

Soins d'avortement sans risque pendant les épidémies de maladies infectieuses: Directives supplémentaires pour les situations de crise humanitaire et contextes fragiles



Février 2023

Introduction

Objet:

Ce guide a pour objectif de fournir des conseils pratiques à destination du personnel de santé entreprenant des activités de préparation et de réponse aux maladies infectieuses afin de maintenir l'accès à des Soins d'Avortement sans Risque (SAR) durant une épidémie de maladie infectieuse. Il s'agit d'un guide pratique destiné à aider les acteurs du secteur de la santé à garantir le maintien des services de Soins d'Avortement sans Risque (SAR) pendant les épidémies et à veiller à ce que les considérations nécessaires en matière de Soins d'Avortement sans Risque soient intégrées à la riposte à l'épidémie; il ne s'agit pas d'un guide clinique. Ce document se concentre sur les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles, toutefois les recommandations peuvent s'appliquer aux épidémies de maladies infectieuses auprès des populations à faibles ressources. **Ce guide est prévu en complément du document : [Santé et droits en matière de sexualité et de procréation durant les épidémies de maladies infectieuses : orientations de mise en œuvre pour les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles.](#)**

Les publics cibles de ce guide sont les responsables de programmes et les professionnels de santé des gouvernements et agences partenaires de mise en œuvre intervenant dans les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles qui risquent de faire face ou font face à des épidémies de maladies infectieuses. Ce guide peut également être utile à d'autres équipes, tels que les travailleurs sociaux et les gestionnaires de cas de violences basées sur le genre, qui s'occupent souvent de clientes présentant des grossesses non désirées.

Termes Clés:

- **Soins d'avortement sans risque (SAR):** avortements pratiqués selon l'une des méthodes recommandées par l'OMS, adaptée à l'âge gestationnel et par une personne ayant les compétences nécessaires, le cas échéant.
- **Soins après avortement (SAA):** une série d'interventions médicales et connexes conçues pour gérer les complications liées aux avortements spontanés et volontaires, qu'ils soient médicalisés ou non médicalisés, et répondre aux besoins de santé connexes des femmes.
- **Soins d'avortement complets:** fourniture d'informations et prise en charge des avortements dans le cadre des SAR et SAA, ainsi que des conseils en matière de contraception et orientation vers des services complémentaires si nécessaire.
- **Avortement non sécurisé:** avortement pratiqué par une personne ne possédant pas les compétences nécessaires ou dans un environnement non conforme aux standards médicaux minimums, ou les deux.

Effets des épidémies de maladies infectieuses sur les soins d'avortement:

Les épidémies de maladies infectieuses constituent des urgences de santé publique qui nécessitent une réponse aiguë, en particulier dans les situations de crise humanitaire où les systèmes de santé sont déjà mis à rude épreuve. Le [Dispositif Minimum d'Urgence \(DMU\) pour la Santé Sexuelle et Reproductive \(SSR\) dans les situations d'urgence](#) constitue le standard

minimum pour la fourniture de services SSR pendant les épidémies de maladies infectieuses, comme dans toute intervention d'urgence; le DMU intègre les soins d'avortement sans risque comme priorité supplémentaire.

L'on estime que les avortements à risque sont responsables de 8 à 13 % des décès maternels dans le monde. Bien que le fardeau que représente l'avortement non sécurisé dans les situations de crise humanitaire soit peu documenté, la perturbation générale du système de santé ainsi que l'incidence accrue des faits de violence basée sur le genre (VBG) qui se produisent pendant les crises suggèrent que le volume d'avortements non sécurisés dans les situations de crise humanitaire est probablement aussi élevé ou plus élevé que dans les contextes stables. En effet, l'évaluation globale 2012-2013 menée par le Groupe De Travail Interorganisations Sur La Santé Reproductive en Situations De Crise a révélé que les SAR étaient totalement indisponibles dans les situations de crise humanitaire évaluées; cette évaluation a également constaté l'absence totale de demande de financement visant les SAR dans les appels humanitaires.ⁱ Des progrès ont été réalisés récemment, avec la fourniture de SAR dans le cadre de réponses d'urgence au Bangladesh, en Colombie et en Europe de l'Est, ainsi qu'avec l'inclusion des SAR dans le chapitre « Dispositif Minimum d'Urgence pour la Santé Sexuelle et Reproductive dans les situations d'urgence » du Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Toutefois, les SAR sont souvent indisponibles dans les situations de crise humanitaire malgré le besoin substantiel.

La pression que les épidémies exercent sur les systèmes de santé réduit l'accès aux services tels que la contraception et les soins cliniques pour les victimes d'agressions sexuelles et peut augmenter l'incidence des VBG.ⁱⁱ En outre, les complications liées à la grossesse, les fausses couches et les décisions de mener ou non une grossesse à terme deviennent plus complexes pendant les épidémies ; par exemple, le virus Zika, lorsqu'il est contracté pendant la grossesse, peut provoquer de graves malformations congénitales, comme la microcéphalie.ⁱⁱⁱ De même, la maladie à virus Ebola (MVE), lorsqu'elle est contractée pendant la grossesse, entraîne presque toujours une issue défavorable, avec notamment des avortements spontanés, décès maternels ou décès néonataux.^{iv} L'infection par l'hépatite E et la fièvre de Lassa augmentent toutes deux les risques de mortalité pour les femmes enceintes et leurs fœtus, et la déshydratation causée par le choléra peut accroître le risque de mort fœtale.^{v,vi,vii} Bien que les effets pour la mère et le nouveau-né soient moins graves avec la COVID-19 qu'avec le virus Zika et la maladie à virus Ebola, la COVID-19 pendant la grossesse peut augmenter le risque de complications, notamment la naissance prématurée et la mortinaissance, et le nombre important de femmes enceintes infectées par la COVID-19 a entraîné une morbidité et une mortalité plus importantes que pour d'autres agents pathogènes moins courants.^{viii} Ces complications potentielles pour la femme enceinte, le fœtus et le nouveau-né représentent un défi supplémentaire pour les systèmes de santé, déjà mis à rude épreuve lors des épidémies de maladies infectieuses, car ils doivent gérer davantage d'avortements spontanés et/ou thérapeutiques compliqués.

Compte tenu de l'accès réduit aux services essentiels et de l'augmentation des VBG pendant les épidémies de maladies infectieuses dans les situations de crise humanitaire, ainsi que du

lien entre les conséquences néfastes pour la grossesse et certains agents pathogènes, il est essentiel que toutes les options liées à la grossesse, y compris les SAR, demeurent disponibles et accessibles pendant les épidémies de maladies infectieuses. Bien que les données sur la disponibilité des SAR pendant les épidémies de maladies infectieuses soient limitées, celles qui sont disponibles suggèrent que les épidémies de maladies infectieuses exacerbent la disponibilité déjà faible des SAR dans les situations de crise humanitaire. Pendant l'épidémie de MVE de 2018-2020 en République démocratique du Congo (RDC), l'International Rescue Committee a constaté une disponibilité très limitée des soins d'avortement sans risque et une forte stigmatisation de l'avortement parmi les personnes interrogées.^{ix} Une évaluation de l'impact de la COVID-19 sur les services de santé sexuelle et reproductive dans six pays touchés par des crises humanitaires a révélé une réduction de l'accès à et de l'utilisation de la contraception, un risque accru de grossesse chez les adolescentes et un besoin accru de SAR largement insatisfait, en particulier en RDC.^x Une autre étude réalisée par l'Ipas Development Foundation en Inde a révélé que les restrictions des déplacements et la réaffectation des ressources pour la COVID-19 au cours des trois premiers mois de la pandémie ont compromis l'accès à l'avortement pour 1,85 million de femmes.^{xi} De même, une étude d'après des modèles de simulation menée par l'Ipas au Nigeria a révélé que les confinements, tout particulièrement, avaient eu un effet néfaste sur l'accès à des soins d'avortement sans risque.^{xii} Une étude sur l'accès aux soins liés à l'avortement pendant la pandémie de COVID-19 en Europe a révélé que le maintien de l'accès à l'avortement dépendait de la priorité accordée par les systèmes de santé à des alternatives telles que la téléconsultation ou l'avortement médicamenteux précoce, avec des obstacles supplémentaires au sein des pays n'ayant pas libéralisé les politiques d'accès à l'avortement.^{xiii}

De manière générale, quel que soit le contexte, la réaffectation des ressources pour la riposte à l'épidémie, associée à la stigmatisation de l'avortement et à des politiques ambiguës ou restrictives en la matière, limite encore plus l'accès à l'avortement pendant les épidémies de maladies infectieuses. Pour ces raisons, il est essentiel que les gouvernements, les organisations de la société civile et les donateurs privilégient les actions de préparation aux épidémies pour les services de SSR et garantissent l'accès au DMU, y compris aux SAR, en cas d'épidémie de maladie infectieuse.

Considérations d'ordre politique:

Les [recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé \(OMS\)](#) sont claires dans l'ouvrage récemment publié intitulé *Lignes directrices sur les soins liés à l'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) ». ^{xiv} En outre, à la suite de la pandémie de COVID-19 et d'autres épidémies, l'OMS a intégré les soins complets liés à l'avortement à sa liste de services essentiels dans ses orientations récemment publiées, notamment *Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19 : orientations provisoires*.^{xv}

De la même manière, comme stipulé ci-dessus, [le DMU pour la santé sexuelle et reproductive dans les situations d'urgence](#) — un ensemble standardisé de services et d'activités d'importance vitale prioritaires visant à prévenir une morbidité, une mortalité et une infirmité excessives chez les populations touchées par la crise — considère les SAR comme étant une priorité. Avec six objectifs fondamentaux, la version la plus récente du DMU, publiée en 2018, intègre les SAR au titre du deuxième objectif, qui consiste à prévenir et à répondre aux conséquences des VBG. Le fait de considérer comme une priorité les SAR au titre de cet objectif montre ainsi que l'on admet que les femmes et les filles dans les situations de crise humanitaire peuvent être exposées à un risque accru de grossesse non désirée et d'avortement non sécurisé, entraînant une plus grande nécessité d'accéder à des SAR. L'édition 2018 du DMU considère également les SAR en tant qu'« autre priorité », indiquant qu'« Il est aussi important de veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient accessibles dans les centres de santé et les établissements hospitaliers, dans les limites prévues par la loi. »^{xvi}

Il est important de noter que, bien que l'avortement dans une ou plusieurs circonstances soit légal dans la quasi-totalité des pays, les circonstances spécifiques dans lesquelles une personne peut y avoir accès sont très variables. 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. »^{xvii} Par conséquent, les obstacles juridiques, qui ne sont généralement pas fondés sur des preuves, amplifient encore les risques auxquels sont confrontées les femmes et les filles enceintes qui ont besoin de soins de qualité.

Lors de flambées de maladies infectieuses, les acteurs de la santé doivent tout mettre en œuvre pour garantir l'accès à des soins d'avortement sans risque, en adéquation avec les preuves et meilleures pratiques disponibles à l'échelle mondiale.

Maintien de la sécurité et de la continuité des soins liés à l'avortement complets pendant les épidémies de maladies infectieuses

Les SAR sont des soins médicaux à caractère à la fois essentiel et urgent ; l'accès à ces services doit être garanti même lorsque les soins non essentiels ou facultatifs sont interrompus pendant la phase aiguë d'une épidémie. Compte tenu des limites d'âge gestationnel appliquées pour certaines méthodes d'avortement, les délais d'accès aux soins doivent être les plus brefs possible. Toutefois, pour assurer la continuité des SAR pendant une épidémie de maladie infectieuse, il ne suffit pas de maintenir les services existants. Les services et interventions liés à l'avortement doivent être adaptés de manière proactive en réponse à l'évolution du système de santé et à la redistribution des ressources ainsi qu'aux préférences et expériences des bénéficiaires.

Rendre les soins liés à l'avortement en établissement sans risque:

Les services d'avortement en établissement doivent être améliorés et adaptés pendant les épidémies de maladies infectieuses afin de minimiser les interactions inutiles entre les professionnels de santé et les clientes, et d'améliorer la prévention et le contrôle des infections, ceci pour réduire la possibilité de transmission nosocomiale. Les interactions directes entre le professionnel de santé et la cliente doivent être réduites au minimum, et les clientes ne doivent être invitées à se rendre dans un centre de santé que si les avantages de leur présence l'emportent sur les risques de contracter la maladie. En particulier :

- **L'avortement médicamenteux doit être le traitement de première intention** pour les SAR jusqu'à 12 semaines, afin de minimiser les contacts du professionnel de santé avec le sang, les fluides et les gouttelettes respiratoires pendant une épidémie. Si une cliente préfère l'aspiration à l'avortement médicamenteux, cette méthode peut toujours être proposée à condition que l'établissement dispose de procédures appropriées de prévention et de contrôle des infections. Les femmes et les jeunes filles peuvent avoir leurs propres raisons de préférer une méthode à une autre (questions de confidentialité et de sécurité, histoire, etc.), raisons qui doivent toujours être respectées, dans la mesure du possible.
- **Les consultations avec les professionnels de santé ainsi que les examens et conseils en matière d'avortement, confidentiels et sans jugement, doivent se faire par téléphone ou par vidéo**, dans la mesure du possible. S'il n'est pas possible de procéder à des examens par téléphone ou par vidéo, les consultations doivent être menées en appliquant les méthodes de prévention et de contrôle des infections appropriées (c'est-à-dire, en respectant une distanciation sociale et en ayant recours à une ventilation renforcée).
- **Pour les clientes qui bénéficient d'une interruption de grossesse médicamenteuse, une dose supplémentaire de misoprostol doit leur être confiée**, au cas où l'avortement n'aurait pas été effectif dans les 4 heures suivant la première dose. Cela évite des visites supplémentaires en cas d'échec de la première dose.
- **Les clientes doivent avoir accès à une méthode de gestion de la douleur en quantité suffisante**, en tenant compte du fait que les pharmacies publiques peuvent ne pas être ouvertes ou accessibles. En outre, un état de stress mental et d'incertitude peut accroître la douleur ressentie par les clientes.
- **Les femmes doivent recevoir la méthode de contraception** qu'elles privilégient en même temps que le(s) médicament(s) abortif(s), lorsque cela est possible (c'est-à-dire pilules, contraceptifs injectables et implants), ainsi qu'un contraceptif de secours, comme des préservatifs, lorsqu'un transfert vers un autre site est nécessaire (notamment pour la pose d'un dispositif intra-utérin ou une ligature des trompes).

Améliorer l'accès à l'avortement auto-administré:

Lorsque les services d'avortement au sein des établissements sont perturbés ou débordés et/ou lorsque les clientes craignent de se rendre dans les établissements, les programmes doivent être adaptés de manière à ce que ces femmes aient accès aux soins d'avortement en passant par une méthode d'avortement auto-administrée, en adéquation avec les [recommandations](#)

[mondiales](#). L'avortement auto-administré désigne une situation dans laquelle la personne gère elle-même son avortement en toute sécurité à l'aide de misoprostol, avec ou sans mifépristone, et en dehors de l'environnement des systèmes de santé officiels. Lorsqu'il est réalisé conformément aux recommandations et limites d'âge gestationnel, l'avortement auto-administré est une méthode sûre et efficace. Les éléments suivants doivent être pris en compte dans le cadre des initiatives mises en place pour permettre un accès accru à l'avortement auto-administré sans risque:

- **Il convient de lancer des programmes de soins d'avortement auto-administrés pendant les périodes stables dans le cadre des efforts de préparation** afin que les programmes puissent être étendus plus facilement et plus efficacement pendant les épidémies de maladies infectieuses.
- **Des informations sur l'avortement auto-administré sans risque doivent être distribuées de manière discrète au travers de divers canaux** en adéquation avec les préférences des femmes et des adolescentes propres à chaque situation. Bien que dans certains aspects, le programme soit similaire à la prescription d'un avortement médicamenteux, comme décrit plus tôt, pendant le processus d'avortement auto-administré, il est possible que la personne qui cherche à se faire avorter n'ait pas de contact direct avec un prestataire de soins cliniques. Au lieu de cela, la personne peut recevoir des informations sur la manière de gérer en toute sécurité son avortement, soit en ligne, soit en composant un numéro d'assistance par téléphone, ou encore par le biais de la presse écrite ou de conseillers formés et non cliniques. Les clientes désirant se faire avorter doivent recevoir des informations sur le dosage et le moment appropriés, la gestion de la douleur, les effets secondaires attendus, les signes de danger et l'endroit où accéder à des soins d'urgence dans le cas peu probable où des complications surviendraient.
- **Il est important de recenser les différents moyens permettant de se procurer du misoprostol et de la mifépristone de haute qualité.** Ces produits sont accessibles dans de nombreuses pharmacies, par courrier et/ou grâce à des distributions au sein de la communauté, selon le contexte. Dans certains cas, les personnes chargées de la mise en œuvre devront évaluer la qualité des médicaments et augmenter la disponibilité du misoprostol et/ou de la mifépristone sur le marché en établissant des partenariats avec les pharmaciens, dans le but de faciliter l'accès à l'avortement auto-administré.

Intégration des besoins en santé sexuelle et reproductive dans le cadre de la réponse aux épidémies de maladies infectieuses

Dépistage, triage et test:

Il est courant pour les établissements de santé de mettre en place un système de dépistage et de triage lors des épidémies de maladies infectieuses, le dépistage se faisant généralement à côté de l'entrée de l'établissement. Lorsque ces espaces de dépistage sont instaurés, il

convient de préserver l'intimité des femmes et des filles qui entrent dans l'établissement, car cela facilite ensuite la discussion permettant de fournir des informations plus détaillées.^{xviii}

- **L'étape de triage doit être conçue de manière à permettre une consultation dans la confidentialité et le respect de l'intimité** par rapport aux autres membres du personnel et patients, et le personnel doit être correctement formé pour savoir comment réagir de manière sensible et appropriée, notamment lorsque des femmes et filles enceintes demandent des SAR. Le personnel doit être en mesure d'orienter les femmes et les filles vers les SAR disponibles, le cas échéant, en veillant à ce que des informations précises et pertinentes leur soient fournies.
- **Les femmes doivent bénéficier de conseils portant sur toutes les options qui s'offrent à elles concernant leur grossesse, y compris les SAR, lorsque des tests de grossesse sont administrés dans le cadre du processus de triage et de dépistage.**

Prise en charge des cas et centres de traitement:

- **Il convient de se coordonner avec les acteurs de la SSR pour s'assurer que les processus de transfert sont bien établis** entre les différents établissements, afin de garantir la disponibilité des SAR. Les femmes et les jeunes filles enceintes qui sont admises dans les établissements de santé et les centres de traitement lors d'une épidémie de maladie infectieuse, et qui souhaitent accéder à des SAR doivent être orientées pour recevoir un traitement lorsque cela est cliniquement approprié. Cette recommandation s'applique aux personnes considérées comme non infectieuses ou potentiellement infectieuses (c'est-à-dire en quarantaine, admises pour être testées et recevoir un traitement, ou considérées comme suspectes). Si l'établissement dans lequel la patiente est admise n'a pas la capacité de fournir des SAR, il est alors recommandé qu'un processus de transfert opérationnel soit en place pour garantir l'accès aux SAR.
- **Les centres de prise en charge des cas et de traitement qui s'occupent des femmes enceintes doivent au minimum disposer d'agents capables de gérer les complications liées à l'avortement**, telles que les saignements ou la rétention des produits de conception. Dans la mesure du possible, ces établissements doivent disposer d'un personnel formé et de fournitures pour les avortements réalisés au cours du premier et du deuxième trimestre ; dans le cas contraire, un transfert rapide et sûr doit être possible. Lorsque les compétences et les fournitures sont disponibles pour proposer en toute sécurité des procédures d'avortement par instruments, telles que la procédure par dilatation et évacuation, celles-ci doivent être mises en œuvre en respectant les directives de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour l'agent pathogène infectieux. Les épidémies de maladies infectieuses qui provoquent chez les femmes et les jeunes filles enceintes des maladies graves peuvent également déclencher une menace d'avortement ou un avortement spontané qui nécessitent des soins SAR ou SAA afin de protéger la vie ou la santé de la femme, et dans de tels cas, il se peut qu'il n'y ait pas suffisamment de temps pour transférer la cliente vers un autre établissement. Selon l'agent pathogène et les modes de transmission, des mesures PCI

renforcées seront probablement nécessaires pour fournir en toute sécurité, dans ces circonstances, des soins liés à l'avortement aux clientes.

- **Lorsque l'agent pathogène responsable de la maladie est associé à des effets néfastes sur le fœtus, à des anomalies néonatales et/ou à une maladie grave chez la mère, les femmes enceintes doivent recevoir des informations précises sur les options qui sont à leur disposition et avoir accès aux SAR.** Elles doivent être soutenues dans les choix qu'elles font concernant la poursuite ou l'interruption de la grossesse. Par exemple, le syndrome de Zika congénital fait référence à l'ensemble des manifestations, outre la microcéphalie congénitale, qui ont été signalées à la suite d'une exposition au virus Zika in utero ; dans ce type de situation, il est recommandé d'adresser le cas à des spécialistes de la médecine fœtale s'ils sont disponibles, et lorsque la présence d'une anomalie cérébrale significative ou d'une microcéphalie est confirmée en présence d'une infection par le virus Zika, la possibilité qu'une interruption de grossesse soit nécessaire doit faire l'objet d'une discussion avec la mère, quelle que soit le stade de la gestation.^{xix} De même, bien que les données soient limitées, les rapports sur les épidémies de MVE indiquent que les pertes spontanées de fœtus sont élevées chez les femmes enceintes atteintes de MVE et que les nouveau-nés de femmes atteintes de MVE sont souvent prématurés et présentent des taux de mortalité élevés.^{xx} Il est important de prendre en compte le fait que les preuves soient limitées et spécifiques aux contextes : les preuves sont actuellement insuffisantes pour déterminer si l'avortement volontaire ou le déclenchement du travail ont un impact sur les formes de MVE aiguës.^{xxi} Cependant, l'OMS recommande clairement que les femmes qui sont rétablies de la MVE et qui souhaitent interrompre une grossesse reçoivent des informations précises sur les options disponibles, aient accès aux SAR et soient soutenues dans leur choix.^{xxii} Le fœtus demeurant positif à la MVE une fois la mère rétablie, il est plus sûr que l'avortement soit pratiqué au sein du centre de traitement de la maladie à virus Ebola plutôt qu'à domicile ou dans un établissement de soins de santé primaires.

Communication des risques et engagement communautaire (CREC):

Il est essentiel que les professionnels de santé travaillent main dans la main avec les communautés et les partenaires, y compris ceux du secteur de la santé sexuelle et reproductive, pour comprendre les croyances et les préoccupations de la communauté en matière de santé et collaborer en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre des messages, supports et activités. Les craintes que génère une épidémie peuvent aggraver la stigmatisation sous-jacente à l'égard de l'avortement, amplifier les idées fausses et freiner la quête de soins. Si les questions et les préoccupations d'une communauté sont traitées de manière inefficace, les gens peuvent tenter de combler leur manque de connaissances avec les informations qui leur semblent les plus logiques, en ce compris les rumeurs et les fausses informations, ce qui peut avoir des conséquences néfastes sur les soins liés à l'avortement. Par conséquent, pour faciliter les SAR, il est essentiel de garantir que des messages clairs et cohérents sont diffusés au sujet de la SSR et de l'épidémie.

- **Les sous-groupes CREC impliqués dans la réponse à l'épidémie doivent se coordonner étroitement avec le groupe SSR (généralement composé de**

partenaires et prestataires SSR), le cluster santé, le sous-cluster VBG et les autres organes de coordination pour s'assurer que les messages portant sur la SSR et l'épidémie de maladie infectieuse sont coordonnés et bien intégrés. Cette disposition englobe les messages comportant des informations sur toutes les possibilités liées à la grossesse, y compris les SAR.

- **En fonction du contexte, choisissez soigneusement les canaux les plus appropriés pour transmettre des informations sur la SSR et l'épidémie de maladie infectieuse.** Dans certains cas, le bouche à oreille, les conversations individuelles ou la distribution discrète de documents écrits peuvent s'avérer plus efficaces et acceptables que des séances d'information en groupe ou les médias de masse. Ces stratégies peuvent se révéler particulièrement utiles lors d'une épidémie de maladie infectieuse, lorsque, parfois, il y a de la méfiance envers les intervenants extérieurs.

Listes de Contrôle Rapide pour la Préparation et la Réponse

Liste de contrôle de la préparation:

Organiser des formations de remise à niveau fondées sur les compétences en matière de soins complets d'avortement par médicaments et par aspiration manuelle	
Veiller à ce que les éléments suivants soient inclus dans les plans d'urgence pour les épidémies: (1) Former les agents de santé communautaires à l'avortement médicamenteux précoce et à la manière de conseiller les femmes sur l'auto-administration ; (2) Fournir aux professionnels de santé des médicaments et des contraceptifs post-avortement ; (3) Prévoir un examen à distance/par téléphone des clientes ; et (4) Établir des processus de transfert pour les soins d'avortement, en particulier pour les soins après le premier trimestre s'ils ne sont pas disponibles sur place ou au sein de la communauté.	
Plaidoyer en faveur d'un transfert des tâches en matière d'avortement et de l'élaboration de lignes directrices de soins basés sur la communauté et l'autoprise en charge pour l'avortement médicamenteux. Lorsque les soins liés à l'avortement sont restreints, plaider en faveur de l'élargissement des conseils en matière de soins d'avortement volontaire sans risque.	
Acheter et prépositionner des fournitures pour la réalisation d'avortements en établissement et en autonomie (avec emballage pour les médicaments et supports informatifs, pédagogiques et de communication portant les instructions d'utilisation).	
Plaidoyer activement et veiller à ce que les services SSR fassent partie des plans de transition et de reprise par le biais du groupe de travail SSR, des mécanismes de coordination de la préparation aux épidémies et des autres mécanismes de coordination connexes.	

Liste de contrôle de la réponse:

Proposer l'avortement médicamenteux comme option de première ligne ; lorsqu'une aspiration manuelle est nécessaire, suivre les protocoles PCI standards et les directives en matière d'équipement de protection individuelle	
Pour les avortements incomplets, une prise en charge expectative (« observer et attendre ») ou un traitement médicamenteux doivent être proposés en première ligne. Lorsque la patiente est jugée stable et peut rentrer chez elle sans danger, le traitement peut se poursuivre en dehors de l'établissement. Des conseils/un numéro de téléphone doivent être communiqués en cas de complications.	
Interrompre les suivis de routine en établissement et mettre en place une ligne téléphonique pour le suivi à distance, si et lorsque cela est indiqué.	
Fournir une contraception post-avortement lors d'une consultation, si désirée.	
Assurer le respect de l'intimité et la confidentialité dans les lieux de dépistage et de triage.	
Établir des processus de transfert vers des soins complets liés à l'avortement entre les établissements, y compris les centres de traitement.	
Veiller (au minimum) à ce que les centres de traitement soient équipés pour traiter les complications suite à un avortement et (idéalement) à ce que des agents de santé formés et des fournitures soient disponibles pour les avortements au cours du premier et du deuxième trimestre, dans la mesure du possible.	
Dans les situations où la mifépristone n'est pas disponible et où l'accès aux établissements de santé n'est plus possible, le traitement uniquement à base de misoprostol doit être envisagé dans le cadre d'un avortement auto-administré.	
Diffuser des informations sur l'avortement auto-administré sans risque et s'assurer de la disponibilité des traitements combinés ou uniquement à base de misoprostol au niveau communautaire.	
Distribuer les fournitures selon les besoins.	

Ressources supplémentaires

- [Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement](#) (OMS)
- [Chapitre 8 : Les soins complets d'avortement](#) (Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, IAWG)
- [Chapitre 3 : Dispositif Minimum d'Urgence pour la santé sexuelle et reproductive dans les situations d'urgence](#) (Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, IAWG)
- [COVID-19 Infection and Abortion Care \(Infection à la COVID-19 et soins liés à l'avortement\)](#) (RCOG)
- [Lignes directrices de l'OMS sur les interventions d'auto-prise en charge pour la santé et le bien-être, révision 2022](#) (OMS)
- [Lignes directrices sur la prise en charge des cas de femmes enceintes et allaitantes dans le contexte de la maladie à virus Ebola](#) (OMS)
- [How to Use the Abortion Pill \(Comment utiliser la pilule abortive\)](#) (MSF)
- [Medical Abortion Commodities Database \(Base de données sur les produits liés à l'avortement médicamenteux\)](#)
- [Comment acheter des pilules ou comprimés d'avortement sûrs et efficaces, questions courantes](#) (Ipas)
- [Transformation des attitudes face à l'avortement : Trousse à outils de clarification des valeurs destinée aux professionnels de l'humanitaire](#) (Ipas)
- [Outils de formation clinique à l'avortement](#) (Ipas)
- [Improving Access to Abortion in Crisis Settings: A legal risk management tool for organizations and providers \(Améliorer l'accès à l'avortement dans les situations de crise : Un outil de gestion des risques juridiques pour les organisations et les prestataires\)](#) (Ipas)
- [Trauma-informed care for abortion providers treating sexual violence survivors in humanitarian settings \(Soins tenant compte des traumatismes pour les prestataires de services d'avortement qui traitent les survivantes de violences sexuelles dans des situation de crise humanitaire\)](#) (Ipas)

ⁱ Casey, S.E., Chynoweth, S.K., Cornier, N. *et al.* Progress and gaps in reproductive health services in three humanitarian settings: mixed-methods case studies. *Confl Health* 9 (Suppl 1), S3 (2015). <https://doi.org/10.1186/1752-1505-9-S1-S3>

ⁱⁱ Vu A, Adam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N, Beyrer C, Singh S. The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Curr.* 2014 Mar 18;6:
DOI: 10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7

ⁱⁱⁱ Carmen D Zorrilla, Inés García García, Lourdes García Fragoso, Alberto De La Vega, Zika Virus Infection in Pregnancy: Maternal, Fetal, and Neonatal Considerations, *The Journal of Infectious Diseases*, Volume 216, Issue suppl_10, 15 December 2017, Pages S891–S896, <https://doi.org/10.1093/infdis/jix448>

^{iv} Megan E Foeller, Carolina Carvalho Ribeiro do Valle, Timothy M Foeller, Olufemi T Oladapo, Elin Roos, Anna E Thorson, Pregnancy and breastfeeding in the context of Ebola: a systematic review, *The Lancet Infectious Diseases*,

Volume 20, Issue 7, 2020, Pages e149-e158, ISSN 1473-3099, [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30194-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30194-8).

^v Medecins Sans Frontiers. Chapter 5.7: Cholera in Pregnancy. Managment of a Cholera Outbreak. <https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/CHOL/english/5-7-cholera-and-pregnancy-32409726.html>

-
- ^{vi} Nzelle D Kayem, Charlotte Benson, Christina Y L Aye, Sarah Barker, Mariana Tome, Stephen Kennedy, Proochista Ariana, Peter Horby. Lassa fever in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, Volume 114, Issue 5, May 2020, Pages 385–396, <https://doi.org/10.1093/trstmh/traa011>.
- ^{vii} World Health Organization. Hepatitis E. 24 June 2022 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-e#:~:text=Pregnant%20women%20with%20hepatitis%20E,hepatitis%20E%20in%20third%20trimester>
- ^{viii} Metz TD, et al. Association of SARS-CoV-2 infection with serious maternal morbidity and mortality from obstetric complications. *Journal of the American Medical Association*. 2022.
- ^{ix} McKay G, Black B, Mbambu Kahamba S, Wheeler E, Mearns S, Janvrin A. Not All That Bleeds Is Ebola: How has the DRC Ebola outbreak impacted Sexual and Reproductive Health in North-Kivu? New York, USA: The International Rescue Committee 2019. <https://www.rescue.org/sites/default/files/document/4416/srhebolareport1172020.pdf>
- ^x Catterson, Kit. 2020. “The Effects of COVID-19 on Sexual and Reproductive Health: A Case Study of Six Countries.” Global COVID-19 Situation Analysis Project, USAID. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/9%20The%20effects%20of%20COVID-19%20on%20Sexual%20and%20Reproductive%20Health.pdf>.
- ^{xi} Ipas. COVID-19 restrictions compromised abortion access for 1.85 million women in India. June 11, 2020. <https://www.ipas.org/news/covid-19-restrictions-compromised-abortion-access-for-1-85-million-women-in-india/>
- ^{xii} Ipas. Impact of COVID-19 Lockdown on Access to Safe Abortion in Nigeria. 2021. <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2021/09/Impact-of-COVID-19-Lockdown-on-Access-to-Safe-Abortion-in-Nigeria-NGCOVIDE21.pdf>
- ^{xiii} Neva Bojovic, Jovana Stanisljevic, Guido Giunti, The impact of COVID-19 on abortion access: Insights from the European Union and the United Kingdom, *Health Policy*, Volume 125, Issue 7, 2021, Pages 841-858, ISSN 0168-8510, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.05.005>.
- ^{xiv} World Health Organization. Abortion Care Guideline. 8 March 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.
- ^{xv} World Health Organization. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context: interim guidance, 1 June 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1>
- ^{xvi} Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises. Inter-Agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings. 2018. <https://iawgfieldmanual.com>
- ^{xvii} World Health Organization. Abortion Care Guideline. 8 March 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.
- ^{xviii} International Rescue Committee, READY Initiative. Sexual and Reproductive Health and Rights during Infectious Disease Outbreaks: Operational Guidance for Humanitarian and Fragile Settings. 2022. <https://www.rescue.org/report/sexual-and-reproductive-health-and-rights-during-infectious-disease-outbreaks-operational-2>
- ^{xix} Royal College of Obstetrics and Gynecology. Zika Virus Infection and Pregnancy. 19 February 2017.
- ^{xx} US Centers for Disease Control and Prevention. Care of a Neonate Born to a Mother who is Confirmed to have Ebola, is a Person under Investigation, or has been Exposed to Ebola. 30 May 2018. <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/clinicians/evd/neonatal-care.html#:~:text=While%20data%20are%20limited%2C%20reports%20from%20Ebola%20outbreaks,clinical%20signs%20at%20presentation%20of%20Ebola%20in%20neonates.>
- ^{xxi} World Health Organization. Guidelines for the management of pregnant and breastfeeding women in the context of Ebola virus disease. 16 February 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001381>.
- ^{xxii} World Health Organization. Guidelines for the management of pregnant and breastfeeding women in the context of Ebola virus disease. 16 February 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001381>.