en œuvre des autres recommandations contenues dans les présentes lignes directrices.

LOI ET POLITIQUE **Recommandation 1 - Pénalisation**

Recommander la dépénalisation complète de l'avortement.

Remarques:

- 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 eu recours à l'avortement, avoir aidé à y avoir recours, avoir fourni des informations sur la pratique de l'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'agit d'une intervention non consensuelle.

Remarque sur la mise à jour de la recommandation : cette recommandation et d'autres recommandations d'ordre juridique et politique ne sont pas nouvelles. Les lignes directrices de 2013 sur l'Avortement sécurisé formulaient une recommandation générique à caractère juridique et politique (19) ; dans les présentes lignes directrices, sept recommandations distinctes sont formulées à l'aide de l'approche GRADE.

Justification

De nombreux organismes de défense des droits de l'homme et titulaires de mandats en la matière, notamment le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies (CEDAW) (38), le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (CESCR) (3), le Comité des droits de l'homme des Nations Unies (36), et le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (37), soutiennent la dépénalisation complète de l'avortement. Ils ont précisé que les États ne devraient pas pénaliser les procédures médicales dont seules les femmes ont besoin, notamment l'avortement, ni sanctionner pénalement les personnes y ayant eu recours ou ayant aidé à y avoir recours. En vertu du droit international relatif aux droits humains, les États ne doivent pas exiger des agents de santé qu'ils signalent les cas de femmes ou de filles qui ont eu recours ou sont soupçonnées d'avoir eu recours à l'avortement, et les États doivent permettre de fournir des soins post-avortement en toutes circonstances et sans risque de sanction pénale. En outre, les États doivent prendre des mesures, notamment réviser les lois, en vue de réduire la morbidité et la mortalité maternelles (y compris la morbidité et la mortalité liées à l'avortement) et de protéger efficacement les femmes et les filles contre les risques physiques et mentaux associés au recours à l'avortement non sécurisé en raison de la pénalisation de l'avortement (voir également le chapitre 1, section 1.3.1 sur les droits humains, et l'annexe Web A. Key international human rights standards [Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement], contenant des informations supplémentaires ainsi que des références pour les affirmations ci-dessus).

Un examen systématique des études publiées entre 2010 et 2019 a été réalisé afin de déterminer l'incidence de la pénalisation de l'avortement sur les personnes souhaitant avoir recours à l'avortement et les agents de santé ; 22 études menées en Australie, au Brésil, au Chili, en Éthiopie, en Irlande, en Irlande du Nord (Royaume-

Uni), au Mexique, aux Philippines, en République-Unie de Tanzanie, au Rwanda, au Sénégal, en Uruguay et en Zambie ont été identifiées. Un résumé des données probantes extraites de ces études figure dans le Supplément 1, à la section EtD framework for Criminalization (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à la pénalisation). Les données probantes issues de ces études ont démontré que la pénalisation retardait l'accès à l'avortement, obligeant ainsi, dans certains cas, les prestataires de soins à attendre que la vie d'une femme soit en danger pour pouvoir pratiquer l'avortement dans le cadre des exceptions légales aux interdictions pénales. En outre, la pénalisation fait peser des charges supplémentaires sur les femmes, notamment des déplacements et des coûts inutiles, un accès retardé ou inexistant aux soins post-avortement, la détresse et la stigmatisation. Il est ressorti des données que la pénalisation n'a pas d'incidence sur la décision d'avorter, n'empêche pas les femmes d'avorter et n'empêche pas les femmes de se renseigner et de s'orienter vers des services à l'étranger où elles peuvent avoir accès à l'avortement. Au contraire, la pénalisation limite l'accès à l'avortement sécurisé et légal, et augmente le recours à l'avortement illégal et à risque. Lorsque des poursuites sont engagées, elles peuvent viser de manière disproportionnée les jeunes femmes célibataires, celles qui ont des difficultés financières et celles qui ont moins accès à l'éducation. Certains pays exigent des agents de santé qu'ils signalent les femmes et les filles qui ont recours à des soins liés à l'avortement ou post-avortement.

La pénalisation peut inciter les agents de santé à agir avec prudence, par crainte de poursuites pénales. Ils peuvent par conséquent hésiter à fournir des soins liés à l'avortement y compris en cas de viol, d'inceste et d'anomalie fœtale mortelle, bien que le refus de pratiquer l'avortement puisse constituer une torture, un traitement cruel, inhumain ou dégradant.

La pénalisation contribue à la faible disponibilité de prestataires formés aux soins liés à l'avortement et à la perte de compétences pertinentes au sein du personnel de santé. Cela peut se traduire par des conséquences négatives pour les agents de santé qui pratiquent l'avortement et par un alourdissement de la bureaucratie au sein des systèmes de santé.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT LA PÉNALISATION DE L'AVORTEMENT

- La disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité doivent être au cœur de la réglementation des services de santé sexuelle et reproductive (SSR).
- Le recours aux soins liés à l'avortement, la réception de ces soins, l'assistance à la pratique ou la pratique de l'avortement pour lequel la personne enceinte a donné son consentement libre et éclairé ne devraient jamais être pénalisés.
- Les États ne doivent pas exiger des agents de santé qu'ils signalent les cas de femmes ou de filles qui ont eu recours ou sont soupçonnées d'avoir eu recours à l'avortement.
- Les soins post-avortement doivent toujours être disponibles sans risque de sanction pénale.
- La recherche et la fourniture d'informations fiables, fondées sur des données probantes et non partiales sur l'avortement ne doivent jamais être pénalisées.
- Les États doivent prendre des mesures, notamment réviser les lois, en vue de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et de protéger efficacement les femmes et les filles contre les risques physiques et mentaux associés au recours à l'avortement non sécurisé.
- Toute personne a le droit d'accéder à des services de santé sexuelle et reproductive sans discrimination et en toute égalité.
- Les services de santé sexuelle et reproductive doivent être fournis dans le respect de la vie privée et de la confidentialité.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

2.2.2 Les restrictions quant à la raison pour contrôler l'accès à l'avortement

Dans la plupart des pays, la réglementation nationale autorise certains avortements, y compris dans les contextes où l'avortement est pénalisé. Généralement, les avortements sont toujours autorisés pour des « motifs » prescrits ou dans des circonstances spécifiques. Les circonstances dans lesquelles l'avortement est autorisé varient considérablement d'un pays à l'autre. Parmi celles-ci, certaines prennent en considération des indications cliniques (par exemple, risque pour la santé de la femme enceinte ou anomalie fœtale), d'autres sont liées aux circonstances de conception (par exemple, un viol), et d'autres encore sont liées aux circonstances socio-économiques (par exemple, des difficultés financières). Les restrictions fondées sur les motifs s'accompagnent généralement de limites d'âge gestationnel, qui varient souvent en fonction de la condition spécifique selon laquelle l'avortement est autorisé. Dans certains pays, l'avortement est disponible sur demande jusqu'à un âge gestationnel précis, puis limité à des raisons spécifiques par la suite.

LOI ET POLITIQUE Recommandation 2 - Restrictions quant à la raison

a. Déconseiller les lois et autres réglementations qui restreignent l'avortement quant au motif.

b. Recommander que l'avortement soit disponible à la demande de la femme, de la fille ou de toute autre personne enceinte.

Remarques:

- 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, les motifs existants devraient être formulés et appliqués d'une manière conforme au droit international relatif aux droits de l'homme. 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 humains. Pour ce faire :
 - i. les motifs existants doivent être définis, interprétés et appliqués de manière conforme aux droits humains ;
 - ii. l'avortement doit être disponible lorsque mener sa grossesse à terme entraînerait pour la femme, la fille ou toute autre personne enceinte une douleur ou une souffrance importante, notamment, mais sans s'y limiter, dans les cas où la grossesse est le résultat d'un viol ou d'un inceste ou lorsque la grossesse n'est pas viable ;
 - iii. l'avortement doit être disponible 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 doivent tenir compte des définitions OMS de la santé et de la santé mentale (voir le glossaire) ; et
 - v. il ne doit pas exister 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 Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement)).

Remarque sur la mise à jour de la recommandation : cette recommandation et d'autres recommandations d'ordre juridique et politique ne sont pas nouvelles. Les lignes directrices de 2013 sur l'Avortement sécurisé formulaient une recommandation générique à caractère juridique et politique (19) ; dans les présentes lignes directrices, sept recommandations distinctes sont formulées à l'aide de l'approche GRADE.

Justification

Conformément au droit international relatif aux droits humains, l'avortement doit être disponible lorsque mener sa grossesse à terme entraînerait pour la femme, la fille ou toute autre personne enceinte une douleur ou une souffrance importante, ou lorsque sa vie ou sa santé est en danger. Les États ne peuvent adopter une réglementation qui obligerait les femmes à recourir à un avortement non sécurisé et doivent prendre des

mesures, notamment réviser les lois, en vue de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et de protéger efficacement les femmes et les filles contre les risques physiques et mentaux associés au recours à l'avortement non sécurisé. (Pour de plus amples informations, veuillez consulter le chapitre 1, section 1.3.1[i] et l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion [Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement]). Les restrictions quant à la raison sont souvent i) définies de façon trop étroite ou ii) appliquées de manière excessivement prudente pour garantir la disponibilité de l'avortement dans ces circonstances. L'objectif de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et de protéger les femmes et les filles contre les risques associés à l'avortement non sécurisé peut être atteint efficacement en rendant l'avortement disponible à la demande de la femme ou de la fille enceinte.

Un examen systématique des études publiées entre 2010 et 2021 a été réalisé afin de déterminer l'incidence des restrictions quant à la raison de l'avortement sur les personnes souhaitant avoir recours à l'avortement et les agents de santé ; 21 études menées en Argentine, en Australie, au Brésil, au Chili, en Colombie, en Éthiopie, au Ghana, en Irlande, en Israël, au Mexique, au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, en République islamique d'Iran, en République-Unie de Tanzanie, au Rwanda, en Thaïlande, en Uruguay et en Zambie ont été identifiées. Un résumé des données probantes extraites de ces études est présenté dans le Supplément 1, à la section EtD framework for Grounds-based approaches (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives aux restrictions quant à la raison). Les données examinées ont mis en évidence que les restrictions fondées sur des motifs contribuent à retarder l'avortement, les retards étant dus à des incohérences dans l'interprétation ou l'application des motifs liés à la santé, aux délais de détermination de l'admissibilité des femmes à l'avortement ou à la mise en doute de l'affirmation selon laquelle la grossesse résulte d'un viol, à une interprétation trop restrictive des motifs ou à un désaccord au sein d'une équipe médicale quant à savoir si une femme satisfait à un motif légal. Une mauvaise interprétation de la loi peut également entraîner le refus de pratiquer l'avortement. Dans certains cas, les agents de santé ont attendu que l'état de santé de la femme se détériore suffisamment pour s'assurer qu'elle répondait au critère de « risque pour la vie », mettant clairement en danger son droit à la vie et violant potentiellement son droit de ne pas être torturée ni soumise à des traitements cruels, inhumains et dégradants.

L'interprétation des motifs, et donc l'admissibilité à l'avortement légal, varie selon les prestataires, et ceux-ci ne sont pas toujours certains de la loi ou de la manière dont elle devrait être appliquée ; l'interprétation est souvent étroite et non conforme au droit relatif aux droits humains et/ou aux définitions de la santé et de la santé mentale de l'OMS, ce qui entraîne le refus de pratiquer l'avortement. Les femmes ont fait état de difficultés importantes pour accéder aux soins dans des circonstances où elles ne pouvaient pas obtenir de soutien et de conseils juridiques pour les motifs autorisés. Il a été constaté que les restrictions quant à la raison avaient des conséquences particulièrement négatives pour les femmes confrontées à des difficultés financières et les femmes ayant un faible niveau d'instruction.

Les données probantes examinées dans le cadre des présentes lignes directrices montrent que les restrictions fondées sur des motifs ont un impact négatif disproportionné sur les femmes qui souhaitent avoir recours à l'avortement à la suite d'un viol. Ces femmes ont souvent fait l'objet d'interrogatoires, de retards prolongés et de procédures bureaucratiques en raison d'exigences telles que le signalement du délit à la police ou la nécessité d'une ordonnance judiciaire, bien qu'il ne soit pas conforme aux droits humains de faire de ces rapports ou procédures une condition préalable à l'accès à l'avortement. Même lorsque la loi prévoit que la plainte pour viol d'une femme est suffisante pour satisfaire à l'exigence légale, les prestataires peuvent exiger un document ou une autorisation (par exemple, une ordonnance du tribunal ou un rapport de police). En réalité, avoir recours à un avortement après un viol s'avère laborieux et prend du temps. Dans certains cas, les délais sont si longs que les femmes accouchent avant que l'admissibilité légale ne soit déterminée ; dans d'autres, les femmes choisissent plutôt de recourir à un avortement non sécurisé. Ainsi, le « motif du viol » ne satisfait pas à l'exigence du droit international relatif aux droits humains en vertu duquel l'avortement doit être disponible et accessible en cas de viol. Ces restrictions exposent également la personne à des traumatismes inutiles, peuvent l'exposer à un risque accru de la part de l'agresseur et peuvent inciter les femmes à recourir à un avortement non sécurisé.

Les données ont également montré que les restrictions quant à la raison qui exigent que les anomalies fœtales soient mortelles pour que l'avortement soit légal sont source de frustration chez les prestataires qui souhaitent soutenir les patientes et ne laissent aux femmes d'autre choix que de poursuivre leur grossesse. L'obligation de poursuivre une grossesse qui cause une détresse importante constitue une violation de nombreux droits humains. Les États sont tenus de modifier ces textes pour les rendre conformes au droit international relatifs aux droits humains.

En vertu du droit international relatif aux droits humains, les États sont tenus de veiller à ce que les femmes n'aient pas à recourir à un avortement non sécurisé. Les données probantes des études décrites ci-dessus suggèrent que les lois restrictives peuvent contribuer à une augmentation de l'incidence de l'avortement non sécurisé, les personnes qui ne satisfont pas aux différents motifs prévus ayant davantage recours à l'avortement illégal, y compris à l'auto-prise en charge illégale de l'avortement, dont la pratique peut s'avérer dangereuse. Les données probantes issues des études suggèrent également indirectement que les lois restrictives contribuent à la mortalité maternelle, car l'abandon par les États des restrictions fondées sur des motifs pour autoriser l'avortement sur demande au premier trimestre est associé à une réduction de la mortalité maternelle (en particulier chez les adolescentes) ainsi qu'à une diminution de la fécondité (taux de natalité). Ceci laisse à penser qu'il existe un lien entre l'obligation internationale de prendre des mesures pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et l'abandon des restrictions quant à la raison.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT LES RESTRICTIONS QUANT À LA RAISON

- La disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité doivent être au cœur de la réglementation des services de santé sexuelle et reproductive (SSR).
- L'avortement doit être disponible lorsque mener sa grossesse à terme entraînerait pour la femme, la fille ou toute autre personne enceinte une douleur ou une souffrance importante, lorsque sa grossesse est le résultat d'un viol ou d'un inceste ou lorsque sa vie ou sa santé est en danger.
- Les États ne peuvent pas adopter une réglementation qui obligerait les femmes à recourir à un avortement non sécurisé.
- Les États doivent prendre des mesures, notamment réviser les lois, en vue de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et de protéger efficacement les femmes et les filles contre les risques physiques et mentaux associés au recours à l'avortement non sécurisé.
- Toute personne a le droit d'accéder à des services de santé sexuelle et reproductive sans discrimination et en toute égalité.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

2.2.3 Limites d'âge gestationnel

Des limites d'âge gestationnel sont généralement spécifiées dans les lois et politiques portant sur l'avortement, qu'elles soient libérales ou restrictives. Imposées par une loi formelle, une politique institutionnelle ou une pratique personnelle des agents de santé, ces limites restreignent l'accès à l'avortement légal en fonction de l'âge gestationnel de la grossesse. Dans de nombreux pays, les limites d'âge gestationnel sont liées à des restrictions quant à la raison et varient en fonction des motifs ou des circonstances dans lesquels l'avortement est autorisé. Bien que les méthodes d'avortement puissent varier en fonction de l'âge gestationnel (voir le chapitre 3, section 3.4), la grossesse peut être interrompue sans danger, quel que soit l'âge gestationnel. Les limites d'âge gestationnel ne sont pas fondées sur des données probantes ; elles restreignent le moment où un avortement légal peut être pratiqué, selon la méthode utilisée.

Le droit international relatif aux droits humains exige que la qualité des soins soit au centre de la prestation et de la réglementation des services de santé sexuelle et reproductive et que, partant, la réglementation de l'avortement soit fondée sur des données probantes, scientifiquement et médicalement appropriées, et d'actualité (3, paragraphe 21). En vertu du droit international relatif aux droits humains, les États ne peuvent pas réglementer la grossesse ou l'avortement d'une manière qui contreviendrait à leur devoir de veiller à ce que les femmes et les filles n'aient pas à recourir à un avortement à risque et sont tenus de réviser leurs lois en conséquence (voir l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion [Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement]).

LOI ET POLITIQUE Recommandation 3 - Limites d'âge gestationnel

Déconseiller les lois et autres réglementations interdisant l'avortement en fonction des limites d'âge gestationnel.

Note sur la mise à jour de la recommandation : cette recommandation et d'autres recommandations d'ordre juridique et politique ne sont pas nouvelles. Les lignes directrices de 2013 sur l'Avortement sécurisé formulaient une recommandation générique à caractère juridique et politique (19) ; dans les présentes lignes directrices, sept recommandations distinctes sont formulées à l'aide de l'approche GRADE.

Justification

Un examen systématique des études publiées entre 2010 et 2020 a été réalisé afin de déterminer l'incidence des limites d'âge gestationnel sur les personnes souhaitant avoir recours à l'avortement et les agents de santé ; 21 études menées en Afrique du Sud, en Australie, en Belgique, aux États-Unis, au Mexique, au Népal et au Royaume-Uni ont été identifiées. Un résumé des données probantes extraites de ces études figure dans le Supplément 1, à la section EtD framework for Gestational age limits (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives aux limites d'âge gestationnel). Les données probantes examinées ont démontré que – seules ou associées à d'autres exigences réglementaires, y compris les restrictions quant à la raison – les limites d'âge gestationnel retardent l'accès à l'avortement, en particulier chez les femmes qui souhaitent avoir recours à l'avortement à un âge gestationnel plus avancé, les femmes qui se rapprochent de la limite d'âge gestationnel et celles qui vivent dans des zones où l'accès aux établissements de santé est limité. Il a été constaté que les limites d'âge gestationnel sont associées à des taux accrus de mortalité maternelle et à de mauvais résultats sanitaires. Le droit international relatif aux droits humains exige des États qu'ils modifient leurs textes afin de prévenir l'avortement non sécurisé et de réduire la mortalité et la morbidité maternelles.

Les études ont également montré que lorsque les femmes sollicitaient un avortement et se voyaient refuser des soins en raison de l'âge gestationnel de leur grossesse, cela pouvait conduire à une poursuite non désirée de la grossesse, en particulier chez les femmes souffrant de troubles cognitifs ou chez celles se présentant à 20 semaines d'âge gestationnel ou plus. Ce résultat peut être considéré comme non conforme à l'exigence, en vertu du droit international relatif aux droits humains, de rendre l'avortement disponible lorsque mener sa grossesse à terme entraînerait pour la femme une douleur ou une souffrance importante, indépendamment de la viabilité de la grossesse.

Les données probantes issues de ces études montrent que les femmes présentant des troubles cognitifs, les adolescentes, les jeunes femmes, les femmes vivant loin des établissements de santé, les femmes devant effectuer un long déplacement pour avorter, les femmes dont le niveau d'instruction est plus faible, les femmes confrontées à des difficultés financières et les femmes sans emploi pâtissent de manière disproportionnée des limites d'âge gestationnel. Cela met en évidence l'impact démesuré des limites d'âge gestationnel sur certains groupes de femmes et rappelle l'obligation pour les États de garantir la non-discrimination et l'égalité dans la prestation de services de santé sexuelle et reproductive.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT LES LIMITES D'ÂGE GESTATIONNEL

- La disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité doivent être au cœur de la réglementation des services de santé sexuelle et reproductive (SSR).
- Les États ne peuvent pas adopter une réglementation qui obligerait les femmes à recourir à un avortement non sécurisé.
- Les États doivent prendre des mesures, notamment réviser les lois, en vue de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et de protéger efficacement les femmes et les filles contre les risques physiques et mentaux associés au recours à l'avortement non sécurisé.
- Toute personne a le droit d'accéder à des services de santé sexuelle et reproductive sans discrimination et en toute égalité.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

Chapitre 3.

Recommandations et énoncés des meilleures pratiques dans le cadre du continuum des soins liés à l'avortement

3.1 Contexte

Les recommandations nouvelles et actualisées présentées dans ce document ont été formulées par les groupes d'experts constitués en vue de l'élaboration des présentes lignes directrices, comprenant des conseillers experts en droits humains (la liste des personnes ayant apporté leur contribution figure à l'annexe 1, et les rôles des groupes de contributeurs sont décrits à l'annexe 4).¹⁰ Les données probantes ont d'abord été systématiquement examinées pour chaque sujet et question prioritaire, selon l'approche GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (24, 119), et le niveau de certitude de ces données a été évalué (sur la base de la qualité des données probantes, en fonction du type et de la taille des études menées et leurs diverses limites).

La direction (en faveur ou en défaveur d'une intervention) et la force de chaque recommandation ont été définies par le groupe d'experts sur la base des six critères de fond du cadre INTEGRATE de l'OMS tel qu'appliqué à chaque intervention pour la population spécifiée – l'équilibre entre les avantages et les inconvénients pour la santé, les droits humains et l'acceptabilité socioculturelle, l'équité, l'égalité et la non-discrimination en matière de santé, les implications sociétales, les considérations financières et économiques, et les considérations relatives à la faisabilité et au système de santé – tout en tenant compte du méta-critère de la qualité des données probantes (118). Les méthodes sont décrites dans leur intégralité dans l'annexe 4, y compris les différences entre les méthodes appliquées pour les recommandations relatives aux questions de droit et de politique (Recommandations 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22) et les autres types de recommandations. Les cadres décisionnels fondés sur des données probantes sont fournis en ligne sous forme de suppléments et des renvois à ceux-ci sont fournis sous forme de lien hypertexte avec la justification de chaque recommandation nouvelle ou actualisée présentée.¹¹

Les recommandations en faveur d'une intervention sont qualifiées de fortes ou faibles (les conditions d'utilisation étant précisées dans ce dernier cas de figure), et la troisième possibilité constitue une recommandation à l'encontre de l'intervention. Pour indiquer clairement la force et la direction de chaque recommandation, la formulation suivante est utilisée :

¹⁰ Les groupes d'experts comprenaient les Groupes d'examen des données probantes et des recommandations pour chacun des trois domaines (droit et politique, services cliniques et prestation de services) puis, ultérieurement, le Groupe d'élaboration des lignes directrices. Chaque phase et chaque réunion de ces groupes ont également compté sur la participation d'au moins un conseiller en droits humains. Pour plus de détails sur les rôles de ces groupes et la méthodologie complète du processus d'élaboration des lignes directrices, voir l'annexe 4. Méthodes et processus d'élaboration des lignes directrices.

¹¹ Les cadres décisionnels fondés sur des données probantes des présentes lignes directrices peuvent être consultés en ligne : Supplément 1. EtD frameworks for law and policy topics (Cadres décisionnels fondés sur des données probantes pour les recommandations concernant le droit et les politiques) <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483> ; Supplément 2. EtD frameworks for clinical service topics (Cadres décisionnels fondés sur des données probantes pour les recommandations concernant les services cliniques) <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483> ; Supplément 3. EtD frameworks for service delivery topics (Cadres décisionnels fondés sur des données probantes pour les recommandations concernant la prestation de services) <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.

- **Recommander** – recommandation forte en faveur de l'intervention.
- **Suggérer** – recommandation faible en faveur de l'intervention (requérant une précision supplémentaire pour qualifier la recommandation, en spécifiant les conditions d'utilisation).
- **Déconseiller** – recommandation forte à l'encontre de l'intervention/en faveur de la comparaison.

Les recommandations nouvelles et actualisées résultent de l'examen des questions PICR (population, intervention, comparaison et résultat) qui avaient été identifiées lors des réunions de cadrage pour ces lignes directrices. Dix recommandations figurant dans les présentes lignes directrices sont totalement « nouvelles » (comme indiqué dans le tableau du résumé d'orientation et dans le présent chapitre). Parmi les recommandations existantes, les recommandations actualisées sont celles qui avaient été publiées dans de précédentes lignes directrices de l'OMS, mais qui ont fait l'objet d'un processus actualisé de délimitation de la portée, de recherche et d'examen des données probantes pertinentes, d'application de la méthodologie GRADE et de réexamen des critères INTEGRATE de l'OMS aux fins des présentes lignes directrices, ce qui peut ou non avoir entraîné un changement substantiel de la force, de la direction ou du fond de la recommandation (19, 23, 120). Enfin, certaines recommandations existantes sont reprises telles quelles des précédentes lignes directrices de l'OMS ;¹² dans ces cas, le sujet n'avait pas été délimité avant l'élaboration de ces lignes directrices et aucune nouvelle recherche ou examen n'a donc été effectué ou, dans certains cas, une recherche documentaire actualisée a été effectuée pour examiner la base factuelle actuelle sans conduire à une modification de la recommandation existante. Il convient de noter que les lignes directrices de 2013 sur l'Avortement sécurisé formulaient une recommandation générique à caractère juridique et politique ; dans les présentes lignes directrices, sept recommandations distinctes sont formulées à l'aide de la méthodologie GRADE, sans pour autant être considérées comme « nouvelles » (les recommandations 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22). Un tableau récapitulatif faisant le lien entre les thématiques abordées, les questions de recherche/PICR, les examens systématiques menés et les numéros des recommandations est fourni à l'annexe 7.

3.1.1 Structure des informations du présent chapitre

Les informations et les recommandations contenues dans ce chapitre sont présentées dans des sections correspondant au continuum de soins liés à l'avortement et aux modes de prestation de services : i) services applicables dans le cadre du continuum de soins, ii) avant l'avortement, iii) avortement, iv) après l'avortement, v) options de prestation de services et approches d'auto-prise en charge. Chaque section aborde les aspects suivants comme il convient : « quoi » (interventions cliniques spécifiques), « qui » (type d'agent de santé pouvant réaliser l'intervention ou accompagner l'auto-prise en charge), « où » (modèles de prestation de services en milieu hospitalier ou hors établissement/à distance/pas d'exigence de lieu), et « comment » (modèles de prestation de services, considérations relatives à la mise en œuvre). Il est utile de noter que la section 3.3 intitulée Avant l'avortement présente quatre recommandations à caractère juridique et politique, tandis que la section 2.2 du chapitre 2 en contient trois.

Chaque sujet traité dans ce chapitre est tout d'abord expliqué brièvement, puis suivi d'encadrés ou de tableaux de recommandations contenant des informations sur le « quoi » et le « qui » de l'intervention en question. Chaque recommandation est immédiatement suivie d'une liste de remarques du groupe d'experts chargé d'examiner les données en détail afin d'expliquer les conditions et le contexte d'application de la recommandation. Le cas échéant, une section indique également le lieu où l'intervention peut être réalisée, notamment si elle doit être menée dans un établissement à un niveau de soins spécifique, ou si aucune exigence de ce type ne s'applique et si elle peut avoir lieu en dehors de l'établissement (à domicile, par exemple) lorsqu'il s'agit de la préférence de la personne ou de l'unique option disponible (la question du lieu étant souvent étroitement liée à celle de la personne : par exemple, un pharmacien exerce généralement dans une pharmacie). Les remarques relatives aux recommandations non modifiées existantes sont reprises des lignes directrices d'origine lorsqu'elles sont toujours d'actualité, y compris les révisions, selon les résultats de tout examen pertinent des données probantes mises à jour.

Pour chacune des recommandations nouvelles/mises à jour, des informations complémentaires sont présentées à la suite de l'encadré contenant la ou les recommandations et remarques dans l'ordre suivant :

- i. Justification : il s'agit notamment d'une brève description du type et de l'étendue des données

¹² Les recommandations existantes sont présentées telles qu'elles apparaissent dans les lignes directrices précédentes ou selon une nouvelle formulation utilisant les termes « recommander/Déconseiller » pour les recommandations fortes et « Suggérer » pour les recommandations faibles (précédemment appelées recommandations « soumises à conditions »). Une référence aux lignes directrices d'origine est fournie pour plus de détails.

incluses dans les examens qui constituent la base de connaissances, ainsi que d'une explication de la justification de la direction (pour ou contre) et de la force de la recommandation (forte ou faible), à la lumière des principaux jugements sur les effets de l'intervention (bénéfices et risques), du niveau de certitude des données et de toute information pertinente sur les autres critères du cadre INTEGRATE de l'OMS. Toute donnée supplémentaire relative aux inconvénients potentiels ou aux conséquences imprévues est mise en évidence. Ces considérations peuvent provenir d'études et de données supplémentaires susceptibles de ne pas aborder directement la question PICR, mais de fournir des informations pertinentes en l'absence de données probantes directes. Elles peuvent être extraites d'études isolées, d'examen systématiques ou d'autres sources pertinentes.

- ii. Considérations relatives à la mise en œuvre : il s'agit des points à garder à l'esprit concernant la mise en œuvre, notamment ceux relatifs aux modèles de prestation de services (« comment »).

Enfin, chaque section thématique comprend un encadré énumérant les principales considérations en matière de droits humains pertinentes pour la recommandation ou un sujet plus vaste, ainsi qu'un encadré contenant des renvois et des hyperliens vers des sujets connexes des présentes lignes directrices.

Toutes les questions PICR correspondantes figurent aux annexes 8, 9 et 10. Les résumés des données (des examens systématiques, à l'annexe 7) et les cadres décisionnels fondés sur des données probantes pertinents pour chaque recommandation nouvelle ou mise à jour sont mis en ligne en tant que suppléments.

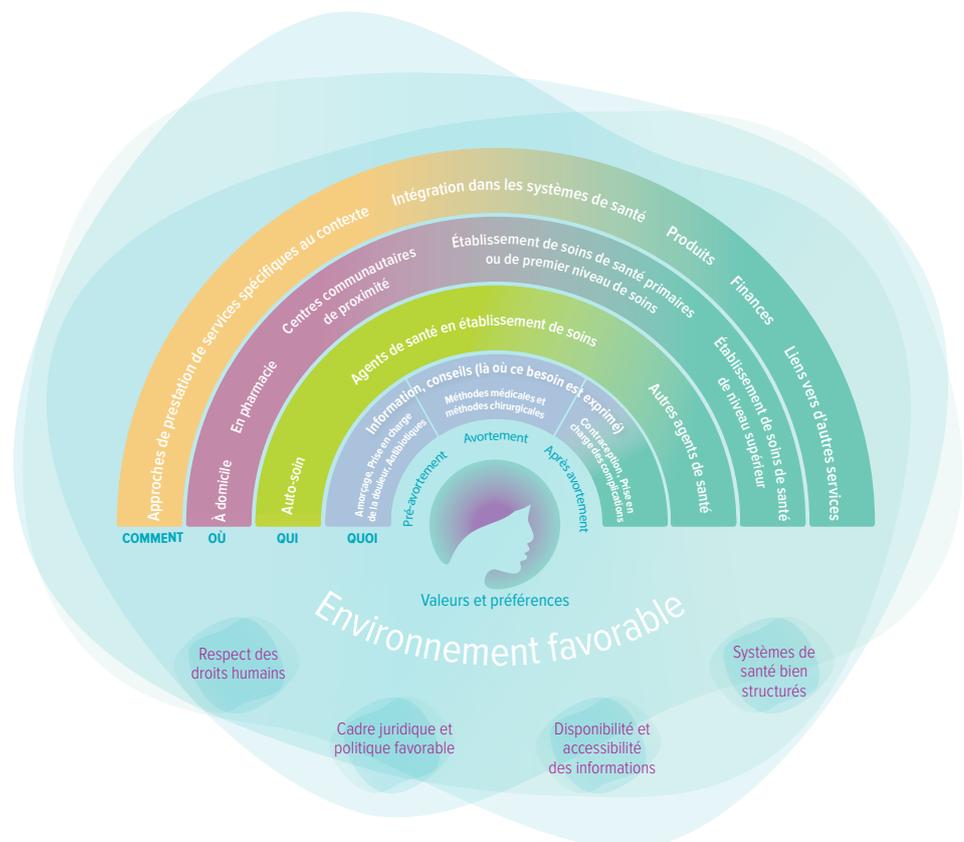
3.1.2 Principes et postulats sous-jacents relatifs aux recommandations sur les rôles des agents de santé

Les agents de santé représentent l'ensemble des personnes exerçant des activités dont le principal objectif est d'améliorer la santé (100). Il s'agit de toutes les catégories d'agents de santé énumérées et décrites à l'annexe 5, allant des agents de santé communautaires aux médecins spécialistes (obstétriciens et gynécologues, par exemple), en passant par les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires (c'est-à-dire les médecins non allopathiques). Un avortement peut être pratiqué en toute sécurité à l'aide de comprimés (avortement médicamenteux) ou d'une procédure ambulatoire simple. Ainsi, le recours à un spécialiste, voire à un médecin généraliste, est désormais rarement requis. Les recommandations contenues dans les présentes lignes directrices fournissent des orientations afin d'impliquer un plus large éventail d'agents de santé et de femmes enceintes dans l'auto-prise en charge ou la prestation de soins liés à l'avortement, d'encourager l'optimisation des personnels de santé disponibles, de remédier à la pénurie de professionnels de soins spécialisés dans les systèmes de santé, de réduire les coûts et améliorer l'accessibilité économique, de favoriser l'équité et l'égalité dans l'accès aux soins et d'accroître l'acceptabilité des services de santé pour les personnes qui en ont besoin.

Les principes et les postulats ci-dessous s'appliquent à tous les agents de santé :

- les recommandations sont destinées à tous les milieux, quelles que soient leurs ressources (élevées, moyennes ou faibles) ;
- les recommandations concernent différentes catégories d'agents de santé capables d'accomplir de manière sûre, efficace et satisfaisante tout ou partie des tâches liées à l'avortement énumérées. Les options à disposition des agents de santé capables d'exécuter la même tâche se veulent inclusives. Elles ne privilégient ni n'excluent aucune catégorie particulière d'agents de santé. Le choix de l'agent de santé qui se verra attribuer une tâche spécifique dépendra des besoins, des préférences et de l'état de santé de la personne, mais aussi du contexte local ;
- les agents de santé doivent être formés afin d'acquérir les compétences nécessaires pour dispenser des soins de qualité adaptés aux spécificités de genre, conformément aux normes et lignes directrices nationales, ainsi qu'aux droits humains. La garantie de la qualité des soins liés à l'avortement nécessite une supervision, une assurance qualité, un suivi et une évaluation continus, ainsi qu'un accès aux équipements et aux produits nécessaires ;
- tous les agents de santé visés par les présentes lignes directrices doivent avoir suivi la formation de base requise pour leur catégorie (et les personnes responsables de leurs propres soins, dans le cas de l'auto-prise en charge, doivent disposer des informations et des connaissances appropriées). En outre, les recommandations impliquent que les agents de santé d'une catégorie à laquelle il est recommandé ou suggéré d'accomplir des tâches spécifiques aient préalablement suivi une formation et obtenu des informations appropriées spécifiques à ces tâches.

3.2 Services applicables dans le cadre du continuum de soins



Cette section est consacrée à la fourniture d'informations, aux conseils et à la mise en lien avec des soins ou des services supplémentaires, dont une partie ou la totalité peut être nécessaire ou souhaitée avant, pendant et/ou après un avortement.

La fourniture d'informations scientifiquement fiables et faciles à comprendre pour toutes les femmes ayant recours à un avortement, ainsi que de conseils non directifs et volontaires à toute personne qui en fait la demande, représente un aspect essentiel des services d'avortement de qualité et respectueux des droits humains (voir le chapitre 1, section 1.3.2). Ces informations et conseils (si souhaités), en plus d'un accès ou d'une orientation vers d'autres services connexes, sont fournis avant un avortement, mais devraient également l'être tout au long des soins. Par ailleurs, toute personne devrait disposer des informations nécessaires afin de prendre une décision éclairée quant à l'utilisation de la contraception.

QUOI

3.2.1 Fourniture d'informations

Les informations destinées aux personnes qui souhaitent avoir ou ont recours à l'avortement ou celles fournies après un avortement devraient inclure :

- les options disponibles concernant les méthodes d'avortement et la prise en charge de la douleur ;
- les informations relatives au consentement libre et éclairé ;
- les étapes avant, pendant et après la procédure d'avortement, notamment les éventuels tests et/ou traitement de la douleur, ainsi que tous les aspects des soins qui pourraient être auto-pris en charge si souhaité, avec ou sans soutien à distance ;

- le ressenti éventuel de la personne pendant et après un avortement, ainsi que les durées du processus et du rétablissement ;
- le délai de reprise des activités normales, y compris des rapports sexuels ;
- comment reconnaître les effets secondaires et les symptômes éventuels d'une grossesse (pouvant persister temporairement même en cas de réussite de l'avortement, ou indiquer un échec de l'avortement), ainsi que les autres raisons médicales justifiant des soins de suivi, notamment des complications telles que des saignements abondants et prolongés ou de la fièvre ;
- quand, où et comment accéder aux soins de suivi ou aux services supplémentaires qui peuvent être souhaités, tels que les conseils (section 3.2.2), la contraception (section 3.5.4) et d'autres services (section 3.2.3).


 QUI

PRESTATION DE SERVICES Recommandation 4. Fourniture d'informations sur les soins liés à l'avortement

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Agents de santé communautaires	Recommander	Les interventions en promotion de la santé assurées par les agents de santé communautaires sont généralement bien acceptées et réalisables dans de nombreux contextes ayant mis en place un important programme pour agents de santé communautaires (niveau de certitude modéré des données). Il existe de fortes possibilités d'élargir l'accès équitable à des informations et à des soins de qualité en matière d'avortement en donnant aux agents de santé communautaires les moyens de fournir des informations essentielles sur l'avortement.
Personnel de pharmacie	Suggérer Condition : dans les contextes où le personnel de pharmacie travaille sous la supervision directe d'un pharmacien et dans les cas où l'accès aux services de santé adaptés ou l'orientation vers ces services est garanti.	Les données directes relatives à la sécurité, à l'efficacité, et à l'acceptabilité de cette option sont insuffisantes. Néanmoins, dans de nombreux contextes, le personnel de pharmacie est souvent sollicité par des femmes à la recherche de conseils en cas de retard de règles (niveau de certitude modéré des données). Même si l'efficacité des interventions de formation auprès du personnel de pharmacie est incertaine, les avantages potentiels de leur capacité à fournir des informations de base l'emportent sur les inconvénients potentiels résultant d'une absence d'information ou de la fourniture d'informations erronées.
Pharmaciens	Recommander	Les pharmaciens sont qualifiés pour fournir des informations sur les médicaments qu'ils dispensent. Il existe des données concernant l'efficacité de la sensibilisation aux maladies chroniques et des conseils en la matière dispensés par les pharmaciens (niveau de certitude faible à modéré des données). Dans de nombreux contextes, les pharmaciens sont souvent consultés par des femmes à la recherche de conseils en cas de retard de règles (niveau de certitude modéré des données).
Spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires Aides-soignants/sages-femmes auxiliaires Personnel infirmier Sages-femmes Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé Médecins généralistes Médecins spécialistes	Recommander	Tâche incluse dans leur champ d'exercice habituel ^b . Par conséquent, aucune évaluation des données n'a été réalisée.

Source : recommandation de l'OMS (2016) (23).

Note sur la mise à jour de la recommandation : recommandation existante dont les données sur le personnel de pharmacie ont été examinées à l'aide de la méthodologie GRADE, étant donné qu'il s'agissait de la seule catégorie d'agents de santé n'ayant pas de recommandation forte (« Recommander ») pour cette tâche. Après examen, aucune modification n'a été apportée à la recommandation faible existante (« Suggérer »). Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 3, à la section intitulée EtD framework on Information provision by pharmacy workers (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à la fourniture d'informations par le personnel de pharmacie).

^a Pour cette recommandation, et toutes celles relatives aux agents de santé, compte tenu des données limitées pour un grand nombre de combinaisons agent de santé-tâche, les discussions du groupe d'experts se sont concentrées sur le cadre de compétences de la publication de 2012 de l'OMS intitulée Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires (121) contenant des informations sur les compétences (y compris les aptitudes et les connaissances) requises pour chaque tâche, ainsi que sur les critères INTEGRATE de l'OMS, en particulier la faisabilité, l'équité et l'acceptabilité de l'intervention et les valeurs et préférences des femmes.

^b Pour connaître le champ de pratique/d'exercice, reportez-vous à l'annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé

où

Il n'existe aucune exigence en ce qui concerne le lieu (au sein de l'établissement de santé ou en dehors). En revanche, le respect de la vie privée et la confidentialité doivent être garantis lors de la fourniture d'informations, en particulier en dehors de l'établissement de santé, comme dans les pharmacies et les sites communautaires, où l'infrastructure et les procédures peuvent rendre cette tâche plus difficile.

COMMENT

Considérations liées à la mise en œuvre

- Il existe différents moyens de fournir des informations sur l'avortement. Par exemple, l'accès à distance via des lignes d'assistance téléphonique et la télémédecine, et des approches telles que la réduction des risques, les activités de proximité au sein de la communauté (voir la section 3.6) et les interactions en personne avec les agents de santé.
- Les informations doivent être accessibles et compréhensibles, notamment dans des formats adaptés aux personnes ayant un faible niveau d'instruction ou en situation de handicap.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT LA FOURNITURE D'INFORMATIONS

- Le consentement éclairé suppose la fourniture d'informations complètes et précises, fondées sur des données probantes.
- Des informations fiables et précises sur l'avortement doivent être mises à la disposition des personnes dans le respect de la vie privée et de la confidentialité.
- Le droit de refuser ces informations lorsqu'elles sont proposées doit être respecté.
- Les informations sur l'avortement doivent être accessibles à toutes les personnes sans le consentement ni l'autorisation d'un tiers. De même, les informations sur l'avortement doivent être accessibles aux adolescentes sans le consentement ni l'autorisation d'un parent, d'un tuteur ou d'une autre autorité.
- Les informations doivent être non discriminatoires, objectives et présentées de manière respectueuse. Elles ne doivent pas alimenter la stigmatisation ou la discrimination.
- La désinformation, la rétention d'information et la censure doivent être interdites.
- Les informations doivent être acceptables pour la personne qui les reçoit et de haute qualité ; elles doivent être compréhensibles, précises et fondées sur des données probantes.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

Liens vers des sujets/recommandations connexes



3.2.2 Offre et fourniture de conseils

Certaines personnes peuvent souhaiter obtenir des conseils avant ou après un avortement. Les services de conseil ne se limitent pas à la fourniture d'informations. Il s'agit d'un processus ciblé et interactif par lequel une personne reçoit volontairement un soutien, des informations et des conseils non directifs d'une personne qualifiée (122), dans un environnement propice au partage des pensées, sentiments, impressions et expériences personnelles. En plus des connaissances spécifiques sur les services et les soins liés à l'avortement requises pour la fourniture d'informations et de conseils, ce dernier aspect nécessite également une formation spécialisée. Les services de conseil représentent un aspect essentiel de la prestation de soins pendant et après un avortement.

Lors de l'offre et de la fourniture de conseils, il est indispensable d'appliquer les principes directeurs suivants :

- s'assurer que la personne demande des conseils et indiquer clairement qu'ils ne sont pas obligatoires ;
- garantir le respect de la vie privée et la confidentialité ;
- demander à la personne quels sont ses souhaits ou ses besoins, quelles sont ses préoccupations, lui accorder le temps nécessaire, et écouter activement ses besoins et préférences ;
- souligner les informations pertinentes pendant la séance de conseil (comme celles fournies à la section 3.2.1) ;
- communiquer les informations de manière respectueuse, sans porter de jugement, et de façon compréhensible/adaptée à la personne ;
- soutenir la personne, s'assurer qu'elle reçoit des réponses adéquates à ses questions et qu'elle comprend les informations fournies ;
- présenter toutes les options adaptées aux besoins de la personne, en évitant de lui imposer des valeurs et croyances personnelles ;
- indiquer clairement qu'il revient à la personne de décider des services qu'elle souhaite recevoir.

PRESTATION DE SERVICES Recommandation 5 - Fourniture de conseils

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Agents de santé communautaires	Recommander	Les données directes relatives à la sécurité, à l'efficacité, ou à l'acceptabilité de cette option sont insuffisantes. Néanmoins, des données indirectes montrent que les interventions de promotion de la santé des agents de santé communautaires sont généralement bien acceptées, efficaces et réalisables dans de nombreux contextes, et que les agents de santé communautaires sont souvent des intermédiaires entre le système de santé et les femmes à la recherche de soins liés à l'avortement (niveau de certitude modéré des données). Le groupe d'experts a confirmé la faisabilité de cette option et sa capacité à élargir l'accès équitable à des soins d'avortement de qualité.
Personnel de pharmacie	Suggérer Condition : des conseils équilibrés sont fournis (concernant à la fois la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale) et il existe un accès à ou une orientation vers des services de santé adaptés si la femme opte pour la méthode chirurgicale.	Il n'existe aucune donnée directe concernant la sécurité, l'efficacité ou l'acceptabilité de cette option. Néanmoins, les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Le groupe d'experts a confirmé la faisabilité de cette option et sa capacité à élargir l'accès équitable à des soins d'avortement de qualité.
Pharmaciens	Suggérer Condition : des conseils équilibrés sont fournis (concernant à la fois la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale) et il existe un accès à ou une orientation vers des services de santé adaptés si la femme opte pour la méthode chirurgicale.	Il n'existe aucune donnée directe concernant la sécurité, l'efficacité ou l'acceptabilité de cette option. Néanmoins, les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Les pharmaciens sont qualifiés pour fournir des informations sur les médicaments qu'ils dispensent. Il existe des données concernant l'efficacité de la fourniture de conseils sur la prise en charge des maladies chroniques par les pharmaciens (niveau de certitude faible des données). Dans de nombreux contextes, les pharmaciens sont souvent consultés par des femmes à la recherche de conseils en cas de retard de règles (niveau de certitude modéré des données). Une recommandation a été formulée concernant la pratique de l'avortement médicamenteux jusqu'à 12 semaines pour les pharmaciens dans le cadre des trois sous-tâches (recommandation 28). Par conséquent, le groupe d'experts a confirmé que les pharmaciens pouvaient fournir des conseils équilibrés en matière d'avortement, notamment les options chirurgicales.
Spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires	Recommander	Il n'existe aucune donnée directe concernant la sécurité, l'efficacité ou l'acceptabilité de cette option. Néanmoins, les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a
Aides-soignants/sages-femmes auxiliaires Personnel infirmier	Recommander	Les services de conseil représentent une compétence essentielle pour ces agents de santé ^b ; cette tâche s'inscrit dans leur champ d'exercice habituel. ^b
Sages-femmes	Recommander	Les services de conseil représentent une compétence essentielle pour les sages-femmes ^a ; cette tâche s'inscrit dans leur champ d'exercice habituel. ^b
Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Recommander	Les services de conseil représentent une compétence essentielle pour ces cliniciens ^a ; cette tâche s'inscrit dans leur champ d'exercice habituel. ^b
Médecins généralistes Médecins spécialistes	Recommander	Tâche incluse dans leur champ d'exercice habituel ^b . Par conséquent, aucune évaluation des données n'a été réalisée.

Source: recommandation actualisée de l'OMS (2016) (23).

Remarque sur la mise à jour de la recommandation : recommandation existante dont les données sur les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les pharmaciens, le personnel de pharmacie et les agents de santé communautaires ont été examinées à l'aide de la méthodologie GRADE, étant donné que les autres agents de santé avaient déjà une recommandation forte pour cette tâche. Après examen, les recommandations ont été renforcées pour ces quatre catégories d'agents de santé, passant de « Déconseiller » à « Suggérer » pour les pharmaciens et le personnel de pharmacie, et de « Suggérer » à « Recommander » pour les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, ainsi que pour les agents de santé communautaires. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 3, à la section intitulée EtD framework on Pre- and post-abortion counselling (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à la fourniture de conseils avant et après un avortement).

^a a Pour cette recommandation, et toutes celles relatives aux agents de santé, compte tenu des données limitées pour un grand nombre de combinaisons agent de santé-tâche, les discussions du groupe d'experts se sont concentrées sur le cadre de compétences de la publication de 2012 de l'OMS intitulée Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires (121) contenant des informations sur les compétences (y compris les aptitudes et les connaissances) requises pour chaque tâche, ainsi que sur les critères INTEGRATE de l'OMS, en particulier la faisabilité, l'équité et l'acceptabilité de l'intervention et les valeurs et préférences des femmes.

^b b Pour connaître le champ de pratique/d'exercice, reportez-vous à l'annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé

où

Il n'existe aucune exigence en ce qui concerne le lieu (au sein de l'établissement de santé ou en dehors). En revanche, le respect de la vie privée et la confidentialité doivent être garantis lors de la fourniture de conseils, en particulier en dehors de l'établissement de santé, comme dans les pharmacies et les sites communautaires, où l'infrastructure et les procédures peuvent rendre cette tâche plus difficile.

COMMENT

Considérations liées à la mise en œuvre

- Des conseils peuvent être dispensés aux personnes qui sollicitent des services d'avortement, mais aussi conjointement à leurs partenaires, aux membres de leur famille ou à d'autres personnes, si la femme le souhaite.
- Les services de conseil doivent être disponibles et accessibles. De plus, les femmes devraient toujours avoir la possibilité de choisir si elles souhaitent ou non recevoir des conseils.
- Les conseils doivent être centrés sur la personne et peuvent être adaptés en fonction des besoins de la personne ; les jeunes, les victimes de violences sexuelles et sexistes ou les membres de groupes marginalisés peuvent avoir des exigences différentes en matière d'information ou de conseil.
- Le contenu et l'approche des conseils devront être adaptés en fonction du motif de la demande de services d'avortement (par exemple, avortement provoqué, mort fœtale intra-utérine, anomalie fœtale). Par conséquent, il est important que le conseiller soit conscient de la situation et des besoins de la personne et y soit sensible.
- Il existe différents modèles de prestation de services de conseil avant et après l'avortement. Par exemple, l'accès à distance via des lignes d'assistance téléphonique et la télé-médecine, et des approches telles que les conseils pour réduire les risques et les activités de proximité au sein de la communauté.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT LE CONSEIL

- Les conseils devraient être dispensés de manière libre et volontaire. Autrement dit, ils ne devraient pas être obligatoires. Le droit de refuser des conseils lorsqu'ils sont proposés doit être respecté.
- Lorsqu'ils sont fournis, les conseils doivent être accessibles aux personnes dans le respect de la vie privée et de la confidentialité.
- Les conseils doivent être acceptables et de bonne qualité ; ils doivent être proposés de façon à être compris par les destinataires, être précis et fondés sur des données probantes.
- Les conseils doivent être non discriminatoires et objectifs.
- La désinformation, la rétention d'information et la censure devraient être interdites.
- Les services de conseil devraient être accessibles à toutes les personnes sans le consentement ni l'autorisation d'un tiers. De même, ils doivent être accessibles aux adolescentes sans le consentement ni l'autorisation d'un parent, d'un tuteur ou d'une autre autorité.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

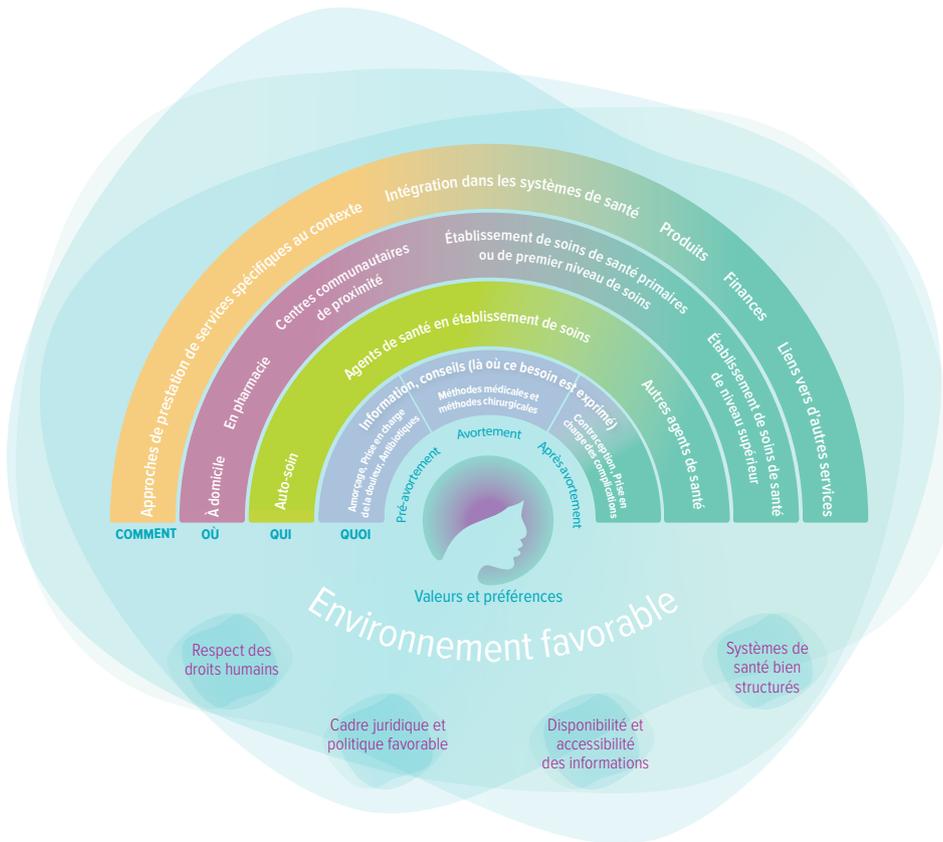
Liens vers des sujets/recommandations connexes



3.2.3 Mise en lien vers des services supplémentaires

Les personnes qui souhaitent avorter peuvent avoir besoin de services supplémentaires (122). Le cas échéant, il convient d'assurer la prise en charge ou l'orientation vers d'autres prestataires de services pour d'autres problèmes de santé ou besoins urgents. Il s'agit notamment de faciliter la mise en lien (accès ou orientation) vers des services de conseil et de dépistage des infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH, de contraception, si souhaitée, et de soutien aux victimes de violence basée sur le genre.

3.3 Avant l'avortement



Cette section contient des informations et des recommandations sur les délais d'attente obligatoires et l'autorisation de tiers, suivies de recommandations sur l'iso-immunisation rhésus, l'antibioprophylaxie, la détermination de l'âge gestationnel de la grossesse, la prise en charge de la douleur et la préparation cervicale avant un avortement chirurgical, et enfin des recommandations sur les restrictions relatives aux agents de santé qui peuvent pratiquer des avortements et l'objection de conscience.

3.3.1 Délais d'attente obligatoires imposés par les États, les établissements ou les agents de santé

Les établissements ou les agents de santé de certains pays imposent aux femmes d'attendre un laps de temps entre leur demande d'avortement et l'intervention. Ce sont les délais d'attente obligatoires. Dans certains cas, les femmes doivent également recevoir des conseils (parfois partiels) (voir les sections 3.2.1 et 3.2.2), se rendre dans un établissement de santé au début et à la fin du délai d'attente et/ou subir une échographie obligatoire durant ce délai d'attente (voir la section 3.3.5, recommandation 10 relative à l'échographie avant avortement).

LOI ET POLITIQUE Recommandation 6 - Délais d'attente obligatoires

Déconseiller les délais d'attente obligatoires en cas d'avortement.

Note sur la mise à jour de la recommandation : cette recommandation et d'autres recommandations d'ordre juridique et politique ne sont pas nouvelles. Les lignes directrices de 2013 sur l'Avortement sécurisé formulaient une recommandation générique à caractère juridique et politique (19) ; dans les présentes lignes directrices, sept recommandations distinctes sont formulées à l'aide de la méthodologie GRADE.

Justification

Un examen systématique des études publiées entre 2010 et 2020 a été réalisé afin de déterminer l'incidence des délais d'attente obligatoires sur les personnes souhaitant avoir recours à l'avortement et les agents de santé ; 33 études, toutes menées aux États-Unis, ont été identifiées. Un résumé des données probantes extraites de ces études figure dans le Supplément 1, à la section intitulée EtD framework on Mandatory waiting periods

(Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives aux délais d'attente obligatoires). Les données examinées montrent que les délais d'attente obligatoires ont pour effet de retarder l'accès à l'avortement, au point dans certains cas de limiter l'accès des femmes à l'avortement ou le choix de la méthode d'avortement.

Les données indiquent également que les délais d'attente obligatoires entraînent une augmentation du coût de l'avortement, le rendant inaccessible. En conséquence, la grossesse se poursuit contre la volonté de la personne souhaitant avoir recours à l'avortement, en particulier pour les femmes disposant de moins de ressources, les adolescentes, les jeunes femmes, les femmes appartenant à des minorité raciales ou ethniques et les populations éloignées.

Les études montrent que les délais d'attente obligatoires sont perçus négativement par les personnes qui souhaitent avorter, comme une restriction à leur accès à ces services. Face aux difficultés logistiques et économiques liées au délai d'attente obligatoire, comme la nécessité de s'absenter du travail ou des cours, les déplacements supplémentaires et/ou la garde d'enfants, certaines femmes sont contraintes de divulguer leur grossesse, même si le droit international relatif aux droits humains impose aux États de garantir des services de santé sexuelle et reproductive dans le respect de la vie privée et de la confidentialité. Les données n'ont pas permis de mesurer les avantages des délais d'attente obligatoires pour les femmes.

Au niveau des établissements de santé, les délais d'attente obligatoires augmentent les coûts de personnel et les difficultés logistiques, en imposant des visites ou des interventions supplémentaires en dehors de la pratique clinique standard (par exemple, une échographie inutile, des conseils spécifiques qui ne sont pas fondés sur des données probantes).

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT LES DÉLAIS D'ATTENTE OBLIGATOIRES

- La disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité doivent être au cœur de la réglementation des services de santé sexuelle et reproductive (SSR).
- Les États ne peuvent adopter une réglementation qui obligerait les femmes à recourir à un avortement non sécurisé.
- Toute personne a le droit d'accéder à des services de santé sexuelle et reproductive sans discrimination et en toute égalité.
- Les services de santé sexuelle et reproductive doivent être fournis dans le respect de la vie privée et de la confidentialité.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

3.3.2 Autorisation de tiers

L'obligation d'autorisation de tiers, qui peut être imposée par la loi, la politique ou la pratique, désigne une situation dans laquelle une partie autre que la femme enceinte doit autoriser un avortement, même si d'autres dispositions juridiques applicables pour l'avortement légal ont été respectées (par exemple, les motifs ou les limites d'âge gestationnel ; voir les sections 2.2.2 et 2.2.3). En général, les tiers tenus de fournir une autorisation sont, notamment, un parent, un tuteur, un conjoint, un partenaire, un agent de santé, une autorité sanitaire ou judiciaire. L'obligation d'autorisation de tiers s'applique indépendamment du fait que la personne souhaitant mettre fin à sa grossesse a la capacité de consentir à un traitement médical.

Que l'obligation d'autorisation de tiers s'applique ou non, le consentement éclairé de la personne souhaitant

interrompre sa grossesse est une condition préalable à la pratique de l'avortement (voir le chapitre 1, section 1.3.1[v] pour en savoir plus sur le consentement libre et éclairé, ainsi que l'annexe Web A. Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

LOI ET POLITIQUE **Recommandation 7** - Autorisation de tiers

Recommander que l'avortement soit disponible à la demande de la femme, de la fille ou de toute autre personne enceinte, sans nécessiter l'autorisation d'une autre personne, organisation ou institution.

Remarque :

- Si la participation des parents ou du partenaire à la prise de décision concernant l'avortement peut soutenir et aider les femmes, les filles ou toute autre personne enceinte, celle-ci doit reposer sur les valeurs et les préférences de la personne qui a recours à l'avortement et ne pas être imposée par l'obligation d'une autorisation de tiers.

Note sur la mise à jour de la recommandation : cette recommandation et d'autres recommandations d'ordre juridique et politique ne sont pas nouvelles. Les lignes directrices de 2013 sur l'Avortement sécurisé formulaient une recommandation générique à caractère juridique et politique (19) ; dans les présentes lignes directrices, sept recommandations distinctes sont formulées à l'aide de l'approche GRADE.

Justification

Un examen systématique des études publiées entre 2010 et 2019 a été réalisé afin de déterminer l'incidence de l'obligation d'autorisation de tiers sur les personnes souhaitant avoir recours à l'avortement et les agents de santé. Au total, 32 études menées aux États-Unis, à Hong Kong (région administrative spéciale de Chine), et en Turquie, ont été incluses. Un résumé des données probantes extraites de ces études figure dans le Supplément 1, à la section intitulée EtD framework for Third-party authorization (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à l'autorisation de tiers). Les données examinées montrent que l'obligation d'autorisation de tiers est associée à des délais d'attente dans l'accès à l'avortement. Pour les mineures, ces délais sont parfois réduits, mais pas toujours, en cas de recours à une autorisation judiciaire pour contourner l'obligation d'autorisation parentale. Cependant, ce contournement peut être un processus long et laborieux, et les mineures issues de minorités ethniques ou d'un statut socio-économique inférieur sont beaucoup plus susceptibles de devoir y recourir. Les données montrent que les adolescentes et les femmes souhaitent contourner l'obligation d'autorisation parentale/conjugale afin d'éviter les violences, la coercition reproductive et les conflits familiaux redoutés.

Un certain nombre d'études avaient utilisé les expressions « avis parental » ou « implication parentale » plutôt que « autorisation parentale ». Ces études ont été intégrées à la base factuelle relative à cette question, étant donné que ces expressions peuvent inclure l'obligation d'autorisation parentale et exiger la divulgation de la demande d'avortement d'une mineure, donnant ainsi la possibilité d'un veto parental. Par ailleurs, ces études ont permis de corroborer les associations entre l'implication parentale obligatoire (y compris l'autorisation parentale) et les obstacles à l'accès à l'avortement (notamment les délais, la poursuite de la grossesse, la violence ou l'exploitation interpersonnelle anticipée, la coercition reproductive, les conflits familiaux et le recours à l'avortement non sécurisé).

L'obligation d'autorisation de tiers est contraire au droit international relatif aux droits humains qui prévoit que les États ne peuvent pas restreindre l'accès des femmes aux services de santé au motif qu'elles n'ont pas l'autorisation du mari, du partenaire, des parents ou des autorités sanitaires, parce qu'elles ne sont pas mariées ou parce qu'elles sont des femmes. Par conséquent, les données soulignent l'importance des exigences prévues par le droit international relatif aux droits humains selon lesquelles les services de santé sexuelle et reproductive doivent respecter et garantir la vie privée et la confidentialité des femmes et des filles, et les États doivent protéger les femmes et les filles souhaitant recourir à l'avortement, mais aussi reconnaître le développement des capacités des adolescentes (voir la section 1.3.1[v], l'Encadré 1.2 et l'annexe Web A. Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT L'AUTORISATION DE TIERS

- Les États ne peuvent pas restreindre l'accès des femmes aux services de santé au motif qu'elles n'ont pas l'autorisation du mari, du partenaire, des parents ou des autorités sanitaires, parce qu'elles ne sont pas mariées ou parce qu'elles sont des femmes.
- Les services de santé sexuelle et reproductive doivent être fournis de manière à garantir la vie privée et la confidentialité.
- Les États ne peuvent adopter une réglementation qui obligerait les femmes à recourir à un avortement non sécurisé.
- Les États doivent prendre des mesures, notamment réviser les lois, en vue de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et de protéger efficacement les femmes et les filles contre les risques physiques et mentaux associés au recours à l'avortement non sécurisé.
- Toute personne a droit au respect de sa vie privée et à la confidentialité dans l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.
- La disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité doivent être au cœur de la réglementation des services de santé sexuelle et reproductive.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

3.3.3 Iso-immunisation rhésus

L'iso-immunisation rhésus est un type de maladie hémolytique du fœtus et du nouveau-né (MHNN). Plus précisément, il s'agit de la fabrication d'anticorps dirigés contre les antigènes Rh sur la surface des globules rouges d'un autre individu (à savoir le fœtus) (123).

QUOI

SERVICES CLINIQUES Recommandation 8 - (NOUVEAU): Iso-immunisation rhésus en cas d'avortement à un âge gestationnel <12 semaines

En cas d'avortement médicamenteux et d'avortement chirurgical à <12 semaines : **Déconseiller** l'administration d'immunoglobulines anti-D.

Remarque :

- La norme de soins s'applique pour l'administration d'anti-D à des âges gestationnels ≥ 12 semaines de grossesse.

QUI

Sans objet

Justification

Un examen systématique a évalué l'effet de l'administration systématique d'anti-D chez les personnes de rhésus négatif non immunisées ayant recours à un avortement. Peu d'études sont consacrées à l'iso-immunisation rhésus chez les personnes de rhésus négatif non immunisées souhaitant avorter avant 12 semaines d'aménorrhée. Seules deux études menées en Israël et aux États-Unis, et publiées en 1972, répondaient aux critères d'inclusion de la revue (124, 125). Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 2, à la section intitulée EtD

framework on Rh isoimmunization (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à l'iso-immunisation rhésus).

Les données peuvent appuyer l'efficacité de l'intervention, car moins de femmes du groupe d'intervention (administration d'anti-D) ont développé des anticorps après une première grossesse par rapport aux femmes du groupe témoin (pas d'anti-D), et aucun inconvénient (effets indésirables) de l'intervention n'a été constaté. Néanmoins, compte tenu des ressources nécessaires, du rapport coût-efficacité, de la faisabilité de l'administration d'anti-D, et du niveau de certitude très faible des données sur l'efficacité, le groupe d'experts a conclu que, globalement, les données n'appuient pas l'intervention et a décidé de la Déconseiller avant 12 semaines d'aménorrhée, au lieu de jusqu'à 9 semaines, comme indiqué dans les lignes directrices de 2013 (19). La justification de cette nouvelle recommandation est énoncée dans les points suivants : i) la présence de sang fœtal chez les femmes rhésus négatif à un âge gestationnel précoce n'est pas nécessairement liée au développement d'une allo-immunisation rhésus et si nous appliquons les résultats d'une étude expérimentale à ce scénario, il n'y a en théorie aucune probabilité de formation d'anticorps si la femme rhésus négatif est exposée à l'antigène Rh des cellules sanguines fœtales (126) ; ii) une étude comparant les taux d'allo-immunisation rhésus de deux pays a démontré la sécurité de l'absence de traitement des femmes rhésus négatif ayant subi un avortement spontané avant 10 semaines d'aménorrhée (127) ; iii) l'OMS recommande une prophylaxie prénatale par immunoglobuline anti-D à 28 et 34 semaines d'aménorrhée chez les femmes enceintes rhésus négatif non immunisées, dans le but de prévenir une allo-immunisation RhD uniquement dans le cadre d'une recherche menée de manière rigoureuse (128).

COMMENT

Considérations liées à la mise en œuvre

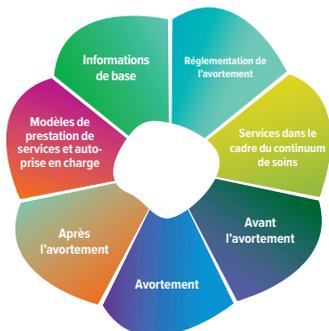
- Les tests de laboratoire systématiques, notamment le génotypage du rhésus fœtal, ne sont pas obligatoires dans le cadre des services de soins liés à l'avortement dispensés quel que soit l'âge gestationnel.
- La détermination du facteur rhésus et la proposition d'une prophylaxie anti-D ne sont pas considérées comme des conditions préalables à un avortement médicamenteux précoce avant 12 semaines d'aménorrhée

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT L'ISO-IMMUNISATION RHÉSUS

- Les États doivent garantir un accès aux technologies scientifiques les plus récentes, nécessaires aux femmes.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

Liens vers des sujets/recommandations connexes



Toutes les recommandations d'ordre juridique et politique (recommandations 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22)

3.3.4 Antibioprophylaxie

Le rôle des antibiotiques est pertinent en cas d'avortement chirurgical. La présence d'une infection au niveau de la partie inférieure de l'appareil reproducteur au moment de l'avortement chirurgical représente un facteur de risque d'infection post-avortement (129). L'administration d'antibiotiques au moment de l'avortement (prophylaxie) permet de prévenir de telles complications à la suite d'un avortement chirurgical.

QUOI

SERVICES CLINIQUES Recommandation 9 - Antibioprophylaxie en cas d'avortement chirurgical et médicamenteux

a. En cas d'avortement chirurgical, quel que soit le risque d'infection pelvienne inflammatoire de l'individu :
Recommander l'administration d'antibiotiques prophylactiques appropriés avant ou pendant l'intervention.

b. En cas d'avortement médicamenteux : **Déconseiller** l'utilisation d'antibiotiques prophylactiques.

Remarque :

- Le manque d'antibiotiques ne devrait pas limiter l'accès aux services de soins liés à l'avortement.

Source : la recommandation 11 est reprise de l'OMS (2013) (19). La formulation a été revue afin d'intégrer le mot « Recommander » pour préciser qu'il s'agit de recommandations fortes ; le mot « systématique » de l'ancienne formulation a été modifié par « utilisation » (9b), après discussion du groupe d'experts.

COMMENT

Considération relative à la mise en œuvre

- L'administration d'une dose unique de nitro-imidazoles, de tétracyclines ou de pénicillines s'est révélée efficace lorsqu'elle est utilisée en antibioprophylaxie en cas d'avortement chirurgical.

QUI

Pour savoir quels agents de santé peuvent pratiquer ce type d'intervention, reportez-vous à la recommandation 24 relative à l'aspiration (<14 semaines) et à la recommandation 26 relative à la dilatation et à l'évacuation (D&E) (≥14 semaines).

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT L'ANTIBIOPROPHYLAXIE

- Les États doivent garantir un accès adéquat aux médicaments essentiels à un prix abordable et sans discrimination.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

Liens vers des sujets/recommandations connexes



3.3.5 Détermination de l'âge gestationnel

La détermination de l'âge gestationnel est une étape préalable au choix de la méthode d'avortement la plus appropriée. Il existe plusieurs façons de procéder. Le début de la grossesse se calcule à partir de la date des dernières règles (DDR) uniquement ou à partir de la DDR associée à l'utilisation d'un outil validé (application mobile, liste de contrôle ou roulette obstétricale), ce qui permet d'auto-évaluer l'âge gestationnel. En cas de doute sur la date des dernières règles, l'âge gestationnel peut être déterminé par un examen clinique/physique (examen bimanuel pelvien et abdominal) ou une échographie. Ces deux méthodes sont utilisées pour évaluer la taille de l'utérus, estimée en semaines, qui correspond à un utérus gravide du même âge gestationnel daté par la date des dernières règles. En règle générale, il convient d'opter pour la méthode la moins invasive qui sera adaptée aux circonstances et disponible sur le lieu de l'intervention.

Un contrôle systématique de la présence d'une grossesse extra-utérine n'est pas nécessaire avant un avortement médicamenteux. L'incidence de la grossesse extra-utérine est plus faible chez les personnes souhaitant avoir recours à l'avortement par rapport à la population générale (130). Même en cas de poursuite de la grossesse, l'OMS ne recommande qu'une seule échographie avant 24 semaines d'aménorrhée (échographie précoce), afin d'estimer l'âge gestationnel, d'améliorer la détection des anomalies fœtales et des grossesses multiples, de réduire l'induction du travail pour les grossesses ayant dépassé le terme et d'améliorer le vécu de la grossesse (128).

QUOI

SERVICES CLINIQUES Recommandation 10 - Échographie avant avortement

En cas d'avortement médicamenteux comme en cas d'avortement chirurgical : **Déconseiller** le recours à l'échographie comme condition préalable à la prestation de services de soins liés à l'avortement.*

Remarque :

- Une réglementation juridique limitant la disponibilité de l'avortement selon l'âge gestationnel peut exiger ou entraîner la réalisation d'une échographie afin de vérifier l'âge gestationnel avant l'avortement, même si cela n'est pas nécessaire sur le plan clinique. La suppression des limites d'âge gestationnel légales pour un avortement (voir la recommandation 3) devrait permettre d'éviter les échographies avant avortement inutiles et d'accroître la disponibilité de cette pratique dans les contextes où l'échographie est difficile d'accès.

* Au cas par cas, il peut y avoir des raisons cliniques de recourir à l'échographie avant un avortement.

Source : la recommandation 12 est reprise de l'OMS (2013) (19). La formulation a été revue afin d'intégrer le mot « Déconseiller » pour préciser qu'il s'agit d'une recommandation forte contre l'intervention ; le mot « systématique » de l'ancienne formulation a été modifié par « condition préalable » pour plus de clarté, après discussion du groupe d'experts.

QUI

Sans objet

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT L'ÂGE GESTATIONNEL DE LA GROSSESSE

- Les informations sur l'âge gestationnel doivent être exhaustives, fiables et fondées sur des données probantes. Elles ne doivent pas avoir pour but d'orienter la prise de décision.
- Les informations sur l'âge gestationnel, qui sont une forme d'informations sanitaires, doivent être de haute qualité, précises et accessibles. Elles doivent être présentées de manière respectueuse et acceptable pour la personne qui les reçoit. Elles ne doivent pas alimenter la stigmatisation ou la discrimination.
- Les informations sur l'âge gestationnel, lorsqu'elles sont disponibles, doivent être fournies aux personnes dans le respect de la vie privée et de la confidentialité.
- Le droit de refuser ces informations lorsqu'elles sont proposées, y compris le droit de refuser de voir des images échographiques, doit être respecté.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

Liens vers des sujets/recommandations connexes



3.3.6 Prise en charge de la douleur lors d'un avortement

L'avortement provoque généralement des douleurs. Leur prise en charge est d'autant plus nécessaire que l'âge gestationnel est avancé. L'intensité de la douleur varie en fonction de plusieurs facteurs : l'âge, la parité, l'expérience d'un accouchement par voie basse, les antécédents de dysménorrhée et le niveau d'appréhension/d'anxiété de la femme (131-134). Le raccourcissement de la durée de l'intervention est associé à une douleur moins forte (131). Négliger cet élément important ne fait qu'augmenter inutilement l'anxiété, l'inconfort et la douleur et porte sérieusement atteinte à la qualité des soins tout en risquant de rendre l'intervention plus difficile. La prise en charge de la douleur devrait toujours être disponible et administrée à l'avance, en prévision de l'apparition de la douleur, ou fournie à la femme si elle est nécessaire pour une utilisation ultérieure à domicile.

QUOI

SERVICES CLINIQUES Recommandations 11 à 14 - Prise en charge de la douleur lors d'un avortement chirurgical et d'une préparation cervicale préalable

11. Pour la prise en charge de la douleur lors d'un avortement chirurgical quel que soit l'âge gestationnel :

- a. **Recommander** de proposer systématiquement une prise en charge de la douleur (par exemple à l'aide d'anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]) et de les fournir aux personnes qui le souhaitent ; et
- b. **Déconseiller** le recours systématique à l'anesthésie générale.

LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS CI-DESSOUS PORTENT SUR UNE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR S'AJOUTANT À CELLES DES AINS.

12. (NOUVEAU) Pour la prise en charge de la douleur lors d'un avortement chirurgical à <14 semaines :

- a. **Recommander** la réalisation d'un bloc paracervical ; et
- b. **Suggérer** que l'option de la prise en charge combinée de la douleur par sédation consciente¹³ et bloc paracervical soit proposée, lorsque la sédation consciente est disponible.

13. (NOUVEAU) Pour la prise en charge de la douleur lors de la préparation cervicale au moyen de dilateurs osmotiques avant un avortement chirurgical à ≥14 semaines :

Suggérer la réalisation d'un bloc paracervical. (Voir également la section 3.3.7 sur la préparation cervicale avant l'avortement chirurgical.)

Remarque :

- Pour la préparation cervicale (recommandation 13), des analgésiques supplémentaires peuvent être envisagés, comme l'utilisation d'un gel intravaginal.

14. (NOUVEAU) Pour la prise en charge de la douleur lors d'un avortement chirurgical à ≥14 semaines :

- a. **Recommander** la réalisation d'un bloc paracervical ; et
- b. **Suggérer** que l'option de la prise en charge combinée de la douleur par sédation consciente et bloc paracervical soit proposée, lorsque la sédation consciente est disponible.

Source : recommandation 11 actualisée de l'OMS (2013) (19). Les recommandations 12 à 14 sont nouvelles.

Note sur la mise à jour de la recommandation : la recommandation 11a a déjà été publiée dans le cadre de la recommandation 14 de l'OMS (2013) (19) et les données y afférentes ont été examinées à l'aide de la méthodologie GRADE. Dans cette version mise à jour et après examen, nous avons séparé la première partie de la recommandation d'origine afin qu'elle s'applique à l'avortement chirurgical (recommandation 11a), tandis que l'avortement médicamenteux est visé par une recommandation distincte (recommandation 15). De plus, nous avons reformulé la recommandation afin d'intégrer la prise en charge de la douleur, et avons séparé et revu la formulation de la seconde partie de la recommandation concernant l'anesthésie générale (recommandation 11b).

13 La sédation consciente est également appelée sédation consciente par voie intraveineuse ou sédation modérée. Voir la définition dans le glossaire.



Dans un établissement de santé.

Justification des recommandations 11b et 12

Une mise à jour d'une revue Cochrane existante¹⁴ a servi de base factuelle pour évaluer les schémas de prise en charge de la douleur en cas d'avortement chirurgical avant 14 semaines d'aménorrhée. Trente études sur la prise en charge de la douleur en cas d'avortement chirurgical ont été identifiées grâce à la stratégie de recherche. Parmi ces études, neuf – menées aux États-Unis, en France, en Norvège, en République islamique d'Iran et en Turquie – sont l'objet des bases factuelles sur lesquelles reposent ces recommandations. Six études ont comparé le bloc paracervical à un placebo. Une étude a comparé le bloc paracervical à l'anesthésie générale. Deux études ont comparé la sédation consciente¹⁵ associée au bloc paracervical au bloc paracervical seul. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 2, à la section intitulée Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à la prise en charge de la douleur en cas d'avortement chirurgical à <14 semaines de grossesse.

Prise en charge combinée de la douleur par sédation consciente et bloc paracervical : les scores de douleur moyens étaient plus faibles chez le groupe de femmes ayant reçu une sédation consciente et un bloc paracervical par rapport au groupe de femmes ayant reçu un bloc paracervical seul (niveau de certitude modéré des données). Par ailleurs, la satisfaction à l'égard de la prise en charge de la douleur était plus élevée chez le premier groupe de femmes (niveau de certitude élevé des données).

Bloc paracervical : avec ou sans sédation consciente, les scores de douleur moyens étaient plus faibles chez le groupe de femmes ayant reçu un bloc paracervical par rapport au groupe de femmes ayant reçu un placebo (niveau de certitude modéré des données). Moins de femmes ont eu besoin d'analgésiques supplémentaires (niveau de certitude élevée des données) et la satisfaction chez le premier groupe de femmes était élevée (niveau de certitude modérée des données).

Anesthésie générale : les scores de douleur moyens étaient plus faibles chez le groupe de femmes ayant reçu une anesthésie générale et un bloc paracervical par rapport au groupe de femmes ayant reçu un bloc paracervical seul (niveau de certitude modéré des données). Cependant, les discussions sur les ressources nécessaires, le rapport coût-efficacité, la faisabilité et l'équité concernant l'administration de l'anesthésie générale ont abouti à une conclusion qui n'était pas favorable à l'intervention. En outre, la recommandation 11b respecte l'énoncé existant qui précise que l'aspiration ne nécessite pas de bloc opératoire (19).

Justification des recommandations 13 et 14

Un examen systématique a évalué les schémas de prise en charge de la douleur en cas d'avortement chirurgical à un âge gestationnel ≥ 14 semaines. Trois études sur la prise en charge de la douleur pour la dilatation et l'évacuation ont été identifiées à l'aide de la stratégie de recherche. Toutes portent sur la prise en charge de la douleur lors de la préparation cervicale préalable à l'intervention chirurgicale. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 2, à la section intitulée Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à la prise en charge de la douleur en cas d'avortement chirurgical à ≥ 14 semaines de grossesse.

Les scores de douleur moyens étaient plus faibles chez le groupe de femmes ayant reçu un bloc paracervical par rapport au groupe de femmes ayant reçu un placebo (niveau de certitude élevé des données). La satisfaction du premier groupe de femmes était élevée (niveau de certitude modéré des données). Un gel intravaginal peut être utilisé comme autre méthode de contrôle de la douleur ; le score de douleur était plus faible chez les femmes ayant reçu du gel intravaginal par rapport à celles ayant reçu un bloc paracervical (niveau de certitude faible des données). La préparation cervicale a été réalisée à l'aide de lamineaires. Les discussions sur les valeurs et les préférences des femmes concernant la prise en charge de la douleur lors de l'avortement chirurgical, ainsi que sur les ressources nécessaires et la faisabilité de l'administration d'un bloc paracervical ont abouti à une conclusion qui était favorable à l'intervention.

14 Une revue Cochrane est une revue systématique des recherches sur les soins et les politiques de santé publiée dans la base de données Cochrane des revues systématiques.

15 La sédation consciente est également appelée sédation consciente par voie intraveineuse ou sédation modérée. Voir la définition dans le glossaire.

Aucune étude sur la prise en charge de la douleur lors d'une dilatation et évacuation n'a été identifiée. Par conséquent, le groupe d'experts a décidé d'aligner les recommandations sur celles relatives à la prise en charge de la douleur en cas d'avortement chirurgical à <14 semaines d'aménorrhée (voir la recommandation 12).

QUI

Pour savoir quels agents de santé peuvent pratiquer ce type d'intervention, reportez-vous aux recommandations 24 et 26 relatives à l'avortement chirurgical (aspiration et dilatation et évacuation).

COMMENT

Considérations liées à la mise en œuvre

- Les produits et les analgésiques devraient être disponibles en quantité suffisante.
- La formation des prestataires de soins liés à l'avortement devrait inclure la prise en charge de la douleur, en particulier la technique de réalisation d'un bloc paracervical.

OÙ

Aucune exigence en ce qui concerne le lieu (au sein de l'établissement de santé ou en dehors)

QUOI

SERVICES CLINIQUES Recommandations 15 et 16 - Prise en charge de la douleur lors d'un avortement médicamenteux

15. Pour un avortement médicamenteux quel que soit l'âge gestationnel :

Recommander de proposer systématiquement une prise en charge de la douleur (par exemple à l'aide d'anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]) et de les fournir aux personnes qui le souhaitent.

LA NOUVELLE RECOMMANDATION CI-DESSOUS PORTE SUR UNE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR S'AJOUTANT À CELLE DES AINS.

16. (NOUVEAU) Pour la prise en charge de la douleur lors d'un avortement médicamenteux à ≥ 12 semaines :

Suggérer d'envisager des méthodes supplémentaires pour prendre en charge la douleur ou l'inconfort dus à l'augmentation de la douleur avec l'âge gestationnel. Ces méthodes incluent certains antiémétiques et l'anesthésie péridurale, si disponible.

Remarque :

- En cas d'avortement médicamenteux à un âge gestationnel <14 semaines, si les AINS (par exemple l'ibuprofène) ne sont pas disponibles ou ne constituent pas une option, alors l'acétaminophène peut être envisagé pour soulager la douleur.

Source : recommandation 15 actualisée de l'OMS (2013) (19). La recommandation 16 est nouvelle.

Note sur la mise à jour de la recommandation : la recommandation 15 a déjà été publiée dans le cadre de la recommandation 14 de l'OMS (2013) (19) et les données y afférentes ont été examinées à l'aide de la méthodologie GRADE. Dans cette version mise à jour et après examen, nous avons séparé la première partie de la recommandation d'origine afin qu'elle s'applique à l'avortement chirurgical (recommandation 11a), tandis que l'avortement médicamenteux est visé par une recommandation distincte (recommandation 15). De plus, nous avons reformulé la recommandation afin d'intégrer la prise en charge de la douleur.

OÙ

Aucune exigence en ce qui concerne le lieu (au sein de l'établissement de santé ou en dehors)

Justification de la recommandation 15 (en particulier pour un âge gestationnel <14 semaines)

Une revue Cochrane a servi de base factuelle pour cette question clé. Cinq études sur la prise en charge de la douleur en cas d'avortement médicamenteux à un âge gestationnel <14 semaines, menées aux États-Unis, en Israël et au Royaume-Uni, ont été identifiées à l'aide de la stratégie de recherche. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 2, à la section intitulée EtD framework for Pain management for medical abortion < 14 weeks (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à la prise en charge de la douleur en cas d'avortement médicamenteux à <14 semaines).

Parmi ces études, trois ont été évaluées et incluaient les comparaisons suivantes :

- ibuprofène contre placebo
- AINS prophylactiques contre AINS thérapeutiques
- ibuprofène contre paracétamol

Les femmes ayant reçu des AINS avaient des scores de douleur moyens plus faibles et elles étaient moins nombreuses à avoir recours à des analgésiques supplémentaires (niveau de certitude élevé des données). Les discussions sur les valeurs et les préférences des femmes concernant la prise en charge de la douleur lors de l'avortement médicamenteux, ainsi que sur les ressources nécessaires, le rapport coût-efficacité et la faisabilité de l'administration d'AINS ont abouti à une conclusion qui était favorable à l'intervention.

Justification des recommandations 15 (en particulier pour un âge gestationnel ≥14 semaines) et 16

Un examen systématique a été réalisé afin d'aborder cette question. Onze études sur la prise en charge de la douleur en cas d'avortement médicamenteux à un âge gestationnel ≥14 semaines, menées en Allemagne, en Belgique, au Canada, aux États-Unis, en Israël, en Italie, en Suède et en Thaïlande, ont été identifiées à l'aide de la stratégie de recherche. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 2, à la section intitulée EtD framework for Pain management for medical abortion ≥ 14 weeks (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à la prise en charge de la douleur en cas d'avortement médicamenteux à ≥14 semaines).

Les comparaisons suivantes ont été réalisées à partir des données extraites de ces études :

- bloc paracervical contre analgésiques oraux
- AINS contre non-AINS/placebo
- anti-émétiques contre placebo
- antiépileptiques contre anxiolytiques
- péridurale intermittente contre péridurale continue
- analgésie péridurale contrôlée par la patiente contre fentanyl par voie intraveineuse (IV) contrôlé par la patiente
- fentanyl contrôlé par la patiente contre morphine contrôlée par la patiente
- tramadol IV contrôlé par la patiente contre fentanyl IV contrôlé par la patiente

Comparaison du bloc paracervical contre analgésiques oraux : dans les études qui ont évalué cette comparaison, moins de femmes ont ressenti une douleur aiguë et le délai d'expulsion était plus court avec la prise d'analgésiques oraux par rapport au bloc paracervical (niveau de certitude modéré des données).

Comparaison des AINS contre non-AINS/placebo : dans les études qui ont évalué cette comparaison, moins de femmes ont eu besoin de narcotiques supplémentaires après la prise d'AINS (niveau de certitude élevé des données). De plus, moins de femmes ayant reçu des AINS ont ressenti des effets secondaires (niveau de certitude modéré des données).

Comparaison des antiémétiques contre placebo : dans les études qui ont évalué cette comparaison, moins de narcotiques supplémentaires ont été administrés et le délai d'expulsion avec la prise d'antiémétiques était plus court (niveau de certitude modéré des données).

Comparaison des antiépileptiques contre anxiolytiques : dans les études qui ont évalué cette comparaison, les scores de douleur moyens étaient plus faibles, moins d'analgésiques supplémentaires ont été administrés et le délai d'expulsion moyen était plus faible avec la prise d'antiépileptiques (niveau de certitude modéré des données).

Comparaison de la péridurale intermittente contre péridurale continue : dans les études qui ont évalué cette comparaison, moins d'effets secondaires ont été constatés avec l'utilisation de la péridurale intermittente (niveau de certitude faible à forte des données). La satisfaction était plus élevée chez les femmes ayant bénéficié d'une péridurale intermittente dans le cadre de la prise en charge de leur douleur (niveau de certitude élevé des données).

Comparaison de l'analgésie péridurale contrôlée par la patiente contre fentanyl IV contrôlé par la patiente : dans les études qui ont évalué cette comparaison, les scores de douleur moyens étaient plus faibles et les effets secondaires, à savoir vomissements et sédation, étaient moins nombreux avec l'analgésie péridurale contrôlée par la patiente (niveau de certitude modéré des données). De plus, la satisfaction était plus élevée chez les femmes du groupe analgésie péridurale contrôlée par la patiente (niveau de certitude modéré des données).

Comparaison de la morphine contrôlée par la patiente contre fentanyl IV contrôlé par la patiente : dans les études qui ont évalué cette comparaison, les scores de douleur moyens étaient plus faibles et les effets secondaires liés à l'utilisation du fentanyl contrôlé par la patiente (50 µg) étaient moins nombreux (niveau de certitude modéré à élevé des données).

Comparaison du tramadol IV contrôlé par la patiente contre fentanyl IV contrôlé par la patiente : dans les études qui ont évalué cette comparaison, le contrôle de la douleur était comparable pour l'utilisation du tramadol et du fentanyl contrôlés par la patiente (niveau de certitude faible à modéré des données). Les niveaux de satisfaction étaient également similaires dans les deux groupes (niveau de certitude élevé des données).

Les discussions sur les valeurs et les préférences des femmes concernant la prise en charge de la douleur lors de l'avortement médicamenteux, ainsi que sur les ressources nécessaires, le rapport coût-efficacité et la faisabilité de l'administration d'AINS ont abouti à une conclusion qui était favorable à l'intervention.

QUI

Pour savoir quels agents de santé peuvent pratiquer ce type d'intervention, reportez-vous aux recommandations 28 et 30 relatives à l'avortement médicamenteux.

COMMENT

Considération relative à la mise en œuvre des recommandations 15 et 16

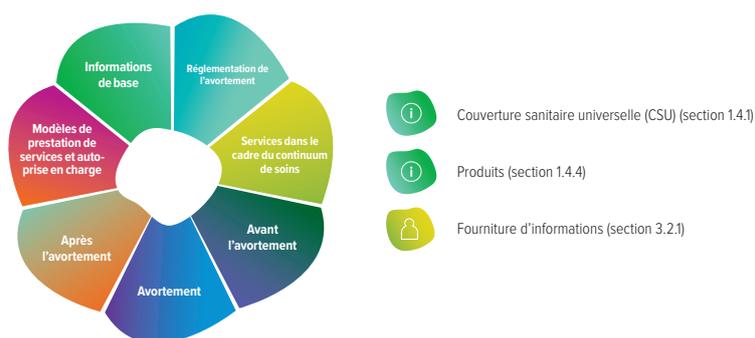
- Quel que soit le type de service, les femmes devraient être clairement informées de la douleur qu'elles pourraient ressentir, dont l'intensité peut varier en fonction de la perception et de la tolérance de chacune. Dans tous les cas, des informations sur la prise en charge de la douleur et un accès à des analgésiques adéquats devraient leur être garantis.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

- Les États doivent garantir un accès adéquat aux médicaments essentiels à un prix abordable et sans discrimination.
- Le refus d'administrer des analgésiques peut constituer une violation de nombreux droits humains, notamment le droit à la santé et à l'autonomie de décision.
- Le refus d'administrer des analgésiques pour punir une femme qui souhaite interrompre sa grossesse ou parce que cette technique fait partie des soins liés à l'avortement constitue une violation du droit à l'égalité, à la non-discrimination et à l'égalité.
- Le refus d'administrer des analgésiques peut constituer une violation du droit de ne pas subir de traitement cruel, inhumain ou dégradant.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

Liens vers des sujets/recommandations connexes



3.3.7 Préparation cervicale avant un avortement chirurgical

Avant un avortement chirurgical, une préparation cervicale, également appelée amorçage cervical, peut être envisagée pour toutes les femmes enceintes, quel que soit l'âge gestationnel, et en particulier celles dont la grossesse correspond à un âge gestationnel de plus de 12 semaines. La préparation cervicale avant un avortement chirurgical est particulièrement adaptée aux femmes ayant des anomalies du col de l'utérus ou ayant déjà subi une intervention chirurgicale à ce niveau, aux adolescentes, et à celles dont la grossesse est déjà avancée, toutes courant un risque sérieux de lésion du col ou de perforation utérine pouvant entraîner une hémorragie (135, 136). Elle peut également rendre l'intervention plus facile pour les prestataires de soins peu expérimentés. Cependant, elle présente quelques inconvénients, notamment l'inconfort supplémentaire qu'elle engendre pour la patiente, son coût plus élevé et la durée nécessaire à sa mise en œuvre correcte.

Quelle que soit la méthode utilisée, dilateurs osmotiques ou médicaments, la préparation cervicale doit être réalisée en amont de l'avortement chirurgical. Ainsi, elle peut être effectuée par un autre agent de santé que le prestataire chargé de pratiquer la dilatation et évacuation.

QUOI

SERVICES CLINIQUES Recommandation 17 - Préparation cervicale avant l'avortement chirurgical à <12 semaines d'aménorrhée

Avant un avortement chirurgical à <12 semaines :

- a. En cas de préparation cervicale : **Suggérer** les schémas 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 dilateurs osmotiques pour la préparation cervicale.

Remarques:

- La voie sublinguale est plus efficace pour l'administration de misoprostol.
- Des analgésiques appropriés devraient être fournis.

Source : recommandation actualisée de la recommandation 7.2 de l'OMS (2013) (19).

Note sur la mise à jour de la recommandation : cette recommandation a été révisée à l'aide de la méthodologie GRADE. Le schéma suggéré pour la mifépristone est inchangé. En revanche, les schémas pour le misoprostol ont été modifiés pour ce qui concerne le moment et la voie d'administration. Par ailleurs, les lamineaires ne sont plus une option recommandée. Ces recommandations remplacent donc la recommandation précédente.

Justification

Une actualisation d'une revue Cochrane existante sert de base factuelle pour cette question clé. Cette actualisation a permis d'identifier huit nouvelles études, ce qui porte à 61 le nombre total d'études incluses ayant évalué les méthodes de préparation cervicale avant l'aspiration. À la suite de cet examen, près de la moitié des études ont été incluses en vue de l'élaboration du cadre décisionnel fondé sur des données probantes. La revue comprend les méthodes de préparation cervicale suivantes : traitement par mifépristone et/ou misoprostol et méthodes mécaniques (dilateurs osmotiques naturels ou synthétiques). Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 2, à la section intitulée Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à la préparation cervicale avant un avortement chirurgical à <12 semaines de grossesse).¹⁶

Pour la recommandation 17a, nous suggérons l'option du misoprostol ou de la mifépristone comme agent de préparation cervicale avant un avortement chirurgical avant 12 à 14 semaines. Les études qui ont comparé le

¹⁶ Par souci de cohérence entre les recommandations, l'âge gestationnel limite est fixé à 12 semaines. Néanmoins, les données incluent les femmes enceintes jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée chez qui une aspiration a été pratiquée.

misoprostol à la mifépristone ont montré que la procédure était moins longue avec le misoprostol (niveau de certitude modéré des données). Néanmoins, la dilatation cervicale avant l'intervention était plus importante avec la mifépristone (niveau de certitude modérée des données). Le profil des effets secondaires était comparable entre les deux groupes (niveau de certitude très faible des données).

Concernant le moment d'administration du misoprostol, les études ayant comparé la durée d'intervalle de l'administration de misoprostol pour la préparation cervicale ont montré que l'intervalle de 3 heures était le plus efficace (dilatation cervicale avant l'intervention plus importante). Cette constatation se fonde sur des données de certitude élevée. Bien que l'intervalle de 3 heures soit considéré comme optimal, l'intervalle de 1 heure est également inclus suite aux discussions des membres du groupe d'experts sur la faisabilité et l'acceptabilité d'un temps d'attente plus court avant un avortement chirurgical.

Pour la recommandation 17b, le raisonnement tient au fait que la procédure est plus longue avec l'utilisation de dilateurs osmotiques par rapport au misoprostol pour la préparation cervicale (niveau de certitude élevé des données). Par ailleurs, les taux de satisfaction étaient plus élevés chez les femmes ayant reçu du misoprostol par rapport au groupe des laminaires (niveau de certitude modéré des données).

Le groupe d'experts a ajouté la voie buccale (à la voie vaginale, étant donné que les courbes de concentration pour la voie buccale et le misoprostol étaient similaires au niveau des données pharmacocinétiques), et formulé une remarque afin d'insister sur le fait que la voie sublinguale est la plus efficace.



SERVICES CLINIQUES Recommandation 18 - (NOUVEAU): Préparation cervicale avant l'avortement chirurgical (aspiration manuelle ou dilatation et évacuation) à <12 semaines d'aménorrhée

Avant un avortement chirurgical à des âges gestationnels plus avancés :

- a. En cas d'avortement chirurgical à ≥ 12 semaines : **Suggérer** une préparation cervicale avant l'intervention.
- b. En cas d'avortement chirurgical entre 12 et 19 semaines : **Suggérer** une préparation cervicale médicamenteuse uniquement (une association de mifépristone et de misoprostol est préférable) ou à l'aide d'un dilateur osmotique associé à un médicament (mifépristone, misoprostol, ou une association des deux).
- c. En cas d'avortement chirurgical entre 12 et 19 semaines, lorsqu'un dilateur osmotique est utilisé pour la préparation cervicale : **Suggérer** que la période entre l'insertion du dilateur osmotique et l'intervention ne dépasse pas deux jours.
- d. En cas d'avortement chirurgical à ≥ 19 semaines : **Recommander** une préparation cervicale à l'aide d'un dilateur osmotique associé à un médicament (mifépristone, misoprostol ou une association des deux).

Remarque :

- Il existe peu de données probantes concernant la préparation cervicale à un âge gestationnel compris entre 12 et 14 semaines. Par conséquent, les agents de santé devraient se fonder sur le jugement clinique pour décider de la méthode de préparation cervicale la plus appropriée avant l'aspiration pour cette tranche d'âge gestationnel.

Note : ces nouvelles recommandations, qui remplacent les recommandations 8.1 et 8.2 de l'OMS (2013) (19) relatives à la méthode de dilatation et évacuation après 14 semaines d'aménorrhée, comprennent désormais des informations sur les méthodes/schémas pour la préparation cervicale à différentes tranches d'âge gestationnel.

Justification

Une revue Cochrane a produit la base factuelle sur les méthodes de préparation cervicale pour l'avortement chirurgical à des âges gestationnels plus avancés. À la suite de cet examen, 16 études ont été incluses en vue de l'élaboration du cadre décisionnel fondé sur des données probantes concernant les méthodes de préparation cervicale suivantes : traitement par mifépristone et/ou misoprostol, méthodes mécaniques à l'aide de dilateurs

osmotiques et de dilateurs synthétiques et procédures d'un jour contre deux jours avec des lamineaires. Les études ont été menées en Afrique du Sud, aux États-Unis, en Espagne, en Israël et au Royaume-Uni. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 2, à la section intitulée EtD framework for Cervical priming prior to surgical abortion ≥ 12 weeks (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à la préparation cervicale avant un avortement chirurgical à ≥ 12 semaines).

L'inclusion de toutes les options de médicaments pour la préparation cervicale s'est fondée sur la discussion du groupe d'experts concernant la faisabilité et l'acceptabilité de ces interventions. L'association de mifépristone et de misoprostol est préférable au misoprostol seul pour la préparation cervicale car la dilatation du col avant intervention est plus importante et la procédure est plus courte (niveau de certitude modéré des données). L'association de médicaments et de lamineaires est préférable aux lamineaires seuls car la dilatation du col avant intervention est plus importante, la nécessité d'une dilatation supplémentaire est réduite et la procédure est plus courte. Ces constatations se fondent sur des données de certitude élevée. Des sous-analyses des études incluses ont montré que l'association de médicaments et de lamineaires semble plus efficace à des âges gestationnels avancés.



Considération relative à la mise en œuvre

- La prise de médicaments pour la préparation cervicale avant un avortement chirurgical au-delà de 12 à 14 semaines d'aménorrhée peut être auto-gérée et permettre d'économiser les temps de trajets pour la femme et les temps d'insertion des dilateurs osmotiques pour le personnel.



PRESTATION DE SERVICES Recommandation 19. Préparation cervicale médicamenteuse avant un avortement chirurgical quel que soit l'âge gestationnel

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Agents de santé communautaires	Suggérer Condition : la fourniture de médicaments aux fins de la préparation cervicale faisant partie intégrante du processus de l'avortement chirurgical, l'agent de santé doit assurer la continuité des soins à la femme qui reçoit les médicaments avant la procédure d'avortement.	Il n'existe aucune donnée directe concernant la sécurité, l'efficacité ou l'acceptabilité de cette option. Néanmoins, les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Par ailleurs, une recommandation a été formulée concernant la pratique d'un avortement médicamenteux jusqu'à 12 semaines (voir la recommandation 28) pour les agents de santé communautaires, ce qui nécessite des aptitudes et des connaissances similaires pour cette tâche.
Personnel de pharmacie	Suggérer Condition : la fourniture de médicaments aux fins de la préparation cervicale faisant partie intégrante du processus de l'avortement chirurgical, l'agent de santé doit assurer la continuité des soins à la femme qui reçoit les médicaments avant la procédure d'avortement.	Il n'existe aucune donnée directe concernant la sécurité, l'efficacité ou l'acceptabilité de cette option. Néanmoins, les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Par ailleurs, une recommandation a été formulée concernant la pratique d'un avortement médicamenteux jusqu'à 12 semaines (voir la recommandation 28) pour le personnel de pharmacie, ce qui nécessite des compétences et des connaissances similaires pour cette tâche.
Pharmaciens	Suggérer Condition : la fourniture de médicaments aux fins de la préparation cervicale faisant partie intégrante du processus de l'avortement chirurgical, l'agent de santé doit assurer la continuité des soins à la femme qui reçoit les médicaments avant la procédure d'avortement.	Il n'existe aucune donnée concernant la sécurité, l'efficacité ou l'acceptabilité de cette option. Néanmoins, la dispensation de médicaments sur ordonnance s'inscrit dans le champ d'exercice habituel des pharmaciens. Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Par ailleurs, une recommandation a été formulée concernant la pratique d'un avortement médicamenteux jusqu'à 12 semaines (voir la recommandation 28) pour les pharmaciens, ce qui nécessite des aptitudes et des connaissances similaires pour cette tâche.
Spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires Aides-soignants/sages-femmes auxiliaires Personnel infirmier Sages-femmes	Recommander	Il existe des données concernant la sécurité et l'efficacité de cette option (niveau de certitude faible des données). La préparation cervicale fait partie de la formation à l'aspiration manuelle. Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a
Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Recommander	Il existe des données concernant des agents de santé ayant une formation de base similaire ou moins complète (sages-femmes, infirmières, sages-femmes auxiliaires, par exemple) qui utilisent ces médicaments dans le cadre d'un avortement médicamenteux (niveau de certitude modéré des données). La préparation cervicale fait partie de la formation à l'aspiration manuelle. Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a
Médecins généralistes Médecins spécialistes	Recommander	Tâche incluse dans leur champ d'exercice habituel ^b . Par conséquent, aucune évaluation des données n'a été réalisée.

Source : recommandation actualisée de l'OMS (2016) (23).

Note sur la mise à jour de la recommandation : recommandation existante dont les données sur tous les types d'agents de santé ont été examinées à l'aide de la méthodologie GRADE, à l'exception des médecins spécialistes et généralistes qui faisaient déjà l'objet de la formulation « Recommander ». Après examen, les recommandations ont été renforcées pour tous les agents de santé examinés, passant de « Déconseiller » à « Suggérer » pour les pharmaciens, le personnel de pharmacie et les agents de santé communautaires, et de « Suggérer » à « Recommander » pour toutes les autres catégories d'agents de santé. L'âge gestationnel de cette recommandation, « au-delà de 12 semaines », a également été modifié par « à tout âge gestationnel » en consultation avec le groupe d'experts. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 3, à la section intitulée EtD framework for Cervical priming using medication and osmotic dilators (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à la préparation cervicale à l'aide de médicaments et de dilateurs osmotiques).

^a Pour cette recommandation, et toutes celles relatives aux agents de santé, compte tenu des données limitées pour un grand nombre de combinaisons agent de santé-tâche, les discussions du groupe d'experts se sont concentrées sur le cadre de compétences de la publication de 2012 de l'OMS intitulée Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires (121) contenant des informations sur les compétences (y compris les aptitudes et les connaissances) requises pour chaque tâche, ainsi que sur les critères INTEGRATE de l'OMS, en particulier la faisabilité, l'équité et l'acceptabilité de l'intervention et les valeurs et préférences des femmes.

^b Pour connaître le champ de pratique/d'exercice, reportez-vous à l'annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé

OÙ

Aucune exigence en ce qui concerne le lieu (au sein de l'établissement de santé ou en dehors)

COMMENT

Considération relative à la mise en œuvre

- Étant donné que la préparation cervicale représente la première étape du processus et qu'elle s'effectue avant une intervention chirurgicale, avec un intervalle d'un à deux jours, il est important que l'agent de santé garantisse la continuité des soins pour la femme en veillant à ce qu'un plan clair de l'avortement chirurgical soit établi avant que la femme prenne l'agent de préparation cervicale et qu'elle ait accès au système de santé existant si elle souhaite ou a besoin d'un soutien supplémentaire durant cet intervalle.

QUI

PRESTATION DE SERVICES Recommandation 20 - Préparation cervicale à l'aide de dilatateurs osmotiques avant la dilatation et l'évacuation à ≥ 12 semaines

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires	Suggérer Condition : l'agent de santé assure la continuité des soins depuis la préparation cervicale jusqu'à la dilatation et l'évacuation	Les données directes relatives à la sécurité et à l'efficacité de cette option sont insuffisantes. Néanmoins, il a été suggéré que ces agents de santé effectuent d'autres gestes transcervicaux (la pose d'un DIU et l'aspiration, par exemple ; voir les recommandations 43 et 24). Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Selon le groupe d'experts, cette option pourrait accroître l'accès équitable à des soins de qualité en matière d'avortement dans les régions où ces professionnels représentent une part importante du personnel de santé.
Aides-soignants/sages-femmes auxiliaires	Recommander	Les données directes concernant la sécurité et l'efficacité de cette option sont insuffisantes. Néanmoins, il a été recommandé que les sages-femmes auxiliaires effectuent d'autres gestes transcervicaux (la pose d'un DIU, par exemple ; voir la recommandation 43). Par ailleurs, il a été recommandé que les aides-soignants effectuent d'autres gestes transcervicaux (la pose d'un DIU, par exemple ; voir la recommandation 43) dans certains contextes. Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Le groupe d'experts a confirmé que cette option pourrait aider à optimiser le déroulement des prestations d'un établissement et à réduire les temps d'attente pour les femmes.
Personnel infirmier	Recommander	Les données directes concernant la sécurité ou l'efficacité de cette option sont insuffisantes. Néanmoins, il a été recommandé que les infirmières effectuent d'autres gestes transcervicaux (la pose d'un DIU, par exemple ; voir la recommandation 43). Par ailleurs, des données montrent que l'aspiration manuelle réalisée par les infirmières est sans danger et efficace (niveau de certitude modéré des données). Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Selon le groupe d'experts, cette option pourrait aider à optimiser le déroulement des prestations d'un établissement et à réduire les temps d'attente pour les femmes.

Le tableau continue

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Sages-femmes	Recommander	Les données directes concernant la sécurité ou l'efficacité de cette option sont insuffisantes. Néanmoins, il a été recommandé que les sages-femmes effectuent d'autres gestes transcervicaux (la pose d'un DIU, par exemple ; voir la recommandation 43). Par ailleurs, des données montrent que l'aspiration manuelle réalisée par les sages-femmes est sans danger et efficace (niveau de certitude modéré des données). Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Selon le groupe d'experts, cette option pourrait aider à optimiser le déroulement des prestations d'un établissement et à réduire les temps d'attente pour les femmes.
Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Recommander	Il existe des données indirectes concernant la sécurité et l'efficacité de l'aspiration manuelle réalisée par ces cliniciens (niveau de certitude modéré des données), notamment la préparation cervicale à l'aide de dilateurs osmotiques pour certains cas. Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Le groupe d'experts a confirmé que cette option pourrait aider à optimiser le déroulement des prestations d'un établissement et à réduire les temps d'attente pour les femmes.
Médecins généralistes Médecins spécialistes	Recommander	Tâche incluse dans leur champ d'exercice habituel ^b . Par conséquent, aucune évaluation des données n'a été réalisée.

Source : recommandation actualisée de l'OMS (2016) (23).

Note sur la mise à jour de la recommandation : recommandation existante dont les données sur tous les types d'agents de santé ont été examinées à l'aide de la méthodologie GRADE, à l'exception des médecins spécialistes et généralistes qui faisaient déjà l'objet de la formulation « Recommander ». Après examen, les recommandations ont été renforcées, passant de « Suggérer » à « Recommander » pour les cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, les sages-femmes et les infirmières, de « Déconseiller » à « Recommander » pour les aides-soignants et les sages-femmes auxiliaires, et de « Déconseiller » à « Suggérer » pour les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires. Pour les pharmaciens, le personnel de pharmacie et les agents de santé communautaires, la formulation reste inchangée, à savoir « Déconseiller » (non répertorié). L'âge gestationnel de cette recommandation, « au-delà de 12 semaines », a également été modifié par « ≥12 semaines » (à partir de 12 semaines) afin de correspondre à la recommandation 18. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 3, à la section intitulée ETD framework for Cervical priming using medication and osmotic dilators (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à la préparation cervicale à l'aide de médicaments et de dilateurs osmotiques).

^a Pour cette recommandation, et toutes celles relatives aux agents de santé, compte tenu des données limitées pour un grand nombre de combinaisons agent de santé-tâche, les discussions du groupe d'experts se sont concentrées sur le cadre de compétences de la publication de 2012 de l'OMS intitulée Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires (121) contenant des informations sur les compétences (y compris les aptitudes et les connaissances) requises pour chaque tâche, ainsi que sur les critères INTEGRATE de l'OMS, en particulier la faisabilité, l'équité et l'acceptabilité de l'intervention et les valeurs et préférences des femmes.

^b Pour connaître le champ de pratique/d'exercice, reportez-vous à l'annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé



Dans un établissement de santé.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT LA PRÉPARATION CERVICALE

- Le refus de réaliser une préparation cervicale pour punir une femme qui souhaite interrompre sa grossesse ou parce que cette technique fait partie des soins liés à l'avortement constitue une violation du droit à la non-discrimination et à l'égalité.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

Liens vers des sujets/recommandations connexes



3.3.8 Restrictions (juridiques ou politiques) relatives aux agents de santé légalement autorisés à dispenser des soins liés à l'avortement

Dans certains pays, les lois et les politiques limitent le type d'agents de santé légalement autorisés à dispenser des soins liés à l'avortement (137), le plus souvent aux gynécologues. Cependant, depuis l'apparition des méthodes par aspiration et médicamenteuses, l'avortement peut être pratiqué en toute sécurité par un large éventail d'agents de santé dans divers contextes et auto-prise en charge sans risque au début de la grossesse (voir les recommandations 24, 28, 30, 33). Les restrictions relatives aux prestataires sont incompatibles avec le soutien de l'OMS à l'optimisation du rôle des agents de santé ; ces restrictions sont arbitraires et ne reposent sur aucune donnée probante (138). Conformément à l'obligation des États de respecter, de protéger et de mettre en œuvre le droit à la santé, les établissements, les biens et les services de soins de santé doivent être disponibles, accessibles, adéquats et de bonne qualité (46). Cela comprend les établissements, les biens et les services de soins de santé sexuelle et reproductive. Par conséquent, les États doivent veiller à ce que le système de santé dispose d'un nombre adapté de personnels médicaux et professionnels et de prestataires qualifiés, ainsi que de stocks suffisants de médicaments essentiels (46). Par ailleurs, le Rapporteur spécial sur le droit de chacun de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, a attiré l'attention sur le fait que la loi sur l'avortement doit se fonder sur des données probantes (37) (voir le chapitre 1, section 1.3.1[i], et l'annexe Web A. Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

LOI ET POLITIQUE Recommandation 21 - Restrictions relatives aux prestataires

Déconseiller l'adoption d'une réglementation portant sur les personnes autorisées à pratiquer et à prendre en charge l'avortement qui ne soit pas conforme aux lignes directrices de l'OMS.

Remarque :

- Lorsque le droit ou la politique régit qui peut pratiquer ou prendre en charge l'avortement, cette réglementation doit être conforme aux lignes directrices de l'OMS, lesquelles sont présentées dans le présent chapitre.

Note sur la mise à jour de la recommandation : cette recommandation et d'autres recommandations d'ordre juridique et politique ne sont pas nouvelles. Les lignes directrices de 2013 sur l'Avortement sécurisé formulaient une recommandation générique à caractère juridique et politique (19) ; dans les présentes lignes directrices, sept recommandations distinctes sont formulées à l'aide de l'approche GRADE.

Justification

Un examen systématique des études publiées entre 2010 et 2019 a été réalisé afin de déterminer l'incidence des restrictions relatives aux prestataires sur les personnes souhaitant avoir recours à l'avortement et les agents de santé ; sept études menées en Australie, aux États-Unis, en Éthiopie et au Népal ont été identifiées. Un résumé des données probantes extraites de ces études figure dans le Supplément 1, à la section intitulée EtD framework for Provider restrictions (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations

concernant les restrictions relatives aux prestataires). Les données examinées montrent que les restrictions relatives aux professionnels autorisés à pratiquer et à prendre en charge l'avortement suscitent des retards et des difficultés dans l'accès à l'avortement. En revanche, l'élargissement de l'éventail des agents de santé autorisés à dispenser des soins liés à l'avortement a permis d'améliorer l'accès à l'avortement médicamenteux et chirurgical précoce, de diminuer les coûts et les temps de trajet et d'attente, de décharger les médecins de certaines composantes des soins, de rendre l'avortement plus accessible, notamment dans les zones rurales et au niveau des soins de santé primaires, d'empêcher l'auto-prise en charge non sécurisée de l'avortement et de réduire les coûts du système. Ces données indiquent que les restrictions relatives aux prestataires entraînent des pertes d'efficacité, des charges administratives et de travail au sein des systèmes de santé, et une réduisent le nombre de prestataires disponibles.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT LES RESTRICTIONS RELATIVES AUX PRESTATAIRES

- La disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité doivent être les priorités de la réglementation des services de santé sexuelle et reproductive.
- La réglementation sur l'avortement devrait se fonder sur les droits humains et des données probantes.
- Les États doivent veiller à ce que le système de santé dispose d'un nombre adapté de personnels médicaux et professionnels et de prestataires qualifiés, ainsi que de stocks suffisants de médicaments essentiels.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

3.3.9 Objection de conscience ou refus d'agents de santé de dispenser des soins liés à l'avortement

Le refus de dispenser des soins liés à l'avortement pour des raisons de conscience représente un obstacle à l'accès à un avortement sécurisé et dans les meilleurs délais (3 [paragraphe 14], 36 [paragraphe 8], 139 [paragraphe 109], 140 [paragraphe 353], 141 [paragraphe 42 et 43]). De plus, le refus ou l'objection de conscience non réglementés peuvent entraîner des violations des droits humains ou inciter les femmes à se tourner vers des pratiques d'avortement non sécurisées (142 [paragraphe 23], 143 [paragraphe 106], 144). Dans certains pays, l'objection de conscience est expressément réglementée par le droit du travail, les contrats de travail ou la loi sur l'avortement. En vertu du droit international relatif aux droits humains, les États qui autorisent l'objection de conscience doivent organiser leur système de santé et la pratique de l'avortement de manière à ce que les soins d'avortement légalement disponibles ne soient pas refusés, mais aussi réglementer l'objection de conscience afin d'intégrer les meilleures pratiques cliniques internationales, de protéger les personnes sollicitant un avortement et de s'assurer que le refus du prestataire n'entrave pas l'accès à des soins de qualité en matière d'avortement (145 [paragraphe 12], 146 [paragraphe 28]). L'OMS a également conseillé que « les services de santé s'organisent de telle manière que l'exercice effectif du droit à la liberté de conscience des personnels de santé dans le cadre professionnel n'empêche pas les patientes d'accéder aux services auxquels elles ont droit en vertu de la législation applicable » (19).

LOI ET POLITIQUE Recommandation 22 - Objection de conscience

Recommander que l'accès aux soins complets liés à l'avortement et leur continuité soient protégés contre les obstacles créés par l'objection de conscience.

Remarques:

- En dépit de l'obligation de veiller, en vertu des droits humains, à ce que l'objection de conscience n'entrave pas l'accès à des soins liés à l'avortement de qualité, et en dépit des recommandations existantes de l'OMS visant à garantir que l'objection de conscience ne compromette pas ou n'entrave pas l'accès aux soins liés à l'avortement, l'objection de conscience constitue aujourd'hui encore un obstacle à l'accès à des soins de qualité pour l'avortement. Il est primordial que les États veillent au respect de la réglementation et conçoivent/organisent des systèmes de santé garantissant l'accès à des soins liés à l'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 les droits des personnes souhaitant avoir recours à l'avortement, l'objection de conscience à l'avortement pourrait devenir indéfendable.
- Les données examinées tenaient compte de l'incidence 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 l'application des droits des personnes sollicitant un avortement, notamment les suivantes :
 - organiser le système de santé afin qu'un nombre suffisant de prestataires non objecteurs soient employés et répartis équitablement dans tout le pays (3) ;
 - mettre en œuvre une réglementation claire et applicable relative à l'objection de conscience (147 [paragraphe 30 et 31], 148 [paragraphe 41(f)], 149 [paragraphe 37(b)]) ;
 - garantir une bonne application de la réglementation relative à l'objection de conscience, notamment en identifiant, en traitant et en sanctionnant les cas de non-respect (147 [paragraphe 30 et 31], 148 [paragraphe 41(f)], 149 [paragraphe 37(b)]) ;
 - indiquer clairement qui peut refuser quelles composantes des soins (150 [paragraphe 30 et 31], 148 [paragraphe 41(f)], 3 [paragraphe 43]) ;
 - interdire l'objection de conscience aux établissements de santé (147, 150 [paragraphe 33(c)], 148 [paragraphe 41(f)]) ;
 - exiger des objecteurs qu'ils orientent rapidement les patientes vers des prestataires accessibles

et non objecteurs (3 [paragraphe 43], 37 [paragraphe 65(m)], 39 [paragraphe 11], 150 [paragraphe 33(c)], 146 [paragraphe 28]) ;

- exiger que l'objection de conscience soit exercée de manière respectueuse et non punitive ;
- interdire l'objection de conscience dans les situations d'urgence (3, paragraphe 43).

Remarque sur la mise à jour de la recommandation : cette recommandation et d'autres recommandations d'ordre juridique et politique ne sont pas nouvelles. Les lignes directrices de 2013 sur l'Avortement sécurisé formulaient une recommandation générique à caractère juridique et politique (19) ; dans les présentes lignes directrices, sept recommandations distinctes sont formulées à l'aide de l'approche GRADE.

Justification

Un examen systématique des études publiées entre 2010 et 2020 a été réalisé afin de déterminer l'incidence de l'objection de conscience sur les personnes souhaitant avoir recours à l'avortement et les agents de santé ; 26 études menées en Afrique du Sud, en Australie, au Brésil, en Colombie, au Ghana, en Italie, au Mexique, au Nigeria, en Norvège, au Portugal, en Slovaquie, en Suisse, en Tunisie, au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Zambie ont été identifiées. Un résumé des données probantes extraites de ces études figure dans le Supplément 1, à la section intitulée EtD framework for Conscientious objection (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à l'objection de conscience). Les données examinées démontrent que l'objection de conscience peut retarder l'accès à l'avortement et aux soins connexes. Ces retards dans les soins sont exacerbés par le nombre d'agents de santé qui objectent en conscience à pratiquer l'avortement, et parfois même dans des cas d'urgence où il est nécessaire pour sauver la vie d'une femme. Des délais sont parfois délibérément imposés par les objecteurs. Les données probantes révèlent également que l'objection de conscience contribue à l'augmentation de la morbidité et de la mortalité liées à l'avortement, et que certains agents de santé revendiquent l'objection de conscience et refusent l'avortement dans le secteur public, tout en le pratiquant contre rémunération dans leur cabinet médical.

Les études ont montré que l'objection de conscience crée des obstacles supplémentaires pour les populations de milieux spécifiques : zones rurales, contextes où la loi sur l'avortement a récemment été modifiée et où il n'est pas précisé clairement qui peut s'opposer à quels aspects des soins liés à l'avortement, lieux où l'objection de conscience n'est pas bien réglementée et contextes où les agents de santé objecteurs refusent intentionnellement d'orienter les patientes ou donnent des conseils partiels, ou des informations juridiques et médicales inexacts afin de dissuader et d'empêcher l'accès à l'avortement (voir la section 3.2.1 Fourniture d'informations).

Il a été démontré que le refus de pratiquer un avortement sur la base de la conscience impose un lourd fardeau aux femmes et aux filles, en particulier une incertitude quant à l'accès à cette pratique. Certains objecteurs décident de pratiquer un avortement au cas par cas en fonction du motif de la demande de la patiente, ce qui signifie que la disponibilité n'est ni claire ni cohérente. Par ailleurs, les orientations des objecteurs sont très variables. Les données ont montré que même si la plupart des objecteurs étaient prêts à orienter les patientes, ce n'était pas le cas pour tous, car certains procédaient au cas par cas. De plus, les parcours d'orientation peuvent être complexes et contraignants, créant des difficultés et des retards supplémentaires.

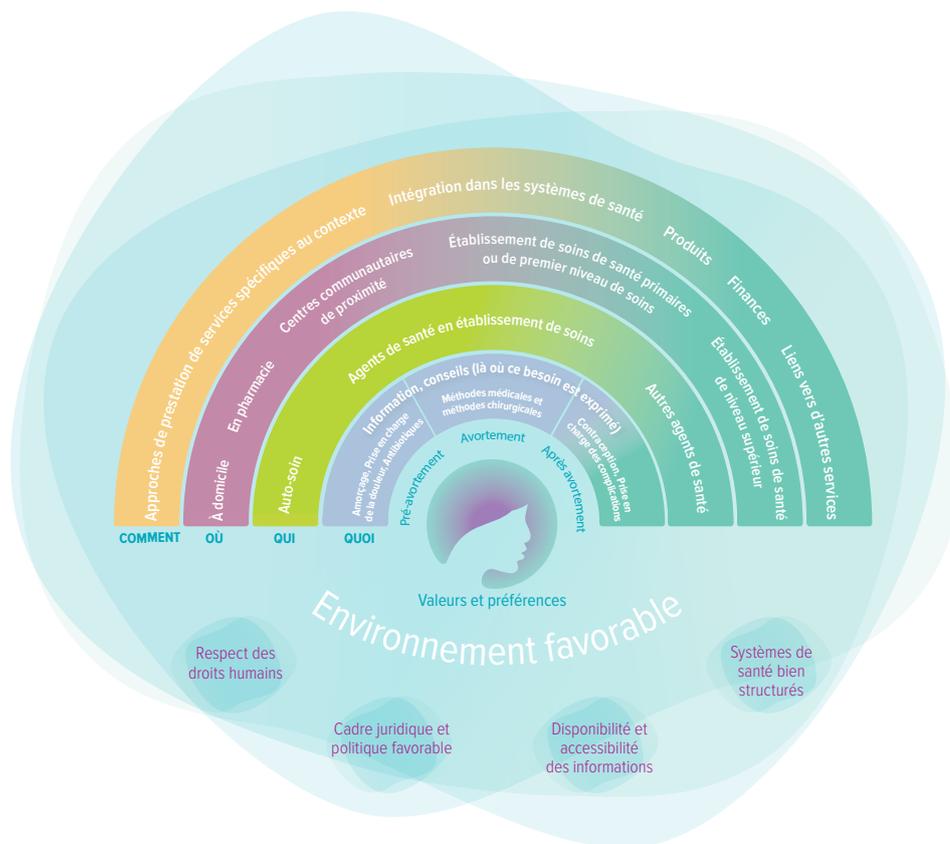
L'objection de conscience a d'importantes répercussions sur la charge de travail des agents de santé. Lorsque les objecteurs sont nombreux, les agents de santé non objecteurs ont une charge de travail accrue ; la pratique de l'avortement est souvent stigmatisée et les agents de santé peuvent voir leur carrière limitée ou être victimes de discrimination. Des réglementations et des cadres juridiques imprécis, non appliqués ou inexistantes en matière d'objection de conscience peuvent alourdir la tâche des agents de santé, notamment lorsqu'ils doivent relever les défis associés à leur conscience ou à leur éthique, mais aussi provoquer des conflits sur le lieu de travail, amener les personnels non cliniques à revendiquer l'objection de conscience et saper les modèles organisationnels de prestations de soins liés à l'avortement.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT L'OBJECTION DE CONSCIENCE

- La disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité doivent être au cœur de la réglementation des services de santé sexuelle et reproductive (SSR).
- Les États qui autorisent l'objection de conscience doivent organiser leur système de santé et la pratique de l'avortement de manière à ce que les soins d'avortement légalement disponibles ne soient pas inaccessibles ou refusés.
- Les États qui autorisent l'objection de conscience devraient en réglementer l'exercice afin d'intégrer les meilleures pratiques cliniques internationales, de protéger les personnes souhaitant avoir recours à l'avortement et de s'assurer que le refus du prestataire n'entrave pas l'accès à des soins de qualité en matière d'avortement.
- Toute personne a le droit de disposer d'informations précises sur la santé sexuelle et reproductive.
- Toute personne a droit au respect de sa vie privée et à la confidentialité dans les services de santé sexuelle et reproductive.
- Toute personne a le droit d'accéder à des services de santé sexuelle et reproductive sans discrimination et en toute égalité.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

3.4 Avortement



Abortion management is needed for both induced and spontaneous abortion, including for clinical indications such as missed abortion and intrauterine fetal demise (fetal death).

Parmi les options de prise en charge recommandées figurent, notamment, la prise en charge médicamenteuse ou la prise en charge chirurgicale au moyen d'une aspiration manuelle ou électrique ou d'une dilatation et évaluation. La méthode d'avortement dépendra de l'âge gestationnel : en règle générale, l'aspiration à <14 semaines et la dilatation et évacuation à ≥14 semaines. Une certaine flexibilité peut être appliquée dans l'utilisation de ces méthodes entre 12 et 16 semaines. Les schémas d'avortement médicamenteux comprennent l'administration de mifépristone suivie de misoprostol ou, dans les contextes où la mifépristone n'est pas disponible (ou est limitée à certaines indications cliniques), l'administration de misoprostol seul. Une nouvelle méthode médicamenteuse, notamment le létrazole en association avec du misoprostol, est également disponible.

En cas d'avortement manqué et de mort fœtale intra-utérine (voir les sections 3.4.5 et 3.4.6), en plus des options de prise en charge médicamenteuse et chirurgicale, une prise en charge non interventionniste peut être proposée en option à condition que la femme soit tout d'abord informée du délai plus long d'expulsion des tissus de grossesse et du risque accru de vacuité incomplète de l'utérus (il en va de même en cas d'avortement incomplet, abordé à la section 3.5.2 sur les soins post-avortement).

Les soins liés à l'avortement médicamenteux pour toutes les indications jouent un rôle déterminant dans l'élargissement de l'accès à des soins sécurisés, efficaces et acceptables liés à l'avortement. Ils peuvent renforcer la disponibilité et l'accessibilité de l'avortement, ainsi que l'exercice du droit à la santé sexuelle et reproductive. Dans tous les milieux, quelles que soient les ressources, l'avortement médicamenteux a contribué à étendre le rôle des agents de santé, à rendre plus efficace l'utilisation des ressources et à réduire la mortalité et la morbidité maternelles dues aux avortements non sécurisés. Par ailleurs, l'avortement médicamenteux, notamment en début de grossesse, peut désormais être pratiqué au niveau des soins de santé primaires et en ambulatoire, ou depuis une pharmacie, ce qui accroît davantage l'accès aux soins liés à l'avortement. Les soins liés à l'avortement médicamenteux limitent la nécessité de faire appel à des prestataires qualifiés pratiquant l'avortement chirurgical et offrent aux femmes enceintes une option non invasive, hautement acceptable et sécurisée. En vertu du

droit international relatif aux droits humains, les États doivent fournir les médicaments essentiels, au sens du Programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels, notamment des médicaments abortifs (46, paragraphe 12a).

Les recommandations présentées ci-après portent sur la prise en charge chirurgicale et médicamenteuse de l'avortement. La mise en œuvre de toutes les recommandations de cette section dépend des valeurs et des préférences des femmes, de l'acceptabilité de chaque intervention et de la disponibilité des ressources nécessaires pour fournir la méthode choisie en toute sécurité. Il convient de noter que le choix de la méthode de prise en charge de l'avortement par une femme peut être limité ou ne pas s'appliquer si elle comporte des contre-indications médicales à l'une des méthodes. Les recommandations ci-dessous ne concernent que la méthode d'avortement et ne devraient pas être interprétées comme suggérant des limites d'âge gestationnel pour la disponibilité de l'avortement.

3.4.1 Méthodes d'avortement chirurgical

L'aspiration comprend l'évaluation de l'âge gestationnel, la préparation cervicale (si nécessaire), l'intervention proprement dite, la prise en charge de la douleur comprenant la réalisation d'un bloc paracervical et l'évaluation de l'issue de l'avortement au moyen d'une inspection visuelle des produits de conception. Les agents de santé ayant les compétences nécessaires pour réaliser un examen bimanuel afin de diagnostiquer et de dater une grossesse, et pratiquer un geste transcervical tel que la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU), peuvent être formés à la pratique de l'aspiration.

À un âge gestationnel plus avancé, les méthodes recommandées d'avortement chirurgical sont l'aspiration et la dilatation et évacuation. Bien que les recommandations de cette section diffèrent avant et après 14 semaines d'aménorrhée, il convient de noter qu'il existe une certaine flexibilité dans le recours à une méthode chirurgicale par rapport à l'autre à des âges gestationnels situés entre 12 et 16 semaines.

QUOI

SERVICES CLINIQUES Recommandation 23. Aspiration en cas d'avortement provoqué à un âge gestationnel <14 semaines

En cas d'avortement chirurgical à <14 semaines :

a. Recommander l'aspiration.

b. Déconseiller la pratique de la dilatation et du curetage (D&C), y compris les contrôles par curette (c.-à-d. pour « compléter » l'avortement) après aspiration.

Remarques:

- Les études observationnelles indiquent que l'aspiration est associée à moins de complications que la D&C; cependant, la puissance des essais contrôlés randomisés étaient trop faible pour détecter une différence dans les taux de complications.
- Aucune donnée ne permet d'étayer le recours aux contrôles par curette après aspiration.
- La qualité des données probantes issues d'essais contrôlés randomisés a été jugée faible à modérée.

Source : la recommandation 1 est reprise de l'OMS (2013) (19). La formulation a été en partie revue. La tranche d'âge gestationnel a été modifiée de « jusqu'à 12 à 14 semaines » à « <14 semaines » (avant 14 semaines).



PRESTATION DE SERVICES Recommandation 24. Aspiration en cas d'avortement provoqué à un âge gestationnel <14 semaines

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires	Recommander	Il existe des données de niveau de certitude très faible concernant l'efficacité de cette option pour les composantes de la tâche (examen bimanuel pour évaluer la taille de l'utérus dans le cadre d'un avortement médicamenteux). Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Ces professionnels effectuent des gestes transcervicaux (la pose d'un DIU, par exemple) dans certains contextes. Selon le groupe d'experts, les avantages l'emportent sur les inconvénients possibles ; par ailleurs, cette option pourrait accroître l'accès équitable à des soins de qualité en matière d'avortement dans les régions où ces professionnels représentent une part importante du personnel de santé.
Aides-soignants/sages-femmes auxiliaires	Suggérer Condition : dans les contextes où il existe des mécanismes établis au sein du système de santé autorisant les aide-soignants/sages-femmes auxiliaires à dispenser des soins obstétricaux d'urgence de base, et où les systèmes d'orientation et de suivi sont solides.	Les données directes relatives à la sécurité et à l'efficacité de cette option sont insuffisantes. Néanmoins, les avantages l'emportent sur les inconvénients possibles. Cette option s'est avérée réalisable, y compris à grande échelle dans les milieux à faibles ressources, et pourrait réduire les inégalités en étendant les soins de qualité en matière d'avortement aux populations rurales et mal desservies.
Personnel infirmier	Recommander	Il existe des données concernant la sécurité et l'efficacité (niveau de certitude faible des données), ainsi que la satisfaction des femmes (niveau de certitude faible des données) vis-à-vis de cette option. Les femmes considèrent souvent que les soins reçus du personnel infirmier les aident davantage (niveau de certitude modéré des données). Cette option est réalisable et pourrait réduire les inégalités en étendant les soins liés à l'avortement de qualité aux populations mal desservies.
Sages-femmes	Recommander	Cette tâche est reconnue comme une compétence de base en soins obstétricaux. ^a Il existe des données concernant la sécurité et l'efficacité (niveau de certitude modéré des données), ainsi que la satisfaction des femmes vis-à-vis de l'expérience globale de l'avortement (niveau de certitude faible des données) avec cette option. Les femmes considèrent souvent que les soins reçus des sages-femmes les aident davantage (niveau de certitude modéré des données). L'option s'est avérée réalisable, y compris dans les milieux à faibles ressources.
Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Recommander	Il existe des données concernant la sécurité et l'efficacité (niveau de certitude modéré des données), ainsi que la satisfaction des femmes (niveau de certitude faible des données) vis-à-vis de cette option. Cette option est réalisable dans tous les milieux et pourrait réduire les inégalités en étendant les soins liés à l'avortement de qualité aux populations mal desservies.
Médecins généralistes Médecins spécialistes	Recommander	Tâche incluse dans leur champ d'exercice habituel ^b . Par conséquent, aucune évaluation des données n'a été réalisée.

Source : recommandation actualisée de l'OMS (2016) (23).

Note sur la mise à jour de la recommandation : recommandation existante dont les données sur les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les aides-soignants et les infirmières sages-femmes auxiliaires ont été examinées à l'aide de la méthodologie GRADE. Après examen, seule la recommandation pour les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires a été renforcée, passant de « Suggérer » à « Recommander ». Les recommandations pour toutes les autres catégories d'agents de santé restées inchangées. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 3, à la section intitulée EtD framework for Vacuum aspiration for all indications <14 weeks (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à l'aspiration toutes indications confondues à <14 semaines).

^a Pour cette recommandation, et toutes celles relatives aux agents de santé, compte tenu des données limitées pour un grand nombre de combinaisons agent de santé-tâche, les discussions du groupe d'experts se sont concentrées sur le cadre de compétences de la publication de 2012 de l'OMS intitulée Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires (121) contenant des informations sur les compétences (y compris les aptitudes et les connaissances) requises pour chaque tâche, ainsi que sur les critères INTEGRATE de l'OMS, en particulier la faisabilité, l'équité et l'acceptabilité de l'intervention et les valeurs et préférences des femmes.

^b Pour connaître le champ de pratique/d'exercice, reportez-vous à l'annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé

OÙ

Dans un établissement de santé. Les deux types d'aspiration peuvent être réalisés dans un établissement de soins primaires et en ambulatoire.

COMMENT

Considérations liées à la mise en œuvre

- Bien que l'aspiration manuelle soit plus couramment utilisée et plus probablement dans les établissements de soins de santé primaires, les compétences requises pour l'aspiration électrique sont similaires. Par conséquent, les recommandations ci-dessus s'appliquent à la pratique de l'une ou l'autre forme d'aspiration.
- L'aspiration manuelle est utilisée plus tôt dans la grossesse et en l'absence d'accès à une source stable d'électricité.
- La dilatation et le curetage devraient être remplacés par l'aspiration manuelle.

QUOI

SERVICES CLINIQUES Recommandation 25. Méthodes d'avortement chirurgical à un âge gestationnel ≥ 14 semaines

En cas d'avortement chirurgical à ≥ 14 semaines : **Recommander** la dilatation et l'évacuation (D&E).

Remarque :

- L'aspiration peut être utilisée pendant une D&E (c'est-à-dire à des fins d'amniotomie ou de retrait de tissus à la fin de la D&E).

Source : la recommandation 5 est reprise de l'OMS (2013) (19). La formulation a été revue afin d'intégrer le mot « Recommander » pour préciser qu'il s'agit d'une recommandation forte ; l'âge gestationnel « supérieur à 12-14 semaines » a été modifié par « ≥ 14 semaines » (à partir de 14 semaines), et les méthodes médicamenteuses ont été supprimées (les méthodes médicamenteuses à des âges gestationnels plus avancés sont visées par la recommandation 29 des présentes lignes directrices).



PRESTATION DE SERVICES Recommandation 26 - Dilatation et évacuation pour l'avortement chirurgical à ≥14 semaines

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires	Suggérer Condition : dans les contextes où il existe des mécanismes établis au sein du système de santé prévoyant la participation de ces agents de santé à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive.	Il n'existe aucune donnée directe concernant la sécurité, l'efficacité ou l'acceptabilité de cette option. Néanmoins, les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Il a été suggéré (recommandation faible) que ce type d'agent de santé effectue d'autres gestes transcervicaux, tels que la préparation cervicale à l'aide de dilateurs osmotiques, l'aspiration et la pose d'un DIU (voir les recommandations 20, 24 et 43). Selon le groupe d'experts, cette option pourrait accroître l'accès équitable à des soins de qualité en matière d'avortement dans les régions où ces professionnels représentent une part importante du personnel de santé.
Sages-femmes	Suggérer Condition : dans les contextes où il existe des mécanismes établis au sein du système de santé prévoyant la participation de ces agents de santé à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive.	Il n'existe aucune donnée directe concernant la sécurité, l'efficacité ou l'acceptabilité de cette option. Néanmoins, les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Il a été recommandé que ce type d'agent de santé effectue d'autres gestes transcervicaux, tels que la préparation cervicale à l'aide de dilateurs osmotiques, l'aspiration et la pose d'un DIU (voir les recommandations 20, 24 et 43).
Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Suggérer Condition : dans les contextes où il existe des mécanismes établis au sein du système de santé prévoyant la participation de ces agents de santé à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive.	Il n'existe aucune donnée probante directe concernant la sécurité, ou l'efficacité de cette option. Néanmoins, les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Selon le groupe d'experts, les avantages potentiels l'emportent sur les inconvénients possibles ; par ailleurs, cette option pourrait accroître l'accès équitable à des soins de qualité en matière d'avortement au-delà de 14 semaines d'aménorrhée.
Médecins généralistes	Recommander	Il n'existe aucune donnée directe concernant la sécurité ou l'efficacité de cette option par rapport à la pratique de médecins spécialistes. Néanmoins, elle semble réalisable dans les milieux à faibles ou à fortes ressources où la pratique de la dilatation et de l'évacuation est courante. Ces médecins effectuent régulièrement d'autres interventions chirurgicales, comme la césarienne, l'aspiration et la ligature des trompes. Les avantages potentiels de cette option l'emportent sur les inconvénients. Un médecin spécialiste n'est pas toujours disponible sur place. Par conséquent, cette option peut accroître l'accès équitable à des soins de qualité en matière d'avortement.
Médecins spécialistes	Recommander	Tâche incluse dans leur champ d'exercice habituel ^b . Par conséquent, aucune évaluation des données n'a été réalisée.

Source : recommandation actualisée de l'OMS (2016) (23).

Note sur la mise à jour de la recommandation : recommandation existante dont les données sur les cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé (auparavant suggéré uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses), les sages-femmes et les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires (auparavant déconseillé) ont été examinées à l'aide de la méthodologie GRADE. Après examen, les recommandations ont été modifiées par des recommandations faibles (« Suggérer ») pour toutes ces catégories. L'âge gestationnel, « au-delà de 12 semaines », a également été modifié par « ≥14 semaines » (à partir de 14 semaines) afin de correspondre à la recommandation 25. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 3, à la section intitulée EtD framework for D&E for surgical abortion ≥ 14 weeks (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à la méthode par dilatation et évacuation en cas d'avortement chirurgical à ≥14 semaines).

^a Pour cette recommandation, et toutes celles relatives aux agents de santé, compte tenu des données limitées pour un grand nombre de combinaisons agent de santé-tâche, les discussions du groupe d'experts se sont concentrées sur le cadre de compétences de la publication de 2012 de l'OMS intitulée Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires (121) contenant des informations sur les compétences (y compris les aptitudes et les connaissances) requises pour chaque tâche, ainsi que sur les critères INTEGRATE de l'OMS, en particulier la faisabilité, l'équité et l'acceptabilité de l'intervention et les valeurs et préférences des femmes.

^b Pour connaître le champ de pratique/d'exercice, reportez-vous à l'annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé.

où

Dans un établissement de santé. La procédure peut être réalisée en ambulatoire.

COMMENT

Considérations liées à la mise en œuvre

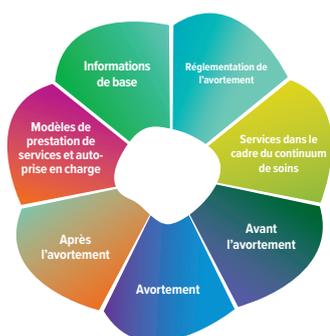
- Pour tous les prestataires, les compétences requises pour pratiquer une dilatation et évacuation sont supérieures à celles pour l'aspiration réalisée plus tôt dans la grossesse ; les besoins en matière de formation sont également plus importants.
- La méthode de dilatation et évacuation est associée à l'aspiration. Par conséquent, les compétences et les connaissances de l'aspiration sont pertinentes pour l'exécution de cette tâche.
- Les agents de santé qui pratiquent l'avortement ou prodiguent des soins aux femmes ayant recours à un avortement à un âge gestationnel ≥ 12 semaines peuvent avoir besoin d'un soutien professionnel et d'un mentorat.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT L'AVORTEMENT CHIRURGICAL

- Les établissements, les produits et les services de santé doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité. Cela signifie qu'ils doivent se fonder sur des données probantes, répondre aux exigences scientifiques et médicales et être à jour.
- **À <14 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE** : étant donné que la dilatation et le curetage provoquent des douleurs et de la souffrance chez les femmes et que cette pratique n'est pas recommandée, elle est contraire à de nombreux droits humains, notamment au droit à la santé.
- **À ≥ 14 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE** : les États doivent garantir un accès adéquat aux médicaments essentiels à un prix abordable et sans discrimination.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

Liens vers des sujets/recommandations connexes



Toutes les recommandations d'ordre juridique et politique (recommandations 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22)



Financement de la santé (section 1.4.2)



Produits (section 1.4.4)



Recommandations 11 à 15 relatives à la prise en charge de la douleur

3.4.2 Prise en charge médicamenteuse en cas d'avortement provoqué

La prise en charge médicamenteuse de l'avortement spontané et induit (pour les grossesses viables et non viables) à un âge gestationnel précoce ou avancé implique l'utilisation d'une dose unique ou d'une association séquentielle de médicaments, selon une posologie et des voies d'administration spécifiques.

Les médicaments utilisés depuis plusieurs décennies dans le cadre d'un avortement médicamenteux sont la mifépristone en association avec le misoprostol, ou le misoprostol seul. À l'instar de la mifépristone, le létrozole peut être administré en association avec le misoprostol en cas d'avortement médicamenteux pratiqué en début de grossesse. Le létrozole est un inhibiteur sélectif de l'aromatase de troisième génération.

Son mécanisme d'action consiste à diminuer le taux d'œstrogènes, ce qui modifie la concentration des récepteurs de la progestérone, entraînant une perte de grossesse.

L'avortement médicamenteux peut s'étendre sur une durée allant jusqu'à plusieurs jours ; ce n'est pas une procédure ponctuelle. Outre la fourniture d'informations (y compris les motifs d'une demande de soins urgents à tout moment au cours du processus), l'avortement médicamenteux comprend les composantes ou sous-tâches suivantes :

- i. l'évaluation de l'admissibilité à l'avortement médicamenteux (diagnostic et datation de la grossesse, élimination des contre-indications médicales) ;
- ii. l'administration des médicaments abortifs accompagnée d'instructions pour une utilisation appropriée et le traitement des effets secondaires courants ;
- iii. l'évaluation de l'issue du processus et de la nécessité éventuelle d'une intervention ultérieure.

Un seul agent de santé peut effectuer l'ensemble de ces tâches, mais il est également possible que les sous-tâches soient réalisées par différents agents de santé et dans différents lieux, y compris à distance. Par ailleurs, compte tenu de la nature du processus d'avortement médicalisé, les femmes peuvent également le gérer elles-mêmes en dehors d'un établissement de santé (à domicile, par exemple), avec un soutien le cas échéant. Ces approches d'auto-évaluation et d'auto-prise en charge peuvent contribuer à l'autonomisation des femmes et au triage des soins, pour une utilisation des ressources sanitaires plus centrée sur les femmes et plus optimale.

Voies d'administration du misoprostol en cas d'avortement médicamenteux :

- orale – les comprimés sont immédiatement avalés ;
- buccale – les comprimés sont placés entre la joue et la gencive et avalés au bout de 20 à 30 minutes ;
- sublinguale – les comprimés sont placés sous la langue et avalés au bout de 30 minutes ;
- vaginale – les comprimés sont placés dans le vagin.

QUOI

SERVICES CLINIQUES **Recommandation 27.** Prise en charge médicamenteuse d'un avortement provoqué à un âge gestationnel <12 semaines

En cas d'avortement médicamenteux à <12 semaines :

- a. **Recommander** l'administration de 200 mg de mifépristone par voie orale, puis l'administration 1 à 2 jours plus tard de 800 µg de misoprostol par voie vaginale, sublinguale ou buccale. L'intervalle minimum recommandé entre l'administration de la mifépristone et celle du misoprostol est de 24 heures.*
- b. En cas d'utilisation de misoprostol seul : **Recommander** l'administration de 800 µg de misoprostol par voie vaginale, sublinguale ou buccale.*
- c. **(NOUVEAU) Suggérer** l'utilisation d'une association de létrozole et de misoprostol (létrozole 10 mg par voie orale chaque jour pendant 3 jours, puis 800 µg de misoprostol par voie sublinguale le quatrième jour) en tant qu'option sûre et efficace.**

Remarques:

- Les données issues des études cliniques démontrent que le schéma combiné (recommandation 27a) est plus efficace que le misoprostol seul.
- Toutes les voies d'administration du misoprostol sont incluses afin de tenir compte de la préférence de la patiente et du prestataire.
- L'association suggérée de létrozole et de misoprostol peut être sûre et efficace jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée.

* Des doses répétées de misoprostol peuvent être envisagées si nécessaire pour assurer la réussite de l'avortement. Dans les présentes lignes directrices, nous n'indiquons pas un nombre maximum de doses de misoprostol.

† De plus amples données sont nécessaires afin de déterminer la sécurité, l'efficacité et l'acceptabilité de l'association de létrozole et de misoprostol à des âges gestationnels plus avancés, en particulier par rapport à l'association de mifépristone et de misoprostol (les données disponibles portaient sur la comparaison avec l'utilisation du misoprostol seul).

Source : les recommandations 27a et 27b sont reprises de la recommandation 3a de l'OMS (2018) (120). La recommandation 27c est nouvelle.

Justification de la Recommandation 27c (association de létrozole et de misoprostol)

Un examen systématique a évalué l'efficacité, la sécurité et l'acceptabilité de méthodes alternatives d'avortement médicamenteux par rapport aux schémas thérapeutiques standard utilisant la mifépristone et/ou le misoprostol. Une recherche documentaire a permis d'identifier sept études portant toutes sur l'association de létrozole et de misoprostol (intervention) comparée au misoprostol seul (comparaison) lors d'un avortement médicamenteux. Aucune étude comparant l'association de mifépristone et de misoprostol par rapport à la mifépristone seule n'a été identifiée. Les études ont été menées en Chine, en Égypte et en République islamique d'Iran. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 2, à la section intitulée EtD framework for New medical methods for abortion (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives aux nouvelles méthodes médicamenteuses d'avortement).

Dans l'ensemble, les données étaient favorables à l'intervention. L'association de létrozole et de misoprostol a montré des taux plus faibles de poursuite de grossesse et des taux plus élevés d'avortements réussis (niveau de certitude faible à très faible des données). De plus, moins de femmes ont ressenti des effets secondaires (niveau de certitude modéré des données).

La discussion sur le rapport coût-efficacité, l'équité, la faisabilité et l'acceptabilité était favorable à l'intervention. Le létrozole est généralement utilisé pour le traitement de l'infertilité et du cancer, ce qui le rend plus facilement accessible que la mifépristone dans certaines régions du monde. Par ailleurs, le faible coût du létrozole contribue

également à considérer ce médicament comme une méthode alternative dans le cadre d'un avortement médicamenteux.



PRESTATION DE SERVICES Recommandation 28. Prise en charge médicamenteuse d'un avortement provoqué à <12 semaines,* en tout ou en partie (c'est-à-dire en effectuant tout ou partie des sous-tâches ; voir la liste au début de la section 3.4.2) par association de mifepristone et de misoprostol, ou par misoprostol seul†

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Agents de santé communautaires	Recommander	Il existe des données concernant la sécurité, l'efficacité et l'acceptabilité de cette option, pour les trois sous-tâches de l'avortement médicamenteux (niveau de certitude modéré des données). Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Des données indirectes ont également démontré la faisabilité et l'acceptabilité de l'implication des agents de santé communautaires dans l'évaluation de l'admissibilité et de l'issue du processus.
Personnel de pharmacie	Recommander	Les données relatives à la sécurité, à l'efficacité, à l'acceptabilité ou à la faisabilité de cette option sont limitées (études non comparatives). Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Des données indirectes sur les agents de santé communautaires ont été appliquées afin d'appuyer la faisabilité de cette option.
Pharmaciens	Recommander	Les données relatives à la sécurité, à l'efficacité et à l'acceptabilité de l'exécution des trois sous-tâches d'un avortement médicamenteux par des pharmaciens sont insuffisantes. Néanmoins, les aptitudes et les connaissances nécessaires à cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a La délivrance de médicaments sur ordonnance relève de leur champ d'exercice habituel. Le groupe d'experts a confirmé que les pharmaciens pouvaient réaliser les trois sous-tâches d'un avortement médicamenteux à l'aide des outils d'évaluation de l'admissibilité et de l'issue du processus.
Spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires	Recommander	Il existe des données concernant la sécurité et l'efficacité de cette option, ainsi que la satisfaction des femmes vis-à-vis de ce type de prestataire et de services fournis par ces derniers (niveau de certitude très faible des données). Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Selon le groupe d'experts, les avantages l'emportent sur les inconvénients possibles et il existe une forte probabilité d'accroître l'accès équitable à des soins de qualité en matière d'avortement dans les régions où ces professionnels représentent une part importante du personnel de santé.
Aides-soignants/sages-femmes auxiliaires	Recommander	Il existe des données concernant la sécurité et l'efficacité de cette option (niveau de certitude modéré des données). Cette option est réalisable et déjà mise en œuvre dans certains milieux à faibles ressources.
Personnel infirmier	Recommander	Il existe des données concernant la sécurité et l'efficacité de cette option, ainsi que la satisfaction des femmes vis-à-vis des services d'avortement associés à cette option (niveau de certitude modéré des données).
Sages-femmes	Recommander	Il existe des données concernant la sécurité et l'efficacité de cette option (niveau de certitude modéré des données). Un plus grand nombre de femmes sont satisfaites lorsque les sages-femmes pratiquent l'avortement médicamenteux (niveau de certitude modéré des données). Cette option est réalisable et déjà mise en œuvre dans plusieurs pays.

Le tableau continue

Suite du tableau

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Recommander	Les données directes relatives à l'efficacité de ces cliniciens chargés d'exécuter des composantes de la tâche, comme l'évaluation de l'âge gestationnel dans le cadre d'une aspiration manuelle, sont insuffisantes. Il existe aussi des données probantes indiquant que des catégories d'agents de santé possédant une formation de base similaire ou moins complète (sages-femmes, personnel infirmier, sages-femmes auxiliaires, par exemple) peuvent prendre en charge un avortement médicamenteux de manière sécurisée et efficace (niveau de certitude modéré des données). Cette option est réalisable et pourrait très certainement accroître l'accès à des populations mal desservies.
Médecins généralistes Médecins spécialistes	Recommander	Tâche incluse dans leur champ d'exercice habituel ^b . Par conséquent, aucune évaluation des données n'a été réalisée.
Personne		
Femme enceinte, fille ou autre personne enceinte	Recommander	Please refer to Recommendation 50 in section 3.6.2 for rationale, Remarque s and implementation considerations for this recommendation and further information on self-management approaches.

Source : recommandation actualisée de l'OMS (2016) (23).

Note sur la mise à jour de la recommandation : recommandation existante dont les données sur les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires (auparavant recommandé uniquement dans des contextes où des mécanismes établis du système de santé prévoient la participation de ces agents de santé à d'autres tâches en lien avec la santé maternelle et reproductive), les pharmaciens (auparavant suggéré uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses), le personnel de pharmacie (auparavant « déconseillé »), les agents de santé communautaires (auparavant suggéré uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses) et les personnes/patientes (auto-prise en charge ; auparavant « suggéré ») ont été examinés à l'aide de la méthodologie GRADE. Après examen, les recommandations ont été modifiées par des recommandations fortes (« Recommander ») pour toutes ces catégories d'agents de santé, y compris les trois sous-tâches de cette intervention. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 3, à la section intitulée EtD framework for medical abortion at < 12 weeks (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à l'avortement médicamenteux à <12 semaines).

^a Pour cette recommandation, et toutes celles relatives aux agents de santé, compte tenu des données limitées pour un grand nombre de combinaisons agent de santé-tâche, les discussions du groupe d'experts se sont concentrées sur le cadre de compétences de la publication de 2012 de l'OMS intitulée Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires (121) contenant des informations sur les compétences (y compris les aptitudes et les connaissances) requises pour chaque tâche, ainsi que sur les critères INTEGRATE de l'OMS, en particulier la faisabilité, l'équité et l'acceptabilité de l'intervention et les valeurs et préférences des femmes.

^b Pour connaître le champ de pratique/d'exercice, reportez-vous à l'annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé.

* Les données probantes disponibles sur la pratique indépendante de l'avortement médicamenteux par du personnel non médical couvrent des âges gestationnels allant jusqu'à 10 semaines (70 jours).

† Pour cette recommandation, les schémas d'avortement médicamenteux couverts par les données disponibles étaient l'association de mifépristone et de misoprostol, ou le misoprostol seul (le schéma utilisant le létrozole n'était pas inclus).



OÙ

Aucune exigence en ce qui concerne le lieu (au sein de l'établissement de santé ou en dehors)



COMMENT

Considérations liées à la mise en œuvre

- Il n'est pas impératif que la personne qui pratique l'avortement médicamenteux soit également formée à la technique de l'aspiration et compétente en la matière.
- Il peut s'avérer nécessaire de modifier les restrictions au droit de prescription et de délivrance pour certaines catégories d'agents de santé dans le cadre réglementaire du système de santé ou d'instaurer d'autres mécanismes afin de permettre à ces prestataires de mettre les médicaments à la disposition des personnes souhaitant avoir recours à l'avortement.
- La confidentialité doit être garantie dans tous les contextes, en particulier dans les lieux où il peut être difficile de trouver un espace privé (par exemple, dans les pharmacies).
- Des outils de soutien peuvent être utilisés pour évaluer l'éligibilité et l'issue du processus (par exemple, tests de grossesse à haute sensibilité, listes de contrôle).

- Il existe divers modèles de prestation de services pour faciliter le processus d'avortement médicamenteux, tels que la télémédecine ou les actions de proximité au sein de la communauté (voir la section 3.6.1).
- Des mécanismes visant à garantir l'accès à des médicaments de qualité doivent être mis en place. Le développement d'outils tels que des tests sur le lieu de soins pour évaluer la qualité pourrait aider à la fois le pharmacien et la personne.
- Il est important de noter que, comme pour tous les autres médicaments, le personnel de pharmacie doit dispenser la mifépristone et le misoprostol tel qu'indiqué sur l'ordonnance.
- La personne ayant recours à un avortement médicamenteux devrait avoir accès à/être orientée vers des soins d'urgence, si nécessaire.
- Dans le cadre d'un environnement favorable, les agents de santé devraient reconnaître l'auto-prise en charge comme une voie légitime de soins liés à l'avortement et adapter les systèmes de santé afin de faciliter l'auto-prise en charge de l'avortement et de soutenir les femmes dans cette démarche, en adaptant les protocoles cliniques cliniques, par exemple.
- Des mécanismes doivent être mis en place pour garantir l'accès à des services de contraception post-avortement ou l'orientation vers ces services et la fourniture d'une contraception aux femmes qui le souhaitent.



SERVICES CLINIQUES **Recommandation 29** - Prise en charge médicamenteuse d'un avortement provoqué à un âge gestationnel ≥ 12 semaines

En cas d'avortement médicamenteux à ≥ 12 semaines :

- Suggérer** l'administration de 200 mg de mifépristone par voie orale, puis l'administration 1 à 2 jours plus tard de doses répétées de 400 μg de misoprostol par voie vaginale, sublinguale ou buccale toutes les 3 heures.** L'intervalle minimum recommandé entre l'administration de la mifépristone et celle du misoprostol est de 24 heures.
- En cas d'utilisation de misoprostol seul : **Suggérer** l'administration de doses répétées de 400 μg de misoprostol par voie vaginale, sublinguale ou buccale toutes les 3 heures.**

Remarques:

- L'association thérapeutique (recommandation 29a) est plus efficace que l'utilisation du misoprostol seul.
- Les données probantes suggèrent que la voie vaginale est la plus efficace. Il est suggéré d'inclure toutes les voies d'administration afin de tenir compte de la préférence des patientes et des prestataires.
- Les tissus de la grossesse devraient être traités de la même manière que tout autre matériel biologique, à moins que la personne ne souhaite qu'ils soient traités autrement.

* Le misoprostol peut être répété à l'intervalle indiqué si nécessaire afin d'assurer la réussite de l'avortement. Les prestataires devraient faire preuve de prudence et de jugement clinique pour décider du nombre maximum de doses de misoprostol à administrer chez les personnes enceintes ayant déjà eu une chirurgie utérine. 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 prise en considération à un âge gestationnel plus avancé.

* La dose de misoprostol doit être réduite pour les avortements provoqués au-delà de 24 semaines en raison de données limitées. Le jugement clinique doit être utilisé pour déterminer la dose appropriée, en reconnaissant la plus grande sensibilité de l'utérus aux prostaglandines

Source : la recommandation 3b est reprise de l'OMS (2018) (120).

PRESTATION DE SERVICES Recommandation 30 - Prise en charge médicamenteuse d'un avortement provoqué à un âge gestationnel ≥ 12 semaines

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires	Suggérer Condition : dans les contextes où un accès facile et établi à un service de chirurgie adapté et à une infrastructure appropriée est disponible pour traiter l'avortement incomplet ou d'autres complications.	Il n'existe aucune donnée directe concernant la sécurité, l'efficacité ou l'acceptabilité de cette option. Néanmoins, les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Par ailleurs, une recommandation a été formulée concernant la pratique d'un avortement médicamenteux jusqu'à 12 semaines (recommandation 28) pour ces professionnels. Il existe de fortes possibilités d'élargir l'accès équitable à des soins liés à l'avortement de qualité dans les régions où ces professionnels constituent une part importante du personnel de santé.
Aides-soignants/sages-femmes auxiliaires	Suggérer Condition : dans les contextes où un accès facile et établi à un service de chirurgie adapté et à une infrastructure appropriée est disponible pour traiter l'avortement incomplet ou d'autres complications.	Il n'existe aucune donnée directe concernant la sécurité, l'efficacité ou l'acceptabilité de cette option. Néanmoins, les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Par ailleurs, une recommandation a été formulée concernant la pratique d'un avortement médicamenteux jusqu'à 12 semaines (recommandation 28) pour ces agents de santé. Cette option est réalisable et acceptable et pourrait accroître l'accès équitable à des soins de qualité en matière d'avortement.
Personnel infirmier	Suggérer Condition : dans les contextes où un accès facile et établi à un service de chirurgie adapté et à une infrastructure appropriée est disponible pour traiter l'avortement incomplet ou d'autres complications.	Les données directes relatives à la sécurité et l'efficacité de cette intervention par le personnel infirmier sont insuffisantes. Néanmoins, ces agents de santé sont souvent chargés du suivi et des soins des femmes depuis l'administration de misoprostol jusqu'à l'achèvement de l'avortement. Les femmes considèrent souvent que les soins liés à l'avortement prodigués par le personnel infirmier sont plus acceptables (niveau de certitude modéré des données).
Sages-femmes	Suggérer Condition : dans les contextes où un accès facile et établi à un service de chirurgie adapté et à une infrastructure appropriée est disponible pour traiter l'avortement incomplet ou d'autres complications.	Les données directes relatives à la sécurité et l'efficacité de cette intervention par des sages-femmes sont insuffisantes. Néanmoins, ces agents de santé sont souvent chargés du suivi et des soins des femmes depuis l'administration de misoprostol jusqu'à l'achèvement de l'avortement. Les femmes considèrent souvent que les soins liés à l'avortement prodigués par les sages-femmes sont plus acceptables (niveau de certitude modéré des données).
Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Suggérer Condition : dans les contextes où un accès facile et établi à un service de chirurgie adapté et à une infrastructure appropriée est disponible pour traiter l'avortement incomplet ou d'autres complications.	Les données directes relatives à la sécurité et à l'efficacité de cette option sont insuffisantes. Néanmoins, ces cliniciens effectuent régulièrement des tâches de complexité identique ou supérieure (par exemple, l'aspiration et l'extraction manuelle du placenta) (138). Ces cliniciens sont souvent présents dans des établissements de soins de santé de niveau supérieur proposant des soins à des âges gestationnels avancés. Les établissements de soins de santé de niveau supérieur ne disposent pas toujours d'un médecin spécialiste qualifié. De plus, le potentiel de maintien des services pour des âges gestationnels avancés augmente lorsque plusieurs prestataires qualifiés sont présents sur place.
Médecins généralistes	Recommander	Les données directes relatives à la sécurité et à l'efficacité de cette option sont insuffisantes. Néanmoins, les médecins généralistes effectuent régulièrement des tâches de complexité identique ou supérieure (par exemple, des accouchements, l'extraction manuelle du placenta, l'aspiration). Les avantages potentiels de cette option l'emportent sur les inconvénients. L'intervention s'est avérée réalisable dans plusieurs contextes. Un médecin spécialiste n'est pas toujours disponible sur place. Par conséquent, cette option peut accroître l'accès équitable à des soins de qualité en matière d'avortement.
Médecins spécialistes	Recommander	Tâche incluse dans leur champ d'exercice habituel ^b . Par conséquent, aucune évaluation des données n'a été réalisée.

Source: recommandation actualisée de l'OMS (2016) (23).

Remarques sur l'actualisation de la recommandation : recommandation existante dont les données sur toutes les catégories d'agents de santé ont été examinées à l'aide de la méthodologie GRADE,

à l'exception des médecins spécialistes et généralistes pour lesquels une recommandation forte a déjà été formulée pour cette tâche. Après examen, les recommandations ont été renforcées pour les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires et les aides-soignants/sages-femmes auxiliaires, passant de « Déconseiller » à « Suggérer » sous certaines conditions. Pour les autres catégories d'agents de santé examinées, les recommandations restent inchangées. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 3, à la section intitulée EtD framework for medical abortion at ≥ 12 weeks (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à l'avortement médicamenteux à ≥ 12 semaines).

^a Pour cette recommandation, et toutes celles relatives aux agents de santé, compte tenu des données limitées pour un grand nombre de combinaisons agent de santé-tâche, les discussions du groupe d'experts se sont concentrées sur le cadre de compétences de la publication de 2012 de l'OMS intitulée Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires (121) contenant des informations sur les compétences (y compris les aptitudes et les connaissances) requises pour chaque tâche, ainsi que sur les critères INTEGRATE de l'OMS, en particulier la faisabilité, l'équité et l'acceptabilité de l'intervention et les valeurs et préférences des femmes.

^b Pour connaître le champ d'action/d'exercice, reportez-vous à l'annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé.

où

L'avortement médicamenteux pour des grossesses correspondant à un âge gestationnel ≥ 12 semaines a été pratiqué et étudié en tant que procédure réalisée en établissement de santé durant laquelle les femmes devraient rester sous observation jusqu'à la fin du processus.

COMMENT

Considération relative à la mise en œuvre

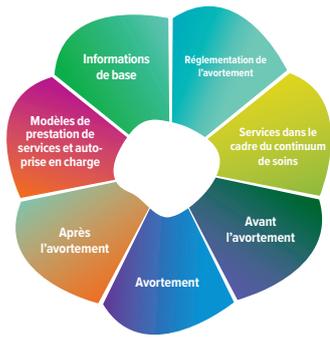
- Les agents de santé qui pratiquent l'avortement ou prodiguent des soins aux femmes ayant recours à un avortement à un âge gestationnel ≥ 12 semaines peuvent avoir besoin d'un soutien professionnel et d'un mentorat.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT L'AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX

- Toute personne a droit au respect de sa vie privée et à la confidentialité dans les soins de santé sexuelle et reproductive.
- La réglementation sur l'avortement devrait se fonder sur les droits humains et des données probantes.
- Les États doivent garantir un accès adéquat aux médicaments essentiels à un prix abordable et sans discrimination.
- Toute personne a droit au progrès scientifique et à la santé, ce qui exige la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, et la qualité des soins liés à l'avortement médicamenteux. Cela signifie que les États devraient garantir l'accès aux médicaments abortifs, et que les normes et lignes directrices fondées sur des données probantes concernant la prestation de services de santé sexuelle et reproductive, sont i) établies et ii) régulièrement mises à jour afin d'intégrer les progrès médicaux.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

Liens vers des sujets/recommandations connexes



Toutes les recommandations d'ordre juridique et politique (recommandations 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22)



Fourniture d'informations et de conseils (section 3.2.1 et 3.2.2)



Détermination de l'âge gestationnel (section 3.3.5)



Prise en charge de la douleur lors d'un avortement (section 3.3.6)



Auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux

3.4.3 Avortement manqué

Un avortement manqué désigne arrêt du développement de la grossesse alors que l'embryon/le fœtus/les tissus embryonnaires ou le sac gestationnel vide reste(nt) dans l'utérus et que l'orifice cervical est fermé. Les symptômes peuvent inclure des douleurs et/ou des saignements, ou il peut n'y avoir aucun symptôme. Une échographie, lorsqu'elle est réalisée, peut montrer un embryon ou un fœtus sans activité cardiaque, ou ce qui semble être un début de grossesse, avec uniquement une poche de liquide visible au niveau de l'utérus (151). Les prises en charge médicamenteuse, chirurgicale (aspiration) et non interventionniste sont toutes des options de prise en charge de l'avortement manqué.

QUOI

SERVICES CLINIQUES Recommandation 31 (NOUVEAU): Prise en charge médicamenteuse d'un avortement manqué à un âge gestationnel <14 semaines

En cas d'avortement manqué à <14 semaines, pour les personnes préférant une prise en charge médicamenteuse :

Recommander l'association de mifépristone et de misoprostol plutôt que le misoprostol seul.

- Schéma recommandé : 200 mg de mifépristone par voie orale, puis 800 µg de misoprostol par la voie d'administration préférée (buccale, vaginale ou sublinguale).*
- Schéma alternatif : 800 µg de misoprostol par la voie d'administration préférée (buccale, sublinguale ou vaginale).‡

Remarques:

- La décision relative au type de prise en charge (non interventionniste, médicamenteuse ou chirurgicale) en cas d'avortement manqué devrait se fonder sur l'état clinique de la personne et sa préférence concernant 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 des tissus de grossesse et du risque accru de vacuité incomplète de l'utérus.
- Les tissus de la grossesse devraient être traités de la même manière que tout autre matériel biologique, à moins que la personne ne souhaite qu'ils soient traités autrement.

* L'intervalle minimum recommandé entre l'administration de la mifépristone et celle du misoprostol est de 24 heures.

‡ Si l'autre option est utilisée (misoprostol seul), il convient de noter qu'à des âges gestationnels ≥9 semaines, les données montrent que l'administration répétée de misoprostol est plus efficace pour assurer la réussite de l'avortement. Dans les présentes lignes directrices, nous n'indiquons pas un nombre maximum de doses de misoprostol.

Justification

Un examen systématique a été réalisé afin d'aborder cette question. Vingt études sur la prise en charge de l'avortement manqué ont été identifiées grâce à la stratégie de recherche. Ces études ont été menées en Allemagne, en Chine, aux États-Unis, en Inde, en Israël, en Malaisie, au Pakistan, au Royaume-Uni, en Suède, en Thaïlande et au Yémen. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 2, à la section intitulée EtD framework for Medical management of missed abortion at < 14 weeks (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à la prise en charge médicamenteuse d'un avortement manqué à <14 semaines).

Parmi ces études, 19 ont été évaluées et incluaient les comparaisons suivantes :

- mifépristone et misoprostol contre misoprostol seul
- prise en charge médicamenteuse contre prise en charge non interventionniste
- prise en charge chirurgicale versus prise en charge médicamenteuse/non interventionniste

La prise en charge médicamenteuse comparée à la prise en charge non interventionniste était associée à des taux de poursuite de la grossesse et plus faibles à des taux de réussite de l'avortement plus élevés, à savoir évacuation de la cavité utérine sans intervention chirurgicale (niveau de certitude modéré à élevé des données). De même,

le schéma combiné comparé au misoprostol seul était associé à des taux de réussite de l'avortement plus élevés. Cette recommandation se fonde sur des données de certitude modérée. Les complications et les effets secondaires étaient également moins nombreux (niveau de certitude modéré à élevé des données).

Les femmes ont exprimé une plus grande satisfaction vis-à-vis de l'association de mifépristone et de misoprostol (niveau de certitude élevé des données). La prise en charge chirurgicale comparée à la prise en charge médicamenteuse et non interventionniste était associée à des taux de réussite de l'avortement plus élevés (niveau de certitude faible à modéré des données). La discussion sur les valeurs et les préférences des femmes a insisté sur l'importance d'offrir le choix des trois types de prise en charge à la femme. Compte tenu des divers schémas médicamenteux des études incluses, le groupe d'experts a décidé qu'il était possible d'appliquer ceux recommandés et suggérés pour un avortement provoqué à <12 semaines (voir la recommandation 27).

QUI

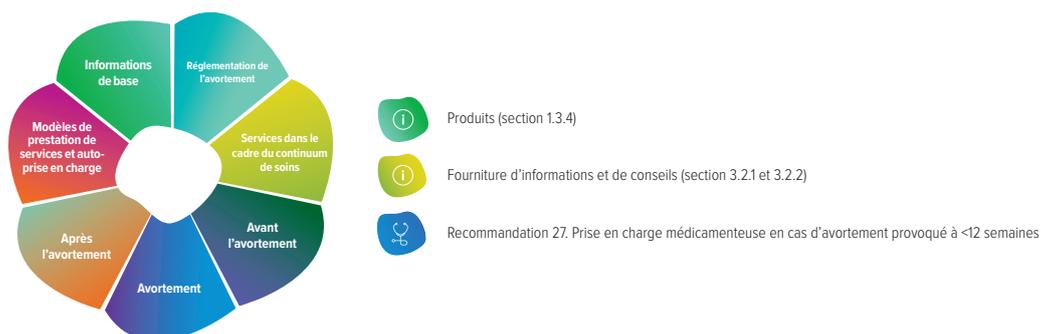
Pour savoir quels prestataires sont recommandés pour la prise en charge médicamenteuse d'un avortement manqué à <14 semaines d'aménorrhée, reportez-vous à la recommandation 28 relative la prise en charge médicamenteuse d'un avortement provoqué à <12 semaines.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT L'AVORTEMENT MANQUÉ

- Toute personne a droit au respect de sa vie privée et à la confidentialité dans les soins de santé sexuelle et reproductive.
- La réglementation sur l'avortement devrait se fonder sur les droits humains et des données probantes.
- les États doivent garantir un accès adéquat aux médicaments essentiels à un prix abordable et sans discrimination.
- Toute personne a droit au progrès scientifique et à la santé, ce qui exige la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, et la qualité des soins liés à l'avortement médicamenteux. Cela signifie que les États devraient garantir l'accès aux médicaments abortifs, et que les normes et lignes directrices fondées sur des données probantes concernant la prestation de services de santé sexuelle et reproductive, sont i) établies et ii) régulièrement mises à jour afin d'intégrer les progrès médicaux.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

Liens vers des sujets/recommandations connexes



3.4.4 Mort fœtale intra-utérine (MFIU)

La mort fœtale fait référence aux situations dans lesquelles le fœtus n'est plus en vie, mais l'utérus n'a pas encore commencé à expulser son contenu et le col reste fermé (152). Le diagnostic est posé par une échographie réalisée après la mise en évidence de signes cliniques pouvant comprendre la présence de saignements vaginaux, l'absence de battements cardiaques du fœtus à l'auscultation électronique, l'absence de mouvements fœtaux ou une taille de l'utérus très inférieure à la taille attendue (152). La prise en charge de la mort fœtale intra-utérine peut être non interventionniste, chirurgicale (dilatation et évacuation) ou médicamenteuse.

QUOI

SERVICES CLINIQUES Recommandation 32 - Prise en charge médicamenteuse de la mort fœtale intra-utérine entre ≥ 14 et ≤ 28 semaines

Pour la prise en charge médicamenteuse de la MFIU entre ≥ 14 et ≤ 28 semaines : **Suggérer** l'association de mifépristone et de misoprostol plutôt que le misoprostol seul.

- Schéma suggéré : 200 mg de mifépristone administrés par voie orale, puis 1 à 2 jours plus tard, doses répétées de 400 μ g de misoprostol par voie sublinguale ou vaginale toutes les 4 à 6 heures.* * L'intervalle minimum recommandé entre l'administration de mifépristone et celle de misoprostol est de 24 heures.
- Schéma alternatif : doses répétées de 400 μ g de misoprostol administrées par voie sublinguale ou vaginale toutes les 4 à 6 heures.* *

Remarques:

- Les données issues des études cliniques indiquent que le schéma combiné est plus efficace que le misoprostol seul.
- Les tissus de la grossesse devraient être traités de la même manière que tout autre matériel biologique, à moins que la personne ne souhaite qu'ils soient traités autrement.

* Le misoprostol peut être répété à l'intervalle indiqué si nécessaire afin d'assurer la réussite de l'avortement. Les prestataires devraient faire preuve de prudence et de jugement clinique pour décider du nombre maximum de doses de misoprostol à administrer chez les personnes enceintes ayant déjà eu une chirurgie utérine. 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 prise en considération à un âge gestationnel plus avancé.

* La dose de misoprostol doit être réduite pour les IUD au-delà de 28 semaines en raison de données limitées. Le jugement clinique doit être utilisé pour déterminer la dose appropriée, en reconnaissant la plus grande sensibilité de l'utérus aux prostaglandines.

Source : la recommandation 2 est reprise de l'OMS (2018) (120). La formulation a été revue afin de correspondre à celle de la recommandation 31 relative à l'avortement manqué.

QUI

PRESTATION DE SERVICES Recommandation 33 (NOUVEAU): Prise en charge médicamenteuse de la mort fœtale intra-utérine (MFIU) entre ≥ 14 et ≤ 28 semaines

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires	Suggérer Condition : dans les contextes où un accès facile et établi à un service de chirurgie adapté et à une infrastructure appropriée est disponible pour traiter l'avortement incomplet ou d'autres complications.	Il n'existe aucune donnée directe concernant la sécurité, l'efficacité ou l'acceptabilité de cette option. Néanmoins, les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé.* Par ailleurs, une recommandation a été formulée concernant la pratique d'un avortement médicamenteux jusqu'à 12 semaines (recommandation 28) pour ces professionnels. Le groupe d'experts a confirmé la forte probabilité d'accroître l'accès équitable à des soins de qualité en matière d'avortement dans les régions où ces professionnels représentent une part importante du personnel de santé.

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Aides-soignants/sages-femmes auxiliaires	Suggérer Condition : dans les contextes où un accès facile et établi à un service de chirurgie adapté et à une infrastructure appropriée est disponible pour traiter l'avortement incomplet ou d'autres complications.	Il n'existe aucune donnée directe concernant la sécurité, l'efficacité ou l'acceptabilité de cette option. Néanmoins, les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Par ailleurs, une recommandation a été formulée concernant la pratique d'un avortement médicamenteux jusqu'à 12 semaines (recommandation 28) pour ces professionnels. Selon le groupe d'experts, cette option est réalisable et acceptable et pourrait accroître l'accès équitable à des soins de qualité en matière d'avortement.
Personnel infirmier	Suggérer Condition : dans les contextes où un accès facile et établi à un service de chirurgie adapté et à une infrastructure appropriée est disponible pour traiter l'avortement incomplet ou d'autres complications.	Les données directes relatives à la sécurité et à l'efficacité de cette option sont insuffisantes. Néanmoins, ces agents de santé sont souvent chargés du suivi et des soins des femmes depuis l'administration de misoprostol jusqu'à l'achèvement de l'avortement. Les femmes considèrent souvent que les soins liés à l'avortement prodigués par le personnel infirmier sont plus acceptables par rapport à d'autres agents de santé (niveau de certitude modéré des données).
Sages-femmes	Suggérer Condition : dans les contextes où un accès facile et établi à un service de chirurgie adapté et à une infrastructure appropriée est disponible pour traiter l'avortement incomplet ou d'autres complications.	Les données directes relatives à la sécurité et à l'efficacité de cette option sont insuffisantes. Néanmoins, ces agents de santé sont souvent chargés du suivi et des soins des femmes depuis l'administration de misoprostol jusqu'à l'achèvement de l'avortement. Les femmes considèrent souvent que les soins liés à l'avortement prodigués par les sages-femmes sont plus acceptables par rapport à d'autres agents de santé (niveau de certitude modéré des données).
Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Suggérer Condition : dans les contextes où un accès facile et établi à un service de chirurgie adapté et à une infrastructure appropriée est disponible pour traiter l'avortement incomplet ou d'autres complications.	Les données directes relatives à la sécurité et à l'efficacité de cette option. Néanmoins, ces cliniciens effectuent régulièrement des tâches de complexité identique ou supérieure, telles que l'aspiration et l'extraction manuelle du placenta (138). Ces cliniciens sont souvent présents dans des établissements de soins de santé de niveau supérieur proposant des soins à des âges gestationnels avancés. Les établissements de soins de santé de niveau avancé ne disposent pas toujours d'un médecin spécialiste qualifié. De plus, le potentiel de maintien des services pour des âges gestationnels avancés augmente lorsque plusieurs prestataires qualifiés sont présents sur place.
Médecins généralistes	Recommander	Les données directes relatives à la sécurité et à l'efficacité de cette option sont insuffisantes. Néanmoins, ces professionnels effectuent régulièrement des tâches de complexité identique ou supérieure (par exemple, des accouchements, l'extraction manuelle du placenta, l'aspiration). Les avantages potentiels de cette option l'emportent sur les inconvénients. L'intervention s'est avérée réalisable dans plusieurs contextes. Un médecin spécialiste n'est pas toujours disponible sur place. Par conséquent, cette option peut accroître l'accès équitable à des soins de qualité en matière d'avortement.
Médecins spécialistes	Recommander	Tâche incluse dans leur champ d'exercice habituel ^b . Par conséquent, aucune évaluation des données n'a été réalisée.

Note : il s'agit d'une nouvelle recommandation. Aucune recommandation sur la prise en charge médicamenteuse de la MFIU n'a été formulée dans les lignes directrices de 2016 de l'OMS relatives aux rôles des agents de santé (23). En revanche, une recommandation concernant les services cliniques sur cette intervention figure dans la publication de 2019 de l'OMS intitulée Utilisation des médicaments dans le cadre d'un avortement (120). En raison de l'absence de données probantes directes sur ce sujet et de la similitude entre les deux tâches, la recommandation 30 relative à l'avortement médicamenteux à ≥ 12 semaines d'aménorrhée a été appliquée ici. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 3, à la section intitulée ETD framework on Medical management of intrauterine fetal demise (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à la prise en charge médicamenteuse de la mort fœtale intra-utérine).

^a Pour cette recommandation, et toutes celles relatives aux agents de santé, compte tenu des données limitées pour un grand nombre de combinaisons agent de santé-tâche, les discussions du groupe d'experts se sont concentrées sur le cadre de compétences de la publication de 2012 de l'OMS intitulée Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires (121) contenant des informations sur les compétences (y compris les aptitudes et les connaissances) requises pour chaque tâche, ainsi que sur les critères INTEGRATE de l'OMS, en particulier la faisabilité, l'équité et l'acceptabilité de l'intervention et les valeurs et préférences des femmes.

^b Pour connaître le champ de pratique/d'exercice, reportez-vous à l'annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé.

OÙ

L'avortement médicamenteux pour des grossesses d'âge gestationnel ≥ 12 semaines a été pratiqué et étudié en tant que procédure réalisée en établissement de santé durant laquelle les femmes devraient rester sous observation jusqu'à la fin du processus.

COMMENT

Considération relative à la mise en œuvre

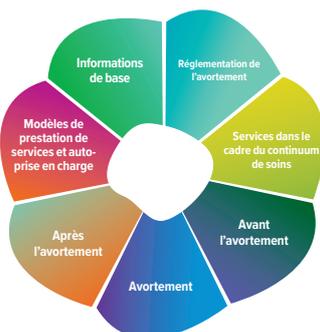
- Toute réglementation relative à la prise en charge/l'élimination des produits de conception et aux actes de naissance ou de décès ne devrait pas constituer un fardeau ou une violation de la confidentialité pour les femmes ou les prestataires.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LA MFIU

- Toute personne a droit au respect de sa vie privée et à la confidentialité dans les soins de santé sexuelle et reproductive.
- La réglementation sur l'avortement devrait se fonder sur les droits humains et des données probantes.
- Les États doivent garantir un accès adéquat aux médicaments essentiels à un prix abordable et sans discrimination.
- Toute personne a droit au progrès scientifique et à la santé, ce qui exige la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, et la qualité des soins liés à l'avortement médicamenteux. Cela signifie que les États devraient garantir l'accès aux médicaments abortifs, et que les normes et lignes directrices fondées sur des données probantes concernant la prestation de services de santé sexuelle et reproductive, sont i) établies et ii) régulièrement mises à jour afin d'intégrer les progrès médicaux.

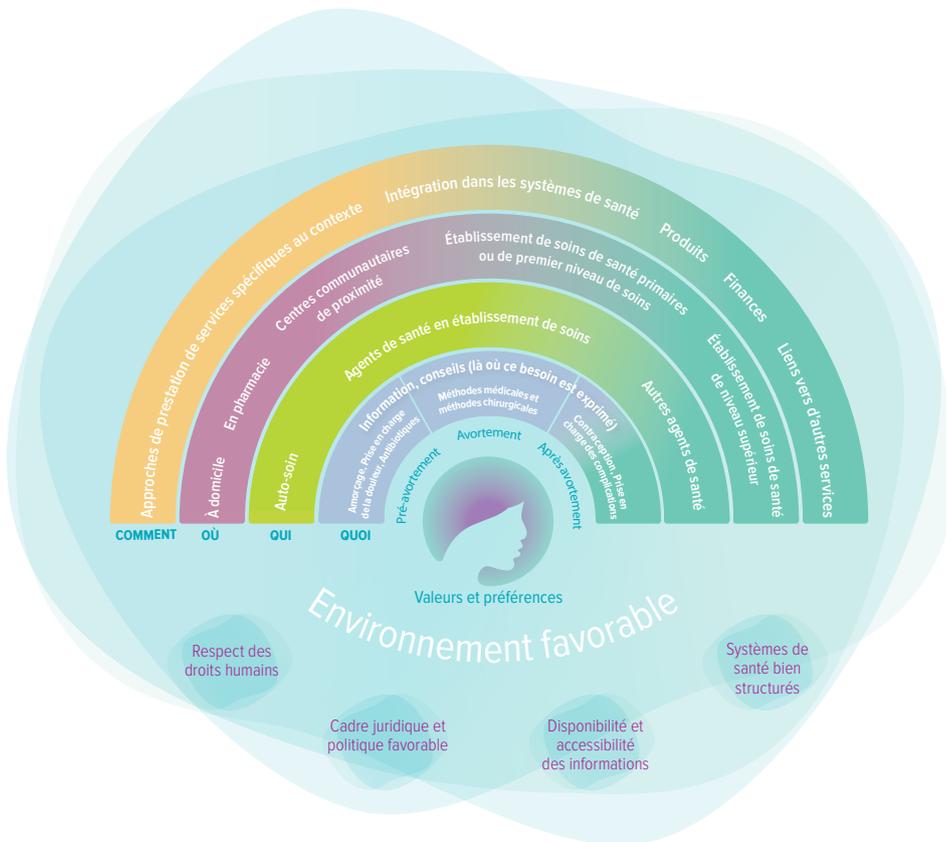
Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

Liens vers des sujets/recommandations connexes



Toutes les recommandations d'ordre juridique et politique (recommandations 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22)

3.5 Après l'avortement



La période après l'avortement représente la troisième et dernière partie du continuum de soins liés à l'avortement. Les soins post-avortement incluent tout ou partie des éléments suivants, si souhaité ou nécessaire : contrôle de suivi facultatif, prise en charge des complications ou des effets secondaires résiduels, et services de contraception. Bien que rares, les complications d'un avortement sécurisé sont les suivantes : hémorragie, infection, perforation utérine, complications liées à l'anesthésie et rupture utérine. Conformément au droit international relatif aux droits humains et aux meilleures pratiques médicales, les soins post-avortement devraient toujours être dispensés, que l'avortement soit restreint ou non dans un cadre particulier.

3.5.1 Soins de suivi après un avortement

Un suivi systématique n'est pas nécessaire après un avortement chirurgical ou médicamenteux sans complications, si la personne dispose d'informations adéquates sur le moment de consulter en cas de complications et a reçu les produits ou informations appropriés pour répondre à ses besoins en matière de contraception. Toutefois, une visite de suivi facultative 7 à 14 jours après la procédure peut être proposée afin de fournir des services en matière de contraception, un soutien psychologique ou la prise en charge de tout problème médical.

Si la femme choisit de se rendre à une visite de suivi, il convient de saisir cette occasion pour :

- évaluer si la personne se rétablit comme prévu et rechercher tout signe ou symptôme de poursuite de la grossesse ;
- passer en revue tous les dossiers médicaux et les documents d'orientation vers un autre service ;
- poser des questions sur les symptômes éventuellement ressentis depuis la procédure ;
- effectuer un examen physique ciblé si nécessaire afin d'évaluer les problèmes éventuels ;
- évaluer les objectifs de fertilité de la personne et ses besoins en matière de contraception ;

- si aucune méthode contraceptive n'a été fournie ou mise en route au moment de l'avortement, fournir des informations sur la contraception et proposer des conseils et la méthode contraceptive appropriée, si la femme le souhaite ;
- si une méthode contraceptive a déjà été mise en route, évaluer la méthode utilisée et traiter toute préoccupation ou réapprovisionner si besoin la personne en contraceptifs (122).



QUOI

SERVICES CLINIQUES **Recommandation 34: Soins de suivi ou services supplémentaires après un avortement**

Après un avortement chirurgical ou un avortement médicamenteux sans complications : **Recommander** l'absence de nécessité médicale d'une visite de suivi systématique. Toutefois, des informations devraient être fournies sur la disponibilité de services supplémentaires s'ils sont indispensables ou souhaités.

Remarques:

- 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 motivant un retour au suivi, telles que des saignements abondants prolongés, l'absence totale de saignements en cas de prise en charge médicamenteuse de l'avortement, une douleur non soulagée par les médicaments ou en cas de fièvre.
- La qualité des données probantes a été jugée faible (études d'observation et données indirectes).

Source: recommandation 9 actualisée de l'OMS (2013) (19).

Note sur la mise à jour de la recommandation : recommandation existante pour laquelle une recherche documentaire actualisée a été menée, sans application de la méthodologie GRADE. La formulation de la recommandation a été revue afin de supprimer le schéma d'avortement médicamenteux mentionné (cette recommandation s'applique désormais à l'ensemble des méthodes et des schémas d'avortement ; voir la section 3.4) et d'indiquer clairement qu'il s'agit d'une recommandation forte.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT LES SOINS DE SUIVI

- Que l'avortement soit légal ou non, les États sont tenus de garantir l'accès à des soins post-avortement, si nécessaires.
- Les soins post-avortement doivent être disponibles de manière confidentielle, y compris dans les situations où l'avortement est illégal.
- Les soins post-avortement doivent être disponibles sans crainte de poursuites pénales ou de mesures punitives. Les États ne doivent pas exiger des agents de santé qu'ils signalent des personnes soupçonnées d'avoir pratiqué un avortement illégal, ou qu'ils fournissent des informations potentiellement compromettantes pendant ou comme condition préalable à la prise en charge post-avortement.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

Liens vers des sujets/recommandations connexes



3.5.2 Avortement incomplet

Un avortement incomplet se définit par la présence clinique d'un orifice cervical ouvert et de saignements, tous les produits de la conception n'ayant pas été expulsés de l'utérus, ou les produits expulsés n'étant pas compatibles avec l'âge gestationnel estimé. Les symptômes courants d'un avortement incomplet sont les saignements vaginaux et les douleurs abdominales. Un avortement incomplet sans complication peut se produire après un avortement provoqué ou spontané (c'est-à-dire une fausse couche) ; la prise en charge est la même dans les deux cas. La prise en charge d'un avortement incomplet peut être non interventionniste, médicamenteuse ou chirurgicale (aspiration). La prise en charge de l'avortement incomplet sans complication par aspiration (lorsque la taille de l'utérus est inférieure à 14 semaines) comprend la reconnaissance des symptômes, l'évaluation de la taille de l'utérus, la procédure et la prise en charge de la douleur.

QUOI

SERVICES CLINIQUES Recommandations 35 et 36: Prise en charge d'un avortement incomplet

35. En cas d'avortement incomplet à <14 semaines : **Recommander** soit une aspiration, soit une prise en charge médicamenteuse.

36a. Pour la prise en charge médicamenteuse d'un avortement incomplet à une taille utérine <14 semaines :

Suggérer l'administration de 600 µg de misoprostol par voie orale ou de 400 µg de misoprostol par voie sublinguale.

36b. Pour la prise en charge médicamenteuse d'un avortement incomplet à une taille utérine ≥14 semaines :

Suggérer l'administration de doses répétées de 400 µg de misoprostol toutes les 3 heures par voie sublinguale, vaginale ou buccale.*

Remarques:

- La décision relative au type de prise en charge de l'avortement incomplet devrait se fonder sur l'état clinique de la personne et sa préférence concernant le traitement.
- La prise en charge non interventionniste en cas d'avortement incomplet peut être aussi efficace que la prise en charge par 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 des tissus de grossesse et du risque accru de vacuité incomplète de l'utérus.
- La recommandation 35 a été extrapolée à partir de recherches menées chez les femmes ayant signalé un avortement spontané.

* Le misoprostol peut être répété à l'intervalle indiqué si nécessaire afin d'assurer la réussite de l'avortement. À des âges gestationnels ≥ 14 semaines, les prestataires doivent faire preuve de prudence et de jugement clinique pour décider du nombre maximum de doses de misoprostol à administrer chez les personnes enceintes ayant déjà eu une chirurgie utérine. 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 considération à un âge gestationnel avancé.

Source : la recommandation 35 est reprise de la recommandation 10 de l'OMS (2013) (19). La formulation a été revue afin de modifier l'âge gestationnel de « inférieur ou égal à 13 semaines » à « <14 semaines » (avant 14 semaines). Les recommandations 36a et 36b sont reprises des recommandations 1A et 1B de l'OMS (2018) (120). L'âge gestationnel a également actualisé afin de modifier la limite de 13 semaines par 14 semaines.



PRESTATION DE SERVICES **Recommandation 37**: Prise en charge médicamenteuse de l'avortement incomplet sans complication par misoprostol à <14 semaines

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Agents de santé communautaires	Recommander	Il n'existe aucune donnée directe pour cette option. En revanche, il existe des données indirectes qui montrent que les agents de santé communautaires peuvent utiliser des outils simples et des listes de contrôle pour déterminer l'âge gestationnel (à partir des antécédents de la patiente) et pour évaluer l'admissibilité et l'issue de l'avortement médicamenteux (niveau de certitude faible à modéré des données). Les agents de santé communautaires sont souvent chargés de fournir des conseils aux femmes qui sollicitent des soins liés à l'avortement (niveau de certitude modéré des données). En général, les interventions des agents de santé communautaires sont acceptables et se sont avérées réalisables dans de nombreux contextes. Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a
Personnel de pharmacie Pharmaciens	Recommander	Les données relatives à la sécurité et à l'efficacité de cette option sont insuffisantes. Néanmoins, les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Par ailleurs, les compétences requises pour la prise en charge d'un avortement incomplet par misoprostol sont similaires à celles requises pour un avortement médicamenteux jusqu'à 12 semaines, une tâche recommandée pour ces agents de santé (voir la recommandation 28).
Spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires	Recommander	Il existe des données relatives à la sécurité et à l'efficacité de ces professionnels qui pratiquent l'avortement médicamenteux à un âge gestationnel <12 semaines (niveau de certitude faible des données) ; de plus, les compétences requises pour la prise en charge de l'avortement incomplet par misoprostol sont similaires. Par ailleurs, les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a
Aides-soignants/sages-femmes auxiliaires	Recommander	Il existe des données relatives à la sécurité et à l'efficacité de ces agents de santé qui pratiquent l'avortement médicamenteux à un âge gestationnel <12 semaines (niveau de certitude modéré des données) ; de plus, les compétences requises pour la prise en charge de l'avortement incomplet par misoprostol sont similaires.
Personnel infirmier	Recommander	Il existe des données indirectes relatives à la sécurité, à l'efficacité et à l'acceptabilité de l'avortement médicamenteux pratiqué par le personnel infirmier (niveau de certitude modéré des données) ; de plus, les compétences requises pour la prise en charge de l'avortement incomplet par misoprostol sont similaires. L'option est réalisable et pourrait accroître l'accès équitable à des soins liés à l'avortement de qualité.
Sages-femmes	Recommander	Il existe des données issues d'un contexte où les ressources sont limitées concernant la sécurité et l'efficacité de cette option (niveau de certitude modéré des données). La satisfaction globale des femmes à l'égard du prestataire de soins était élevée lorsque l'avortement incomplet était pris en charge par des sages-femmes (niveau de certitude modéré des données). Cette option est réalisable et pourrait accroître l'accès équitable à des soins liés à l'avortement de qualité.

Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Recommander	Il existe des données indirectes de certitude modérée relatives à la sécurité et à l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse de l'avortement incomplet par les sages-femmes, ainsi que des données de certitude modérée relatives à la sécurité et à l'efficacité de l'avortement médicamenteux pratiqué par ces types d'agents de santé possédant une formation de base similaire ou moins complète. Par ailleurs, il existe des données directes indiquant que ces cliniciens peuvent évaluer l'âge gestationnel (par la taille de l'utérus) dans le cadre de l'aspiration manuelle. Cette option est réalisable et pourrait très certainement accroître l'accès équitable à des soins liés à l'avortement de qualité.
Médecins généralistes Médecins spécialistes	Recommander	Tâche incluse dans leur champ d'exercice habituel ⁶ . Par conséquent, aucune évaluation des données n'a été réalisée.

Source: recommandation actualisée de l'OMS (2016) (23).

Note sur la mise à jour de la recommandation : recommandation existante dont les données sur les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires (auparavant « Suggérer »), les pharmaciens et le personnel de pharmacie (auparavant « Déconseiller »), et les agents de santé communautaires (auparavant « dans le cadre de recherches rigoureuses ») ont été examinées à l'aide de la méthodologie GRADE, étant donné que les autres agents de santé avaient déjà une recommandation forte pour cette tâche. Après examen, les recommandations ont été renforcées (« Recommander ») pour toutes les catégories d'agents de santé examinées. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 3, à la section intitulée EtD framework on Medical management of incomplete abortion (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à la prise en charge médicamenteuse d'un avortement incomplet).

^a Pour cette recommandation, et toutes celles relatives aux agents de santé, compte tenu des données limitées pour un grand nombre de combinaisons agent de santé-tâche, les discussions du groupe d'experts se sont concentrées sur le cadre de compétences de la publication de 2012 de l'OMS intitulée Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires (121) contenant des informations sur les compétences (y compris les aptitudes et les connaissances) requises pour chaque tâche, ainsi que sur les critères INTEGRATE de l'OMS, en particulier la faisabilité, l'équité et l'acceptabilité de l'intervention et les valeurs et préférences des femmes.

^b Pour connaître le champ de pratique/d'exercice, reportez-vous à l'annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé

où

Aucune exigence en ce qui concerne le lieu (au sein de l'établissement de santé ou en dehors)

COMMENT

Considérations liées à la mise en œuvre

- Il peut s'avérer nécessaire de modifier les conditions de prescription des médicaments utilisés pour l'avortement ou de mettre en place d'autres mécanismes d'auto-prise en charge dans le cadre réglementaire du système de santé.
- L'évacuation des produits de la conception non éliminés représente une fonction essentielle des soins obstétricaux d'urgence de base ; la formation et la mise en œuvre de ces tâches peuvent donc être intégrées aux services de soins obstétricaux d'urgence.

QUI

PRESTATION DE SERVICES Recommandation 38: Aspiration pour la prise en charge d'un avortement incomplet non compliqué à <14 semaines

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires	Recommander	Il existe des données concernant l'efficacité de ces professionnels chargés d'exécuter des composantes de la tâche, comme l'examen bimanuel pour évaluer la taille de l'utérus en cas d'avortement médicamenteux (niveau de certitude très faible de données). Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Ces professionnels effectuent d'autres gestes transcervicaux (la pose d'un DIU, par exemple) dans certains contextes. Cette option pourrait accroître l'accès équitable à des soins liés à l'avortement de qualité dans les régions où ces professionnels représentent une part importante du personnel de santé.

Le tableau continue

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Aides-soignants/sages-femmes auxiliaires	Suggérer Condition : dans les contextes où il existe des mécanismes établis au sein du système de santé autorisant les aides-soignants/sages-femmes auxiliaires à dispenser des soins obstétricaux d'urgence de base, et où les systèmes d'orientation et de suivi sont solides.	Les données directes relatives à la sécurité, à l'efficacité, et à l'acceptabilité de cette option sont insuffisantes. Néanmoins, cette option de soins obstétricaux d'urgence (comprenant l'évacuation des produits de la conception non éliminés comme fonction fondamentale) ou de soins post-avortement dispensés par cette catégorie d'agents de santé, au moyen d'une aspiration manuelle, s'est avérée réalisable dans le cadre des programmes mis en œuvre dans plusieurs milieux à faibles ressources.
Personnel infirmier	Recommander	Il existe des données concernant la sécurité et l'efficacité de l'aspiration pratiquée par ces agents de santé en cas d'avortement provoqué (niveau de certitude faible des données) ; de plus, les compétences requises pour la prise en charge d'un avortement incomplet sans complication par aspiration sont similaires. L'option est réalisable, y compris dans les milieux à faibles ressources.
Sages-femmes	Recommander	Il existe des données indirectes concernant la sécurité et l'efficacité de l'aspiration pratiquée par ces agents de santé en cas d'avortement provoqué (niveau de certitude modéré des données) ; de plus, les compétences requises pour la prise en charge d'un avortement incomplet sans complication par aspiration sont similaires. L'option est réalisable, y compris dans les milieux à faibles ressources.
Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Recommander	Il existe des données indirectes concernant la sécurité et l'efficacité de l'aspiration pratiquée par ces cliniciens en cas d'avortement provoqué (niveau de certitude modéré des données) ; de plus, les compétences requises pour la prise en charge d'un avortement incomplet sans complication par aspiration sont similaires.
Médecins généralistes Médecins spécialistes	Recommander	Tâche incluse dans leur champ d'exercice habituel ^b . Par conséquent, aucune évaluation des données n'a été réalisée.

Source: recommandation actualisée de l'OMS (2016) (23).

Note sur la mise à jour de la recommandation : recommandation existante dont les données sur les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les aides-soignants et les infirmières sages-femmes auxiliaires ont été examinées à l'aide de la méthodologie GRADE. Après examen, seule la recommandation pour les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires a été renforcée, passant de « Suggérer » à « Recommander ». Pour toutes les autres catégories d'agents de santé, les recommandations restent inchangées par rapport aux précédentes lignes directrices. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 3, à la section intitulée EtD framework on Vacuum aspiration for management of incomplete abortion (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à l'aspiration pour la prise en charge d'un avortement incomplet).

^a Pour cette recommandation, et toutes celles relatives aux agents de santé, compte tenu des données limitées pour un grand nombre de combinaisons agent de santé-tâche, les discussions du groupe d'experts se sont concentrées sur le cadre de compétences de la publication de 2012 de l'OMS intitulée Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires (121) contenant des informations sur les compétences (y compris les aptitudes et les connaissances) requises pour chaque tâche, ainsi que sur les critères INTEGRATE de l'OMS, en particulier la faisabilité, l'équité et l'acceptabilité de l'intervention et les valeurs et préférences des femmes.

^b Pour connaître le champ de pratique/d'exercice, reportez-vous à l'annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé.



où

Dans un établissement de santé.



COMMENT

Considérations liées à la mise en œuvre

- Les compétences requises pour la réalisation de l'aspiration manuelle et de l'aspiration électrique sont similaires. Par conséquent, les recommandations ci-dessus s'appliquent aux deux. L'aspiration manuelle est plus couramment utilisée et plus susceptible d'être utilisée dans les établissements de soins primaires.
- Un avortement incomplet sans complication peut résulter d'un avortement provoqué ou spontané (c'est-à-dire une fausse couche). La prise en charge est identique et les recommandations ci-dessus s'appliquent aux deux.
- L'évacuation des produits de la conception non éliminés représente également une fonction essentielle des soins obstétricaux d'urgence de base ; la formation et la mise en œuvre de ces tâches peuvent donc être intégrées aux services de soins obstétricaux d'urgence.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT L'AVORTEMENT INCOMPLET

- Les États doivent garantir un accès adéquat aux médicaments essentiels à un prix abordable et sans discrimination.
- Que l'avortement soit légal ou non, les États sont tenus de garantir l'accès à des soins post-avortement, si nécessaires.
- Les soins post-avortement doivent être disponibles de manière confidentielle, y compris dans les situations où l'avortement est illégal.
- Les soins post-avortement doivent être disponibles sans crainte de poursuites pénales ou de mesures punitives. Les États ne doivent pas exiger des agents de santé qu'ils signalent des personnes
- soupçonnées d'avoir pratiqué un avortement illégal, ou qu'ils fournissent des informations potentiellement compromettantes pendant ou comme condition préalable à la prise en charge post-avortement.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

Liens vers des sujets/recommandations connexes



3.5.3 Prise en charge des complications n'engageant pas le pronostic vital : infections et hémorragie

La prise en charge initiale comprend l'identification de la complication, la stabilisation de la femme, l'administration par voie orale ou parentérale d'antibiotiques et par voie intraveineuse de liquides avant l'orientation vers un agent de santé ou un établissement de santé approprié.

PRESTATION DE SERVICES **Recommandation 39**: Prise en charge initiale de l'infection post-avortement n'engageant pas le pronostic vital*

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires	Recommander	Il n'existe aucune donnée directe concernant la prise en charge de l'infection post-avortement par ces agents de santé. Néanmoins, leur formation de base couvre les compétences requises pour l'exécution de cette tâche. Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Le groupe d'experts a confirmé la faisabilité de cette option et sa capacité à élargir l'accès équitable à des soins post-avortement.
Aides-soignants/sages-femmes auxiliaires Personnel infirmier Sages-femmes Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Recommander	Bien qu'aucune preuve directe n'ait été trouvée pour la prise en charge de l'infection post-avortement par ces agents de santé, la prise en charge de la septicémie puerpérale par des antibiotiques intramusculaires, qui nécessite des compétences similaires, relève de leur champ d'exercice habituel (138). ^b
Médecins généralistes Médecins spécialistes	Recommander	Tâche incluse dans leur champ d'exercice habituel ^c . Par conséquent, aucune évaluation des données n'a été réalisée.

Source: recommandation actualisée de l'OMS (2016) (23).

Note sur la mise à jour de la recommandation : recommandation existante dont les données sur les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les pharmaciens, le personnel de pharmacie et les agents de santé communautaires ont été examinées à l'aide de la méthodologie GRADE. Après examen, seule la recommandation pour les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires a été renforcée, passant de « Suggérer » à « Recommander ». Pour toutes les autres catégories d'agents de santé examinées, les recommandations restent inchangées, à savoir « Déconseiller » (non répertoriées). Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 3, à la section intitulée ETD framework on Diagnosis and management of abortion-related complications (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives au diagnostic et à la prise en charge des complications liées à l'avortement).

^a Pour cette recommandation, et toutes celles relatives aux agents de santé, compte tenu des données limitées pour un grand nombre de combinaisons agent de santé-tâche, les discussions du groupe d'experts se sont concentrées sur le cadre de compétences de la publication de 2012 de l'OMS intitulée Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires (121) contenant des informations sur les compétences (y compris les aptitudes et les connaissances) requises pour chaque tâche, ainsi que sur les critères INTEGRATE de l'OMS, en particulier la faisabilité, l'équité et l'acceptabilité de l'intervention et les valeurs et préférences des femmes.

^b Pour connaître le champ de pratique/d'exercice, reportez-vous à l'annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé.

* Il est important que les pharmaciens, le personnel de pharmacie et les agents de santé communautaires possèdent les connaissances requises pour pouvoir reconnaître les signes et les symptômes de cette complication.

OÙ

Aucune exigence en ce qui concerne le lieu (au sein de l'établissement de santé ou en dehors)

COMMENT

Considérations liées à la mise en œuvre

- Il est important que les pharmaciens, le personnel de pharmacie et les agents de santé communautaires possèdent les connaissances requises pour pouvoir reconnaître les signes et les symptômes des complications d'un avortement non sécurisé et savoir orienter les femmes au sein de leur communauté.
- Il peut s'avérer nécessaire de modifier les restrictions relatives au droit de prescription pour certaines catégories de prestataires de santé ou de mettre en place d'autres mécanismes leur permettant d'administrer les antibiotiques dans le cadre réglementaire du système de santé.

QUI

PRESTATION DE SERVICES Recommandation 40: Prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum n'engageant pas le pronostic vital*

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires	Recommander	Il n'existe aucune donnée directe concernant la prise en charge de l'hémorragie du post-partum par ces professionnels. Néanmoins, leur formation de base couvre les compétences requises pour l'exécution de cette tâche. Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a
Aides-soignants/sages-femmes auxiliaires	Recommander	Il n'existe aucune donnée directe concernant la prise en charge de l'hémorragie du post-partum par ces agents de santé. la prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum par l'administration de liquides par voie intraveineuse, qui nécessite des compétences similaires, est une tâche que ces agents de santé sont recommandés de faire (138).
Infirmières/sages-femmes Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Recommander	Il n'existe aucune donnée directe concernant la prise en charge de l'hémorragie du post-avortement par ces agents de santé. Néanmoins, la prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum par l'administration de liquides par voie intraveineuse, qui nécessite des compétences similaires, relève de leur champ d'exercice habituel (138).
Médecins généralistes Médecins spécialistes	Recommander	Tâche incluse dans leur champ d'exercice habituel ^b . Par conséquent, aucune évaluation des données n'a été réalisée.

Source: recommandation actualisée de l'OMS (2016) (23).

Note sur la mise à jour de la recommandation : recommandation existante dont les données sur les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les pharmaciens, le personnel de pharmacie et les agents de santé communautaires ont été examinées à l'aide de la méthodologie GRADE. Après examen, seule la recommandation pour les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires a été renforcée, passant de « Suggérer » à « Recommander ». Pour toutes les autres catégories d'agents de santé examinées, les recommandations restent inchangées, à savoir « Déconseiller » (non répertoriées). Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 3, à la section intitulée EtD framework on Diagnosis and management of abortion-related complications (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives au diagnostic et à la prise en charge des complications liées à l'avortement).

^a Pour cette recommandation, et toutes celles relatives aux agents de santé, compte tenu des données limitées pour un grand nombre de combinaisons agent de santé-tâche, les discussions du groupe d'experts se sont concentrées sur le cadre de compétences de la publication de 2012 de l'OMS intitulée Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires (121) contenant des informations sur les compétences (y compris les aptitudes et les connaissances) requises pour chaque tâche, ainsi que sur les critères INTEGRATE de l'OMS, en particulier la faisabilité, l'équité et l'acceptabilité de l'intervention et les valeurs et préférences des femmes.

^b Pour connaître le champ de pratique/d'exercice, reportez-vous à l'annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé.

* Il est important que les pharmaciens, le personnel de pharmacie et les agents de santé communautaires possèdent les connaissances requises pour pouvoir reconnaître les signes et les symptômes de cette complication.

OÙ

Aucune exigence en ce qui concerne le lieu (au sein de l'établissement de santé ou en dehors)

COMMENT

Considération relative à la mise en œuvre

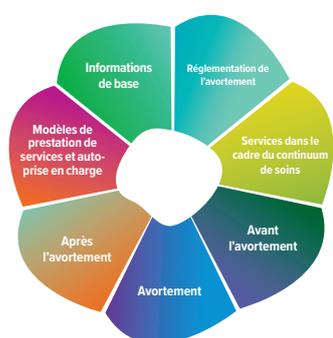
- La prise en charge initiale de l'hémorragie et de l'infection représente également une fonction essentielle des soins obstétricaux d'urgence de base ; la formation et la mise en œuvre de ces tâches peuvent donc être intégrées aux services de soins obstétricaux d'urgence.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT LES COMPLICATIONS N'ENGAGEANT PAS LE PRONOSTIC VITAL

- Que l'avortement soit légal ou non, les États sont tenus de garantir l'accès à des soins post-avortement, si nécessaires.
- Les soins post-avortement doivent être disponibles de manière confidentielle, y compris dans les situations où l'avortement est illégal.
- Les soins post-avortement doivent être disponibles sans crainte de poursuites pénales ou de mesures punitives. Les États ne doivent pas exiger des agents de santé qu'ils signalent des personnes
- Soupçonnées d'avoir pratiqué un avortement illégal, ou qu'ils fournissent des informations potentiellement compromettantes pendant ou comme condition préalable à la prise en charge post-avortement.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

Liens vers des sujets/recommandations connexes



Toutes les recommandations d'ordre juridique et politique (recommandations 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22)

3.5.4 Contraception après un avortement

Après un avortement provoqué ou spontané, le retour d'ovulation peut se produire dans les 8 à 10 jours et généralement dans le mois qui suivent. Par conséquent, la mise en route de la contraception dès que possible au cours du premier mois est importante pour les femmes qui souhaitent repousser ou éviter une grossesse (153, 154). Toutes les méthodes contraceptives peuvent être envisagées après un avortement. Le souhait de la patiente est primordial ; si elle souhaite commencer ou reprendre une méthode contraceptive, toutes les options peuvent être envisagées à tout moment dans les soins et certaines méthodes peuvent être mises en route au moment de l'avortement (155). Les États doivent garantir l'accès à un large éventail de méthodes contraceptives modernes, sûres et abordables (36 [paragraphe 8], 49 [paragraphe 33]). Il convient de respecter les critères énoncés dans les publications de l'OMS intitulées Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception et Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives (156, 157). L'examen approfondi de toutes les méthodes de contraception post-avortement sort du cadre de ces lignes directrices.

Cette section traite du début de la contraception et des agents de santé autorisés à fournir certaines méthodes. Le rôle des approches d'auto-prise en charge avec une contraception post-avortement sera traité plus en détail à la section 3.6.3.

QUOI

SERVICES CLINIQUES **Recommandation 41:** Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives après un avortement

La contraception par les méthodes suivantes peut débuter immédiatement (critères de recevabilité médicale de catégorie 1 – sans restrictions) après un avortement chirurgical ou médicamenteux (premier et deuxième trimestre, ainsi qu'après un avortement septique) : contraceptifs hormonaux combinés (CHC), progestatifs seuls (PS) et méthodes mécaniques (MM) (préservatifs, spermicide, diaphragme, cape cervicale – remarque : il faut attendre un délai de 6 semaines après un avortement au deuxième trimestre avant de pouvoir utiliser le diaphragme ou la cape cervicale).

Les dispositifs intra-utérins (DIU) peuvent être posés immédiatement après un avortement chirurgical ou médicamenteux au premier trimestre (catégorie 1 – sans restrictions) ou après un avortement au deuxième trimestre (catégorie 2 – les avantages l'emportent généralement sur les risques), mais ne devraient pas être posés immédiatement après un avortement septique (catégorie 4 – l'insertion d'un DIU peut considérablement aggraver l'état de santé).

Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité : Les méthodes basées sur les symptômes ne devraient être débutées après l'avortement qu'avec « prudence » (il peut s'avérer nécessaire de fournir des conseils particuliers pour s'assurer que la méthode sera bien employée dans une situation donnée) et l'utilisation de méthodes basées sur le calendrier devrait être différée (jusqu'à ce que l'état de santé soit évalué ; d'autres méthodes de contraception temporaires devraient être proposées).

Remarques :

- Voir l'encadré ci-dessous pour en savoir plus sur les catégories des critères de recevabilité médicale.
- Les contraceptifs hormonaux combinés comprennent les contraceptifs oraux combinés, le patch contraceptif, l'anneau vaginal combiné et les contraceptifs injectables combinés.
- Les progestatifs seuls comprennent les pilules progestatives seules, les implants au lévonorgestrel (LNG) ou à l'étonogestrel (ETG), les contraceptifs injectables à base d'acétate de médroxyprogestérone retard (DMPA) et les contraceptifs injectables à base d'énanthate de noréthistérone (NET-EN).
- Les DIU comprennent les DIU au cuivre et les DIU au lévonorgestrel.
- Les méthodes basées sur les symptômes comprennent la méthode de la glaire cervicale (également appelée méthode de l'ovulation) et la méthode des Deux Jours, toutes deux basées sur l'évaluation de la glaire cervicale, ainsi que la méthode sympto-thermique, qui permet une double vérification, à savoir l'observation de la glaire cervicale pour déterminer le premier jour de fécondité et l'observation de la glaire cervicale et de la température pour déterminer le dernier jour de fécondité.
- Les méthodes basées sur le calendrier comprennent la méthode du rythme (éviter les rapports sexuels non protégés durant les premiers et derniers jours estimés comme féconds, après avoir noté la durée de plusieurs cycles menstruels comme base de calcul) et la méthode des jours fixes (éviter les rapports sexuels non protégés du 8^e au 19^e jour du cycle menstruel, pour les personnes dont les cycles durent généralement de 26 à 32 jours).

Source : recommandations extraites de la publication de l'OMS intitulée Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives (2015) (157). La formulation a été revue afin d'adopter le style narratif des tableaux des lignes directrices de référence.

Description des catégories de critères utilisées pour définir la recevabilité d'une méthode contraceptive

- Catégorie 1 – État où l'utilisation de la méthode contraceptive n'appelle aucune restriction.
- Catégorie 2 – État pour lequel les avantages de l'utilisation de la méthode l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés.
- Catégorie 3 – État où les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages procurés par l'emploi.
- Catégorie 4 – État équivalent à un risque inacceptable pour la santé en cas d'utilisation de la méthode contraceptive.

SERVICES CLINIQUES Recommandation 42 - Début de la contraception et avortement chirurgical

Chez les personnes qui ont recours à un avortement chirurgical et qui souhaitent utiliser une contraception :

Recommander la possibilité d'instaurer la contraception au moment de l'avortement chirurgical.

Remarque :

- La qualité des données probantes issues des essais contrôlés randomisés a été jugée très faible.

Source: la recommandation 13 est en partie reprise de l'OMS (2013) (19). Seule la composante de la recommandation existante pertinente pour l'avortement chirurgical a été retenue ; le mot « Recommander » a été utilisé pour préciser qu'il s'agit d'une recommandation forte et des révisions ont été apportées pour inclure toutes les méthodes contraceptives).

SERVICES CLINIQUES Recommandation 43 - Début de la contraception et avortement médicamenteux

Chez les personnes ayant recours à un avortement médicamenteux par association de mifépristone et de misoprostol ou par misoprostol seul :

- a.** Chez celles optant pour une **contraception hormonale** (pilule contraceptive orale, patch contraceptif, anneau contraceptif, implant contraceptif ou injections contraceptives) : **Suggérer** de leur donner la possibilité de commencer une contraception hormonale immédiatement après la prise du premier comprimé du schéma d'avortement médicamenteux.
- b.** Chez celles optant pour l'insertion d'un **DIU** : **Suggérer** la pose d'un DIU dès lors que la réussite de l'avortement est confirmée.

Remarque (pour les recommandations 43a et 43b) :

- Cette recommandation s'applique à l'association de mifépristone et de misoprostol, ainsi qu'à l'utilisation de misoprostol seul. L'association de létrozole et de misoprostol n'est pas mentionnée ici car ce schéma thérapeutique n'était pas évalué dans les études incluses pour étayer ces recommandations.

Remarques (pour la recommandation 43a uniquement) :

- L'utilisation immédiate d'acétate de médroxyprogestérone retard par voie intramusculaire (AMPR) est associée à une légère diminution de l'efficacité des schémas d'avortement médicamenteux (158). Cependant, le recours immédiat à l'AMPR devrait toujours être proposé comme méthode contraceptive disponible après un avortement.
- Des données probantes indirectes ont servi de base à la décision sur le recours à une contraception hormonale en tant qu'option pour les personnes chez qui un avortement médicamenteux par misoprostol seul est pratiqué.
- Aucune donnée n'était disponible sur l'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés (pilule ou injectables) par les personnes ayant recours à un avortement médicamenteux.
- Les personnes qui choisissent de débiter une contraception par l'anneau contraceptif devraient recevoir pour instruction de vérifier l'expulsion de l'anneau en cas de saignements importants pendant le processus d'avortement médicamenteux.

Source : les recommandations 4a et 4b sont reprises de l'OMS (2018) (120).

QUI

PRESTATION DE SERVICES Recommandation 44 - Pose et retrait de dispositifs intra-utérins (DIU)

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification
Spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires	Suggérer Condition : Dans des contextes où il existe des mécanismes établis au sein du système de santé prévoyant la participation de ces professionnels de santé à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive.	Leur formation de base couvre généralement les compétences requises pour l'exécution de cette tâche. Cette option est probablement réalisable et pourrait favoriser la continuité des soins pour les femmes et améliorer l'accès dans les régions où ces professionnels représentent une part importante du personnel de santé.
Aides-soignants	Suggérer Condition : dans le cadre de recherches rigoureuses.	La recommandation est extraite de la publication <i>Optimiser la SMN (138)</i> .
Sages-femmes auxiliaires Personnel infirmier Sages-femmes	Recommander	La recommandation est extraite de la publication <i>Optimiser la SMN (138)</i> .
Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé Médecins généralistes Médecins spécialistes	Recommander	La recommandation est extraite de la publication <i>Optimiser la SMN(138)</i> , lorsque cette tâche est considérée comme relevant de leur champ d'exercice habituel. ^a

Source: recommandation reprise de l'OMS (2016) (23).

^a Pour connaître le champ d'action/d'exercice, reportez-vous à l'annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé.

QUI

PRESTATION DE SERVICES Recommandation 45 - Pose et retrait d'implants

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification
Agents de santé communautaires	Suggérer Condition : dans le cadre de recherches rigoureuses.	La recommandation est extraite de la publication <i>Optimiser la SMN (138)</i> .
Spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires	Suggérer Condition : dans des contextes où il existe des mécanismes établis au sein du système de santé prévoyant la participation de ces professionnels de santé à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive et où une formation à l'insertion et au retrait des implants est dispensée.	Les données directes relatives à la sécurité et à l'efficacité de cette option sont insuffisantes. Néanmoins, leur formation de base couvre les compétences requises pour l'exécution de cette tâche. Cette option peut favoriser la continuité des soins pour les femmes.
Aides-soignants/sages-femmes auxiliaires	Suggérer Condition : dans le cadre d'un suivi et d'une évaluation ciblés.	La recommandation est extraite de la publication <i>Optimiser la SMN (138)</i> .
Personnel infirmier Sages-femmes	Recommander	La recommandation est extraite de la publication <i>Optimiser la SMN (138)</i> .

Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé Médecins généralistes Médecins spécialistes	Recommander	La recommandation est extraite de la publication <i>Optimiser la SMN (138)</i> , lorsque cette tâche est considérée comme relevant de leur champ d'exercice habituel. ^a
---	--------------------	--

Source: recommandation reprise de l'OMS (2016) (23).

^a Pour connaître le champ de pratique/d'exercice, reportez-vous à l'annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé.



Considération relative à la mise en œuvre

- Le retrait des implants peut nécessiter des compétences supérieures à celles requises pour leur mise en place ; tout agent de santé formé à la pose d'implants de manière indépendante devrait également l'être au retrait de ceux-ci (23).



Dans un établissement de santé ou dans un autre lieu qui maintient des conditions stériles.



PRESTATION DE SERVICES Recommandation 46 - Administration de contraceptifs injectables (début et poursuite du traitement)

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Agents de santé communautaires	Recommander	Il existe des données concernant la sécurité, l'efficacité, et l'acceptabilité de cette option. Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences des agents de santé communautaires. ^a Cette option est réalisable et acceptable étant donné que les agents de santé communautaires fournissent d'autres composantes des soins liés à l'avortement. Par ailleurs, cette option pourrait élargir le choix des femmes et réduire les inégalités d'accès à la contraception.
Personnel de pharmacie	Recommander	Il n'existe aucune donnée concernant la sécurité, l'efficacité, l'acceptabilité ou la faisabilité de cette option. Néanmoins, l'administration d'injections relève de leur champ d'exercice habituel ^b et les besoins de formation supplémentaire pour cette tâche seraient minimes. Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Cette option pourrait élargir le choix des femmes et réduire les inégalités d'accès à la contraception.
Pharmaciens	Recommander	Le niveau de certitude des données disponibles concernant la sécurité et l'efficacité de cette option est très faible. Néanmoins, l'administration d'injections relève de leur champ d'exercice habituel ^b et les besoins de formation supplémentaire pour cette tâche seraient minimes. Cette option pourrait élargir le choix des femmes et réduire les inégalités d'accès à la contraception.
Spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires	Recommander	Leur formation de base couvre les compétences requises pour l'exécution de cette tâche. Par conséquent, les besoins de formation supplémentaire seraient minimes. Les aptitudes et les connaissances nécessaires à l'exécution de cette tâche (selon le cadre de compétences) correspondent aux compétences de ce type d'agent de santé. ^a Cette option est réalisable et acceptable étant donné que ces professionnels fournissent des services similaires dans le système de santé existant. Par conséquent, elle favorise la continuité des soins pour les femmes.
Aides-soignants/sages-femmes auxiliaires	Recommander	La recommandation est extraite de la publication <i>Optimiser la SMN (138)</i> .

Le tableau continue

Suite du tableau

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification ^a
Personnel infirmier Sages-femmes Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé Médecins généralistes Médecins spécialistes	Recommander	La recommandation est extraite de la publication <i>Optimiser la SMN (138)</i> , lorsque cette tâche est considérée comme relevant de leur champ d'exercice habituel. ^b
Personne		
Femme enceinte, fille ou autre personne enceinte	Recommander	Voir la recommandation 51 de la section 3.6.2 pour connaître la justification, remarque, considérations relatives à la mise en œuvre, ainsi que d'autres informations sur les approches d'auto-prise en charge.

Source: recommandation actualisée de l'OMS (2016) (23).

Remarque sur la mise à jour de la recommandation : recommandation existante dont les données sur les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, le personnel de pharmacie, les agents de santé communautaires et les personnes/patientes (auto-administration) ont été examinées à l'aide de la méthodologie GRADE. Après examen, les recommandations pour ces catégories d'agents de santé ont été renforcées, passant de « Suggérer » à « Recommander ». Les recommandations pour les autres catégories d'agents de santé n'ont pas été examinées et demeurent inchangées. Ainsi, toutes les catégories d'agents de santé et les personnes font désormais l'objet d'une recommandation forte pour cette tâche. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 3, à la section intitulée EtD framework on Delivery of injectable contraceptives (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à la fourniture de contraceptifs injectables).

^a Pour cette recommandation, et toutes celles relatives aux agents de santé, compte tenu des données limitées pour un grand nombre de combinaisons agent de santé-tâche, les discussions du groupe d'experts se sont concentrées sur le cadre de compétences de la publication de 2012 de l'OMS intitulée Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires (121) contenant des informations sur les compétences (y compris les aptitudes et les connaissances) requises pour chaque tâche, ainsi que sur les critères INTEGRATE de l'OMS, en particulier la faisabilité, l'équité et l'acceptabilité de l'intervention et les valeurs et préférences des femmes.

^b Pour connaître le champ de pratique/d'exercice, reportez-vous à l'annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé.



OÙ

Aucune exigence en ce qui concerne le lieu (au sein de l'établissement de santé ou en dehors).



COMMENT

Considérations liées à la mise en œuvre

- L'administration d'un contraceptif injectable implique l'utilisation d'une seringue et peut être intramusculaire ou sous-cutanée.
- Il est important de disposer de mécanismes appropriés pour l'élimination des instruments coupants, seringues et aiguilles usagés.
- Il est important d'assurer un approvisionnement régulier en produits injectables, en particulier au point de vente, afin que les femmes puissent se procurer et utiliser ces produits par elles-mêmes.
- L'investissement dans une formation initiale est à prendre en considération si l'agent de santé n'est pas déjà habilité à réaliser des injections. Il est important de disposer de mécanismes afin d'effectuer la mise en lien entre l'agent de santé et le système de santé et d'assurer un parcours d'orientation.



PRESTATION DE SERVICES Recommandation 47 - Ligature des trompes

Type d'agent de santé	Recommandation	Justification
Personnel infirmier	Suggérer Condition : dans le cadre de recherches rigoureuses.	La recommandation est extraite de la publication <i>Optimiser la SMN (138)</i> .
Sages-femmes	Suggérer Condition : dans le cadre de recherches rigoureuses.	La recommandation est extraite de la publication <i>Optimiser la SMN (138)</i> .
Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé Médecins généralistes Médecins spécialistes	Recommander	La recommandation est extraite de la publication <i>Optimiser la SMN(138)</i> , lorsque cette tâche est considérée comme relevant de leur champ d'exercice habituel. ^a

Source : recommandation reprise de l'OMS (2016) (23). Ces recommandations seront examinées en vue de la prochaine mise à jour des recommandations de l'OMS relatives à l'optimisation des rôles du personnel de santé (138).

^a Pour connaître le champ de pratique/d'exercice, reportez-vous à l'annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT LA CONTRACEPTION POST-AVORTEMENT

- Une contraception devrait être fournie uniquement après obtention du consentement libre et éclairé de la personne concernée.
- Les États doivent garantir l'accès à l'ensemble des méthodes de contraception, notamment à un large éventail de méthodes contraceptives modernes, sûres et abordables.
- Les États doivent garantir un accès adéquat aux médicaments essentiels, y compris les contraceptifs, à un prix abordable et sans discrimination.
- Toute personne a droit à des informations fondées sur des données probantes concernant tous les aspects de la santé sexuelle et reproductive, y compris les contraceptifs.
- Les informations et les services en matière de contraception doivent être fournis sans discrimination, ni contrainte, ni violence.
- Toute personne a droit au respect de sa vie privée et à la confidentialité dans la réception des informations et des services en matière de contraception.
- Des informations et des services en matière de contraception post-avortement devraient être disponibles et accessibles aux adolescents sans l'autorisation d'un parent ou d'un tuteur.
- Les États doivent garantir que le refus ou l'objection de conscience ne porte pas atteinte au droit à l'information et aux services en matière de contraception.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

Liens vers des sujets/recommandations connexes



3.6 Options de prestation de services et approches d'auto-prise en charge

Comme indiqué tout au long de ce chapitre, les services de soins liés à l'avortement peuvent être fournis par divers agents de santé et certaines tâches peuvent être gérées par les personnes elles-mêmes. Même pour les procédures qui ont lieu dans un établissement de santé, certains éléments des soins (par exemple, les informations et conseils avant un avortement, la préparation cervicale ou les soins de suivi post-avortement) peuvent être dispensés ailleurs.

Contrairement à l'avortement chirurgical, l'avortement médicamenteux est un processus qui peut s'étendre sur plusieurs heures ou jours ; ce n'est pas une procédure ponctuelle. Le processus dans son ensemble, ou ses composantes, peut avoir lieu à divers endroits, y compris par l'auto-prise en charge et/ou avec le soutien d'agents de santé à diverses étapes du processus, ce qui permet – et est souhaitable dans certains cas – d'obtenir des soins dans différents contextes, grâce à un large éventail d'options.

Cette section traite des approches de prestation de services soutenus (section 3.6.1) et des approches d'auto-prise en charge.

Les approches d'auto-prise en charge abordées dans cette section sont l'auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux (section 3.6.2) et l'auto-prise en charge de la contraception post-avortement (section 3.6.3).

3.6.1 Approches de prestation de services soutenues

Les services de soins liés à l'avortement médicamenteux peuvent être obtenus auprès d'une multitude d'acteurs du système de santé, et être fournis ou soutenus par ces derniers. Ils peuvent être fournis à l'aide d'un modèle complet qui couvre l'ensemble des soins liés à l'avortement ou uniquement des composantes spécifiques du parcours de soins. Ces services peuvent être fournis par le secteur public ou privé ou par des organisations non gouvernementales (ONG) et être obtenus au sein d'une communauté, en dehors d'un établissement de santé ou même à domicile ; divers modèles de prestation de services peuvent coexister au niveau national, infranational et local.

Les approches de la prestation de services évoluent à mesure que le rôle des technologies numériques gagne en importance et que la science et les données sur les interventions efficaces se multiplient, les innovations continueront également de se développer. Aux fins des présentes lignes directrices, les données disponibles sur les différentes modalités de prestation et/ou de soutien aux soins liés à l'avortement ont été examinées. Des approches de prestation de services ont été identifiées à l'aide d'examens systématiques menés dans le cadre de ces lignes directrices, notamment ce qui suit :

- **Modèles d'accompagnement** : lorsqu'un agent de santé communautaire apporte un soutien en accompagnant la personne tout au long du processus de l'avortement médicamenteux (par téléphone, plateforme technologique sécurisée ou en personne), notamment en lui fournissant des informations, des conseils, un soutien psychologique/moral et/ou un soutien logistique (orientation vers des établissements de santé locaux et soutien en cas de nécessité ou si souhaité par la personne).

- **Activités de proximité au sein de la communauté** : il s'agit des services de santé qui mobilisent les agents de santé afin de fournir des services à la population ou à d'autres agents de santé, loin du lieu où ils travaillent et vivent généralement (159). Cette stratégie consiste à mobiliser les agents de santé vers des zones éloignées ou rurales, comme les cliniques mobiles. Cependant, les données documentées sur le recours à ce modèle pour la prestation de soins liés à l'avortement sont limitées.
- **Outils numériques** : applications qui fournissent des informations, messages de rappel et outils pour aider à évaluer la durée de la grossesse.
- **Modèles de réduction des risques** : modèles de services en milieu clinique où les femmes reçoivent des informations avant un avortement, obtiennent des indications pour trouver et utiliser les médicaments et peuvent revenir afin de bénéficier d'un soutien post-avortement si nécessaire. En revanche, ces modèles ne prévoient pas la dispensation de médicaments abortifs.
- **Lignes d'assistance téléphonique** : il s'agit généralement de services d'information téléphonique qui aident les femmes à accéder à des soins de qualité en matière d'avortement. Les lignes d'assistance téléphonique dédiées à l'avortement peuvent se limiter à fournir des informations factuelles sur les services ou peuvent être liées à d'autres modèles de prestation de services qui facilitent l'accès aux médicaments et soutiennent les femmes tout au long du processus d'avortement, mais aussi après l'avortement.
- **Marketing social** : en termes généraux, le marketing social peut se définir comme l'application des techniques du marketing aux problèmes sociaux. Il vise à convaincre les gens ou à les inciter à adopter des conduites ou des comportements généralement considérés comme bénéfiques. Cette approche du marketing a été bien étudiée en tant que modèle efficace de distribution des interventions/produits de santé (par exemple, les préservatifs). Néanmoins, la documentation relative aux soins de qualité en matière d'avortement (c'est-à-dire les médicaments et les instructions pour l'avortement) est plus limitée. Il peut s'agir d'une option pour améliorer l'accès et rendre les soins plus abordables.
- **Franchise sociale** : système de relations contractuelles généralement géré par une organisation non gouvernementale qui utilise la structure d'une franchise commerciale pour atteindre des objectifs sociaux. La principale différence entre la franchise sociale et la franchise commerciale réside dans la motivation : la franchise sociale cherche à réaliser un bénéfice social tandis que la franchise commerciale est axée sur la rentabilité. Néanmoins, les données limitées illustrent les inégalités potentielles de ces modèles (160).
- **Télémédecine** : mode de prestation de services de santé selon lequel les prestataires et les patients, ou les prestataires et les personnes qui consultent, sont éloignés les uns des autres. Cette interaction peut avoir lieu en temps réel (de manière synchrone), par exemple par téléphone ou par liaison vidéo. Mais elle peut également avoir lieu de manière asynchrone (stockage et transmission), lorsqu'une requête est soumise et qu'une réponse est fournie ultérieurement (par exemple, par courrier électronique ou par message écrit/vocal/audio) (161).

Parmi l'ensemble des options de prestation de services, les interactions entre une personne souhaitant avoir recours à l'avortement et un agent de santé peuvent avoir lieu en personne ou à distance. Après examen et évaluation des données par le groupe d'experts, il a été convenu que les données étaient de quantité et de qualité suffisantes pour étayer la formulation d'une recommandation spécifique concernant l'utilisation des approches de télé-médecine comme alternative aux interactions en personne pour l'avortement médicamenteux (voir la recommandation 48).

Les données disponibles n'étaient pas suffisantes pour justifier la formulation des recommandations concernant l'un des autres modèles de prestation de services. Au contraire, compte tenu de la nature contextuelle des approches de prestation de services, de l'hétérogénéité des types d'interventions et des recoupements entre les approches, un énoncé des meilleures pratiques en deux parties a été élaboré afin de s'appliquer à toutes ces approches, en référence à la prestation de services de manière générale, plutôt qu'à une modalité/un modèle spécifique de prestation de services (voir l'énoncé des meilleures pratiques 49).

QUOI

QUI

PRESTATION DE SERVICES **Recommandation 48** (NOUVEAU): Approches de télémédecine pour la prestation de soins liés à l'avortement médicamenteux

Recommander l'option de la télémédecine comme alternative aux interactions en personne avec l'agent de santé pour fournir des services de soins liés à l'avortement médicamenteux, dans leur ensemble ou en partie.

Remarques:

- La recommandation ci-dessus s'applique à l'évaluation de l'admissibilité à l'avortement médicamenteux, aux instructions et/ou aux conseils relatifs à l'avortement, à la fourniture d'instructions et à la facilitation active concernant l'administration des médicaments, ainsi qu'aux soins de suivi après l'avortement, le tout au moyen de la télémédecine.
- Les lignes d'assistance téléphonique, les applications numériques ou les modes de communication unidirectionnels (par exemple, les messages de rappel) qui fournissent simplement des informations n'ont pas été pris en considération dans l'examen des données probantes pour cette recommandation.

Justification

Un examen systématique a été réalisé afin d'aborder cette question. Dix études sur la pratique de l'avortement médicamenteux par télémédecine ont été identifiées grâce à la stratégie de recherche. Quatre essais contrôlés randomisés ont été réalisés au Bangladesh, au Cambodge, en Égypte et en Indonésie, et six études d'observation ont été menées au Canada, aux États-Unis et au Pérou. Dans les études comparant la télémédecine aux services de soins liés à l'avortement médicamenteux fournis en personne, les taux de réussite de l'avortement ou de grossesse en cours étaient identiques pour les deux groupes (niveau de certitude très faible des données). Les femmes ayant eu recours à la télémédecine ont été moins orientées vers une intervention chirurgicale (niveau de certitude faible des données). Le niveau de satisfaction vis-à-vis des services de télémédecine était élevé et comparable à celui des services cliniques habituels (niveau de certitude très faible des données). Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 3, à la section intitulée EtD framework on Telemedicine (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à la télémédecine).

COMMENT

Considération relative à la mise en œuvre

- Les services de télémédecine devraient inclure des orientations (en fonction du lieu où se trouve la femme) pour des médicaments (médicaments abortifs et antalgiques), des soins liés à l'avortement ou au suivi après l'avortement nécessaires (y compris des soins d'urgence, le cas échéant), et des services de contraception après un avortement, qui peuvent s'appliquer à la fois à l'avortement médicamenteux et à l'avortement chirurgical.

 QUOI QUI

PRESTATION DE SERVICES Énoncé de meilleures pratiques 49 (NOUVEAU)

Partie 1. Il n'existe pas d'approche unique recommandée en matière de prestation de services liés à l'avortement. Le choix du ou des agents de santé (parmi les options recommandées) ou la prise en charge par la personne elle-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.

Partie 2. Étant donné que les approches de prestation de services peuvent être diverses, il est important de s'assurer que, pour la personne ayant recours aux soins, la gamme d'options de prestation de services prises ensemble garantira :

- l'accès à des informations scientifiquement fiables et compréhensibles à toutes les étapes ;
- l'accès à des médicaments de qualité garantie (y compris ceux destinés à la prise en charge de la douleur) ;
- un soutien sous forme d'orientation-recours si la personne le souhaite ou en a besoin ;
- une mise en lien avec un choix approprié de services de contraception pour les personnes souhaitant avoir recours à une contraception post-avortement.

Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 3, à la section intitulée EtD framework on Medical abortion provided in different settings (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à la pratique de l'avortement médicamenteux dans différents contextes).

 COMMENT

Considérations liées à la mise en œuvre

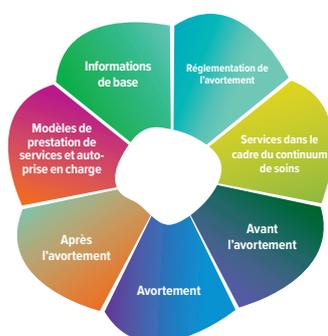
- Les approches de prestation de services devraient, dans la mesure du possible, être créées conjointement avec les personnes qui bénéficieront de l'intervention.
- Tous les modèles devraient être testés et adaptés à leur contexte local.
- Toutes les approches de prestation de services ne peuvent pas fonctionner à grande échelle. En revanche, pour celles qui sont envisagées dans le cadre de programmes nationaux, il convient de procéder à des essais pilotes appropriés avant une mise à l'échelle.
- Tous les modèles de prestation de services devraient comporter des mécanismes de contrôle de la qualité et de responsabilisation.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT LES MODÈLES DE PRESTATION DE SERVICES

- Les États devraient élaborer et appliquer des normes et des lignes directrices fondées sur des données probantes concernant la prestation de services de santé sexuelle et reproductive (SSR). Ces lignes directrices doivent être régulièrement mises à jour afin d'intégrer les progrès médicaux. Par ailleurs, les États sont tenus d'assurer une éducation complète à la santé sexuelle et reproductive adaptée à l'âge, fondée sur des données probantes et scientifiquement fiable pour tous.
- Les services de santé sexuelle et reproductive doivent être disponibles, accessibles, abordables, acceptables et de bonne qualité. Autrement dit, la prestation de services doit être respectueuse de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés, et sensible aux exigences liées au genre, à l'âge, au handicap, à la diversité sexuelle, et au cycle de la vie.
- Les États doivent prendre des mesures visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles.
- Les États doivent prendre des mesures pour que chaque individu puisse avoir accès, de manière confidentielle, à des informations fiables et précises et fondées sur des données probantes concernant l'avortement.
- Les États doivent assurer la prestation de services selon les principes de non-discrimination et d'égalité.
- Les États doivent veiller à ce que la prestation de services respecte le droit de bénéficier des progrès scientifiques. Autrement dit, ils doivent garantir l'accès à des formes modernes et sûres de contraception, y compris aux contraceptifs d'urgence, aux médicaments pour l'avortement, aux technologies d'aide à la procréation et à d'autres biens et services de santé sexuelle et reproductive, sur la base de la non-discrimination et de l'égalité.

Pour plus d'informations et de sources, veuillez vous référer à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

Liens vers des sujets/recommandations connexes



Toutes les recommandations d'ordre juridique et politique (recommandations 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22)

3.6.2 Approches d'auto-prise en charge totale ou partielle de l'avortement médicamenteux

Les auto-soins, tels que définis dans le glossaire, sont une notion très large pouvant englober de nombreuses actions dont le but est de permettre à une personne d'améliorer sa santé. Parmi les auto-soins figurent les approches d'auto-prise en charge. Étant donné la nature de l'avortement médicamenteux, les femmes ont la possibilité de gérer elles-mêmes, en totalité ou en partie, les éléments de ce processus, à savoir l'auto-évaluation de l'admissibilité, l'auto-administration des médicaments et l'auto-évaluation de la réussite de l'avortement. Malgré cela, l'auto-prise en charge s'effectue plus généralement en interaction avec des agents de santé qualifiés ou un établissement de santé, et en conjonction avec des approches de prestation de services telles que décrites dans la section 3.6.1. C'est la personne elle-même qui décide quels seront les aspects des soins liés à l'avortement qu'elle prendra en charge seule et ceux qui seront réalisés avec l'appui de ou fournis par des agents de santé formés ou dans un établissement de santé.

Les femmes peuvent assumer seules tout ou partie du processus d'avortement pour diverses raisons liées à leur situation et à leurs préférences personnelles. Pour certaines femmes, cela peut être la seule option possible dans leur situation tandis que, pour d'autres, cela peut représenter un choix délibéré. Toutefois, du point de vue du système de santé, l'auto-prise en charge ne devrait pas être considérée comme une option de « dernier recours » ou un substitut à un système de santé défaillant. L'auto-prise en charge doit être reconnue comme une extension potentiellement active et favorisant l'autonomie du système de santé et des approches de partage des tâches. Un environnement favorable tel que décrit à la section 1.3 du chapitre 1 s'applique aussi bien aux approches d'auto-prise en charge qu'aux autres éléments de la prestation de soins.



AUTO-PRISE EN CHARGE Recommandation 50 : Auto-prise en charge totale ou partielle de l'avortement médicamenteux à un âge gestationnel <12 semaines

En cas d'avortement médicamenteux à <12 semaines (par l'association de mifépristone et de misoprostol ou par misoprostol seul) : **Recommander** l'option de l'auto-prise en charge du processus d'avortement médicamenteux dans son ensemble ou pour l'une des trois composantes du processus :

- auto-évaluation de l'admissibilité (détermination de l'âge gestationnel ; 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 prise en charge du processus d'avortement ;
- auto-évaluation de la réussite de l'avortement.

Remarques:

- Il existait davantage de données probantes sur l'auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux (en utilisant l'un ou l'autre des schémas) à un âge gestationnel de moins de 10 semaines.
- Cette recommandation s'applique à l'association de mifépristone et de misoprostol, ainsi qu'à l'utilisation de misoprostol seul. L'association de létrozole et de misoprostol n'était pas évaluée dans les études incluses pour étayer ces recommandations.
- Toute personne pratiquant l'auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux doit également avoir accès à des informations fiables, à des médicaments de qualité garantie, y compris pour la prise en charge de la douleur, au soutien d'agents de santé formés et à un établissement de santé, ainsi qu'à des services d'orientation-recours si elle le souhaite ou en cas de besoin.
- Il peut s'avérer nécessaire de modifier les conditions de prescription et de délivrance des médicaments utilisés pour l'avortement ou de mettre en place d'autres mécanismes d'auto-prise en charge dans le cadre réglementaire du système de santé.

Source: recommandation actualisée de l'OMS (2016) (23).

Remarque sur la mise à jour de la recommandation : il s'agissait d'une recommandation existante, pour laquelle les données probantes relatives à toutes les sous-tâches ont été examinées au moyen de la méthodologie GRADE. Après examen, les recommandations pour toutes les sous-tâches ont été mises à jour et renforcées, passant de « Suggérer » pour l'auto-administration et l'auto-évaluation du résultat, et de « uniquement dans le cadre de recherches rigoureuses » pour l'auto-évaluation de l'admissibilité à « Recommander ».



où

Aucune exigence en ce qui concerne le lieu (au sein de l'établissement de santé ou en dehors)

Justification

Deux examens systématiques ont été réalisés afin de répondre à cette question clé. Le premier examen portait sur l'auto-évaluation de l'admissibilité à l'avortement et sur l'auto-évaluation de la réussite de l'avortement. Au total, 14 études rendant compte de ces deux sous-tâches ont été identifiées grâce à la stratégie de recherche. Les quatre études sur l'auto-évaluation de l'admissibilité ont été réalisées en Afrique du Sud, au Royaume-Uni et aux États-Unis d'Amérique. Dix études sur l'auto-évaluation de la réussite de l'avortement ont été menées en Autriche, en Finlande, en Inde, au Mexique, au Népal, en Norvège, en Afrique du Sud, en Suède, en Ouzbékistan et au Viet Nam. Le second examen portait sur l'auto-administration des médicaments et comprenait 18 études qui ont été conduites en Albanie, au Bangladesh, en Chine, en France, en Inde, au Nigéria, en Tunisie, en Turquie et au Viet Nam. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 2, à la section intitulée EtD framework on Self-management of medical abortion (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à l'auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux).

Auto-évaluation de l'admissibilité : il existe des données probantes de faible niveau de certitude sur la sécurité, l'efficacité et l'acceptabilité de l'auto-évaluation de l'admissibilité à l'avortement médicamenteux, en utilisant la date de début des dernières règles seule ou en combinaison avec d'autres outils (par exemple, des listes de contrôle). Le groupe d'experts a discuté de la faisabilité de cette intervention dans certains scénarios, notamment en cas de règles régulières, de date de début des dernières règles connue et de disponibilité d'outils validés. Lorsqu'elles disposent des informations nécessaires, les femmes sont en mesure de déterminer si elles remplissent les critères pour pouvoir recourir à l'avortement médicamenteux. Compte tenu de cela ainsi que des valeurs et préférences et de l'acceptabilité élevée de cette approche, le groupe s'est prononcé en faveur de l'intervention.

Auto-administration des médicaments : des données probantes indiquent que l'option d'auto-administration des médicaments abortifs est efficace (niveau de certitude modéré) et sans danger (faible niveau de certitude). Les femmes se sont déclarées très satisfaites de prendre elles-mêmes leurs médicaments pour l'avortement (niveau de certitude très faible des données). L'observance du traitement médicamenteux pour l'avortement était bonne (niveau de certitude faible). L'acceptabilité et la faisabilité élevées étaient en faveur de cette intervention.

Auto-évaluation de la réussite : des données probantes de niveau de certitude élevé montrent que l'auto-évaluation du résultat/de la réussite de l'avortement (à l'aide d'outils tels qu'un test de grossesse à faible sensibilité ou un test de grossesse semi-quantitatif) est aussi efficace que l'évaluation par un agent de santé formé. Des données probantes de faible niveau de certitude indiquent qu'un plus grand nombre de femmes du groupe d'auto-évaluation se sont dites satisfaites du processus.



COMMENT

Considérations relatives à la mise en œuvre

- Chaque personne doit avoir accès à des informations précises sur le processus d'auto-prise en charge et sur les autres options disponibles dans son contexte local, afin de pouvoir prendre une décision éclairée concernant l'auto-prise en charge de tout ou partie du processus.
- L'auto-évaluation de l'admissibilité comprend l'évaluation de la durée de la grossesse d'après la date de début des dernières règles. Des outils papier ou numériques visant à aider à se rappeler facilement cette date et à calculer la durée ou des listes de contrôle peuvent faciliter l'auto-évaluation des critères pour pouvoir recourir à l'avortement. Lorsque les cycles menstruels sont irréguliers ou que les femmes

ont d'autres préoccupations, elles devraient être encouragées à demander l'appui d'un agent de santé qualifié si possible.

- L'auto-administration des médicaments et l'auto-prise en charge du processus d'avortement médicamenteux impliquent de prendre tout ou partie des médicaments pour l'avortement sans la supervision directe d'un agent de santé. Il est important que toutes les sources auprès desquelles les médicaments sont achetés délivrent des médicaments de qualité garantie.
- Les femmes devraient également recevoir des informations sur la douleur lors de l'avortement et être en mesure d'obtenir des médicaments pour la prise en charge de la douleur.
- Les femmes devraient aussi disposer d'informations sur les conditions requises pour prendre en charge des saignements liés à l'avortement à domicile, et devraient avoir accès à des soins d'urgence ou être orientées vers ces derniers si cela s'avère nécessaire.
- L'auto-évaluation de la réussite de l'avortement peut se faire à l'aide de listes de contrôle des signes et symptômes. D'autres outils (par exemple, des tests de grossesse à faible sensibilité), s'ils sont disponibles, peuvent être utilisés pour aider la femme à évaluer elle-même la réussite de l'avortement. Les tests de grossesse urinaires de faible sensibilité sont différents des tests de grossesse ordinaires. L'utilisation d'un test de grossesse à haute sensibilité (un test de grossesse semi-quantitatif) seul ou en association avec des listes de contrôle s'est avérée avoir une sensibilité plus élevée pour déterminer la réussite de l'avortement. La femme devrait avoir accès à un agent de santé ou à un établissement de santé pour confirmer la réussite de l'avortement ou prendre en charge les effets secondaires ou les complications.
- Dans le cadre d'un environnement favorable, les agents de santé et gestionnaires devraient reconnaître l'auto-prise en charge comme une voie légitime de soins liés à l'avortement et s'efforcer d'adapter les systèmes de santé afin de faciliter l'auto-prise en charge de l'avortement et de soutenir les femmes dans cette démarche, en adaptant par exemple les protocoles cliniques en vigueur dans leur établissement.
- Des mécanismes doivent être mis en place pour garantir l'accès à des services de contraception post-avortement ou l'orientation vers ces services et la fourniture d'une contraception aux femmes qui le souhaitent.
- Si l'auto-prise en charge peut contribuer à des gains d'efficacité à long terme au sein des systèmes de santé, elle ne devrait pas pour autant signifier que la charge du coût des services de santé est simplement transférée du prestataire ou de l'établissement à la femme elle-même.

3.6.3 Approches d'auto-prise en charge de la contraception post-avortement

Toutes les méthodes contraceptives peuvent être envisagées après un avortement. Pour plus d'informations, reportez-vous à la section 3.5.4 : « contraception après un avortement ». De nombreuses méthodes de planification familiale sont entièrement auto-prises en charge (c'est-à-dire achetées en vente libre ou en ligne et auto-administrées) et généralement disponibles sans ordonnance, notamment les méthodes barrières et certains contraceptifs hormonaux, y compris certaines pilules contraceptives orales (PCO), ainsi que les pilules contraceptives d'urgence.

Pour les méthodes qui nécessitent traditionnellement une prescription d'un médecin et/ou une administration par un agent de santé, le fait d'inclure la possibilité d'utiliser des approches d'auto-prise en charge, telles que les contraceptifs oraux en vente libre et l'auto-injection de contraceptifs hormonaux, peut améliorer la poursuite de l'utilisation de contraceptifs en levant les obstacles, comme la nécessité de retourner dans un établissement de santé tous les trois mois pour une nouvelle injection. De telles approches pourraient élargir l'accès à la contraception pour les personnes qui rencontrent des difficultés pour se rendre régulièrement dans un établissement de santé et dans les zones faisant face à une pénurie d'agents de santé, ce qui pourrait réduire considérablement l'incidence des grossesses non désirées.

QUOI

QUI

AUTO-PRISE EN CHARGE Recommandation 51 - Auto-administration de contraceptifs injectables (début et poursuite du traitement) ¹⁷

Recommander l'option de l'auto-administration de contraceptifs injectables après l'avortement.

Remarque :

- L'administration d'un contraceptif injectable implique l'utilisation d'une seringue et peut être intramusculaire ou sous-cutanée. Des dispositifs pré-remplis autobloquants compacts ont été mis au point pour faciliter le processus d'auto-administration.

Source: recommandation actualisée de l'OMS (2016) (23).

Note sur la mise à jour de la recommandation : il s'agissait d'une recommandation existante pour laquelle les données probantes ont été examinées au moyen de la méthodologie GRADE. Après examen, la recommandation a été renforcée, passant de « Suggérer » à « Recommander ».

OÙ

Aucune exigence en ce qui concerne le lieu (au sein de l'établissement de santé ou en dehors)

Justification

Un examen systématique a été réalisé afin de répondre à cette question clé. Des études portant sur des populations indirectes (c'est-à-dire des femmes en âge de procréer désireuses de commencer ou de poursuivre une contraception injectable) ont également été analysées en vue de leur inclusion dans cet examen. Sept études portant sur les contraceptifs injectables auto-administrés ont été identifiées grâce à la stratégie de recherche et incluses dans les données probantes examinées : trois essais contrôlés randomisés ont été menés au Malawi et aux États-Unis d'Amérique, et quatre études d'observation ont été réalisées au Sénégal, en Ouganda, au Royaume-Uni et aux États-Unis d'Amérique. Les données probantes ont été considérées comme indirectes étant donné qu'aucune des femmes incluses dans les études examinées n'a été décrite comme ayant eu recours à un moyen de contraception post-avortement. Un résumé des données probantes figure dans le Supplément 3, à la section intitulée EtD framework on Self-administration of injectable contraception (Cadre décisionnel fondé sur des données probantes pour les recommandations relatives à l'auto-administration de contraceptifs injectables).

Des données probantes indiquent que les taux de poursuite du traitement par contraceptifs injectables auto-administrés sont plus élevés que pour les contraceptifs injectables administrés par des prestataires en milieu clinique (niveau de certitude des données probantes très faible à faible). Le degré de satisfaction était plus élevé dans le groupe d'auto-administration (niveau de certitude des données probantes très faible à modéré). L'option d'auto-administration des contraceptifs injectables pourrait se traduire par un gain de temps et d'argent pour les femmes. En outre, cette option pourrait permettre d'élargir le choix en matière de contraceptifs et l'autonomie dans l'utilisation des contraceptifs dans un cadre fondé sur les droits.

COMMENT

Considérations relatives à la mise en œuvre

- Il doit y avoir une formation à la technique de l'auto-injection.
- Une formation et des dispositifs pour le stockage et l'élimination sûrs et sécurisés des instruments piquants ou tranchants (contraceptifs injectables usagés), sont nécessaires, en particulier dans les milieux à forte prévalence du VIH.

¹⁷ Inclure ici une recommandation portant uniquement sur les contraceptifs injectables n'implique pas que les options contraceptives post-avortement pour les femmes doivent être limitées à cette méthode, ni d'ailleurs aux méthodes couvertes par les recommandations présentées à la section 3.5.4 ; toutes les méthodes contraceptives peuvent être envisagées après un avortement.

- La personne doit être en mesure de se procurer régulièrement des contraceptifs injectables sans avoir besoin de se rendre à plusieurs reprises dans un établissement de santé.

QUOI

QUI

AUTO-PRISE EN CHARGE Recommandation 52 - Pilules contraceptives orales en vente libre

Recommander la mise à disposition en vente libre de pilules contraceptives orales (PCO), sans ordonnance, pour les personnes ayant recours à cette méthode.

AUTO-PRISE EN CHARGE Recommandation 53 - Pilules contraceptives d'urgence en vente libre

Recommander la mise à disposition en vente libre de pilules contraceptives d'urgence, sans ordonnance, pour les personnes qui souhaitent utiliser une contraception d'urgence.

AUTO-PRISE EN CHARGE Recommandation 54 - Utilisation du préservatif

L'utilisation systématique et correcte des préservatifs masculins et féminins s'avère 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 ainsi que les affections associées, notamment les verrues génitales et le cancer du col de l'utérus, et pour éviter les grossesses non désirées.

Source: recommandations 15, 16 et 18 reprises de l'OMS (2021) (26).

OÙ

Aucune exigence en ce qui concerne le lieu (au sein de l'établissement de santé ou en dehors)

COMMENT

Considérations relatives à la mise en œuvre pour les pilules contraceptives orales

- Il convient de fournir jusqu'à un an de pilules, selon la préférence de la femme et l'utilisation prévue.
- Un équilibre doit être trouvé au sein des programmes entre le fait de donner aux femmes un accès maximal aux pilules et les préoccupations concernant l'approvisionnement en contraceptifs et leur logistique.
- Le système de réapprovisionnement devrait être flexible, et permettre à la femme d'obtenir facilement la quantité de pilules qu'elle souhaite au moment où elle en a besoin.¹⁸

¹⁸ Il s'agit des recommandations 20a, b et c de l'OMS (2021) (26).

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS CONCERNANT LES APPROCHES D'AUTO-PRISE EN CHARGE

- Les soins de santé sexuelle et reproductive doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité.
- Les États doivent garantir l'accès à un large éventail de méthodes contraceptives modernes, sûres et abordables.
- Les États doivent garantir un accès adéquat aux médicaments essentiels à un prix abordable et sans discrimination aucune.
- Les États doivent respecter l'autonomie dans la prise de décision, la non-discrimination et l'égalité. Cela signifie qu'ils devraient abroger ou réformer les lois et les politiques qui annulent ou affectent la capacité de certains individus et groupes à réaliser leur droit à la santé sexuelle et reproductive, y compris la pénalisation de l'avortement ou les lois restrictives sur l'avortement.
- Les États doivent prendre des mesures pour que chaque individu puisse avoir accès, de manière confidentielle, à des informations précises et fondées sur des données probantes concernant l'avortement.
- Les États doivent prendre des mesures visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles.
- Conformément aux exigences des droits humains, l'auto-prise en charge de l'avortement ne devrait pas être passible de sanctions pénales. La pénalisation de l'auto-prise en charge de l'avortement pourrait retarder la recherche d'aide ou de soins après l'avortement lorsqu'ils s'avèrent nécessaires, ou y faire obstacle. L'auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux devrait être proposée comme une option lorsque cela est jugé pertinent sur le plan clinique. Son accès ne devrait pas être restreint pour des raisons non cliniques telles que l'âge.

Pour plus d'informations et de sources, reportez-vous à l'Encadré 1.2 et à l'annexe Web A. Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement).

Liens vers des sujets/recommandations connexes



Chapitre 4.

Diffusion, applicabilité, lacunes dans la recherche et mises à jour futures des lignes directrices et recommandations

4.1 Diffusion

Les présentes lignes directrices seront publiées en version numérique (une version interactive sur le Web et un document traditionnel disponible en ligne en téléchargement) et en version papier. Pour de plus amples informations, veuillez vous reporter à l'annexe 11.

La traduction des présentes lignes directrices en espagnol (en collaboration avec l'Organisation panaméricaine de la Santé [OPS]), en français et en portugais est prévue. Des traductions dans d'autres langues des Nations Unies seront réalisées selon les besoins.

Plusieurs produits dérivés seront élaborés sur la base de ces lignes directrices actualisées et unifiées :*

- des orientations opérationnelles contenant des détails sur la mise en œuvre des recommandations, y compris des considérations stratégiques pour améliorer l'accès à des soins liés à l'avortement de qualité pour les jeunes ;
- des documents d'information, tels que des affiches mettant en lumière certaines recommandations, qui peuvent être placés dans les établissements de santé et d'autres lieux concernés ;
- des fiches ou cartes en format poche pour les agents de santé, reprenant les recommandations actualisées relatives à l'avortement médicamenteux, à l'avortement chirurgical et à la contraception post-avortement, et des cartes d'orientation pour diriger les personnes vers d'autres services de soins de santé (adaptées à une utilisation par différents types d'agents de santé et aux différents niveaux d'alphabétisation) ;
- des outils d'aide à la décision conviviaux destinés aux agents de santé et aux décideurs, créés avec la contribution d'utilisateurs finaux qui seront impliqués dans le processus de détermination de la meilleure façon de traduire les lignes directrices à cette fin (les outils pourraient inclure des outils d'aide à la décision numériques dans le format d'une application mobile [app]) ;
- des études de cas sur les soins liés à l'avortement de qualité dans différentes situations de crise humanitaire, pour démontrer et mettre en évidence les considérations et les exigences pertinentes ;

- des orientations opérationnelles sur la prise en charge médicamenteuse de certaines indications cliniques, comme les fausses couches.

* Note : l'OMS travaillera en collaboration avec les organismes des Nations Unies concernés selon qu'il conviendra pour mettre en œuvre les efforts de diffusion. Elle s'emploiera ainsi en partenariat avec le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) à diffuser les recommandations et des outils destinés à soutenir l'application d'une approche de la santé sexuelle et reproductive fondée sur les droits humains, et à répondre aux demandes d'assistance technique adressées par les pays pour mettre en œuvre ces approches.

4.2 Mise en œuvre et évaluation de l'impact des lignes directrices

La mise en œuvre des présentes lignes directrices nécessite une approche comportant de multiples facettes. Après les efforts initiaux de publication, de traduction et de diffusion aux niveaux régional, national et local (voir l'annexe 11), il importera d'appliquer des techniques actives telles que l'organisation d'ateliers et de programmes de formation pour familiariser les utilisateurs avec les lignes directrices. Il sera également crucial que les membres de l'équipe de l'OMS collaborent avec les gestionnaires et le personnel des établissements de santé afin d'intégrer des rappels concernant les dernières orientations dans leurs systèmes de soutien clinique. En ce qui concerne la planification des politiques et des programmes, il sera crucial de travailler avec les décideurs et les autorités sanitaires nationales et locales pour garantir la mise en œuvre des recommandations adoptées à tous les niveaux du système de santé. La collaboration avec les ministères nationaux et les bureaux de pays de l'OMS en vue de contextualiser les lignes directrices pourrait faciliter leur adaptation.

On s'attend à ce que le principal obstacle à la mise en œuvre de ces lignes directrices soit le sujet – les soins liés à l'avortement de qualité – qui représente une question sensible et sujette à stigmatisation. Cela signifie qu'il est d'autant plus important de travailler avec les parties prenantes, y compris les gouvernements, les décideurs et les défenseurs de l'avortement sécurisé et légal, pour leur fournir des informations sur les lignes directrices et engager un échange ouvert sur les réalités de l'avortement dans leur pays. L'utilisation de la base de données mondiale sur les politiques en matière d'avortement Global Abortion Policies Database facilitera ces discussions (116).

L'évaluation du processus et de l'impact se poursuivra durant la première année de mise en œuvre de ces lignes directrices, en mettant l'accent sur l'accessibilité, l'acceptation, l'utilisation, l'impact et la généralisabilité de ces lignes directrices et des recommandations qui y sont formulées. Pour évaluer l'utilisation des documents, la connexion à la version interactive en ligne des lignes directrices, le nombre de téléchargements du document à partir du site Web de l'OMS et le nombre de copies papier des lignes directrices demandées et distribuées par l'intermédiaire du centre de documentation feront l'objet d'un suivi.

Un an après la publication, une évaluation de l'impact immédiat des lignes directrices sera réalisée sous la forme d'une enquête en ligne. Cette évaluation sera menée par l'intermédiaire des bureaux régionaux et de pays de l'OMS et auprès de répondants sélectionnés d'autres groupes d'utilisateurs (associations professionnelles, ONG, par exemple) afin d'apprécier l'utilisation qui en est faite dans les pays et de déterminer si et comment les recommandations formulées dans les lignes directrices ont été mises en œuvre ou ont influencé les décisions politiques. Cette évaluation de l'impact à court terme comprendra également une évaluation des obstacles à une mise en œuvre efficace, ce qui constituera un retour d'information important pour les produits dérivés et les modifications futures.

4.3 Lacunes dans la recherche/sujets pour de futures recherches

Au cours de l'élaboration de ces lignes directrices, lors des réunions des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations et du Groupe d'élaboration des lignes directrices, plusieurs lacunes en matière de données probantes et domaines de recherche ont été identifiées.

Droit et politique

- Impact des lois et politiques relatives à l'avortement sur les personnes handicapées et les personnes à capacités réduites qui souhaitent avoir recours à l'avortement
- Impact des lois et politiques relatives à l'avortement sur les groupes en situation de vulnérabilité et les

groupes à l'identité marginalisée, en particulier les adolescents et les personnes transgenres

- Impacts, effets et implications en matière de droits des obstacles procéduraux à l'avortement dans divers contextes
- Impacts, effets et implications en matière de droits de la mise à disposition de l'avortement à la demande de la femme, de la fille ou de toute autre personne enceinte, sans restriction supplémentaire
- Impacts, effets et implications en matière de droits de la dépénalisation de l'auto-prise en charge de l'avortement et de l'assistance à l'auto-prise en charge de l'avortement

Services cliniques

- Efficacité, sécurité et acceptabilité du schéma thérapeutique associant létrozole et misoprostol selon l'âge gestationnel comparées à celles du schéma associant mifépristone et misoprostol
- Efficacité de l'utilisation du misoprostol seul (c'est-à-dire dans le cadre d'une utilisation typique/réelle en dehors des conditions d'étude, nombre optimal de doses répétées)
- Efficacité, sécurité et acceptabilité de l'utilisation du misoprostol seul selon l'âge gestationnel
- Efficacité, sécurité et acceptabilité de l'avortement médicamenteux en ambulatoire à un âge gestationnel ≥ 12 semaines
- Sécurité, efficacité et acceptabilité des antiépileptiques et des anxiolytiques pour la prise en charge de la douleur lors d'un avortement médicamenteux à un âge gestationnel ≥ 14 semaines
- Prise en charge de la préparation cervicale avant dilatation et évacuation à un âge gestationnel ≥ 18 semaines dans les contextes où les dilateurs osmotiques ne sont pas disponibles
- Schémas optimaux d'antibioprophylaxie en prévention de l'infection après l'avortement
- Méthodes efficaces de diagnostic et de traitement des grossesses extra-utérines asymptomatiques
- Sécurité et efficacité du dépistage et du traitement antibiotique de la maladie inflammatoire pelvienne avant un avortement chirurgical comparées à celles de l'utilisation préopératoire ou peropératoire d'antibiotiques prophylactiques sans dépistage ou évaluation des risques d'infection inflammatoire pelvienne
- Efficacité de la télémédecine pour l'avortement médicamenteux à un âge gestationnel < 6 semaines
- Efficacité, sécurité et acceptabilité de toutes les méthodes d'avortement et des interventions cliniques connexes selon l'âge gestationnel chez les personnes transgenres, non binaires et intersexuelles souhaitant avoir recours à l'avortement
- Élaboration et adaptation de matériels validés à distribuer aux personnes qui ont recours à l'auto-prise en charge de l'avortement incluant les informations dont elles ont besoin pour prendre des décisions éclairées sur les risques/bénéfices et les options alternatives à l'utilisation des différents schémas d'avortement médicamenteux
- Élaboration d'informations efficaces et conviviales à l'intention des personnes qui souhaitent avoir recours à l'avortement, par exemple des brochures et des pages Web ou des informations à utiliser dans le cadre de lignes d'assistance téléphonique et de services de télémédecine
- Élaboration et validation de matériel de formation de qualité à utiliser pour former les prestataires à un éventail de services de soins liés à l'avortement (par exemple, pour former les pharmaciens, le personnel de pharmacie et les agents de santé communautaires à mener à bien efficacement toutes les tâches liées à l'avortement médicamenteux à un âge gestationnel < 12 semaines ou apporter le soutien nécessaire à l'auto-prise en charge de ce dernier)
- Sécurité, commodité et acceptabilité de la réutilisation du matériel d'aspiration manuelle

Prestation de services

- Sécurité, efficacité et faisabilité de l'élargissement des rôles des agents de santé pour certaines tâches des soins liés à l'avortement dans les milieux à revenu faible ou intermédiaire (par exemple, avortement chirurgical à un âge gestationnel ≥ 12 semaines, aspiration en cas d'avortement incomplet)

- Faisabilité de l'administration de contraceptifs injectables par les pharmaciens dans les contextes de ressources faibles et intermédiaires (recherche sur la mise en œuvre)
- Évaluation de l'impact des approches de marketing social et de franchisage social dans les soins liés à l'avortement par le biais de recherches évaluatives
- Conditions de prescription et de délivrance les plus appropriées des médicaments destinés à l'avortement, incluant une comparaison entre les médicaments que la personne achète elle-même et les médicaments prescrits et/ou dispensés par des agents de santé formés
- Mécanismes garantissant que les personnes qui prennent en charge elles-mêmes leur avortement médicamenteux ont accès à des médicaments pour soulager la douleur et à des méthodes contraceptives
- Acceptabilité et satisfaction à l'égard d'une gamme d'approches de prestation de services pour des soins liés à l'avortement de qualité pour les personnes transgenres, non binaires et intersexuelles

Couverture sanitaire universelle (CSU), financement de la santé et produits de santé

- Impact des modifications du schéma thérapeutique associant la mifépristone et le misoprostol dans les listes modèles de l'OMS des médicaments essentiels, déterminé par le biais d'études évaluatives

Indicateurs proposés pour le suivi et l'évaluation des soins

- Élaboration et validation d'indicateurs qui prennent en compte le handicap social et économique en plus du handicap physique dans le calcul du nombre d'années de vie avec un handicap lié à l'avortement (conformément à l'accent croissant mis sur l'estimation de la charge mondiale de morbidité et du handicap)
- Élaboration et validation de méthodes normalisées de vérification des données, afin que les données relatives à l'avortement puissent être présentées avec un score de vérification (dans le cadre des efforts visant à remédier à la sous-notification des données relatives à l'avortement en raison de la stigmatisation qui y est associée)
- Mise au point et utilisation accrue de méthodes qualitatives pour le suivi et l'évaluation des soins liés à l'avortement de qualité afin d'identifier les obstacles aux progrès et les facteurs favorables pour renforcer la performance des systèmes de santé.

Références bibliographiques

1. Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux. Stratégie mondiale adoptée lors de la Cinquante-septième Assemblée mondiale de la Santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2004 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68869/WHO_RHR_04.8_fre.pdf).
2. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. Adoptée en 1946, entrée en vigueur en 1948. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1946 (<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>).
3. Observation générale n° 22 sur le droit à la santé sexuelle et procréative (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels). Genève : Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies ; 2016 (E/C.12/GC/22).
4. Observation générale n° 31. La nature de l'obligation juridique générale imposée aux États parties au Pacte. Pacte international relatif aux droits civils et politiques. New York (NY) : Comité des droits de l'homme des Nations Unies (80e session) ; 2004 (CCPR/C/21/Rev.1/Add.13).
5. Droit international humanitaire et droits de l'homme. Comité international de la Croix-Rouge (CICR) ; 2010 (<https://www.icrc.org/fr/document/dih-droits-homme>).
6. Recommandation générale n° 30 sur les femmes dans la prévention des conflits, les conflits et les situations d'après conflit. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies ; 2013 (CEDAW/C/GC/30).
7. Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19 : orientations provisoires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2).
8. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund. Continuing essential sexual, reproductive, maternal, neonatal, child and adolescent health services during COVID-19 pandemic: practical considerations. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1278406/retrieve>).
9. Global Health Cluster, World Health Organization (WHO). Working paper on the use of essential packages of health services in protracted emergencies. Geneva: WHO; 2018 (<https://healthcluster.who.int/publications/m/item/working-paper-on-the-use-of-essential-packages-of-health-services-in-protracted-emergencies>).
10. Global Health Cluster COVID-19 Task Team. Essential health services: a guidance note: how to prioritize and plan essential health services during COVID-19 response in humanitarian settings. Global Health Cluster; 2020 (<https://www.who.int/health-cluster/news-and-events/news/GHC-COVID-TT-EHS-final.pdf>).
11. COVID-19 : questions fréquemment posées [site Web]. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) ; 2020 (<https://www.unfpa.org/fr/covid-19-faq>).
12. COVID-19 technical brief for maternity services. United Nations Population Fund (UNFPA); 2020 (<https://www.unfpa.org/resources/covid-19-technical-brief-maternity-services>).
13. Achieve gender equality to deliver the SDGs [site Web]. International Institute for Sustainable Development; 2017 (<http://sdg.iisd.org/commentary/policy-briefs/achieve-gender-equality-to-deliver-the-sdgs/>).
14. La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016–2030). New York (NY) : Chaque femme Chaque enfant ; 2015 (<https://www.everywomaneverychild.org/global-strategy/>).
15. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006 (https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf).
16. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020;8(9):e1152–e61.
17. Principaux repères : avortement [site Web] Genève : Organisation mondiale de la Santé ;

- 2020 (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abortion>).
18. Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017;390(10110):2372-81.
 19. Avortement sécurisé : orientations techniques et politiques pour les systèmes de santé. Deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78413/9789242548433_fre.pdf).
 20. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323-e33.
 21. Kassebaum N, Bertozzi-Villa A, Coggeshall M, Shackelford K, Steiner C, Heuton K, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384(9947):980-1004.
 22. Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *BJOG*. 2015;123(9):1489-98.
 23. Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204495/9789242549263_fre.pdf).
 24. WHO handbook for guideline development, second edition. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>).
 25. Lignes directrices unifiées relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/312286>).
 26. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030909>).
 27. Conseil des droits de l'homme, Trente-cinquième session, 6-23 juin 2017, Point 3 de l'ordre du jour : Promotion et protection de tous les droits de l'homme, civils, politiques, économiques, sociaux et culturels, y compris le droit au développement. Rapport de l'Expert indépendant sur la protection contre la violence et la discrimination fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre : Note du Secrétariat. New York (NY) : Assemblée générale des Nations Unies ; 2017 (A/HRC/35/36 ; <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/095/56/PDF/G1709556.pdf>).
 28. Rapport de l'Expert indépendant sur la protection contre la violence et la discrimination fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre, 12 juillet 2018. New York (NY) : Assemblée générale des Nations Unies ; 2018 (A/73/152 ; <https://undocs.org/A/73/152>).
 29. Framework on integrated people-centred health services (IPCHS). Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/service-organizations-and-integration>).
 30. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: WHO; 2018. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>).
 31. Altshuler A, Whaley N. The patient perspective: perceptions of the quality of the abortion experience. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2018;30(6):407-13.
 32. Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement. L'édition du vingtième anniversaire. New York (NY) : Nations Unies ; 2014 (<https://www.unfpa.org/fr/publications/programme-d-action-de-la-conference-internationale-sur-la-population-et-le>).
 33. Développement durable : les 17 objectifs [site Web]. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies ; 2021 (<https://sdgs.un.org/fr/goals>).
 34. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par la résolution 2200A (XXI) de l'Assemblée générale en date du 16 décembre 1966, entré en vigueur le 3 janvier 1976, conformément aux dispositions de l'article 27. Nations Unies ; 1966.
 35. Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint. Rapport présenté à l'Assemblée générale des Nations Unies. New York (NY) : Nations Unies ; 2016 (A/HRC/32/32).

36. Observation générale n° 36. Article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, sur le droit à la vie. Genève : Comité des droits de l'homme des Nations Unies (124e session) ; 2018 (CCPR/C/GC/36).
37. Rapport intermédiaire du Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Rapport intermédiaire présenté à l'Assemblée générale. New York (NY) : Nations Unies ; 2011 (A/66/254).
38. Recommandation générale n° 34 sur les droits des femmes rurales. New York (NY) : Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies ; 2016 (CEDAW/C/GC/34).
39. Recommandation générale n° 24 : article 12 de la Convention (Les femmes et la santé). Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies ; 1999 (A/54/38/Rev.1).
40. Observation générale n° 28. Article 3 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, sur l'égalité des droits entre hommes et femmes. New York (NY) : Comité des droits de l'homme des Nations Unies ; 2000 (CCPR/C/21/Rev.1/Add.10).
41. Rapport du Groupe de travail des Nations Unies chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes, dans la législation et dans la pratique soumis au Conseil des droits de l'homme. New York (NY) : Assemblée générale des Nations Unies ; 2016 (A/HRC/32/44).
42. Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Droits en matière de santé sexuelle et procréative : défis et possibilités pendant la pandémie de COVID-19. Nations Unies ; 2021 (A/76/172).
43. Observation générale n° 4. La santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant. Genève : Comité des droits de l'enfant des Nations Unies ; 2003 (CRC/GC/2003/4).
44. Rapporteuse spéciale sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires. Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires concernant une perspective de genre des meurtres arbitraires. Nations Unies ; 2017 (A/HRC/35/23).
45. Observation générale n° 15 sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible (article 24). Genève : Comité des droits de l'enfant des Nations Unies ; 2013 (CRC/C/GC/15).
46. Observation générale n° 14. Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12). Genève : Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies ; 2000 (E/C.12/2000/4).
47. Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Rapport du Rapporteur spécial, Paul Hunt. Conseil économique et social des Nations Unies ; 2004 (E/CN.4/2004/49).
48. Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez. Rapport présenté au Conseil des droits de l'homme. New York (NY) : Assemblée générale des Nations Unies ; 2013 (A/HRC/22/53).
49. Observation générale n° 25 sur la science et les droits économiques, sociaux et culturels (par. 1 b), 2, 3 et 4 de l'article 15 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Genève : Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies ; 2020 (E/C.12/GC/25).
50. Whelan c. Irlande. Comité des droits de l'homme des Nations Unies ; 2017 (CCPR/C/11/D/2425/2014).
51. Mellet c. Irlande. Comité des droits de l'homme des Nations Unies ; 2016 (CCPR/C/116/D/2324/2013).
52. Observation générale n° 3 (article 6) sur les femmes et les filles handicapées. Genève : Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies ; 2016 (CRPD/C/GC/3).
53. Observation générale n° 20. La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels (art. 2, par. 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels). Genève : Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies ; 2009 (E/C.12/GC/20).
54. Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Rapport intermédiaire présenté au Conseil des droits de l'homme. Conseil des droits de l'homme des Nations Unies ; 2013 (A/HRC/23/42).
55. Recommandation générale n° 35 sur la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre, portant actualisation de la recommandation générale n° 19. New York (NY) : Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies ; 2017 (CEDAW/C/GC/35).

56. Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Rapport présenté au Conseil des droits de l'homme. Nations Unies ; 2008 (A/HRC/7/3).
57. KL c. Pérou. Comité des droits de l'homme des Nations Unies ; 2005 (CCPR/C/85/D/1153/2003).
58. Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Rapport présenté à l'Assemblée générale. Nations Unies ; 2009 (A/64/272).
59. Convention relative aux droits des personnes handicapées. Adoptée le 13 décembre 2006, entrée en vigueur le 3 mai 2008. New York (NY) ; Nations Unies (A/RES/61/106).
60. Garantir la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation pour toutes les femmes, en particulier les femmes handicapées. Déclaration conjointe du Comité des droits des personnes handicapées et du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Adoptée le 29 août 2018. Nations Unies ; 2018.
61. Recommandation générale n° 33 sur l'accès des femmes à la justice. New York (NY) : Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies ; 2015 (CEDAW/C/GC/33).
62. Observation générale n° 20 sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence. Genève : Comité des droits de l'enfant des Nations Unies ; 2016 (CRC/C/GC/20).
63. Rapport du Groupe de travail chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes, dans la législation et dans la pratique. Rapport présenté au Conseil des droits de l'homme. New York (NY) : Assemblée générale des Nations Unies ; 2016 (A/HRC/32/44).
64. Observation générale n° 3 : La nature des obligations des États parties (article 2, par. 1, du Pacte). Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies ; 1990 (E/1999/12).
65. World Health Organization (WHO) Department of Mental Health and Substance Abuse, Victorian Health Promotion Foundation, University of Melbourne. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva: WHO; 2004.
66. Aniteye P, Mayhew S. Shaping legal abortion provision in Ghana: using policy theory to understand provider-related obstacles to policy implementation. *Health Res Policy Syst.* 2013;11(23). doi:10.1186/1478-4505-11-23.
67. Diniz D, Madeiro A, Rosas C. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil. *Reprod Health Matters.* 2014;22(43):141-8.
68. Fink L, Stanhope K, Roachat R, Bernal O. "The fetus is my patient, too": attitudes toward abortion and referral among physician conscientious objectors in Bogotá, Colombia. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2021;42(2):71-80.
69. Convention relative aux droits de l'enfant. New York (NY) : Nations Unies ; 1989.
70. Observation générale n° 6 sur l'égalité et la non-discrimination. Genève : Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies ; 2018 (CRPD/C/GC/6).
71. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. New York (NY) : Nations Unies ; 1979.
72. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : une approche factuelle (édition révisée). UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU-Femmes, OMS ; 2018 (<https://www.unfpa.org/fr/publications/principes-directeurs-internationaux-sur-leducation-la-sexualite>).
73. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins : déclaration de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/134589>).
74. Norris A, Bessett D, Steinberg J, Kavanaugh M, De Zordo S, Becker D. Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences. *Womens Health Issues.* 2011;21(3 Suppl):S49-54.
75. Hanschmidt F, Linde K, Hilbert A, Riedel-Heller S, Kersting A. Abortion stigma: a systematic review. *Persp Sex Reprod Health.* 2016;48(4):169-77.
76. Kumar A, Hessini L, Mitchell E. Conceptualising abortion stigma. *Cult Health Sex.* 2009;11(6):625-39.
77. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>).

78. Universal health coverage for sexual and reproductive health: evidence brief. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331113>).
79. UHC compendium 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium>).
80. Coast E, Lattof S, Meulen Rodgers Y, Moore B, Poss C. The microeconomics of abortion: a scoping review and analysis of the economic consequences for abortion care-seekers. *PLoS One*. 2021;16(6):e0252005.
81. Lattof S, Coast E, Rodgers Y, Moore B, Poss C. The mesoeconomics of abortion: a scoping review and analysis of the economic effects of abortion on health systems. *PLoS One*. 2020;15(11):e0237227.
82. Rodgers Y, Coast E, Lattof S, Poss C, Moore B. The macroeconomics of abortion: a scoping review and analysis of the costs and outcomes. *PLoS One*. 2021;16(5):e0250692.
83. Cook R, Dickens B, Fathalla M. Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and law. Oxford: Oxford University Press; 2003.
84. Billings D, Moreno C, Ramos C, González de León D, Ramirez R, Villaseñor Martínez L, et al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reprod Health Matters*. 2002;10(19):86-94.
85. Villela W, Araújo M. Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. *Reprod Health Matters*. 2000;8(16):77-82.
86. Cook R, Ngwena C. Women's access to health care: the legal framework. *Int J Gynecol Obstet*. 2006;94(3):216-25.
87. Cook R, Erdman J, Hevia M, Dickens B. Prenatal management of anencephaly. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008;102(3):304-8.
88. Lavelanet A, Johnson B, Ganatra B. Global Abortion Policies Database: a descriptive analysis of the regulatory and policy environment related to abortion. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;62:25-35.
89. Assifi A, Kang M, Sullivan E, Dawson A. Abortion care pathways and service provision for adolescents in high-income countries: a qualitative synthesis of the evidence. *PLoS One*. 2020;15(11):e0242015.
90. Iyengar K, Iyengar SD. Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Reproductive Health Matters*. 2002;10(19):54-63.
91. Cook R, Erdman J, Dickens B. Achieving transparency in implementing abortion laws. *Int J Gynecol Obstet*. 2007;99(2):157-61.
92. Coast E, Norris A, Moore A, Freeman E. Trajectories of women's abortion-related care: a conceptual framework. *Soc Sci Med*. 2018:199-210.
93. Mundigo A, Indriso C. Abortion in the developing world. London and New York: Zed Books; 1999.
94. Observations finales : Portugal. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies ; 2015 (CEDAW/C/PRT/CO/8-9).
95. Dzakpasu S, Powell-Jackson T, Campbell OMR. Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: a systematic review. *Health Pol Plann*. 2014;29(2):137-50.
96. Observations finales : Allemagne. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies ; 2017 (CEDAW/C/DEU/CO/7-8).
97. Observations finales : Slovaquie. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies ; 2012 (E/C.12/SVK/CO/2).
98. Observations finales : Autriche. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies ; 2013 (CEDAW/C/AUT/CO/7-8).
99. Observations finales : Pérou. Comité des Nations Unies contre la torture ; 2013.
100. Rapport sur la situation dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43433>).
101. Principaux repères. Couverture sanitaire universelle. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 ([https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))).
102. National Academies of Sciences Engineering and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Health Care Services, Board

- on Population Health and Public Health Practice, Committee on Reproductive Health Services. Essential clinical competencies for abortion providers (Chapter 3). In: The safety and quality of abortion care in the United States. Washington, DC: National Academies Press (US); 2018 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507233/>).
103. Compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme : édition 2019. Confédération internationale des sages-femmes (ICM) ; 2019 (<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/11/icm-competencies-fr-screens---28-oct-2019-final.pdf>).
 104. Developing a global competency framework for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/news/item/04-06-2018-developing-a-global-competency-framework-for-universal-health-coverage>).
 105. WHO global competency and outcomes framework for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2022 (à paraître).
 106. Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat. World Health Assembly; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698>).
 107. WHO model list of essential medicines – 21st list, 2019. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHOMVPEMPIAU2019.06>).
 108. WHO model list of essential medicines – 22nd list, 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2021.02>).
 109. Roadmap for access to medicines, vaccines and health products 2019–2023: comprehensive support for access to medicines, vaccines and other health products. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330145>).
 110. Giashuddin M, Kibria M. Forecasting exercise for the 13 reproductive, maternal, newborn, and child health commodities prioritized by the UN Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children. Submitted to the United States Agency for International Development by the Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS) Program. Arlington (VA): Management Sciences for Health; 2014 (<https://siapsprogram.org/publication/forecasting-exercise-for-the-13-reproductive-maternal-newborn-and-child-health-commodities-prioritized-by-the-un-commission-on-life-saving-commodities-for-women-and-children/>).
 111. Babigumira J, Stergachis A, Kanyok T, Evans L, Hajjou M, Nkansah P, et al. Promoting the quality of medicines: a risk-based resource allocation framework for pharmaceutical quality assurance for medicines regulatory authorities in low- and middle-income countries. Rockville (MD): USP; 2018 (https://www.usp-pqm.org/sites/default/files/pqms/article/risk-based_resource_allocation_framework_june2018.pdf).
 112. List of Stringent Regulatory Authorities, 51st report of the WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. WHO Technical Report Series 1003. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/initiatives/who-listed-authority-reg-authorities/SRAs>).
 113. Marketing authorization of pharmaceutical products with special reference to multisource (generic) products. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44576/9789241501453_eng.pdf).
 114. Enterprise and Industry Directorate-General. A guideline on changing the classification for the supply of a medicinal product for human use. European Commission; 2006 (https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/files/eudralex/vol-2/c/switchguide_160106_en.pdf).
 115. World Health Organization (WHO), World Bank, Gavi, Global Fund. Monitoring and evaluation of health systems strengthening: an operational framework. Geneva: World Health Organization; 2009 (https://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_Nov_2009.pdf).
 116. Global Abortion Policies Database (GAPD) [site Web]. Geneva: World Health Organization; non daté (<http://abortion-policies.srhr.org/>).
 117. Mutua M, Manderson L, Musenge E, Achia T. Policy, law and post-abortion care services in Kenya. *PLoS One*. 2018;13(9):e0204240.
 118. Rehfuess EA, Stratil JM, Scheel IB, Portela A, Norris SL, Baltussen R. The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework version 1.0: integrating WHO norms and values and a complexity perspective. *BMJ Glob Health*. 2019;4:e000844.
 119. Schünemann, H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A, editors. GRADE handbook: handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. GRADEpro.org; 2013 (<https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html>).

120. Utilisation des médicaments dans le cadre d'un d'avortement. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328165>).
121. Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires. Genève ; Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/77743>).
122. Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/en/).
123. Rodek C, Deans A. Red cell alloimmunization. In: Rodek CH and Martin JW, editors. Fetal medicine basic sciences and clinical practice, second edition. London: Churchill Livingstone Elsevier; 2009:559-77.
124. Goldman J, Eckerling B. RH immunization in spontaneous abortion. *Acta Europaea Fertilitatis*. 1972;3(3):253-4.
125. Gavin P. Rhesus sensitization in abortion. *Obstet Gynecol*. 1972;39(1):37-40.
126. Stern K, Davidsohn I, Masaitis L. Experimental studies on Rh immunization. *Am J Clin Pathol*. 1956;26(8):833-43.
127. Wiebe E, Campbell M, Aiken A, Albert A. Can we safely stop testing for Rh status and immunizing Rh-negative women having early abortions? A comparison of Rh alloimmunization in Canada and the Netherlands. *Contraception X*. 2019;1(100001).
128. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241549912>).
129. Penney G, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L, Smith R, et al. A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *BJOG*. 1998;105(6):599-604.
130. Duncan C, Reynolds-Wright J, Cameron S. Utility of a routine ultrasound for detection of ectopic pregnancies among women requesting abortion: a retrospective review. *BMJ Sex Reprod Health*. 2020. doi:10.1136/bmjsex-2020-200888.
131. Smith G, Stubblefield P, Chirchirillo L, McCarthy M. Pain of first-trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *Am J Obstet Gynecol*. 1979;133(5):489-98.
132. Bélanger E, Melzack R, Lauzon P. Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain*. 1989;36(3):339-50.
133. Renner R, Jensen J, Nichols M, Edelman A. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD006712.
134. Borgotta L, Nickinovich D. Pain during early abortion. *Semin Reprod Med*. 1997;42(5):287-93.
135. Grimes D, Schulz K, Cates W. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *JAMA*. 1984;251(16):2108-11.
136. Schulz K, Grimes D, Cates W. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet*. 1983;1(8335):1182-5.
137. Lavelanet A, Johnson B, Ganatra B. Global Abortion Policies Database: a descriptive analysis of the regulatory and policy environment related to abortion. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;62:25-35.
138. Recommandations de l'OMS : optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/84202>).
139. Observations finales : Croatie. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies ; 1998 (A/53/38).
140. Observations finales : Italie. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies ; 1997 (A/52/38/Rev.1).
141. Observations finales : Slovaquie. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies ; 2008 (A/63/38).
142. Observations finales : Pologne. Comité des Nations Unies contre la torture ; 2013 (CAT/C/POL/CO/5-6).
143. P. et S. c. Pologne, affaire n° 57375/08, arrêt du 30 octobre 2012, Cour européenne des droits de l'homme ; 2012.
144. La Fédération internationale pour la planification familiale - Réseau européen (IPPF EN) c. Italie, Décision sur le bien-fondé, 10 septembre 2013. Comité européen des droits sociaux (2013, réclamation n° 87/2012).

145. Observations finales : Pologne. Comité des droits de l'homme des Nations Unies ; 2010 (CCPR/C/POL/CO/6).
146. Observations finales : Pologne. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies ; 2009 (E/C.12/POL/CO/5).
147. Observations finales : Hongrie. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies ; 2013 (CEDAW/C/HUN/CO/7-8).
148. Observations finales : Slovaquie. Comité des droits de l'enfant des Nations Unies ; 2016 (CRC/C/SVK/CO/3-5).
149. Observations finales : Pologne. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies ; 2014 (CEDAW/C/POL/CO/7-8).
150. Observations finales : Roumanie. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies ; 2017 (CEDAW/C/ROU/CO/7-8).
151. Gemzell-Danielsson K, Ho P, Gómez Ponce de León R, Weeks A, Winikoff B. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;99 Suppl 2:S182-S5.
152. Lemmers, M, Verschoor M, Kim B, Hickey M, Vazquez J, et al. Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;(6):CD002253.
153. Lähteenmäki P, Luukkainen T. Return of ovarian function after abortion. *Clin Endocrinol.* 1978;8:123-32.
154. Schreiber C, Sober S, Ratcliffe S, Creinin M. Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception.* 2011;84(3):230-3.
155. Kim C, Nguyen A, Berry-Bibee E, Ermias Y, Kapp N. Systemic hormonal contraception initiation after abortion: a systematic review and meta-analysis. *Contraception.* 2021;103(5):291-304.
156. Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception : orientations et recommandations. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/126317>).
157. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 5e édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241549158>).
158. Raymond E, Weaver M, Louie K, Tan Y, Bousiéguéz M, Aranguré-Peraza A, et al. Effects of depot medroxyprogesterone acetate injection timing on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2016;128(4):739-45.
159. de Roodenbeke E, Lucas S, Rouzaut A, Bana F. Outreach services as a strategy to increase access to health workers in remote and rural areas. Technical Report No. 2. Geneva: World Health Organization; 2011 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310729/>).
160. Haemmerli M, Santos A, Penn-Kekana L, Lange I, Matovu F, Benova L, et al. How equitable is social franchising? Case studies of three maternal healthcare franchises in Uganda and India. *Health Policy Plan.* 2018;33(3):411-9.
161. Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf>).

Annexes

Annexe 1. Experts externes et personnel de l'OMS ayant participé à l'élaboration des lignes directrices

Membres des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations

Trois Groupes d'examen des données probantes et des recommandations (panels d'experts) ont été constitués, un par domaine couvert par les présentes lignes directrices : services cliniques, prestation de services ainsi que droit et politique. La liste des membres des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations et des contributeurs supplémentaires aux réunions de cadrage préalables à leur constitution est présentée ci-après.

Membres du Groupe d'examen des données probantes et des recommandations pour le domaine des services cliniques

Nom	Affiliation Ville, pays	Région de l'OMS du lieu de résidence	Expertise	Déclarations/conflits d'intérêts
Laura Castleman	Planned Parenthood Michigan et Université du Michigan Ann Arbor, Michigan, États-Unis d'Amérique	Americas	Obstetrics and gynaecology	Aucun
Suchitra Dalvie	Consultante, programme de santé sexuelle et reproductive, Mumbai, Inde	Région de l'Asie du Sud-Est	Avortement, plaidoyer	Aucun
Michalina Drejza	International Youth Alliance for Family Planning (IYAFFP) Poznan, Pologne	Région européenne	Obstetrics and gynaecology, youth	Aucun
Kristina Gemzell Danielsson ^a	Département de la santé de la femme et de l'enfant, Karolinska Institutet Stockholm, Suède	Région européenne	Obstetrics and gynaecology, abortion research	Aucun
Laura Gil ^a	Fundación Educación Para la Salud Reproductiva (ESAR, Fondation Éducation pour la santé reproductive), Bogota, Colombie	Région des Amériques	Abortion, contraception	Aucun
Selma Hajri ^a	Groupe TAWHIDA Ben Cheikh pour la recherche et l'action sur la santé des femmes Tunis, Tunisie	Région de la Méditerranée orientale	Abortion, contraception, research	Aucun
Guyo Jaldesa	Université de Nairobi Nairobi, Kenya	Région africaine	Obstetrics and gynaecology	Aucun
Dhammika Perera ^a	Marie Stopes International Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	Région européenne	Abortion, contraception	Aucun
Alongkone Phengsavanh	Université des sciences de la santé Vientiane, République démocratique populaire lao	Région du Pacifique occidental	Obstetrics and gynaecology, abortion care	Aucun
Judiac Ranape ^a	Département de la Santé, Le Cap, Afrique du Sud	Région africaine	Nursing, nurse training, abortion care	Aucun
Kitihoun Serge	Unité de santé reproductive, Institut Régional de Santé Publique Comlan Alfred Qenum (IRSP-CAQ) Ouidah, Bénin	Région africaine	Abortion, contraception	Aucun
Conseillère pour les droits humains				
Christina Zampas	Center for Reproductive Rights Genève, Suisse	Région européenne	Droit, droits humains, travail du sexe, stérilisation forcée	Aucun

^a Ces membres ont également contribué à la réunion de cadrage pour ce domaine, en amont des réunions du Groupe d'examen des données probantes et des recommandations, aux côtés des autres experts suivants : Abigail Aiken (Université du Texas, États-Unis d'Amérique), Rodica Comendant (Centre de formation en santé reproductive, République de Moldova), Debora Diniz (Instituto de Bioética, Brésil), Angel Foster (Université d'Ottawa, Canada), Daniel Grossman (Université de Californie, San Francisco, États-Unis d'Amérique), Kinga Jelinka (Women Help Women, Pays-Bas), Munir Kassa (Center for International Reproductive Health Training, Éthiopie), Rasha Khoury (Médecins Sans Frontières, Afghanistan), Alice Mark (National Abortion Federation, États-Unis d'Amérique), Mariana Romero (Centre d'étude de l'État et de la société CEDES, Argentine), Marion Stevens (Sexual and Reproductive Justice Coalition, Afrique du Sud), Nadira Sultana (Bureau des Nations Unies et du Fonds mondial pour les services d'appui aux projets, Bangladesh).

Membres du Groupe d'examen des données probantes et des recommandations pour le domaine de la prestation de services

Nom	Affiliation Ville, pays	Région de l'OMS du lieu de résidence	Expertise	Déclarations/conflicts d'intérêts
Fauzia Akhter Huda ^a	Division de la santé de la mère et de l'enfant International Centre for Diarrhoeal Disease Research Bangladesh (ICDDRDB) Dhaka, Bangladesh	Région de l'Asie du Sud-Est	Santé publique, systèmes de santé, avortement	Aucun
Nana Yaa Appiah	Fondation Women's Voices Accra, Ghana	Région africaine	Pharmacie, marketing social, perfectionnement professionnel	Aucun
Karla Berdichevsky	Centre national pour l'équité entre les sexes et la santé reproductive (CNEGSR), Ministère fédéral mexicain de la Santé Mexico, Mexique	Région des Amériques	Programmation, politique et recherche en santé sexuelle et reproductive	Aucun
Jemima Araba Dennis-Antwi	Ghana College of Nurses and Midwives Accra, Ghana	Région africaine	Renforcement des systèmes de santé, formation en soins infirmiers, santé maternelle, maïeutique	Aucun
Surendra Dhital	Pharmacien indépendant Katmandou, Népal	Région de l'Asie du Sud-Est	Pharmacie, services de conseil, avortement sécurisé	Aucun
Caitlin Gerdts ^a	Ibis Reproductive Health Oakland, Californie, États-Unis d'Amérique	Région des Amériques	Recherche qualitative, utilisation des technologies, accès à l'avortement	Aucun
Daniel Maceira	Département d'économie, Université de Buenos Aires Buenos Aires, Argentine	Région des Amériques	Recherche sur les systèmes de santé, développement de la programmation et des politiques en santé	Aucun
Vinoj Manning ^a	Fondation Ipas Development New Delhi, Inde	Région de l'Asie du Sud-Est	Systèmes de santé, soins liés à l'avortement	Aucun
Sybil Nkeiru	Generation Initiative for Women and Youth Network (GIWYN) Lagos, Nigéria	Région africaine	Militante pour les droits humains	Aucun
Hiroimi Obara ^a	Département de la planification et la gestion de la santé, Bureau de la coopération internationale en santé, Center for Global Health and Medicine Tokyo, Japon	Région du Pacifique occidental	Planification et gestion de la santé, santé maternelle et politique en matière d'avortement	Aucun
Karan Parikh	International Youth Alliance for Family Planning (IYAFF) Mumbai, Inde	Région de l'Asie du Sud-Est	Clinicien, jeunes	Aucun
Michelle Remme	Institut international pour la santé mondiale de l'Université des Nations Unies (UNU-IIGH) Kuala Lumpur, Malaisie	Région du Pacifique occidental	Recherche, genre, financement des systèmes de santé	Aucun
Karthik Srinivasan ^b	Fédération internationale pour la Planification familiale (IPPF) Londres, Royaume-Uni	Région européenne	Produits, système de santé	Aucun
Human rights adviser				
Christina Zampas	Center for Reproductive Rights Genève, Suisse	Région européenne	Droit, droits humains, travail du sexe, stérilisation forcée	Aucun

^a Ces membres ont également contribué à une ou plusieurs réunions de cadrage pour ce domaine, en amont des réunions du Groupe d'examen des données probantes et des recommandations, aux côtés des autres experts suivants : Patrick Aboagye (Services de santé du Ghana, Ghana), Laura Castleman (Ipas, Planned Parenthood et Université du Michigan, États-Unis d'Amérique), Amanda Cleeve (Karolinska Institutet, Suède), Saida Chowdhury (Consultante indépendante, États-Unis d'Amérique), Rodica Comendant (Centre de formation en santé reproductive, République de Moldova), Joanna Erdman (Université Dalhousie, Canada), Rebecca Gomperts (Women on Waves, Pays-Bas), Chisale Mhango (Université du Malawi, Malawi), Monica Oguttu (Kisumu Medical and Education Trust, Kenya), Paul Mandira (Fonds des Nations Unies pour la Population, États-Unis d'Amérique), Mariana Romero (Centre d'étude de l'État et de la société CEDES, Argentine), Sarmad Soomar (International Youth Alliance for Family Planning, Pakistan).

^b Ce membre a commencé à travailler pour une agence de financement avant la réunion finale du Groupe d'examen des données probantes et des recommandations. Son implication dans l'élaboration des lignes directrices a donc pris fin à ce moment-là.

Membres du Groupe d'examen des données probantes et des recommandations pour le domaine juridique et politique

Nom	Affiliation Ville, pays	Région de l'OMS du lieu de résidence	Expertise	Déclarations/conflits d'intérêts
Marge Berer	International Campaign for Women's Right to Safe Abortion Londres, Royaume-Uni	Région européenne	Sciences sociales, politique en matière d'avortement	Aucun
Joanna Erdman ^a	École de droit Schulich, Université Dalhousie Halifax, Canada	Région des Amériques	Droits humains, droit de la santé et politique de santé	Aucun
Godfrey Kangaude	Université de Pretoria et Université de Toronto Blantyre, Malawi	Région africaine	Législation relative à la santé sexuelle et reproductive et aux droits connexes	Aucun
Akila Radhakrishnan	Global Justice Center New York, New York, États-Unis d'Amérique	Région des Amériques	Droit et politique	Aucun
Ruben Avila Reyna	International Youth Alliance for Family Planning (IYAFF), équipe spéciale pour la jeunesse Nuevo León, Mexique	Région des Amériques	Droits humains, plaidoyer, jeunesse	Aucun
Chi-Chi Undie	Population Council Nairobi, Kenya	Région africaine	Avortement et contraception, politique	Aucun
Conseillers pour les droits humains				
Abhijit Das	Centre for Health and Social Justice New Delhi, Inde	Région de l'Asie du Sud-Est	Droits humains	Aucun
Sara Hossain	Barreau de la Cour suprême du Bangladesh Dhaka, Bangladesh	Région de l'Asie du Sud-Est	Droit et politique, droits humains	Aucun
Karima Khalil	Consultante en santé de la mère et de l'enfant New Delhi, Inde	Région de l'Asie du Sud-Est	Droit et politique, droits humains	Aucun
Primah Kwagala	Directrice, Women's Probono Initiative Kampala, Ouganda	Région africaine	Droit et politique, droits humains	Aucun
Monica Arango Olaya	Faculté de droit, Université d'Oxford Oxford, Royaume-Uni	Région européenne	Droit et politique, droits humains	Aucun
Xian Warner	Coordonnateur de la recherche et du programme, The Equality Institute Dili, Timor-Leste	Région du Pacifique occidental	Droit et politique, droits humains	Aucun
Christina Zampas ^a	Center for Reproductive Rights Genève, Suisse	Région européenne	Droit, droits humains, travail du sexe, stérilisation forcée	Aucun

^a Ces membres ont également contribué à une ou plusieurs réunions de cadrage pour ce domaine, en amont des réunions du Groupe d'examen des données probantes et des recommandations, aux côtés des autres experts suivants : Paola Bergallo (Université de Torcuato Di Tella, Argentine), Lucia Berro Pizzarossa (Université de Groningue RUG, Pays-Bas), Scott Burris (Université Temple, États-Unis d'Amérique), Fiona de Londras (Université de Birmingham, Royaume-Uni), Silvia de Zordo (Université de Barcelone, Espagne), Debora Diniz (Instituto de Bioética, Brésil), Heather Douglas (Université du Queensland, Australie), Daniel Grossman (Université de Californie, San Francisco, États-Unis d'Amérique), Selma Hajri (Groupe TAWHIDA Ben Cheikh pour la recherche et l'action sur la santé des femmes, Tunisie), Jihan Jacob (Center for Reproductive Rights, Philippines), Minzee Kim (Université Ewha Womans, République de Corée), Chisale Mhango (Université du Malawi, Malawi), Mahesh Puri (Centre for Research on Environment, Health and Population Activities, Népal), Patricia Schulz (Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Suisse), Patty Skuster (Ipas, États-Unis d'Amérique), Marion Stevens (Sexual and Reproductive Justice Coalition, Afrique du Sud), Maya Unnithan (Université du Sussex, Royaume-Uni).

Membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG) et déclarations d'intérêts

Nom	Intitulé du poste, affiliation Ville, pays	Région de l'OMS du lieu de résidence	Expertise	Déclarations/conflits d'intérêts
Fauzia Akhter Huda	Coordonnatrice de projet, Division de la santé de la mère et de l'enfant, International Centre for Diarrhoeal Disease Research Bangladesh (ICDDRDB) Dhaka, Bangladesh	Région de l'Asie du Sud-Est	Santé publique, systèmes de santé, avortement	Aucun
Karla Berdichevsky	Directrice, Équité entre les sexes et santé reproductive, Ministère fédéral mexicain de la Santé Mexico, Mexique	Région des Amériques	Programmation, politique et recherche en santé sexuelle et reproductive	Aucun
Marge Berer	Coordonnatrice, International Campaign for Women's Right to Safe Abortion Londres, Royaume-Uni	Région européenne	Droit et politique	Aucun
Laura Castleman (PRÉSIDENTE)	Directrice médicale associée, Planned Parenthood of Michigan et Professeure assistante clinique auxiliaire, Université du Michigan Ann Arbor, Michigan, États-Unis d'Amérique	Région des Amériques	Obstétrique et gynécologie	Aucun
Michalina Drejza	Directrice de la recherche et du développement, International Youth Alliance for Family Planning (IYAFP) Poznan, Pologne	Région européenne	Obstétrique et gynécologie, jeunesse	Aucun
Joanna Erdman	Professeure associée, Droit et politique de la santé, École de droit de Schulich, Université Dalhousie Halifax, Nouvelle-Écosse, Canada	Région des Amériques	Droit et politique	Aucun
Kristina Gemzell Danielsson	Directrice, Département de la santé de la femme et de l'enfant, Karolinska Institutet Stockholm, Suède	Région européenne	Obstétrique et gynécologie, recherche sur l'avortement	Aucun
Caitlin Gerdtz	Vice-présidente de la recherche, Ibis Reproductive Health Oakland, CA, États-Unis d'Amérique	Région des Amériques	Recherche qualitative	Aucun
Laura Gil	Clinicienne Bogota, Colombie	Région des Amériques	Clinique	Aucun
Selma Hajri	Fondatrice et Présidente, Groupe TAWHIDA Ben Cheikh pour la recherche et l'action sur la santé des femmes Tunis, Tunisie	Région de la Méditerranée orientale	Avortement, contraception, recherche	Aucun
Guyo Jaldesa	Professeur associé d'obstétrique et de gynécologie, Université de Nairobi Nairobi, Kenya	Région africaine	Obstétrique et gynécologie	Aucun
Godfrey Kangaude	Chercheur en postdoctorat, Université de Pretoria, et Professeur associé en droit de la santé sexuelle et reproductive, Université de Toronto Blantyre, Malawi	Région africaine	Législation relative à la santé sexuelle et reproductive et aux droits connexes	Aucun
Vinoj Manning	Directeur général Fondation Ipas Development New Delhi, Inde	Région de l'Asie du Sud-Est	Systèmes de santé	Aucun
Hiromi Obara	Médecin, Directeur adjoint, division Recherche et politique de santé mondiale, Département de la planification et de la gestion de la santé, Bureau de la coopération internationale en santé, Japan National Center for Global Health and Medicine, et Coordonnateur du projet Cambodge, Japan International Cooperation Agency (JICA) Tokyo, Japon	Région du Pacifique occidental	Systèmes de santé	Aucun
Alongkone Phengsavanh	Vice-doyen, Faculté de médecine, Université des sciences de la santé Vientiane, République démocratique populaire lao	Région du Pacifique occidental	Obstétrique et gynécologie, soins liés à l'avortement	Aucun
Akila Radhakrishnan	Présidente, Global Justice Center New York, New York, États-Unis d'Amérique	Région des Amériques	Droit et politique	Aucun
Michelle Remme	Responsable de la recherche, Institut international pour la santé mondiale de l'Université des Nations Unies (UNU-IIGH), Kuala Lumpur, Malaisie	Région du Pacifique occidental	Recherche, genre, financement des systèmes de santé	Aucun

Suite à la page suivante

Nom	Intitulé du poste, affiliation Ville, pays	Région de l'OMS du lieu de résidence	Expertise	Déclarations/conflits d'intérêts
Chi Chi Undie	Associée principale, Population Council Nairobi, Kenya	Région africaine	Avortement et contraception, politique	Aucun
Conseillère pour les droits humains				
Christina Zampas	Directrice associée de Global Advocacy, Center for Reproductive Rights Genève, Suisse	Région européenne	Droits humains	Aucun

Observateurs à la réunion du Groupe d'élaboration des lignes directrices

- Patricia Lohr, Directrice médicale, British Pregnancy Advisory Service (BPAS), Londres, Royaume-Uni ; également membre du groupe consultatif du programme pour l'avortement sécurisé Making Abortion Safe du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)
- Jaydeep Tank, Secrétaire général de la Federation of Obstetrics and Gynaecological Societies of India (FOGSI) et Président du groupe de travail pour l'avortement sécurisé de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), Mumbai, Inde
- Francelle Toedtli, Consultante, Fonds des Nations Unies pour la population UNFPA, New York, New York, États-Unis d'Amérique
- Ann Yates, Conseillère principale en maïeutique, Confédération internationale des sages-femmes (ICM), Siège, La Haye, Pays-Bas

Méthodologiste(s) pour les lignes directrices

Domaine des services cliniques : Jeppe Schroll, Consultant, Coordonnateur de recherche et Professeur associé, Département d'obstétrique et de gynécologie, Hôpital Amager Hvidovre, Copenhague, Danemark

Domaine de la prestation de services : Nicholas Henschke et Gemma Villanueva, auteurs d'exams systématiques senior, et Yanina Squassero, examen systématique, chez Cochrane Response

Domaine juridique et politique : Maria Rodriguez, Professeure associée, obstétrique et gynécologie, Université des sciences et de la santé d'Oregon OHSU, Portland, Oregon, États-Unis d'Amérique

Équipe(s) de synthèse des données probantes

Domaine des services cliniques :

- Groupe Cochrane CFR sur la régulation de la fécondité, à l'Université des sciences et de la santé d'Oregon OHSU
 - Chercheurs principaux : Alison Edelman, Maria Rodriguez, Makalapua Motu'apuaka, Taylor King
 - Appui à la stratégie de recherche : Robyn Paynter
 - Membres de l'équipe/auteurs d'exams : Jessica Atrio, Sharon Cameron, Justin T. Diedrich, Eleanor Drey, Alison Edelman, Katherine Gambir, Bela Ganatra, Jeffrey T.J. Jensen, Nathalie Kapp, Caron Kim, Patricia Lohr, Adrienne E. McKercher, Karen Meckstroth, Chelsea Morroni, Kelly Ann Necastro, Sara J. Newmann, Thoai D. Ngo, Antoinette Nguyen, Mark D.N. Nichols, Regina-Maria Renner, John J. Reynolds-Wright, Tesfaye Tufa, Mulat A. Woldetsadik
- Département Santé sexuelle et reproductive et recherche (SRH) de l'OMS, consultants et chargés de recherche en planification familiale :
 - Michelle Chan, Chargée de recherche en planification familiale, Université de Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada
 - Elizabeth Clark, Chargée de recherche en planification familiale, Université Emory, Atlanta, Géorgie, États-Unis d'Amérique

- Teresa DePiñeres, Clinicienne en chef, Projet d'accès à l'avortement médicamenteux, Essential Access Health
- Margit Endler, Obstétricienne et Gynécologue, Stockholm South Central Hospital, et Chercheuse, Karolinska Institutet, Stockholm, Suède
- Roopan Gill, Consultante, unité Prévention des avortements non sécurisés, Département SRH, OMS, Genève, Suisse ; Référente médicale en santé de la femme, Médecins sans frontières (MSF), Paris, France
- Yelena Korotkaya, Chargée de recherche en planification familiale, Université de Californie, Los Angeles, Californie, États-Unis d'Amérique
- Lemi Tolu, Chargé de recherche en planification familiale, Professeur associé d'obstétrique et de gynécologie, Millennium Medical College de l'Hôpital Saint-Paul, Addis-Abeba, Éthiopie

Domaine de la prestation de services :

- Cochrane Response
 - Chercheurs principaux : Nicholas Henschke, Yanina Sguassero et Gemma Villanueva
 - Appui à la stratégie de recherche : Elise Cogo
 - Membres de l'équipe/auteurs d'examen : Hanna Bergman, Brian Buckley, Jennifer Petkovic, Chantelle Garrity, Candyce Hamel, Katrin Probyn
- Personnel du Département SRH de l'OMS, consultants et chargés de recherche en planification familiale :
 - Ferid Abubeker, Chargé de recherche en planification familiale, Professeur assistant d'obstétrique et de gynécologie, Millennium Medical College de l'Hôpital Saint-Paul, Addis-Abeba, Éthiopie
 - Mekdes Feyssa, Médecin, unité Prévention des avortements non sécurisés (PUA), Département SRH, OMS, Genève, Suisse
 - Roopan Gill, Consultante, unité Prévention des avortements non sécurisés, Département SRH, OMS, Genève, Suisse ; Référente médicale en santé de la femme, Médecins sans frontières MSF, Paris, France
 - Caron Kim, Médecin, unité Prévention des avortements non sécurisés, Département SRH, OMS, Genève, Suisse
 - Bianca Stifani, Chargée de recherche en planification familiale, obstétricienne et gynécologue, Albert Einstein College of Medicine et Montefiore Medical Center, New York, New York, États-Unis d'Amérique
 - Tesfaye Tufa, Chargé de recherche en planification familiale, Professeur assistant d'obstétrique et de gynécologie, Millennium Medical College de l'Hôpital Saint Paul, Addis-Abeba, Éthiopie
- Autres contributeurs :
 - Ernestina Coast, Professeure de santé et de développement international, London School of Economics and Political Science, Londres, Royaume-Uni
 - Samantha Lattof, Chargée de recherche invitée, département du développement international, London School of Economics and Political Science, Londres, Royaume-Uni
 - Brittany Moore, Consultante, Conseillère de la division scientifique et technique, Ipas, Chapel Hill, Caroline du Nord, États-Unis d'Amérique
 - Cheri Poss, Directrice associée, Program Evidence, Ipas, Chapel Hill, Caroline du Nord, États-Unis d'Amérique
 - Yana Rodgers, Professeure, Département des études sur les femmes, le genre et la sexualité, Directrice du Center for Women and Work, Université Rutgers, Nouveau-Brunswick, New Jersey, États-Unis d'Amérique

Domaine juridique et politique :

- Le Programme de surveillance des politiques du Center for Public Health Law Research (CPHLR), Université Temple, Philadelphie, Pennsylvanie, États-Unis d'Amérique
 - Chercheur principal : Scott Burris
 - Membres de l'équipe/auteurs d'examens : Lindsay Foster Cloud, Adrienne R. Ghorashi, Rachel Rebouché, Patty Skuster
- Faculté de droit de Birmingham, Université de Birmingham, Birmingham, Royaume-Uni
 - Chercheuse principale : Fiona de Londras, Présidente du département Global Legal Studies, Faculté de droit de Birmingham
 - Membres de l'équipe/auteurs d'examens : Alana Farrell, Magdalena Furgalska
- Personnel du Département SRH de l'OMS et consultants :
 - Amanda Cleeve, Consultante en santé sexuelle et reproductive et prévention de l'avortement non sécurisé, Stockholm, Suède
 - Antonella Lavelanet, Médecin, unité Prévention des avortements non sécurisés, Département SRH, OMS, Genève, Suisse
 - Maria Rodriguez, Professeure associée, obstétrique et gynécologie, Université des sciences et de la santé d'Oregon OHSU, Portland, Oregon, États-Unis d'Amérique

Groupe d'examen externe

Nom	Affiliation Ville, pays	Région de l'OMS du lieu de résidence	Expertise
Safia Ahsan	Reproductive Health Supplies Coalition, PATH Washington, DC, États-Unis d'Amérique	Région des Amériques	Développement du marché, gestion de la chaîne d'approvisionnement
Traci Baird	EngenderHealth Washington, DC, États-Unis d'Amérique	Région des Amériques	Leadership, santé de la femme, santé sexuelle et reproductive
Sharon Cameron	Hôpital de Chalmers Édimbourg, Royaume-Uni	Région européenne	Obstétrique et gynécologie, avortement, contraception, infection des voies génitales
Jane Harries	Unité de recherche sur la santé de la femme, École de santé publique, Université du Cap Le Cap, Afrique du Sud	Région africaine	Avortement, contraception, recherche
Thoai Ngo	Population Council New York, New York, États-Unis d'Amérique	Région des Amériques	Recherche, politique de santé
Mariana Romero	Centre d'étude de l'État et de la société (CEDES) Buenos Aires, Argentine	Région des Amériques	Santé maternelle, avortement, recherche
Rachel Simon-Kumar	School of Population Health, Université d'Auckland et Centre for Asian Health Research and Evaluation (CAHRE) Auckland, Nouvelle-Zélande	Région européenne	Sciences sociales, genre et économie
Beverly Winikoff	Gynuity Health Project New York, New York, États-Unis d'Amérique	Région des Amériques	Choix en matière de reproduction, contraception, avortement, santé de la femme

Partenaires externes (y compris les organisations des partenaires de mise en œuvre) qui ont fourni des commentaires sur le projet de lignes directrices

- Rasha Dabash, Ipas, Chapel Hill, Caroline du Nord, États-Unis d'Amérique
- Rebecca Wilkins, Fédération internationale pour la Planification familiale (IPPF), Londres, Royaume-Uni
- Bethan Cobby, MSI Reproductive Choices, Londres, Royaume-Uni
- Steve Luboya, Pathfinder, Watertown, Massachusetts, États-Unis d'Amérique
- Eva Lathrop, Population Services International (PSI), Washington, DC, États-Unis d'Amérique

Membres du Groupe d'orientation de l'OMS

Nom	Département et unité	Expertise
Mekdes Daba Feysa	Département Santé sexuelle et reproductive et recherche (SRH), unité Prévention des avortements non sécurisés (PUA), Siège de l'OMS	Avortement, contraception
Bela Ganatra	SRH, PUA, Siège de l'OMS	Avortement, sciences sociales
Roopan Gill (pendant les premières étapes de la planification des lignes directrices)	SRH, PUA, Siège de l'OMS (anciennement)	Avortement, contraception, situations de crise humanitaire
Heidi Johnston	SRH, PUA, Siège de l'OMS	Avortement, démographie
Rajat Khosla (pendant les premières étapes de la planification des lignes directrices)	SRH, Bureau du Directeur, Siège de l'OMS (anciennement)	Conseillère pour les droits humains
Caron Kim ^a	SRH, PUA, Siège de l'OMS	Avortement, contraception, santé sexuelle et reproductive et droits connexes dans les situations d'urgence sanitaire
Antonella Lavelanet	SRH, PUA, Siège de l'OMS	Avortement, contraception, droit et politique, et droits humains
Lemi Tolu (pendant les premières étapes de la planification des lignes directrices)	SRH, PUA, Siège de l'OMS (anciennement)	Avortement, contraception

^a Responsable technique de l'élaboration des présentes lignes directrices

Membres du Secrétariat de l'OMS

Nom	Département et unité (et région le cas échéant)
Moazzam Ali	Département Santé sexuelle et reproductive et recherche (SRH), unité Contraception et soins de fertilité (CFC), Siège de l'OMS, Genève, Suisse
Ian Askew	SRH, Siège de l'OMS
Chilanga Asmani	Santé reproductive et maternelle et vieillissement (RMH), Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, Congo
Laurence Codjia	Département Personnels de santé (HWF), unité Marché du travail et partenariats sanitaires (HLM), Siège de l'OMS, Genève, Suisse
Ibadat Dhillon	Ressources humaines pour la santé et bourses d'études (HRH), Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, New Delhi, Inde
Carolin Ekman	SRH, unité Prévention des avortements non sécurisés (PUA), Siège de l'OMS
Claire Garabedian	SRH, PUA, Siège de l'OMS
Rodolfo Gómez Ponce de León	Centre latino-américain de périnatalogie, Santé de la femme et santé reproductive CLAP/WR, Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), Montevideo, Uruguay
Veloshee Govender	SRH, unité Intégration de la santé sexuelle et reproductive dans les systèmes de santé (SHS), Siège de l'OMS
Hannah Hatch	SRH, PUA, Siège de l'OMS
Lisa Hedman	HIS, unité Médicaments essentiels et produits de santé (EMP), Siège de l'OMS
Nilmini Hemachandra	Santé reproductive et maternelle (RMH), Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Le Caire, Égypte
Shogo Kubota	République démocratique populaire lao, Bureau de pays de l'OMS, Vientiane, République démocratique populaire lao
Laurence Läser	SRH, PUA, Siège de l'OMS
Ulrika Loi Rehnström	SRH, PUA, Siège de l'OMS
Bruno Meessen	Département Gouvernance et financement des systèmes de santé (HGF), unité Financement de la santé (HEF), Siège de l'OMS
Fahdi Dkhimi	HGF, HEF, Siège de l'OMS
Marta Schaaf	Bureau du Directeur du Département SRH, Siège de l'OMS
Patricia Titulaer	SRH, PUA, Siège de l'OMS

Annexe 2. Traités relatifs aux droits humains et organes de surveillance correspondants

Pour des informations plus détaillées sur la façon dont les normes internationales relatives aux droits humains s'appliquent à l'avortement, reportez-vous à l'annexe Web A : Key international human rights standards on abortion (Principales normes internationales relatives aux droits humains en matière d'avortement), disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349317>

Traité (par ordre chronologique)	Abréviation	Année d'adoption	Année d'entrée en vigueur	Organe de surveillance du traité ^a	Abréviation
Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale	CIEDR	1965	1969	Comité pour l'élimination de la discrimination raciale	CERD
Pacte international relatif aux droits civils et politiques	PIDCP	1966	1976	Comité des droits de l'homme	CCPR
Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels	PIDESC	1966	1976	Comité des droits économiques, sociaux et culturels	CESCR
Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes	CEDAW	1979	1981	Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes	CEDAW
Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants	CAT	1984	1987	Comité contre la torture	CAT
Convention relative aux droits de l'enfant	CIDE	1989	1990	Comité des droits de l'enfant	CRC
Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille	ICMW	1990	2003	Comité des travailleurs migrants	CMW
Convention relative aux droits des personnes handicapées	CDPH	2006	2008	Comité des droits des personnes handicapées	CRPD

^a Aussi parfois appelés « organes de suivi » ou encore « organes conventionnels ».

De plus amples informations sur les instruments internationaux fondamentaux relatifs aux droits humains et leurs organes de surveillance respectifs sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.ohchr.org/fr/treaty-bodies>

Annexe 3. Références pour le glossaire

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Soins de santé, activités de sensibilisation et campagnes communautaires dans le contexte de la pandémie de COVID-19, mai 2020. Documents techniques. Genève : OMS ; 2020 (<https://www.unicef.org/media/73131/file/Community-based-health-care-FR.pdf>).
2. Avortement sécurisé : orientations techniques et politiques pour les systèmes de santé. Deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78413/9789242548433_fre.pdf).
3. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10), Vol. 2, deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2008 (https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_fr_2008.pdf).
4. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. Adoptée en 1946. Entrée en vigueur en 1948. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1946 (<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>).
5. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>).
6. Rapport sur la situation dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43433>).
7. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité (Version : 09/2020) (<https://icd.who.int/browse11/l-m/fr>).
8. World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse, the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva: World Health Organization; 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42940>).
9. Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(1):CD007223.
10. Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Gómez Ponce de León R, Weeks A, Winikoff B. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. Int J Gynecol Obstet. 2007;99(Suppl 2):S182-5.
11. Center for Disease Control and Prevention (CDC), Office of the Associate Director for Policy and Strategy. Definition of Policy. Atlanta (GA): CDC; 2015 (<https://www.cdc.gov/policy/analysis/process/definition.html>).
12. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Technical documents. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>).
13. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>).
14. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030909>).
15. Barone A. Social enterprises. Investopedia [site Web]; 2020 (<https://www.investopedia.com/terms/s/social-enterprise.asp>).
16. Public policy and franchising reproductive health: current evidence and future directions: guidance from a technical consultation meeting (non publié). World Health Organization and USAID; 2007.
17. Koehlmoos T, Gazi R, Hossain S, Zaman K. Social franchising to increase access to and quality of health services in low- and middle-income countries. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(1):CD007136.

18. Birkinshaw M. Marketing social pour la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1989 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/60133>).
19. Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf>).
20. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>).

Annexe 4. Méthodes et processus d'élaboration des lignes directrices

A. Les groupes de travail pour l'élaboration des lignes directrices

Veillez vous référer à l'annexe 1 pour les noms des membres de chacun des groupes de travail (et les déclarations d'intérêts correspondantes). Un résumé des principales réunions qui ont eu lieu est fourni à la fin de la présente annexe.

Le Groupe d'orientation des lignes directrices de l'OMS

Le Groupe d'orientation des lignes directrices de l'OMS a dirigé le processus d'élaboration de ces lignes directrices. Présidé par le Département Santé sexuelle et reproductive et recherche (SRH) de l'OMS, il était composé de huit membres du personnel du Département, dont sept de l'unité Prévention des avortements non sécurisés (PUA) et de la Conseillère pour les droits humains du Département. L'expertise des membres du Groupe d'orientation sur les questions du genre, de l'éthique, de la responsabilité sociale et des droits humains a permis de garantir la prise en considération adéquate des principes clés sous-jacents. Les membres du Groupe d'orientation ont défini la portée initiale des lignes directrices puis identifié et rédigé les questions prioritaires selon l'approche « PICR » (population, intervention, comparaison, résultat). Ils ont ensuite identifié les personnes qu'il conviendrait d'inviter à participer au processus en tant que méthodologistes des lignes directrices et en tant que membres des Équipes de synthèse des données probantes, des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations, du Groupe d'élaboration des lignes directrices et du Groupe d'examen externe (voir ci-après). La désignation des membres de ces groupes et la participation d'autres contributeurs externes n'ont été confirmées qu'à l'issue d'un processus de déclaration et de gestion des conflits d'intérêts, mené sous la houlette du Groupe d'orientation en consultation avec le Bureau de la conformité, de la gestion des risques et de l'éthique (voir la section B). Le Groupe d'orientation a désigné le président du Groupe d'élaboration des lignes directrices. Les autres membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices ont ensuite validé cette nomination. Le Groupe d'orientation a supervisé les travaux des Équipes de synthèse des données probantes, organisé les réunions des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations et du Groupe d'élaboration des lignes directrices et rédigé les recommandations sur la base des décisions de ces derniers. Le Groupe d'orientation n'a pas déterminé ni approuvé les recommandations finales, ce rôle incombant au Groupe d'élaboration des lignes directrices. Le Groupe d'orientation était chargé de rédiger, réviser et finaliser les lignes directrices en collaboration avec les membres des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations, du Groupe d'élaboration des lignes directrices, du Groupe d'examen externe et d'autres contributeurs, et de superviser la publication et la diffusion des lignes directrices ainsi que l'élaboration d'outils de mise en œuvre connexes. Enfin, le Groupe d'orientation assume une mission de veille visant à identifier les nouvelles informations et les nouveaux besoins des destinataires et à déterminer à quel moment les lignes directrices devront être mises à jour. Le Groupe d'orientation de l'OMS a reçu l'appui du Secrétariat de l'OMS en général, et notamment pu compter sur le soutien de 19 membres du personnel de l'OMS, de consultants du Département SRH et d'autres départements du Siège de l'OMS, ainsi que de représentants des bureaux régionaux de l'OMS.

Les méthodologistes des lignes directrices

Les méthodologistes des lignes directrices ont travaillé en étroite collaboration avec le Groupe d'orientation de l'OMS et les membres des Équipes de synthèse des données probantes pour évaluer les données probantes issues des examens systématiques selon la méthodologie GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (voir la section D). En outre, les méthodologistes des lignes directrices ont supervisé toutes les questions méthodologiques et ont été responsables des évaluations du niveau de certitude des données probantes basées sur l'approche GRADE. Un méthodologiste des lignes directrices a été nommé pour le domaine des services cliniques et une autre méthodologiste a été désignée pour le domaine du droit et de la politique, tandis qu'une équipe de Cochrane Response a rempli ce rôle pour le domaine de la prestation de services.¹ Reconnaissant que l'impact des lois et des politiques sur la santé publique est complexe, que les données probantes liées au droit et aux politiques ne constituent pas un domaine de recherche qui se prête à des essais contrôlés randomisés ou à des études d'observation comparatives, et que ces données probantes ne

¹ Cochrane Response est une entreprise de conseil en données probantes exploitée par Cochrane Collaboration. Elle fournit des services de bases factuelles sur mesure et adaptés aux besoins, et des formats de revue accessibles.

peuvent être facilement synthétisées en utilisant l'approche GRADE, une approche pragmatique a été appliquée (voir les détails à la section D).

Les Équipes de synthèse des données probantes

Les Équipes de synthèse des données probantes ont planifié et réalisé les examens systématiques et préparé les cadres décisionnels fondés sur des données probantes GRADE (qui comprennent des résumés des données probantes, des profils/tableaux de données probantes et des tableaux décisionnels fondés sur des données probantes). Ces équipes se composaient de chercheurs issus du personnel de l'OMS, de consultants et de chargés de recherche, ainsi que de groupes de recherche collaborateurs externes. Pour le **domaine des services cliniques**, l'Équipe de synthèse des données probantes était constituée de membres du Groupe Cochrane sur la régulation de la fécondité (CFR), de chargés de recherche en planification familiale (membres du personnel ou stagiaires de l'OMS) et du responsable technique du Groupe d'orientation pour les lignes directrices correspondantes. Pour le **domaine de la prestation de services**, l'Équipe de synthèse des données probantes était composée de membres du personnel de Cochrane Response, de chargés de recherche en planification familiale (actuels et anciens membres du personnel de l'OMS) et du responsable technique du Groupe d'orientation. Le Groupe CFR et Cochrane Response ont mis à jour leurs examens systématiques afin de constituer la base de données factuelles pour bon nombre des recommandations formulées dans ces deux domaines. Pour le **domaine juridique et politique**, l'Équipe de synthèse des données probantes comprenait des consultants de l'OMS ainsi que des équipes externes basées dans deux centres :

- le programme de surveillance des politiques Policy Surveillance Program du Center for Public Health Law Research (CPHLR), Université Temple, Philadelphie, États-Unis d'Amérique : les chercheurs de ce programme ont créé des cadres conceptuels et une cartographie juridique des différentes interventions et des systèmes qui les entourent, et ont identifié des données pour l'évaluation empirique des lois et des politiques ; et
- la Faculté de droit de Birmingham, Université de Birmingham, Royaume-Uni : l'équipe de Birmingham a apporté son expertise en matière de droit et politique de la santé, de droits humains, de droit comparé et d'études juridiques internationales. Cette équipe a conduit des examens systématiques afin de fournir les bases factuelles sur lesquelles se fondent les recommandations juridiques et politiques.

Les Groupes d'examen des données probantes et des recommandations et le Groupe d'élaboration des lignes directrices

Dans le cadre de l'élaboration de ces lignes directrices unifiées de grande envergure, plutôt que d'investir un Groupe d'élaboration des lignes directrices dès le début du processus, trois Groupes d'examen des données probantes et des recommandations distincts ont été constitués – un pour chacun des trois domaines suivants : services cliniques, prestation de services, ainsi que droit et politique. Pour la dernière étape du processus, un Groupe d'élaboration des lignes directrices a été formé, composé de 3 à 4 membres de chacun des trois Groupes d'examen des données probantes et des recommandations. Les trois Groupes d'examen des données probantes et des recommandations comptaient de 6 à 13 membres représentant toutes les régions et un éventail de compétences, dont un représentant des jeunes de l'International Youth Alliance for Family Planning (IYAFP). Les membres des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations ont été désignés et invités par le Groupe d'orientation de l'OMS, de même que les conseillers en droits humains qui ont également contribué aux réunions en veillant à ce que les droits humains pertinents soient pris en considération lors de la formulation des recommandations. Chaque Groupe d'examen des données probantes et des recommandations a entrepris un examen détaillé des données probantes, formulé et convenu de projets de recommandations au cours d'une série de 4 à 5 réunions en ligne tenues entre mars 2020 et mars 2021. Avant chaque réunion, des documents de référence – les cadres décisionnels fondés sur des données probantes et projets de recommandations – ont été communiqués aux membres du Groupe d'examen des données probantes et des recommandations. Des consultations par courriel, Skype, Microsoft Teams, GoToMeeting et Zoom ont été menées au besoin entre les réunions pour veiller à ce que chacun des membres du Groupe puisse faire part de ses commentaires concernant chacun des domaines examinés.

Début 2021, les représentants de chaque Groupe d'examen des données probantes et des recommandations ont été conviés par le Groupe d'orientation de l'OMS à se joindre au Groupe d'élaboration des lignes directrices pour la réunion finale organisée fin avril 2021, au cours de laquelle les projets de recommandations des trois Groupes

d'examen des données probantes et des recommandations ont été présentés pour examen et finalisation. Le choix proposé par le Groupe d'orientation de l'OMS pour la présidence du Groupe d'élaboration des lignes directrices a été validé par les membres confirmés de ce dernier. Le Groupe d'élaboration des lignes directrices comptait 18 membres (14 femmes et quatre hommes), représentant les six régions de l'OMS et un éventail de domaines d'expertise, dont un représentant des jeunes, membre de l'IYAFP. Une version préliminaire du document complet des lignes directrices, incluant les projets de recommandations, a été partagée avec tous les membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices pour examen avant la réunion formelle, accompagnée d'autres documents de référence pertinents (les cadres décisionnels fondés sur des données probantes). Au cours de la réunion, le Groupe d'élaboration des lignes directrices a analysé les données probantes et le projet de recommandations et en a discuté. L'objectif était de dégager un consensus concernant le niveau de certitude des données probantes à l'appui des recommandations ainsi que la force et la direction des recommandations nouvelles et des recommandations actualisées (voir les chapitres 2 et 3). Après la réunion du Groupe d'élaboration des lignes directrices, les membres ont également eu l'occasion d'examiner le document révisé des lignes directrices, dans lequel les décisions prises pendant la réunion étaient intégrées.

Le Groupe d'examen externe

Le Groupe d'orientation de l'OMS, en consultation avec le Groupe d'élaboration des lignes directrices, a identifié neuf experts techniques et acteurs possédant une expertise dans un domaine thématique pertinent pour les recommandations formulées dans les présentes lignes directrices en vue de leur désignation comme membres du Groupe d'examen externe et a validé leur nomination. Les membres du Groupe d'examen externe étaient équilibrés en termes de représentation géographique et aucun conflit d'intérêts important n'a été constaté. Après la réunion du Groupe d'élaboration des lignes directrices et les révisions de la version préliminaire des lignes directrices qui s'en sont suivies, le document a été communiqué aux membres du Groupe d'examen externe. Le rôle des membres du Groupe d'examen externe était de fournir des observations sur l'exactitude, la clarté du langage, les considérations relatives à la mise en œuvre/l'adaptation et la présentation des lignes directrices. Le Groupe d'examen externe s'est également assuré que les processus décisionnels du Groupe d'élaboration des lignes directrices avaient bien pris en considération et intégré les valeurs et préférences contextuelles des personnes concernées par les recommandations. Les recommandations formulées dans le document, qui ont été finalisées par le Groupe d'élaboration des lignes directrices, n'ont été modifiées sur la base des contributions du Groupe d'examen externe qu'en vue d'en améliorer la clarté et la lisibilité, selon les besoins. Tous les commentaires des membres du Groupe d'examen externe ont été compilés par le responsable technique et transmis au Groupe d'orientation de l'OMS pour examen. Aucune erreur ou préoccupation factuelle grave n'a été décelée qui aurait pu affecter l'une des recommandations ou des principales sections de la version préliminaire révisée des lignes directrices.

Observateurs à la réunion et partenaires externes

Conformément aux orientations du WHO handbook for guideline development, second edition (2014), des représentants d'un éventail d'organisations professionnelles pertinentes et d'agences des Nations Unies compétentes ont été invités à participer à la réunion du Groupe d'élaboration des lignes directrices organisée en avril 2021 en tant qu'observateurs, sans qu'aucun rôle ne leur soit alloué dans la détermination des recommandations (voir l'annexe 1). Parmi les observateurs invités figuraient le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et le Conseil international des Infirmières (ICN). Des représentants de toutes ces organisations, sauf de l'ICN, ont assisté à la réunion. En outre, un certain nombre d'organisations partenaires opérationnels de l'OMS et du HRP ont été invitées à examiner la version préliminaire des lignes directrices avant sa soumission au Comité d'examen des lignes directrices ; ces organisations comprenaient l'Ipas, l'International Planned Parenthood Federation (IPPF), MSI Reproductive Choices, Pathfinder et Population Services International (PSI).

B. Gestion des déclarations et des conflits d'intérêts, confidentialité

Conformément au manuel de l'OMS pour l'élaboration des lignes directrices WHO handbook for guideline development, tous les membres invités des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations, du Groupe d'élaboration des lignes directrices, des Équipes de synthèse des données probantes, du Groupe

d'examen externe et les observateurs à la réunion du Groupe d'élaboration des lignes directrices, les réviseurs des lignes directrices représentant les organisations partenaires de mise en œuvre et les autres contributeurs externes (par exemple, les consultants et les collaborateurs) ont été invités à déclarer par écrit tout intérêt concurrent (universitaire, financier ou autre) au moment de l'invitation à participer à l'élaboration des lignes directrices ou au processus d'examen des données probantes. Pour ce faire, il leur a été demandé de communiquer au responsable technique, par voie électronique, avant leur participation le formulaire de déclaration d'intérêts (DOI) de l'OMS signé accompagné d'une copie de leur curriculum vitae. De plus, des recherches sur Internet ont été effectuées sur chaque membre invité afin d'identifier tout conflit d'intérêts potentiel qui n'aurait pas été déclaré. La gestion des conflits d'intérêts a été expliquée aux participants invités, y compris le fait qu'aucun membre ne serait autorisé à participer à la ou aux réunions s'il ne remplissait pas et ne signait pas au préalable un formulaire DOI.

Le responsable technique a évalué les formulaires DOI et les CV reçus en se référant au manuel de l'OMS pour l'élaboration des lignes directrices WHO handbook for guideline development, en consultation avec le Directeur du Département SRH et avec la contribution du Groupe d'orientation de l'OMS, afin de déterminer l'existence (et la gravité) de tout conflit d'intérêts et de convenir d'un plan de gestion. Un conflit est survenu pour un membre d'un Groupe d'examen des données probantes et des recommandations au cours de l'élaboration des lignes directrices. Par conséquent, la personne concernée n'a assisté à aucune réunion par la suite. Aucun autre cas de conflit d'intérêts n'a été relevé (voir également les listes des membres des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations et du Groupe d'élaboration des lignes directrices en annexe 1).

Les informations biographiques de tous les membres des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations et du Groupe d'élaboration des lignes directrices considérés comme n'ayant pas de conflits d'intérêts importants (c'est-à-dire des conflits empêchant leur participation au Groupe) ont été publiées sur le site Web du Département SRH de l'OMS pour commentaires du public pendant au moins deux semaines avant le début des réunions respectives, avec leur consentement (en 2020 pour les Groupes d'examen des données probantes et des recommandations et en 2021 pour le Groupe d'élaboration des lignes directrices). Les nominations des membres des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations et du Groupe d'élaboration des lignes directrices ont été validées au terme de ce processus. Après confirmation de leur admissibilité à participer, tous les experts des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations, du Groupe d'élaboration des lignes directrices et du Groupe d'examen externe ont reçu l'instruction d'informer le responsable technique de tout changement dans les intérêts pertinents au cours de leur participation au processus. Au début de chaque réunion, tous les participants des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations et du Groupe d'élaboration des lignes directrices ont eu l'occasion de confirmer verbalement, d'annexer ou de modifier tout intérêt déclaré afin que tous les autres membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices et les autres participants soient informés. Ils ont eu la possibilité de faire de même par écrit avant de soumettre leurs commentaires sur les versions préliminaires des lignes directrices.

Enfin, il convient de noter que chaque membre des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations, du Groupe d'élaboration des lignes directrices, du Groupe d'examen externe et des Équipes de synthèse des données probantes ainsi que chaque méthodologiste des lignes directrices a été invité à signer un accord de confidentialité relatif au processus d'élaboration et aux résultats des lignes directrices. En outre, le responsable technique a conservé en sécurité tous les exemplaires imprimés et électroniques reçus des formulaires DOI signés et des curriculums vitae, afin de garantir le respect de la confidentialité.

C. Portée des lignes directrices : définition des domaines thématiques et des résultats d'intérêt

En septembre 2018, une enquête en ligne a été conduite en vue de lancer le processus de mise à jour des lignes directrices de l'OMS sur l'avortement sécurisé. Les objectifs de cette enquête étaient les suivants : i) identifier les domaines pertinents nécessitant une mise à jour ou de nouveaux domaines à ajouter aux lignes directrices, et ii) formuler des suggestions pour rendre les lignes directrices plus conviviales. L'enquête a été diffusée au sein de différents réseaux dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et 122 réponses ont été recueillies.

Par la suite, des réunions de cadrage pour chacun des trois domaines (services cliniques, prestation de services, droit et politique) ont été organisées avec divers experts, entre novembre 2018 et juin 2019. L'objectif de ces réunions était de déterminer les principaux domaines thématiques nécessitant la formulation de questions clés au

format « PICR » (population, intervention, comparaison, résultats) puis de rédiger ces questions et d'en débattre. Les questions PICR ont été examinées de façon plus approfondie, modifiées et finalisées lors des échanges de courriels de suivi entre le Groupe d'orientation de l'OMS et les membres du Groupe d'examen des données probantes et des recommandations pour chaque domaine. Les domaines thématiques correspondant aux questions PICR définitives pour chaque domaine, déterminés lors des réunions de cadrage, sont présentés dans l'encadré A ci-dessous. Les questions PICR par domaine sont fournies en annexes 8, 9 et 10.

Outre les réunions de cadrage, trois réunions techniques ont également porté sur les questions relatives aux soins liés à l'avortement dans les situations de crise humanitaire (juin 2019), les valeurs et les préférences en matière de soins liés à l'avortement (septembre 2019) et les préoccupations des jeunes concernant les soins liés à l'avortement (avril 2021) (de plus amples détails sur ces réunions et ces questions sont présentés dans l'encadré B à la fin de la présente annexe et dans l'annexe Web B : Technical meetings during guideline development [Réunions techniques dans le cadre de l'élaboration des lignes directrices]).

ENCADRÉ A: Domaines thématiques classés par grand domaine pour l'élaboration des questions PICR relatives aux recommandations nouvelles et actualisées

Loi et politique	<p>Pénalisation</p> <p>Restrictions quant à la raison</p> <p>Limites d'âge gestationnel</p> <p>Délais d'attente obligatoires</p> <p>Autorisation de tiers</p> <p>Restrictions imposées aux prestataires de soins liés à l'avortement</p> <p>Objection de conscience par un agent de santé</p>
Services cliniques	<p>Iso-immunisation rhésus</p> <p>Prise en charge de la douleur lors d'un avortement médicamenteux, lors d'un avortement chirurgical et lors de la préparation cervicale Préparation cervicale avant un avortement chirurgical</p> <p>Auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux (toutes sous-tâches confondues)</p> <p>Avortement médicamenteux utilisant de nouvelles méthodes (schémas thérapeutiques incluant le létrozole) Prise en charge médicamenteuse de l'avortement manqué</p> <p>Soins de suivi ou services supplémentaires après un avortement</p>
Prestation de services	<p>Agents de santé assurant la prestation de services: personne elle-même, agents de santé communautaires, personnel de pharmacie, pharmaciens, spécialistes des médecins traditionnelles et des médecins complémentaires, aides-soignants, sages-femmes auxiliaires, personnel infirmier, sages-femmes, cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, médecins généralistes, médecins spécialistes</p> <p>Services:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fourniture d'informations sur les soins liés à l'avortement • Services de conseil dans le cadre du continuum de soins • Préparation cervicale médicamenteuse et dilateurs osmotiques avant un avortement chirurgical • Avortement chirurgical (aspiration et dilatation-évacuation [D&E]) • Prise en charge médicamenteuse en cas d'avortement provoqué (toutes les sous-tâches y compris l'auto-prise en charge) • Prise en charge médicamenteuse de la mort fœtale intra-utérine (MFIU) • Prise en charge médicamenteuse et chirurgicale d'un avortement incomplet • Prise en charge initiale des complications n'engageant pas le pronostic vital • Début et poursuite du traitement par contraceptifs injectables (y compris l'auto-injection) <p>Méthodes de prestation de services :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modèles de proximité au sein de la communauté pour la fourniture de soins liés à l'avortement • Soins liés à l'avortement médicamenteux dispensés par télémédecine • Conseils sur la réduction des risques concernant les soins liés à l'avortement • Méthodes de marketing social pour les services de soins liés à l'avortement • Achat en ligne de médicaments pour l'avortement

D. Examen des données probantes et formulation des recommandations

Définition et examen des questions prioritaires

La liste définitive des questions PICR a été validée lors d'échanges de suivi entre les membres du Groupe d'orientation de l'OMS et des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations après les réunions de cadrage pour chaque domaine, décrits à la section précédente. Toutes les questions PICR par domaine et tous les détails connexes sont présentés en annexes 8, 9 et 10.

Méthodes d'examen systématique (extraction de données probantes)

Une liste de tous les examens systématiques réalisés en vue de l'élaboration des présentes lignes directrices est présentée en annexe 7. Veuillez consulter les examens systématiques publiés et les suppléments en ligne pour obtenir des informations sur les méthodes spécifiques utilisées, et notamment sur les stratégies de recherche. Reportez-vous au début de cette annexe pour obtenir des renseignements sur les Équipes de synthèse des données probantes.

Les sources de données probantes en lien avec les questions PICR d'intérêt pour le domaine des services cliniques et le domaine de la prestation de services incluaient des essais contrôlés randomisés (ECR) ainsi que des essais contrôlés non randomisés, des études contrôlées avant-après, des études de séries chronologiques interrompues et des études de cohorte. Les bases de données suivantes ont été consultées sur la période allant de leur création à décembre 2020, sans filtre linguistique :

- Bases de données mondiales : ClinicalTrials.gov, base de données Cochrane, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), base de données Excerpta Medica (Embase), POPLINE, PubMed.
- Bases de données régionales : African Index Medicus (AIM), Chinese Biomedical Literature Database, Global Index Medicus, Index Medicus for South-East Asia (IMSEAR), Index Medicus for WHO Eastern Mediterranean, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Western Pacific Regional Index Medicus.

En outre, une recherche sur les sites des registres d'essais et les sites Web des organisations a été effectuée et des informations provenant d'experts sur le terrain ont également été utilisées pour identifier tout essai majeur en cours ou terminé, mais non publié, qui pourrait être pertinent pour les recommandations formulées dans les présentes lignes directrices. Les données des études remplissant les critères d'inclusion ont été extraites à l'aide d'un formulaire standardisé et classées dans les tableaux récapitulatifs des résultats inclus dans les résumés des données probantes GRADE, à l'aide de l'application en ligne GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).²

Pour le domaine juridique et politique, les bases de données principales suivantes ont été consultées : Google Scholar, JSTOR, Hein Online et PubMed, pour la période comprise entre 2010 et 2021. Pour ce domaine, outre les essais contrôlés randomisés et d'autres types d'études, les examens ont également porté sur des analyses juridiques et politiques, des documents réglementaires et des examens juridiques et politiques.³

Évaluation de la qualité et du niveau de certitude des données probantes sur lesquelles se fondent les recommandations

Conformément à la procédure d'élaboration des lignes directrices de l'OMS, le Groupe d'élaboration des lignes directrices a formulé des recommandations fondées sur la qualité/le niveau de certitude des données probantes disponibles.⁴ L'OMS a adopté l'approche GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) d'élaboration de recommandations, qui définit la qualité et le niveau de certitude des données probantes comme la mesure dans laquelle on peut être sûr que les estimations de l'effet (désirable ou indésirable) obtenues à partir des données probantes sont proches des effets réels recherchés.⁵ L'approche GRADE définit quatre niveaux de certitude des données probantes, qui devraient être interprétés comme suit :

2 GRADEpro GDT. Outil d'élaboration des lignes directrices GRADEPro [logiciel] (développé par Evidence Prime, Inc.). Université McMaster ; 2020 (<https://gradepro.org/>).

3 de Londras F, Cleeve A, Rodriguez M, Lavelanet A. Integrating rights and evidence: a technical advance in abortion guideline development. *BMJ Glob Health.* 2021;6(2):e004141.

4 WHO handbook for guideline development, 2014.

5 Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A, editors. GRADE handbook: handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. The GRADE Working Group; 2013 (<https://gdt.grade-pro.org/app/handbook/handbook.html>).

- élevé : nous avons une confiance très élevée dans le fait que l'estimation de l'effet est proche du véritable effet ;
- modéré : nous avons une confiance modérée dans l'estimation de l'effet - celle-ci est probablement proche du véritable effet, mais il est aussi possible qu'elle soit nettement différente ;
- faible : nous avons une confiance limitée dans l'estimation de l'effet - celle-ci peut être nettement différente du véritable effet ;
- très faible : nous avons très peu confiance dans l'estimation de l'effet - il est probable que celle-ci soit nettement différente du véritable effet.

En principe, on considère que les données probantes issues d'essais contrôlés randomisés sont de « haute qualité », tandis que celles provenant d'essais non randomisés ou d'études d'observation sont jugées de « faible qualité ». Cette notation de qualité de référence peut être dégradée en fonction des limites inhérentes à la conception de l'étude (risque de biais – évalué à l'aide des critères décrits dans le manuel *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* dans six domaines)⁶, de l'incohérence, de l'imprécision, du caractère indirect des données et du biais de publication. Pour les études d'observation, d'autres considérations, telles que l'ampleur de l'effet, pourraient conduire à l'amélioration de la notation si aucune limite n'indique la nécessité d'une rétrogradation. Les membres des Équipes de synthèse des données probantes et les méthodologistes des lignes directrices, conformément aux modes opératoires normalisés approuvés par le Groupe d'orientation de l'OMS, ont effectué la classification des données probantes des examens.

L'approche GRADE d'évaluation de la qualité des données probantes quantitatives a été utilisée pour tous les résultats critiques identifiés dans les questions PICR,⁷ et un profil des données GRADE (tableau GRADE) a été préparé pour chaque résultat quantitatif correspondant à chacune des questions PICR ; ceux-ci sont présentés dans les suppléments disponibles en ligne.

En ce qui concerne le domaine juridique et politique, il existait une recommandation générique dans les orientations sur l'Avortement sécurisé (dont l'édition française a été publiée en 2013), qui abordait ces questions et les interventions connexes ; les sujets identifiés au cours du processus de délimitation de la portée des présentes lignes directrices actualisées (voir l'Encadré A) en découlaient. Cependant, il n'existait pas d'approche normalisée pour évaluer la qualité ou la certitude des données probantes relatives aux lois et aux politiques sur l'avortement en utilisant une analyse fondée sur les droits.⁸ C'est pourquoi une approche innovante a été mise au point pour évaluer les données probantes d'une manière qui intègre efficacement la protection et le respect des droits humains dans les résultats et l'analyse sanitaires, tout en prenant en considération plusieurs facteurs importants et leurs interactions potentielles. Cette démarche est conforme aux normes et aux valeurs de l'OMS, et permet la collecte de données probantes intégrées en vue de leur utilisation dans un cadre décisionnel fondé sur des données probantes (EtD).

Les résultats d'intérêt pour le domaine juridique et politique ont été éclairés par les cadres conceptuels et la cartographie juridique initialement réalisés par l'Équipe de synthèse des données probantes de l'Université Temple (voir la section A). Celle-ci a répertorié les différentes interventions et les systèmes qui les entourent et identifié des recherches empiriques évaluant les effets des lois et des politiques sur la santé. Cette cartographie s'est concentrée sur la surveillance des politiques, le développement des technologies et des méthodes d'évaluation juridique, l'enseignement des méthodes de surveillance des politiques et le partage de données scientifiques fiables avec les chercheurs, les responsables politiques et le public afin d'argumenter en faveur de l'adoption de lois qui améliorent la santé. Ensuite, l'équipe a développé des modèles logiques de causalité pour les interventions juridiques sur l'avortement afin de présenter des voies plausibles depuis la mise en œuvre de la restriction jusqu'aux résultats sanitaires et socio-économiques. La troisième étape a consisté à se servir des modèles comme guide pour effectuer une deuxième analyse rapide, afin d'identifier des études non juridiques visant à déterminer si les processus et les résultats présentés dans les modèles se produisent effectivement, avec quelle fréquence et sévérité, et avec quelles conséquences.

6 Chaque étude incluse est évaluée et notée comme présentant un risque faible, élevé ou incertain de biais pour la génération de séquences, la répartition en aveugle, l'insu du personnel et des participants de l'étude, l'attrition, la notification sélective et d'autres sources de biais (Higgins J, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page M, Welch V, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*, Version 6.2. The Cochrane Collaboration ; 2021 [<https://training.cochrane.org/handbook/current>]).

7 Schünemann et al., editors, *GRADE Handbook*, 2013.

8 Rehfues E, Stratil JM, Portela A, Baltussen R, Scheel IB, Norris SL. The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework version 1.0: integrating WHO norms and values and a complexity perspective. *BMJ Glob Health*. 2019;4:e000844.

Ces données ont à leur tour permis de dégager des liens de causalité en vue d'une finalité concrète : l'élaboration de politiques et de lignes directrices. La méthode IDEAL (Identifying Data for the Empirical Assessment of Law) vise à créer un cadre objectif pour cristalliser les diverses influences et conséquences attribuables à l'impact de restrictions spécifiques relatives à l'avortement, conduisant à l'identification de données scientifiques inexploitées sur les effets plausibles de la loi.⁹

Les données quantitatives extraites de tous les types d'études et de documents ont été évaluées pour en vérifier la précision, le caractère direct et l'ampleur de l'effet, tandis que les données qualitatives ont été évaluées pour en vérifier l'adéquation et compilées dans un tableau décisionnel fondé sur des données probantes. Un tableau général d'analyse des droits, qui recensait les normes relatives aux droits humains applicables aux interventions spécifiques, a été appliqué au tableau des données probantes, ce qui a conduit à l'élaboration d'un tableau mettant en lien les droits humains et les données probantes, organisé par résultat d'intérêt. Les méthodes complètes sont décrites dans de Londras et al. (2021).¹⁰

Formulation des recommandations et détermination de leur force

Le Groupe d'orientation de l'OMS a supervisé et finalisé la préparation de résumés des données probantes, comprenant des tableaux GRADE et des tableaux récapitulatifs des résultats, pour chaque question PICR. Pour les domaines des services cliniques et de la prestation de services, les résumés des données probantes ont suivi le nouveau cadre décisionnel fondé sur des données probantes, connu sous le nom de cadre INTEGRATE de l'OMS. Ce nouveau cadre est plus large et mieux adapté aux interventions au niveau du système. Les six critères de fond du cadre INTEGRATE de l'OMS sont les suivants : l'équilibre entre les avantages et les inconvénients pour la santé ; les droits humains et l'acceptabilité socioculturelle ; l'équité, l'égalité et la non-discrimination en matière de santé ; les implications sociétales ; les considérations financières et économiques ; et les considérations relatives à la faisabilité et au système de santé. Le méta-critère supplémentaire est la qualité des données probantes (c'est-à-dire le type, la taille et les limites des études disponibles dont sont issues les données probantes). Le cadre INTEGRATE de l'OMS tient compte du fait que certaines interventions sont complexes et comportent de multiples composantes qui interagissent de manière synergique ou dyssynergique, peuvent avoir des effets non linéaires ou peuvent dépendre du contexte. Ce cadre est mieux adapté à la formulation de recommandations pour le domaine juridique et politique, ainsi que pour les domaines des services cliniques et de la prestation de services, permettant ainsi aux utilisateurs des lignes directrices de prendre des décisions éclairées sur toutes les interventions. La valeur accordée aux résultats et aux préférences des femmes concernées par les recommandations fait également partie intégrante du processus de formulation des recommandations dans tous les domaines. Compte tenu de cela et de tous les critères du cadre INTEGRATE de l'OMS, tels qu'appliqués à chaque intervention pour la population spécifiée, des recommandations nouvelles et actualisées ont été formulées par les membres des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations et du Groupe d'élaboration des lignes directrices et qualifiées soit de recommandations fortes (« recommander »), soit de recommandations faibles (« suggérer », avec des conditions d'application spécifiées) en faveur de l'intervention, soit de recommandations fortes contre l'intervention/en faveur de la comparaison.

Les recommandations étaient considérées comme « nouvelles » (comme indiqué dans le tableau à la fin du résumé d'orientation et au chapitre 3) si les lignes directrices précédentes de l'OMS ne comportaient aucune recommandation sur le sujet ou l'intervention en question pour la population spécifiée. Il convient particulièrement de noter que les lignes directrices de 2013 sur l'Avortement sécurisé formulaient une recommandation générique à caractère juridique et politique ; dans les présentes directives, sept recommandations distinctes sont formulées, sans pour autant qu'elles soient considérées comme « nouvelles » (les recommandations 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22).

E. Prise de décision par le Groupe d'élaboration des lignes directrices pendant le processus d'élaboration

Le Groupe d'élaboration des lignes directrices s'est réuni en avril 2021 pour examiner, réviser et finaliser les

9 Burris S, Ghorashi AR, Cloud LF, Rebouché R, Skuster P, Lavelanet A. Identifying data for the empirical assessment of law (IDEAL): a realist approach to research gaps on the health effects of abortion law. *BMJ Glob Health*. 2021;6:e005120.

10 de Londras et al., 2021.

projets de recommandations des trois domaines qui avaient été préparés par les Groupes d'examen des données probantes et des recommandations, comme décrit ci-dessus. La prise de décision s'est fondée sur l'examen des données probantes synthétisées et l'utilisation du cadre DECIDE.¹ La version définitive de chaque recommandation a été adoptée par consensus, défini comme un accord complet entre tous les participants au Groupe d'élaboration des lignes directrices lorsque cela était possible – il s'agit de la méthode privilégiée. Dans un cas, un vote a été utilisé car aucun consensus n'avait pu être dégagé. La décision sur la manière de présenter les schémas d'avortement médicamenteux a été prise à la suite d'un vote à une large majorité en faveur du maintien de la manière dont ils étaient décrits et présentés dans les lignes directrices précédentes. Le personnel de l'OMS participant à la réunion, les membres des Équipes de synthèse des données probantes, les méthodologistes et les observateurs à la réunion n'ont pas été autorisés à voter.

F. Compilation, examen et présentation du contenu des lignes directrices

Le responsable technique de l'OMS a dirigé la rédaction des lignes directrices avec la collaboration de rédacteurs externes ou consultants, et une contribution importante des Équipes de synthèse des données probantes, des méthodologistes des lignes directrices et d'autres membres du Groupe d'orientation de l'OMS. Avant la réunion du Groupe d'élaboration des lignes directrices, une version préliminaire du document complet des lignes directrices a été préparée. Les méthodologistes des lignes directrices ont rédigé les résumés des données probantes GRADE et les membres du Groupe d'orientation de l'OMS ont préparé les cadres décisionnels fondés sur des données probantes correspondants. La version préliminaire complète et ces suppléments ont été communiqués par voie électronique à tous les membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices (voir l'annexe 1) deux semaines avant la réunion dudit Groupe qui s'est tenue la dernière semaine d'avril 2021.

Après la réunion du Groupe d'élaboration des lignes directrices, des révisions ont été apportées pour refléter fidèlement les délibérations et décisions de ses membres sur les recommandations et pour intégrer leurs commentaires sur la version préliminaire. Par la suite, la version préliminaire révisée des lignes directrices a été transmise par voie électronique à tous les membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices. Ils ont alors eu deux semaines pour formuler de nouveaux commentaires. Dans le même temps, elle a été envoyée pour commentaires à tous les membres du Groupe d'examen externe, aux observateurs à la réunion du Groupe d'élaboration des lignes directrices et aux représentants des organisations partenaires de mise en œuvre (voir la section A et l'annexe 1), qui n'avaient pas pris part au processus d'élaboration des lignes directrices.

Ensuite, le Groupe d'orientation a soigneusement évalué les contributions écrites de tous les réviseurs (reçus par courriel et les commentaires/modifications apportés directement sur la version préliminaire du document) à inclure dans le document final des lignes directrices, et la version révisée a été examinée par le directeur du Département SRH de l'OMS et modifiée pour plus de clarté. La version finale a été soumise pour examen lors d'une réunion du Comité d'examen des lignes directrices de l'OMS (GRC) et a été entièrement approuvée par ce dernier en août 2021 après que certaines révisions demandées ont été apportées.

Les données probantes issues des examens systématiques à l'appui des nouvelles recommandations et des recommandations actualisées ont été résumées dans des cadres décisionnels fondés sur des données probantes afin de fournir la base factuelle sur l'efficacité pour éclairer les nouvelles recommandations contenues dans les présentes lignes directrices. Ces cadres sont présentés séparément dans les trois suppléments disponibles en ligne à l'adresse <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483> :

- Supplément 1 : Evidence-to-Decision frameworks for the law and policy recommendations (Cadres décisionnels fondés sur des données probantes pour les recommandations concernant le droit et les politiques).
- Supplément 2 : Evidence-to-Decision frameworks for the clinical service recommendations (Cadres décisionnels fondés sur des données probantes pour les recommandations concernant les services cliniques).
- Supplément 3 : Evidence-to-Decision frameworks for the service delivery recommendations and best practice statements (Cadres décisionnels fondés sur des données probantes pour les recommandations et les énoncés de meilleures pratiques concernant la prestation de services).

1 Evidence to Decision frameworks (EtDs) for policy makers [site Web]. Cochrane Norway ; 2021 (<https://www.cochrane.no/decide-frameworks-policy-makers>).

ENCADRÉ B: Réunions importantes pendant l'élaboration des lignes directrices (à Genève, en Suisse ou en ligne)

Réunions de cadrage : novembre 2018 – juin 2019

Des réunions de cadrage de deux jours ont été organisées pour chacun des trois domaines des présentes lignes directrices, au cours desquelles des experts externes des domaines thématiques et de la méthodologie (voir l'annexe 1) ont identifié les sujets prioritaires et les domaines spécifiques nécessitant des recommandations nouvelles ou actualisées ou des énoncés de meilleures pratiques.

- **Domaine juridique et politique** : Genève, novembre 2018. Cette réunion a facilité les discussions et l'élaboration de nouvelles approches pour l'élaboration de lignes directrices en ce qui concerne i) le droit et les politiques en matière d'avortement et ii) l'intégration des droits humains.
- **Domaine des services cliniques** : réunion virtuelle, décembre 2018.
- **Domaine de la prestation de services** : Genève, juin 2019.

Réunions techniques :

(i) Considérations relatives à la mise en œuvre des soins liés à l'avortement en situation de crise humanitaire : une réunion technique de deux jours s'est tenue à Genève en juin 2019. Cette réunion a rassemblé environ 20 experts des domaines de l'aide humanitaire, des situations de conflit, des soins liés à l'avortement et des droits humains (dont trois représentants des jeunes), ainsi que 20 représentants du Secrétariat de l'OMS. Les experts participants provenaient de neuf pays des régions suivantes : Afrique, Méditerranée orientale, Europe et Amérique du Nord. Au cours de la réunion, les participants ont identifié les obstacles spécifiques et les facteurs favorables à la mise en œuvre de l'avortement sécurisé dans les situations d'urgence/de crise humanitaire. Parmi les obstacles courants qui ont été identifiés figuraient la stigmatisation, le rôle des normes et des valeurs sociales, le manque de compétences et de connaissances cliniques et les obstacles juridiques perçus. Les pratiques qui facilitent la mise en œuvre de soins liés à l'avortement de qualité dans ces contextes sont les suivantes : collaboration avec les principales parties prenantes (en particulier avec les chefs communautaires et religieux), élaboration d'une stratégie de mise en œuvre concrète avec identification des points d'entrée potentiels, et garantie de la collecte et du suivi des données. Pour plus de détails, voir l'annexe Web B : Technical meetings during guideline development (Réunions techniques dans le cadre de l'élaboration des lignes directrices).

(ii) Valeurs et préférences en matière d'avortement au niveau mondial : une enquête en ligne a été préparée et diffusée en octobre et novembre 2018. En septembre 2019, une réunion technique de deux jours a été organisée à Genève avec un éventail de parties prenantes, dont 19 participants de 15 organisations/pays différents (parmi lesquels trois représentants des jeunes) et huit membres du Secrétariat de l'OMS. Pour la première fois, il s'agissait d'une réunion axée uniquement sur l'identification de la signification des « valeurs et préférences » en lien avec l'avortement. À l'issue de la réunion, les informations générées par les riches discussions ont servi de base aux discussions pour l'élaboration des lignes directrices sur les valeurs et les préférences des femmes, qui étaient l'un des critères clés du processus de formulation des recommandations. Pour plus de détails, y compris un récapitulatif des résultats de l'examen de la littérature, voir l'annexe Web B : Technical meetings during guideline development (Réunions techniques dans le cadre de l'élaboration des lignes directrices).

(iii) Préoccupations des jeunes concernant les soins liés à l'avortement : des représentants de l'IYAFP (International Youth Alliance for Family Planning) ont participé à chacune des réunions techniques et de cadrage pour les présentes lignes directrices, mentionnées dans cet encadré, afin d'apporter la perspective des jeunes. Un représentant de l'IYAFP était également présent dans chacun des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations et dans le

ENCADRÉ B: Suite

Groupe final d'élaboration des lignes directrices. En outre, une réunion technique dédiée de deux jours s'est tenue en ligne en avril 2021, réunissant 16 membres du groupe de travail de l'IYAFP sur la jeunesse pour l'avortement (Youth for Abortion Taskforce), que l'IYAFP a formé pour soutenir et éclairer le processus d'élaboration des lignes directrices, et quatre membres du personnel de l'unité Prévention des avortements non sécurisés (PUA) du Département Santé sexuelle et reproductive et recherche de l'OMS. Les participants étaient notamment des jeunes (jusqu'à l'âge de 30 ans) ayant des compétences de leadership avérées dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs des adolescents, représentant 13 pays des différentes Régions de l'OMS. Lors de la réunion, les discussions se sont articulées autour de trois thèmes clés : les valeurs et les préférences des jeunes en matière de services liés à l'avortement, la lutte contre les obstacles à l'avortement et la stigmatisation de l'avortement et l'application à plus grande échelle des pratiques et interventions prometteuses. Parmi les principales questions abordées figuraient les éléments d'un environnement favorable et d'une participation significative des jeunes. Les membres de l'IYAFP élaborent une note de synthèse comme principal résultat de la réunion. Pour plus de détails, voir l'annexe Web B : Technical meetings during guideline development (Réunions techniques dans le cadre de l'élaboration des lignes directrices).

Réunions des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations : mars 2020 – mars 2021

Les réunions des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations (au nombre de 4 ou 5 pour chacun des trois domaines) se sont toutes tenues en ligne, chacune se déroulant sur deux jours, sous l'égide du responsable technique de l'OMS et d'autres membres du Groupe d'orientation de l'OMS. Lors de ces réunions, les membres des Équipes de synthèse des données probantes ont présenté leurs examens systématiques des données probantes, et les membres des Groupes d'examen des données probantes et des recommandations (voir la section A et l'annexe 1) ont examiné les données probantes et formulé des projets de recommandations, des considérations relatives à la mise en œuvre et des énoncés de meilleures pratiques à présenter au Groupe d'élaboration des lignes directrices pour examen, révision et finalisation.

- Domaine des services cliniques : mars 2020, mai 2020, juin 2020, septembre 2020, février 2021
- Domaine de la prestation de services : pré-Groupe d'examen des données probantes et des recommandations juin 2020, octobre 2020, janvier 2021, début mars 2021, fin mars 2021
- Domaine juridique et politique : mars-avril 2020, juin 2020, août-septembre 2020, mars 2021.

Réunion du Groupe d'élaboration des lignes directrices

En ligne, du 27 au 30 avril 2021. Au cours de la réunion du Groupe d'élaboration des lignes directrices, ses membres ont examiné, discuté, révisé et finalisé les projets de recommandations, les considérations relatives à la mise en œuvre et les énoncés de meilleures pratiques pour les trois domaines.

Réunion du Comité d'examen des lignes directrices de l'OMS (GRC)

7 juillet 2021.

Annexe 5. Catégories et rôles des agents de santé

Les types d'agents de santé pris en considération dans les présentes lignes directrices sont décrits dans le tableau ci-dessous. Les descriptions ont été adaptées aux fins des présentes lignes directrices de manière à être suffisamment génériques pour pouvoir s'appliquer à différents contextes. Elles sont fournies à titre indicatif et illustratif ; elles ne sont pas destinées à remplacer les définitions officielles des organismes professionnels ou les titres en vigueur dans certains pays.

Catégorie principale	Description des qualifications et des tâches, aux fins des présentes lignes directrices	Exemples illustratifs d'autres termes désignant ces types d'agents de santé (certains exemples peuvent être spécifiques à un contexte national ou régional)
Agent de santé communautaire	Personne qui exerce des fonctions liées à la prestation de soins de santé/à la fourniture d'informations et qui a été formée d'une certaine manière dans le contexte de cette tâche, mais qui ne détient aucun certificat professionnel ou paraprofessionnel officiel ni autre diplôme d'études supérieures.	Agent de santé non professionnel, agent de santé de village, femme volontaire en santé communautaire, accoucheuse formée, agent d'assistance téléphonique formé, accompagnatrice d'avortement, conseiller au service d'assistance téléphonique
Personnel de pharmacie	Techniciens et assistants qui exécutent différentes tâches liées à la dispensation de produits médicaux sous la supervision d'un pharmacien. Ils gèrent les inventaires, préparent et stockent les médicaments et autres composés et fournissent pharmaceutiques, peuvent dispenser des médicaments à des clients et leur indiquer comment les utiliser conformément à la prescription des professionnels de santé. Les techniciens suivent généralement une formation de deux à trois ans dans un centre de formation et obtiennent une capacité non équivalente à un diplôme universitaire. Les assistants suivent généralement deux à trois années d'études secondaires suivies d'une période de formation sur le terrain ou d'apprentissage.	Personnel d'officine, assistant en pharmacie, technicien en pharmacie, préparateur en pharmacie, aide-pharmacien
Pharmacien	Professionnel de santé qui dispense des produits médicaux. Un pharmacien peut fournir des conseils sur le bon usage et les effets indésirables des médicaments conformément à la prescription établie par des médecins/professionnels de santé habilités. La formation est de type universitaire dans les domaines de la pharmacie théorique et pratique, la chimie pharmaceutique ou un autre domaine connexe.	Chimiste, pharmacien clinicien, pharmacien d'officine, pharmacien communautaire
Spécialiste des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires	Professionnel pratiquant une médecine traditionnelle ou complémentaire (médecine non-allopathique) dont la formation prévoit quatre ou cinq ans d'études à l'université sur l'anatomie humaine, la physiologie, la prise en charge d'un travail normal et la pharmacologie des médecines modernes utilisées en gynécologie obstétrique en plus de leurs médecines. Dans ces lignes directrices, ces docteurs sont cités dans le cadre de la fourniture de soins liés à l'avortement tels que conçus dans la pratique médicale conventionnelle.	Docteur Ayush, médecin ayurvédique, docteur en médecine complémentaire, médecin non allopathique
Sage-femme auxiliaire et aide-soignant	Un aide-soignant est une personne formée aux compétences de base en soins infirmiers, mais pas à la prise de décisions dans ce domaine. Une sage-femme auxiliaire possède des compétences de base en soins infirmiers et certaines compétences de sage-femme, mais elle n'est pas pleinement qualifiée en tant que sage-femme. Le niveau de formation peut varier de quelques mois à trois ans, comprenant éventuellement une période de formation sur le terrain qui peut prendre la forme d'un contrat d'apprentissage.	Infirmière sage-femme auxiliaire (ISFA), infirmière auxiliaire
Personnel infirmier	Personne qui a été légalement autorisée (agrée) à exercer à l'issue d'un examen conduit par un comité national d'examineurs infirmiers ou une autre autorité similaire. La formation dure au moins trois ans en école de soins infirmiers et aboutit à un diplôme d'études supérieures ou de troisième cycle universitaire ou équivalent.	Infirmier diplômé d'État, infirmier clinicien spécialiste, infirmier agréé, infirmier autorisé
Sage-femme	Personne qui a été enregistrée par un ordre national de sages-femmes ou une autorité réglementaire similaire, et qui a été formée aux compétences essentielles de la pratique de la profession de sage-femme. La formation dure généralement au moins trois ans en école d'infirmière ou de sage-femme et aboutit à un diplôme universitaire ou équivalent. Une sage-femme agréée possède l'ensemble des compétences des maieutiques, y compris l'avortement.	Sage-femme agréée, sage-femme communautaire, infirmière sage-femme
Clinicien associé et clinicien associé de niveau avancé	Clinicien professionnel ayant des compétences de base pour diagnostiquer et prendre en charge des affections médicales et chirurgicales courantes et pour réaliser certains actes chirurgicaux. La formation nécessite généralement trois à quatre ans d'études postsecondaires dans un établissement d'enseignement supérieur reconnu. La pratique du clinicien fait l'objet d'une autorisation et est réglementée par une autorité nationale ou infranationale.	Adjoint au médecin, clinicien, praticien médical certifié, responsable sanitaire, auxiliaire médical, technicien en chirurgie, clinicien non médecin, infirmier praticien, assistant médical

Médecin généraliste	Docteur en médecine détenant un diplôme universitaire de formation médicale de base, mais sans spécialisation en gynécologie obstétrique.	Médecin non spécialiste, médecin de famille, omnipraticien, médecin
Médecin spécialiste	Docteur en médecine avec une formation clinique supérieure et une spécialisation en gynécologie-obstétrique.	Gynécologue, obstétricien

Source : adapté de la publication de l'OMS (2015) (18) avec des révisions mineures, au rang desquelles la mise à jour de certains noms de catégories d'agents de santé pour utiliser la terminologie actuellement préférée de l'OMS, telle que présentée dans la Classification internationale type des professions (CITP), Partie III : Définitions des grands groupes, sous-grands groupes, petits groupes et groupes de base, mises à jour le 21 juin 2016 (disponible à l'adresse suivante : <https://www.ilo.org/public/french/bureau/stat/isco/index.htm>).

Annexe 6. Suivi et évaluation de la qualité des soins liés à l'avortement : identification des indicateurs

Méthodes et résultats préliminaires

Pour parvenir à un consensus sur les indicateurs qui peuvent être utilisés pour documenter efficacement les progrès dans la qualité des soins liés à l'avortement aux niveaux programmatique et national, un examen de la portée et plusieurs consultations d'experts ont été menées par des scientifiques de la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) et l'OMS.

Examen de la portée : l'examen de la portée a abouti à un résumé des mesures et des indicateurs liés à l'avortement rapportés au cours de la période de 10 ans allant de 2008 à 2018 dans la littérature et les documents scientifiques recensés sur les sites Web des principales organisations non gouvernementales. Au total, 1999 résumés et 7 autres documents pertinents ont été examinés afin de répertorier les indicateurs et 792 indicateurs ont pu être identifiés à partir de 142 documents. Les conclusions de l'examen de la portée ont été publiées récemment dans *BMJ Global Health* et les 792 indicateurs sont disponibles sur une feuille de calcul consultable parmi les suppléments à la présente publication.¹

Réunion de consultation : lors d'une première réunion de consultation (virtuelle) tenue en juin 2020, plusieurs séries d'indicateurs susceptibles d'être utilisés pour le suivi au niveau mondial et au niveau des programmes ont été présentées. Elles comprenaient notamment un sous-ensemble de 17 indicateurs de base qui avaient été sélectionnés parmi les indicateurs identifiés lors de l'examen de la portée et parmi les indicateurs de suivi des soins liés à l'avortement sur la base d'initiatives de mesure mises en œuvre de manière variée par le Programme spécial PNUD-UNFPA-UNICEF-OMS-Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP), le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, l'Initiative sur la mortalité maternelle (du Département Santé sexuelle et reproductive et recherche de l'OMS) et Ibis Reproductive Health. Au total, 52 indicateurs uniques ont été proposés lors de la réunion de consultation. Le cadre de suivi et d'évaluation du renforcement des systèmes de santé de l'OMS a également été présenté comme une structure potentielle pour le suivi et l'évaluation de la qualité des soins liés à l'avortement.

Synthèse des travaux : au cours d'une phase de synthèse des travaux, une équipe de scientifiques de la LSHTM et de l'OMS a éliminé 29 des 52 indicateurs, supprimant les indicateurs comportant une duplication des informations, en utilisant comme principaux critères d'examen : i) la pertinence dans le cadre du suivi et de l'évaluation du renforcement des systèmes de santé, et ii) la faisabilité du suivi et de l'évaluation. Six indicateurs ont été ajoutés pour représenter des catégories du cadre de suivi et d'évaluation du renforcement des systèmes de santé auxquelles ne correspondait aucun des indicateurs proposés auparavant (tel que la protection sociale et l'infrastructure) et en vue de s'aligner sur les cibles des Objectifs de développement durable (ODD) liées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. Ces six indicateurs supplémentaires ont été tirés de la liste originale des indicateurs recensés lors de l'examen de la portée,² des indicateurs de qualité des soins définis par Ibis Reproductive Health,³ et des indicateurs du Département de Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MCA) de l'OMS sur les soins respectueux.⁴

Consultation en ligne : lors d'une consultation en ligne en mars 2021, les experts en mesure et en suivi-évaluation des soins liés à l'avortement ont été invités à formuler des observations sur : i) la pertinence du cadre de suivi et d'évaluation du renforcement des systèmes de santé de l'OMS pour les programmes liés à l'avortement ; ii) la validité, la faisabilité, l'importance et la sensibilité au changement de chaque indicateur proposé ; et iii) les suggestions d'autres indicateurs. Vingt-deux (sur 27) experts invités ont examiné un total de 29 indicateurs consolidés dans le cadre de la consultation en ligne. Les 29 indicateurs ont été classés selon les catégories du cadre de suivi et d'évaluation du renforcement des systèmes de santé : gouvernance (5), financement (1), infrastructure (1), système d'information (1), personnel de santé (1), accès aux interventions et préparation des services (5), qualité et sécurité des interventions (5), couverture des interventions (1), prévalence des comportements à risque et des facteurs de risque (1), amélioration des résultats sanitaires et équité (4), réactivité (2) et protection sociale (2).

1 Filippi V, Dennis M, Calvert C, Tunçalp Ö, Ganatra B, Kim CR, Ronsmans C. Abortion metrics: a scoping review of abortion measures and indicators. *BMJ Global Health*. 2021;6(1):e003813.

2 *ibid*

3 Dennis A, Blanchard K, Bessenaar T. Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2017;43(1):7-15.

4 Quality of care for maternal and newborn health: a monitoring framework for network countries, mis à jour en février 2019. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (en anglais uniquement) : <https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/qed-quality-of-care-for-maternal-and-newborn-health-a-monitoring-framework-for-network-countries.pdf>, consulté le 3 septembre 2021.

Prochaines étapes

L'équipe principale de la LSHTM et de l'OMS est en train de finaliser la liste des indicateurs à la lumière des commentaires recueillis lors de la consultation en ligne, tout en reconnaissant que cette liste devra être réévaluée périodiquement pour en renforcer et en maintenir l'utilité et la pertinence. Un rapport sera publié en temps utile.

Annexe 7. Examens systématiques et liens avec les questions PICR et les recommandations

Domaines thématiques	Titre et auteurs de l'examen (et références, si publiée)	Numéro(s) de(s) question(s) PICR associée(s), telles que listées en annexes	Numéro(s) de(s) recommandation(s) associée(s) telles que présentées dans le document principal
I. Sujets entrant dans le cadre de la portée de l'élaboration des nouvelles recommandations ou des recommandations actualisées			
Sujets liés au loi et aux politiques Pour les cadres décisionnels fondés sur des données probantes, veuillez vous reporter au Supplément 1⁵	Tous les examens menés par l'Équipe de synthèse des données probantes du domaine juridique et politique aux fins de l'élaboration des présentes lignes directrices⁶	Reportez-vous à l'annexe 8	
Pénalisation ⁷	Impact of criminalization on abortion-related outcomes [Impact de la pénalisation sur les résultats liés à l'avortement]	1	1
Restrictions quant à la raison	Impact of grounds on abortion-related outcomes [Impact des restrictions quant à la raison sur les résultats liés à l'avortement]	2	2
Limites d'âge gestationnel	Impact of gestational limits on abortion-related outcomes [Impact des limites d'âge gestationnel sur les résultats liés à l'avortement]	3	3
Délais d'attente obligatoires	Impact of mandatory waiting periods on abortion-related outcomes [Impact des délais d'attente obligatoires sur les résultats liés à l'avortement]	4	6
Autorisation de tiers	Impact of third-party authorization on abortion-related outcomes [Impact de l'autorisation de tiers sur les résultats liés à l'avortement]	5,6,7,8,9	7
Restrictions relatives aux prestataires	Impact of provider restrictions on abortion-related outcomes [Impact des restrictions relatives aux prestataires sur les résultats liés à l'avortement]	10	21
Objection de conscience	Impact of conscientious objection on abortion-related outcomes [Impact de l'objection de conscience sur les résultats liés à l'avortement]	11	22
Sujets liés aux services cliniques Pour les cadres décisionnels fondés sur des données probantes, veuillez vous reporter au Supplément 2	Tous les examens menés par l'Équipe de synthèse des données probantes du domaine des services cliniques aux fins de l'élaboration des présentes lignes directrices	Reportez-vous à l'annexe 9	
Iso-immunisation rhésus	Nouvel examen systématique : Chan M, Gill R, Kim C. The effect of routine anti-D administration among unsensitized Rh negative individuals who have an abortion [Effet de l'administration systématique d'anti-D chez les personnes de rhésus négatif non immunisées ayant recours à un avortement]. <i>BMJ Sex Reprod Health</i> . 2021 (sous presse).	1	8
Prise en charge de la douleur lors d'un avortement chirurgical	<i>Revue mise à jour par le Groupe Cochrane sur la régulation de la fécondité (CFR) : Renner R-M, Edelman A, McKercher AE, Jensen JTJ, Nichols MDN. Pain control in first trimester surgical abortion [Contrôle de la douleur en cas d'avortement chirurgical au premier trimestre]. 2020 (à paraître.)</i> <i>Nouvel examen systématique : DePiñeres T. Pain management regimens for surgical abortion > 14 weeks gestation [Schémas de prise en charge de la douleur en cas d'avortement chirurgical à >14 semaines d'aménorrhée]. 2020 (non publié)</i>	2, 3	11 et 12 13 et 14

5 Supplément 1, disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

6 Parmi les auteurs des sept examens figurent : Amanda Cleeve, Fiona de Londras, Alana Farrell, Magdalena Furgalska, Antonella Lavelanet, Maria Isabel Rodriguez.

7 Ces trois premières recommandations sont présentées au chapitre 2. Les autres figurent au chapitre 3.

Domaines thématiques	Titre et auteurs de l'examen (et références, si publiée)	Numéro(s) de(s) question(s) PICR associée(s), telles que listées en annexes	Numéro(s) de(s) recommandation(s) associée(s) telles que présentées dans le document principal
Prise en charge de la douleur lors d'un avortement médicamenteux	<i>Nouvelle revue par le Groupe CFR :</i> <i>Reynolds-Wright JJ, Woldetsadik MA, Morroni C, Cameron S. Pain management for medical abortion before 14 weeks' gestation [Prise en charge de la douleur en cas d'avortement médicamenteux avant 14 semaines d'aménorrhée]. 2020 (à paraître.)</i> <i>Nouvel examen systématique :</i> <i>Koratkaya Y, Kim C. Pain control in second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review [Contrôle de la douleur en cas d'interruption de la grossesse pour raison médicale au deuxième trimestre : examen systématique]. 2019 (non publié)</i>	4, 5	15 16
Préparation cervicale avant l'avortement chirurgical à <12 semaines	<i>Revue mise à jour par le Groupe CFR :</i> <i>Kapp N, Nguyen A, Atrio J, Lohr P. Cervical preparation for surgical abortion less than 14 weeks [Préparation cervicale en cas d'avortement chirurgical avant 14 semaines]. 2020 (à paraître)</i>	6a.	17
Préparation cervicale avant l'avortement chirurgical à ≥12 semaines	<i>Revue mise à jour par le Groupe CFR :</i> <i>Newmann SJ, Tufa T, Drey E, Meckstroth K, Diedrich JT. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation [Préparation cervicale pour la dilatation et l'évacuation au deuxième trimestre]. 2019 (à paraître)</i>	6b,7,8,9	18
Autres méthodes médicamenteuses pour induire l'avortement	<i>Nouvel examen systématique :</i> <i>Tolu L, Kim C. The efficacy, safety, and acceptability of alternative methods of medication abortion to the routine mifepristone and/or misoprostol [Efficacité, sécurité et acceptabilité de méthodes alternatives au schéma thérapeutique classique par mifépristone et/ou misoprostol pour l'avortement médicamenteux]. 2020 (manuscrit en cours)</i>	10,11,12	27c
Avortement manqué à <14 semaines	<i>Nouvel examen systématique :</i> <i>DePiñeres T. Management options for pregnant individuals with missed abortion < 14 weeks [Options de prise en charge des personnes enceintes en cas d'avortement manqué à <14 semaines]. 2020 (non publié)</i>	13,14,15	31
Auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux (critères d'admissibilité, administration des médicaments, évaluation du résultat)	<i>Nouvel examen systématique :</i> <i>Clark E, Tolu L, Gill R, Kim C. Eligibility and outcome assessment [Évaluation de l'admissibilité et du résultat]. 2020 (non publié)</i> <i>Nouvelle revue par le Groupe CFR :</i> <i>Gambir K, Kim C, Necastro KA, Ganatra B, Ngo TD. Self-administered versus provider-administered medical abortion [Comparaison de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse auto-administrée et administrée par un médecin]. Cochrane Database Syst Rev. 2020;(3):CD013181.</i>	16	50 (Auto-prise en charge)
Sujets liés à la prestation de services Pour les cadres décisionnels fondés sur des données probantes, veuillez vous reporter au Supplément 3	Tous les examens menés par l'Équipe de synthèse des données probantes du domaine de la prestation de services aux fins de l'élaboration des présentes lignes directrices	Reportez-vous à l'annexe 10	
Fourniture d'informations	<i>Revue mise à jour par Cochrane Response (sur les personnels de pharmacie) :</i> <i>Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: information provision by pharmacy workers [Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement : fourniture d'informations par le personnel de pharmacie]. 2021 (non publié)</i>	1	4
Services de conseil	<i>Revue mise à jour par Cochrane Response (sur les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les pharmaciens, le personnel de pharmacie et les agents de santé communautaire) :</i> <i>Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: pre- and post-abortion counselling [Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement : conseil avant et après l'avortement] 2021 (non publié)</i>	2	5

Domaines thématiques	Titre et auteurs de l'examen (et références, si publiée)	Numéro(s) de(s) question(s) PICR associée(s), telles que listées en annexes	Numéro(s) de(s) recommandation(s) associée(s) telles que présentées dans le document principal
Préparation cervicale au moyen de dilateurs osmotiques ou de médicaments avant un avortement chirurgical provoqué	<i>Revue mise à jour par Cochrane Response (sur les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les cliniciens associés/associés de niveau avancé, les sages-femmes, le personnel infirmier ou les aides-soignants/ sages-femmes auxiliaires) :</i> <i>Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Cervical priming using osmotic dilators or medications [Préparation cervicale au moyen de dilateurs osmotiques ou de médicaments]. 2021 (non publié)</i>	3	19 et 20
Aspiration toutes indications confondues à <14 semaines Aspiration pour la prise en charge d'un avortement incomplet	<i>Revue Cochrane mise à jour (sur les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les sages-femmes auxiliaires, les aides-soignants, le personnel infirmier, les sages-femmes, les cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé) :</i> <i>Kim C, Barnard S, Park MH, Ngo TD. Doctors or mid-level providers for abortion [Avortement par des médecins ou par des prestataires de niveau intermédiaire]. Cochrane Database Syst Rev. 2021 (à paraître)</i>	4 et 10	24 et 38
Dilatation et évacuation pour l'avortement chirurgical à ≥14 semaines	<i>Nouvel examen systématique (sur les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, les sages-femmes) :</i> <i>Feyssa M, Kim C. Systematic review on effectiveness, safety and acceptability of second trimester abortion by midlevel providers [Examen systématique de l'efficacité, la sécurité et l'acceptabilité de la réalisation de l'avortement au deuxième trimestre par des prestataires de niveau intermédiaire]. 2021 (non publié)</i>	5	26
Avortement médicamenteux à <12 semaines (admissibilité, administration des médicaments, évaluation du résultat)	<i>Revue Cochrane mise à jour (sur les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les sages-femmes auxiliaires, les aides-soignants, le personnel infirmier, les sages-femmes, les cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé) :</i> <i>Kim C, Barnard S, Park MH, Ngo TD. Doctors or mid-level providers for abortion [Avortement par des médecins ou par des prestataires de niveau intermédiaire]. Cochrane Database Syst Rev. 2021 (à paraître)</i> <i>Nouvelle revue réalisée par Cochrane Response (sur les pharmaciens, le personnel de pharmacie et les agents de santé communautaires) :</i> <i>Villanueva G, Cogo E, Petkovic J, Bergman H, Probyn K, Buckley B, et al. Medical abortion facilitation [Facilitation de l'avortement médicamenteux]. 2021 (non publié)</i>	6	28
Avortement médicamenteux à ≥12 semaines	<i>Nouvel examen systématique (sur les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, les sages-femmes, le personnel infirmier, les aides-soignants) :</i> <i>Feyssa M, Kim C. Systematic review on effectiveness, safety and acceptability of second trimester abortion by midlevel providers [Examen systématique de l'efficacité, la sécurité et l'acceptabilité de la réalisation de l'avortement au deuxième trimestre par des prestataires de niveau intermédiaire]. 2021 (non publié)</i>	7	30
Prise en charge médicamenteuse de la mort fœtale intra-utérine (MFIU)	<i>Nouvelle revue réalisée par Cochrane Response :</i> <i>Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: medical management of intrauterine fetal demise (IUFD) [Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement : prise en charge médicamenteuse de la mort fœtale intra-utérine (MFIU)]. 2020 (non publié)</i>	8	33
Prise en charge médicamenteuse de l'avortement incomplet	<i>Revue mise à jour par Cochrane Response :</i> <i>Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: medical management of incomplete abortion [Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement : prise en charge médicamenteuse de l'avortement incomplet]. 2020 (non publié)</i>	9	37

Domaines thématiques	Titre et auteurs de l'examen (et références, si publiée)	Numéro(s) de(s) question(s) PICR associée(s), telles que listées en annexes	Numéro(s) de(s) recommandation(s) associée(s) telles que présentées dans le document principal
Diagnostic et prise en charge des complications liées à l'avortement	Revue mise à jour par Cochrane Response (sur les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les cliniciens associés/associés de niveau avancé, les sages-femmes, le personnel infirmier ou les aides-soignants/sages-femmes auxiliaires) : Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: diagnosis and management of abortion related complications [Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement : diagnostic et prise en charge des complications liées à l'avortement]. 2021 (<i>non publié</i>)	11	39 et 40
Administration de contraceptifs injectables	Revue mise à jour par Cochrane Response (sur les spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, les pharmaciens, le personnel de pharmacie) : Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: injectable contraception [Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement : contraception injectable]. 2020 (<i>non publié</i>)	12	46
Télémédecine pour la fourniture des soins liés à l'avortement médicamenteux (soins complets liés à l'avortement ou composantes individuelles)	Revue mise à jour par Cochrane Response : Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: telemedicine [Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement : télémédecine]. 2020 (<i>non publié</i>)	13	48
Modèles de proximité au sein de la communauté pour la fourniture de soins liés à l'avortement	Nouvelle revue systématique réalisée par Cochrane Response : Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: Community outreach models [Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement : modèles de proximité au sein de la communauté]. 2021 (<i>non publié</i>)	14	49 (énoncé de meilleure pratique [EMP])
Fourniture de conseils sur la réduction des risques pour les personnes qui souhaitent avoir recours à un avortement provoqué	Nouvel examen systématique : Stifani B, Gill R, Kim C. Harm-reduction counselling to reduce the harms of unsafe abortion: a systematic review [Fourniture de conseils visant à réduire les préjudices liés à l'avortement non sécurisé : examen systématique]. 2021 (<i>manuscrit en cours de révision</i>)	15	49 (EMP)
Initiatives de marketing social ciblant les femmes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement provoqué	Nouvel examen systématique : Abubeker F, Tufa T, Kim C. Impact of social marketing interventions on safe abortion services [Impact des interventions de marketing social sur les services d'avortement sécurisé]. 2021 (<i>non publié</i>)	16	49 (EMP)
Achat en ligne de médicaments par les femmes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement provoqué	Nouvel examen systématique : Abubeker F, Tufa T, Kim C. Safety, effectiveness, and acceptability of self-sourcing of medications for induced abortion [Sécurité, efficacité et acceptabilité de l'achat de médicaments pour l'avortement provoqué par la personne elle-même]. 2021 (<i>non publié</i>)	17	49 (EMP)
Auto-administration de contraceptifs injectables après l'avortement	Revue mise à jour par Cochrane Response : Villanueva G, Bergman H, Cogo E, Petkovic J, Buckley B, Probyn K, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: self-administration of injectable contraceptives [Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement : auto-administration de contraceptifs injectables]. 2020 (<i>non publié</i>)	18	51 (Auto-prise en charge)
II. Sujets n'entrant pas dans le cadre de la portée des nouvelles recommandations, mais pour lequel un examen actualisé des données probantes a été mené			
Antibiotiques prophylactiques	Examen existant : Low N, Mueller M, Van Vliet HAAM, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion [Des antibiotiques peropératoires pour prévenir l'infection après un avortement au premier trimestre]. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(3):CD005217. (Mise à jour de l'examen des données probantes réalisée en 2021)	Sans objet	9

Domaines thématiques	Titre et auteurs de l'examen (et références, si publiée)	Numéro(s) de(s) question(s) PICR associée(s), telles que listées en annexes	Numéro(s) de(s) recommandation(s) associée(s) telles que présentées dans le document principal
Échographie avant avortement	Examen existant : Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first-and second-trimester abortion [Analyse complète de l'utilisation de l'échographie avant l'intervention en cas d'avortement au premier et au deuxième trimestre]. <i>Contraception</i> , 2011;83(1):30-3. (Mise à jour d'examen des données probantes réalisée par Cochrane Response en avril 2021)	Sans objet	10
Méthodes chirurgicales pour l'avortement au premier trimestre	Examen existant : Kulier R, Cheng L, Fekih A, Hofmeyr GJ, Campana A. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy [Méthodes chirurgicales d'interruption de la grossesse au premier trimestre]. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2001;(4):CD002900. (Mise à jour de l'examen des données probantes réalisée en avril 2021)	Sans objet	23
Prise en charge médicamenteuse de l'avortement provoqué	Examen existant : Abubeker FA, Lavelanet A, Rodriguez MI, Kim C. Medical termination for pregnancy in early first trimester (≤ 63 days) using combination of mifepristone and misoprostol or misoprostol alone: a systematic review [Interruption médicamenteuse de la grossesse au début du premier trimestre (≤ 63 jours) par association de mifépristone et de misoprostol ou par misoprostol seul : examen systématique]. <i>BMC Womens Health</i> . 2020;20(1):142. Examen mis à jour : Whitehouse K, Brant A, Sporstol Fonhus M, Lavelanet A, Ganatra B, et al. Medical regimens for abortion at 12 weeks and above: a systematic review and meta-analysis [Schémas thérapeutiques pour l'avortement à 12 semaines et plus : examen systématique et méta-analyse]. <i>Contracept X</i> . 2020;2:100037.	Sans objet	27 29
Prise en charge médicamenteuse de la MFIU	Examen existant : Cleeve A, Fønhus MS, Lavelanet A. A systematic review of the effectiveness, safety, and acceptability of medical management of intrauterine fetal death at 14–28 weeks of gestation [Examen systématique de l'efficacité, la sécurité et l'acceptabilité de la prise en charge médicamenteuse de la mort fœtale intra-utérine entre 14 et 28 semaines d'aménorrhée]. <i>Int J Gynaecol Obstet</i> . 2019;147(3):301-12.	Sans objet	32
Suivi après l'avortement	Examens existants : Grossman D, Ellertson C, Grimes DA, Walker D. Routine follow-up visits after first-trimester induced abortion [Visites de contrôle systématiques après un avortement provoqué au premier trimestre]. <i>Obstet Gynecol</i> . 2004;103(4):738-45. Grossman D, Grindlay K. Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review [Alternatives à l'échographie pour le suivi après un avortement médicamenteux]. <i>Contraception</i> . 2011;83(6):504-10. (Mise à jour de l'examen des données probantes réalisée par Cochrane Response en avril 2021)	Sans objet	34

III. Sujets des recommandations qui ont été repris ou intégrés dans les présentes lignes directrices sans examen supplémentaire

Méthodes d'avortement chirurgical à un âge gestationnel ≥ 14 semaines	Repris : Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion [Méthodes chirurgicales ou médicamenteuses pour l'avortement provoqué au deuxième trimestre]. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2008;(1):CD006714.	Sans objet	25 (Recommandation 5 de l'OMS, 2012)
Prise en charge médicamenteuse de l'avortement incomplet	Repris : Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage [Les traitements médicaux pour les fausses couches incomplètes]. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2017;(1):CD007223.	Sans objet	35 36a et 36b (recommandations 1a et 1b de l'OMS, 2018)
Contraception après un avortement	Intégré : Veuillez vous reporter aux Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives (OMS, 2015)	Sans objet	41 (Recommandation tirée des Critères de recevabilité médicale, OMS, 2015)

Domaines thématiques	Titre et auteurs de l'examen (et références, si publiée)	Numéro(s) de(s) question(s) PICR associée(s), telles que listées en annexes	Numéro(s) de(s) recommandation(s) associée(s) telles que présentées dans le document principal
Début de la contraception et avortement chirurgical	Repris : Sans objet	Sans objet	42 (Recommandation 13 from WHO, 2012)
Début de la contraception et avortement médicamenteux	Repris : Kim C, Nguyen A, Berry-Bibee E, Ermias Y, Kapp N. Systemic hormonal contraception initiation after abortion: a systematic review and meta-analysis [Début d'une contraception hormonale après l'avortement : examen systématique et méta-analyse]. <i>Contraception</i> . 2021;103(5):291-304. Ermias Y, Berry-Bibee E, Nguyen AT, Curtis K. Post-abortion IUD insertion: a systematic review [Pose d'un DIU après l'avortement : examen systématique]. 2017 (<i>non publié</i>)	Sans objet	43 (Recommandations 4a et 4b de l'OMS, 2018) 44 (Recommandation de l'OMS, 2015)
Pose et retrait d'implants, ligature des trompes	Repris : Veuillez vous reporter aux recommandations formulées dans la publication <i>Optimiser la SMN</i> (OMS, 2013)	Sans objet	45 47 (Recommandations de l'OMS, 2015)
Pilules contraceptives orales en vente libre Pilules contraceptives d'urgence en vente libre Utilisation du préservatif	ntégré : Veuillez vous reporter aux recommandations formulées dans les lignes directrices sur les interventions d'auto-prise en charge pour la santé et le bien-être <i>Self-care interventions for health and well-being</i> (OMS, 2021).	Sans objet	52 (Auto-prise en charge) 53 (Auto-prise en charge) 54 (Auto-prise en charge)

Annexe 8. Questions PICR relatives au droit et aux politiques

PICR : **P** = population; **I** = intervention; **C** = comparaison (le cas échéant*); **R** = résultat(s)¹

* Lorsqu'une comparaison est disponible, les données correspondantes ont été incluses, mais très peu d'études faisant état d'interventions politiques liées à l'avortement incluent une comparaison, quelle qu'elle soit.

Réglementation de l'avortement

Pénalisation

PICR 1. Impact de la pénalisation (voir la recommandation 1)

Question PICR : pour les personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement et pour les professionnels de santé qui fournissent des services liés à l'avortement, quel est l'impact de la pénalisation sur l'avortement tardif, la poursuite de la grossesse, les coûts d'opportunité (y compris les coûts d'opportunité psychologiques), l'avortement illégal, l'auto-prise en charge de l'avortement, l'orientation vers un autre prestataire, les implications en termes de charge de travail (y compris la réaffectation, les problèmes d'organisation du travail, ainsi que l'augmentation ou la diminution de la charge de travail), les coûts pour le système de santé (y compris les coûts directs pour le système et les « détournements » des systèmes de santé publics vers des services payants/des honoraires privés), l'impact perçu sur la relation prestataire-patiente, la stigmatisation des prestataires de soins de santé (disposés à réaliser l'intervention), les procédures de justice pénale, le harcèlement, les opérations anti-avortement, la disponibilité de prestataires formés, le signalement de suspicions d'avortement illégal ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement ; professionnels de santé fournissant des services liés à l'avortement

I: pénalisation

C: aucune (les études ne doivent pas nécessairement préciser de comparaison)

R:²

- Avortement tardif
- Poursuite de la grossesse
- Coûts d'opportunité (y compris les coûts d'opportunité psychologiques)
- Avortement illégal
- Auto-prise en charge de l'avortement
- Orientation vers un autre prestataire
- Implications en termes de charge de travail (y compris la réaffectation, les problèmes d'organisation du travail, ainsi que l'augmentation ou la diminution de la charge de travail)
- Coûts pour le système de santé (y compris les coûts directs pour le système et les « détournements » des systèmes de santé publics vers des services payants/des honoraires privés)
- Impact perçu sur la relation prestataire-patiente
- Stigmatisation des prestataires de soins de santé (disposés à réaliser l'intervention)
- Procédures de justice pénale
- Harcèlement
- Opérations anti-avortement
- Disponibilité de prestataires formés
- Signalement de suspicions d'avortement illégal

1 Pour de plus amples informations sur les résultats des examens basés sur les questions PICR présentées dans cette annexe, veuillez vous reporter aux cadres décisionnels fondés sur des données probantes fournis dans le Supplément 1.

2 Pour chacune des questions PICR figurant dans la présente annexe, les résultats pour les deux populations (les personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement et les professionnels de santé qui fournissent des services liés à l'avortement) ont été combinés dans une liste ; pour des informations plus spécifiques sur les résultats d'intérêt pour chaque examen, veuillez vous reporter aux cadres décisionnels fondés sur des données probantes fournis dans le Supplément 1.

Restrictions quant à la raison

PICR 2. Impact des restrictions quant à la raison (voir la recommandation 2)

Question PICR : pour les personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement et pour les professionnels de santé qui fournissent des services liés à l'avortement, quel est l'impact des restrictions quant à la raison (qui limitent l'accès à l'avortement et/ou la fourniture de soins liés à l'avortement selon le motif de l'avortement ou qui interdisent l'accès à l'avortement) sur l'avortement tardif, la poursuite de la grossesse, les coûts d'opportunité (y compris les coûts d'opportunité psychologiques), l'avortement illégal, l'auto-prise en charge de l'avortement, les différends familiaux escomptés ou vécus, l'exposition escomptée ou réelle à la violence interpersonnelle ou à l'exploitation, la coercition reproductive anticipée ou subie, l'impact disproportionné, l'orientation vers un autre prestataire, les implications en termes de charge de travail (y compris la réaffectation, les problèmes d'organisation du travail, ainsi que l'augmentation ou la diminution de la charge de travail), le sentiment de poids sur la conscience ou l'éthique personnelles, l'impact perçu sur la relation prestataire-patiente, les coûts pour le système de santé (y compris les coûts directs pour le système et les « détournements » des systèmes de santé publics vers des services payants/des honoraires privés), la stigmatisation des prestataires de soins de santé (disposés à réaliser l'intervention) ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement ; professionnels de santé fournissant des services liés à l'avortement

I: restrictions quant à la raison (qui limitent l'accès à l'avortement et/ou la fourniture de soins liés à l'avortement selon le motif de l'avortement ou qui interdisent l'accès à l'avortement)

C: aucune (les études ne doivent pas nécessairement préciser de comparaison)

R:

- Avortement tardif
- Poursuite de la grossesse
- Coûts d'opportunité (y compris les coûts d'opportunité psychologiques)
- Avortement illégal
- Auto-prise en charge de l'avortement
- Différends familiaux escomptés ou vécus
- Exposition escomptée ou réelle à la violence interpersonnelle ou à l'exploitation
- Coercition reproductive anticipée ou subie
- Impact disproportionné
- Orientation vers un autre prestataire
- Implications en termes de charge de travail (y compris la réaffectation, les problèmes d'organisation du travail, ainsi que l'augmentation ou la diminution de la charge de travail)
- Sentiment de poids sur la conscience ou l'éthique personnelles
- Impact perçu sur la relation prestataire-patiente
- Coûts pour le système de santé (y compris les coûts directs pour le système et les « détournements » des systèmes de santé publics vers des services payants/des honoraires privés)
- Stigmatisation des prestataires de soins de santé (disposés à réaliser l'intervention)

Limites d'âge gestationnel

PICR 3. Impact des limites d'âge gestationnel (voir la recommandation 3)

Question PICR : pour les personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement et pour les professionnels de santé qui fournissent des services liés à l'avortement, quel est l'impact des limites d'âge gestationnel sur l'avortement tardif, la poursuite de la grossesse, les coûts d'opportunité (y compris les coûts d'opportunité psychologiques), l'avortement illégal, l'auto-prise en charge de l'avortement, les situations ne relevant pas de la définition de l'avortement illégal, l'impact disproportionné, l'orientation vers un autre prestataire, les implications en termes de charge de travail (y compris la réaffectation, les problèmes d'organisation du travail, ainsi que l'augmentation ou la diminution de la charge de travail), les coûts pour le système de santé (y compris les coûts directs pour le système et les « détournements » des systèmes de santé publics vers des services payants/des honoraires privés), l'impact perçu sur la relation prestataire-patiente, la stigmatisation des prestataires de soins de santé (disposés à réaliser l'intervention) ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement ; professionnels de santé fournissant des services liés à l'avortement

I: limites d'âge gestationnel

C: aucune (les études ne doivent pas nécessairement préciser de comparaison)

R:

- Avortement tardif
- Poursuite de la grossesse
- Coûts d'opportunité (y compris les coûts d'opportunité psychologiques)
- Avortement illégal
- Auto-prise en charge de l'avortement
- Situations ne relevant pas de la définition de l'avortement illégal
- Impact disproportionné
- Orientation vers un autre prestataire
- Implications en termes de charge de travail (y compris la réaffectation, les problèmes d'organisation du travail, ainsi que l'augmentation ou la diminution de la charge de travail)
- Coûts pour le système de santé (y compris les coûts directs pour le système et les « détournements » des systèmes de santé publics vers des services payants/des honoraires privés)
- Impact perçu sur la relation prestataire-patiente
- Stigmatisation des prestataires de soins de santé (disposés à réaliser l'intervention)

Avant l'avortement

Délais d'attente obligatoires

PICR 4. Impact des délais d'attente obligatoires (voir la recommandation 6)

Question PICR : pour les personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement et pour les professionnels de santé qui fournissent des services liés à l'avortement, quel est l'impact des délais d'attente obligatoires sur l'avortement tardif, la poursuite de la grossesse, les coûts d'opportunité (y compris les coûts d'opportunité psychologiques), l'impact disproportionné, l'avortement illégal, l'auto-prise en charge de l'avortement, les situations ne relevant pas de la définition de l'avortement illégal, l'orientation vers un autre prestataire, les implications en termes de charge de travail (y compris la réaffectation, les problèmes d'organisation du travail, ainsi que l'augmentation ou la diminution de la charge de travail), les coûts pour le système de santé (y compris les coûts directs pour le système et les « détournements » des systèmes de santé publics vers des services payants/des honoraires privés), l'impact perçu sur la relation prestataire-patiente, la stigmatisation des prestataires de soins de santé (disposés à réaliser l'intervention) ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement ; professionnels de santé fournissant des services liés à l'avortement

I: délais d'attente obligatoires

C: aucune (les études ne doivent pas nécessairement préciser de comparaison)

R:

- Avortement tardif
- Poursuite de la grossesse
- Coûts d'opportunité (y compris les frais de transport et les coûts d'opportunité psychologiques)
- Impact disproportionné
- Avortement illégal
- Auto-prise en charge de l'avortement
- Situations ne relevant pas de la définition de l'avortement illégal
- Orientation vers un autre prestataire
- Implications en termes de charge de travail (y compris la réaffectation, les problèmes d'organisation du travail, ainsi que l'augmentation ou la diminution de la charge de travail)
- Coûts pour le système de santé (y compris les coûts directs pour le système et les « détournements » des systèmes de santé publics vers des services payants/des honoraires privés)
- Impact perçu sur la relation prestataire-patiente
- Stigmatisation des prestataires de soins de santé (disposés à réaliser l'intervention)

Autorisation de l'avortement par un tiers (voir la recommandation 7)

PICR 5. Impact du contournement de la loi

Question PICR : pour les personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement, quel est l'impact du contournement de la loi sur l'avortement tardif, la poursuite de la grossesse, les coûts d'opportunité (y compris les coûts d'opportunité psychologiques), l'avortement illégal, l'auto-prise en charge de l'avortement, les différends familiaux escomptés ou vécus, l'exposition escomptée ou réelle à la violence interpersonnelle ou à l'exploitation, la coercition reproductive anticipée ou subie, les coûts pour le système de santé (y compris les coûts directs pour le système et les « détournements » des systèmes de santé publique vers des services rémunérés ou des honoraires privés) ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement

I: contournement de la loi

C: aucune (les études ne doivent pas nécessairement préciser de comparaison)

R:

- Avortement tardif
- Poursuite de la grossesse
- Coûts d'opportunité (y compris les frais de transport et les coûts d'opportunité psychologiques)
- Avortement illégal
- Auto-prise en charge de l'avortement
- Différends familiaux escomptés ou vécus
- Exposition escomptée ou réelle à la violence interpersonnelle ou à l'exploitation
- Coercition reproductive anticipée ou subie
- Coûts pour le système de santé (y compris les coûts directs pour le système et les « détournements » des systèmes de santé publics vers des services payants/des honoraires privés)

PICR 6. Impact du contournement de la loi comparé à celui du consentement parental

Question PICR : pour les personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement, quel est l'impact du contournement de la loi comparé à celui du consentement parental sur l'avortement tardif, la poursuite de la grossesse, les coûts d'opportunité (y compris les coûts d'opportunité psychologiques), l'avortement illégal, l'auto-prise en charge de l'avortement, les différends familiaux escomptés ou vécus, l'exposition escomptée ou réelle à la violence interpersonnelle ou à l'exploitation, la coercition reproductive anticipée ou subie, les coûts pour le système de santé (y compris les coûts directs pour le système et les « détournements » des systèmes de santé publique vers des services rémunérés ou des honoraires privés) ?

[P-I-R identiques à ceux de la PICR 5 mais avec une comparaison (C) ajoutée : le consentement parental]

PICR 7. Impact du consentement parental comparé à celui des lois/exigences relatives à la notification aux parents

Question PICR : pour les personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement, quel est l'impact du consentement parental comparé à celui des lois/exigences relatives à la notification aux parents sur l'avortement tardif, la poursuite de la grossesse, les coûts d'opportunité (y compris les coûts d'opportunité psychologiques), l'avortement illégal, l'auto-prise en charge de l'avortement, les différends familiaux escomptés ou vécus, l'exposition escomptée ou réelle à la violence interpersonnelle ou à l'exploitation, la coercition reproductive anticipée ou subie, les coûts pour le système de santé (y compris les coûts directs pour le système et les « détournements » des systèmes de santé publique vers des services rémunérés ou des honoraires privés) ?

[P et R identiques à ceux de la PICR 5 ; I = consentement parental et C = lois/exigences relatives à la notification aux parents]

PICR 8. Impact de l'autorisation parentale par consentement ou notification

Question PICR : pour les personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement, quel est l'impact du consentement parental par consentement ou notification sur l'avortement tardif, la poursuite de la grossesse, les coûts d'opportunité (y compris les coûts d'opportunité psychologiques), l'avortement illégal, l'auto-prise en charge de l'avortement, les différends familiaux escomptés ou vécus, l'exposition escomptée ou réelle à la violence interpersonnelle ou à l'exploitation, la coercition reproductive anticipée ou subie, les coûts pour le système de santé (y compris les coûts directs pour le système et les « détournements » des systèmes de santé publique vers des services rémunérés ou des honoraires privés) ?

[P-C-R identiques à ceux de la PICR 5 mais I = autorisation parentale par consentement ou notification]

PICR 9. Impact de l'autorisation par consentement du conjoint

Question PICR : pour les personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement, quel est l'impact de l'autorisation par consentement du conjoint sur l'avortement tardif, la poursuite de la grossesse, les coûts d'opportunité (y compris les coûts d'opportunité psychologique), l'avortement illégal, l'auto-prise en charge de l'avortement, les différends familiaux escomptés ou vécus,

l'exposition escomptée ou réelle à la violence interpersonnelle ou à l'exploitation, la coercition reproductive anticipée ou subie, les coûts pour le système de santé (y compris les coûts directs pour le système et les « détournements » des systèmes de santé publics vers des services payants/des honoraires privés) ?

[P-C-R identiques à ceux de la PICR 5 mais I = autorisation par consentement du conjoint]

Restrictions relatives aux prestataires

PICR 10. Impact des restrictions relatives aux prestataires (voir la recommandation 21)

Question PICR : pour les personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement et pour les professionnels de santé qui fournissent des services liés à l'avortement, quel est l'impact des restrictions relatives aux prestataires sur l'avortement tardif, la poursuite de la grossesse, les coûts d'opportunité (y compris les coûts d'opportunité psychologiques), l'impact disproportionné, l'avortement illégal, l'auto-prise en charge de l'avortement, l'orientation vers un autre prestataire, les implications en termes de charge de travail (y compris la

réaffectation, les problèmes d'organisation du travail, ainsi que l'augmentation ou la diminution de la charge de travail), les coûts pour le système de santé (y compris les coûts directs pour le système et les « détournements » des systèmes de santé publics vers des services payants/des honoraires privés), le sentiment de poids sur la conscience ou l'éthique personnelles, l'impact perçu sur la relation prestataire-patiente, la stigmatisation des prestataires de soins de santé (disposés à réaliser l'intervention) ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement ; professionnels de santé fournissant des services liés à l'avortement

I: restrictions relatives aux prestataires

C: aucune (les études ne doivent pas nécessairement préciser de comparaison)

R:

- Avortement tardif
- Poursuite de la grossesse
- Coûts d'opportunité (y compris les frais de transport, les coûts d'opportunité psychologiques et liés à la stigmatisation)
- Impact disproportionné
- Avortement illégal
- Auto-prise en charge de l'avortement
- Orientation vers un autre prestataire
- Implications en termes de charge de travail (y compris la réaffectation, les problèmes d'organisation du travail, ainsi que l'augmentation ou la diminution de la charge de travail)
- Coûts pour le système de santé (y compris les coûts directs pour le système et les « détournements » des systèmes de santé publics vers des services payants/des honoraires privés)
- Sentiment de poids sur la conscience ou l'éthique personnelles
- Impact perçu sur la relation prestataire-patiente
- Stigmatisation des prestataires de soins de santé (disposés à réaliser l'intervention)

Objection de conscience

PICR 11. Impact de l'objection de conscience (voir la recommandation 22)

Question PICR : pour les personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement et pour les professionnels de santé qui fournissent des services liés à l'avortement, quel est l'impact de l'objection de conscience sur l'avortement tardif, la poursuite de la grossesse, les coûts d'opportunité (y compris les coûts d'opportunité psychologiques), l'avortement illégal, l'auto-prise en charge de l'avortement, l'orientation vers un autre prestataire, les implications en termes de charge de travail (y compris la réaffectation, les problèmes d'organisation du travail, ainsi que l'augmentation ou la diminution de la charge de travail), les coûts pour le système de santé (y compris les coûts directs pour le système et les « détournements » des systèmes de santé publics vers des services payants/des honoraires privés), le sentiment de poids sur la conscience ou l'éthique personnelles, l'impact perçu sur la relation prestataire-patiente, la stigmatisation des prestataires de soins de santé (disposés à réaliser l'intervention) ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à l'avortement ; professionnels de santé fournissant des services liés à l'avortement

I: refus/objection de conscience

C: aucune (les études ne doivent pas nécessairement préciser de comparaison)

R:

- Avortement tardif
- Poursuite de la grossesse
- Coûts d'opportunité (y compris les frais de transport, les coûts d'opportunité psychologiques et liés à la stigmatisation)

- Avortement illégal
- Auto-prise en charge de l'avortement
- Orientation vers un autre prestataire
- Implications en termes de charge de travail (y compris la réaffectation, les problèmes d'organisation du travail, ainsi que l'augmentation ou la diminution de la charge de travail)
- Coûts pour le système de santé (y compris les coûts directs pour le système et les « détournements » des systèmes de santé publics vers des services payants/des honoraires privés)
- Sentiment de poids sur la conscience ou l'éthique personnelles
- Impact perçu sur la relation prestataire-patiente
- Stigmatisation des prestataires de soins de santé (disposés à réaliser l'intervention)

Annexe 9. Questions PICR relatives au domaine des services cliniques

PICR : **P** = population; **I** = intervention; **C** = comparaison (le cas échéant*); **R** = résultat(s)¹

Avant l'avortement

Iso-immunisation rhésus

PICR 1. Pas d'administration d'anti-D chez les personnes de rhésus négatif non immunisées qui souhaitent avoir recours à l'avortement (voir la recommandation 8 [NOUVEAU])

Question PICR : pour une personne de rhésus négatif non immunisée qui souhaite avoir recours à un avortement à <12 semaines d'aménorrhée, le fait de ne pas administrer d'anti-D constitue-t-il une option alternative efficace et sans danger à l'administration systématique d'anti-D ?

P : personne de rhésus négatif non immunisée qui souhaite avoir recours à un avortement à <12 semaines (qu'il s'agisse d'un avortement médicamenteux ou chirurgical)

I : pas d'administration d'anti-D

C : administration systématique d'anti-D

R :

- Taux d'iso-immunisation lors d'une grossesse ultérieure
- Taux de formation d'anticorps après la grossesse initiale

Prise en charge de la douleur lors d'un avortement chirurgical

PICR 2. Contrôle de la douleur en cas d'avortement chirurgical à <14 semaines d'aménorrhée (voir les recommandations 11 et 12 [NOUVEAU])

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement chirurgical à <14 semaines d'aménorrhée, le contrôle de la douleur avec une méthode donnée (I) est-il plus sûr, plus efficace et/ou plus satisfaisant/acceptable comparé au contrôle de la douleur avec une autre méthode ou à l'absence de méthode de contrôle de la douleur (C) ?

P : personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement chirurgical à <14 semaines aménorrhée.

I :

- i. Bloc paracervical (indépendamment de la concentration, de la profondeur d'injection, du type [lidocaïne], carbonatée ou non)
- ii. Bloc paracervical avec prémédication
- iii. Sédatation consciente par voie intraveineuse (IV) plus bloc paracervical
- iv. Anesthésie générale
- v. Anesthésie topique (p. ex. lidocaïne)
- vi. Intervention non pharmacologique (musique, acupuncture, « verbicaïne », etc.)

C :

- i. Pas de bloc paracervical
- ii. Bloc paracervical seul
- iii. Bloc paracervical avec prémédication
- iv. Sédatation consciente par voie intraveineuse plus bloc paracervical

R :

- Efficacité (douleur maximale mesurée sur une échelle visuelle analogique [VAS])

¹ Pour de plus amples informations sur les résultats des examens basés sur les questions PICR présentées dans cette annexe, veuillez vous reporter aux cadres décisionnels fondés sur des données probantes fournis dans le Supplément 2.

- Scores d'anxiété sur une échelle visuelle analogique
- Sécurité (complications liées aux méthodes de contrôle de la douleur, utilisation d'un narcotique supplémentaire, utilisation de tout médicament analgésique supplémentaire, durée du rétablissement, hospitalisation), effets secondaires
- Satisfaction/acceptabilité

PICR 3. Contrôle de la douleur en cas d'avortement chirurgical à ≥14 semaines d'aménorrhée (voir les recommandations 11, 13 et 14 [NOUVEAU])

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement chirurgical à ≥14 semaines d'aménorrhée (incluant la préparation cervicale avant l'intervention), le contrôle de la douleur avec une méthode donnée (I) est-il plus sûr, plus efficace et/ou plus satisfaisant/acceptable comparé au contrôle de la douleur avec une autre méthode ou à l'absence de méthode de contrôle de la douleur (C) ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement chirurgical à ≥14 semaines d'aménorrhée.

I:

- Bloc paracervical (indépendamment de la concentration, de la profondeur d'injection, du type [lidocaïne], carbonatée ou non)
- Bloc paracervical avec prémédication
- Sédation consciente par voie intraveineuse plus bloc paracervical
- Anesthésie générale
- Anesthésie topique (p. ex. lidocaïne)
- Intervention non pharmacologique (musique, acupuncture, « verbicaïne », etc.)

C:

- Pas de bloc paracervical
- Bloc paracervical seul
- Bloc paracervical avec prémédication
- Sédation consciente par voie intraveineuse plus bloc paracervical

R:

- Efficacité (douleur maximale mesurée sur une échelle visuelle analogique [VAS])
- Scores d'anxiété sur une échelle visuelle analogique
- Sécurité (complications liées aux méthodes de contrôle de la douleur, utilisation d'un narcotique supplémentaire, utilisation de tout médicament analgésique supplémentaire, durée du rétablissement, hospitalisation), effets secondaires
- Satisfaction/acceptabilité

Prise en charge de la douleur lors d'un avortement médicamenteux

PICR 4. Contrôle de la douleur en cas d'avortement médicamenteux à <14 semaines d'aménorrhée (voir les recommandations 15)

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement médicamenteux à <14 semaines d'aménorrhée, le contrôle de la douleur au moyen i) d'une méthode pharmacologique donnée (administrée de manière prophylactique ou après l'apparition de la douleur) ou ii) d'une méthode non pharmacologique est-il plus sûr, plus efficace et/ou plus satisfaisant/acceptable comparé au contrôle de la douleur avec toute autre méthode de ce type ou l'absence de traitement/un placebo ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement médicamenteux à <14 semaines d'aménorrhée

I:

i. Méthodes pharmacologiques (moment d'administration : en prophylaxie ou après l'apparition de la douleur)

- Ibuprofène
- Acétaminophène plus codéine
- Anti-émétiques
- Lopéramide
- Tramadol

ii. Méthodes non pharmacologiques (musique, acupuncture, « verbicaïne», etc.)

C:

i. Méthodes pharmacologiques (moment d'administration : en prophylaxie ou après l'apparition de la douleur)

- Ibuprofène
- Acétaminophène plus codéine
- Anti-émétiques
- Lopéramide
- Tramadol

ii. Méthodes non pharmacologiques (musique, acupuncture, « verbicaïne», etc.)

iii. Aucun traitement/placebo

R:

- Efficacité (douleur maximale mesurée sur une échelle visuelle analogique [VAS])
- Sécurité (complications liées aux méthodes de contrôle de la douleur, utilisation d'un narcotique supplémentaire, utilisation de tout médicament analgésique supplémentaire), effets secondaires
- Efficacité du schéma d'avortement médicamenteux, définie comme l'avortement complet sans intervention chirurgicale supplémentaire
- Délai d'expulsion
- Satisfaction/acceptabilité

PICR 5. Contrôle de la douleur en cas d'avortement médicamenteux à ≥14 semaines d'aménorrhée (voir la recommandation 16 [NOUVEAU])

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement médicamenteux à ≥14 semaines d'aménorrhée, le contrôle de la douleur au moyen i) d'une méthode pharmacologique donnée (administrée de manière prophylactique ou après l'apparition de la douleur) ou ii) d'une méthode non pharmacologique est-il plus sûr, plus efficace et/ou plus satisfaisant/acceptable comparé au contrôle de la douleur avec toute autre méthode de ce type ou l'absence de traitement/un placebo ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement médicamenteux à ≥14 semaines d'aménorrhée

I:

i. Méthodes pharmacologiques (moment d'administration : en prophylaxie ou après l'apparition de la douleur)

- Prétraitement (ibuprofène, acétaminophène plus codéine, antiémétiques, lopéramide, tramadol)
- Opiacés par voie intraveineuse
- Bloc paracervical

ii. Méthodes non pharmacologiques (musique, acupuncture, « verbicaïne», etc.)

C:

- i. Méthodes pharmacologiques (moment d'administration : en prophylaxie ou après l'apparition de la douleur)
 - Prétraitement (ibuprofène, acétaminophène plus codéine, antiémétiques, lopéramide, tramadol)
 - Opiacés par voie intraveineuse
 - Bloc paracervical
- ii. Méthodes non pharmacologiques (musique, acupuncture, « verbicaïne », etc.)
- iii. Aucun traitement/placebo

R:

- Efficacité (douleur maximale mesurée sur une échelle visuelle analogique [VAS])
- Sécurité (complications, utilisation d'un narcotique supplémentaire, utilisation de tout médicament analgésique supplémentaire), effets secondaires
- Efficacité du schéma d'avortement médicamenteux, définie comme l'avortement complet sans intervention chirurgicale supplémentaire
- Délai d'expulsion
- Satisfaction/acceptabilité

Préparation cervicale

PICR 6a. Préparation cervicale à <12 semaines d'aménorrhée (voir la recommandation 17)

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement chirurgical à <12 semaines d'aménorrhée, la préparation cervicale est-elle efficace, sans danger et acceptable ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement chirurgical à <12 semaines d'aménorrhée.

I: préparation cervicale au moyen de médicaments ou de méthodes mécaniques

C: préparation cervicale avec placebo, avec médicaments (en utilisant différentes voies, doses ou intervalles de traitement) ou avec différentes méthodes mécaniques

R:

- Efficacité
- Satisfaction/acceptabilité
- Sécurité

PICR 6b. Préparation cervicale à ≥12 semaines avec des médicaments (comparaison de différents schémas thérapeutiques) (voir les recommandations 18b à d [NOUVEAU])

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement chirurgical à ≥12 semaines d'aménorrhée, la préparation cervicale par association de mifépristone et de misoprostol ou par mifépristone seule constitue-t-elle une option alternative sûre, efficace et satisfaisante/acceptable à la préparation cervicale par misoprostol seul ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement chirurgical à ≥12 semaines

I: Préparation cervicale par :

- i. association de mifépristone et de misoprostol [différentes voies, doses, différents intervalles] ;
- ii. mifépristone seule [différentes voies, doses, différents intervalles].

C: préparation cervicale par misoprostol seul [différentes voies, doses, différents intervalles]

R:

- Efficacité (dilatation cervicale avant l'intervention, nécessité d'une dilatation plus poussée, facilité de l'intervention, temps nécessaire pour terminer l'intervention)
- Sécurité (complications, nécessité d'interventions supplémentaires, douleur avant et après l'intervention), effets secondaires

- Satisfaction (patiente et prestataire)/acceptabilité
- Coût (coût comparatif et coût pour la patiente).

PICR 7. Préparation cervicale à ≥ 12 semaines par médicaments comparée à préparation cervicale par méthodes mécaniques (voir la recommandation 18b [NOUVEAU])

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement chirurgical à ≥ 12 semaines d'aménorrhée, la préparation cervicale par méthodes médicamenteuses (mifépristone, misoprostol ou les deux en association) constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à la préparation cervicale par méthodes mécaniques (laminaires, sonde de Foley, dilapan) ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement chirurgical à ≥ 12 semaines

I: préparation cervicale par méthodes médicamenteuses

- Mifépristone seule
- Association de misoprostol et de mifépristone
- Misoprostol seul

C: préparation cervicale par méthodes mécaniques (par exemple : laminaires, sonde de Foley, dilapan)

R:

- Efficacité (dilatation cervicale avant l'intervention, nécessité d'une dilatation plus poussée, facilité de l'intervention, temps nécessaire pour terminer l'intervention)
- Sécurité (complications, nécessité d'interventions supplémentaires, douleur avant et après l'intervention), effets secondaires
- Satisfaction (patiente et prestataire)/acceptabilité
- Coût (coût comparatif et coût pour la patiente)

PICR 8. Préparation cervicale à ≥ 12 semaines avec médicament(s) et laminaires comparée à préparation cervicale avec laminaires seuls (voir la recommandation 18d [NOUVEAU])

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement chirurgical à ≥ 12 semaines d'aménorrhée, la préparation cervicale avec médicament(s) et laminaires constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à la préparation cervicale avec laminaires seuls ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement chirurgical à ≥ 12 semaines

I: préparation cervicale avec médicament(s) et laminaires :

- association de mifépristone et de misoprostol plus laminaires ;
- misoprostol plus laminaires ;
- mifépristone plus laminaires.

C: préparation cervicale avec laminaires seuls

R:

- Efficacité (dilatation cervicale avant l'intervention, nécessité d'une dilatation plus poussée, facilité de l'intervention, temps nécessaire pour terminer l'intervention)
- Sécurité (complications, nécessité d'interventions supplémentaires, douleur avant et après l'intervention), effets secondaires
- Satisfaction (patiente et prestataire)/acceptabilité
- Coût (coût comparatif et coût pour la patiente).

PICR 9. Préparation cervicale à ≥ 12 semaines par méthode(s) mécanique(s) avant dilatation et évacuation (voir la recommandation 18 [NOUVEAU])

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement chirurgical (dilatation et évacuation) à ≥ 12 semaines d'aménorrhée, la préparation cervicale avec une méthode mécanique donnée constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à la préparation cervicale avec une autre méthode mécanique ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement chirurgical à ≥ 12 semaines.

I: préparation cervicale avec une méthode mécanique avant dilatation et évacuation

C: préparation cervicale avec une autre méthode mécanique avant dilatation et évacuation

R:

- Efficacité (dilatation cervicale avant l'intervention, nécessité d'une dilatation plus poussée, facilité de l'intervention, temps nécessaire pour terminer l'intervention)
- Sécurité (complications, nécessité d'interventions supplémentaires, douleur avant et après l'intervention), effets secondaires
- Satisfaction (patiente et prestataire)/acceptabilité
- Coût (coût comparatif et coût pour la patiente)

Avortement

Nouvelles méthodes médicamenteuses pour l'avortement

PICR 10. Avortement médicamenteux par association de létrozole et de misoprostol comparé à avortement médicamenteux par misoprostol seul (voir la recommandation 27c [NOUVEAU])

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement médicamenteux, l'avortement médicamenteux par association de létrozole et de misoprostol constitue-t-il une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à l'avortement médicamenteux par misoprostol seul ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement médicamenteux (quel que soit l'âge gestationnel)

I: avortement médicamenteux par association de létrozole et de misoprostol [différentes voies, doses, différents intervalles]

C: avortement médicamenteux par misoprostol seul [différentes voies, doses, différents intervalles]

R:

- Efficacité (taux de grossesse en cours, avortement complet sans intervention chirurgicale)
- Sécurité (événements indésirables graves et complications), effets secondaires
- Délai d'expulsion après le début du traitement
- Satisfaction/acceptabilité
- Coût (coût comparatif et coût pour la patiente)

PICR 11. Avortement médicamenteux par association de létrozole et de misoprostol comparé à avortement médicamenteux par association de mifépristone et de misoprostol

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement médicamenteux, l'avortement médicamenteux par association de létrozole et de misoprostol constitue-t-il une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à l'avortement médicamenteux par association de mifépristone et de misoprostol ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement médicamenteux (quel que soit l'âge gestationnel)

I: avortement médicamenteux par association de létrozole et de misoprostol [différentes voies, doses, différents intervalles]

C: avortement médicamenteux par association de mifépristone et de misoprostol [différentes voies, doses, différents intervalles]

R:

- Efficacité (taux de grossesse en cours, avortement complet sans intervention chirurgicale)
- Sécurité (événements indésirables graves et complications), effets secondaires
- Délai d'expulsion après le début du traitement
- Satisfaction/acceptabilité
- Coût (coût comparatif et coût pour la patiente)

PICR 12. Avortement médicamenteux par association de mifépristone et de létrozole comparé à avortement médicamenteux par misoprostol seul

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement médicamenteux, l'avortement médicamenteux par association de mifépristone et de létrozole constitue-t-il une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à l'avortement médicamenteux par misoprostol seul ?

P: personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement médicamenteux

I: avortement médicamenteux par association de mifépristone et de létrozole [différentes voies, doses, différents intervalles]

C: avortement médicamenteux par misoprostol seul [différentes voies, doses, différents intervalles]

R:

- Efficacité (taux de grossesse en cours, avortement complet sans intervention chirurgicale)
- Sécurité (événements indésirables graves et complications), effets secondaires
- Délai d'expulsion après le début du traitement
- Satisfaction/acceptabilité
- Coût (coût comparatif et coût pour la patiente)

Avortement manqué à <14 semaines d'aménorrhée

PICR 13. Prise en charge médicamenteuse de l'avortement manqué par association de mifépristone et de misoprostol (voir la recommandation 31 [NOUVEAU])

Question PICR : pour une personne enceinte, en cas d'avortement manqué à <14 semaines d'aménorrhée, la prise en charge médicamenteuse par association de mifépristone et de misoprostol constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à la prise en charge médicamenteuse par misoprostol seul ?

P: personnes enceintes, en cas d'avortement manqué à <14 semaines

I: prise en charge médicamenteuse par association de mifépristone et de misoprostol [différentes voies, doses, différents intervalles]

C: prise en charge médicamenteuse par misoprostol seul [différentes voies, doses, différents intervalles]

R:

- Efficacité (échec de l'expulsion/produits de la conception non éliminés, avortement complet sans intervention chirurgicale)
- Sécurité (événements indésirables graves et complications), effets secondaires
- Délai d'expulsion après le début du traitement
- Satisfaction/acceptabilité
- Coût du traitement

PICR 14. Prise en charge médicamenteuse de l'avortement manqué indépendamment du schéma thérapeutique (voir la recommandation 31 [NOUVEAU])

Question PICR : pour une personne enceinte, en cas d'avortement manqué à <14 semaines d'aménorrhée, la prise en charge médicamenteuse (quel que soit le schéma thérapeutique) constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à la prise en charge non interventionniste ?

P: personnes enceintes, en cas d'avortement manqué à <14 semaines

I: prise en charge médicamenteuse (quel que soit le schéma thérapeutique)

C: prise en charge non interventionniste

R:

- Efficacité (échec de l'expulsion/produits de la conception non éliminés, avortement complet sans intervention chirurgicale)
- Sécurité (événements indésirables graves et complications), effets secondaires
- Délai d'expulsion après le début du traitement
- Satisfaction/acceptabilité
- Coût du traitement

PICR 15. Prise en charge chirurgicale de l'avortement manqué (voir la recommandation 31 [NOUVEAU])

Question PICR : pour une personne enceinte, en cas d'avortement manqué à <14 semaines d'aménorrhée, la prise en charge chirurgicale constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à la prise en charge médicamenteuse ou non interventionniste ?

P: personnes enceintes, en cas d'avortement manqué à <14 semaines

I: prise en charge chirurgicale

C:

- Prise en charge médicamenteuse
- Prise en charge non interventionniste

R:

- Efficacité (échec de l'expulsion/produits de la conception non éliminés, avortement complet sans

intervention chirurgicale)

- Sécurité (événements indésirables graves et complications), effets secondaires
- Délai d'expulsion après le début du traitement
- Satisfaction/acceptabilité
- Coût du traitement

Approches d'auto-prise en charge

Auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux (voir la recommandation 49)

PICR 16. Auto-prise en charge de l'avortement médicamenteux

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement médicamenteux, l'auto-prise en charge du processus d'avortement médicamenteux (évaluation de l'admissibilité, administration de mifépristone et/ou de misoprostol, auto-évaluation du résultat/de la réussite de l'avortement), sans la supervision directe d'un agent de santé formé, constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/ acceptable à l'avortement médicamenteux pris en charge par un agent de santé formé ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement médicamenteux quel que soit l'âge gestationnel

I: les personnes enceintes prennent elles-mêmes en charge le processus d'avortement médicamenteux (dans son ensemble) sans la supervision directe d'un agent de santé formé

C: avortement médicamenteux pris en charge par un agent de santé formé (tous les schémas d'avortement médicamenteux)

R:

- Efficacité (réussite de l'avortement sans nécessité d'une intervention chirurgicale après l'intervention)
- Sécurité (événements indésirables graves et complications)
- Satisfaction/acceptabilité
- Expérience physique et émotionnelle (effets secondaires, émotions positives et négatives, stigmatisation intériorisée), savoir quand consulter (consultations non programmées, appels téléphoniques à la clinique, consultations d'urgence)
- Coût

PICR 16a. Auto-évaluation de l'admissibilité à l'avortement médicamenteux

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement médicamenteux, l'auto-évaluation de l'admissibilité¹ à un avortement médicamenteux constitue-t-elle une option alternative sûre, efficace et satisfaisante/ acceptable à l'évaluation de l'admissibilité par un médecin ou un autre agent de santé formé ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement médicamenteux quel que soit l'âge gestationnel

I: les personnes enceintes prennent en charge elles-mêmes la première partie du processus d'avortement médicamenteux en auto-évaluant leur admissibilité à l'avortement médicamenteux sans la supervision directe d'un agent de santé

C: évaluation de l'admissibilité par un agent de santé formé

R:

- Proportion de personnes enceintes jugées admissibles pour bénéficier d'un avortement médicamenteux
 - Proportion de personnes enceintes jugées non admissibles en raison de l'âge gestationnel
 - Proportion de personnes enceintes jugées non admissibles en raison de contre-indications
- Précision de ces évaluations comparativement à celles d'un vérificateur indépendant et/ou d'une norme de diagnostic

¹ Critères d'admissibilité définis comme suit : <12 semaines ; pas de contre-indications ; aucun signe ou symptôme de grossesse extra-utérine.

- Grossesse en cours
- Avortement complet sans intervention chirurgicale
- Sécurité (événements indésirables graves et complications)
- Satisfaction/acceptabilité
- Coût

PICR 16b. Auto-administration des médicaments pour l'avortement médicamenteux

Question PICR : pour une personne qui souhaite avoir recours à un avortement médicamenteux, l'auto-administration des médicaments abortifs, lorsqu'elle est accompagnée d'instructions d'utilisation provenant d'une source fiable, constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à l'administration des médicaments par un agent de santé formé ?

- P:** personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement médicamenteux quel que soit l'âge gestationnel
- I:** les personnes enceintes s'administrent elles-mêmes les médicaments pour l'avortement médicamenteux (dans le cadre du processus d'avortement médicamenteux) sans la supervision directe d'un agent de santé (mais avec les instructions d'une source fiable de soins de santé)
- C:** administration des médicaments abortifs par un agent de santé formé
- R:**
- Observance par les personnes enceintes du schéma d'avortement médicamenteux recommandé conformément aux instructions
 - Efficacité (taux de grossesse en cours, avortement complet sans intervention chirurgicale)
 - Sécurité (événements indésirables graves et complications), effets secondaires
 - Délai d'expulsion après le début du traitement
 - Expérience physique et émotionnelle (effets secondaires, émotions positives et négatives, stigmatisation intériorisée), savoir quand consulter (consultations non programmées, appels téléphoniques à la clinique, consultations d'urgence)
 - Satisfaction/acceptabilité
 - Coût (coût comparatif et coût pour la patiente)

PICR 16c. Auto-évaluation du résultat du processus d'avortement médicamenteux

Question PICR : pour une personne ayant eu recours à un avortement médicamenteux, l'auto-évaluation du résultat/de la réussite de l'avortement médicamenteux constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à l'évaluation du résultat/de la réussite par un agent de santé formé ?

- P:** personnes ayant eu recours à un avortement médicamenteux
- I:** les personnes enceintes prennent en charge elles-mêmes la dernière partie du processus d'avortement médicamenteux en auto-évaluant le résultat/la réussite de l'avortement sans la supervision directe d'un agent de santé formé
- C:** évaluation du résultat/de la réussite de l'avortement par un agent de santé formé
- R:**
- Efficacité (proportion de personnes enceintes dont l'évaluation conclut à la réussite de l'avortement, exactitude de ces évaluations comparativement à celles d'un vérificateur indépendant et/ou à une norme de diagnostic)
 - Taux de grossesse en cours
 - Avortement complet sans intervention chirurgicale
 - Sécurité (événements indésirables graves et complications), effets secondaires
 - Délai d'expulsion après le début du traitement
 - Expérience physique et émotionnelle (effets secondaires, émotions positives et négatives, stigmatisation intériorisée), savoir quand consulter (consultations non programmées, appels téléphoniques à la clinique, consultations d'urgence)
 - Satisfaction/acceptabilité
 - Coût (coût comparatif et coût pour la patiente)

Annexe 10. Questions PICR relatives au domaine de la prestation de services

PICR : **P** = population; **I** = intervention; **C** = comparaison (le cas échéant*); **R** = résultat(s)¹

Note : pour une description de toutes les catégories d'agents de santé mentionnées cette annexe, veuillez vous reporter à l'annexe 5.

Services applicables dans le cadre du continuum de soins

Fourniture d'informations

PICR 1. Fourniture d'informations fiables et précises par les personnels de pharmacie (voir la recommandation 4).

Question PICR : pour une personne cherchant des informations sur les soins liés à l'avortement (avant ou après le traitement/l'avortement), les informations sur la disponibilité de prestataires fiables à même de pratiquer un avortement sécurisé (pratique de l'avortement, soins pour les complications liées à l'avortement, soins en cas d'avortement incomplet) fournies par le personnel de pharmacie constituent-elles une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à l'absence de fourniture d'informations (pratique habituelle) ?

P: personne recherchant des informations sur les soins liés à l'avortement avant son traitement, ou à la suite d'un avortement incomplet ou de complications liées à l'avortement (notamment médicales ou chirurgicales, à tout âge gestationnel)

I: informations et mise en lien avec des services de soins liés à l'avortement, dans la communauté ou ailleurs, par le personnel de pharmacie

C: aucune information (pratique habituelle)

R:

- Efficacité (bonne connaissance par le personnel de pharmacie de l'avortement sécurisé et des complications possibles, des soins post-avortement sécurisés et des indications d'orientation)
- Respect de la vie privée et confidentialité dans la fourniture des informations
- Accessibilité des services pour les personnes qui en ont besoin
- Satisfaction à l'égard/acceptabilité des informations et services fournis.

Services de conseil

PICR 2. Services de conseil avant et après l'avortement (voir la recommandation 5)

Question PICR : pour une personne enceinte qui a recours à un avortement, la fourniture de conseils avant et après l'avortement par un spécialiste des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, un pharmacien, le personnel de pharmacie ou un agent de santé communautaire constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à la fourniture de conseils par le personnel clinique ?

P: personnes enceintes ayant recours à un avortement

I: fourniture de conseils avant et après l'avortement par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des pharmaciens, le personnel de pharmacie ou des agents de santé communautaires

C: fourniture de conseils par le personnel clinique (médecins généralistes ou spécialistes, personnel infirmier ou sages-femmes)

R:

- Efficacité (bonne connaissance par les agents de santé et les patientes des options contraceptives, des services d'avortement sécurisés et appropriés et des soins post-avortement sécurisés)
- Satisfaction à l'égard/acceptabilité des conseils fournis en matière de contraception, et des conseils et services fournis
- Disponibilité de conseils et de services en matière de contraception

¹ Pour de plus amples informations sur les résultats des examens basés sur les questions PICR présentées dans cette annexe, veuillez vous reporter aux cadres décisionnels fondés sur des données probantes fournis dans le Supplément 3.

- Accessibilité des informations et de la méthode de choix
- Respect de la vie privée et de la confidentialité de la personne lors de la fourniture de conseils et de services
- Participation à la fourniture de conseils et de services
- Qualité des conseils et des services
- Prise de décision éclairée après la fourniture de conseils et de services
- Reddition de comptes quant à la fourniture de conseils et de services
- Choix de contraceptifs proposés dans le cadre des conseils

Avant l'avortement

Préparation cervicale avant l'avortement chirurgical

PICR 3. Préparation cervicale à l'aide de dilateurs osmotiques ou de médicaments (voir les recommandations 19 et 20)

Question PICR : pour une personne enceinte ayant recours à un avortement chirurgical provoqué, une préparation cervicale à l'aide de dilateurs osmotiques ou de médicaments par un spécialiste des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, un clinicien associé/un clinicien associé de niveau avancé, une sage-femme, le personnel infirmier, un aide-soignant/une sage-femme auxiliaire constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à une préparation cervicale par un médecin ?

P: personnes enceintes ayant recours à un avortement provoqué par aspiration ou par dilatation et évacuation

I: Préparation cervicale par :

- dilateurs osmotiques par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des cliniciens associés/associés de niveau avancé, des sages-femmes, le personnel infirmier ou des aides-soignants/sages-femmes auxiliaires
- médicaments par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des cliniciens associés/associés de niveau avancé, des sages-femmes, le personnel infirmier ou des aides-soignants/sages-femmes auxiliaires

C: préparation cervicale par des médecins à l'aide i) de dilateurs osmotiques ou ii) de médicaments

R:

- Sécurité (événements indésirables graves et complications)
- Efficacité (niveau de dilatation et perception de la facilité de l'intervention par le prestataire)
- Satisfaction/acceptabilité

Avortement

Avortement chirurgical à un âge gestationnel <14 semaines

PICR 4. Aspiration toutes indications confondues à un âge gestationnel <14 semaines (voir la recommandation 24)

Question PICR : pour une personne enceinte ayant recours à un avortement provoqué ou à un traitement en cas d'avortement incomplet ou de fausse couche (c'est-à-dire toutes les indications pour une aspiration), la réalisation de l'aspiration par un spécialiste des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, une sage-femme auxiliaire ou un aide-soignant constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à la réalisation de l'aspiration par un médecin ?

P: personnes enceintes qui ont recours à un avortement provoqué ou à un traitement pour un avortement incomplet ou une fausse couche

I: aspiration réalisée par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des sages-femmes auxiliaires ou des aides-soignants

C: aspiration réalisée par des médecins généralistes ou spécialistes (obstétriciens/gynécologues)

R:

- Sécurité (événements indésirables graves et complications)
- Efficacité (réussite de l'avortement après l'intervention)
- Satisfaction/acceptabilité

Avortement chirurgical à des âges gestationnels plus avancés

PICR 5. Dilatation et évacuation (D&E) pour l'avortement chirurgical à ≥14 semaines (voir la recommandation 26)

Question PICR : pour une personne enceinte ayant recours à un avortement chirurgical (par dilatation et évacuation), la prise en charge par un spécialiste des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, un clinicien associé/un clinicien associé de niveau avancé ou une sage-femme constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace ou satisfaisante/acceptable à la prise en charge par un médecin ?

P: femmes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement chirurgical à ≥14 semaines d'aménorrhée

I: dilatation et évacuation réalisées par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des cliniciens associés/associés de niveau avancé, des sages-femmes

C: avortement chirurgical réalisé par des médecins généralistes et spécialistes

R:

- Efficacité (réussite de l'avortement après l'intervention)
- Sécurité (événements indésirables graves et complications)
- Satisfaction/acceptabilité

Avortement médicamenteux à des âges gestationnels <12 semaines et tâches qui le composent (voir la recommandation 28)

PICR 6. Prestation de soins liés à l'avortement médicamenteux à <12 semaines

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement médicamenteux à <12 semaines, la prestation des soins liés à l'avortement médicamenteux (c'est-à-dire l'évaluation de l'admissibilité, l'administration de médicaments de qualité garantie, l'évaluation du résultat/de la réussite) par un spécialiste des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, un pharmacien, le personnel de pharmacie ou un agent de santé communautaire constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à la prestation des soins liés à l'avortement médicamenteux par un médecin ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement médicamenteux

I: prestation des soins liés à l'avortement médicamenteux par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des pharmaciens, le personnel de pharmacie ou des agents de santé communautaires

C: prestation des soins liés à l'avortement médicamenteux par des médecins généralistes ou spécialistes (obstétriciens/gynécologues)

R:

- Sécurité (événements indésirables graves et complications)
- Efficacité (réussite de l'avortement sans nécessité d'une intervention chirurgicale après le traitement)
- Satisfaction/acceptabilité

PICR 6a. Évaluation de l'admissibilité à un avortement médicamenteux

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement médicamenteux, l'évaluation de l'admissibilité à un avortement médicamenteux réalisée par un spécialiste des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, un pharmacien, le personnel de pharmacie ou un agent de santé communautaire constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à – et aussi précise que – l'évaluation réalisée par un médecin ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement médicamenteux

I: évaluation de l'admissibilité par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des pharmaciens, le personnel de pharmacie ou des agents de santé communautaires

C: évaluation de l'admissibilité par des praticiens généralistes ou spécialistes (obstétriciens/gynécologues)

R:

- Efficacité (proportion de personnes enceintes dont l'évaluation conclut à l'admissibilité à l'avortement médicamenteux par type de prestataire et exactitude de ces évaluations comparativement à celles d'un vérificateur indépendant et/ou à une norme de diagnostic)
- Sécurité (événements indésirables graves, à l'exclusion du traitement pour avortement incomplet ou grossesse en cours)
- Efficacité (réussite de l'avortement après l'intervention)
- Satisfaction

PICR 6b. Administration des médicaments pour l'avortement médicamenteux

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement médicamenteux, l'administration des médicaments abortifs (c'est-à-dire la fourniture d'informations, la dispensation de médicaments de qualité garantie, l'orientation vers une source fiable de médicaments) accompagnée d'instructions d'utilisation par un spécialiste des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, un pharmacien, le personnel de pharmacie ou un agent de santé communautaire constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à la prestation des soins liés à l'administration par un médecin ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement médicamenteux

I: administration des médicaments (c'est-à-dire la fourniture d'informations, la dispensation de médicaments de qualité garantie, l'orientation vers une source fiable de médicaments) et les instructions pour leur utilisation par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des pharmaciens, le personnel de pharmacie ou des agents de santé communautaires

C: administration des médicaments (c'est-à-dire la fourniture d'informations, la dispensation de médicaments de qualité garantie, l'orientation vers une source fiable de médicaments) par des médecins généralistes ou spécialistes

R:

- Compréhension du protocole par les personnes participantes, comme en témoigne la prise du bon schéma thérapeutique
- Sécurité (événements indésirables graves, à l'exclusion du traitement pour avortement incomplet ou grossesse en cours)
- Efficacité (réussite de l'avortement après l'intervention)
- Satisfaction

PICR 6c. Évaluation précise de la réussite du processus d'avortement médicamenteux

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement médicamenteux, l'évaluation de la réussite de l'avortement médicamenteux réalisée par un spécialiste des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, un pharmacien, le personnel de pharmacie ou un agent de santé communautaire constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à – et aussi précise que – l'évaluation réalisée par un médecin ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement médicamenteux

I: évaluation de la réussite de l'avortement par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des pharmaciens, le personnel de pharmacie ou des agents de santé communautaires

C: Évaluation de la réussite de l'avortement par des médecins généralistes ou spécialistes

R:

- Efficacité de l'évaluation du résultat (proportion de personnes enceintes dont l'évaluation conclut à la

réussite de l'avortement par type de prestataire et exactitude de ces évaluations comparativement à celles d'un vérificateur indépendant et/ou à une norme de diagnostic)

- Efficacité (réussite de l'avortement après l'intervention)
- Sécurité (événements indésirables graves, à l'exclusion du traitement pour avortement incomplet ou grossesse en cours, grossesse extra-utérine)
- Satisfaction

Prise en charge d'un avortement provoqué à un âge gestationnel ≥ 12 semaines

PICR 7. Fourniture des soins liés à l'avortement à ≥ 12 semaines (voir la recommandation 30)

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement provoqué, l'avortement médicamenteux ou chirurgical pratiqué par un spécialiste des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, un clinicien associé, une sage-femme, le personnel infirmier, un aide-soignant, un pharmacien, le personnel de pharmacie ou un agent de santé communautaire constitue-t-il une option alternative sans danger, efficace ou satisfaisante à la fourniture de soins liés à l'avortement par un médecin ?

P: femmes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement médicamenteux ou chirurgical après 12 semaines d'aménorrhée.

I: avortement médicamenteux ou chirurgical par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des cliniciens associés, des sages-femmes, le personnel infirmier, des aides-soignants, des pharmaciens, le personnel de pharmacie ou des agents de santé communautaires

C: avortement médicamenteux ou chirurgical par des médecins généralistes et spécialistes

R:

- Efficacité (réussite de l'avortement sans nécessité d'une intervention médicamenteuse ou chirurgicale supplémentaire)
- Sécurité (événements indésirables graves et complications)
- Satisfaction

Mort fœtale intra-utérine (MFIU)

PICR 8. Prise en charge médicamenteuse de la mort fœtale intra-utérine (MFIU) (voir la recommandation 33 [NOUVEAU])

Question PICR : pour une personne enceinte chez qui une mort fœtale intra-utérine (MFIU) a été diagnostiquée, la prise en charge médicamenteuse de la MFIU (par association de mifépristone et de misoprostol ou par misoprostol seul) par un spécialiste des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, un clinicien associé/ un clinicien associé de niveau avancé, une sage-femme, le personnel infirmier, un aide-soignant/une sage-femme auxiliaire, un pharmacien, le personnel de pharmacie ou un agent de santé communautaire constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante à la prise en charge médicamenteuse par un médecin ?

P: personnes enceintes chez qui une MFIU a été diagnostiquée

I: prise en charge médicamenteuse par association de mifépristone et de misoprostol ou misoprostol seul par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des cliniciens associés/ associés de niveau avancé, des sages-femmes, le personnel infirmier, des aides-soignants/sages-femmes auxiliaires, des pharmaciens, le personnel de pharmacie ou des agents de santé communautaires

C: Prise en charge médicamenteuse par association de mifépristone et de misoprostol ou par misoprostol seul par des médecins généralistes ou spécialistes

R:

- Sécurité (événements indésirables graves et complications)
- Efficacité (réussite de l'avortement sans nécessité d'une intervention chirurgicale après l'intervention)
- Satisfaction/acceptabilité

Après l'avortement

Avortement incomplet à un âge gestationnel <14 semaines

PICR 9. Prise en charge d'un avortement incomplet par misoprostol (voir la recommandation 37)

Question PICR : pour une personne enceinte présentant un avortement incomplet, la prise en charge de l'avortement incomplet par misoprostol par un spécialiste des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, un pharmacien, le personnel de pharmacie ou un agent de santé communautaire constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à la prise en charge de misoprostol par un médecin ?

P: personnes enceintes présentant un avortement incomplet

I: prise en charge médicamenteuse par misoprostol par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des pharmaciens, le personnel de pharmacie ou des agents de santé communautaires

C: prise en charge médicamenteuse par misoprostol par des médecins généralistes ou spécialistes

R:

- Sécurité (événements indésirables graves et complications)
- Efficacité (réussite de l'avortement sans nécessité d'une intervention chirurgicale après l'intervention)
- Satisfaction/acceptabilité

PICR 10. Aspiration pour la prise en charge d'un avortement incomplet non compliqué (voir la recommandation 38)

Question PICR : pour une personne enceinte ayant recours à un avortement provoqué, la réalisation de l'aspiration pour un avortement provoqué/un avortement incomplet/une fausse couche (toutes les indications de l'aspiration) par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des aides-soignants ou des sages-femmes auxiliaires constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante à la réalisation de l'aspiration par des médecins ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement provoqué

I: aspiration réalisée par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des sages-femmes auxiliaires ou des aides-soignants

C: aspiration réalisée par des médecins généralistes ou spécialistes (obstétriciens/gynécologues)

R:

- Efficacité (réussite de l'avortement après l'intervention)
- Sécurité (événements indésirables graves et complications)
- Satisfaction/acceptabilité

Reconnaissance et prise en charge des complications (voir les recommandations 39 et 40)

PICR 11. Diagnostic et prise en charge des complications liées à l'avortement

Question PICR : pour une personne présentant des complications liées à un avortement provoqué et dans un état stable, le diagnostic et la prise en charge des complications liées à l'avortement par un spécialiste des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, un pharmacien, le personnel de pharmacie ou un agent de santé communautaire constituent-ils une option alternative sans danger, efficace, satisfaisante/acceptable au diagnostic et à la prise en charge par un médecin et aussi précise que ces derniers ?

P: femmes présentant des complications liées à un avortement provoqué et dans un état stable

I: diagnostic et prise en charge des complications par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des pharmaciens, le personnel de pharmacie, des agents de santé communautaires

- Diagnostic et prise en charge des infections par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des pharmaciens, le personnel de pharmacie, des agents de santé communautaires

- ii. Diagnostic et prise en charge des hémorragies par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des pharmaciens, le personnel de pharmacie, des agents de santé communautaires

C: diagnostic et prise en charge des infections et des saignements abondants par des médecins généralistes et spécialistes

R:

- Efficacité (identification précise d'une complication suivie d'une offre de traitement ou d'une orientation selon qu'il convient en fonction des capacités professionnelles et du contexte clinique)
- Sécurité (événements indésirables graves)
- Satisfaction/acceptabilité

Contraception après un avortement

PICR 12. Fourniture de contraceptifs injectables après l'avortement (voir la recommandation 46)

Question PICR : pour une personne nécessitant une contraception après un avortement, la fourniture de contraceptifs injectables (début ou poursuite du traitement) par un spécialiste des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, le personnel de pharmacie ou un agent de santé communautaire constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à leur fourniture par un agent de santé formé ?

P: femmes nécessitant une contraception après un avortement

I: fourniture de contraceptifs injectables par des spécialistes des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, des pharmaciens, le personnel de pharmacie ou des agents de santé communautaires

C: fourniture de contraceptifs injectables par des agents de santé formés

R:

- Début et poursuite de la contraception
- Sécurité (événements indésirables graves et complications liées à la fourniture de la méthode)
- Efficacité (échec de la méthode)
- Satisfaction/acceptabilité

Considérations relatives à la prestation des services

Soins hors établissement/ambulatoires/à domicile

PICR 13. Télémédecine (voir la recommandation 48)

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement médicamenteux, les soins liés à l'avortement médicamenteux dispensés via la télémédecine (soins complets ou composantes individuelles) constituent-ils une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable aux soins liés à l'avortement médicamenteux fournis en personne ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement médicamenteux

I: soins liés à l'avortement médicamenteux fournis via la télémédecine, qu'il s'agisse des soins complets ou d'une partie des composantes individuelles suivantes :

- évaluation de l'admissibilité à l'avortement médicamenteux via la télémédecine
- conseils et/ou instructions pour l'avortement médicamenteux fournis via la télémédecine
- instructions pour l'avortement médicamenteux et facilitation active de ce dernier via la télémédecine
- suivi de l'avortement médicamenteux via la télémédecine

C: soins liés à l'avortement médicamenteux fournis en personne

R:

- Efficacité (taux de grossesse en cours, réussite de l'avortement sans nécessité d'une intervention chirurgicale ni d'évacuation chirurgicale après l'avortement)
- Sécurité (événements indésirables graves et complications)

- Satisfaction/acceptabilité
- Taux d'observance du schéma posologique recommandé (auto-rapporté)
- Coût des services rapporté

PICR 14. Activités de proximité au sein de la communauté (voir l'énoncé de meilleures pratiques 49)

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement provoqué, des modèles de proximité au sein de la communauté pour la fourniture de soins d'avortement sécurisés constituent-ils des options alternatives sans danger, efficaces et satisfaisantes/acceptables, à la prestation de soins liés à l'avortement dans un établissement de santé par un agent de santé formé ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement provoqué

I: modèles de proximité impliquant des agents de santé

C: prestation de soins dans un établissement de santé par des agents de santé formés

R:

- Sécurité (événements indésirables graves et complications)
- Efficacité (réussite de l'avortement sans nécessité d'une intervention chirurgicale après l'intervention)
- Rapport coût-efficacité
- Augmentation des démarches de recours aux soins
- Satisfaction/acceptabilité

Contexte :

- Faiblesse des infrastructures
- Législation restrictive

PICR 15. Conseils sur la réduction des risques (voir l'énoncé de meilleures pratiques 49)

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement provoqué, les conseils sur la réduction des risques concernant les soins liés à l'avortement constituent-ils une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à la prestation de services systématique en milieu clinique ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement provoqué

I: conseils sur la réduction des risques

C: prestation de services systématique en milieu clinique

R:

- Sécurité (événements indésirables graves et complications)
- Efficacité (réussite de l'avortement sans nécessité d'une intervention chirurgicale après l'intervention)
- Satisfaction/acceptabilité

Contexte :

- Situations de crise humanitaire
- En-dehors des situations de crise humanitaire

PICR 16. Initiatives de marketing social/communication de proximité sur l'avortement sécurisé (voir l'énoncé de meilleures pratiques 49)

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement provoqué, des initiatives de marketing social de proximité peuvent-elles contribuer à offrir un meilleur accès à des services liés à l'avortement sécurisés, efficaces et satisfaisants/acceptables, comparées à la prestation de soins liés à l'avortement dans un établissement de santé par un agent de santé formé ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement provoqué

I: méthodes de marketing social pour les services de soins liés à l'avortement provoqué

C: prestation de services liés à l'avortement en milieu clinique

R:

- Sécurité (événements indésirables graves et complications)
- Efficacité (réussite de l'avortement sans nécessité d'une intervention chirurgicale après l'intervention)
- Accès (accessibilité économique, utilisation, volume de patientes, fréquentation et couverture par habitant)
- Qualité des soins (méthodes d'avortement de choix, qualité des informations données à la personne enceinte, compétences du prestataire, relation entre la personne enceinte et le prestataire)
- Effets indésirables (impacts indésirables sur les services publics ou privés existants, utilisation inappropriée des services)
- Accès ou utilisation équitable (distribution de l'accès selon les caractéristiques sociodémographiques)
- Coût/service (d'un point de vue sociétal ou d'un point de vue marketing/franchiseur, franchisé ou personne enceinte/patiente)
- Satisfaction/acceptabilité

PICR 17. Achat de médicaments par la personne elle-même pour l'avortement provoqué (voir l'énoncé de meilleures pratiques 49)

Question PICR : pour une personne enceinte qui souhaite avoir recours à un avortement provoqué, l'achat de médicaments en ligne par la personne elle-même constitue-t-il une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à l'obtention d'une ordonnance et/ou de médicaments auprès d'un agent de santé formé ?

P: personnes enceintes qui souhaitent avoir recours à un avortement provoqué

I: les personnes enceintes achètent elles-mêmes des médicaments pour l'avortement en ligne, sans ordonnance

C: les personnes enceintes obtiennent une ordonnance et/ou des médicaments auprès d'un agent de santé (médecin spécialiste ou généraliste, spécialiste des médecines traditionnelles et des médecines complémentaires, sage-femme, infirmière, aide-soignant, sage-femme auxiliaire, pharmacien, personnel de pharmacie, agent de santé communautaire)

R:

- Sécurité (événements indésirables graves et complications)
- Efficacité (réussite de l'avortement sans nécessité d'une intervention chirurgicale après l'intervention)
- Qualité des médicaments
- Satisfaction/acceptabilité

Approches d'auto-prise en charge

Approches d'auto-prise en charge de la contraception post-avortement

PICR 18. Auto-administration de contraceptifs injectables après l'avortement (voir la recommandation 50)

Question PICR : pour une personne nécessitant une contraception après un avortement, l'auto-administration de contraceptifs injectables (début ou poursuite du traitement) constitue-t-elle une option alternative sans danger, efficace et satisfaisante/acceptable à leur fourniture par un agent de santé formé ?

P: femmes nécessitant une contraception après un avortement

I: auto-administration de contraceptifs injectables (début ou poursuite du traitement)

C: fourniture de contraceptifs injectables par des agents de santé formés

R:

- Début et poursuite de la contraception
- Sécurité (événements indésirables graves et complications liées à la fourniture de la méthode)
- Efficacité (échec de la méthode)
- Satisfaction/acceptabilité

Annexe 11. Détails sur la diffusion et la mise à jour des lignes directrices

Diffusion

L'intégralité des présentes lignes directrices sera publiée en version numérique (une version interactive sur le Web et un document PDF disponible en téléchargement) et en version papier. Les recommandations formulées dans ces lignes directrices figureront également dans le recueil annuel actualisé de recommandations approuvé par le Comité d'examen des lignes directrices de l'OMS (GRC), qui sera produit par le Département Santé sexuelle et reproductive et recherche (SRH) de l'OMS couvrant tous les domaines thématiques. Les versions numériques de ces lignes directrices seront disponibles sur le site Web de l'OMS.² Les liens vers les versions numériques seront diffusés par l'intermédiaire des organisations non gouvernementales (ONG) partenaires, des sites Web d'associations professionnelles et des plateformes de réseaux sociaux. Les suppléments, notamment les cadres décisionnels fondés sur des données probantes GRADE pour chacune des recommandations, sont également disponibles en ligne.³ Des versions imprimées des présentes lignes directrices seront distribuées aux bureaux régionaux et de pays de l'OMS, aux ONG partenaires et aux associations professionnelles.

La traduction des présentes lignes directrices en espagnol (en collaboration avec l'Organisation panaméricaine de la Santé [OPS]), en français et en portugais est prévue. Des traductions dans d'autres langues des Nations Unies seront réalisées selon les besoins. Les traductions par des tiers dans d'autres langues seront encouragées, pour autant qu'elles soient conformes aux recommandations de l'OMS concernant de telles traductions.

Les présentes lignes directrices feront l'objet de réunions de diffusion dans chacune des Régions de l'OMS, et des activités spécifiques de transfert de connaissances, d'adaptation et de recherche sur la mise en œuvre seront menées dans certains pays en fonction des besoins et de l'intérêt exprimé à l'égard de l'application des recommandations. D'autres supports seront préparés en appui du lancement des présentes lignes directrices afin de permettre aux collègues régionaux de diffuser largement les informations clés. Ces supports comprennent :

- une présentation PowerPoint résumant les messages clés et les nouveaux éléments des présentes lignes directrices ;
- une présentation PowerPoint sur les données probantes qui sous-tendent certaines recommandations ;
- des messages à publier sur les réseaux sociaux.

Les bureaux régionaux de l'OMS et un certain nombre d'organismes et d'ONG partenaires intéressés devraient participer activement à la diffusion et à l'adaptation de ces lignes directrices aux niveaux régional, national et local, et à l'élaboration de supports d'information dérivés.

Mise à jour

Les présentes lignes directrices seront présentées en ligne dans un format Web interactif peu après la publication de la version en format standard, qui sera disponible en téléchargement. Le format Web donnera aux lignes directrices une dimension évolutive, facilitant l'examen des nouvelles données de recherche disponibles en vue de s'assurer qu'elles peuvent être présentées au Groupe d'élaboration des lignes directrices pour examen, puis donner lieu à une mise à jour en tant que de besoin dans les lignes directrices, en continu. Les présentes lignes directrices unifiées regroupent et actualisent les recommandations de trois anciens documents de lignes directrices de l'OMS sur les soins liés à l'avortement.⁴ Les futures mises à jour couvriront également de nouveaux sujets connexes, le cas échéant.

La nature rapidement évolutive des interventions et des approches pour des soins liés à l'avortement de qualité, en particulier celles concernant l'auto-prise en charge de l'avortement, entraîne la nécessité d'examiner continuellement la littérature. Le Groupe d'orientation des lignes directrices de l'OMS (voir l'annexe 1) est en

2 Disponibles à l'adresse suivante : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

3 Disponibles à l'adresse suivante : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

4 Avortement sécurisé : orientations techniques et politiques pour les systèmes de santé, deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78413/9789242548433_fre.pdf
Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204495/9789242549263_fre.pdf).
Utilisation des médicaments dans le cadre d'un d'avortement. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328165>).

train de mettre au point un système de base de données qui permettra une recherche et un examen continus des données probantes. Cela contribuera aux futures mises à jour des recommandations et éclairera tous les domaines qui pourraient nécessiter une nouvelle recommandation. Il existe de nombreux domaines pour lesquels aucune donnée probante n'a été identifiée ou qui ne sont étayés que par des données probantes de faible niveau de certitude (voir le chapitre 4, section 4.3). Dans ces cas, de nouvelles recommandations ou une modification de la recommandation publiée, respectivement, peuvent être justifiées. Toute préoccupation concernant la validité d'une recommandation existante peut être communiquée rapidement à l'unité Prévention des avortements non sécurisés (PUA) du Département Santé sexuelle et reproductive et recherche de l'OMS (courriel : srhpua@who.int), à la suite de quoi l'unité PUA demandera l'approbation du Groupe d'examen des lignes directrices (GRC) de l'OMS pour suivre le processus accéléré d'élaboration de lignes directrices, et une stratégie sera définie afin de mettre à jour la recommandation si nécessaire.

Tous les produits techniques mis au point au cours du processus d'élaboration de ces lignes directrices – y compris les rapports complets des examens systématiques, les stratégies de recherche correspondantes et les dates des recherches – seront archivés pour référence et utilisation futures. En cas de préoccupations concernant la validité d'une recommandation fondée sur de nouvelles données probantes, l'examen systématique portant sur la question principale sera mis à jour. Pour mettre à jour l'examen, la stratégie de recherche utilisée pour l'examen initial sera réutilisée. Toute nouvelle question identifiée à la suite de l'exercice initial de délimitation de la portée des lignes directrices fera l'objet d'un processus similaire de recherche et de synthèse des données probantes ainsi que d'application de l'approche GRADE conformément aux normes énoncées dans le manuel de l'OMS pour l'élaboration des lignes directrices WHO handbook for guideline development.⁵ Pour de plus amples informations sur l'évolutivité des lignes directrices, veuillez consulter les publications récentes de Vergara-Merino et al. (2020)⁶ and Vogel et al. (2019).⁷

5 WHO handbook for guideline development, second edition. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>).

6 Vergara-Merino L, Verdejo C, Carrasco C, Vargas-Peirano M. Living systematic review: new inputs and challenges. *Medwave*. 2020;20(11):e8092.

7 Vogel J, Dowswell T, Lewin S, Bonet M, Hampson L, Kellie F, et al. Developing and applying a "living guidelines" approach to WHO recommendations on maternal and perinatal health. *BMJ Glob Health*. 2019;4(4):e001683.



**Organisation
mondiale de la Santé**

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

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Département Santé sexuelle et reproductive et recherche

Organisation mondiale de la Santé,
20, avenue Appia
1211 Genève 27 Suisse

Courriel : srhrp@who.int

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

9789240065406



9 789240 065406