



International Journal of
**GYNECOLOGY
&
OBSTETRICS**



Official publication of FIGO
The International Federation
of Gynecology and Obstetrics

**Prévention des avortements à risque
et de leurs conséquences**

**Editeur :
Anibal Faúndes**

International Journal of
**GYNECOLOGY
& OBSTETRICS**

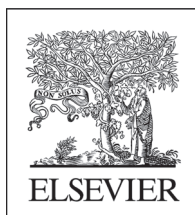
Volume 126, Supplément 1 (2014)

Prévention des avortements à risque et de leurs conséquences

Editeur :

Anibal Faúndes

La publication de cette édition a été subventionnée par un don anonyme à l'Initiative de la FIGO pour la Prévention des Avortements à Risque et de leurs Conséquences



Amsterdam • Boston • London • New York • Oxford • Paris • Philadelphia • San Diego • St. Louis

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)

Officers

| | |
|---------------------|------------------------|
| President: | S. Arulkumaran (UK) |
| Vice-President: | E.C. Morales (Mexico) |
| President-Elect: | C.N. Purandare (India) |
| Past-President: | G. Serour (Egypt) |
| Honorary Treasurer: | W. Holzgreve (Germany) |
| Honorary Secretary: | G.C. Di Renzo (Italy) |

FIGO Chief Executive

H. Rushwan (Sudan/UK)

Executive Board

| | | | | | |
|-------------------------|-------------------------|----------|---------------|--------------------------|------------------------|
| Argentina | N.C. Garello | Denmark | A.T. Pedersen | Malaysia | A.A. Yahya |
| Australia & New Zealand | C. Tippet | Egypt | N.A. Darwish | Paraguay | A. Acosta |
| Belgium | F. Debiève | Ethiopia | Y.G. Ferede | South Africa | B.D. Goolab |
| Bolivia | C. Fuchtner | Finland | S. Grénman | Spain | J. Laílla Vicens |
| Brazil | N.R. de Melo | France | B. Carbonne | Taiwan | T.-H. Su |
| Canada | J. Blake | Germany | W. Jonat | Uruguay | J.G. Allonso Tellechea |
| Chile | H. Munoz | Japan | T. Kimura | United Kingdom | T. Falconer |
| Colombia | J.D. Villegas Echeverri | Lebanon | F. El-Kak | United States of America | J.N. Martin |

International Editions and Collaborations

IJGO India

Editor-in-Chief: Dr Rohit V. Bhatt (rohit.v.bhatt@gmail.com)
Editorial Office: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd
4838/24, Ansari Road, Daryaganj
New Delhi 110 002, India
E-mail: ijgoindia@jaypeebrothers.com

IJGO China

Editor-in-Chief: Dr Zhenyu Zhang
Department of Ob/Gyn
Chaoyang Hospital
No. 8 Baijiazhung Rd
Chaoyang District
Beijing, 100020 China
E-mail: zhenyuzhang2000@yahoo.com

Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia

Scientific Editor: Dr A.R. Genazzani
Managing Editor: Andrea Salvati
Editorial Office: CIC Edizioni Internazionali s.r.l, Corso Trieste 42, 00198 Rome, Italy
E-mail: info@gruppic.it

For information about
FIGO:

The Secretariat of FIGO is at FIGO House, Suite 3,
Waterloo Court, 10 Theed Street, London, SE1 8ST UK.
Tel: +44 20 7928-1166
Fax: +44 20 7928-7099
E-mail: figo@figo.org
Website: www.figo.org
All enquiries concerning FIGO may be sent to
the Honorary Secretary at that address.

International Journal of
GYNECOLOGY
& **OBSTETRICS**

Editor: R.M. Adanu (Ghana)

Editor Emeritus: T.R.B. Johnson (USA)
J. Sciarra (USA)
H. Kaminetzky (USA)

Associate Editor: W. Holzgreve (Germany)
P. Serafini (Brazil)
J. Fortney (USA)

Managing Editor: C. Addington (UK)

Deputy Managing Editor: A. Cantor (UK)

Editorial Assistant: H. Metherell (UK)

**Honorary Associate
Editor:** L. Hamberger (Sweden)

Associate Editors

**Ethical and Legal Issues
in Reproductive Health:** R. Cook (Canada)
B. Dickens (Canada)

Enabling Technologies: M. Hammoud (USA)

**FIGO Staging of Gynecologic
Cancer:** L. Denny (South Africa)

**Contemporary Issues in
Women's Health:** V. Boama (South Africa)
V. Guinto (Philippines)
C. Sosa (Uruguay)

Statistical Consultant: A. Vahratian (USA)

Editorial Office: FIGO Secretariat, FIGO House
Suite 3 - Waterloo Court, 10 Theed Street,
London, SE1 8ST, UK
Tel: +44 20 7928 1166
Fax: +44 20 7928 7099
E-mail: ijgo@figo.org

EDITORIAL

- A. Faúndes**
Brésil
- Un devoir professionnel de contribuer à prévenir l'avortement à risque et ses conséquences** 1
- Pour citer cet article, utilisez le titre en anglais avec sa référence originale :*
Faúndes A. A professional duty to contribute toward preventing unsafe abortion and its consequences. Int J Gynecol Obstet 2014;126(Suppl 1):S1-2.

ARTICLES

- D. Shaw**
Canada
- Origines de l'initiative de la FIGO pour réduire le poids des avortements à risque** 3
- L'initiative pilotée au niveau national visant à réduire le poids des avortements à risque a été la suite logique des efforts de la FIGO pour réduire la mortalité maternelle avant 2006.
- Pour citer cet article, utilisez le titre en anglais avec sa référence originale :*
Shaw D. Origins of the FIGO initiative to reduce the burden of unsafe abortion. Int J Gynecol Obstet 2014;126(Suppl 1):S03-6.
- L. Távara**
Pérou
- Contribution des sociétés de gynécologie et d'obstétrique en Amérique du Sud à la prévention des avortements à risque dans la région** 8
- Neuf des 10 pays d'Amérique du Sud ont rejoint l'initiative de la FIGO pour la prévention des avortements à risque et de ses conséquences. Les acquis obtenus dans cette région sont passés en revue dans cet article.
- Pour citer cet article, utilisez le titre en anglais avec sa référence originale :*
Tavara L. Contribution of obstetrics and gynecology societies in South America to the prevention of unsafe abortion in the region. Int J Gynecol Obstet 2014;126(Suppl 1):S7-9.
- M.P. de Gil**
Salvador
- Contribution des sociétés de gynécologie et d'obstétrique des pays d'Amérique Centrale et des Caraïbes à la prévention des avortements à risque dans la région** 12
- Dans le cadre de l'initiative de la FIGO pour la prévention des avortements à risque, 8 sociétés de gynécologie/obstétrique de la région Amérique Centrale et Caraïbes collaborent avec leurs ministères de la santé et les agences pour réduire les avortements à risque.
- Pour citer cet article, utilisez le titre en anglais avec sa référence originale :*
de Gil MP. Contribution of the Central American and Caribbean obstetrics and gynecology societies to the prevention of unsafe abortion in the region. Int J Gynecol Obstet 2014;126(Suppl 1):S10-12.
- G.W. Jaldesa**
Kenya
- Contribution des sociétés de gynécologie et d'obstétrique, en Afrique de l'Est, du Centre et du Sud, à la prévention de l'avortement à risque dans la région** 16
- Pour réduire la mortalité maternelle associée aux avortements à risque, les sociétés de gynécologie et d'obstétrique ont contribué à élargir les cadres juridiques et à augmenter la fourniture de services d'avortement sans risque ainsi qu'une contraception après avortement efficace.
- Pour citer cet article, utilisez le titre en anglais avec sa référence originale :*
Jaldesa GW. Contribution of obstetrics and gynecology societies in East, Central, and Southern Africa to the prevention of unsafe abortion in the region. Int J Gynecol Obstet 2014;126(Suppl 1):S13-16.

- R.J.I. Leke**
Cameroun
- Contribution des sociétés de gynécologie et d'obstétrique dans les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre à la prévention des avortements à risque** 20
- En collaboration avec leurs gouvernements et leurs partenaires, les sociétés membres de la FIGO de 5 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ont mis en œuvre des activités visant à réduire le nombre d'avortements à risque.
- Pour citer cet article, utilisez le titre en anglais avec sa référence originale :*
Leke RJI. Contribution of obstetrics and gynecology societies in West and Central African countries to the prevention of unsafe abortion. Int J Gynecol Obstet 2014;126(Suppl 1):S17-19.
- S. Zaidi, F. Begum, J. Tank, P. Chaudhury, H. Yasmin, M. Dissanayake**
Pakistan, Bangladesh, Indie, Népal, Sri Lanka
- Acquis de l'initiative de la FIGO pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences en Asie du Sud/Sud-est** 23
- L'initiative de la FIGO pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences a joué un rôle majeur dans la mise en œuvre des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'évacuation utérine et la contraception après avortement en Asie du Sud/Sud-est.
- Pour citer cet article, utilisez le titre en anglais avec sa référence originale :*
Zaidi S, Begum F, Tank J, Chaudhury P, Yasmin H, Dissanayake M. Achievements of the FIGO initiative for the prevention of unsafe abortion and its consequences in south-southeast Asia. Int J Gynecol Obstet 2014;126(Suppl 1):S20-23.
- A.L. Chinchilla, I.F. Flores, A.F. Morales, M.P. de Gil**
Honduras, Salvador
- Changements dans l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine pour les soins après avortement au sein du réseau des services de santé publique au Honduras** 28
- Des trousseaux d'aspiration manuelle intra-utérine ont été achetées et distribuées afin d'accroître l'utilisation de cette technique dans les soins après avortement. Les données de 11 hôpitaux participants ont montré que la seule fourniture de produits ne garantit pas un accroissement de l'utilisation.
- Pour citer cet article, utilisez le titre en anglais avec sa référence originale :*
Chinchilla AL, Flores IF, Morales AF, de Gil MP. Changes in the use of manual vacuum aspiration for postabortion care within the public healthcare service network in Honduras. Int J Gynecol Obstet 2014;126(Suppl 1):S24-27.
- F. Tumasang, R.J.I. Leke, V. Aguh**
Cameroun
- Etendre l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine en cas d'avortement incomplet dans des établissements de santé sélectionnés à Yaoundé, Cameroun** 33
- Les professionnels de santé au Cameroun préfèrent l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) en cas d'avortement incomplet, mais ils manquent de formation et de fournitures. L'apport de ces éléments a considérablement augmenté l'utilisation de l'AMIU dans les hôpitaux tertiaires et de district de Yaoundé.
- Pour citer cet article, utilisez le titre en anglais avec sa référence originale :*
Tumasang F, Leke RJI, Aguh V. Expanding the use of manual vacuum aspiration for incomplete abortion in selected health institutions in Yaoundé, Cameroon. Int J Gynecol Obstet 2014;126(Suppl 1):S28-30.
- F. Begum, S. Zaidi, P. Fatima, L. Shamsuddin, A.K.M. Anowarul-Azim, R.A. Begum**
Bangladesh, Pakistan
- Amélioration de la délivrance de services d'aspiration manuelle intra-utérine, introduction du misoprostol en cas d'avortement incomplet et renforcement de la contraception après avortement au Bangladesh** 37
- Au travers de l'initiative de la FIGO et des efforts conjoints des acteurs concernés, l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine a progressé, le misoprostol a été introduit en cas d'avortement incomplet et l'utilisation de la contraception après avortement a augmenté au Bangladesh.
- Pour citer cet article, utilisez le titre en anglais avec sa référence originale :*
Improving manual vacuum aspiration service delivery, introducing misoprostol for cases of incomplete abortion, and strengthening postabortion contraception in Bangladesh. Int J Gynecol Obstet 2014;126(Suppl 1):S31-35.
- S. Adisso, B.I.B. Hounkpatin, G.D. Komongui, O. Sambieni, R.X. Perrin**
Bénin
- Introduction du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet après 12 semaines de grossesse au Bénin** 42
- Le misoprostol a été utilisé pour traiter des avortements incomplets après 12 semaines de grossesse dans 3 hôpitaux au Bénin. Une évacuation chirurgicale a été nécessaire dans 73 % des cas d'avortement du deuxième trimestre.
- Pour citer cet article, utilisez le titre en anglais avec sa référence originale :*
Adisso S, Hounkpatin BIB, Komongui GD, Sambieni O, Perrin RX. Introduction of misoprostol for the treatment of incomplete abortion beyond 12 weeks of pregnancy in Benin. Int J Gynecol Obstet 2014;126(Suppl 1):S36-39.

S. Zaidi, H. Yasmin, L. Hassan,
M. Khakwani, S. Sami, T. Abbas
Pakistan

Remplacement de la dilatation et curetage/évacuation par l'aspiration manuelle intra-utérine et l'avortement médical et introduction de la contraception après avortement au Pakistan

46

L'initiative de la FIGO a contribué à remplacer la dilatation et curetage/évacuation par l'aspiration manuelle intra-utérine et l'avortement médical en cas d'avortement incomplet et à introduire les conseils et la contraception après avortement afin de prévenir les grossesses non désirées.

Pour citer cet article, utilisez le titre en anglais avec sa référence originale :

Zaidi S, Yasmin H, Hassan L, Khakwani M, Sami S, Abbas T. Replacement of dilation and curettage/evacuation by manual vacuum aspiration and medical abortion, and the introduction of postabortion contraception in Pakistan. *Int J Gynecol Obstet* 2014;126(Suppl 1):S40-44.

S. Mayi-Tsonga, P.A. Obiang,
U. Minkobame, D. Ngouafo,
N. Ambounda, M.H. de Souza
Gabon, Brésil

Introduction de la contraception après avortement, en accordant la priorité aux contraceptifs réversibles à longue durée d'action, dans la principale maternité du Gabon

51

Le taux d'acceptabilité de l'acétate de médroxyprogestérone retard et des contraceptifs réversibles à longue durée d'action après avortement dans une maternité hospitalière au Gabon a été respectivement d'environ 15 % et 10 %, 7 mois après l'introduction de ces méthodes.

Pour citer cet article, utilisez le titre en anglais avec sa référence originale :

S. Mayi-Tsonga S, Obiang PA, Minkobame U, Ngouafo D, Ambounda N, de Souza MH. Introduction of postabortion contraception, prioritizing long-acting reversible contraceptives, in the principal maternity hospital of Gabon. *Int J Gynecol Obstet* 2014;126(Suppl 1):S45-48.

S. Macha, M. Muyuni, S. Nkonde,
A. Faúndes
Zambie, Brésil

Accroître l'accès à l'interruption légale de grossesse et à la contraception après avortement à l'hôpital universitaire de Lusaka, Zambie

55

En 2009, 3,2 % des avortements pratiqués à l'hôpital universitaire de Lusaka étaient des interruptions légales de grossesse, chiffre qui est passé à 7,7 % en 2011 ; l'acceptation de la contraception après avortement a augmenté de 25,3 % à 69,4 %.

Pour citer cet article, utilisez le titre en anglais avec sa référence originale :

Macha S, Muyuni M, Nkonde S, Faúndes A. Increasing access to legal termination of pregnancy and postabortion contraception at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia. *Int J Gynecol Obstet* 2014;126(Suppl 1):S49-51.

K. Gemzell-Danielsson, H. Kopp
Kallner, A. Faúndes
Suède, Brésil

La contraception après un avortement et le traitement d'un avortement incomplet

59

Les conseils en matière de contraception et la fourniture d'une contraception doivent être partie intégrante des soins d'avortement et des soins après avortement pour aider les femmes à éviter une autre grossesse non planifiée et un nouvel avortement à risque ou sans risque.

Pour citer cet article, utilisez le titre en anglais avec sa référence originale :

Gemzell-Danielsson K, Kopp Kallner H, Faúndes A. Contraception following abortion and the treatment of incomplete abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2014;126(Suppl 1):S52-55.



www.figo.org

Contents lists available at [ScienceDirect](http://www.sciencedirect.com)

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

EDITORIAL

Un devoir professionnel de contribuer à prévenir l'avortement à risque et ses conséquences

Avant 2007, la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) avait contribué de manière importante à l'effort mondial pour réduire la mortalité maternelle; en revanche, et comme presque toutes les autres organisations, la FIGO n'avait pas réussi à orienter ses efforts de manière spécifique sur la mortalité maternelle liée à l'avortement. L'avortement est un terme qui provoque de fortes émotions chez de nombreuses personnes et, depuis de nombreuses années, il a été jugé raisonnable d'éviter les réactions négatives provoquées par ce sujet dans des groupes et chez des individus très influents.

En 2006, toutefois, une femme très sage, sensible et courageuse, le Dr Dorothy Shaw, a pris ses fonctions de présidente de la FIGO. Le Dr Shaw a estimé qu'il valait la peine de courir le risque éventuel, associé à la mise de l'avortement au premier plan des préoccupations de la FIGO, compte tenu du coût élevé de l'avortement à risque pour la santé des femmes, et pour leur vie même – un risque réel, présent quotidiennement dans le monde, et qui est particulièrement élevé parmi les femmes les plus pauvres dans les pays aux ressources les plus faibles.

L'histoire de la façon dont le Dr Shaw a été sensibilisée au problème rencontré par les femmes obligées de recourir à un avortement à risque est joliment décrite dans le premier article de ce supplément. Le rapport décrit son premier contact avec une femme souffrant des conséquences d'un avortement à risque jusqu'au moment où elle a conduit le comité exécutif de la FIGO à mettre en place un groupe de travail sur "L'avortement à risque et ses conséquences". Ce nom a ensuite été changé en "Prévention des avortements à risque et de leurs conséquences" afin d'établir clairement que l'intention de la FIGO est de réduire le poids des avortements provoqués à risque et pas simplement de rendre l'avortement sans risque plus accessible.

Plusieurs articles de ce supplément fournissent des données épidémiologiques qui justifient pleinement la mise en place du groupe de travail et toutes les activités qu'il a promues au travers de ce qui a été appelé l'initiative de la FIGO pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences. La nécessité de travailler sur cette question était pleinement comprise par les 53 sociétés membres de la FIGO situées dans des pays avec des taux élevés d'avortements à risque et/ou d'avortements provoqués qui ont initialement répondu à l'invitation de la FIGO de participer à l'initiative. Elles n'ont cependant pas toutes réussi à réaliser une analyse de situation de l'avortement à risque ou à élaborer un plan d'action qui ait obtenu l'approbation de leur ministère de la santé respectif ou de l'autorité nationale équivalente.

Un donneur anonyme a généreusement financé l'initiative et ce don a permis la mise en place d'une structure composée d'un coordinateur régional et de 7 coordinateurs régionaux, un

pour chacune des régions auxquelles appartiennent les sociétés membres de la FIGO participant au programme. Ces régions ont été définies en fonction de leur localisation géographique et du nombre de sociétés participantes: Asie du Sud/Sud-est, avec 6 sociétés; Afrique du Nord et Est de la Méditerranée, avec 5 sociétés; Europe de l'Est et Centrale et Asie Centrale, avec 4 sociétés; Afrique de l'Est, du Centre et du Sud, avec 7 sociétés; Afrique de l'Ouest et centrale, avec 5 sociétés; Amérique Centrale et Caraïbes, avec 8 sociétés; et Amérique du Sud, avec 9 sociétés; soit actuellement au total 44 sociétés membres de la FIGO. Parmi elles, notre donneur a sélectionné 17 pays prioritaires situés en Asie, en Afrique subsaharienne et en Amérique Latine.

Certains changements minimes sont intervenus dans le nombre de sociétés participantes avec le temps. Par exemple, la Syrie avait une société participante active; or, le contact a été perdu avec elle après l'éclatement du conflit politique dans le pays.

Il est évident que cette grande diversité de pays implique une diversité tout aussi grande de cultures et de positions politiques sur l'avortement; par conséquent, la gamme des options disponibles pour la prévention de l'avortement à risque et de ses conséquences est très variable. Le groupe de travail de la FIGO a défini plusieurs niveaux de prévention de l'avortement à risque et de ses conséquences. Ces niveaux vont de la prévention d'une grossesse non prévue/non désirée à la prévention de la réalisation d'un avortement inévitable dans des conditions à risque; à la prévention des futures complications résultant d'un avortement à risque qui a déjà été pratiqué; et à la prévention des avortements répétés grâce à la dispensation de conseils après avortement et à la fourniture immédiate d'une méthode contraceptive choisie par la femme. Les sociétés pouvaient choisir de travailler sur tous ces niveaux de prévention ou sur l'un d'entre eux.

Cinq des coordinateurs de régions comprenant un pays prioritaire ont rédigé des articles décrivant les progrès réalisés par l'initiative dans leurs régions respectives. Ces articles montrent les différentes approches utilisées dans les différentes régions et même par les différents pays au sein d'une même région.

Les autres articles décrivent l'expérience de plusieurs des sociétés participantes dans la mise en œuvre de leurs plans d'action; à titre d'exemples, de l'impact que l'initiative a sur l'introduction d'interventions qui ont contribué à la prévention de l'avortement à risque et de ses conséquences dans leurs pays respectifs.

Les résultats rapportés dans ces articles ne sont pas toujours positifs. Selon le principe qu'on apprend autant de ses échecs que de ses succès, les résultats négatifs se devaient également d'être publiés, c'est pourquoi l'un des articles rapporte l'échec d'un pays à atteindre les objectifs qu'il s'était fixé.

Et enfin, un article aborde spécifiquement l'une des principales

stratégies pour réduire le poids de l'avortement à risque: la contraception après avortement. Cette stratégie a été distinguée non seulement en raison d'un nouvel éclairage sur la façon de la rendre plus efficace pour réduire les avortements répétés, mais aussi parce qu'elle représente une intervention qui est acceptable dans tous les pays, quelles que soient leur caractéristiques culturelles ou politiques.

Nous espérons que ces divers exemples d'interventions réussies, et même celui de l'intervention qui a échoué, aideront nos collègues du monde entier qui accomplissent notre devoir professionnel de faire tout notre possible pour réduire le nombre de femmes qui passent actuellement par le difficile processus de l'avortement à risque ou, au moins, pour diminuer la sévérité des complications liées à l'avortement à risque. De cette façon, la FIGO contribue à réduire la souffrance humaine ainsi que la morbidité sévère et la mortalité maternelles associées aux avortements à risque, qui touchent chaque année des millions de femmes dans le monde [1].

Conflit d'intérêt

L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Référence

- [1] World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Geneva: WHO; 2011. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf?ua=1.

Anibal Faúndes
Président, groupe de travail de la FIGO sur la prévention
des avortements à risque et de leurs conséquences
*Département de Gynécologie et d'Obstétrique, Université de Campinas,
São Paulo, Brésil*
Tél. : +55 19 3289 2856 ; fax : +55 19 3289 2440.
Adresse e-mail : afaundes@uol.com.br (A. Faúndes).



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

INITIATIVE DE LA FIGO

Origines de l'initiative de la FIGO pour réduire le poids des avortements à risque

Dorothy Shaw*

Hôpital et Centre de Santé pour Femmes de la Colombie-Britannique, Vancouver, Canada
 Département de Gynécologie et d'Obstétrique, Université de Colombie-Britannique, Vancouver, Canada

INFOS ARTICLE

Mots clés :
 Contraception
 Initiative de la FIGO
 Mortalité maternelle
 Prévention
 Avortement à risque
 Droits sexuels et reproductifs des femmes

R E S U M E

Les origines de l'initiative de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences remontent à 1969, lorsqu'une jeune étudiante en médecine britannique rencontre au Canada une jeune femme avec des complications d'un avortement à risque. En faisant évoluer la compréhension du contexte dans lequel vivaient les femmes, y compris le rôle de la planification familiale et de l'accès à l'avortement sans risque dans le monde pour prévenir les décès et l'emprisonnement des femmes, j'ai pu contribuer à l'activité de plaidoyer de la FIGO au travers d'une initiative collaborative avec des plans d'action dirigés au niveau national sur la base d'une analyse de situation. Quarante-six associations membres ont rapidement accepté de participer à l'initiative et de fournir les résultats de leurs analyses de situation – un résultat sans précédent dans l'histoire de la FIGO. Le rôle du professeur Anibal Faúndes a été essentiel pour le succès de cette initiative, avec notamment la mise en place d'un groupe de travail composé de coordinateurs régionaux et d'agences collaboratrices pour superviser la mise en œuvre des plans d'action impliquant des partenaires nationaux et les ministères de la santé. Les décès dus aux avortements à risque et à leurs complications sont évitables.

© 2014 Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique. Publié par Elsevier Ireland Ltd.

1. Introduction

Les origines de l'initiative de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences remontent à bien avant mon arrivée à la Présidence de la FIGO en 2006, où j'ai annoncé que cette question, avec celles des violences sexuelles et du VIH ainsi que le combat contre le cancer du col de l'utérus, serait l'un des axes d'action prioritaires de la FIGO.

2. Le début de l'histoire

A l'été 1969, à Montréal, en tant que médecin externe britannique âgée de 20 ans, j'ai vu une jeune femme au service des urgences. Ma première vision d'un vagin, au travers d'un speculum tenu par l'interne, a révélé un large trou dans la voûte vaginale, provoqué par le permanganate de potassium que la femme avait elle-même utilisé pour déclencher un avortement.

A cette époque, la contraception et l'avortement étaient en voie de dépénalisation au Canada [1]. Bien que politiquement naïve à ce moment-là et ignorante de la récente entrée en vigueur d'un amendement à la loi pénale du Canada rendant l'avortement légal pour les femmes si un comité de 3 médecins estimait que la grossesse mettait en danger le bien-être mental, émotionnel ou

physique de la mère, cet épisode a représenté le début d'un parcours pour moi – bien qu'inconscient au début – en termes de droits sexuels et reproductifs des femmes. Deux ans plus tard environ, à Edimbourg, je me souviens m'être demandée pourquoi une femme avait besoin d'une évaluation psychiatrique pour pouvoir bénéficier de l'avortement qu'elle demandait. Ces deux femmes ont fait une forte impression sur moi.

Ma propre éducation s'est faite à une époque où la société britannique était très conservatrice, hiérarchisée et au mieux paternaliste. Occasionnellement, les "mauvaises filles" qui se retrouvaient enceintes "hors mariage" disparaissaient de leurs communautés et réapparaissaient plus tard sans leurs bébés qui avaient été "donnés" à l'adoption. J'ai grandi à une époque où le rapport Kinsey sur la sexualité [2] était considéré comme de la littérature érotique – inappropriée pour une jeune personne curieuse – et où les chansons pop même légèrement suggestives étaient interdites ou leur diffusion limitée pendant plusieurs années. Bien avant de comprendre pleinement le contexte sociopolitique, je me souviens des mariages forcés et des "bébés prématurés", y compris dans ma propre famille élargie, qui n'étaient pas reconnus.

J'avais déjà un fort sens de la justice sociale, mais la faculté de médecine à Edimbourg à cette époque n'incitait guère à l'activisme en ce qui me concerne, même si je prenais de plus en plus conscience de l'inégalité dont souffraient les femmes. Ayant observé et vécu dans deux pays au moment où l'accès à la contraception et à l'avortement sans risque est devenu légal et où l'éducation sexuelle à l'école n'existait que pour la forme, je peux comprendre les femmes des pays dans lesquels l'avortement sans risque et la contraception ne sont toujours pas facilement accessibles et où

* Hôpital et Centre de Santé pour Femmes de la Colombie-Britannique, 4500 Oak Street, Vancouver, BC, V6H 3N1, Canada. Tél.: +1 604 875 3536; fax: +1 604 875 3456.

Adresse e-mail: dshaw@cw.bc.ca (D. Shaw).

des lacunes existent toujours en matière d'éducation sexuelle, y compris la compréhension du contexte de la sexualité humaine et de la vie des femmes. J'ai l'impression que, d'une certaine façon, même si j'ai eu la chance de ne pas vivre dans la pauvreté, j'ai vécu les changements sociétaux dans les "pays dits développés" dans lesquels la majorité des femmes ont aujourd'hui la parole et ne sont généralement plus confrontées aux dangers de l'avortement à risque et au manque d'accès à l'information et aux services en matière de contraception, même si nous rencontrons toujours des difficultés d'accès dans les zones rurales et reculées ainsi qu'auprès des populations vulnérables.

Au fil des ans, à mesure que j'ai commencé à formuler mes préoccupations face aux difficultés rencontrées par les femmes qui souhaitaient contrôler leur fertilité, j'ai appris de ma grand-mère comment les personnes faisaient face à la réalité d'une grossesse non désirée et de ma mère comment l'une de ses amies de lycée était décédée à la suite d'un avortement à risque. C'était des questions dont personne ne parlait et leur prévalence n'était pas connue publiquement. Les méthodes de planification familiale étaient très peu fiables lorsqu'elles étaient disponibles – la douche vaginale après un rapport sexuel étant l'une des méthodes dont j'ai entendu parler par des sources mal informées dans ces époques restrictives ! Les contraceptifs oraux ont été introduits au Royaume-Uni en 1961, mais ils n'étaient accessibles jusqu'en 1967 qu'aux femmes mariées et il a fallu attendre plusieurs années de plus avant que les jeunes femmes non mariées puissent avoir un large accès à ces contraceptifs. L'avortement a été légalisé en 1967 [3].

3. L'histoire continue, de retour au Canada

Vers le milieu des années 1970, ayant choisi de me spécialiser en gynécologie-obstétrique, j'ai immigré au Canada et, pendant mon internat, j'ai également travaillé comme médecin dans notre clinique pour la planification familiale. A cette époque, notre clinique de Vancouver était impliquée dans la recherche sur la méthode de Yuzpe de contraception d'urgence [4] et j'ai préparé une affiche dont je pensais, là encore naïvement, que nous pourrions la fournir à titre de service public dans le réseau des bus : "Vous avez eu un rapport non protégé la nuit dernière ? Pourquoi vous inquiéter jusqu'à vos prochaines règles ? Appelez dès maintenant ce numéro !" Le personnel de la clinique m'a gentiment informée qu'apposer cette affiche sur les bus n'était tout simplement pas du domaine du possible.

J'avais appris de collègues canadiens et britanniques de ma génération et des générations précédentes l'ampleur du problème avant que l'avortement devienne légal ; leur détresse face au nombre de femmes qui mouraient ou étaient hospitalisées pour des complications d'avortement à risque/illégal, une situation dont j'ai personnellement été témoin à de nombreuses reprises au cours des 15 dernières années dans des pays ayant des lois restrictives en matière d'avortement. Là, les femmes avec de graves complications liées à un avortement à risque occupent souvent 50% des lits de gynécologie – une situation qui est et qui était essentiellement évitable. La clinique canadienne pour le planning familial fournit uniquement des services de conseils et de contraception, adressant les femmes qui demandent des avortements à d'autres structures. Je suis consciemment devenue une fervente avocate des femmes pour qu'elles aient accès à des services de planification familiale, reconnaissant les conséquences dévastatrices des grossesses non planifiées et non désirées sur leurs vies et leur besoin d'avoir le contrôle sur le bon moment pour fonder une famille.

4. L'activisme conscient

En 1988, lorsque la Cour suprême du Canada a abrogé l'article établissant les comités de l'avortement thérapeutique comme étant

inconstitutionnel, grâce à l'arrêt *Henry Morgentaler*, l'avortement est devenu de facto une affaire entre la femme et son médecin [5]. Le premier ministre de Colombie-Britannique van der Zalm était opposé à ce statut et il a décidé que l'avortement ne serait plus un service assuré et couvert par le régime public des services de santé. Cette décision du cabinet provincial a finalement été annulée par le Président de la Cour suprême de Colombie-Britannique, Allan McEachern [6], après un tollé général, avec y compris l'opposition de son propre Parti du Crédit social. (J'ai moi-même recueilli des centaines et des centaines de signatures sur une pétition et rédigé une lettre à notre membre local de la Législature de la Colombie-Britannique qui ont débouché sur une convocation à la Chambre un vendredi soir, où il s'est opposé à son leader à la Chambre). Mais avant qu'il en soit ainsi, les femmes étaient devenues si embrouillées et préoccupées quant à leur possibilité d'accéder aux services d'avortement qu'en 10 jours, au moins une femme s'était déjà présentée avec des complications d'avortement à risque.

Le Parlement a alors rapidement présenté un projet de loi visant à "recriminaliser" l'avortement, qui a été adopté par la Chambre basse. Le projet de loi C43 a ensuite été débattu au Sénat, qui a conduit à des auditions de comité au cours desquelles la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) a fait une présentation en janvier 1991. Le Dr David Popkin était alors président de la SOGC et il était accompagné par moi-même en tant que présidente élue, par le Dr André Lalonde et par d'autres personnes. Je me souviens de l'activité de lobbying conduite par les groupes et les individus anti-avortement et combien il était difficile de faire entendre les preuves défendues par la SOGC. La loi proposée était vague sur la mise en œuvre de la recriminalisation de l'avortement. La SOGC était très préoccupée à la pensée de ramener la santé et les droits des femmes aux temps sombres où les femmes mouraient inutilement.

Lorsque le projet de loi C43 a été mis en échec lors d'un vote serré au Sénat au début de l'année 1991, l'avortement est devenu partie intégrante des soins de santé et relevant d'une décision entre une femme et son médecin [7]. C'est à peu près à cette époque que je me suis davantage impliquée dans la santé des femmes à l'échelle mondiale du fait de mon rôle en tant que présidente de la SOGC entre 1991–1992 et du congrès de la FIGO à Montréal en 1994.

Quelques semaines après le congrès de la FIGO à Montréal, le Dr Gary Romalis, gynécologue, obstétricien, médecin pratiquant des avortements et collègue, avec des souvenirs marquants de femmes mortes ou en train de mourir d'un choc septique à l'époque où l'avortement était illégal au Canada, a été blessé par balle à son domicile le 8 novembre 1994. Au cours des 3 années qui ont suivi, deux autres médecins canadiens ont été blessés par balle à leur domicile de même qu'un médecin américain, le Dr Slepian, qui a été tué. Le Dr Romalis a survécu à une seconde tentative de meurtre en juillet 2000. La nécessité de soutenir les médecins qui pratiquaient des avortements, en général dans le cadre de soins complets destinés à sauver la vie des femmes et de leurs nouveau-nés, était mise en lumière plus que jamais auparavant.

5. Comité de la FIGO pour les droits sexuels et reproductifs des femmes

En 1999, le professeur Mahmoud Fathalla m'a invitée à présider un groupe d'étude sur les droits sexuels et reproductifs des femmes (DSRF) et, à la fin 2000, cela a débouché sur la mise en place du comité de la FIGO sur les droits sexuels et reproductifs des femmes, que j'ai eu l'immense chance de présider. J'ai énormément appris sur les droits humains de la part du professeur Fathalla, de Rebecca Cook et de bien d'autres et ma propre expérience vécue depuis plus de 25 ans dans le domaine de la planification familiale et de la santé des femmes a pris beaucoup plus de sens.

Avec une bourse de la Fondation Packard entre 2000 et 2003, le comité sur les DSRF a lancé un appel auprès des associations membres de la FIGO afin de participer à des projets pour faire avancer les DSRF dans leurs pays respectifs. Ces projets ont mis la lumière sur la mortalité maternelle en tant que violation des droits humains, avant qu'elle soit largement reconnue comme telle à l'échelle mondiale. La mortalité maternelle a été notée comme une priorité par 3 des 7 associations membres participantes et l'Inde a spécifiquement fait de l'avortement sans risque une priorité. Pour tenter d'illustrer ce que les droits sexuels et reproductifs signifient pour les femmes, nous avons reproduit dans le bulletin de la FIGO, au cours du projet, l'histoire de Min Min Lama, au Népal, avec la permission de la Fédération internationale du planning familial (IPPF). Contrairement à ce que certains ont pensé, cette histoire ne représentait pas une promotion de l'accès à l'avortement sans risque, c'était plutôt une illustration des multiples violations des droits de cette jeune femme.

“Min Min avait 14 ans lorsqu'elle a été violée par un proche, le frère de sa belle-sœur. Elle aurait dû être à l'école. Sa belle-sœur a dit qu'elle ne pouvait pas croire que son frère avait fait une chose pareille. Lorsqu'on a découvert que Min Min était enceinte, sa belle-sœur a voulu protéger son frère et, sans que Min Min Lama le sache, elle lui a donné un médicament qui a provoqué un avortement. Lorsque le fœtus avorté a été retrouvé dans des toilettes publiques, la belle-sœur a appelé la police. L'avortement était alors illégal au Népal et l'adolescente a été condamnée à 12 ans de prison” [8].

Il y a eu une forte réaction internationale à cette histoire et la Société Népalaise de Gynécologie et d'Obstétrique a également plaidé en faveur de la dépénalisation de l'avortement au Népal, où les taux de mortalité maternelle étaient parmi les plus élevés en Asie. L'avortement a été légalisé en 2002 au Népal et proposé dans les hôpitaux publics ; la connaissance et l'accès restaient toutefois inconstants. La stratégie nationale en matière de santé reproductive a depuis lors intégré un ensemble de services, portant notamment sur la planification familiale, la maternité sans risque et la prise en charge des complications de l'avortement [9].

Les aspects sensibles de l'avortement ont été mis en lumière lors de la préparation du programme scientifique pour le congrès de la FIGO qui s'est tenu en 2003 au Chili, où nous avons été informés que le mot “avortement” ne pourrait pas figurer dans le programme par peur de choquer les dirigeants politiques nationaux ; on utiliserait à la place le terme “interruption de grossesse”. Ironiquement, lorsque le professeur Faúndes a organisé les premiers forums parallèles lors du congrès, le mot “avortement” est apparu dans le titre de l'une des 4 sessions parrainées par le ministère des femmes, avec son aval.

En 2003, lors de l'Assemblée Générale de la FIGO, au cours de laquelle j'ai été proclamée présidente élue, un document conjoint du comité des DSRF et du comité d'éthique de la FIGO intitulé “Responsabilités professionnelles et éthiques concernant les droits sexuels et reproductifs” a été approuvé, avec l'intention qu'il soit adopté et diffusé par toutes les associations membres de la FIGO [10].

Disponible sur le site internet de la FIGO, ce document énonce les responsabilités professionnelles des associations membres de la FIGO ainsi que des gynécologues et obstétriciens, en comprenant leur engagement à garantir les droits humains et les principes éthiques dans les soins de santé reproductive des femmes. Il couvre les aspects des compétences professionnelles, de l'autonomie et de la confidentialité des femmes ainsi que de la responsabilité envers la communauté.

“Les relations qui sous-tendent la santé sexuelle et reproductive sont une part naturelle de la vie qui doit être exercée librement et en toute sécurité, sans violence ou coercition, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Les droits sexuels et reproductifs qui

découlent des droits humains en général sont une part importante de l'éthique médicale et ils s'appliquent à toutes les femmes, quels que soient leur âge, leur statut marital, leur origine ethnique, leur affiliation politique, leur race, leur religion, leur statut économique, leur handicap ou autre statut. Ces droits impliquent la nécessité d'informer l'opinion publique et de promouvoir un dialogue public respectueux, en incluant différents points de vue éthiques et religieux et en notant que la liberté de religion inclut l'exigence qu'aucune religion ou croyance ne puisse imposer ses valeurs aux autres. Ainsi, les sociétés membres doivent reconnaître et respecter la diversité des cultures et des religions qui peuvent exister dans un pays afin de fournir des soins respectueux à toutes les femmes en fonction de leur culture.”

La volonté que les associations membres de la FIGO adoptent ensuite, ou adaptent et adoptent, le document a conduit à plusieurs interventions dans lesquelles j'ai éclairé la pertinence de son contenu pour le praticien – de fait, les DSRF sont partie intégrante de tout ce que nous faisons dans la pratique clinique.

6. La décision est prise

Dans le cadre de l'expertise technique sur les DSRF qui m'était demandée en lien avec l'adoption de ce document, j'ai été invitée à participer à une assemblée générale spéciale de l'Association Guatémaltèque de Gynécologie et d'Obstétrique au printemps 2006. J'avais déjà identifié l'avortement à risque comme étant un domaine dans lequel la prévention pourrait sauver chaque année la vie de milliers de femmes dans le monde. L'accent mis par la FIGO sur la mortalité maternelle et les chiffres montrant que 13% de la mortalité maternelle étaient dus aux avortements à risque rendaient impossible que je puisse ignorer cette question, en tant que présidente de la FIGO, indépendamment des sensibilités sociopolitiques que j'ai pu rencontrer. Lors de l'assemblée au Guatemala, un collègue, dont j'apprends par la suite qu'il venait de l'Opus Dei, a demandé à me voir avant l'assemblée annuelle spéciale pour approuver leur version du document de la FIGO (Code d'éthique basé sur les droits, comme il a ensuite été appelé). Parlant par l'intermédiaire d'un interprète, il m'a clairement fait comprendre qu'il venait d'un horizon très différent et il a exprimé certaines opinions qui ne cadraient pas avec les preuves que je connaissais. Je savais déjà fort bien que la force de persuasion des preuves est limitée lorsque les dogmes religieux sont en jeu. Quoiqu'il en soit, lorsqu'il est apparu clairement que nous n'étions pas d'accord, j'ai cherché un terrain d'entente malgré sa position agressive initiale. Ce terrain d'entente s'est révélé être l'éducation des filles et des femmes – un point de départ essentiel et basé sur des preuves. A ce stade, les doutes que j'aurais pu avoir sur la possibilité de succès d'une initiative visant à empêcher les femmes de mourir d'un avortement à risque étaient levés. Cela nécessiterait que chaque association membre, en collaboration avec son ministère de la santé, élabore une approche “à la carte” qui serait adaptée à son propre pays.

7. Lancement de l'initiative de la FIGO

Après l'annonce, lors de la cérémonie de clôture de 2006 à Kuala Lumpur, que la prévention de l'avortement à risque serait une priorité de la présidence [11] et s'appuyant sur le travail de la FIGO sur la mortalité maternelle évitable, le plan a été discuté lors d'une séance du bureau exécutif de la FIGO en janvier 2007, au cours de laquelle la création d'un groupe de travail présidé par le professeur Anibal Faúndes a été avalisée. Le professeur Faúndes a judicieusement choisi de donner à l'initiative et au groupe de travail le nom de : “Prévention des avortements à risque et de leurs conséquences”. L'initiative se concentrerait sur les interventions possibles pour faire face au problème de l'avortement

à risque et le groupe de travail réunirait des représentants des sociétés de gynécologie et d'obstétrique et des partenaires d'autres organisations ayant des priorités similaires, telles que l'IPPF, la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), l'UNFPA, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Ipas, entre autres. Par chance, grâce au travail du Dr André Lalonde, Schering avait accepté de fournir une subvention sans restriction de 300 000 \$ US pour soutenir mon travail en tant que présidente de la FIGO, qui a servi de financement de démarrage et nous a aidé à obtenir en 2007 une subvention d'un donneur anonyme pour un montant de 3 940 190 \$ US sur la période comprise entre le 1^{er} novembre 2007 et le 30 avril 2010.

Le professor Faúndes a immédiatement commencé à réunir le groupe de travail, en soulignant que la première activité de ce groupe serait un appel du bureau exécutif de la FIGO à réaliser une analyse de situation de l'avortement à risque dans chaque pays ou territoire avec les sociétés affiliées à la FIGO. Cette analyse servirait de base pour préparer un plan d'action. Une consultation technique a été convoquée le 14 mai 2007 à New York, avec le soutien financier de l'Ipas et le soutien logistique de l'IPPF/Région de l'hémisphère occidental (IPPF/WHR). L'objectif de la consultation était de définir les thèmes (items) à inclure dans l'analyse de situation nationale et d'établir un chronogramme des activités jusqu'au prochain congrès de la FIGO, prévu pour la fin 2009 au Cap, en Afrique du Sud.

Ont participé à la consultation technique des représentants de l'UNFPA, de l'OMS, de l'Ipas, de l'IPPF, de la Coalition internationale pour la santé des femmes (IWHC), du Centre pour les droits reproductifs (CRR), de l'Université de Columbia et d'EngenderHealth, ainsi que des représentants de la FIGO venus d'Asie, d'Europe, d'Afrique et d'Amérique Latine. Une liste centrale des items à inclure dans l'analyse de situation de chaque pays/territoire a été définie, ainsi qu'une liste plus longue d'items sur lesquels, si possible, recueillir des informations. La liste a été préparée en prenant en considération le fait qu'il y a deux façons de réduire la morbidité et la mortalité maternelle liée aux avortements à risque : réduire les nombres d'avortements et rendre les avortements plus sûrs.

Cette consultation avec la liste d'items résultant de l'analyse de situation a été intégrée dans les conditions d'octroi de la subvention et, en août 2007, une lettre conjointe a été envoyée à toutes les associations membres de la FIGO par Gill Greer, le directeur général de l'IPPF, et moi-même, en tant que présidente de la FIGO, demandant quelles associations membres seraient intéressées à participer.

L'objectif de cette lettre était d'informer les associations membres de gynécologie et d'obstétrique, l'ICM et les associations membres de l'IPPF de cette initiative et de les encourager à se consulter et à convoquer, dès que possible, une réunion de représentants de toutes ces institutions au niveau national, y compris les bureaux nationaux de l'UNFPA et de l'OMS, les ONG locales travaillant sur les droits des femmes et les agences gouvernementales. Nous avons demandé que l'association membre désigne une personne qui servirait de point de contact pour cette activité et que son nom et ses coordonnées soient envoyés au secrétariat de la FIGO et au Dr Faúndes, en tant que coordinateur du groupe de travail.

Le résultat souhaité de la réunion avec les autres agences dans chaque pays était de convenir d'un plan pour effectuer l'analyse de situation dans les mois à venir et de fixer une date pour l'atelier national, en tenant compte du fait que les ateliers régionaux se tiendraient au plus tard en mars/avril 2008. Dans la mesure du possible, les ressources locales des divers partenaires devaient permettre de financer cette activité, le financement des ateliers régionaux et des activités associées du groupe de travail devant quant à lui être obtenu auprès du donneur anonyme.

Toutes ces activités devaient être menées au travers de la

collaboration entre les sociétés de gynécologie et d'obstétrique, les sociétés affiliées de l'ICM, les associations membres de l'IPPF, les bureaux nationaux de l'OMS et de l'UNFPA, les bureaux régionaux et nationaux de l'Ipas, les institutions universitaires locales et d'autres groupes intéressés tels que le Conseil de la population, l'Université de Columbia, EngenderHealth, l'IWHC, le CRR et leurs partenaires locaux. Les ministères de la santé de chaque pays/territoire étaient invités à participer à ce processus et, en particulier, à l'atelier national et régional.

Nous avons évoqué un objectif ambitieux de 50 associations membres participantes, un chiffre que bien des gens jugeaient irréaliste, mais même dans le laps de temps très court laissé pour la réponse (3 mois), nous avons obtenu des réponses de 53 organisations et plusieurs autres ont exprimé leur intérêt après la date limite. Il est intéressant de noter que certaines des organisations provenaient de pays à ressources élevées. Nous avons décliné leur participation mais nous avons pu malgré cela inclure 46 associations membres dans l'initiative, qui ont toutes effectué l'analyse de situation préliminaire. La FIGO a également gagné quelques nouvelles associations membres à la suite de cette initiative, qui a été perçue comme quelque chose d'utile proposé par la FIGO.

Les objectifs généraux de l'initiative étaient formulés, tout en reconnaissant qu'ils seraient modifiés en fonction de l'analyse de situation de chaque pays participant et que des objectifs spécifiques seraient également nécessaires. L'implication du ministère de la santé a été totale dans tous les pays et celle du ministère de l'éducation, dans certains d'entre eux.

Il convient de noter que les sessions consacrées à l'avortement à risque et à sa prévention ont fait l'objet d'une forte demande lors des congrès de la FIGO de 2006, 2009 et 2012. Ce haut niveau d'intérêt et l'engagement des associations membres et des coordinateurs régionaux ne se sont pas démentis, même si l'agence subventionnaire a désormais centré son attention sur 18 pays avec des taux élevés d'avortement à risque et de mortalité maternelle.

L'avortement a toujours été et reste une décision privée, et pourtant, contrairement à toute autre décision privée, elle est débattue publiquement. L'avortement suscitera toujours de vives réactions. Le débat sur l'avortement dans les médias ne fait que renforcer la polarisation des opinions. Les points de vue de chacun doivent être respectés et nous devons nous concentrer sur la fourniture de méthodes contraceptives efficaces et de programmes d'éducation sexuelle pertinents si nous voulons parvenir aux taux d'avortement les plus faibles possibles dans le monde : les preuves sont claires que c'est cette approche, et non une législation restrictive, qui marche. Les récentes évolutions aux Etats-Unis démontrent le besoin constant d'une telle activité de plaidoyer. L'année écoulée, 2013, a marqué une augmentation sans précédent des dispositions visant à limiter l'accès aux services d'avortement, avec 70 dispositions dans 22 Etats, en contradiction avec les modifications de la loi d'Etat visant à accroître l'accès à l'avortement en Californie. Cinq Etats ont de fait élargi l'accès à une éducation sexuelle complète et à la contraception d'urgence pour les femmes victimes d'agressions sexuelles [12]. Mais même avec ce type de programmes et de services, l'avortement restera une nécessité pour diverses raisons. L'histoire des tentatives antérieures de limiter l'avortement et la contraception est écrite sur les pierres tombales des femmes. Il va de soi que je crois passionnément qu'aucune femme ne devrait mourir d'un avortement à risque ou de ses complications, alors que cette mort est évitable, et que nous avons une responsabilité collective de régler cette question en reconnaissant les faits.

Conflit d'intérêt

L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Références

- [1] June 27, 1969 assented; Bill C-150. Criminal Law Amendment Act, 1968-69, S.C. 1968-69, c. 38. Available at: <http://www.parl.gc.ca/content/lop/researchpublications/2012-79-e.htm#ftn39>. Accessed October 6, 2013.
- [2] Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH. Sexual behavior in the human female. Philadelphia: Saunders; 1953.
- [3] Abortion Act 1967. An Act to amend and clarify the law relating to termination of pregnancy by registered medical practitioners. Available at: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87>; 1967. Accessed November 17, 2013.
- [4] Yuzpe AA, Smith RP, Rademaker AW. A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol combined with dl-norgestrel as postcoital contraceptive agent. *Fertil Steril* 1982;37(4):508–13.
- [5] R. v. Morgentaler. Supreme Court Judgments. 1988-01-28. Case number: 19556. Available at: <http://scc-csc.lexum.com/decisia-scc-csc/scc-csc/scc-csc/en/item/288/index.do>. Accessed November 17, 2013.
- [6] Dooley D. Vander Zalm and media prejudice. *The Interim*. July 23, 1988. Available at: <http://www.theinterim.com/issues/society-culture/vander-zalm-and-media-prejudice>. Accessed November 17, 2013.
- [7] McBride Stetson D, editor. Abortion politics, women's movements, and the democratic state. A comparative study of state feminism. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 82.
- [8] Lloyd-Roberts S. Nepal's Abortion Scandal. *BBC News*; November 8, 1999. Available at: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/501929.stm>. Accessed November 17, 2013.
- [9] Government of Nepal Ministry of Health and Population Department of Health Services. National Reproductive Health Commodity Security (RHCS) Strategy. 2007–2011. Available at: http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/Country_pages/Nepal/Systems/strategy.pdf; September 2006. Accessed November 17, 2013.
- [10] International Federation of Gynecology and Obstetrics. Code of Ethics: FIGO professional and ethical responsibilities concerning sexual and reproductive rights. London: FIGO; 2003. Available at: <http://www.igo.org/Codeofethics>. Accessed November 17, 2013.
- [11] Shaw D. A vision for FIGO. *Int J Gynecol Obstet* 2007;97(2):82–5.
- [12] Nash E, Gold RB, Rowan A, Rathbun G, Vierboom Y. Laws affecting reproductive health and rights: 2013 state policy review. New York, Washington, DC: Guttmacher Institute; 2013. Available at: <http://www.guttmacher.org/statecenter/updates/2013/statetrends42013.html>. Accessed November 17, 2013.



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

INITIATIVE DE LA FIGO

Contribution des sociétés de gynécologie et d'obstétrique en Amérique du Sud à la prévention des avortements à risque dans la région

Luis Távora*,¹

Société Péruvienne d'Obstétrique et de Gynécologie, Lima, Pérou

INFOS ARTICLE

Mots clés :

Initiative de la FIGO
Sociétés de gynécologie et d'obstétrique
Prévention
Amérique du Sud
Avortement à risque

R E S U M E

L'avortement à risque est l'un des problèmes de santé publique et de droits humains les plus graves en Amérique du Sud. Les taux sont parmi les plus élevés au monde et ils représentent 13 % des décès maternels. Neuf pays d'Amérique du Sud sur 10 se sont joints à l'initiative de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences. Chacune des sociétés de gynécologie et d'obstétrique a réalisé une analyse de situation et un plan d'action a été élaboré avec la participation des ministères de la santé respectifs, d'agences nationales et internationales et d'autres institutions collaboratives. Les plans d'action visaient à répondre aux problèmes identifiés dans les analyses de situation, avec des objectifs correspondant aux 4 niveaux de prévention proposés dans l'initiative de la FIGO ou à certains d'entre eux. Cet article rend compte des progrès réalisés dans la mise en œuvre des actions proposées par chaque pays ainsi que de certaines des activités menées en plus de celles incluses dans les plans officiels.

© 2014 Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique. Publié par Elsevier Ireland Ltd.

1. Introduction

Malgré la disponibilité de méthodes contraceptives sûres et très efficaces, l'avortement à risque reste très fréquent, principalement dans les pays à faibles ressources qui ont des lois restrictives en matière d'avortement [1,2]. Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 21,6 millions d'avortements à risque ont été pratiqués dans le monde en 2008. Le taux d'avortement à risque le plus élevé a été enregistré en Amérique du Sud – 32 pour 1000 femmes en âge de procréer – ce qui pourrait être lié aux lois restrictives en matière d'avortement qui persistent dans une grande partie de cette région [1,3,4]. De plus, l'avortement à risque est une cause importante de morbidité et mortalité maternelle, même s'il existe à cet égard des différences considérables d'un pays à l'autre dans cette région [1,2,5,6].

Les organisations professionnelles, dont la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), ont un rôle important à jouer pour atteindre l'Objectif du Millénaire pour le Développement qui concerne la santé des femmes [7]. Sur la base de l'importance, pour la santé publique et les droits humains, de la persistance d'un taux élevé d'avortement à risque, la FIGO a décidé, en 2007, de mettre en place un groupe de travail sur la prévention de l'avortement à risque [8]. De là est née l'initiative de la FIGO pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences

et toutes les sociétés membres ont été invitées à y participer, avec un accent particulier mis sur les pays avec des taux plus élevés d'avortement provoqué et à risque [2].

2. L'engagement des sociétés membres de la FIGO en Amérique du Sud

A la suite de l'invitation de la FIGO, 9 des 10 sociétés membres de la FIGO en Amérique du Sud ont accepté de participer à l'initiative. Chaque société a commencé par réaliser une analyse de situation de la question de l'avortement à risque. Elle a ensuite formulé un plan d'action destiné à résoudre les problèmes identifiés dans l'analyse. Les plans d'action ont été préparés en collaboration avec le ministère de la santé du pays et, occasionnellement, avec la participation d'agences nationales et internationales travaillant dans le domaine de la santé et des droits des femmes [2,9,10]. Les objectifs inclus dans les plans d'action de chaque pays sont énumérés dans le Tableau 1.

Les objectifs et les activités inclus dans les plans d'action sont donnés à titre de référence, car de nombreux pays ont étendu leurs activités au-delà de celles déterminées officiellement.

3. Progrès dans la mise en œuvre des plans d'action

Les progrès réalisés dans la mise en œuvre des plans d'action sont décrits ci-dessous en fonction de chacun des 4 niveaux de prévention proposés dans l'initiative de la FIGO [2].

* Los Almendros 265-103, Urbanización Residencial Monterrico, La Molina, Lima, Pérou. Tél. : +51 1 4373547.

Adresse e-mail: luis.tavara@gmail.com (Luis Távora).

¹ Le Dr Távora est le coordinateur régional pour l'Amérique du Sud de l'initiative de la FIGO pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences.

Tableau 1

Objectifs inclus dans les plans d'action des 9 pays participants d'Amérique du Sud.

| Objectifs | Pays | | | | | | | | |
|---|-----------|---------|--------|-------|----------|----------|-------|---------|-----------|
| | Argentine | Bolivie | Brésil | Chili | Colombie | Equateur | Pérou | Uruguay | Venezuela |
| Education sexuelle | X | | X | X | | X | | | |
| Planification familiale | | X | X | X | X | | X | X | X |
| Faciliter l'adoption | | | | X | | | | X | |
| Accès à l'avortement légal sans risque | | | X | | X | | X | | X |
| Plaidoyer pour une réforme des lois | | | X | | | | X | | |
| AMIU en cas d'avortement incomplet | X | X | X | | X | X | X | | X |
| Misoprostol en cas d'avortement incomplet | | X | X | | X | X | | X | |
| Contraception après avortement | X | X | X | X | | X | X | | X |
| Sensibiliser les décideurs | X | X | | X | | | X | X | |
| Améliorer les données sur l'avortement | | | X | X | X | | X | | X |

Abréviation : AMIU, aspiration manuelle intra-utérine.

3.1. Progrès en prévention primaire

La prévention des grossesses non planifiées est un élément de base de tout plan destiné à réduire l'incidence des avortements provoqués [3]. Fournir aux femmes des informations sur leur fonction sexuelle et sur la façon de prévenir les grossesses non désirées et leur fournir des services réels en matière de contraception sont le moyen le plus efficace de prévenir les avortements provoqués à risque [3,11]. Compte tenu de l'importance de la population adolescente, de l'âge actuel précoce de début de l'activité sexuelle et de la sévérité des problèmes découlant des grossesses non prévues à cet âge, il existe un besoin urgent d'investir dans l'éducation sexuelle et aussi dans des services de santé sexuelle et reproductive conviviaux pour les jeunes afin de s'assurer que les adolescentes sont capables de mettre en pratique ce qu'elles ont appris [12].

Le Chili fait partie des pays d'Amérique du Sud qui ont inclus l'éducation sexuelle dans leurs plans d'actions. Le pays a élaboré 7 programmes modèles d'éducation sexuelle à proposer dans les écoles élémentaires, donnant ainsi à chaque école la possibilité de choisir le modèle qu'elle préfère. La Fédération Equatorienne des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique (FESGO) a mis en œuvre une vaste campagne d'éducation sexuelle dans les écoles publiques, qui a touché plus de 15 000 élèves, avec la collaboration de 500 étudiants en en dernière année de médecine qui avaient reçu une formation préalable pour délivrer une éducation sexuelle dans les écoles.

L'extension des services de planification familiale afin de réduire les grossesses non désirées a été incluse parmi les objectifs des plans d'action de 7 des 9 pays de la région. En revanche, peu de pays ont spécifiquement inclus la fourniture de contraceptifs réversibles à longue durée d'action (LARC) dans le cadre du service de santé publique. Au Pérou, en Equateur et en Colombie, les professionnels de santé ont été formés afin d'être capables de poser des implants sous-cutanés en plus des dispositifs intra-utérins (DIU) déjà disponibles dans ces pays.

Il existe un consensus général sur l'importance de l'accès des femmes à la contraception d'urgence après un rapport sexuel non protégé ou un viol afin de s'assurer qu'elles ont la possibilité de bénéficier d'une "seconde chance" [13]. Même si tous les pays d'Amérique du Sud ont établi des normes pour l'utilisation de la contraception d'urgence après un viol, son utilisation dans d'autres circonstances a fait l'objet de débats dans plusieurs pays, dont le Pérou, le Chili, l'Argentine et la Bolivie. Cette situation a conduit certaines sociétés nationales de gynécologie et d'obstétrique à demander à la Fédération Latino-Américaine des Sociétés d'Obstétrique et de Gynécologie (FLASOG) d'intervenir pour défendre l'utilisation de la contraception d'urgence. La décision du président équatorien de rendre la contraception d'urgence disponible dans tout le dispositif de santé publique a été attribuée à la campagne de la FLASOG. La contraception d'urgence est disponible avec certaines restrictions en Argentine et au Chili et elle est

librement accessible au Pérou, mais uniquement dans le secteur privé.

Faciliter l'adoption des enfants nés à la suite d'une grossesse non prévue ou non désirée a été inclus dans les plans d'action de 2 pays d'Amérique du Sud. Il n'y a toutefois qu'en Uruguay que des mesures importantes ont été prises dans cette direction au travers de la publication d'un manuel destiné à simplifier les procédures d'adoption.

3.2. Progrès en prévention secondaire

La fourniture de services d'avortement sans risque dans toute la mesure permise par la loi fait partie des recommandations formulées lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), qui s'est tenue au Caire en 1994, et qui ont été approuvées par presque tous les pays du monde. Le Programme d'action de la CIPD stipule que : "Dans les circonstances où l'avortement n'est pas contraire à la loi, l'avortement doit être sans risque". Si une femme se retrouve enceinte après un viol ou si sa vie ou sa santé est menacée par la grossesse et qu'elle demande une interruption de grossesse dans le cadre de la loi mais que cette interruption de grossesse n'est pas fournie par le système de santé publique, elle n'aura pas d'autre option que de se soumettre à un avortement clandestin, généralement à risque.

Le Chili est le seul pays d'Amérique du Sud où la loi n'autorise l'avortement dans aucune circonstance. Les autres pays autorisent l'avortement dans certaines circonstances, limitées toutefois : sauver la vie et/ou la santé de la femme, en cas de malformations fœtales sévères ou lorsque la grossesse est le résultat d'un viol.

Certains changements se sont récemment produits dans certains pays. Il y a 7 ans, la Cour constitutionnelle de Colombie a légalisé l'avortement dans les 4 circonstances mentionnées ci-dessus et défini les procédures nécessaires pour avoir accès à une interruption légale de grossesse. La société membre de la FIGO en Colombie travaille pour rendre les services d'avortement légal plus accessibles aux femmes. Avec la participation active de la société nationale de gynécologie et d'obstétrique, l'Uruguay a récemment approuvé une loi dépénalisant l'avortement jusqu'à la 12^e semaine de grossesse. La FEBRASGO, la société membre de la FIGO au Brésil, a joué un rôle important pour garantir l'établissement de normes afin de faciliter l'avortement dans les services de santé publique dans les cas de viol, les services d'avortement légal étant désormais étendus à ces cas.

Certaines sociétés de gynécologie et d'obstétrique ont été plus proactives pour faciliter l'accès des femmes à l'avortement sans risque. La FEBRASGO a développé des arguments solides et influencé le Conseil fédéral de médecine du Brésil pour qu'il soutienne une réforme du code pénal brésilien, prévoyant notamment de légaliser l'avortement à la demande de la femme au cours des 12 premières semaines de grossesse. Cette réforme est actuellement en cours d'examen par le parlement et l'avis du Conseil fédéral de médecine

a été officiellement demandé [14]. Au Pérou, la société nationale d'obstétrique et de gynécologie demande depuis 4 ans au ministère de la santé d'établir des normes nationales pour l'avortement thérapeutique, mais sans résultat. Entretemps, cette société a contribué, par des activités de plaidoyer et de formation, à la mise en œuvre de services d'avortement légal dans 4 hôpitaux publics de la capitale du pays et dans 4 hôpitaux supplémentaires en province.

Précédant l'initiative de la FIGO, une autre intervention importante destinée à rendre l'avortement plus sûr avait été mise en œuvre en Uruguay au début de la décennie précédente, avec la participation essentielle de la société uruguayenne membre de la FIGO. Cette intervention avait reçu le nom de stratégie de réduction du risque et elle consistait à identifier et à examiner les femmes dont les grossesses n'étaient pas désirées afin de confirmer la grossesse et l'âge gestationnel. Des conseils étaient donnés sur les alternatives à l'avortement et sur les risques associés aux différentes méthodes utilisées pour provoquer un avortement clandestin, y compris l'utilisation du misoprostol. Quelle que soit la décision de la femme, une seconde consultation était programmée afin de vérifier si l'utérus avait été complètement évacué et de s'assurer qu'aucune complication ne s'était développée, de conseiller la femme en matière de planification familiale et de lui fournir une méthode contraceptive [15]. Cette stratégie a considérablement réduit la mortalité liée à l'avortement en Uruguay et elle est désormais reproduite au Pérou et au Venezuela dans le cadre des plans d'action de ces 2 pays.

3.3. Progrès en prévention tertiaire

L'amélioration de la qualité des soins après avortement n'est pas facile à évaluer et c'est pourquoi nous nous concentrerons sur l'introduction de nouvelles technologies qui offre des avantages aux femmes et au système de santé, telles que l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet.

Il existe actuellement un consensus général sur le fait que l'AMIU provoque moins de saignements et moins de douleurs, qu'elle réduit la durée d'hospitalisation et qu'elle est moins coûteuse que le curetage. L'AMIU est pour toutes ces raisons considérée comme la norme de soins pour le traitement de l'avortement incomplet [16].

Sept sociétés membres de la FIGO en Amérique du Sud (Argentine, Bolivie, Brésil, Colombie, Equateur, Pérou et Venezuela) ont inclus l'extension de l'utilisation de l'AMIU dans leurs plans d'action. L'Argentine a étendu son utilisation dans 10 provinces; la Bolivie l'a étendue à 4 régions; et l'Equateur, le Venezuela et le Pérou ont mis en pratique la technique dans tout le pays. Au Pérou, la moitié environ des avortements incomplets sont traités par AMIU.

De plus, des mesures initiales ont été prises pour fournir une formation professionnelle au traitement médical de l'avortement incomplet par le misoprostol en Equateur, en Argentine, en Bolivie, au Pérou, au Brésil, en Colombie et au Venezuela.

3.4. Progrès en prévention quaternaire

La responsabilité de la réalisation d'un avortement à risque est partagée entre la femme et le système de santé qui ne lui a pas donné les moyens de prévenir une grossesse non désirée. Quoiqu'il en soit, si cette même femme quitte l'établissement de santé dans lequel elle a été traitée pour un avortement provoqué et qu'elle revient après un nouvel avortement, la responsabilité en incombe entièrement au professionnel de santé qui s'est occupé d'elle la première fois. Ces professionnels doivent savoir que le risque que cette femme devienne de nouveau enceinte et pratique un nouvel avortement est élevé si elle ne reçoit pas de conseils et qu'on ne lui fournit pas une méthode contraceptive très efficace avant sa sortie de l'hôpital [17].

Sept pays d'Amérique du Sud ont inclus l'intensification de la fourniture d'une contraception après avortement dans leurs plans d'action. En revanche, seuls 3 pays (Colombie, Equateur et Pérou) ont fait des progrès en termes de fourniture de méthodes LARC par l'ajout des implants sous-cutanés aux DIU déjà disponibles.

4. Commentaires finaux

Malgré la réduction de la mortalité maternelle liée à l'avortement, l'avortement à risque reste un problème de santé publique et de droits humains très important en Amérique du Sud. L'initiative de la FIGO pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences a mobilisé les sociétés nationales de gynécologie et d'obstétrique, qui assument désormais un rôle majeur, en utilisant leur prestige scientifique pour impliquer leurs ministères de la santé respectifs dans les plans d'action nationaux visant à prévenir les avortements à risque, garantissant dès lors la continuité de leurs actions.

Cette initiative a permis d'identifier les interventions qui ont été efficaces pour réduire l'avortement à risque et ses conséquences. Chaque pays a adapté ces interventions en fonction de ses circonstances particulières. Les progrès réalisés ont été relativement rapides; le travail doit toutefois se poursuivre jusqu'à ce que chaque femme ait les informations dont elle a besoin et les moyens de prévenir une grossesse non désirée, jusqu'à ce que les femmes avec une grossesse non prévue qui satisfont aux exigences pour une interruption légale de grossesse aient accès à des services d'avortement sans risque dans des établissements publics de santé et jusqu'à ce que celles qui ont subi un avortement à risque reçoivent des soins compassionnels afin de garantir qu'il n'y aura plus de morts et de complications inutiles et que ces femmes seront protégées contre le risque d'un avortement répété [2].

Conflit d'intérêt

L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Références

- [1] Shah I, Ahman E. Unsafe Abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reprod Health Matters* 2010;18(36):90–101.
- [2] Faúndes A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2012;119(Suppl. 1):S68–71.
- [3] Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, Sedgh G. Abortion worldwide: a decade of uneven progress. New York: Guttmacher Institute; 2009. <http://www.guttmacher.org/pubs/Abortion-Worldwide.pdf>.
- [4] World Health Organization. Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Geneva: WHO; 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf?ua=1.
- [5] World Health Organization. The World Health Report 2005. Make every mother and child count. Geneva: WHO; 2005. http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf?ua=1.
- [6] World Health Organization, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Geneva: WHO; 2012. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf?ua=1.
- [7] Serour GI. The role of FIGO in women's health and reducing reproductive morbidity and mortality. *Int J Gynecol Obstet* 2012;119(Suppl. 1):S3–5.
- [8] Leke RJ, de Gil MP, Távora L, Faúndes A. The FIGO working group on the prevention of unsafe abortion: mandate and process for achievement. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110:S20–4 Suppl.
- [9] Zaidi S, Hassan EO, Hodoroogea S, Leke RJ, Távora L, de Gil MP. International organizations and NGOs: an example of international collaboration to improve women's health by preventing unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110:S30–3 Suppl.
- [10] Shaw D. The FIGO initiative for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110:S17–9 Suppl.
- [11] Westoff CF. Recent trends in abortion and contraception in 12 countries. DHS Analytical Studies No. 8. Calverton, Maryland: ORC Macro; 2005. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AS8/AS8.pdf>.
- [12] Braeken D, Rondinelli I. Sexual and reproductive health needs of young

- people: matching needs with systems. *Int J Gynecol Obstet* 2012;119(Suppl. 1):S60–3.
- [13] Hevia M. The legal status of emergency contraception in Latin America. *Int J Gynecol Obstet* 2012;116(1):87–90.
- [14] Conselho Federal de Medicina. Circular CFM N° 46/2013. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 2013.
- [15] Briozzo L, Vidiella G, Rodríguez F, Gorgoroso M, Faúndes A, Pons JE. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2006;95(2):221–6.
- [16] Tunçalp O, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;9:CD001993.
- [17] Trusell J. Contraception efficacy. In: Hatcher RA, Trusell J, Nelson AI, Cates W, Kowal D, editors. *Contraceptive Technology*. revised ed. New York: Arden Media; 2011.



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

INITIATIVE DE LA FIGO

Contribution des sociétés de gynécologie et d'obstétrique des pays d'Amérique Centrale et des Caraïbes à la prévention des avortements à risque dans la région

Marina Padilla de Gil *

Société salvadorienne de gynécologie et d'obstétrique, San Salvador, Salvador

INFOS ARTICLE

Mots clés :

Amérique Centrale et Caraïbes
Initiative de la FIGO
Sociétés de gynécologie et d'obstétrique
Plan d'action
Prévention
Avortement à risque

R E S U M E

L'avortement à risque est un problème de santé publique très important dans la région Amérique Centrale et Caraïbes, où l'utilisation de méthodes contraceptives modernes reste faible et où le cadre juridique restrictif limite l'accès à l'avortement sans risque. L'initiative de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences contribue à la résolution de ce problème en renforçant la collaboration entre les sociétés médicales, les représentants du ministère de la santé de chaque pays et les agences locales et internationales. Dans les 8 pays qui ont décidé de rejoindre cette initiative en 2008, des progrès ont été réalisés pour améliorer l'accès aux méthodes contraceptives modernes, accroître l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine et du misoprostol et actualiser les recommandations relatives aux soins après avortement.

© 2014 Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique. Publié par Elsevier Ireland Ltd.

1. Introduction

Selon les données les plus récentes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), malgré les avancées technologiques et l'importance accrue accordée aux questions relatives aux droits humains ces vingt dernières années, l'avortement à risque demeure un problème de santé publique dans de nombreuses régions du monde [1]. On estime à 22 millions le nombre d'avortements à risque pratiqués chaque année, ceux-ci se soldant par le décès de 47 000 femmes et par des complications invalidantes chez environ 5 millions de femmes dans le monde [1–3].

Après l'Afrique et l'Asie, l'Amérique Latine et les Caraïbes est la troisième région la plus importante au regard de l'étendue de ce problème, concernant aussi bien le nombre d'avortements à risque que les taux de létalité. Vingt pour cent de tous les avortements à risque se produisent dans cette région et le risque de décès est estimé à 30 pour 100 000 procédures d'avortement à risque [3,4].

En 2007, la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) a lancé une initiative pour prévenir les avortements à risque et leurs conséquences. Le comité exécutif de la FIGO, dirigé par sa présidente, le Dr Dorothy Shaw, a décidé qu'il y avait suffisamment d'éléments pour justifier la mise en place d'un groupe de travail sur les avortements à risque, reconnaissant que cette question est sensible et controversée [5].

Huit des 9 sociétés membres de la FIGO dans la région Amérique Centrale et Caraïbes ont accepté de se joindre à cette initiative et elles y participent depuis lors. Elles ont toutes effectué une analyse de situation sur l'avortement à risque et préparé des plans d'action,

dont la mise en œuvre a contribué à améliorer la qualité des soins d'avortement pour les femmes dans le cadre du système de santé publique de ces 8 pays.

2. Activités prévues dans les plans d'action des pays de la région Amérique Centrale et Caraïbes

Les 8 pays représentant cette région sont le Guatemala, le Salvador, le Costa Rica, le Nicaragua, le Honduras, Panama, Cuba et la République dominicaine. Le Mexique a effectué l'analyse de situation mais n'a pas réussi à élaborer un plan d'action qui soit acceptable pour le ministère de la santé et il a donc quitté le groupe.

Les premières mesures que les sociétés devaient prendre étaient de nommer un point de contact ou un coordinateur national qui commencerait par s'assurer qu'une analyse de situation était effectuée afin de fournir des données initiales sur la santé sexuelle et reproductive. L'analyse de situation était basée sur le même questionnaire dans tous les pays. Cette analyse permettrait de proposer des interventions pour répondre aux problèmes identifiés et rechercher des solutions [6].

L'analyse de situation a étudié des questions telles que les grossesses non désirées, les services de contraception, l'utilisation de contraceptifs, l'éducation sexuelle, la protection sociale des femmes enceintes et des mères, les services d'avortement, les complications et les conséquences des avortements à risque, le statut juridique de l'avortement et le cadre réglementaire dans chaque pays participant. Les résultats des analyses conduites dans cette région ont montré les éléments suivants :

1. En moyenne, 60 à 80% des femmes en âge de procréer utilisent des méthodes contraceptives modernes, la stérilisation féminine et les contraceptifs injectables étant les méthodes les plus

* Av. Las Magnolias 142, Col. San Benito, San Salvador, Salvador. Tél.: +503 22647102.

Adresse e-mail: gilpas2002@yahoo.com (M.P.de Gil).

populaires, et les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (LARC), telles que le dispositif intra-utérin (DIU) et les implants, étant les moins fréquemment utilisées.

2. Politiques d'éducation sexuelle débutantes inefficaces.
3. Protection juridique des femmes enceintes qui travaillent, mais manque de soutien social sous forme de crèches et d'exigences simples en matière d'adoption.
4. Données insuffisantes sur l'avortement et ses conséquences.
5. Prévalence d'utilisation du curetage pour le traitement de l'avortement incomplet, l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) augmentant progressivement.
6. Recommandations relatives aux soins après avortement non actualisées et non connues des prestataires de soins de santé.
7. Conseils en matière de contraception après avortement et utilisation de cette contraception insuffisants.
8. Les lois restrictives sur l'avortement sont courantes dans la région : l'interruption de grossesse n'est autorisée dans aucune circonstance au Salvador, au Honduras, au Nicaragua ou en République dominicaine. Elle est autorisée pour sauver la vie de la femme au Guatemala et pour sauver la vie ou préserver la santé de la femme au Costa Rica. Le Panama autorise l'interruption de grossesse pour sauver la vie de la femme, pour préserver sa santé et en cas de viol. Cuba est le seul pays de la région où l'avortement est légal et où ce service est fourni à la demande de la femme.

Ces résultats ont permis aux pays de proposer un plan d'action qui aborderait les problèmes identifiés et leur apporterait des solutions. Le Tableau 1 montre les objectifs du premier plan d'action et la proportion de pays travaillant sur chaque objectif. Comparativement aux pays d'autres régions du monde participant à cette initiative, il est évident qu'il y a eu un plus grand intérêt dans cette région pour travailler à obtenir des données de meilleure qualité sur l'avortement, favoriser ou introduire l'éducation sexuelle, introduire/améliorer les soins après avortement et faciliter les procédures d'adoption [7].

Les objectifs inclus dans les plans d'action au cours des 5 dernières années sont mentionnés dans le Tableau 2 et les progrès réalisés dans la mise en œuvre des plans d'action sont discutés ci-dessous de manière détaillée.

3. Progrès réalisés dans la mise en œuvre des plans d'action et résultats obtenus à ce jour

Les points de contact et les comités exécutifs des sociétés participantes se sont engagés à atteindre ces objectifs. Ils travaillent en étroite coordination avec les représentants de leur ministère de la santé local et avec le soutien d'agences telles que Gynuity Health Projects, Ipas, la Fédération internationale de la parenté planifiée (IPPF), Marie Stopes International, le Conseil de la population, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et l'OMS au travers de sa branche panaméricaine (OPS) [8].

Les objectifs et activités suivants des plans d'action sont organisés en fonction du niveau de prévention, comme décrit ci-dessous [9].

3.1. Progrès en prévention primaire

Presque tous les avortements à risque sont le résultat de grossesses non désirées ; par conséquent, prévenir ces grossesses par l'amélioration de l'accès à des méthodes contraceptives modernes et efficaces et par le renforcement des programmes d'éducation représente la meilleure option logique pour réduire l'incidence des avortements à risque [10].

Sept pays ont inclus des activités destinées à améliorer les conseils en matière de méthodes contraceptives modernes, l'accès à ces méthodes et leur utilisation, en particulier dans les périodes postpartum et après avortement. Ces pays ont actualisé leurs normes et leurs recommandations et ont formé les personnels de santé. Le Guatemala, où la prévalence de la contraception, à 42 %, était la plus faible, a augmenté l'utilisation des contraceptifs à 54 %.

L'utilisation de LARC est très faible dans la région et initialement, seul le Salvador avait inclus un objectif spécialement axé sur l'augmentation de l'utilisation de DIU et d'implants. L'objectif était de former 150 médecins et d'augmenter de 50 % l'utilisation des DIU. Avec le soutien direct d'une ONG locale, PASMO, il a été possible de former 162 médecins en 2009. Le nombre d'utilisatrices de DIU a augmenté de 1851 en 2008 à 5673 en 2009 et 851 femmes ont commencé à utiliser des implants. Avant la mise en route de l'initiative de la FIGO, l'utilisation d'implants dans le système de santé publique était négligeable.

Tableau 1

Proportion de pays de la région Amérique Centrale et Caraïbes ayant adopté des objectifs spécifiques par rapport aux résultats pour la région entière.

| Objectifs | Nombre de pays | Pourcentage total | Pourcentage régional | Différence |
|--|----------------|-------------------|----------------------|------------|
| Sensibiliser les décideurs politiques/les autorités | 5/8 | 70 | 63 | -7 |
| Obtenir des données de meilleure qualité sur l'avortement | 6/8 | 42 | 75 | +33 |
| Accroître l'accès aux méthodes contraceptives modernes | 7/8 | 86 | 88 | +2 |
| Favoriser/introduire l'éducation sexuelle | 6/8 | 49 | 75 | +26 |
| Mettre à disposition des services d'avortement adéquats | 3/8 | 60 | 37 | -23 |
| Plaider en faveur d'un meilleur accès à l'avortement sans risque | 1/8 | 21 | 12 | -9 |
| Introduire/améliorer les soins intégrés après avortement | 7/8 | 65 | 88 | +23 |
| Faciliter le processus d'adoption | 3/8 | 12 | 37 | +25 |

Tableau 2

Objectifs inclus dans les plans d'action et pays ayant décidé de travailler sur chaque objectif.

| Objectifs | Pays | | | | | | | |
|---|------------|------|------------------------|----------|-----------|----------|-----------|--------|
| | Costa Rica | Cuba | République dominicaine | Salvador | Guatemala | Honduras | Nicaragua | Panama |
| Education sexuelle | X | X | X | | X | X | X | |
| Planification familiale | X | X | X | X | X | X | | X |
| Faciliter l'adoption | X | | | | X | | X | |
| Accès à l'avortement légal sans risque | X | X | | | | X | | |
| AMIU en cas d'avortement incomplet | | X | | | | X | | |
| Misoprostol en cas d'avortement incomplet | | | | | | | | |
| Contraception après avortement | X | X | X | | X | X | X | X |
| Sensibiliser les décideurs politiques | | | | X | X | X | X | X |
| Plaider pour une réforme des lois | | | | | | | X | |
| Améliorer les données sur l'avortement | X | | | X | X | X | X | X |

Les plans d'action ont évolué ces dernières années, passant de l'actualisation et de la popularisation des recommandations à la dispensation d'une formation continue, l'amélioration de la délivrance de services et également l'encouragement à l'utilisation de méthodes LARC, qui a désormais été incluse dans les derniers plans d'action du Honduras, du Nicaragua et de Panama.

Concernant l'amélioration de l'éducation sexuelle et la facilitation de l'adoption, peu de progrès ont été réalisés. Le principal obstacle rencontré par les pays travaillant sur ces questions a été celui de parvenir à la nécessaire collaboration entre les ministères de l'éducation et les systèmes judiciaires.

3.2. Progrès en prévention secondaire

La prévention secondaire, dans le cadre des stratégies nécessaires pour prévenir les avortements à risque, consiste à s'assurer que les avortements inévitables sont sans risque. Cela peut être obtenu en facilitant l'accès à l'avortement sans risque dans le cadre juridique de chaque pays et en élargissant les conditions juridiques permettant l'interruption de grossesse [9].

Les conditions juridiques qui permettent l'interruption de grossesse en Amérique Centrale et aux Caraïbes sont limitées et le sujet lui-même est sensible et controversé. Même si aucun progrès n'a été réalisé pour modifier les lois sur l'avortement ou accroître l'accès à des interruptions de grossesse sans risque, cette initiative a contribué à rendre le problème plus visible et à permettre qu'il soit discuté ouvertement au sein de la communauté médicale.

Avant 2008, l'avortement à risque n'était pas un thème inclus dans les congrès locaux et régionaux. Aujourd'hui, tous les pays incluent des conférences portant sur l'avortement à risque dans le cadre de leurs activités sur les droits en matière de sexualité et de reproduction et le nombre de personnes intéressées par le sujet augmente également, comme le montre la participation à ces événements.

Cuba est le seul pays dans lequel l'avortement sans risque est fourni à la demande de la femme. L'un des objectifs de Cuba était de réduire l'incidence des procédures de régulation menstruelle en utilisant un test hormonal de grossesse qui identifierait les femmes enceintes ayant besoin de cette procédure. Après la distribution de tests de grossesse à l'échelle nationale, 36% de toutes les procédures de régulation menstruelle se sont révélées inutiles.

Le Guatemala et le Costa Rica ont travaillé à clarifier les conditions médicales dans lesquelles l'interruption de grossesse est légalement autorisée, comme moyen pour améliorer l'accès lorsque ces conditions sont satisfaites. La législation n'est pas claire et les médecins craignent de mal l'interpréter et d'être de ce fait accusés d'enfreindre la loi. La façon de s'assurer qu'ils peuvent interrompre une grossesse qui met en danger la vie ou la santé de la femme consiste à préparer une liste des conditions qui justifient l'interruption de grossesse et à utiliser le prestige et l'expertise des sociétés membres de gynécologie et d'obstétrique pour inclure ces listes dans leurs recommandations nationales respectives.

3.3. Progrès en prévention tertiaire

La prévention tertiaire consiste à prévenir la morbidité et la mortalité résultant des avortements à risque. Les stratégies qui peuvent être utilisées sont notamment l'augmentation de l'accès aux techniques modernes telles que l'AMIU et le misoprostol, la formation des personnels de santé à l'utilisation efficace des nouvelles technologies et le changement des attitudes des prestataires de services [9].

Tous les pays, à l'exception du Costa Rica, travaillent depuis le début de l'initiative de la FIGO pour accroître l'utilisation de l'AMIU. L'Ipas a été un précieux allié, fournissant un soutien technique pour former les personnels de santé à l'utilisation de

la trousse d'AMIU et conduire des cours de clarification des valeurs pouvant contribuer à changer les attitudes et à réduire les discriminations en permettant aux participants d'explorer leurs valeurs personnelles sur le thème de l'avortement par l'utilisation de méthodes dynamiques et interactives.

Le Honduras, le Nicaragua et le Salvador ont tenu des ateliers de 3 jours entre 2010 et 2013 pour former les formateurs à la clarification des valeurs. L'inclusion de membres des comités exécutifs en plus des prestataires de soins de santé dans les ateliers s'est révélée importante.

Cuba s'est fixé pour objectif de porter l'utilisation du misoprostol à 80% des procédures et le pays est en train d'atteindre progressivement cet objectif, progressant ainsi dans l'utilisation de l'avortement médical.

Le Costa Rica a un système de santé universel dans lequel la sécurité sociale est le seul prestataire de services public. L'AMIU n'est pas encore utilisée au sein de ce système; toutefois, dans le cadre des activités incluses dans le plan d'action de ce pays, les preuves qui s'accumulent actuellement devraient permettre de changer cette pratique. La première étape sera une expérience pilote d'utilisation de l'AMIU à l'hôpital San Juan de Dios, qui sera mise en œuvre grâce au don d'une trousse d'AMIU par Woman Care Global.

Le Costa Rica, Cuba, le Salvador, le Honduras et Panama ont inclus des objectifs dans leurs derniers plans d'action 2013–2014, qui mentionnent spécifiquement l'augmentation de la formation et de l'utilisation de l'AMIU. A l'exception du Costa Rica, l'utilisation de l'AMIU pour le traitement de l'avortement incomplet a dépassé 90% dans les principaux hôpitaux universitaires. En revanche, aucune amélioration générale n'a été atteinte à l'échelle nationale.

3.4. Progrès en prévention quaternaire

La prévention quaternaire consiste à proposer des conseils intégrés en matière de contraception après avortement et à fournir à la femme sa méthode contraceptive de choix avant qu'elle ne quitte l'établissement de santé, dans l'objectif de prévenir une nouvelle grossesse non désirée susceptible de déboucher sur un avortement répété [9].

Tous les pays, à l'exception du Salvador, ont initialement inclus l'augmentation de l'utilisation de la contraception après avortement dans leurs plans d'action.

Il s'agit d'un domaine dans lequel des progrès majeurs ont été réalisés. Des recommandations actualisées sont désormais utilisées dans tous les pays et l'accent est mis sur les conseils en matière de contraception après avortement et la fourniture de méthodes contraceptives. Le Honduras et le Nicaragua ont inclus la formation à la fourniture de DIU et d'implants dans leurs derniers plans comme moyen pour accroître l'utilisation de ces méthodes par les patientes après un avortement.

4. Commentaires

Les objectifs ayant été atteints et les activités mises en œuvre de manière appropriée, les plans d'action ont évolué, passant de la diffusion des informations actualisées sur l'avortement et du plaidoyer pour une modification des politiques à la délivrance de services. Même si la formation et la diffusion de l'information se poursuivent, les efforts, à ce stade, sont axés, dans la plupart des pays, sur l'augmentation de l'utilisation de l'AMIU et sur la fourniture à la fois de conseils et de méthodes contraceptives, en particulier les DIU et les implants, après un avortement.

L'initiative de la FIGO pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences a grandement contribué à l'amélioration de la santé reproductive en Amérique Centrale et dans les Caraïbes. Une contribution importante est la collaboration

entre la communauté médicale et les autorités de santé pour fournir des recommandations et des services basés sur un consensus. Un autre résultat important est l'avancée progressive de la visualisation et de l'humanisation de cet important problème de santé. Dans les pays dans lesquels le statut juridique de l'avortement est extrêmement restrictif, la discrimination et la pénalisation par les personnels de santé constituent un modèle qui doit être changé. L'implication des sociétés de gynécologie et d'obstétrique et la récente collaboration entre ces sociétés et leurs ministères de la santé respectifs sont des actions qui ont fourni le point de départ nécessaire pour commencer à changer les attitudes et les paradigmes.

L'utilisation de l'AMIU et de la contraception après avortement a augmenté par rapport aux données initiales fournies par l'analyse de situation initiale, avec maintenant un suivi plus grand. Cela a été possible grâce à cette initiative et au travail de son coordinateur général, qui a toujours insisté sur l'importance d'inclure ces activités dans les plans d'action.

Conflit d'intérêt

L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Références

- [1] Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *Int J Gynecol Obstet* 2011;115(2):121–6.
- [2] Shah I, Ahman E. Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reprod Health Matters* 2010;18(36):90–101.
- [3] World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Geneva: WHO; 2012.
- [4] World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO; 2008.
- [5] Shaw D. The FIGO initiative for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110:S17–9 Suppl.
- [6] Leke RJ, de Gil MP, Távara L, Faúndes A. The FIGO working group on the prevention of unsafe abortion: mandate and process for achievement. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110:S20–4 Suppl.
- [7] Mirembe F, Karanja J, Hassan EO, Faúndes A. Goals and activities proposed by countries in seven regions of the world toward prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110:S25–9 Suppl.
- [8] Zaidi S, Hassan EO, Hodoroega S, Leke RJ, Távara L, de Gil MP. International organizations and NGOs: an example of international collaboration to improve women's health by preventing unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110: S30–3 Suppl.
- [9] Faúndes A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2012;119(Suppl. 1):S68–71.
- [10] Culwell KR, Vekemans M, de Silva U, Hurwitz M, Crane BB. Critical gaps in universal access to reproductive health: contraception and prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110:S13–6 Suppl.



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

INITIATIVE DE LA FIGO

Contribution des sociétés de gynécologie et d'obstétrique, en Afrique de l'Est, du Centre et du Sud, à la prévention de l'avortement à risque dans la région

Guyo W. Jaldesa *

Département de Gynécologie et d'Obstétrique, Université de Nairobi, Kenya

INFOS ARTICLE

Mots clés :

Afrique de l'Est, du Centre et du Sud
Initiative de la FIGO
Morbidity
Mortality
Prévention
Avortement à risque

R E S U M E

Les taux de morbidité et mortalité maternelle sont très élevés en Afrique. Une forte proportion des décès est attribuée aux avortements à risque. La Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, en collaboration avec ses sociétés membres dans chaque pays participant, leurs ministères de la santé respectifs et diverses agences non gouvernementales, a développé une initiative afin de prévenir les avortements à risque et la morbidité et la mortalité qui leur sont associées. Au cours des 5 dernières années, ces équipes ont effectué des analyses de situation et élaboré et mis en œuvre des plans d'action. Les progrès réalisés dans cette région sont décrits dans cet article.

© 2014 Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique. Publié par Elsevier Ireland Ltd.

1. Introduction

Même si l'interruption de grossesse est limitée par la loi dans de nombreux pays d'Afrique de l'Est, elle est largement pratiquée et presque toujours dans des conditions à risque, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, qui définit l'avortement à risque comme "une procédure d'interruption d'une grossesse non désirée par des personnes non qualifiées ou dans un environnement sans les standards médicaux minima ou les deux" [1]. A l'échelle mondiale, près de 1 grossesse sur 10 se termine par un avortement à risque. Quasiment tous les avortements à risque sont pratiqués dans des pays à faibles ressources et c'est dans ces pays que se produisent 99% des décès liés à l'avortement, contribuant aux taux de morbidité et de mortalité maternelle élevés dans ces pays. Les complications de l'avortement à risque sont responsables de 47 000 décès maternels par an dans le monde, soit 13% de la mortalité maternelle [1]. Et pourtant, la majorité des décès liés à l'avortement sont évitables, de même que les grossesses non prévues qui se terminent par un avortement.

Un meilleur accès aux contraceptifs, plus de soins complets post avortement et une disponibilité accrue des services d'avortement sans risque, dans le cadre juridique actuel, sont des étapes essentielles pour atteindre l'Objectif du Millénaire pour le Développement n° 5, à savoir réduire de trois quarts la mortalité maternelle d'ici à 2015. Le traitement approprié de l'avortement incomplet et des autres complications potentiellement mortelles de l'avortement à risque est un droit reproductif accordé à toutes les femmes [2]. De plus, les soins post avortement sont l'occasion de conseiller les femmes et de leur fournir des méthodes de planification familiale

afin de prévenir de nouvelles grossesses non désirées ou inopportunes [3]. Ces 4 approches – prévenir les grossesses non prévues ; rendre l'avortement plus sûr lorsqu'il est inévitable ; fournir des soins post avortement de qualité ; et fournir une contraception post avortement afin de réduire les taux d'avortements répétés – ont été définies comme les 4 niveaux de prévention dans la stratégie du groupe de travail de la FIGO pour la prévention de l'avortement à risque [4].

2. Engagements des sociétés de gynécologie et d'obstétrique

L'initiative de la FIGO pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences a été lancée en janvier 2007. L'objectif de cette initiative était de réduire le nombre d'avortements à risque et leur sévérité. Sur les 44 pays participant à l'initiative de la FIGO, la région Afrique de l'Est, du Centre et du Sud participe à hauteur de 7 sociétés membres : Ethiopie, Kenya, Mozambique, Tanzanie, Afrique du Sud, Ouganda et Zambie. L'intention de l'initiative de la FIGO était d'impliquer les sociétés nationales de gynécologie et d'obstétrique des pays moins développés, dans lesquels les taux d'avortements à risque ou d'avortements provoqués sont élevés dans des actions destinées à réduire ce problème. La FIGO a obtenu des sociétés l'engagement à effectuer une analyse de situation de l'avortement à risque dans chacun de leurs pays et à élaborer des plans d'actions sur la base de leurs observations respectives.

Une analyse de certains indicateurs clés de la santé maternelle dans ces pays [5–9] révèle un grand nombre de points faibles qui nécessitent une action immédiate (Tableau 1). Il s'agit notamment du taux de mortalité maternelle élevé, dont un cinquième à un tiers est associé aux avortements à risque.

L'objectif de cette initiative est de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité maternelle associée aux avortements à risque et de diminuer le poids des avortements provoqués pour

* Département de Gynécologie et d'Obstétrique, Université de Nairobi, P.O. Box 19676, Kenya. Tél. : +254 722 828 005.

Adresse e-mail : jaldesagw@yahoo.com (G.W. Jaldesa).

Tableau 1

Quelques indicateurs clés de la santé maternelle dans les sept pays prioritaires de la région Afrique de l'Est, du Centre et du Sud.

| Indicateurs | Ethiopie [4,5] | Kenya [4,7] | Mozambique [4,8] | Tanzanie [4,9] | Ouganda [4,5] | Zambie [4,5] |
|---|-------------------|----------------|---------------------|-------------------|------------------|-----------------|
| Taux de fécondité totale | 5,4 | 4,6 | 5,9 | 5,4 | 6,7 | 6,2 |
| Taux de prévalence de la contraception, % | 29 | 39 moderne | 16 | 34 | 30 | 34 |
| Taux de mortalité maternelle (TMM) | 680 | 488 | 550 | 454 | 600 | 591 |
| Besoins de planification familiale non satisfaits parmi les femmes mariées, % | 34 | 25 | 53 | 25 | 34 | 26 |
| Proportion du TMM attribuée aux avortements à risque, % | 26,8 | 35 | Non connue | 16–19 | 20–30 | 30 |
| Proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié, % | 10 | 43 | 54,3 | 49 | 57 | 47 |

les femmes. Les sociétés nationales jouent le rôle de défenseurs et de prestataires de services. La FIGO comprend que ces objectifs sont partagés par un certain nombre d'autres acteurs et qu'un programme destiné à réduire le nombre d'avortements provoqués ne réussira que s'il s'agit d'un programme conduit à l'échelle nationale, ne se limitant pas aux sociétés de gynécologie et d'obstétrique. Pour atteindre cet objectif, les sociétés travaillent en étroite collaboration avec les ministères de la santé pour élaborer des plans d'action nationaux qui seront mis en œuvre en partenariat avec les organisations nationales et internationales travaillant dans le domaine de la santé maternelle, renforçant ainsi le partenariat entre les agences, les ministères de la santé et les sociétés nationales. Les membres de ces sociétés ont joué un rôle prédominant, contribuant à inclure certains des 4, ou les 4 niveaux de prévention de l'avortement à risque dans les plans d'action de leurs pays respectifs.

Lorsque l'initiative a débuté, le cadre juridique de la fourniture de services d'avortement sans risque était restrictif au Kenya, au Mozambique, en Tanzanie et en Ouganda et plus libéral en Ethiopie, en Afrique du Sud et en Zambie. Depuis cette époque, plusieurs sociétés de la région ont fait des progrès significatifs en termes de prévention de l'avortement à risque concernant les 4 niveaux, avec l'objectif d'améliorer les mauvais indicateurs de la santé maternelle montrés dans le Tableau 1.

Un résumé des principaux objectifs énoncés dans leurs plans d'action respectifs est présenté dans le Tableau 2.

3. Progrès obtenus au cours des 5 dernières années

Les progrès réalisés dans la mise en œuvre des plans d'action dans chacun des pays de la région sont décrits en fonction des 4 niveaux de prévention proposés par la FIGO [4].

3.1. Prévention primaire

Tous les pays de la région ont été impliqués à ce niveau de prévention, qui concerne la prévention des grossesses non prévues.

La Société Ethiope de Gynécologie et d'Obstétrique (ESOG) a décidé de concentrer ses efforts dans les régions difficiles d'accès : Afar, Benishangul-Gumuz, Gambela et une partie de la région d'Oromia. En se concentrant sur l'amélioration de l'accès à une

planification familiale de qualité, une évaluation des besoins des établissements a été effectuée dans ces régions émergentes difficiles d'accès, avec un objectif fixe d'atteindre 25 % des unités de soins fournissant annuellement une contraception. Cela a impliqué l'adoption de matériels d'information, d'éducation et de communication (IEC) issus des programmes nationaux. D'autres interventions ont été mises en œuvre dans ce domaine, notamment la formation de 244 prestataires en soins de santé à l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et à l'entretien des équipements ainsi qu'à l'utilisation du misoprostol, suivie d'une supervision de soutien et d'une assistance logistique. Lors de la dernière évaluation, 20 à 30 % des établissements de santé pratiquaient des avortements médicaux, près de 41 % des interruptions de grossesse légales étant effectuées par avortement médical dans ces régions. L'ESOG a également sensibilisé les communautés à la contraception d'urgence en utilisant des supports électroniques et papier, avec la publication en 6 mois de 6 messages dans les journaux et la mise en place de 2 posters dans 200 unités administratives, augmentant ainsi la sensibilisation de la population à la contraception d'urgence.

L'Association de Gynécologie et d'Obstétrique du Mozambique (AMOG) a plaidé auprès du ministre des affaires sociales et de l'égalité des sexes pour la prévention de l'avortement et le renforcement de la planification familiale post avortement, en mettant essentiellement l'accent sur la disponibilité continue de méthodes à long terme et d'une contraception d'urgence. Elle a également intégré dans son plan d'action l'éducation sexuelle pour les jeunes, principalement les filles, aussi bien à l'école qu'en dehors de l'école.

Ces efforts ont reçu le soutien essentiel de l'UNFPA, qui a fourni des produits contraceptifs à tous les principaux établissements de santé du Mozambique. De plus, 16 prestataires de soins de santé de Maputo, Sofala, Nampula, C. Delgado, Tete et Gaza ont été formés aux situations associées à un risque élevé de morbidité sévère et de mortalité maternelle, dans lesquelles des méthodes contraceptives à long terme ou permanentes étaient obligatoires. Après ces cours de formation, pour la seule année 2012, 242 dispositifs intra-utérins (DIU) ont été posés en post partum et 94 post avortement à Nampula, Pemba, Tete et Gaza, selon le rapport de la société [10].

L'Association Zambienne de Gynécologie et d'Obstétrique (ZAGO) est impliquée dans la fourniture de services de contraception post partum basée sur des méthodes permanentes ou de longue durée d'action, concernant près de 50 % des femmes à haut risque de

Tableau 2

Objectifs inclus dans les plans d'action des pays.

| Objectifs | Afrique du Sud | Ethiopie | Kenya | Mozambique | Tanzanie | Ouganda | Zambie |
|---|----------------|----------|-------|------------|----------|---------|--------|
| Education sexuelle | (-) | (-) | X | X | X | (-) | (-) |
| Planification familiale | X | X | X | X | X | X | X |
| Faciliter l'adoption | (-) | (-) | (-) | (-) | (-) | (-) | (-) |
| Accès à l'avortement légal sans risque | X | X | X | X | (-) | X | X |
| Plaidoyer pour une réforme des lois | X | X | X | X | (-) | X | X |
| AMIU en cas d'avortement incomplet | X | X | X | X | X | X | X |
| Misoprostol en cas d'avortement incomplet | X | X | X | X | X | X | X |
| Contraception post avortement | X | X | X | X | X | X | X |
| Sensibiliser les décideurs politiques | X | X | X | X | X | (-) | X |
| Améliorer les données sur l'avortement | (-) | X | (-) | (-) | (-) | (-) | (-) |

Abréviation : AMIU, aspiration manuelle intra-utérine.

morbidity sévère ou de mortalité maternelle accouchant dans 4 maternités hospitalières sélectionnées dans 4 provinces différentes. Des aide-mémoire sur les situations à haut risque ont été élaborés et distribués. De plus, 40 médecins ont reçu une formation à la ligature bilatérale des trompes et 40 autres prestataires à l'insertion des dispositifs intra-utérins et des implants sous-cutanés (Jadelle; Bayer Healthcare, Berlin, Allemagne). Le pourcentage de femmes acceptant des contraceptifs réversibles à longue durée d'action (LARC) a augmenté de 2% en 2011 à 8,8% en 2012 [11] selon les données présentées lors de l'atelier régional en 2013 [11].

La Société de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Ouganda (AOGU) a quant à elle mis l'accent sur la réduction des grossesses non désirées par l'augmentation de l'utilisation des contraceptifs. Pour y parvenir, la société a fixé l'objectif de fournir des contraceptifs à 500 000 femmes en formant 50 agents de santé villageois au niveau des districts et en permettant à ces agents de mobiliser les communautés et d'augmenter l'acceptation des services de santé maternelle, grâce à la réalisation de consultations décentralisées sur la contraception dans plusieurs villages. Cette activité est en cours et, à la fin 2012, la société avait atteint 30% de son objectif et, d'une manière générale, des progrès sont en cours et devraient permettre d'atteindre cet objectif ambitieux avant la fin de l'année 2014 [12].

L'un des autres objectifs fixés par cette société était de fournir à 25 000 femmes du Nord de l'Ouganda des LARC ou des méthodes contraceptives permanentes, en se concentrant particulièrement sur la période du post partum. Travaillant en partenariat avec le ministère de la santé et l'Organisation Mondiale de la Santé pour atteindre cet objectif, la société a tenu 5 ateliers de formation continue et contribué à améliorer les services de planification familiale en collaborant à l'achat et à la distribution de contraceptifs.

L'Association de Gynécologie et d'Obstétrique de Tanzanie (AGOTA) a formé 36 prestataires de soins de santé à la minilaparotomie et introduit la pose de DIU en post partum grâce à la formation de 4 prestataires à l'hôpital de Temeke, où au moins 304 poses de DIU ont été effectuées au cours de la première année ayant suivi la formation.

3.2. Prévention secondaire

L'objectif de ce niveau de prévention est de pratiquer des avortements sans risque lorsque l'avortement est inévitable. Plusieurs des sociétés ont conduit des activités visant à atteindre cet objectif. Par exemple, l'un des objectifs fixés par la ZAGO était d'augmenter le nombre d'avortements légaux sans risque pratiqués à l'hôpital universitaire de Lusaka, pour passer de 410 procédures en 2011 à 800 en 2013 et à plus de 1000 en 2014. Pour atteindre cet objectif, les 20 internes de l'hôpital universitaire de Lusaka ont été formés aux procédures chirurgicales et médicales permettant la réalisation d'interruptions de grossesse légales. De plus, la constante disponibilité de matériel d'AMIU, de misoprostol et de mifépristone à l'hôpital universitaire a été assurée; et des informations ont été fournies aux prestataires et aux clients de l'hôpital concernant la législation zambienne sur l'avortement. Concernant cet objectif, 600 avortements légaux sans risque ont été pratiqués en 2013, soit par avortement médical soit par AMIU. Comme l'ont indiqué Macha et coll. [13], il est difficile de vérifier le nombre exact d'avortements médicaux pratiqués en raison du système inefficace d'enregistrement des patientes ambulatoires.

Travaillant en partenariat avec le ministère éthiopien de la santé et d'autres acteurs, l'ESOG a élaboré un programme complet de soins pour l'avortement à l'intention des prestataires de santé de niveau intermédiaire, dans le cadre de cours de formation initiale et continue dans le pays. Pour renforcer ce programme, la société a mis en place l'avortement médical dans 50% des établissements de santé publics en assurant la disponibilité des médicaments destinés à l'avortement médical. L'objectif de cette initiative était

de garantir que 50% des femmes qui demandent une interruption de grossesse du deuxième trimestre bénéficient d'un avortement médical. Environ 150 prestataires de soins de santé ont été formés dans le cadre de ce programme, garantissant ainsi que plus de 30% des établissements de santé aient au moins un prestataire formé. A ce jour, au moins 230 des plus de 850 établissements de santé pratiquent des avortements médicaux.

Au début de l'initiative, la législation au Kenya concernant la fourniture de soins complets en matière d'avortement était restrictive. Heureusement, une révision de la constitution a été engagée dans le pays et la Société Kenyane de Gynécologie et d'Obstétrique (KOGS) a activement participé au processus de révision de la constitution kenyane, avec un groupe de travail de 6 membres qui a conçu, élaboré et révisé les documents pertinents. Les membres du groupe ont préparé plus de 30 déclarations pour le comité des experts et les membres du parlement, participé à plus de 30 débats dans les médias et publié plus de 20 articles dans les grands journaux nationaux. Grâce aux efforts de la KOGS et d'autres acteurs, la législation kenyane autorise désormais l'avortement lorsque, de l'avis d'un professionnel de santé dûment formé, un traitement en urgence est nécessaire ou que la vie ou la santé de la mère est en danger ou encore dans les cas dans lesquels l'avortement est autorisé en vertu de toute autre loi écrite.

La KOGS a également établi un protocole pour délivrer des soins complets en matière d'avortement pour les femmes dans les hôpitaux publics dans toute la mesure permise par la loi. Ce protocole a été appuyé par la formation d'agents de santé à des soins complets en matière d'avortement, y compris l'utilisation de l'AMIU et du misoprostol pour l'évacuation utérine. Plusieurs ateliers se sont tenus pour informer et sensibiliser les professionnels de santé à la fourniture de services d'avortement sans risque dans toute la mesure permise par la loi. Pour appuyer les agents de santé ainsi formés, la société a élaboré des normes et recommandations concernant l'avortement sans risque, qui ont désormais été adaptées par le ministère de la santé, et elle a plaidé avec succès pour l'enregistrement du misoprostol et de la mifépristone dans toutes leurs indications de santé maternelle. L'application pratique des normes et recommandations est encore relativement modeste après des décennies de stigmatisation de toutes formes d'interruption de grossesse dans le pays.

3.3. Prévention tertiaire

Travaillant avec le ministère de la santé et les partenaires, l'ESOG a plaidé en faveur de l'achat et de la distribution de trousseaux d'AMIU afin de s'assurer que tous les centres de santé et tous les hôpitaux reçoivent des trousseaux et que 80% des femmes après un avortement incomplet ou demandant une interruption de grossesse légale soient traitées par AMIU. Ainsi, 500 trousseaux d'AMIU ont été distribués et l'AMIU est disponible de manière permanente dans environ 40% des unités de soins depuis 2009. Environ 80% de femmes demandant un avortement légal ou ayant besoin de soins après un avortement incomplet ont été traitées par AMIU dans certains de ces établissements [14].

La ZAGO a travaillé pour garantir que 70 cliniques dans 4 provinces utilisent les techniques plus sûres d'AMIU ou d'avortement médical, améliorant ainsi la qualité des soins post avortement fournis aux femmes consultant en raison d'un avortement incomplet. L'intention de la société est d'augmenter la proportion des établissements de santé publics proposant l'AMIU et le misoprostol dans le cadre de services de soins post avortement pour passer des 20% actuels à 40% d'ici à décembre 2014 [11].

Avec le ministère de la santé, la KOGS a formé 178 prestataires de soins de santé à l'utilisation de l'AMIU et de l'avortement médical pour les soins post avortement et fourni le matériel d'AMIU et le misoprostol à 6 établissements de santé du pays sélectionnés

pour le traitement de l'avortement incomplet. Presque toutes les femmes se présentant après un avortement incomplet dans ces 6 établissements de santé du pays sélectionnés sont désormais traitées par l'AMIU ou le misoprostol, selon leur âge gestationnel. La KOGS a conduit des essais cliniques randomisés comparant l'AMIU et le misoprostol afin de documenter l'efficacité du misoprostol pour l'évacuation utérine et de dissiper les mythes entourant cette méthode [15]. Les résultats de cette étude, qui ont été diffusés sous diverses formes, ont joué un rôle de plaidoyer important et ont été utilisés pour obtenir l'enregistrement du misoprostol dans ses diverses indications de santé maternelle dans le pays.

En collaboration avec le ministère de la santé et des partenaires tels que l'UNFPA, l'AOGU a assuré des cours de formation sur les soins post avortement et fourni des trousseaux d'AMIU à des établissements de santé aussi bien privés que publics. L'objectif de l'AOGU est de fournir des services de soins post avortement sans risque et de qualité, avec l'AMIU et le misoprostol, à 60% de femmes après un avortement incomplet dans n'importe quel hôpital. Au moins 25% des femmes consultant pour des soins post avortement dans les services de santé publics des zones urbaines depuis décembre 2011 ont été traitées soit par l'AMIU soit par le misoprostol au lieu du curetage traditionnel [12].

L'AMOG a plaidé avec succès pour l'inclusion du misoprostol comme traitement de l'avortement spontané incomplet et autorisé les interruptions de grossesse. Vingt-huit infirmiers de 25 cliniques de soins primaires et 1 hôpital régional dans 2 districts ont été formés au traitement médical de l'avortement incomplet, qui est actuellement proposé dans ces 25 cliniques. Plus tard, le ministère de la santé a accepté d'étendre l'utilisation de cette méthode.

3.4. Prévention quaternaire

La prévention quaternaire consiste à prévenir les avortements répétés par l'utilisation de la contraception post avortement. Au Kenya, l'objectif actuel est que 100% des patientes dans les 10 hôpitaux de niveau 5 et 6 sélectionnés reçoivent des conseils en matière de planification familiale post avortement et une méthode contraceptive de leur choix et qu'au moins 30% des patientes qui reçoivent des soins post avortement dans ces établissements de soins quittent ceux-ci en emportant chez elles une méthode contraceptive de leur choix. La société kenyane, travaillant en partenariat avec le ministère de la santé et l'Ipas, est intervenue dans l'Ouest du Kenya et formé plus de 50 prestataires dans des établissements de santé de niveau 4 et 5 à l'utilisation de l'AMIU pour le traitement de l'avortement incomplet. Cinquante pour cent des évacuations utérines ont été effectuées au moyen de médicaments dans des établissements parrainés par l'Ipas. Plus de 90% des patientes ont reçu des conseils en matière de contraception post avortement, avec un taux d'acceptation de 65%, la méthode la plus populaire étant l'acétate de médroxyprogestérone (DMPA) retard, qui a été accepté par près de 50% de ces femmes. La tendance à l'acceptation des implants et des DIU augmente progressivement [16].

L'AMOG a formé 40 prestataires dans 10 hôpitaux cibles aux conseils et à la fourniture d'une contraception post avortement et ces services ont désormais été mis en œuvre dans ces 10 hôpitaux. Depuis décembre 2011, au moins 20% des femmes recevant des services d'interruption de grossesse quittent les hôpitaux cibles avec une méthode contraceptive. Il s'agit d'un chiffre modeste, mais c'est un avancement par rapport à la période précédente où la contraception post avortement était inexistante [10].

La ZAGO a animé un atelier de formation des formateurs (FF) sur la pose, le retrait et la gestion des DIU et des implants (Jadelle) pour 22 professionnels qui ont ensuite eux-mêmes formé 140 presta-

taires supplémentaires. Des données sont disponibles uniquement pour l'hôpital universitaire de Lusaka, dans lequel la contraception post avortement a augmenté de 25% en 2009 à 60% en 2012, mais pas pour le pays dans son ensemble.

4. Commentaires

Dans le cadre de cette initiative de la FIGO, les sociétés nationales de gynécologie et d'obstétrique ont élaboré un partenariat stratégique avec leurs ministères de la santé respectifs, garantissant que la prévention de l'avortement reste au premier plan de l'agenda des pays de cette région. Cela souligne l'engagement des sociétés nationales pour prévenir la morbidité et la mortalité maternelle associée aux avortements à risque, fixant ainsi la norme en matière de fourniture de services. Pour atteindre ces objectifs, les sociétés membres de la FIGO travaillent avec d'autres agences dans les pays afin de bâtir des partenariats solides. Cette initiative a montré que les sociétés nationales de gynécologie et d'obstétrique agissent à la fois comme défenseurs et comme exemples de meilleures pratiques dans la région.

Conflit d'intérêt

L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Références

- [1] World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Geneva: WHO; 2011.
- [2] International Conference on Population and Development. ICPD Programme of Action, Paragraph 8.25 – Cairo, 5–13 September 1994. New York: United Nations; 1995.
- [3] FIGO, ICM, ICN, USAID, WRA, DFID, et al. Post abortion family planning: a key component of post abortion care. Consensus Statement: International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), International Confederation of Midwives (ICM), International Council of Nurses (ICN), United States Agency for International Development (USAID), White Ribbon Alliance (WRA), Department for International Development (DFID), and Bill and Melinda Gates Foundation; 1 November, 2013.
- [4] Faúndes A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2012;119(Suppl. 1):S68–71.
- [5] Population Reference Bureau. 2011 World Population Data Sheet: the world at 7 billion. Washington, DC: PBR and USAID; 2011.
- [6] World Health Organization, UNICEF. Countdown to 2015. Accountability for maternal, newborn and child survival: the 2013 update. Geneva: WHO and UNICEF; 2013.
- [7] Kenya National Bureau of Statistics (KNBS), ICF Macro. Kenya Demographic Health Survey, 2008–09. Calverton, Maryland: KNBS and ICF Macro; 2010.
- [8] Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE), ICF International (ICFI). Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2011 (Mozambique Demographic Health Survey, 2011). Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE, ICFI; 2013.
- [9] Tanzania National Bureau of Statistics, ICF Macro. 2010 Tanzania Demographic Health Survey: Key Findings. Calverton, Maryland, USA: NBS and ICF Macro; 2011.
- [10] Associação Moçambicana de Obstetras e Ginecologistas. Action Plan for Mozambique 2012–2013. Regional workshop report; 2013.
- [11] Macha S, Vwalika B. FIGO initiative to reduce unsafe abortions – Zambia Country Report; 2013.
- [12] Kiggundu C, Collins M. Strategy for reducing incidence of unsafe abortion in Uganda: Addis Ababa regional workshop report; 2013.
- [13] Macha S, Muyuni M, Nkonde S, Faúndes A. Increasing access to legal termination of pregnancy and postabortion contraception at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia. *Int J Gynecol Obstet* 2014;126(Suppl. 1):S49–51.
- [14] Ethiopian Society of Obstetrics and Gynaecology. Action plan for 2011–12: regional workshop. 2012 Report; 2012.
- [15] Igogo P. Use of misoprostol in evacuation of the uterus in incomplete abortion. Unpublished M. Med dissertation University of Nairobi; 2009.
- [16] Igogo P. Abortion services in western Kenya. Unpublished report; 2014.



www.igo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

INITIATIVE DE LA FIGO

Contribution des sociétés de gynécologie et d'obstétrique dans les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre à la prévention des avortements à risque

Robert J.I. Leke*

Maternité Principale de l'Hôpital Central de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

INFOS ARTICLE

Mots clés :

Initiative de la FIGO
 Contraception réversible à longue durée d'action (LARC)
 Prévention
 Stratégies de prévention
 Avortement à risque
 Afrique de l'Ouest et du Centre

R E S U M E

L'avortement à risque est un problème de santé publique majeur dans les pays à faibles ressources. Dans les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, les taux de mortalité maternelle liée à l'avortement sont extrêmement élevés, la prévalence d'utilisation d'une contraception moderne est très faible et le besoin non satisfait de planification familiale est également élevé. L'initiative de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) pour la prévention des avortements à risque et de ses conséquences a contribué de manière substantielle à la sensibilisation accrue au problème de l'avortement, attirant l'attention des sociétés professionnelles, des gynécologues et des obstétriciens, des ministères de la santé, des prestataires de soins de santé et de la communauté en général aux questions liées à l'avortement. La promotion de soins post avortement de qualité, y compris l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine, du misoprostol et de la contraception post avortement, a sensiblement amélioré l'accès à ces services ; il reste toutefois un long chemin à parcourir.

© 2014 Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique. Publié par Elsevier Ireland Ltd.

1. Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 22 millions d'avortements à risque sont effectués chaque année, entraînant le décès de 47 000 femmes et des conséquences à long terme sur la santé de 5 autres millions de femmes dans le monde [1]. L'avortement à risque est un problème de santé publique majeur en Afrique de l'Ouest et du Centre et il représente une cause majeure de mortalité maternelle. L'Afrique de l'Ouest a l'un des taux d'avortement à risque les plus élevés au monde, avec 28 avortements pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans [2].

L'Afrique a également le taux de mortalité maternelle liée à l'avortement le plus élevé, avec 100 décès liés à l'avortement pour 100 000 naissances vivantes en 1990 et 80 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2008. Ces chiffres sont 4 fois plus élevés qu'en Asie et 8 fois plus élevés qu'en Amérique Latine – deux autres régions du monde où les lois en matière d'avortement sont très restrictives [1]. Le risque de décès dû à un avortement à risque est beaucoup plus élevé en Afrique que dans toute autre région du monde, avec 1 décès pour 210 avortements à risque contre 1 décès pour 625 avortements à risque en Asie et 1 décès pour 3300 avortements à risque en Amérique Latine [1]. Ces données éclairent la pertinence de l'initiative de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) pour la prévention des avortements à risque dans cette région.

Les sociétés membres de la FIGO des 5 pays participants de la

région Afrique de l'Ouest et du Centre (Cameroun, Côte d'Ivoire, Bénin, Nigéria et Gabon) ont été invitées à effectuer une analyse de situation de l'avortement à risque dans leurs pays respectifs. Les points clés issus des analyses ont été les suivants :

1. Les lois en matière d'avortement ont été jugées restrictives dans les 5 pays.
2. D'une manière générale, la disponibilité de données sur l'avortement était inadéquate.
3. La prévalence d'utilisation d'une contraception était faible, en particulier concernant les méthodes contraceptives modernes, dont la prévalence d'utilisation est inférieure à 20%.
4. Dans presque tous les cas d'avortement incomplet, le traitement utilisé était le curetage.
5. Les recommandations post avortement étaient obsolètes et le personnel manquait de formation.
6. L'utilisation de la contraception post avortement était rare, en particulier concernant les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (LARC).

L'analyse de situation a permis à chaque pays d'élaborer un plan d'action avec des activités spécifiques. Les plans d'action ont été préparés en collaboration avec le ministère de la santé de chaque pays et ils ont reçu l'approbation officielle du ministère.

Toutes les sociétés professionnelles avaient reçu l'autorisation du gouvernement d'exercer, après enregistrement auprès de l'agence gouvernementale compétente. Chaque société de gynécologie et d'obstétrique est régie par des statuts, avec un règlement interne et un conseil d'administration. Les sociétés sont reconnues par les gouvernements comme collaborateurs et partenaires pour les

* Société des Gynécologues et Obstétriciens du Cameroun, Maternité Principale de l'Hôpital Central de Yaoundé, B.P. 1935 Yaoundé, Yaoundé, Cameroun.
 Adresse e-mail: robertjleker@yahoo.fr (R.J.I. Leke).

activités liées à la santé maternelle. Dans certains pays, tels que le Cameroun, le directeur de la santé maternelle est un gynécologue-obstétricien. Par ailleurs, certains des pays, dont le Cameroun, ont signé un protocole d'accord avec leur ministère de la santé respectif, qui définit les devoirs et les responsabilités du gouvernement vis-à-vis de la société et vice-versa. Cette approche spécifique et clarifie les responsabilités de chaque partie et le rôle prépondérant de la société dans les questions liées à la santé maternelle. Cette collaboration n'est pas limitée au seul gouvernement, elle s'applique aussi à d'autres partenaires nationaux et internationaux travaillant dans le domaine de la santé maternelle.

Chaque société participante a choisi l'un de ses membres pour superviser les différentes activités incluses dans le plan d'action et pour s'assurer que les actions sont mises en œuvre. La tâche du coordinateur régional était de superviser les activités dans l'ensemble de la région au travers de visites de monitoring et d'une communication régulière afin d'assurer le progrès des activités [3].

Au fil des années, les équipes nationales réviseront leurs plans d'action afin de définir des objectifs réalistes qui puissent être raisonnablement atteints dans l'intervalle de temps fixé.

Le Tableau 1 montre les objectifs qui ont été inclus comme objectifs majeurs dans les plans d'action des 5 pays participants d'Afrique de l'Ouest et du Centre. Chacun des objectifs a été mis en exergue par l'un au moins des 44 pays participant à l'initiative de la FIGO dans le monde.

2. Progrès et acquis dans chaque pays

Les acquis représentent les résultats du travail accompli par les sociétés professionnelles de gynécologie et d'obstétrique en collaboration avec leurs ministères de la santé respectifs et leurs partenaires en matière de développement. Dans la plupart des cas, les partenaires ont été l'UNFPA, l'OMS, l'IPPF, l'Ipas, Gynuity Health Projects, la Fondation Concept et Population Services International [4].

Les progrès réalisés dans la mise en œuvre des objectifs et des activités fixés dans les plans d'action peuvent être mesurés en fonction des niveaux de prévention déterminés précédemment [5].

Les données utilisées pour décrire les acquis obtenus aux 4 niveaux de prévention proviennent des rapports cliniques et hospitaliers annuels, des enquêtes démographiques et de santé et des évaluations officielles conduites au Bénin, au Gabon et au Cameroun. Les principaux informateurs, à savoir les responsables religieux, les chefs des communautés locales et les organisations non gouvernementales travaillant dans le domaine de la santé maternelle au niveau communautaire, ont également communiqué des informations.

2.1. Progrès en prévention primaire

La majorité des avortements à risque sont le résultat de grossesses non prévues et non désirées ; c'est pourquoi la prévention

primaire repose sur des programmes de planification familiale qui garantissent l'accès à une contraception sûre, efficace et abordable. Sur la base des dernières enquêtes démographiques et de santé, les 5 pays participants avaient des plans pour augmenter la prévalence d'utilisation d'une contraception et améliorer l'accès des filles à une éducation officielle [6]. A l'heure actuelle, toutefois, les taux de prévalence d'utilisation d'une contraception moderne restent extrêmement faibles, compris entre 7% au Bénin et 14,2% au Cameroun [7]. Cette situation se reflète dans tous les pays de la région, y compris ceux dans lesquelles des méthodes LARC sont disponibles. L'utilisation post partum et post avortement de dispositifs intra-utérins reste extrêmement faible dans tous les pays de la région.

Même si la contraception post avortement a été incluse dans les objectifs des 5 sociétés participantes, seul le Nigéria a fixé l'objectif d'augmenter le taux de prévalence de la planification familiale en général dans son plan d'action. En revanche, toutes les sociétés sont impliquées dans des activités de formation destinées à accroître les taux actuellement faibles d'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Dans cette région, les méthodes LARC sont utilisées comme méthode d'espacement des naissances ; en revanche, le taux de prévalence d'utilisation des méthodes LARC reste extrêmement faible et des efforts concertés sont nécessaires pour accroître l'acceptation de ces méthodes. Le Nigéria a inclus l'introduction des méthodes LARC comme méthode d'espacement des naissances afin d'atteindre son objectif d'augmenter la prévalence d'utilisation de la contraception.

La promotion et la mise en œuvre de programmes d'éducation sexuelle n'ont à ce jour été incluses dans les plans d'action d'aucune des sociétés de gynécologie et d'obstétrique en Afrique de l'Ouest et du Centre, même si cette stratégie s'est révélée très importante pour prévenir les grossesses chez les adolescentes.

2.2. Progrès en prévention secondaire

La prévention secondaire consiste à inclure l'accès à l'avortement sans risque dans la législation du pays concerné. Même si l'avortement est illégal dans tous les pays de la région, il est autorisé dans les cas de viol et lorsqu'il existe un risque avéré pour la vie de la mère [8]. Dans ce contexte, l'initiative a contribué à réduire les tabous concernant l'avortement et aidé à sensibiliser les prestataires de santé à l'utilisation des services ainsi offerts et de répondre aux demandes des femmes dans le cadre autorisé par la loi.

L'introduction et l'utilisation accrue des nouvelles techniques d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et du misoprostol dans les services d'avortement, y compris la formation de prestataires de santé de niveau intermédiaire, ont amélioré de manière significative les soins aux patientes. Ces mesures ont également permis d'attirer l'attention des prestataires de santé, des scientifiques et de la communauté en général sur la question de l'avortement afin de

Tableau 1

Objectifs fixés dans les plans d'action des 5 pays participants d'Afrique de l'Ouest et du Centre.

| Objectifs | Nigéria | Cameroun | Bénin | Gabon | Côte d'Ivoire |
|---|---------|----------|-------|-------|---------------|
| Education sexuelle | - | - | - | - | - |
| Planification familiale | X | - | - | - | - |
| Faciliter l'adoption | - | - | - | - | - |
| Accès à l'avortement légal sans risque | - | - | - | - | - |
| Plaidoyer pour une réforme des lois | - | - | - | - | - |
| AMIU en cas d'avortement incomplet | X | X | X | X | X |
| Misoprostol en cas d'avortement incomplet | - | - | X | - | X |
| Contraception après avortement | X | X | X | X | X |
| Sensibiliser les décideurs politiques | X | - | - | - | X |
| Améliorer les données sur l'avortement | X | X | X | X | X |

Abréviation : AMIU, aspiration manuelle intra-utérine.

clarifier les valeurs en la matière. Jusqu'à présent toutefois, aucune des sociétés de la région n'a inclus dans son plan d'action l'objectif de faciliter l'accès à l'avortement sans risque dans les limites de la législation actuelle.

Par ailleurs, aucune des sociétés n'a spécifiquement inclus dans son plan d'action la promotion en faveur de la modification des lois et réglementations du pays en matière d'avortement.

2.3. Progrès en prévention tertiaire

La prévention tertiaire consiste à réduire les taux de morbidité et de mortalité après des avortements provoqués à risque. Les stratégies qui contribuent à l'amélioration de la prévention tertiaire sont notamment l'utilisation de l'AMIU et du misoprostol pour la prise en charge de l'avortement incomplet, la formation du personnel et le changement des attitudes et des préjugés des prestataires de santé concernant l'avortement. Tous les pays participant à l'initiative dans la région Afrique de l'Ouest et du Centre ont adopté l'AMIU et le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet; toutefois, le respect de l'utilisation de ces techniques reste insuffisant et a tendance à varier d'un pays à l'autre.

La majorité des pays de la région ont obtenu de bons résultats en termes de formation du personnel à l'utilisation de l'AMIU et du misoprostol. Tous les pays ont actualisé leurs programmes de formation et leurs recommandations. Des personnels de santé de tous les niveaux ont été formés à l'utilisation de l'AMIU, du misoprostol et des méthodes LARC, en mettant toutefois l'accent sur la formation des prestataires de santé de niveau intermédiaire.

L'utilisation du curetage a été abandonnée dans les deux hôpitaux universitaires du Bénin en faveur de l'AMIU et du misoprostol. Dans les deux hôpitaux universitaires du Cameroun, l'utilisation de l'AMIU est également proche de 100% [8]. De même, le Gabon a fait des progrès dans l'utilisation de l'AMIU; même si l'utilisation de cette méthode est bien inférieure à 50%, les prestataires de santé de niveau intermédiaire de tout le Gabon ont reçu une formation à son utilisation, propageant dès lors l'utilisation de cette méthode. La Côte d'Ivoire a également introduit l'AMIU dans sa pratique de santé; l'utilisation de cette technique a toutefois subi un contretemps majeur dû à l'instabilité politique dans le pays et à une pénurie de trousse d'AMIU.

De fait, un obstacle majeur à l'utilisation de l'AMIU dans ces pays est le manque de trousse d'AMIU [8] et des efforts substantiels sont faits au travers de l'initiative de la FIGO pour s'assurer que ces trousse sont disponibles dans les 4 pays prioritaires (Cameroun, Côte d'Ivoire, Bénin et Gabon).

Le misoprostol a été introduit pour le traitement de l'avortement incomplet en Côte d'Ivoire et au Bénin. De ce fait, ce médicament est actuellement utilisé dans 1 cas sur 4 d'avortement incomplet bénéficiant de soins dans les 3 hôpitaux les plus importants du Bénin. De plus, le Bénin a fait des progrès en incluant le misoprostol dans sa liste des médicaments essentiels.

2.4. Progrès en prévention quaternaire

La prévention quaternaire consiste à prévenir les avortements provoqués répétés en fournissant des conseils en matière de contraception, en donnant à la femme la possibilité de choisir la méthode qu'elle préfère et en lui fournissant la méthode qu'elle a choisie avant qu'elle ne quitte l'établissement de santé. Ces activités ont désormais été mises en œuvre dans le cadre des soins post avortement systématiques dans 3 des 5 pays de la région (Bénin, Gabon et Côte d'Ivoire). La méthode contraceptive utilisée par la majorité des patientes immédiatement après un

avortement est la pilule – une méthode à court terme qui est moins efficace pour prévenir les avortements répétés que les méthodes LARC. De fait, les méthodes LARC sont encore rarement utilisées après un accouchement ou après un avortement. En revanche, au travers de l'initiative de la FIGO, des efforts sont désormais mis en œuvre pour fournir aux patientes des méthodes LARC avant leur sortie de l'établissement de santé. Plus de 25% de toutes les patientes traitées pour un avortement incomplet dans les 3 maternités hospitalières les plus importantes du Bénin reçoivent une méthode LARC, tandis que 10% de celles vues dans la plus importante maternité hospitalière du Gabon reçoivent une méthode LARC et 15% supplémentaires débute l'utilisation du contraceptif injectable tous les 3 mois.

3. Commentaires

L'initiative de la FIGO a attiré l'attention sur la question de l'avortement en Afrique. Cette initiative permet de changer progressivement les mentalités, les attitudes et les habitudes des prestataires de santé et des administrateurs de la santé sur la question de l'avortement. Les services de santé reproductive sont désormais mieux informés de la nécessité de fournir des soins d'avortement complets, incluant l'AMIU, le misoprostol, les conseils et contraception après avortement. L'un des acquis de l'initiative est la collaboration accrue entre les sociétés de gynécologie et d'obstétrique, les ministères de la santé et leurs partenaires en santé reproductive. De plus, des progrès réels ont été accomplis depuis la mise en œuvre de l'initiative de la FIGO, même si des différences existent entre pays.

Les sociétés de gynécologie et d'obstétrique participant à l'initiative ont identifié des obstacles à la mise en œuvre de leurs plans d'action. Ces obstacles sont notamment des ressources financières insuffisantes pour mener les activités; un manque d'équipements dans les établissements de santé; des pénuries constantes de produits contraceptifs dans le pays; des difficultés pour inclure le misoprostol dans la liste des médicaments essentiels dans divers pays; et la persistance de lois en matière d'avortement restrictives dans la région.

Conflit d'intérêt

L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Références

- [1] Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *Int J Gynecol Obstet* 2011;115(2):121–6.
- [2] Shah I, Ahman E. Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reprod Health Matters* 2010;18(36):90–101.
- [3] Leke RJ, de Gil MP, Távara L, Faúndes A. The FIGO working group on the prevention of unsafe abortion: mandate and process for achievement. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110:S20–4 Suppl.
- [4] Zaidi S, Hassan EO, Hodorozea S, Leke RJ, Távara L, de Gil MP. International organizations and NGOs: an example of international collaboration to improve women's health by preventing unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110:S30–3 Suppl.
- [5] Faúndes A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2012;119(Suppl. 1):S68–71.
- [6] INS, ICF. Cameroon DHS 2011. Yaoundé: National Institute of Statistics; 2012 (in French).
- [7] Leke RJ. Commentary on unwanted pregnancy and abortion complications in Cameroun. *Int J Gynecol Obstet* 1989;3:33–5 Suppl.
- [8] Leke RJ, Philip NN. Abortions in low resource countries. In: Darwish A, editor. *Basic gynecology – some related issues*. Rijeka: Intech; 2012. Available at: <http://www.intechopen.com/books/basic-gynecology-some-related-issues/abortions-in-low-resource-countries-case-study-of-cameroun->



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo



INITIATIVE DE LA FIGO

Acquis de l'initiative de la FIGO pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences en Asie du Sud/Sud-est

Shahida Zaidi^{a,*}, Ferdousi Begum^b, Jaydeep Tank^c, Pushpa Chaudhury^d, Haleema Yasmin^e, Mangala Dissanayake^f^aClinique d'échographie et Institut d'échographie, Karachi, Pakistan^bCollège médical Sir Salimullah, Dhaka, Bangladesh^cMaternité et Hôpital chirurgical Ashwini, Mumbai, Inde^dMaternité et Hôpital des femmes Paropakar, Katmandou, Népal^eCentre médical Jinnah Postgraduate, Karachi, Pakistan^fHôpital de base Avisawella, Sri Lanka

I N F O S A R T I C L E

Mots clés :

Initiative de la FIGO

Soins post avortement

Contraception post avortement

Prévention

Asie du Sud/Sud-est

Avortement à risque

Evacuation utérine

R E S U M E

Depuis 2008, l'initiative de la FIGO pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences a contribué à assurer le remplacement du curetage par l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et par l'avortement médical dans les hôpitaux sélectionnés des pays participants d'Asie du Sud/Sud-est. Cette initiative a facilité l'enregistrement du misoprostol au Pakistan et au Bangladesh ainsi que l'autorisation de la mifépristone pour la "régulation menstruelle" au Bangladesh. Le Conseil des Infirmiers du Pakistan a accepté d'inclure l'AMIU et l'avortement médical dans le programme de formation des sages-femmes. Le gouvernement du Bangladesh a approuvé la formation des infirmiers et des paramédicaux à l'utilisation de l'AMIU pour traiter l'avortement incomplet dans des cas sélectionnés. Le Collège des Gynécologues et Obstétriciens du Sri Lanka, en collaboration avec des partenaires, a présenté un projet de pétition aux autorités compétentes les appelant à libéraliser la loi en matière d'avortement dans les cas de viol et d'inceste ou en présence d'anomalies congénitales mortelles. De manière significative, l'initiative a introduit ou renforcé la fourniture d'une contraception après avortement.

© 2014 Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique. Publié par Elsevier Ireland Ltd.

1. Introduction

Il est difficile de calculer le nombre d'avortements provoqués dans un pays lorsque l'on ne dispose d'aucune donnée de population. Dans les 5 pays d'Asie du Sud/Sud-est qui ont participé à l'initiative de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences depuis 2008, les estimations annuelles diffèrent en fonction de la taille de la population, du statut légal de l'avortement ainsi que de la qualité des services de santé et de l'accès à ces services. Par conséquent, les estimations du nombre d'avortements sont comprises entre 523 808 et 769 269 au Bangladesh [1], entre 219 000 et 255 000 au Sri Lanka [2], elles sont de 890 000 au Pakistan [3] et de 6,4 millions en Inde [4]. Une proportion considérable de ces avortements est constituée d'avortements à risque selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [5]. Au Népal, où des réformes de la loi ont été introduites en 2002, près de 500 000 avortements sans risque ont été pratiqués entre 2004 et 2011 [6].

De même, il est difficile de calculer dans quelle mesure l'avortement contribue à la mortalité maternelle. Les données publiées correspondent en grande partie aux résultats d'études conduites dans des hôpitaux de soins tertiaires, de quelques enquêtes démographiques auprès des ménages et des recherches du Conseil de la Population, de l'Institut Guttmacher et de l'OMS. En Asie du Sud, les estimations indiquent que les avortements sont responsables de 13% de la mortalité maternelle [7,8]. Les statistiques des 5 pays participants varient. Au Bangladesh, la mortalité liée à l'avortement a diminué de manière significative, de 13% en 2001 à moins de 1% en 2010 [9,10]. Au Pakistan, les décès liés à l'avortement représentaient 5,6% de la mortalité maternelle en 2006–2007 [11] et 8 à 9% en Inde [4]. Au Sri Lanka, les avortements septiques sont responsables de 10 à 15% des décès maternels et ils représentent la deuxième cause de mortalité [12]. Le Sri Lanka a le taux de mortalité maternelle (TMM) le plus faible dans la région, à 33 pour 100 000 naissances vivantes [12] contre 194 au Bangladesh [10], 276 au Pakistan en 2006–2007 [11] et 212 en Inde pour la période 2007–2009 [13]. Au Népal, le TMM a été rapporté à 281 pour 100 000 naissances vivantes dans une enquête démographique népalaise de 2006 [14], mais les études ultérieures ont estimé que ce taux avait chuté à 229 en 2008/2009 [15] et à 170 par la suite [16,17].

* Auteur correspondant à : 140 R, Block 2, P.E.C.H.S., Karachi 75400, Pakistan.
Tél. : +92 21 34556684 ; fax : +92 21 34312525.

Adresse e-mail : z.shahida@gmail.com (S. Zaidi).

Concernant la législation, l'avortement est légal jusqu'à 63 jours de grossesse en Inde en vertu de la loi sur l'interruption médicale de grossesse [18] et jusqu'à 90 jours au Népal, durée prolongée jusqu'à 18 semaines lorsque la grossesse est le résultat d'un viol et jusqu'à n'importe quel stade de la grossesse lorsque l'avortement est nécessaire pour sauver la vie de la mère [19]. Au Bangladesh, la "régulation menstruelle" est autorisée jusqu'à 10 semaines de grossesse [20], alors que l'avortement est autorisé au Pakistan depuis 1997, non seulement lorsqu'il est nécessaire pour sauver la vie de la mère, mais aussi aux stades précoces de la grossesse lorsqu'il représente un "traitement nécessaire" [21]. Au Sri Lanka, la législation actuelle autorise l'interruption de grossesse uniquement lorsqu'elle est nécessaire pour sauver la vie de la femme enceinte [22].

Les lois restrictives ne découragent pas les femmes d'interrompre des grossesses non désirées, elles les incitent plutôt à s'adresser à des prestataires de soins de santé inexpérimentés afin de garantir la confidentialité et d'échapper aux mesures punitives [23–25]. En revanche, les lois libérales ne garantissent pas la réalisation d'avortements sans risque si les mesures proactives nécessaires ne sont pas prises par le gouvernement et par la Société. Dans ce cas, les avortements à risque pourraient résulter d'un manque de connaissance de la loi par les prestataires de soins de santé et par le public, d'un manque de disponibilité des services ou d'accès à ces services, d'une ignorance concernant l'existence d'établissements de santé homologués pour fournir des services d'avortement [18] et de la stigmatisation associée à l'avortement.

2. L'initiative de la FIGO pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences

L'incitation à l'introduction, en 2007, de cette initiative mondiale par la présidente de la FIGO de l'époque, le Dr Dorothy Shaw, était le taux élevé d'avortements provoqués résultant des grossesses non désirées ou inopportunes ainsi que la morbidité et la mortalité significatives qui en découlaient dans de nombreux pays [26–28].

En 2007, la présidente de la FIGO et responsable de la Fédération internationale du planning familial (IPPF) a rédigé une lettre aux sociétés de gynécologie et d'obstétrique membres de la FIGO dans le monde, parmi lesquelles 14 dans des pays d'Asie du Sud/Sud-est, expliquant le bien fondé de cette initiative et les conditions préalables pour y participer. Il s'agissait notamment de réaliser une analyse de situation sur l'avortement à risque à partir des données disponibles et de préparer un plan d'action en collaboration avec le gouvernement et les organisations partenaires concernées. On insistait sur l'implication des agences gouvernementales pour garantir l'"appropriation" des plans nationaux et leur mise en œuvre. Le coordinateur régional a assuré le suivi et, en 2008, 8 pays avaient rejoint l'initiative. Les délégués de ces pays ont participé à un atelier régional qui s'est tenu à Mumbai, en Inde, en août 2008. Seuls 5 de ces pays poursuivent aujourd'hui leur participation, à savoir le Bangladesh, l'Inde, le Népal, le Pakistan et le Sri Lanka ; la Malaisie a rejoint l'initiative en 2012. L'initiative est désormais en phase de mise en œuvre. Les plans sont dynamiques, répondant aux besoins changeants de chaque pays, aux expériences acquises et aux leçons apprises.

3. 3. Stratégies

Les stratégies de l'initiative ont été conçues pour garantir une utilisation maximale de toutes les ressources disponibles au travers d'une collaboration entre les sociétés nationales de gynécologie et d'obstétrique et les ministères/départements gouvernementaux concernés ainsi que les organisations non gouvernementales (ONG) nationales et internationales travaillant dans les domaines de la santé publique, des services d'avortement et de la planification

familiale [26,28]. Le coordinateur régional et les points de contact sélectionnés dans les sociétés nationales ont rédigé des lettres aux ministères et départements gouvernementaux concernés ainsi qu'aux ONG. L'implication des agences gouvernementales devait garantir l'"appropriation" et la mise en œuvre des plans d'action, ainsi que la poursuite des activités après la fin de l'initiative. Ces agences étaient notamment le ministère de la santé et les ministères/directions/départements en rapport avec la planification familiale/le bien-être ainsi que la famille et la santé maternelle dans tous les pays participants.

Initialement, chaque société nationale de gynécologie et d'obstétrique, avec l'assistance des organisations gouvernementales et des ONG, a préparé une analyse de situation de l'avortement à risque à partir des données disponibles dans son propre pays. Cette analyse a été présentée lors d'un atelier national auquel ont participé les représentants de ces organisations. Les équipes nationales ont utilisé cette analyse pour préparer un plan d'action, définissant les activités nécessaires pour atteindre chaque objectif. Elles ont adopté une approche globale de prévention à 4 niveaux [26,28] destinée à réduire le nombre des grossesses non désirées et les avortements à risque en résultant, à garantir que les avortements qui ne pouvaient être évités soient pratiqués dans des conditions sans risque, à fournir un traitement efficace, sensible et opportun des complications liées à l'avortement et, enfin, à fournir une contraception post avortement afin d'éviter des grossesses non désirées répétées.

4. Plans d'action

Les plans d'action prévoyaient le plaidoyer en faveur de différentes causes, le passage en revue des recommandations en matière de soins d'avortement, la formation des prestataires de soins de santé, l'amélioration de la délivrance de services et, dans certains pays, la réalisation de recherches liées à l'avortement. Avec l'expérience, les plans ont commencé à se concentrer sur des activités qui étaient atteignables et mesurables. Les détails de ces plans sont donnés ci-dessous.

4.1. Plaidoyer

Les plans d'action ont inclus des campagnes pour plusieurs causes avec divers groupes cibles. La Fédération des Sociétés d'Obstétrique et de Gynécologie d'Inde (FOGSI) a tenu des réunions de sensibilisation sur la légalité et la disponibilité de l'avortement sans risque, en ciblant les médias, les décideurs politiques et le public général. Au Népal, des inscriptions sur les murs, des programmes radio et un logo spécial apposé sur les établissements informaient le public des lieux dans lesquels des services d'avortement sans risque seraient fournis. La Société des Obstétriciens et Gynécologues du Pakistan (SOGP) a informé de manière répétée ses membres et autres acteurs des changements de la loi relative à l'avortement. Le plan d'action du Pakistan, rédigé en 2009, prévoyait de pétitionner auprès du Conseil des Infirmiers du Pakistan afin d'inclure les méthodes d'évacuation utérine sans risque – l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et l'avortement médical – dans le programme de formation des sages-femmes. Le Collège des Gynécologues et Obstétriciens du Sri Lanka (SLCOG) a pétitionné auprès des décideurs politiques concernés et, avec leur aide, a préparé un projet de document demandant la libéralisation de la loi restrictive en matière d'avortement pour les victimes de viol et d'inceste et pour les femmes portant des fœtus avec des malformations mortelles. Après avoir passé en revue les recommandations en matière de soins après avortement, le Collège a recommandé dans son plan de 2011–2012 que le misoprostol soit placé sur la liste des médicaments essentiels pour la prise en charge de l'avortement incomplet.

Dans leur plan d'action 2012, les membres du conseil de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Bangladesh (OGSB) ont

envoyé une recommandation au Directeur Général des Services de Santé et au Directeur Général de la Planification familiale selon laquelle l'utilisation de l'AMIU devrait être augmentée et le misoprostol devrait être introduit pour les soins après avortement [20]. La Société a également recommandé que des contraceptifs, en particulier les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (LARC), soient fournis dans tous les cas de réalisation d'une évacuation utérine.

4.2. Préparation/actualisation des recommandations et formation des prestataires de soins de santé

Le remplacement du curetage par l'AMIU et l'avortement médical, l'amélioration de la qualité et de la disponibilité des services de planification familiale et de l'accès à ces services immédiatement après une évacuation utérine, conformément aux recommandations de l'OMS concernant l'avortement sans risque, ont été des items inclus dans les plans d'action de tous les pays impliqués dans l'initiative [29,30].

L'OGSB a collaboré avec le gouvernement pour actualiser le protocole national d'AMIU et elle a préparé une déclaration sur cette technique [31]. Plus tard, cette Société a élaboré un manuel pour l'utilisation du misoprostol dans les soins après avortement [32] et préparé un matériel d'information, éducation et communication (IEC) à l'intention des services de soins après avortement. Le SLCOG a également actualisé ses recommandations sur les soins après avortement de manière à inclure les technologies modernes de prise en charge de l'avortement incomplet et à introduire la contraception après avortement. Cette Société a demandé à la FIGO des fonds d'urgence qui lui permettraient de conduire un projet pilote destiné à former aux nouvelles recommandations 160 médecins de grade intermédiaire dans 8 hôpitaux de 4 districts sélectionnés.

En Inde, dans le cadre du groupe d'experts du gouvernement de l'Inde travaillant avec l'OMS et d'autres partenaires, la FOGSI a élaboré un projet de document pour des recommandations exhaustives portant sur la délivrance de services d'avortement à la fois du premier et du deuxième trimestre et sur la délivrance de conseils en matière de contraception après avortement.

4.3. Education sexuelle

Les plans actuels prévoient la mise en œuvre d'une éducation sexuelle pour les élèves des écoles en Inde et au Népal par la formation des enseignants dans des écoles sélectionnées et leur supervision pendant un an ou sur toute la durée d'un cours.

5. Passage en revue de la proposition d'initiative

En 2010, un fonds d'urgence de l'initiative de la FIGO a été créé pour soutenir les activités (pour la formation, pour l'achat de matériel et pour faciliter la délivrance des services) dans 4 pays identifiés comme prioritaires : le Bangladesh, le Népal, le Pakistan et le Sri Lanka. Il est important de souligner que le curseur s'est déplacé des indicateurs de processus (le nombre d'ateliers tenus et le nombre de professionnels de santé formés) aux indicateurs de résultat (le nombre de femmes prises en charge), avec un passage à des objectifs quantitatifs et des produits mesurables afin de permettre une évaluation d'impact.

6. Objectifs de la délivrance de services

Tous les pays ont fixé des objectifs pour le nombre (ou le pourcentage) de femmes à prendre en charge par les technologies ou procédures mises en œuvre, sachant qu'il faudrait du temps pour atteindre l'objectif souhaité de 100% et que des objectifs

intermédiaires pourraient être fixés entretemps. Les niveaux de départ étaient différents. Par exemple, dans 4 des 5 hôpitaux participants du secteur public au Pakistan dans lesquels l'utilisation de l'AMIU était inexistante, les avortements incomplets étaient traités par dilatation et curetage ou par dilatation et évacuation dans respectivement 100%, 90%, 72% et 27% des cas et l'avortement médical était pratiqué dans respectivement 0%, 10%, 29% et 64% des cas. L'objectif fixé pour les 3 premiers hôpitaux était d'avoir 50% de tous les cas d'avortement incomplet pris en charge par AMIU ou avortement médical avant la fin 2013 et près de 100% avant la fin 2014 [33]. L'AMIU devait être introduite dans le quatrième hôpital, celui dans lequel l'avortement médical était pratiqué dans 64% des cas, la dilatation et évacuation dans 27% et l'aspiration électrique intra-utérine (AEIU) dans 9% des cas [33].

Pour la majorité des pays, l'objectif souhaité pour les conseils en matière de contraception post avortement était d'atteindre 100% des cas, avec fourniture à la femme de la méthode contraceptive choisie par elle dans environ 60% des cas. Lorsque cela était possible, les méthodes LARC devaient être proposées compte tenu de leur efficacité à long terme pour réduire les grossesses non prévues [34,35].

Au Bangladesh, après que le gouvernement a légalisé la pratique de l'AMIU pour les soins après avortement par les paramédicaux et celle de l'avortement médical par les infirmiers [36], la Société a obtenu un financement d'urgence de la FIGO en 2012 pour former 16 paramédicaux et 28 médecins de 7 établissements de santé sélectionnés et fourni aux centres médicaux des aspirateurs manuels intra-utérins. Un rapport de deux établissements montre une augmentation de l'utilisation de l'AMIU sur les 18 mois entre janvier 2012 et juin 2013. À l'hôpital et à l'Institut pour la santé reproductive et infantile de l'OGSB à Mirpur, Bangladesh, l'utilisation de l'AMIU a augmenté de 23,5% au premier semestre 2012 à 85% au premier semestre 2013, tandis que l'utilisation de la dilatation et curetage a diminué considérablement, de 74,5% à 1,3%. À l'Institut pour la santé maternelle et infantile à Mutuail, Bangladesh, l'utilisation de l'AMIU est passée de 0% à 13,9%, tandis que l'utilisation du misoprostol a augmenté de 10,6% à 25,5% et celle de la dilatation et curetage a diminué de 89,4% à 60,6%. De plus, une contraception après avortement a été fournie à plus de 90% des femmes dans les deux hôpitaux [37].

En 2012, l'Agence du médicament du Bangladesh a autorisé une association de mifépristone et de misoprostol pour les avortements médicaux [37].

Entre 2011 et 2013 au Pakistan, la SOGP a utilisé les fonds d'urgence fournis par la FIGO pour former 94 médecins aux techniques d'AMIU et d'avortement médical dans 5 hôpitaux de 4 provinces. Ces médecins ont ensuite formé 111 médecins supplémentaires, portant le total des médecins formés à 205 et dépassant ainsi l'objectif initial de 150. L'initiative a également fourni des trousseaux d'AMIU aux participants. Ces mesures ont contribué à garantir le remplacement de la dilatation et curetage et de la dilatation et évacuation par ces nouvelles techniques [33]. Dans deux des hôpitaux, l'utilisation de l'AMIU a augmenté de 0% à respectivement 50% et 51%, tandis que l'utilisation de la dilatation et curetage a chuté respectivement de 90% à 45% et de 100% à 49%. Dans le troisième hôpital, l'utilisation de l'AMIU a augmenté de 0% à 22%, tandis que l'utilisation de la dilatation et curetage a diminué de 72% à 57%. Dans le quatrième hôpital, l'AMIU a été introduite et utilisée dans 8,7% des cas de femmes présentant un avortement incomplet. Dans le cinquième hôpital, le Centre médical Jinnah Postgraduate à Karachi, qui a fait fonction de centre de formation pour l'Ipas entre 2007 et 2010, l'utilisation de l'AMIU a augmenté de 10%–20% au cours des sessions de formation à 82% en 2011 après la formation de 20 médecins et la fourniture de trousseaux d'AMIU. L'utilisation de l'AMIU dans ce centre a été institutionnalisée et l'AMIU est aujourd'hui utilisée dans 89% des cas d'avortement incomplet [33].

Dans la majorité des Etats de l'Inde, l'accès aux services d'avortement sans risque est bon et continue de s'améliorer à mesure que les comités de district (auxquels participent des membres de la FOGSI) homologuent plus de cliniques pour la mise en œuvre de ces services. La FOGSI cible actuellement 6 Etats dans lesquels la mortalité maternelle due aux avortements à risque reste élevée, avec la formation d'un total de 501 médecins à l'AMIU et aux techniques d'avortement médical en 2012 dans les Etats de Bihar, Jharkhand, Madhya Pradesh, Maharashtra, Rajasthan et Uttarakhand.

Dans ses plans actuels, avec les fonds d'urgence fournis par la FIGO et la collaboration de la Division de Santé Familiale, la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Népal (NESOG) a introduit des services d'avortement médical à Nuwakot et formé 9 accoucheurs qualifiés des établissements de santé de ce district à l'utilisation de cette technique. La Société prévoit également d'utiliser son expérience pour former les enseignants de deux écoles primaires à une éducation sexuelle complète.

7. Ateliers régionaux

Avec le soutien technique et financier fourni au travers de l'initiative de la FIGO, ces ateliers se tiennent une fois par an dans différents pays participants. Les participants sont notamment la personne désignée comme point de contact dans chaque société nationale, un délégué du gouvernement et des représentants des organisations partenaires. Les ateliers fournissent une plateforme pour rendre compte des progrès, discuter des raisons de l'absence de progrès et trouver des solutions et une façon d'avancer. Ils ont été extrêmement utiles et sont devenus, ces dernières années, un centre d'activité autour duquel les organisations partenaires ont planifié d'autres événements.

8. Commentaires

L'initiative de la FIGO a réussi à susciter l'intérêt pour le thème de l'avortement à risque et le désir de traiter efficacement cette "pandémie évitable" [38]. Il y a eu une forte augmentation du nombre d'ateliers/sessions d'avant congrès sur le sujet dans des conférences nationales et internationales, permettant de diffuser les preuves que l'avortement à risque et ses conséquences peuvent être évités et que les gynécologues et obstétriciens jouent un rôle central pour garantir l'adoption des bonnes interventions. De nombreuses sociétés membres de la FIGO dirigent le mouvement visant à réduire le poids de l'avortement à risque, comme décrit ci-dessus.

La stipulation que les organismes professionnels, le gouvernement et les ONG collaborent les uns avec les autres pour préparer et mettre en œuvre un plan national a simplifié la délivrance des services et maximiser l'utilisation des fonds, du temps et des efforts, évitant dans une grande mesure les doublons d'activités.

Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Références

- [1] Vlassoff M, Hossain A, Maddaw-Zimet I, Singh S, Bhuiyan HU. Menstrual regulation and post abortion care in Bangladesh: factors associated with access to and quality of services. New York: Guttmacher Institute; 2012.
- [2] United Nations Population Fund Sri Lanka. International Conference on Population and Development. ICPD@15 Sri Lanka 1994–2009; 2009 27. Colombo, Sri Lanka.
- [3] Rashida G, Shah ZH, Fikree F, Faizunnisa A, Mueenuddin LI. Unwanted pregnancy and post-abortion complications in Pakistan: report from health care professionals and health facilities. Islamabad, Pakistan: Population Council; 2003.
- [4] Office of Registrar General of India, Government of India. Maternal mortality in India 1997–2003: trends, causes and risk factors. New Delhi: Government of India; 2006.
- [5] World Health Organization. The prevention and management of unsafe abortion: report of a technical working group. (WHO/MSM/92.5) Geneva: WHO; 1992.
- [6] Samandari G, Wolf M, Basnett I, Hyman A, Andersen K. Implementation of legal abortion in Nepal: a model for rapid scale-up of high-quality care. *Reprod Health* 2012;9:7.
- [7] AbouZahr C. Maternal mortality overview. In: Murray CJL, Lopez AD, editors. Health dimensions of sex and reproduction. Boston and Geneva: World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank; 1998.
- [8] World Health Organization. The global burden of disease, 2004 update. Geneva: WHO; 2008. Available at: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html.
- [9] National Institute of Population Research and Training (NIPORT), ORC Macro, John Hopkins University, ICDDR,B. Bangladesh Maternal Health Services and Maternal Mortality Survey 2001. Dhaka, Bangladesh and Calverton, Maryland (USA): NIPORT, ORC Macro, Johns Hopkins University, ICDDR, B; 2003.
- [10] National Institute of Population Research and Training (NIPORT), MEASURE Evaluation, ICDDR,B. Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey 2010. Summary of key findings and implications. Dhaka, Bangladesh: NIPORT, MEASURE Evaluation, ICDDR, B; 2012.
- [11] National Institute of Population Studies (NIPS), MEASURE DHS Macro International. Pakistan Demographic and Health Survey, 2006–07. Islamabad, Pakistan and Calverton, Maryland: NIPS, MEASURE DHS; 2007.
- [12] Family Health Bureau, Ministry of Health, Sri Lanka. Annual Report on Family Health 2010. Colombo: Family Health Bureau; 2012.
- [13] Office of Registrar General of India, Government of India. Special Bulletin on Maternal Mortality in India 2007–09. New Delhi: Sample Registration System; 2011.
- [14] Ministry of Health and Population (MOHP) [Nepal], New ERA, Macro International Inc. Nepal Demographic and Health Survey 2006. Kathmandu, Nepal: Ministry of Health and Population, New ERA, and Macro International Inc.; 2007.
- [15] Suvedi BK, Pradhan A, Barnett S, Puri M, Chitrakar SR, Poudel P, et al. Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009: Summary of Preliminary Findings. Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health, Government of Nepal; 2009.
- [16] Hussein J, Bell J, Dar lang M, Mesko N, Amery J, Graham W. An appraisal of the maternal mortality decline in Nepal. *PLoS One* 2011;6(5):e19898.
- [17] World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010, WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: WHO; 2012.
- [18] Banerjee SK, Tank J. Expanding the provider base: improving access, saving lives. In: Hathtootuwa R, Tank J, editors. Prevention of Unsafe Abortion in Asia Oceana Region. New Delhi: Impression Communications; 2009. p. 93–103.
- [19] Nepal Reforms Abortion Law to Reduce Maternal Deaths, Promote Women's Status. The Guttmacher Report on Public Policy, Volume 5, Number 2; May 2002.
- [20] Government of the People's Republic of Bangladesh. Memo No. 5-14/MCH-FP/Trg/80: Guidelines for Menstrual Regulation (MR). Dhaka, Bangladesh: Population Control and Family Planning Division; 1980.
- [21] Patel R. Woman versus man: socio-legal gender inequality in Pakistan. Karachi: Oxford University Press; 2003.
- [22] Abortion law in Sri Lanka – Reference Penal code section 302 and 309.
- [23] Haddad LB, Nour NM. Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality. *Rev Obstet Gynecol* 2009;2(2):122–6.
- [24] Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *Int J Gynecol Obstet* 2011;115(2):121–6.
- [25] Shah I, Ahman E. Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reprod Health Matters* 2010;18(36):90–101.
- [26] Shaw D. The FIGO initiative for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110:S17–9 Suppl.
- [27] Faúndes A, Shaw D. Universal access to reproductive health: opportunities to prevent unsafe abortion and address related critical gaps. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110:S1–2 Suppl.
- [28] Faúndes A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2012;119(Suppl. 1):S68–71.
- [29] World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: WHO; 2003.
- [30] World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Geneva: WHO; 2012.
- [31] Obstetrical and Gynaecological Society of Bangladesh (OGSB). Annual Report. Dhaka, Bangladesh: OGSB; 2007.
- [32] Obstetrical and Gynaecological Society of Bangladesh (OGSB). Blue Top Guidelines No. 1: misoprostol in post abortion care. Dhaka, Bangladesh: OGSB; 2012.
- [33] Zaidi S, Yasmin H, Khakwani M, Sami S, Abbas T. Replacement of dilation and curettage/evacuation by manual vacuum aspiration and medical abortion, and the introduction of postabortion contraception in Pakistan. *Int J Gynecol Obstet* 2014;126(Suppl. 1):S40–4.

- [34] Weiner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med* 2012;366:1998–2007.
- [35] Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception* 2008;78:149–54.
- [36] Directorate of Nursing, MOHFW, Govt. of Bangladesh. Memorandum for Training on “Inclusion of Nurses in MR, PAC and FP Services”. Letter no. 45. 158.010.00.00.010.2011.200 dated May 30, 2012.
- [37] Begum F, Zaidi S, Fatima P, Shamsuddin L, Azim AKMA, Begum RA. Improving manual vacuum aspiration service delivery, introducing misoprostol for cases of incomplete abortion, and strengthening postabortion contraception in Bangladesh. *Int J Gynecol Obstet* 2014;126(Suppl. 1):S31–5.
- [38] Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006;368(9550):1908–19.



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

INITIATIVE DE LA FIGO

Changements dans l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine pour les soins après avortement au sein du réseau des services de santé publique au Honduras

Ana Ligia Chinchilla^{a,*}, Ivo Flores Flores^b, Alma Fabiola Morales^c, Marina Padilla de Gil^d

^aHôpital universitaire national, Tegucigalpa, Honduras

^bDépartement de la santé reproductive, Ministère de la santé, Tegucigalpa, Honduras

^cDépartement de la santé reproductive et de la recherche, Organisation Panaméricaine de la Santé, Tegucigalpa, Honduras

^dProgramme de santé reproductive, Département de la sécurité sociale, San Salvador, Salvador

INFOS ARTICLE

Mots clés :

Curetage
Initiative de la FIGO
Honduras
Aspiration manuelle intra-utérine
Soins après avortement
Prévention
Services de santé publique
Avortement à risque

R E S U M E

Le Honduras est l'un des 17 pays prioritaires inclus dans l'initiative de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences. La catégorie prioritaire permet au pays de demander un financement d'urgence pour acquérir des services ou des produits qui pourraient contribuer à atteindre les objectifs énoncés dans son plan d'action. Ces objectifs incluent l'amélioration des soins après avortement par l'accroissement de l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) sous forme d'une procédure ambulatoire avec des ressources humaines et matérielles minimales. Comme le ministère de la santé manquait de fonds, l'utilisation du fonds d'urgence a été approuvée pour l'achat et la distribution de trousseaux d'AMIU à l'échelle nationale afin de garantir la continuité et l'espoir d'un accroissement de l'utilisation de l'AMIU. Onze hôpitaux participant à cette initiative ont fourni des données pour l'analyse des résultats. Ces données ne montrent aucun accroissement de l'utilisation de l'AMIU ; toutefois, comme nous le verrons dans cet article, une recherche complémentaire a fourni des informations précieuses sur les raisons expliquant ces résultats.

© 2014 Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique. Publié par Elsevier Ireland Ltd.

1. Introduction

L'avortement à risque est un problème de santé publique dans de nombreux pays à faibles ressources qui ont des lois restrictives en matière d'avortement. Comme d'autres pays d'Amérique Centrale, le Honduras a des lois très restrictives en matière d'avortement [1]. Il existe en outre une obligation légale de dénoncer toute patiente venant chercher des soins médicaux dans une clinique du système de santé publique et que l'on suspecte d'avoir subi un avortement provoqué [2]. Ces restrictions expliquent dans quelle mesure l'avortement à risque au Honduras contribue à maintenir le taux de mortalité maternelle à plus de 100 décès pour 100 000 naissances vivantes.

En 2008, la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) a créé son groupe de travail sur la prévention des avortements à risque. La société de gynécologie et d'obstétrique du Honduras (SGOH) est l'une des sociétés membres qui participe à l'initiative depuis ses débuts. La SGOH a effectué une analyse de situation et élaboré un plan d'action en collaboration avec le ministère de la santé et en accord avec certaines des stratégies proposées par la FIGO [3]. Un élément important de son plan d'action consiste à améliorer les soins fournis aux femmes qui ont

subi un avortement et qui cherchent des soins après un avortement incomplet dans le cadre du service national de santé.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la FIGO recommandent toutes les deux l'abandon de la pratique du curetage en faveur de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) comme méthode de choix pour le traitement chirurgical de l'avortement incomplet et elles recommandent également un traitement médical par le misoprostol selon l'indication [4,5].

Traditionnellement, la technique la plus fréquemment utilisée pour le traitement de l'avortement incomplet dans les hôpitaux publics du Honduras était le curetage. En 1996, plusieurs organisations non gouvernementales (ONG) ont conduit une étude afin de déterminer si l'utilisation de l'AMIU offrait des avantages sur le curetage en cas d'indication thérapeutique pour son utilisation. [6] Selon les rapports internationaux, la comparaison de ces deux traitements a montré que les coûts étaient inférieurs de 60% avec l'AMIU, en raison principalement d'une réduction du temps nécessaire pour réaliser la procédure, de la non-nécessité d'une anesthésie générale et d'une durée d'hospitalisation globale plus courte. Il y a également eu une réduction du taux de complications, en particulier perforation utérine et saignements vaginaux [6].

Avant l'AMIU, la patiente doit bénéficier de conseils pour lui permettre de donner son consentement éclairé à la réalisation de la procédure. De plus, elle doit accepter de commencer à utiliser une méthode contraceptive de son choix après la fin de la procédure et avant sa sortie de l'hôpital. Il s'agit d'une étape fondamentale

* Auteur correspondant à : Hôpital universitaire national, Bulevar Suyapa, Tegucigalpa, Honduras. Tél. : +504 9905 72 79.

Adresse e-mail : ligiachinchilla@yahoo.com.mx (A.L. Chinchilla).

qui n'était pas en place lorsque le curetage était la méthode de soins utilisée après avortement incomplet, elle a réduit de manière significative la fréquence de survenue d'une seconde grossesse non désirée ou d'un second avortement [7].

Depuis de nombreuses années, l'Ipas, qui travaille en collaboration avec le ministère hondurien de la santé, assure la formation des prestataires de soins de santé à l'AMIU afin de promouvoir l'utilisation de cette technique. Une étude sur l'avortement, qui faisait également partie du plan d'action de la SGOH [8], a trouvé que les difficultés pour se procurer des trousseaux d'AMIU ou le manque de trousseaux d'AMIU constituaient l'obstacle principal à l'utilisation de cette méthode. Un autre obstacle à l'amélioration des soins après avortement était la pression sociale des institutions civiles qui obligeaient pratiquement les personnels de santé des établissements publics à avoir une attitude discriminatoire vis-à-vis des femmes demandant des soins après avortement.

Pour toutes ces raisons, la SGOH a demandé des fonds d'urgence au groupe de travail de la FIGO afin de lui permettre d'acheter des trousseaux d'AMIU, qui ont ensuite été distribués aux établissements de santé dans tout le pays. Il a également été jugé nécessaire de former tout le personnel de santé travaillant dans le domaine des soins après avortement à la clarification des valeurs et à la confidentialité en matière d'avortement. Le présent article présente les résultats de ces interventions concernant l'utilisation de l'AMIU en remplacement du curetage pour le traitement de l'avortement incomplet dans un certain nombre d'hôpitaux au Honduras.

2. Matériels et méthodes

Étant donné que le Honduras est considéré comme un pays prioritaire dans le cadre de l'initiative de la FIGO dans la région Amérique Centrale et Caraïbes, il est en droit de recevoir un financement d'urgence pour lui permettre de mener les activités incluses dans son plan d'action. La SGOH a demandé ces fonds d'urgence dans l'objectif d'acheter 250 trousseaux d'AMIU, qui seraient ensuite distribués à l'échelle nationale par le ministère de la santé.

Tableau 1
Distribution des trousseaux d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU).

| N° | Hôpital | Trousseaux d'AMIU | | |
|-------|----------------------------|-------------------|-------------|-------------|
| | | RAMNI/AECID | | FIGO/SGOH |
| | | Livrées | Programmées | Programmées |
| 1 | Atlántida | 5 | | 20 |
| 2 | Tela Integrado | 10 | | 10 |
| 3 | Tocoa | 5 | | 5 |
| 4 | Trujillo | | 5 | 5 |
| 5 | Comayagua | 5 | | 10 |
| 6 | Occidente | 5 | | 5 |
| 7 | Cortes | | 5 | 5 |
| 8 | Choluteca | | 5 | 5 |
| 9 | El Paraíso | 5 | | 5 |
| 10 | Gracias a Dios | | 5 | 5 |
| 11 | Intibucá | | 5 | 10 |
| 12 | Roatán | 5 | | 10 |
| 13 | La Paz (Suazo Córdova) | 5 | | 10 |
| 14 | Lempira (Juan M. Galvez) | 5 | | 10 |
| 15 | Ocatepeque | 5 | | 10 |
| 16 | San Francisco (Olancho) | 5 | | 5 |
| 17 | Santa Bárbara | 5 | | 10 |
| 18 | Valle (San Lorenzo) | 5 | | 10 |
| 19 | El Progreso | | 5 | 5 |
| 20 | Olancho | | 5 | 5 |
| 21 | Yoro (subirana) | | 5 | 5 |
| 22 | Escuela | 25 | | 30 |
| 23 | San Felipe | | | |
| 24 | Mario C. Rivas | 10 | | 30 |
| 25 | Leonardo Martínez | | 5 | 5 |
| | Trousseaux supplémentaires | | | 20 |
| Total | | 105 | 45 | 250 |

Les trousseaux ont été distribués à 25 hôpitaux publics (Tableau 1) en février 2012 dans l'objectif d'augmenter l'utilisation de l'AMIU pour le traitement de l'avortement incomplet dans le cadre du système de santé publique.

Après la distribution des trousseaux, acquises avec les fonds d'urgence, le ministère de la santé a conduit des ateliers de formation pour le personnel des hôpitaux participants aux conseils avant et après procédure, conformément aux nouvelles recommandations officielles. Des ateliers sur la prise en charge de la douleur et sur l'AMIU ont également été proposés.

Un atelier de formation des formateurs (FF), consistant en des exercices de clarification des valeurs, a été conduit afin de s'assurer que des instructeurs préparés étaient en place dans chaque hôpital participant afin de diffuser l'information reçue pendant l'atelier aux autres personnels de santé locaux. Il s'agit d'un atelier créé initialement par l'Ipas afin de mieux connaître les valeurs personnelles des participants concernant l'avortement et comment ces valeurs influencent la façon dont les participants se comportent vis-à-vis des femmes dont ils ont la charge. À la suite de cet atelier de FF de 3 jours, conduit avec le soutien technique de l'Ipas et un soutien financier de la FIGO, 30 obstétriciens et infirmiers de 23 hôpitaux ont été formés en tant que formateurs.

3. Résultats

Certains des résultats les plus importants attribuables à l'initiative de la FIGO au Honduras sont discutés ci-dessous.

3.1. La collaboration entre la SGOH et le ministère de la santé a été renforcée et elle est devenue plus efficace

L'une des exigences de cette initiative est l'implication active du ministère de la santé pour élaborer et mettre en œuvre le plan d'action du pays. Au Honduras, la SGOH et des représentants du ministère de la santé ont travaillé en étroite collaboration pour réussir à atteindre certains des objectifs fixés dans le plan d'action concernant la fourniture de services, la recherche et l'éducation médicale continue.

3.2. Mise en lumière du problème de l'avortement à risque

Les associations membres de la FIGO qui participent à cette initiative se sont engagées à inclure le thème de l'avortement à risque et de ses conséquences dans leurs congrès nationaux et régionaux. Cela a augmenté l'exposition des membres de la SGOH à cette question, avec la mise en lumière et l'humanisation du problème. Pour la première fois, lors du dernier congrès de la Fédération Latino-Américaine des Sociétés d'Obstétrique et de Gynécologie (FLASOG), au moins 7 sessions ont porté sur ce sujet.

3.3. Changements dans l'utilisation de l'AMIU

Les changements dans l'utilisation de l'AMIU ont été assez décevants. Premièrement, seuls 11 des 25 hôpitaux ayant reçu les trousseaux ont pu fournir des données sur le nombre de femmes ayant bénéficié de l'AMIU dans les hôpitaux respectifs. L'utilisation de l'AMIU a légèrement augmenté entre 2011 et 2012 dans 6 des 11 hôpitaux ayant fourni des données pour évaluation et légèrement diminué dans les 5 hôpitaux restants. Dans l'ensemble, si l'on prend en considération l'ensemble de ces 11 hôpitaux, l'utilisation de l'AMIU a augmenté de 71,1% à 77,1% entre 2011 et 2012 (Tableau 2).

Les tendances ont été particulièrement défavorables entre 2012 et 2013, période au cours de laquelle l'utilisation de l'AMIU a augmenté dans seulement 3 des 11 hôpitaux et diminué dans 8, chutant à des taux inférieurs à ceux de 2011 dans 7 d'entre eux.

Tableau 2

Changements dans l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) dans les 11 hôpitaux ayant fourni des données sur le nombre de femmes ayant bénéficié de la disponibilité de trousse d'AMIU.

| N° | Hôpital | Trousse fournies | Pourcentage d'utilisation de l'AMIU | | | Tendance |
|----|----------------------|------------------|-------------------------------------|-------------------|-------------------|--|
| | | | 2011 | 2012 | Jan–Jun 2013 | |
| 1 | San Lorenzo | 10 | 228/275 83 % | 269/321 84 % | 109/133 82 % | Pas de changement |
| 2 | La Paz | 10 | 243/280 87 % | 246/304 81 % | 151/178 85 % | Pas de changement |
| 3 | Escuela | 30 | 1580/1697 93 % | 1421/1586 90 % | 574/591 97 % | Amélioration globale |
| 4 | Mario Catarino Rivas | 30 | 1672/2168 77 % | 1769/2179 81 % | 911/1196 76 % | Amélioration en 2012. Pas de changement global |
| 5 | Atlántida | 20 | 248/840 30 % | 119/300 40 % | 114/414 28 % | Amélioration en 2012. Pas de changement global |
| 6 | Gracias a Dios | 5 | 150/218 69 % | 181/250 72 % | 153/194 79 % | Amélioration |
| 7 | Santa Bárbara | 10 | 247/264 94 % | 339/345 98 % | 189/191 99 % | Amélioration |
| 8 | Tela | 10 | 8/378 2 % | 56/369 15 % | 7/141 5 % | Amélioration en 2012 |
| 9 | Ocotepeque | 10 | 189/251 75 % | 180/261 69 % | 96/168 57 % | Diminution |
| 10 | Roatan | 10 | 95/110 86 % | 113/135 84 % | 39/51 76 % | Diminution |
| 11 | Progreso | 5 | 293/487 60 % | 70/128 55 % | 70/270 30 % | Diminution |
| | Total | | 4953/6968 71 % | 4763/6178 77 % | 2413/3527 68 % | |

Si l'on prend en considération l'ensemble de ces 11 hôpitaux, le pourcentage d'utilisation de l'AMIU a chuté au-dessous de 70 %, soit un taux inférieur à celui de 2011 (Tableau 2).

Le Tableau 3 compare le nombre de procédures rapportées avec le nombre qu'il aurait été possible d'atteindre avec les trousse fournies, sur la base d'un nombre optimal de 50 procédures par trousse.

Tous les hôpitaux dans lesquels il y a eu une amélioration, à l'exception de Tela, et ceux dans lesquels il n'y a pas eu de changement significatif, à l'exception d'Atlántida, ont rapporté avoir effectué plus de procédures que prévu d'après le nombre des trousse qui leur avaient été attribuées et avoir utilisé toutes leurs trousse avant la fin de l'année 2012.

Dans le groupe dans lequel le pourcentage d'utilisation de l'AMIU a diminué, 3 situations très différentes ont été retrouvées dans les 3 hôpitaux concernés : (1) à l'hôpital San Marcos Ocotepeque, un nombre suffisant de trousse était disponible et l'utilisation de l'AMIU était acceptable ; en revanche, l'utilisation a régulièrement diminué sur les 3 périodes d'évaluation ; (2) à l'hôpital Progreso, le pourcentage d'utilisation des trousse était élevé ; en revanche, l'utilisation globale de l'AMIU était faible et elle a régulièrement diminué sur les 3 périodes d'évaluation ; et (3) à l'hôpital Roatan,

trop de trousse ont été fournies et le pourcentage d'utilisation de l'AMIU était acceptable ; on a en revanche noté une tendance à une diminution plus accentuée en 2013. Dans ces hôpitaux, la disponibilité de personnels formés et la fourniture des trousse doivent être revues en fonction du nombre de procédures rapportées.

Pour mieux comprendre ce qui se passait dans ces hôpitaux, des fonctionnaires du ministère de la santé ont réalisé une courte enquête par e-mail et par téléphone. Les résultats de cette enquête sont présentés dans le Tableau 4.

Parmi les hôpitaux dans lesquels il n'y a eu aucun changement, les principales raisons données pour n'avoir réalisé aucune amélioration ont été le besoin de plus de trousse d'AMIU (87 %) et le besoin de personnels formés (53 %). Les hôpitaux dans lesquels une amélioration a été observée ont dit qu'ils avaient besoin de plus de formation au contrôle de la douleur (67 %) et de plus de trousse (56 %).

Dans les hôpitaux dans lesquels le pourcentage d'utilisation de l'AMIU a diminué, la principale raison donnée a été le besoin de personnels formés (78 %) et de meilleures techniques de contrôle de la douleur (67 %). A titre de raison secondaire, ces hôpitaux ont rapporté que le personnel médical était réticent à passer de la technique couramment utilisée du curetage à celle de l'AMIU (56 %).

Tableau 3

Nombre de procédures rapportées versus le nombre qu'il aurait été possible d'atteindre avec les trousse fournies.

| N° | Hôpital | Trousse fournies | Procédures | | | Situation des trousse | % d'utilisation des trousse | % global d'utilisation de l'AMIU |
|----|----------------------|------------------|------------|----------------------------|-------|-----------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| | | | Possibles | Rapportées en 2011 et 2012 | Total | | | |
| 1 | San Lorenzo | 10 | 500 | 497 | 606 | Toutes utilisées | 121 | 83 |
| 2 | La Paz | 10 | 500 | 489 | 640 | Toutes utilisées | 128 | 84 |
| 3 | Escuela | 30 | 1500 | 3001 | 3575 | Toutes utilisées | 238 | 92 |
| 4 | Gracias a Dios | 5 | 250 | 331 | 484 | Toutes utilisées | 193 | 73 |
| 5 | Mario Catarino Rivas | 30 | 1500 | 3441 | 4352 | Toutes utilisées | 290 | 79 |
| 6 | Ocotepeque | 10 | 500 | 369 | 465 | Restantes | 93 | 68 |
| 7 | Santa Barbara | 10 | 500 | 586 | 775 | Toutes utilisées | 155 | 97 |
| 8 | Roatan | 10 | 500 | 208 | 247 | Restantes | 49 | 83 |
| 9 | Tela | 10 | 500 | 64 | 71 | Restantes | 14 | 8 |
| 10 | Atlántida | 20 | 1000 | 367 | 481 | Restantes | 48 | 31 |
| 11 | Progreso | 5 | 250 | 363 | 433 | Toutes utilisées | 173 | 49 |
| | Total | 150 | 7500 | 9416 | 11829 | | 157 | 67 |

Tableau 4Accord ou désaccord exprimé sur une liste de raisons pouvant expliquer la tendance en matière d'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine.^a

| Hôpital | Raisons pouvant expliquer la tendance dans la proportion de cas traités par AMIU | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| | La proportion d'utilisation de l'AMIU est déjà élevée | Pas assez de prestataires formés | Contrôle de la douleur médiocre | Pas de volonté de changer | Manque de soutien des autorités hospitalières | AMIU liée à l'avortement | Besoin de plus de trousse |
| <i>Hôpitaux dans lesquels l'utilisation de l'AMIU n'a pas changé</i> | | | | | | | |
| San Lorenzo | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| La Paz | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Escuela | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Mario Catarino Rivas | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Atlántida | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Sous-total | 7/15 47 % | 8/15 53 % | 0 | 4/15 27 % | 0 | 0 | 13/15 87 % |
| <i>Hôpitaux dans lesquels l'utilisation de l'AMIU s'est améliorée</i> | | | | | | | |
| Gracias a Dios | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| Santa Bárbara | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Tela | 0 | 3 | 3 | 3 | 0 | | 0 |
| Sous-total | | 3/9 33 % | 6/9 67 % | 4/9 44 % | | 3/9 33 % | 5/9 56 % |
| <i>Hôpitaux dans lesquels l'utilisation de l'AMIU a diminué</i> | | | | | | | |
| Ocotepeque | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Roatan | 0 | 3 | 3 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| Progreso | 0 | 3 | 3 | 3 | 0 | NR | 0 |
| Sous-total | | 7/9 78 % | 6/9 67 % | 5/9 56 % | | 2/9 22 % | |
| Total | 7/33 21 % | 18/33 54 % | 12/33 36 % | 15/33 45 % | 0 | 5/33 15 % | 18/33 54 % |

^a Score : 0 = désaccord ; 1 = désaccord partiel ; 2 = accord partiel ; 3 = accord. NR = non rapporté.

Pour le groupe dans son ensemble, les principaux obstacles à l'accroissement de l'utilisation de l'AMIU sont le besoin de personnels formés et la fourniture de suffisamment de trousse pour répondre à la demande. Un obstacle supplémentaire à surmonter concerne la réticence d'une partie du personnel médical à abandonner le curetage et à commencer à utiliser l'AMIU.

4. Discussion

L'initiative de la FIGO a été lancée en 2007 pour prévenir la pratique des avortements à risque et leurs conséquences [9]. Le remplacement de l'utilisation traditionnelle du curetage par l'AMIU pour le traitement de l'avortement incomplet a été fixé comme un objectif à atteindre dans 26 des 43 pays participants [10]. Le Honduras est l'un de ces pays et, en incluant cet objectif et en utilisant les fonds d'urgence alloués pour acquérir les trousse d'AMIU nécessaires, il a été possible de distribuer des trousse d'AMIU à 25 hôpitaux publics répartis dans tout le pays. Les résultats obtenus ne montrent pas d'amélioration globale du pourcentage d'utilisation de l'AMIU à la suite de la distribution de ces trousse ; en revanche, les principaux hôpitaux qui utilisaient déjà l'AMIU dans un pourcentage élevé de cas ont pu continuer à le faire grâce à ce don. La croyance optimiste selon laquelle la distribution de trousse d'AMIU et la formation des médecins accroîtraient d'une manière générale l'utilisation de l'AMIU en remplacement du curetage dans les hôpitaux publics du Honduras s'est révélée infondée et, de fait, les résultats de cette étude suggèrent le contraire. Même si le manque de données en provenance de 14 des 25 hôpitaux ayant reçu des trousse ne permet pas de tirer de conclusion définitive pour le pays dans son ensemble, il n'y a aucune raison de croire que les hôpitaux pour lesquels aucune donnée n'est disponible ont mieux réussi que ceux pour lesquels des données sont disponibles. Malgré cette limite, l'expérience hondurienne est un bon exemple de l'importance d'évaluer toute intervention de manière objective afin de vérifier si l'effet escompté a été obtenu, d'identifier les raisons pour lesquelles le résultat escompté n'a pas été atteint et de mettre en œuvre les changements qui pourraient s'avérer nécessaires.

Dans le cas spécifique du remplacement du curetage par l'AMIU,

l'un des obstacles les plus importants au Honduras semble être la réticence des médecins à abandonner leur utilisation traditionnelle du curetage pour le traitement de l'avortement incomplet. Même si cette raison de ne pas accroître l'utilisation de l'AMIU n'a pas été citée aussi fréquemment que le manque de formation ou que la fourniture insuffisante de trousse d'AMIU, il faut garder à l'esprit qu'il est plus difficile de mettre en cause ses collègues que de mettre en cause d'autres facteurs impersonnels. De plus, le manque de formation pourrait être l'une des raisons pour lesquelles les médecins se sentent plus à l'aise pour utiliser le curetage, technique à l'utilisation de laquelle ils ont été formés pendant leur internat, plutôt qu'une nouvelle technologie qu'ils pourraient ne pas maîtriser aussi bien.

D'une manière générale, il y a beaucoup moins de motivation à publier des résultats négatifs qu'il y en a à publier des résultats positifs ; nous pensons toutefois qu'il est de notre devoir de montrer que les observations superficielles peuvent être trompeuses et qu'une évaluation plus objective des nombres réels fournit un tableau plus réaliste. Ce n'est qu'en disposant de données exactes qu'il sera possible de mettre en œuvre les changements qui sont nécessaires dans cette intervention pour permettre d'obtenir les résultats escomptés. Dans ce cas, il est clair qu'un engagement plus grand de la part de la SGOH est nécessaire pour adopter la recommandation de la FIGO d'abandonner le curetage et d'adopter l'AMIU ou le misoprostol, selon le cas, pour le traitement de l'avortement incomplet.

Davantage de formation doit être fournie aux personnels et un meilleur système de suivi doit être mis en œuvre afin d'identifier et de surmonter les obstacles. De plus, le ministère de la santé doit améliorer la distribution des produits en fonction de la population concernée et des procédures effectuées dans chaque hôpital et la SGOH doit jouer un rôle pour influencer le ministère de la santé dans ce sens.

De nombreuses leçons importantes ont été tirées de l'expérience acquise dans le cadre de cette initiative conjointe, la plus importante étant que la seule fourniture de produits est une mesure inefficace si elle n'est pas appuyée par un solide système de suivi qui garantira l'utilisation rationnelle de ces fournitures et une amélioration globale des services fournis.

Suivant cette expérience, les autorités gouvernementales devraient s'engager à fournir les produits nécessaires et à garantir leur durabilité. Elles doivent également renforcer et améliorer la section de leur département de santé reproductive qui est chargée du suivi des soins après avortement. Une autre leçon importante est que des activités visant à sensibiliser les personnels de santé doivent être mises en œuvre afin de garantir la qualité des soins après avortement.

La coordination générale et régionale de l'initiative de la FIGO doit prendre les mesures nécessaires pour que la question de la mise en œuvre d'un traitement moderne en cas d'avortement incomplet devienne un sujet de débat fréquent dans les congrès nationaux et régionaux de la spécialité et que le document contenant les recommandations de la FIGO soit plus largement diffusé, de manière à accroître les connaissances de nos collègues au Honduras et dans le reste de la région Amérique Centrale et Caraïbes sur ce sujet.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier la FIGO pour son soutien à l'obtention des fonds d'urgence utilisés pour acquérir les trousseaux d'AMIU.

Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Références

- [1] Artículo 126 del código penal de Honduras. Delitos contra la libertad sexual.
- [2] Artículo 127 del código penal de Honduras. Delitos contra la libertad sexual.
- [3] Faúndes A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2012;119(Suppl. 1):S68–71.
- [4] International Federation of Gynecology and Obstetrics. Uterine evacuation: use vacuum aspiration or medications, not sharp curettage. Consensus statement July 2011. Available at: <http://www.figo.org/files/figo-corp/FIGO%20DC%20Statement.pdf>.
- [5] World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Geneva: WHO; 2012.
- [6] La atención post aborto en el hospital Materno Infantil. Primer edición. Tegucigalpa: Centro de derechos de mujeres; 2006. Impresos Industriales.
- [7] Normas de atención materno neonatal. Secretaria de salud de Honduras; 2005.
- [8] Chinchilla AL, Castellanos JK. Caracterización del aborto en los hospitales públicos seleccionados de Honduras; 2010.
- [9] Shaw D. The FIGO initiative for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110(Suppl. 1):S17–9.
- [10] Mirembe F, Karanja J, Hassan EO, Faúndes A. Goals and activities proposed by countries in seven regions of the world toward prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110(Suppl. 1):S25–9.



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

INITIATIVE DE LA FIGO

Etendre l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine en cas d'avortement incomplet dans des établissements de santé sélectionnés à Yaoundé, Cameroun

Florence Tumasang^{a,*}, Robert J.I. Leke^b, Valentine Aguh^c

^aMaternité, Hôpital Central, Yaoundé, Cameroun

^bSociété des Gynécologues et Obstétriciens du Cameroun, Yaoundé, Cameroun

^cFaculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé, Cameroun

INFOS ARTICLE

Mots clés :

Cameroun
Initiative de la FIGO
Avortement incomplet
Aspiration manuelle intra-utérine
Soins après avortement
Prévention
Curetage
Avortement à risque

R E S U M E

La préférence pour l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et son utilisation pour le traitement de l'avortement incomplet ont été évaluées chez 52 professionnels de santé dans 7 hôpitaux de Yaoundé au Cameroun. Tous les professionnels de santé sauf un préféraient l'AMIU ; cette technique n'était toutefois disponible à tous moments que dans deux hôpitaux. Dans certains hôpitaux, l'utilisation de l'AMIU n'était disponible que pendant la journée, alors que dans d'autres, elle n'était pas disponible du tout. Sur la base de ces observations, des trousse d'AMIU ont été obtenues auprès de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) pour la formation et pour la fourniture à des hôpitaux sélectionnés. Cela s'est traduit par une augmentation considérable de l'utilisation de l'AMIU dans tous les hôpitaux ayant reçu les trousse. Dans un hôpital, aucune trousse n'a été reçue ; le personnel avait toutefois été sensibilisé au problème et le matériel appartenant à l'un des médecins a été mis en service. Le succès de cette expérience de projet pilote justifie l'extension de l'utilisation de l'AMIU en cas d'avortement incomplet à l'ensemble du pays.

© 2014 Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique. Publié par Elsevier Ireland Ltd.

1. Introduction

La République du Cameroun est un pays d'Afrique Centrale dont la population était d'environ 22 millions en 2013 [1]. La capitale politique est Yaoundé et les langues officielles sont l'anglais et le français.

Les lois en matière d'avortement sont restrictives au Cameroun, l'avortement n'étant autorisé que dans les cas de viol, d'inceste ou lorsqu'il existe un risque pour la santé de la mère [2]. Le besoin non satisfait de contraception est important, il atteint 27%, avec un taux de prévalence contraceptive (TPC) de 14%. Le taux de fertilité est de 5,1 [3], en cohérence avec le très faible TPC. Le taux de mortalité maternelle au Cameroun est passé de 669 pour 100 000 naissances vivantes en 2004 [3] à 782 pour 100 000 naissances vivantes en 2011 [4]. En outre, 30 à 40% de la mortalité maternelle à la Maternité de l'Hôpital Central de Yaoundé peuvent être attribués aux complications de l'avortement à risque [5,6].

Cette situation explique pourquoi la Société des Gynécologues et Obstétriciens du Cameroun (SOGOC) a accepté de participer à l'initiative de la FIGO pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences. La SOGOC a nommé une personne (F.T.) pour servir de point de contact, réaliser une analyse de situation et préparer un plan d'action. L'initiative de la FIGO a été introduite au Cameroun en 2008 et elle a influencé la formation

des prestataires de soins de santé. Par exemple, des soins après avortement complets sont devenus partie intégrante de toutes les formations en obstétrique d'urgence et planification familiale. Les membres de la SOGOC ont été les fers de lance de ce projet et les principaux formateurs pour tous les cours de formation continue.

Jusqu'à récemment, la majorité des soins après avortement était assurée au moyen de la technique classique de curetage, malgré la recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) de remplacer le curetage par l'aspiration manuelle ou électrique intra-utérine [7,8]. Cela a conduit la SOGOC à réaliser deux études afin d'évaluer : (1) l'accès des praticiens de la capitale Yaoundé à la technique d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) ainsi que l'acceptation et l'utilisation de cette technique par ces praticiens ; et (2) l'effet sur l'utilisation de l'AMIU d'une intervention consistant à améliorer la formation et à fournir un matériel d'AMIU à des hôpitaux sélectionnés. Le présent article décrit les résultats de ces deux initiatives.

2. Matériels et méthodes

L'étude était à la fois rétrospective et prospective, les données pour la période précédant l'intervention étant recueillies dans les registres et utilisées pour compléter le même formulaire que celui utilisé pour recueillir les données au cours de la période d'évaluation prospective. Le protocole a été soumis au comité national d'éthique, qui a approuvé et autorisé l'étude.

Cinq hôpitaux tertiaires et deux hôpitaux de district ont ini-

* Auteur correspondant à : B.P. 14458, Yaoundé, Cameroun. Tél. : +237 99918092.
Adresse e-mail : flotumasang@yahoo.com (F. Tumasang).

talement été étudiés afin d'établir quels professionnels utilisaient l'AMIU et lesquels utilisaient le curetage; les indications dans lesquelles l'AMIU était utilisée; et la disponibilité d'un matériel d'AMIU dans chaque hôpital. Les hôpitaux impliqués dans cette phase (et le nombre de professionnels interrogés) étaient les suivants: Hôpital Central de Yaoundé (HCY) (n = 8); Hôpital Général de Yaoundé (HGY) (n = 5); Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (CHU) (n = 12); Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) (n = 12); Hôpital de la Caisse (n = 5); Hôpital de district de Biyem-Assi (n = 5); et Hôpital de district de la Cité Verte (n = 5). Au total, 52 professionnels ont été interrogés: 20 gynécologues, 24 internes en gynécologie-obstétrique, 5 médecins généralistes et 3 infirmières/sages-femmes. Presque tous les professionnels des établissements de santé ayant participé à des soins après avortement ont été interrogés. Quelques professionnels n'étaient pas disponibles au moment de l'entretien et n'ont finalement pas pu participer à l'enquête; en revanche, aucun des professionnels présents n'a refusé d'être interrogé. Le nombre d'entretiens dans les différents établissements a varié car certains hôpitaux ont plus de professionnels de santé dans les services de maternité que d'autres. La majorité des médecins et des internes interrogés sont membres de la SOGOC.

Compte tenu des observations de la première étude, la SOGOC a demandé et reçu un don de matériel d'AMIU de la part de la FIGO à des fins de formation. Lorsqu'un deuxième don de trousse d'AMIU a été reçu de la part de la FIGO, il a été possible de fournir ce matériel à quelques hôpitaux. Les gynécologues des hôpitaux devaient faire la demande de trousse et négocier le remboursement avec l'administration de l'hôpital afin de garantir la disponibilité continue du matériel. Ces gynécologues ont également assuré une formation sur le terrain afin que leur personnel soit capable d'utiliser le matériel d'AMIU dès que nécessaire. Ils ont également accepté d'enregistrer l'utilisation de l'AMIU et d'envoyer les données recueillies à la SOGOC. Toute la formation sur le terrain a également inclus des conseils en matière de planification familiale et la fourniture immédiate après avortement d'une contraception. Toutefois, comme des méthodes contraceptives étaient disponibles dans un seul hôpital (HGOPY) pendant la plus grande partie de ce temps, les données ne sont pas encore disponibles sur cet aspect important des soins après avortement.

Quatre hôpitaux sélectionnés ont reçu le matériel d'AMIU en janvier 2013 et, par ailleurs, 3 autres ont reçu des trousse en juillet 2013. L'Hôpital Général de Yaoundé (HGY) était un cas particulier, puisque, bien qu'il n'ait pas été sélectionné pour recevoir le matériel, les professionnels avaient été sensibilisés à la situation et ils ont commencé à utiliser le matériel appartenant à l'un des gynécologues formés qui avait acheté des trousse d'AMIU pour utilisation dans cet établissement.

Le matériel a été remis aux médecins uniquement après que ceux-ci ont terminé la formation et après l'évaluation et la validation de leur capacité à utiliser l'AMIU. La formation à l'AMIU est devenue partie intégrante des cours de formation en obstétrique d'urgence et soins néonataux et en planification familiale. La plupart des stagiaires sont encadrés pendant la supervision facilitative.

Dans les 4 hôpitaux ayant reçu le matériel d'AMIU de la part de la FIGO en janvier 2013 et à l'hôpital (HGY) ayant obtenu des trousse auprès d'un membre du personnel, la proportion des avortements incomplets traités par curetage et AMIU entre le 1^{er} juin et le 30 décembre 2012 a été comparée à la proportion de femmes avec un avortement incomplet traitées par ces deux méthodes entre le 1^{er} janvier et le 31 juillet 2013.

Dans les 3 hôpitaux supplémentaires ayant reçu les trousse et dans lesquels la formation a été assurée au début juillet 2013, la comparaison faite a porté sur la période entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2013 et la période entre le 1^{er} juillet et le 31 août 2013. Les différences dans le taux d'utilisation de l'AMIU au cours des deux

périodes étudiées ont été analysées au moyen du test de Yates et du test exact de Fisher, en fonction du nombre de cas.

3. Résultats

L'étude initiale, conduite dans 7 hôpitaux, a révélé que le matériel d'aspiration électrique intra-utérine (AEIU) et d'AMIU était disponible à tous moments respectivement dans un seul hôpital tertiaire, l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY), et dans un hôpital de district (l'Hôpital de district de Biyem-Assi). Dans un deuxième hôpital tertiaire (Hôpital Central de Yaoundé) et dans l'autre hôpital de district (Hôpital de district de la Cité Verte), l'AMIU n'était disponible que pendant les heures ouvrées de la journée, tandis qu'aucun matériel d'AMIU n'était disponible dans aucun des 3 autres hôpitaux tertiaires, dans lesquels tous les avortements incomplets étaient traités par curetage.

Sur la base des entretiens conduits avec les 52 professionnels avant l'intervention, l'indication principale de l'utilisation de l'AMIU était de traiter les cas d'avortement incomplet (87,5%); toutefois, certains gynécologues et internes expérimentés l'utilisaient également dans d'autres indications, telles que les avortements manqués (79,2%), la biopsie endométriale (27,1%), l'interruption de grossesse (10,4%), l'œuf clair (4,2%) et l'hémorragie du post-partum (2,1%) (données non présentées dans les tableaux). Il convient de noter que certains prestataires de soins de santé ont leur propre matériel d'AMIU et qu'ils l'utilisent à leur gré dans ces établissements de santé ou d'autres établissements.

Presque tous les prestataires de soins de santé interrogés (97,8%) ont déclaré qu'ils préféraient l'AMIU pour la prise en charge de l'avortement incomplet, suivie du misoprostol. Malgré cette préférence, près de 89,6% des prestataires de ce même groupe traitaient l'avortement incomplet par curetage en raison de la pénurie de matériel d'AMIU.

L'Hôpital Central de Yaoundé (HCY) possédait un jeu de matériel d'AMIU, qui n'était disponible que pendant les heures ouvrées de la journée. Après le don du matériel d'AMIU à l'HCY dans le cadre du projet de la FIGO, il est devenu possible pour les internes d'utiliser l'AMIU y compris la nuit. Par conséquent, au cours des 7 derniers mois de l'étude, une seule femme a été traitée par curetage (Tableau 1).

L'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) est l'autre hôpital tertiaire dans lequel soit le curetage soit l'AEIU était utilisé. Depuis janvier 2013, lorsque le personnel de l'hôpital a reçu les premiers jeux de matériel d'AMIU, le personnel a principalement utilisé l'AEIU ou l'AMIU. Ils utilisent actuellement

Tableau 1

Changements dans l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) pour le traitement de l'avortement incomplet dans cinq hôpitaux de Yaoundé, Cameroun, après une formation et la fourniture de trousse d'AMIU.

| Hôpital | Mai/juin-décembre 2012 (n = 176) | | | | Janvier-juillet/août 2013 (n = 185) | | | | Valeur de p |
|------------|-------------------------------------|------|------|------|--|-----|------|------|--------------------|
| | Curetage | | AMIU | | Curetage | | AMIU | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | |
| HCY | 22 | 58 | 16 | 42 | 1 | 4 | 23 | 96 | 0,001 ^a |
| HGOPY | 7 | 17 | 34 | 83 | 0 | 0 | 59 | 100 | 0,002 ^b |
| CHU | 37 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 37 | 100 | 0,001 ^a |
| HGY | 0 | 0 | 11 | 100 | 0 | 0 | 14 | 100 | NA |
| Biyem-Assi | 0 | 0 | 49 | 100 | 0 | 0 | 51 | 100 | NA |
| Total | 66 | 37,5 | 110 | 62,5 | 1 | 0,5 | 184 | 99,5 | 0,001 ^a |

Abréviations: HCY, Hôpital Central de Yaoundé; HGOPY, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé; CHU, Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé; HGY, Hôpital Général de Yaoundé; Biyem-Assi, Hôpital de district de Biyem-Assi.

^a Test de Yates.

^b Test exact de Fisher.

à la fois l'AMIU et l'AEIU, dans des proportions similaires, puisque certains sont plus familiarisés à l'utilisation de l'AEIU. Le nombre de cas de curetage a chuté à 0 au cours des 7 derniers mois de cette étude (Tableau 1).

Le Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (CHU) n'utilisait pas l'AMIU avant que le matériel lui soit fourni dans le cadre de l'initiative de la FIGO. Depuis lors, l'AMIU est exclusivement utilisée, comme le montre le Tableau 1. Le CHU est l'hôpital dans lequel le changement a été le plus marqué. Là, le matériel de curetage a été mis de côté et seule l'AMIU est désormais utilisée pour les soins après avortement.

Dans les deux autres grands hôpitaux étudiés, à savoir l'Hôpital Général de Yaoundé (HGY) et l'Hôpital de district de Biyem-Assi, l'AMIU était exclusivement utilisée avant l'intervention. Dans ces hôpitaux, l'AMIU continue à être utilisée dans tous les cas d'avortement incomplet (Tableau 1); il n'y a toutefois pas de matériels pour leur permettre de fournir des services continus de planification familiale en raison des ruptures de stock fréquentes de ces méthodes.

En résumé, la proportion de femmes avec un avortement incomplet traité par AMIU a augmenté dans les 3 hôpitaux ayant reçu des trousseaux d'AMIU et, si nécessaire, une formation. Dans les deux hôpitaux dans lesquels l'AMIU était déjà exclusivement utilisée pour traiter les cas d'avortement incomplet avant l'intervention, cette situation est restée inchangée après l'intervention. Pour l'ensemble du groupe de 5 hôpitaux, le pourcentage d'utilisation de l'AMIU a augmenté de moins des deux tiers des cas à quasiment 100% des cas d'avortement incomplet (Tableau 1).

Les responsables des services ayant reçu le matériel d'AMIU ont été formés à l'AMIU afin de s'assurer qu'ils étaient capables de fournir la formation sur le terrain au reste du personnel de leurs établissements.

Trois hôpitaux de district supplémentaires, Santa, Batibo et Ndop, ne faisaient pas partie de la phase précoce de l'étude et l'AMIU était occasionnellement utilisée dans un seul d'entre eux (Ndop); son utilisation n'était toutefois pas enregistrée. Ces hôpitaux ont demandé une formation et du matériel à la fin 2012 et ils les ont reçus début juillet 2013.

Malgré la période d'observation courte après l'intervention, l'adoption rapide de l'AMIU dans ces établissements a été notable. Si l'on considère l'ensemble du groupe, l'utilisation de l'AMIU a augmenté de 0% à 77% sur la période de deux mois après la fourniture du matériel d'AMIU, comme le montre le Tableau 2.

Même si un autre objectif de l'initiative était de promouvoir les conseils en matière de planification familiale et la fourniture de méthodes contraceptives modernes, en particulier la contraception réversible à longue durée d'action (LARC), dans le cadre des soins après avortement, les méthodes contraceptives n'étaient pas disponibles dans la majorité des hôpitaux participants et il était impossible d'atteindre cet objectif à ce moment-là. Les exceptions sont le Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (CHU), l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY)

Tableau 2

Proportion de femmes consultant pour un avortement incomplet qui ont été traitées par curetage ou aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) avant et après l'intervention dans trois hôpitaux de district.

| Hôpital | Janvier–juin 2013 | | | | Juillet–août 2013 | | | | Valeur de <i>p</i> |
|---------|-------------------|-----|------|---|-------------------|----|------|----|--------------------|
| | Curetage | | AMIU | | Curetage | | AMIU | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | |
| Santa | 44 | 100 | 0 | 0 | 5 | 28 | 13 | 72 | 0,001 ^b |
| Batibo | 17 | 100 | 0 | 0 | 4 | 36 | 7 | 64 | 0,001 ^b |
| Ndop | 49 | 100 | 0 | 0 | 1 | 7 | 13 | 93 | 0,001 ^b |
| Total | 110 | 100 | 0 | 0 | 10 | 23 | 33 | 77 | 0,001 ^a |

^a Test de Yates.

^b Test exact de Fisher.

et l'Hôpital de district de Biyem-Assi, dans lesquels les méthodes contraceptives sont fournies; elles ne sont toutefois pas toujours disponibles en raison d'une pénurie fréquente de fournitures.

4. Discussion

L'évaluation initiale, montrant la préférence des professionnels de santé pour l'AMIU pour le traitement de l'avortement incomplet et indiquant que le principal obstacle à son utilisation était la disponibilité insuffisante de matériel d'AMIU, a été confirmée par la très rapide adoption de l'AMIU lorsque les trousseaux ont été disponibles dans les hôpitaux sélectionnés. L'exemple du Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (CHU), qui a fait un virage complet en passant de la non-utilisation totale de l'AMIU à son utilisation dans 100% des cas et à la fourniture d'une contraception immédiate post avortement dans le service des soins post avortement, est le modèle à suivre par tous les autres établissements de santé.

Même si l'expérience actuelle est limitée à Yaoundé, les prochaines étapes devraient inclure d'étendre progressivement cette initiative à toutes les régions du pays. Pour réussir cette extension, une formation complémentaire et des fournitures supplémentaires de trousseaux d'AMIU sont nécessaires. D'après l'exemple des hôpitaux tertiaires et de district mentionné ci-dessus, il est clair que la mise à disposition de l'AMIU dans les établissements de santé et la formation des prestataires de soins de santé pourraient être des mesures importantes pour permettre la prise en charge appropriée de l'avortement incomplet par AMIU.

L'intégration de la formation à l'AMIU dans les programmes des écoles d'infirmières, une décision qui a été influencée par les membres de la SOGOC siégeant au comité de révision des programmes, facilitera l'utilisation de cette procédure par ces professionnels.

Au cours des 3 dernières années, la Direction de la Santé Familiale a également organisé des cours de formation continue dispensés par les membres de la SOGOC, aussi bien en soins obstétricaux d'urgence qu'en planification familiale, incluant la formation à l'utilisation de l'AMIU et du misoprostol, pour de nombreux prestataires de soins de santé. Si cette institutionnalisation de la formation garantit la préparation des nouveaux cadres à l'utilisation de ces nouvelles techniques, il arrive souvent que ces travailleurs de la santé retournent à leurs postes après ces cours et, n'ayant aucun matériel pour s'entraîner, oublient rapidement ce qu'ils ont appris. Ce sont les participants à ces cours de formation qui sont actuellement ciblés par la SOGOC pour qu'ils reçoivent le don initial de matériel d'AMIU. L'AMIU doit toutefois aussi être disponible dans tous les hôpitaux et la délégation des tâches doit être augmentée par la formation des infirmières/sages-femmes à son utilisation.

La pénurie de méthodes de planification familiale dans les hôpitaux a été un problème majeur. Le gouvernement a décidé de repositionner la planification familiale dans le pays il y a environ 2 ans; mais le processus prend du temps. Nous espérons que le problème des pénuries de méthodes contraceptives sera bientôt résolu.

Il existe certaines limites à la présente étude, en particulier la période d'évaluation courte au cours de laquelle l'effet de l'introduction du matériel d'AMIU a été évalué. Il y a toutefois de bonnes raisons de croire qu'il s'agit d'un effort durable puisqu'un engagement formel a été pris par le ministère de la santé de mettre progressivement l'AMIU à la disposition de tous les établissements de santé. Par ailleurs, la SOGOC entretient des relations étroites avec le ministère de la santé.

En résumé, la formation à l'utilisation du matériel d'AMIU est urgemment nécessaire et la fourniture requise de méthodes de planification familiale et de misoprostol doit être garantie. Ces matériels doivent être placés sur la liste des médicaments essentiels du pays et leur fourniture dans les quantités requises doit

être une préoccupation essentielle du gouvernement. Par ailleurs, une activité de plaidoyer auprès des décideurs dans les hôpitaux est nécessaire pour montrer les avantages et les économies qui peuvent être obtenus par le remplacement du curetage par l'AMIU, afin de les inciter à acheter le matériel d'AMIU.

Le succès de l'expérience décrite dans le présent article doit servir d'incitation puissante à accélérer l'extension de l'utilisation de l'AMIU pour le traitement de l'avortement incomplet dans l'ensemble du pays.

Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Références

- [1] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects. The 2012 Revision. Volume 1: Comprehensive Tables. New York: United Nations; 2013 (doc. ST/ESA/SER.A/336). Available at: http://esa.un.org/unpd/wpp/Documentation/pdf/WPP2012_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf.
- [2] Cameroon Penal Code. Official Government document.
- [3] Institut National de la Statistique (INS), ORC Macro. Enquete Démographique et de Santé du Cameroun 2004. Calverton, MD, USA: INS et ORC Macro; 2004. Available at: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR163/FR163-CM04.pdf>.
- [4] Institut National de la Statistique (INS), ICF. Enquete Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, MD, USA: INS et ICF International; 2012. Available at: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR260/FR260.pdf>.
- [5] Leke RJ. Commentary on unwanted pregnancy and abortion complications in Cameroon. *Suppl Int J Gynecol Obstet* 1989;3:33–5.
- [6] Nji-Ako S, Mbu RE, Nana P, Tonye R, Eteki N, Leke RJI. Early pregnancy complications among adolescents admitted in the Central Maternity of the Yaoundé Central Hospital, Cameroon. *J SAGO* 2003;4(1):26–30.
- [7] World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Geneva: WHO; 2012.
- [8] International Federation of Gynecology and Obstetrics. Uterine evacuation: use vacuum aspiration or medications, not sharp curettage. Consensus statement. London: FIGO; 2011. Available at: <http://www.who.org/files/figo-corp/FIGO%20DC%20Statement.pdf>.



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

INITIATIVE DE LA FIGO

Amélioration de la délivrance de services d'aspiration manuelle intra-utérine, introduction du misoprostol en cas d'avortement incomplet et renforcement de la contraception après avortement au Bangladesh

Ferdousi Begum^{a,*}, Shahida Zaidi^b, Parveen Fatima^c, Latifa Shamsuddin^d, A.K.M. Anowar-ul-Azim^d, Rowshan Ara Begum^e

^aCollège médical Sir Salimullah, Dacca, Bangladesh

^bInstitut d'échographie et clinique d'échographie, Karachi, Pakistan

^cUniversité médicale Bangabondhu Shaikh Mujib, Dacca, Bangladesh

^dSociété de Gynécologie et d'Obstétrique du Bangladesh, Dacca, Bangladesh

^eCollège médical de l'Hôpital de la Sainte-Famille du Croissant-Rouge, Dacca, Bangladesh

INFOS ARTICLE

Mots clés :

Initiative de la FIGO
Avortement incomplet
Aspiration manuelle intra-utérine
Misoprostol
Soins après avortement
Contraception après avortement
Prévention
Avortement à risque

R E S U M E

La Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Bangladesh s'est mobilisée pour inciter les autorités gouvernementales à adopter de nouvelles techniques de soins après avortement et à fournir des contraceptifs à longue durée d'action après avortement. Avec le soutien de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), la Société a fourni des matériels et une formation afin d'augmenter l'utilisation de ces techniques dans 7 hôpitaux et cliniques privés et publics. Les données de deux de ces établissements pour la période comprise entre janvier 2012 et juin 2013 ont montré une diminution rapide de l'utilisation de la dilation et curetage, une augmentation de l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et du misoprostol et l'adoption progressive des contraceptifs réversibles à longue durée d'action, de la contraception permanente et des contraceptifs injectables dans l'un de ces deux hôpitaux. Les Directions Générales des Services de Santé et de la Planification Familiale ont intégré l'utilisation de l'AMIU et du misoprostol dans leurs programmes nationaux. Les succès obtenus dans ces hôpitaux montrent que les changements proposés ont été bien acceptés par les prestataires de soins et par les patientes.

© 2014 Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique. Publié par Elsevier Ireland Ltd.

1. Introduction

Au Bangladesh, la mortalité maternelle résultant des complications des avortements a chuté de manière significative, de 13 % du total de la mortalité maternelle en 2001 à moins de 1 % en 2010 [1,2]. Le nombre d'avortements reste toutefois encore très élevé, compris entre 523 803 et 769 269, avec un nombre de femmes traitées pour des complications d'avortement spontané ou provoqué estimé à 280 000 en 2010 [3,4]. Cela a un impact, évitable, sur le système de santé [3]. Au total, 61 % des femmes bangladaises mariées âgées de 15 à 49 ans utilisent actuellement une méthode contraceptive et le taux de fertilité totale est de 2,3 enfants par femme ; toutefois, 15 % des naissances sont inopportunes et 13 % sont non désirées [5].

En 2008, la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) a lancé l'initiative de la FIGO pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences, dont l'objectif était de réduire la morbidité et la mortalité résultant des avortements

à risque et de réduire l'impact des avortements à risque sur les femmes et sur le système de santé publique [6–8].

Le Bangladesh est l'un des pays de l'Asie du Sud/Sud-est qui participent à l'initiative. Au fil des années, ses plans d'action ont intégré des activités de plaidoyer auprès des décideurs ; de sensibilisation parmi les professionnels de santé ; de conseils aux adolescents sur la santé sexuelle et reproductive ; l'élaboration/l'actualisation de manuels et de recommandations ; la production de matériels d'information, éducation et communication (IEC) sur les soins après avortement, l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et la régulation menstruelle médicale ; la formation des prestataires de soins de santé à la technique de l'AMIU, à l'utilisation du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet et à la contraception après avortement ; la fourniture de trousseaux d'AMIU et de misoprostol ; et l'encouragement à l'utilisation de ces techniques dans des hôpitaux sélectionnés. Le plan d'action actuel du Bangladesh s'est fixé les deux objectifs suivants :

1. Fournir des soins après avortement basés sur l'AMIU ou le misoprostol à au moins 80 % des femmes hospitalisées ou consultant pour un avortement incomplet dans 7 hôpitaux et cliniques sélectionnés, financés par la Société de Gynécologie et

* Auteur correspondant à : 1/14, Block B, Mohammapur, Dacca 1207, Bangladesh. Tél. : +880 1819223221.

Adresse e-mail : begum9@gmail.com (F. Begum).

- d'Obstétrique du Bangladesh (OGSB), d'ici à décembre 2013, avec pour objectif d'atteindre près de 100% d'ici à décembre 2014 ;
- Fournir des contraceptifs après avortement à au moins 60% des femmes demandant des soins pour un avortement incomplet ou une régulation menstruelle/régulation menstruelle médicamenteuse (RM/RMM) dans 7 hôpitaux sélectionnés financés par l'OGSB et s'assurer qu'au moins 50% de ces femmes reçoivent une méthode contraceptive réversible à longue durée d'action (LARC).

Selon les perceptions des professionnels de santé participant à une enquête de 2010, la grande majorité des établissements de soins capables de fournir des soins après avortement fournissent réellement ces services, seuls 16% des établissements ne les fournissant pas [3,4]. En revanche, si les recommandations relatives aux soins après avortement préconisent la fourniture de services de planification familiale à toutes les patientes, les résultats ont révélé de grandes lacunes dans le respect de cette recommandation par les prestataires de soins. Seuls 34% des établissements proposaient des méthodes contraceptives aux patientes ayant reçu des soins après avortement et moins de la moitié de ces femmes recevaient de fait une méthode contraceptive [3]. Les objectifs mentionnés ci-dessus ont été fixés afin d'améliorer cette situation, en commençant par un groupe d'hôpitaux dans lesquels l'OGSB est en mesure d'influencer la fourniture de soins.

Le présent article fait le point de l'utilisation de l'AMIU et du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet au Bangladesh, en soulignant le travail accompli dans le cadre de l'initiative de la FIGO, et il évalue les progrès réalisés pour remplacer le curetage utérin par l'AMIU ou le misoprostol et pour favoriser l'acceptation des méthodes LARC après avortement.

2. L'AMIU pour le traitement de l'avortement incomplet

L'AMIU est une technique sûre et efficace pour l'évacuation utérine. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la FIGO recommandent l'AMIU comme méthode de choix pour l'évacuation utérine en cas d'avortement incomplet et d'avortement provoqué en début de grossesse [9,10].

L'Encadré 1 donne un résumé de l'utilisation de l'AMIU au Bangladesh. Officiellement introduites en 1979 pour fournir des services de régulation menstruelle (RM), les seringues d'AMIU/RM ont souvent été utilisées pour l'évacuation utérine en cas d'avortement incomplet ou manqué. En 2002, la Direction Générale de la Planification Familiale a introduit le concept de services de soins après avortement et l'utilisation de la seringue d'AMIU à double valve pour l'évacuation utérine (tant que le volume utérin était

inférieur à celui correspondant à une grossesse de 12 semaines) en cas d'avortement incomplet ou manqué. Les médecins exerçant dans des cliniques de bien-être maternel et infantile sélectionnées, relevant de la Direction Générale de la Planification Familiale, et des cliniques d'ONG (la Rising Sun Franchise) ont été initialement formés pour fournir des soins après avortement basés sur l'AMIU au lieu de la dilation et curetage (D&C). Ces établissements fournissaient toutefois principalement des soins prénatals, obstétricaux et post-partum ; et des services de planification familiale, avec uniquement des services de soins après avortement très limités. Des soins après avortement complets étaient fournis dans les centres de santé d'upazila (sous-district), les hôpitaux de district et les hôpitaux universitaires où, paradoxalement, la technique utilisée était la D&C car il n'y avait pas d'équipements d'AMIU et que les médecins n'étaient pas formés à l'utilisation de cette procédure. Cette situation s'est améliorée et un programme de formation, des recommandations et des normes techniques relatives aux soins après avortement, y compris un manuel en bengali, ont été élaborés en 2002 et actualisés en 2010.

En 2007, afin de populariser l'utilisation de l'AMIU pour les services de soins après avortement, l'OGSB a publié la déclaration suivante : "Conformément à la recommandation de la FIGO, de l'OMS et d'autres organismes professionnels, la Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Bangladesh (OGSB) reconnaît que l'utilisation de l'AMIU/AMIU Plus est une alternative plus sûre que la dilatation et curetage pour les soins après avortement" [11].

Un certain nombre de réunions/séminaires cliniques sont alors conduits par l'OGSB afin de familiariser les gynécologues et les obstétriciens à l'utilisation de l'AMIU comme méthode d'évacuation utérine. Toutefois, relativement peu de cliniciens pratiquaient cette procédure. Les obstacles à son adoption suivants ont été identifiés :

(1) Manque de formation

Les prestataires de services de santé travaillant dans des établissements accueillant des femmes pour un traitement après avortement recevaient une formation continue inadéquate aux services complets de soins après avortement ou à l'utilisation de l'AMIU (en particulier les seringues à double valve). Ces établissements, qui relevaient de la Direction Générale des Services de Santé (DGHS), étaient des hôpitaux universitaires, des hôpitaux de district et des centres de santé d'Upazila.

(2) Manque d'équipements

Les aspirateurs de RM (seringue de Karman à valve unique) et d'AMIU Plus Ipas [12] n'étaient pas fournis aux hôpitaux universitaires, aux hôpitaux de district ou aux instituts médicaux. Ils étaient

Encadré 1

Augmentation de l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) en cas d'avortement incomplet au Bangladesh.

| | |
|---------|--|
| 1979 | La technique d'AMIU est introduite officiellement pour les services de régulation menstruelle |
| 2002 | La DGFP introduit des services de soins après avortement, notamment l'AMIU à double valve pour utilisation en cas d'avortement incomplet, dans des établissements MCWC et ONG sélectionnés ^a |
| 2007 | L'OGSB diffuse la déclaration de la FIGO sur l'utilisation de l'AMIU en cas d'avortement incomplet |
| 2008 | L'OGSB rejoint l'initiative de la FIGO pour la prévention des avortements à risque et y fait participer des organisations gouvernementales (les Directions des Services de Santé et de Planification Familiale) et plusieurs ONG |
| 2009 | Un document d'orientation est élaboré sur la prévention des avortements à risque et une activité de plaidoyer est conduite auprès des décideurs |
| 2010 | L'AMIU est approuvée par la DGHS pour les soins après avortement |
| 2011 | La FIGO finance l'achat d'aspirateurs et de canules AMIU Plus Ipas |
| 2012–13 | Une formation à l'utilisation de l'AMIU pour les soins après avortement est administrée aux prestataires de services et des équipements sont achetés |
| 2012–13 | Des services sont fournis aux patientes ayant besoin de soins après avortement (AMIU pour l'évacuation utérine, misoprostol pour les soins après avortement et conseils et services de planification familiale après avortement) |

Abréviations : DGFP, Direction Générale de la Planification Familiale ; MCWC, Centres de bien-être maternel et infantile ; OGSB, Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Bangladesh ; DGHS, Direction Générale des Services de Santé.

^a Rising Sun Franchise.

achetés par la Direction Générale de la Planification Familiale mais pas par la Direction Générale des Services de Santé.

Après l'introduction de l'initiative de la FIGO, un plan d'action conjoint a été élaboré par l'OGSB, le gouvernement du Bangladesh (les Directions Générales des Services de Santé et de la Planification Familiale) et des organisations nationales et internationales. Dans le cadre de ce plan, l'OGSB a élaboré un guide d'orientation à l'intention des décideurs sur différentes stratégies pour réduire l'incidence et les conséquences des avortements à risque, qui met l'accent sur la formation des professionnels de santé à l'utilisation de l'AMIU pour l'évacuation utérine, l'organisation de la fourniture de services, l'obtention des instruments pour l'AMIU ainsi que la supervision et la surveillance de ces services. Plus tard, au cours de l'élaboration du plan sur 5 ans, dans le cadre du "Programme sectoriel sur la santé, la nutrition et la population" et de son plan opérationnel, l'OGSB a travaillé avec les décideurs et introduit avec succès les soins après avortement (y compris l'achat des équipements nécessaires et la formation des professionnels de santé) comme composante des soins de santé maternels en 2010. Plus tard, en 2011, la Direction Générale des Services de Santé a édité une lettre autorisant l'OGSB à former les professionnels à l'utilisation de l'AMIU et du misoprostol pour les soins après avortement dans des établissements de santé sélectionnés.

En novembre 2010, l'initiative de la FIGO a fourni des fonds d'urgence à l'OGSB. La Société a utilisé ces ressources pour acheter des aspirateurs et des canules d'AMIU, qui ont été fournis aux hôpitaux et cliniques participants. Ce financement a également été utilisé pour former un nombre limité de prestataires de services de santé. Le temps nécessaire pour se procurer les équipements et la situation politique du pays ont retardé la mise en route de la formation. Entretemps, dans le cadre d'une initiative adoptée par le Conseil de la Population et plus tard par l'Ipas, l'OGSB et d'autres parties prenantes et à la suite des rapports faisant état du succès et de la sécurité de l'utilisation de l'AMIU par des non-médecins [13,14], le gouvernement a approuvé la formation d'infirmiers et de personnel paramédical à l'utilisation de l'AMIU dans des cas sélectionnés d'avortement incomplet et les a autorisés à délivrer ce service [15]. Cette évolution des tâches avait pour objectif de mettre ces services à la disposition des établissements de niveau périphérique, y compris les Centres pour la santé et le bien-être de la famille dans les zones rurales. A l'heure actuelle, 44 prestataires de soins, dont 28 médecins et 16 infirmiers/paramédicaux d'établissements du secteur public et privé sélectionnés ont été formés.

3. Le misoprostol en cas d'avortement incomplet

L'utilisation du misoprostol pour la prise en charge de l'avortement incomplet chez les femmes avec une taille d'utérus ne dépassant pas celle correspondant à une grossesse de 12 semaines

a été approuvée par la Direction Générale de la Planification Familiale après décembre 2010 lorsque l'OGSB a diffusé un supplément publié dans l'International Journal of Gynecology and Obstetrics sur l'utilisation du misoprostol en gynécologie et obstétrique [16,17]. L'utilisation du misoprostol a également été incluse dans les "recommandations et normes techniques relatives aux soins après avortement" de la Direction Générale de la Planification Familiale, qui ont été actualisées à ce moment-là. La Direction Générale des Services de Santé a autorisé l'utilisation du misoprostol dans les soins après avortement et approuvé la formation par l'OGSB (2011). L'OGSB a élaboré des recommandations et un protocole "Le misoprostol dans les soins après avortement" (Encadré 2), qui fait désormais partie de la formation après avortement au Bangladesh [18].

4. Contraception après avortement

En 2009, une déclaration de consensus sur la planification familiale après un avortement a été publiée par la FIGO, la Confédération Internationale des Sages-Femmes (ICM), le Conseil International des Infirmières (ICN), l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), l'Alliance du Ruban Blanc (WRA), le Département pour le Développement International (DFID) et la Fondation Bill et Melinda Gates [19]. Après cette déclaration, l'accent a été mis sur les conseils en matière de planification familiale et la fourniture de méthodes contraceptives après avortement, en particulier l'utilisation de contraceptifs réversibles à longue durée d'action (LARC) et de méthodes de contraception permanente, dans tous les cours de formation à l'intention des prestataires de soins de santé au Bangladesh au vu de la valeur reconnue de ces interventions pour la prévention des grossesses non prévues et des avortements répétés.

Les prestataires de soins de santé des hôpitaux sélectionnés suivants ont été formés entre 2012 et 2013 et les services sont désormais fournis dans ces établissements. La liste inclut la localisation de l'établissement et son statut public ou privé :

1. Hôpital et Institut pour la santé reproductive et infantile (IRCH) de l'OGSB : privé.
2. Institut pour la santé maternelle et infantile (ICMH) : autonome, péri-urbain.
3. Une clinique administrée par l'Association du Bangladesh pour la prévention de l'avortement septique (BAPSA) : ONG, urbain insalubre.
4. Une clinique Marie Stopes : ONG, urbain insalubre et non insalubre.
5. Hôpital de district de Gazipur : gouvernemental, périphérique.
6. Hôpital d'upazila de Gazipur : gouvernemental, périphérique.
7. Clinique de bien-être maternel et infantile de Gazipur (MCWC) : gouvernemental, périphérique.

Encadré 2

Introduction du misoprostol en cas d'avortement incomplet ou manqué.

| | |
|---------|---|
| 2010 | Diffusion du supplément de l'IJGO sur l'utilisation du misoprostol en cas d'avortement incomplet |
| 2010 | Approbation du misoprostol dans les soins après avortement par le Comité Technique National et son inclusion pour la prise en charge des avortements incomplets ou manqués dans les recommandations/normes techniques actualisées de la DGFP relatives aux soins après avortement |
| 2011 | Approbation par la DGHS de la formation et des services pour l'utilisation du misoprostol dans les soins après avortement |
| 2012 | L'OGSB élabore des recommandations et un protocole sur l'utilisation du misoprostol dans les soins après avortement |
| 2012–13 | L'OGSB assure une formation aux soins après avortement, y compris l'utilisation de l'AMIU et du misoprostol en cas d'avortement incomplet et de la contraception après avortement, en mettant l'accent sur l'utilisation de méthodes à long terme |
| 2012–13 | L'OGSB élabore des matériels d'information, éducation et communication (IEC) sur l'utilisation du misoprostol dans les soins après avortement |
| 2012–13 | Fourniture de services par des prestataires de services formés, y compris la contraception après avortement |

Abréviations : IJGO, International Journal of Gynecology and Obstetrics ; DGFP, Direction Générale de la Planification Familiale ; DGHS, Direction Générale des Services de Santé ; OGSB, Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Bangladesh.

5. Résultats

Deux hôpitaux, l'Hôpital et l'Institut pour la santé reproductive et infantile (IRCH) de l'OGSB à Mirpur et l'Institut pour la santé maternelle et infantile (ICMH) à Matuail, Dacca, Bangladesh, dans lesquels la formation a été débutée en 2012 et qui ont reçu les équipements pour l'AMIU et le misoprostol, ont fourni des informations sur les progrès réalisés dans l'utilisation des nouvelles technologies préconisées pour remplacer la D&C et dans la fourniture d'une contraception après avortement. Dans les 5 établissements de santé restants, il n'a été possible de former les prestataires de services qu'à la fin de l'année 2013. Cela a initialement été dû à une absence générale de loi et d'ordre public dans le pays autour des élections et, plus tard, à l'agitation civile liée à plusieurs questions politiques.

Dans les deux hôpitaux mentionnés ci-dessus, la comparaison de l'utilisation de la D&C, de l'AMIU et du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet entre janvier 2012 et juin 2013 a montré une claire tendance à une réduction de l'utilisation de la D&C et une augmentation correspondante de l'utilisation de l'AMIU et du misoprostol (Tableau 1).

Dans le premier hôpital (l'Hôpital et l'IRCH de l'OGSB), la D&C était utilisée dans les trois quarts des cas au premier semestre 2012, mais elle avait quasiment disparu 1 an plus tard. L'AMIU était utilisée dans moins d'un quart des cas au cours des 6 premiers mois de 2012, mais son utilisation avait atteint 85% au premier semestre 2013. L'utilisation du misoprostol a augmenté plus modestement, de 2% à 13%, sur la même période (Tableau 1).

A l'ICMH, les évolutions ont été moins importantes. Là, l'utilisation de la D&C a diminué de près de 90% entre janvier et juin 2012 à 60% au cours de la période entre janvier et juin 2013. L'utilisation de l'AMIU a augmenté de 0% à 14% et le misoprostol de 10% à 25% (Tableau 1).

La contraception après avortement a été adoptée par toutes les femmes hospitalisées à l'IRCH après un avortement. L'utilisation des méthodes LARC a presque triplé, tandis que l'adoption d'une méthode de contraception permanente a presque doublé au cours

de la période d'étude de 18 mois. Il y a eu une réduction correspondante de l'utilisation des contraceptifs réversibles à courte durée d'action (SARC), de presque 40% à moins de 25%, avec une réduction plus modeste de l'utilisation du contraceptif injectable 1 fois tous les 3 mois, l'acétate de médroxyprogestérone (DMPA) retard, qui est resté la méthode la plus populaire, adoptée par 41% des femmes au cours des 6 derniers mois d'observation (Tableau 2).

A l'ICMH, les évolutions ont été moins marquées. L'acceptation de l'une quelconque des méthodes avait déjà atteint 96,8% au cours des 6 premiers mois d'observation, augmentant à 99,1% au cours des 6 mois suivants et atteignant 100% au cours des 6 derniers mois d'observation (données non présentées dans les tableaux). Il n'y a pas eu d'évolution de l'utilisation des méthodes LARC ou de contraception permanente au cours de la période d'étude; en revanche, l'utilisation du DMPA a augmenté de près de 10%, avec une diminution correspondante de l'utilisation de la SARC, même si cette dernière est restée la méthode préférée chez la moitié des femmes (Tableau 3).

6. Discussion

Au Bangladesh, l'un des acquis les plus importants de l'initiative de la FIGO pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences a été la sensibilisation des décideurs, des gestionnaires, des cliniciens et des paramédicaux à l'avortement à risque à tous les niveaux de la délivrance des soins de santé. Elle a également permis de rassembler sous la même égide toutes les parties prenantes qui fournissent des services de régulation menstruelle et de soins après avortement.

Le petit échantillon des deux hôpitaux ayant fourni des données après la formation indique que le passage du curetage utérin à l'AMIU ou au misoprostol pour les femmes après un avortement incomplet progresse et qu'il devrait être possible de remplacer complètement le curetage utérin par l'AMIU ou le misoprostol dans une période de temps relativement courte. Il montre également que l'objectif d'augmenter le nombre de femmes choisissant d'utiliser

Tableau 1

Nombre de cas d'avortement traités par dilatation et curetage (D&C), aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et misoprostol pour l'évacuation utérine à l'Hôpital et l'Institut pour la santé reproductive et infantile (IRCH) de l'OGSB, Mirpur; et à l'Institut pour la santé maternelle et infantile (ICMH), Matuail, Dacca, Bangladesh.

| | D&C (%) | | AMIU (%) | | Misoprostol (%) | | Nombre total de cas | |
|-----------------------|---------|------|----------|------|-----------------|------|---------------------|------|
| | IRCH | ICMH | IRCH | ICMH | IRCH | ICMH | IRCH | ICMH |
| Janvier–juin 2012 | 74,5 | 89,4 | 23,5 | 0,0 | 2,0 | 10,6 | 51 | 255 |
| Juillet–décembre 2012 | 45,3 | 82,6 | 46,9 | 5,5 | 7,8 | 11,9 | 64 | 201 |
| Janvier–juin 2013 | 1,3 | 60,6 | 85,3 | 13,9 | 13,4 | 25,5 | 75 | 231 |

Tableau 2

Tendance dans l'acceptation des contraceptifs après avortement à l'Hôpital et l'Institut pour la santé reproductive et infantile (IRCH) de l'OGSB, Mirpur, Bangladesh.

| | SARC ^a | | DMPA ^b | | LARC ^c | | Permanente ^d | | Nombre total de cas | |
|-----------------------|-------------------|----|-------------------|----|-------------------|----|-------------------------|---|---------------------|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Janvier–juin 2012 | 20 | 39 | 24 | 47 | 5 | 10 | 2 | 4 | 51 | 100,0 |
| Juillet–décembre 2012 | 16 | 25 | 25 | 39 | 18 | 28 | 5 | 8 | 64 | 100,0 |
| Janvier–juin 2013 | 17 | 23 | 31 | 41 | 22 | 29 | 5 | 7 | 75 | 100,0 |

^a Contraception réversible à courte durée d'action (préservatifs et pilules).

^b Acétate de médroxyprogestérone retard.

^c Contraceptifs réversibles à longue durée d'action (DIU et implants [Implanon]).

^d Ligature des trompes et vasectomie.

Tableau 3

Tendance dans l'acceptation des contraceptifs après avortement à l'Institut pour la santé maternelle et infantile (ICMH), Matuail, Dacca, Bangladesh.

| | SARC ^a | | DMPA ^b | | TCu380 | | Ligature des trompes | | Nombre total de cas | |
|-----------------------|-------------------|------|-------------------|------|--------|-----|----------------------|-----|---------------------|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Janvier–juin 2012 | 148 | 58,0 | 72 | 28,2 | 14 | 5,5 | 13 | 5,1 | 255 | 100,0 |
| Juillet–décembre 2012 | 117 | 58,2 | 58 | 28,9 | 12 | 6,0 | 12 | 6,0 | 201 | 100,0 |
| Janvier–juin 2013 | 116 | 50,2 | 86 | 37,2 | 13 | 5,6 | 16 | 7,0 | 231 | 100,0 |

^a Contraception réversible à courte durée d'action (préservatifs et pilules).

^b Acétate de médroxyprogestérone retard.

des LARC plutôt que des SARC après un avortement est atteignable. L'augmentation de ce petit échantillon à l'échelle du pays entier sera facilitée par l'implication des officiels/responsables gouvernementaux dans cette évolution des politiques. Cette implication est évidente du fait que la formation à l'utilisation de l'AMIU et du misoprostol a été intégrée dans le plan opérationnel du "Programme Sectoriel sur la Santé, la Nutrition et la Population" du Bangladesh.

Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Références

- [1] National Institute of Population Research and Training (NIPORT), ORC Macro, John Hopkins University, ICDDR,B. Bangladesh Maternal Health Service and Maternal Mortality Survey 2001. Dhaka, Bangladesh and Calverton, Maryland (USA): NIPORT, ORC Macro, Johns Hopkins University, ICDDR, B; 2003.
- [2] National Institute of Population Research and Training (NIPORT), MEASURE Evaluation, ICDDR,B. Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey 2010. Summary of key findings and implications. Dhaka, Bangladesh: NIPORT, MEASURE Evaluation, ICDDR, B; 2012.
- [3] Vlassoff M, Hossain A, Maddaw-Zimet I, Singh S, Bhuiyan HU. Menstrual regulation and post abortion care in Bangladesh: factors associated with access to and quality of services. New York: Guttmacher Institute; 2012.
- [4] Singh S, Hossain A, Maddow-Zimet I, Ullah Bhuiyn H, Vlassoff M, Hussain R. The incidence of menstrual regulation procedures and abortion in Bangladesh, 2010. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2012;38(3):122–32.
- [5] National Institute of Population Research and Training (NIPORT), Mitra and Associates, ICF International. Bangladesh Demographic and Health Survey, 2011. Dhaka, Bangladesh and Calverton, Maryland, USA: NIPORT, Mitra and Associates, ICF International; 2013.
- [6] Shaw D. The FIGO initiative for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110:S17–9 Suppl.
- [7] Faúndes A, Shaw D. Universal access to reproductive health: opportunities to prevent unsafe abortion and address related critical gaps. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110:S1–2 Suppl.
- [8] Faúndes A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2012;119(Suppl. 1):S68–71.
- [9] World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: WHO; 2003.
- [10] International Federation of Gynecology and Obstetrics. Uterine evacuation: use vacuum aspiration or medications, not sharp curettage. Consensus statement July 2011. London: FIGO; 2012.
- [11] Obstetrical and Gynaecological Society of Bangladesh (OGSB). 2007 Annual Report. Dhaka, Bangladesh: OGSB; 2007.
- [12] Frankel N, Abernathy M, editors. Performing uterine evacuation with the Ipas MVA Plus® Aspirator and Ipas EasyGrip® Cannulae: Instructional Booklet. 2nd ed. Chapel Hill, NC: Ipas; 2007.
- [13] Goldman MB, Occhiuto JS, Peterson LE, Zapka JG, Palmer RH. Physician assistants as providers of surgically induced abortion services. *Am J Public Health* 2004;94(8):1352–7.
- [14] Warriner IK, Meirik O, Hoffman M, Morroni C, Harries J, My Huong NT, et al. Rates of complications in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomized controlled equivalence trial. *Lancet* 2006;368(9551):1965–72.
- [15] Directorate of Nursing, MOHFW, Government of Bangladesh. Memorandum for Training on "Inclusion of Nurses in MR, PAC and FP Services". Letter no. 45.158.010.00.00.010.2011.200. dated; May 30, 2012.
- [16] Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Schiavon R, Weeks A. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *Int J Gynecol Obstet* 2007;99(Suppl. 2):S186–9.
- [17] Weeks A, Faúndes A. Misoprostol in obstetrics and gynecology. *Int J Gynecol Obstet* 2007;99(Suppl. 2):S156–9.
- [18] Obstetrical and Gynaecological Society of Bangladesh (OGSB). Blue Top Guidelines No 1: misoprostol in post-abortion care. Dhaka, Bangladesh: OGSB; 2012.
- [19] International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Confederation of Midwives, International Council of Nurses, United States Agency for International Development, White Ribbon Alliance, Department for International Development, et al. Post abortion family planning: a key component of post abortion care. Consensus Statement; November 1, 2013.



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

INITIATIVE DE LA FIGO

Introduction du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet après 12 semaines de grossesse au Bénin

Sosthène Adisso^a, Benjamin I.B. Hounkpatin^{b,*}, Gounnou D. Komongui^b, Olivier Sambieni^a, René X. Perrin^b

^aCentre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga, Cotonou, Bénin

^bHôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune, Cotonou, Bénin

INFOS ARTICLE

Mots clés:

Bénin
Complications
Initiative de la FIGO
Age gestationnel
Avortement incomplet
Misoprostol
Prévention
Avortement à risque

R E S U M E

L'amélioration des soins aux femmes qui ont subi un avortement spontané ou provoqué est une étape importante pour réduire la morbidité et la mortalité liées à l'avortement. La Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) et l'Organisation Mondiale de la Santé recommandent toutes les deux l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et du misoprostol plutôt que le curetage pour traiter l'avortement incomplet. L'AMIU a été introduite dans les services de santé publique au Bénin en 2006 et, depuis 2008, le misoprostol est disponible dans 3 grandes maternités hospitalières. La présente étude a choisi d'utiliser une dose orale de 800 µg et de ne pas limiter les grossesses de moins de 12 semaines, mais d'inclure aussi les femmes avec des avortements du deuxième trimestre. Après 5 ans, les résultats montrent que les trois quarts environ des femmes traitées par le misoprostol à 13–18 semaines de grossesse ont eu besoin d'une AMIU pour obtenir une évacuation utérine complète et qu'environ un quart des femmes a présenté des saignements sévères, confirmant que l'indication du misoprostol dans l'avortement incomplet doit être limitée aux grossesses de moins de 12 semaines.

© 2014 Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique. Publié par Elsevier Ireland Ltd.

1. Introduction

La mortalité maternelle est un problème très préoccupant au Bénin depuis des dizaines d'années. Le taux de mortalité maternelle élevé est resté quasiment inchangé, de 474 morts maternelles pour 100 000 naissances vivantes en 2001 à 397 en 2006. C'est dire qu'environ 1500 femmes meurent chaque année en donnant la vie. On estime que 15% de ces décès sont liés à des avortements provoqués, le plus souvent à risque [1].

Pour essayer d'atteindre le cinquième Objectif du Millénaire pour le Développement, le Bénin a mis en œuvre, en 2006, une politique de prévention de l'avortement à risque et d'amélioration des soins post-avortement. L'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) a d'abord été introduite pour remplacer le curetage, suivie de l'introduction du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet. On dispose déjà d'une vaste expérience de l'utilisation du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet, comme on peut le voir dans les publications des revues scientifiques et dans les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) [2,3]. L'essentiel de la littérature fait toutefois référence à des essais cliniques dans lesquels les recommandations sont strictement respectées. Peu de publications traitent des expériences dans lesquelles ces recommandations sont appliquées dans des

pays à faibles ressources tels que le Bénin et dans des hôpitaux dans lesquels la demande des femmes de soins post-avortement est importante. Il n'y a par ailleurs pas eu, à notre connaissance, de publications sur le taux de succès du misoprostol en cas d'utilisation de doses plus fortes pour traiter un avortement incomplet après 12 semaines de grossesse.

C'est pourquoi, 5 ans après l'introduction du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet dans 3 maternités d'hôpitaux universitaires au Bénin, utilisant un protocole différent du protocole habituellement recommandé, il est temps de passer cette expérience en revue et d'en évaluer les résultats, en particulier dans les cas où le médicament a été utilisé après 12 semaines de grossesse. Le présent article propose une analyse des données recueillies tout au long de la période au cours de laquelle cette expérience pionnière a été appliquée dans cette région.

2. Matériels et méthodes

Une étude prospective descriptive a été conduite sur une période de 5 ans dans 3 maternités hospitalières à Cotonou, au Bénin: la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga; l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL); et l'Hôpital Universitaire de Ménomintin.

La population étudiée était composée de toutes les femmes hospitalisées dans les 3 hôpitaux mentionnés ci-dessus entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2012, avec un diagnostic d'avortement incomplet. Les femmes n'ont pas été incluses dans

* Auteur correspondant à: Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune, 01BP107, Cotonou, Bénin. Tél.: +229 97007004; fax: +229 21312116.

Adresse e-mail: bhounkpatin@yahoo.fr (B.I.B. Hounkpatin).

l'étude si elles avaient eu un avortement complet n'ayant pas nécessité de traitement actif ou si elles avaient des complications sévères nécessitant une action immédiate – une situation dans laquelle il n'y aurait pas le temps ou l'occasion de recueillir de données. Les femmes n'ont pas non plus été incluses si l'âge gestationnel était supérieur à 18 semaines révolues ou si elles étaient incapables de donner des informations sur l'âge gestationnel et que l'examen clinique révélait une taille de l'utérus compatible avec une grossesse de fin de deuxième trimestre.

Une équipe de sages-femmes et de médecins, qui étaient soit spécialisés en gynécologie-obstétrique soit internes en formation, a reçu les femmes consultant pour un avortement incomplet. Le diagnostic d'avortement incomplet s'est basé sur un examen clinique et sur une échographie pratiqués au service des urgences. Les femmes étaient candidates au traitement par le misoprostol si elles étaient hémodynamiquement stables et si le contenu utérin à l'échographie était inférieur à 20 mm. Elles ont été conseillées sur l'option du traitement médical et informées des autres alternatives disponibles, les femmes ont ainsi eu la possibilité de choisir la méthode qu'elles préféreraient. Les conseils insistaient également sur la nécessité de revenir pour une visite de suivi au cours de laquelle il leur serait proposé une méthode de contraception efficace. Les femmes ont été informées des avantages du traitement médical, mais aussi de ses effets indésirables possibles, principalement les douleurs et les saignements, mais occasionnellement aussi la diarrhée, l'hyperthermie et les frissons.

Les patientes qui optaient pour le traitement médical ont reçu 800 µg de misoprostol (Cytotec R; Pfizer, New York, Etats-Unis) sous forme de quatre comprimés à 200 µg à placer sous la langue en présence du professionnel de santé et à garder sous la langue pendant 30 minutes.

Des visites de suivi ont eu lieu 3 jours plus tard afin de vérifier l'évolution de la procédure et 15 jours plus tard, visite au cours de laquelle une échographie a été effectuée afin de surveiller le contenu utérin. Si l'utérus était vide ou si l'échographie montrait un contenu utérin minimal mais que la femme était asymptomatique, la procédure était considérée comme un succès et aucun traitement supplémentaire n'était administré. Si l'utérus n'était pas vide et que la femme présentait des saignements ou bien des crampes persistantes, la procédure était considérée comme un échec et la femme faisait l'objet d'une AMIU sauf si elle était stable et qu'elle souhaitait essayer une seconde dose de 800 µg de misoprostol. Dans ce dernier cas, la femme recevait une seconde dose de misoprostol et un rendez-vous était fixé 10 à 15 jours plus tard. Si l'utérus n'était toujours pas vide après ce second suivi, la patiente faisait l'objet d'une AMIU.

Après confirmation que l'utérus était vide, la femme se voyait proposer une méthode de contraception de son choix; un accent particulier était toutefois mis sur les avantages des contraceptifs réversibles à longue durée d'action (LARC), tels que le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre T 380 et l'implant contraceptif Jadelle (Bayer Healthcare, Berlin, Allemagne).

Le présent article décrit la proportion de femmes avec un avortement incomplet qui ont été traitées par le misoprostol dans les 3 hôpitaux de l'étude et l'évolution de cette proportion avec le temps. Il montre également la distribution de ces femmes en fonction de l'âge gestationnel au moment de l'avortement, les effets indésirables enregistrés, les résultats de l'échographie lors de la visite de contrôle et le taux de succès défini par la proportion de femmes n'ayant pas nécessité d'AMIU pour obtenir une évacuation utérine complète. Les associations entre l'âge gestationnel et les effets indésirables et entre l'âge gestationnel et le taux de succès ont également été analysées, ainsi que les méthodes de contraception qui ont été adoptées par les femmes au cours de la période de suivi. L'évaluation des effets indésirables s'est basée sur les déclarations de la patiente ainsi que sur l'examen clinique et l'échographie.

L'abondance des saignements a été évaluée sur la base du nombre de tampons complètement saturés utilisés par chaque femme sur une période de 24 heures. Les saignements ont été classés comme abondants si le nombre de tampons utilisés sur 24 heures était supérieur à 4.

Les données sur les variables étudiées ont été recueillies de manière prospective en utilisant des formulaires cliniques spécialement conçus sur lesquels les données mentionnées ci-dessus devaient être enregistrées. Les mêmes formulaires ont été utilisés dans les 3 hôpitaux. Les données ont été vérifiées manuellement afin de réduire les erreurs possibles de recueil des données. Le logiciel Excel 2007 (Microsoft, Redmond, Etats-Unis) a été utilisé pour la saisie et le nettoyage des données. Les associations entre l'âge gestationnel et le taux de succès et entre l'âge gestationnel et l'incidence des effets indésirables ont été évaluées par Epi Info (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Etats-Unis).

Chaque femme qui choisissait d'utiliser le misoprostol pour le traitement d'un avortement incomplet a signé un formulaire de consentement éclairé. L'étude a été évaluée et approuvée par le comité d'éthique de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université du Bénin.

3. Résultats

Au total, 3139 femmes ont été hospitalisées pour un avortement incomplet dans les 3 hôpitaux participants au cours de la période de 5 ans entre janvier 2008 et décembre 2012. Les nombres de patientes vues dans les hôpitaux CUGO et HOMEL au cours de la période de 5 ans ont été similaires (respectivement $n = 1150$, 36,6% versus $n = 1190$, 35,3%), alors que seules 880 femmes (23,1%) ont été vues à l'Hôpital Universitaire de Ménontin.

Après examen, 630 des 3139 femmes ont été diagnostiquées comme ayant eu un avortement complet ne nécessitant aucun traitement. Sur les 2509 femmes restantes, 48,1% ($n = 1277$) ont été traitées par AMIU et 21,4% ($n = 537$) par le misoprostol. Le nombre de femmes traitées par le misoprostol a représenté moins de 10% de toutes les femmes au cours de la première année; en revanche, cette proportion a augmenté à 10–20% dans les différents hôpitaux au cours de la deuxième année, pour se stabiliser aux environs de 25% la quatrième année et diminuer légèrement à un peu plus de 20% au cours de la cinquième année d'observation (Tableau 1).

L'âge gestationnel des 537 femmes traitées par le misoprostol était le suivant: ≤ 10 semaines (64,1%; $n = 344$), 11–12 semaines (14,9%; $n = 80$), 13–14 semaines (13%; $n = 70$) et 15–18 semaines (8,0%; $n = 43$).

Le misoprostol a été administré soit en une dose unique de 800 µg soit en deux doses de 800 µg pour un total de 1600 µg. Dans 55,9% des cas ($n = 300$), une seule dose de 800 µg de misoprostol a été nécessaire, alors que dans 44,1% des cas ($n = 237$), les femmes ont reçu 2 doses, soit 1600 µg. La plupart des femmes ayant reçu

Tableau 1

Pourcentage d'avortements incomplets traités par le misoprostol dans les trois hôpitaux participants à Cotonou, Bénin (2008–2012).

| Année | CUGO | | HOMEL | | Ménontin | | Total | |
|-------|---------|------|---------|------|----------|------|----------|------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| 2008 | 14/116 | 12,1 | 12/156 | 7,7 | 10/112 | 8,9 | 36/384 | 9,4 |
| 2009 | 34/243 | 14,0 | 33/186 | 17,7 | 53/230 | 23,0 | 120/659 | 18,2 |
| 2010 | 49/143 | 34,3 | 45/153 | 29,4 | 26/143 | 18,2 | 120/439 | 27,3 |
| 2011 | 52/185 | 28,1 | 50/198 | 25,3 | 28/111 | 25,2 | 130/494 | 26,3 |
| 2012 | 53/214 | 24,8 | 52/192 | 27,1 | 26/127 | 20,5 | 131/533 | 24,6 |
| Total | 202/901 | 22,4 | 192/885 | 21,7 | 143/723 | 19,8 | 537/2509 | 21,4 |

Abréviations: CUGO, Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga; HOMEL, Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune; Ménontin, Hôpital Universitaire de Ménontin.

le misoprostol (94,4%) ont été traitées en ambulatoire, tandis que 5,6% (n = 30) ont été hospitalisées (données non présentées dans les tableaux).

Les deux tiers des femmes avec des grossesses de moins de 12 semaines ont utilisé 1 dose de misoprostol (66%); en revanche, cette proportion a diminué à 34% chez les femmes avec des grossesses de 13–14 semaines et à 23% chez les femmes avec des grossesses de 15–18 semaines (données non présentées dans les tableaux).

L'âge gestationnel a été associé de manière significative au taux de succès, défini comme le pourcentage de cas dans lesquels une AMIU n'a pas été nécessaire pour obtenir une évacuation utérine complète. Chez les femmes avec des grossesses de moins de 12 semaines, le taux de succès a été de 99,1%; en revanche, ce pourcentage a chuté à seulement 25,7% et 27,9% dans le cas des femmes avec des grossesses de respectivement 13–14 semaines et 15–18 semaines. A l'échographie effectuée au 15^e jour post-traitement, un contenu utérin résiduel a été trouvé chez moins de 5% des femmes avec des grossesses jusqu'à 12 semaines. Cette proportion a augmenté à 10% chez les femmes à 13–14 semaines de grossesse et à 14% chez les femmes avec des grossesses de plus de 14 semaines. Tous ces cas étaient cependant cliniquement asymptomatiques et aucune intervention n'a été effectuée (Tableau 2). Par ailleurs, 7,6% des femmes avec des grossesses jusqu'à 12 semaines et environ 3% de celles avec des grossesses de 13–14 semaines ne sont pas revenues pour le suivi et elles sont donc supposées ne pas avoir eu de complications. Aucune des femmes avec des grossesses de plus de 14 semaines n'a manqué sa visite de suivi. Les différences dans les taux de succès en fonction de l'âge gestationnel ont été statistiquement significatives ($p < 0,001$) (Tableau 2).

Les effets indésirables du traitement par le misoprostol les plus fréquents ont été les douleurs, évaluées comme sévères, chez 26,6% des patientes (n = 143), les frissons chez 17,7% (n = 95), l'hyperthermie chez 10,8% (n = 58) et les saignements abondants chez 4,5% (n = 24).

L'âge gestationnel au moment de l'avortement a également été associé à l'incidence des effets indésirables. La proportion de femmes avec des douleurs sévères, des frissons, une hyperthermie, une diarrhée et des saignements abondants a été significativement plus faible ($p < 0,001$) chez les femmes avec des grossesses de moins de 12 semaines *versus* les femmes avec des grossesses de 13–14 semaines ou de plus de 14 semaines (Tableau 3). Il y a eu peu de différence dans la proportion des femmes se plaignant de douleurs sévères entre les femmes avec des grossesses de 13–14 semaines (93%) et les femmes avec des grossesses de 15–18 semaines (100%). Des saignements abondants ont été observés uniquement parmi les femmes avec des grossesses de plus de 12 semaines et ils étaient présents chez la moitié environ des femmes avec des grossesses de plus de 14 semaines *versus* seulement 7% parmi les femmes avec des grossesses de 13–14 semaines (Tableau 3).

Chacune des femmes traitées par le misoprostol a choisi d'utiliser une méthode de contraception, même si la majorité (70,8%)

Tableau 2

Présence d'un contenu utérin résiduel à l'échographie de suivi et prise en charge ultérieure, en fonction de l'âge gestationnel au moment de l'avortement.^a

| Résultat de l'échographie et prise en charge | Semaines de grossesse | | | | | | | |
|--|-----------------------|------|-------|-----|-------|-----|-------|------|
| | <12 | | 13–14 | | 15–18 | | Total | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Vide | 370 | 87,3 | 9 | 13 | 6 | 14 | 385 | 71,7 |
| Résidu présent, mais aucune intervention | 18 | 4,2 | 7 | 10 | 6 | 14 | 31 | 5,8 |
| Résidu retiré par AMIU | 4 | 0,9 | 52 | 74 | 31 | 72 | 87 | 16,2 |
| Non-présentation au suivi | 32 | 7,5 | 2 | 3 | 0 | 0 | 34 | 6,3 |
| Total | 424 | 100 | 70 | 100 | 43 | 100 | 537 | 100 |

Abréviation : AMIU, aspiration manuelle intra-utérine.

^a χ^2 de Pearson = 318,1. $\alpha < 0,001$.

Tableau 3

Incidence des effets indésirables après un traitement par le misoprostol en fonction de l'âge gestationnel lors de l'avortement.

| Effets indésirables | Semaines de grossesse | | | | | | | | Valeur de p^a |
|-----------------------|-----------------------|-----|-------|----|-------|-----|-------|------|-----------------|
| | <12 | | 13–14 | | 15–18 | | Total | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | |
| Douleurs sévères | 35 | 8,3 | 65 | 93 | 43 | 100 | 143 | 26,6 | <0,001 |
| Frissons | 39 | 9,2 | 24 | 34 | 32 | 74 | 95 | 17,7 | <0,001 |
| Hyperthermie | 16 | 3,8 | 20 | 29 | 22 | 51 | 58 | 10,8 | <0,001 |
| Diarrhée | 18 | 4,2 | 13 | 19 | 25 | 58 | 56 | 10,4 | <0,001 |
| Saignements abondants | 0 | 0,0 | 5 | 7 | 19 | 44 | 24 | 4,5 | <0,001 |
| Total | 424 | | 70 | | 43 | | 537 | | |

^a Test du χ^2 de Yates.

a choisi la pilule contraceptive orale combinée. Un peu plus du quart (25,7%) a choisi une méthode LARC, avec une préférence pour l'implant Jadelle (21,0%) plutôt que pour le DIU au cuivre (4,7%). Seules 2,6% ont choisi un contraceptif injectable (acétate de médroxyprogestérone retard ou Noristerat) et 0,9% (n = 5) ont décidé d'utiliser une méthode naturelle ou de barrière (données non présentées dans les tableaux).

4. Discussion

Le misoprostol a été introduit au Bénin pour tenter de réduire la charge de travail due au grand nombre de femmes demandant des soins post-avortement dans chacune des maternités hospitalières du pays. L'évaluation de cette expérience montre que la méthode a été très bien acceptée à la fois par les professionnels de santé et par les patientes. Toutefois, bien qu'il y ait eu une augmentation rapide de l'acceptation de ce traitement au cours des 3 premières années, atteignant un niveau d'environ un quart de toutes les patientes, ce niveau est resté inchangé au cours des 3 dernières années d'observation. Il est important de rappeler que les femmes avec un avortement incomplet ne peuvent pas toutes utiliser le misoprostol et que celles qui présentent des saignements abondants, une infection ou une instabilité hémodynamique ne sont pas éligibles à l'utilisation de cette méthode. Par conséquent, le pourcentage de femmes avec un avortement incomplet qui ont pu choisir le misoprostol a été affecté par la sévérité de leurs complications au moment de la consultation dans l'un des hôpitaux de l'étude.

Plusieurs doses et intervalles entre les administrations ont été utilisés pour traiter les avortements incomplets [4–7]. En 2008, il y avait déjà un accord général sur le fait que la dose de 600 μg de misoprostol oral devrait être la dose recommandée, l'effet étant attendu dans un délai de 7–10 jours. Par ailleurs, la dose unique de 800 μg rapportée par Demetroulis et coll. [4] semblait être une option intéressante, car l'effet semblait plus rapide. Par ailleurs, l'un des objectifs de la présente étude était de vérifier si une dose plus forte permettrait de traiter les avortements incomplets en cas de grossesse plus avancée. C'est pourquoi la dose de 800 μg a été choisie pour la présente étude, puisque cette dose s'était déjà

révélée très bien tolérée et qu'elle était recommandée par l'OMS pour les interruptions de grossesse jusqu'à la fin du deuxième trimestre [2]. Lorsque la présente étude a été mise en route, les auteurs ne connaissaient pas les éléments indiquant que l'épaisseur de l'endomètre n'est pas un bon indicateur de la nécessité d'un traitement complémentaire [8] et le protocole avait donc prévu l'administration d'une seconde dose de misoprostol dès lors que l'échographie suggérait la présence d'un contenu utérin résiduel. Cela explique la fréquence à laquelle la dose de misoprostol a été répétée; en revanche, si les femmes étaient complètement asymptomatiques et que le contenu utérin était minimal, les critères cliniques ont prévalu et le protocole n'a pas toujours été suivi.

Une différence plus importante entre la présente étude et les autres expériences rapportées a été que, dans le cas présent, le traitement médical de l'avortement incomplet par le misoprostol ne s'est pas limité au premier trimestre de la grossesse. Il a été décidé d'appliquer cette méthode aux grossesses jusqu'à 18 semaines à condition que les femmes soient dans un état stable et qu'elles aient un accès facile à l'hôpital au cas où des complications se produiraient, en particulier des saignements abondants. L'analyse des résultats de l'étude a montré que le misoprostol n'a pas fonctionné, puisqu'une AMIU a été nécessaire pour obtenir une évacuation utérine complète dans près de 75% des cas dans lesquels l'âge gestationnel dépassait 12 semaines. De plus, tous les cas de saignements abondants et la majorité des cas de douleurs sévères se sont produits chez des femmes avec des grossesses de plus de 12 semaines d'âge gestationnel.

Le taux de succès de 99,1% a été similaire aux taux rapportés dans d'autres études [12–14]. On peut argumenter que l'hypothèse a été faite qu'il n'y avait eu aucune complication chez aucune des femmes ne s'étant pas présentée à la visite de suivi et qu'il n'y a aucun moyen de montrer que ces femmes n'ont de fait pas eu besoin d'évacuation chirurgicale. Le statut socioéconomique de ces patientes rend toutefois très improbable qu'elles se soient rendues dans un établissement privé, sachant qu'elles pouvaient recevoir des soins gratuits dans l'un quelconque des hôpitaux participant à cette étude.

Moins de 10% des femmes avec des grossesses de moins de 12 semaines ont rapporté des effets indésirables, qui ont principalement consisté en douleurs sévères, frissons, fièvre et diarrhée, et cette observation concorde avec celles d'autres études [9–12]. La proportion relativement élevée (21%) de femmes avec des grossesses de plus de 12 semaines ayant rapporté des saignements abondants est un autre argument contre l'utilisation de ce traitement pour un avortement incomplet dans les cas de grossesse plus avancée. En particulier, si ce traitement est proposé dans des lieux dans lesquels l'accès aux soins d'urgence est difficile, le risque de saignements abondants l'emporte sur les bénéfices du traitement, y compris son taux de succès.

Sur la base de ces résultats, la recommandation actuelle dans ces hôpitaux et pour la diffusion de cette pratique dans le reste du pays est de réduire la dose de misoprostol à 600 µg par voie orale et de limiter l'utilisation aux patientes avec des grossesses ne

dépassant pas 12 semaines, conformément aux recommandations internationales [13].

Malgré ces écarts aux procédures habituelles pour l'utilisation du misoprostol dans cette indication, l'analyse de cette expérience montre que le misoprostol a été dans l'ensemble relativement positif, même si elle montre également que des restrictions plus importantes sont nécessaires pour limiter les indications du misoprostol, en particulier concernant l'âge gestationnel. L'observation la plus importante de la présente étude est la confirmation que le misoprostol ne doit pas être utilisé pour traiter l'avortement incomplet après 12 semaines de grossesse.

Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Références

- [1] Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) (Bénin), Macro International Inc. Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) - Bénin 2006. Calverton, Maryland, USA: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique et Macro International Inc.; 2007 217–8.
- [2] World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Geneva: WHO; 2012.
- [3] International Federation of Gynecology and Obstetrics. Uterine evacuation: use vacuum aspiration or medications, not sharp curettage. Consensus statement: International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). London: FIGO; 2011.
- [4] Demetroulis C, Saridogan E, Kunde D, Naftalin AA. A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Hum Reprod* 2001;16(2):365–9.
- [5] Grønlund L, Grønlund AL, Clewin L, Andersen B, Palmgren N, Lidegaard Ø. Spontaneous abortion: expectant management, medical treatment or surgical evacuation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81(8):781–2.
- [6] Bagratee JS, Khullar V, Regan L, Moodley J, Kagoro H. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. *Hum Reprod* 2004;19(2):266–71.
- [7] Ngai SW, Chan YM, Tang OS, Ho PC. Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. *Hum Reprod* 2001;16(7):1493–6.
- [8] Reeves MF, Fox MC, Lohr PA, Creinin MD. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009;34(1):104–9.
- [9] Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Schiavon R, Weeks A. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *Int J Gynecol Obstet* 2007;99(Suppl. 2):S186–9.
- [10] Tang OS, Gemzell-Danielsson K, Ho PC. Misoprostol: pharmacokinetics profiles, effects on the uterus and side-effects. *Int J Gynecol Obstet* 2007;99(Suppl. 2):S160–7.
- [11] Weeks A, Alia G, Blum J, Winikoff B, Ekwari P, Durocher J, et al. A randomized trial of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion. *Obstet Gynecol* 2005;106(3):540–7.
- [12] Dao B, Blum J, Thieba B, Raghavan S, Ouedraogo M, Lankoandé J, et al. Is misoprostol a safe, effective and acceptable alternative to manual vacuum aspiration for post-abortion care? Results from a randomised trial in Burkina Faso, West Africa. *BJOG* 2007;114(11):1368–75.
- [13] Diop A, Raghavan S, Rakotovo JP, Comendant R, Blumenthal PD, Winikoff B. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception* 2009;79(6):456–62.
- [14] Dabash R, Ramadan MC, Darwish E, Hassanein N, Blum J, Winikoff B. A randomized controlled trial of 400-µg sublingual misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in two Egyptian hospitals. *Int J Gynecol Obstet* 2010;111(2):131–5.



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo



INITIATIVE DE LA FIGO

Remplacement de la dilatation et curetage/évacuation par l'aspiration manuelle intra-utérine et l'avortement médical et introduction de la contraception après avortement au Pakistan

Shahida Zaidi^{a,*}, Haleema Yasmin^b, Lubna Hassan^c, Mehnaz Khakwani^d, Shehla Sami^e, Tazeen Abbas^f^aClinique d'échographie et Institut d'échographie, Karachi, Pakistan^bCentre médical Jinnah Postgraduate, Karachi, Pakistan^cHôpital des femmes, Peshawar, Pakistan^dHôpital et Collège médical Nishtar, Multan, Pakistan^eHôpital provincial Sandeman, Quetta, Pakistan^fHôpital Abbasi Shaheed, Karachi, Pakistan

I N F O S A R T I C L E

Mots clés :

Dilatation et curetage
Initiative de la FIGO
Aspiration manuelle intra-utérine
Avortement médical
Pakistan
Contraception post avortement
Prévention
Avortement à risque

R E S U M E

L'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et l'avortement médical ont été introduits pour remplacer la dilatation et curetage/évacuation pour les avortements incomplets et une contraception post avortement a été fournie dans 5 hôpitaux publics sélectionnés au Pakistan. Dans le plus grand hôpital, centre de formation à l'AMIU de l'Ipas depuis 2007, l'utilisation de l'AMIU a atteint 21 % en 2008. Après la fourniture de trousseaux d'AMIU par la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) et l'UNFPA, l'utilisation de l'AMIU a considérablement augmenté, jusqu'à 70 à 90 % en 2010–2013. Dans 2 des 4 hôpitaux restants dans lesquels la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Pakistan a formé des médecins en mai 2012 et janvier 2013, l'objectif d'avoir 50 % de femmes prises en charge par AMIU et par avortement médical (AM) a été atteint ; en revanche, dans le troisième hôpital, 43 % seulement des femmes ont été traitées par AMIU et AM. Dans le quatrième hôpital, dans lequel l'utilisation du misoprostol et de l'aspiration électrique intra-utérine était respectivement de 64 % et 9 %, avant la formation, un atelier sur l'AMIU a introduit la technique. Une contraception après avortement a été fournie entre 9 % et 29 % des femmes, un taux bien inférieur au taux cible de 60 %.

© 2014 Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique. Publié par Elsevier Ireland Ltd.

1. Introduction

L'avortement à risque reste extrêmement courant au Pakistan, malgré les changements de la législation entrés en vigueur en 1997 permettant l'interruption de grossesse non seulement lorsque celle-ci est nécessaire pour sauver la vie de la mère, mais aussi aux stades précoces de la grossesse lorsqu'elle représente un "traitement nécessaire" [1]. Aucune définition plus précise de ce terme n'a été donnée, laissant son interprétation ouverte par les prestataires de soins de santé et par la population. Toutefois, la communauté et la majorité des décideurs politiques et des prestataires de soins de santé n'ont pas connaissance de ce changement de la législation et aucun hôpital du secteur public ne pratique d'interruptions de grossesse dans des indications autres que celle de sauver la vie de la femme. Cela s'explique aussi par la lourde charge de travail des urgences dans les hôpitaux du secteur public. Par conséquent, la majorité des avortements provoqués est pratiquée dans le secteur privé [2] par de nombreuses catégories différentes de prestataires

de soins de santé, dont des médecins, des infirmiers, des sages-femmes et des dais (accoucheuses traditionnelles) [2]. La méthode la plus couramment utilisée est la dilatation et curetage (D&C) [2–4].

Le manque de statistiques en matière de prestation de services rend difficile de déterminer le nombre précis d'avortements au Pakistan. Une étude conduite à l'échelle nationale en 2012 par le Conseil de la Population a estimé le nombre de femmes admises pour un avortement dans des établissements de santé privés ou publics (sur la base d'entretiens approfondis avec un échantillon représentatif de professionnels de santé et d'une enquête auprès des établissements de santé) à 696 000, dont 267 000 ont été admises dans des établissements du secteur public et 429 000 dans des établissements privés. Une étude ayant une méthodologie similaire a été conduite en 2002 et la comparaison des deux études montre que le nombre de femmes traitées après un avortement dans des établissements de santé du secteur public au Pakistan n'a que légèrement augmenté entre 2002 et 2012 (d'environ 246 000 à environ 267 000), l'accroissement de la population expliquant une grande partie de cette augmentation [5].

La contribution des avortements, aussi bien spontanés que provoqués, à la mortalité maternelle a été de 5,6 % selon l'Enquête

* Auteur correspondant à : 140 R, Block 2, P.E.C.H.S., Karachi 75400, Pakistan.
Tél. : +92 21 34556684 ; fax : +92 21 34312525.

Adresse e-mail : z.shahida@gmail.com (S. Zaidi).

démographique et de santé du Pakistan (PDHS) 2006–2007, qui a porté sur 95 000 foyers [6]. Ce chiffre est beaucoup plus faible que les 11 % rapportés lors d'une enquête précédente réalisée auprès des hôpitaux par la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Pakistan (SOGP), qui avait porté sur plus de 100 000 naissances en 1989–1990 [7]. Ce dernier chiffre est plus proche du chiffre de 13 % cité pour l'Asie du Sud [8,9].

Les termes dilatation et curetage (D&C) et dilatation et évacuation (D&E) doivent être expliqués afin d'éviter toute confusion. Dans les hôpitaux au Pakistan, une dilatation du col utérin associée à une évacuation utérine (D&E) est pratiquée dans les cas d'avortement incomplet, d'avortement manqué ou d'avortement septique, lorsque le col de l'utérus est fermé. Il s'agit de la même procédure que celle mentionnée dans le Manuel de l'avortement sans risque de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans le chapitre "Prise en charge clinique des femmes qui subissent un avortement", pour les interruptions de grossesse du deuxième trimestre [10]. Après dilatation progressive du col utérin au moyen de bougies de Hegar, les produits de la conception sont retirés au moyen d'une pince porte-éponge ou d'une pince à faux-germes et, à la fin, la cavité utérine est explorée au moyen d'une curette tranchante ou mousse afin de s'assurer qu'elle est vide. Dans certaines régions du pays, par exemple le Punjab, le terme évacuation et curetage (E&C) est utilisé. Le terme dilatation et curetage (D&C) s'applique lorsque l'on utilise une curette tranchante pour traiter un avortement incomplet du premier trimestre, pour évacuer l'utérus en cas d'avortement manqué (mort fœtale) ou pour les interruptions de grossesse du premier trimestre. Dans les interruptions de grossesse du premier trimestre, le contenu de l'utérus est retiré au moyen d'une curette tranchante après dilatation cervicale.

L'utilisation hors AMM du misoprostol pour l'induction du travail et l'évacuation utérine a débuté dans certains hôpitaux de ce pays il y a une quinzaine d'années lorsque des rapports faisant état de son efficacité ont commencé à apparaître dans la littérature. Après son inclusion sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS, des efforts de plaidoyer ont été faits, avec le soutien du Research and Advocacy Fund, auprès des départements de la santé des provinces afin d'inclure son utilisation à des fins de santé reproductive. Cette proposition a été approuvée en 2012.

La parité est généralement élevée parmi les femmes qui souhaitent des avortements provoqués au Pakistan, 88,7 % ayant 3 enfants ou plus et 68,2 % ayant 5 enfants ou plus [2]. Cela n'est pas surprenant si l'on considère le taux de prévalence contraceptive faible de 35 % et le taux de fertilité totale élevé de 3,8 mentionnés dans le rapport préliminaire de la PDHS 2012–2013 [11].

Le présent article évalue l'ampleur des succès obtenus à ce jour pour remplacer la D&C/D&E par l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et l'avortement médical pour la prise en charge de l'avortement incomplet dans 5 hôpitaux du secteur public. Il rapporte également des données sur le nombre de femmes qui bénéficient de conseils et de la fourniture d'une méthode contraceptive, selon les enregistrements effectués par les médecins traitants dûment formés.

2. L'initiative de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences

Le Dr Dorothy Shaw a mis en route cette initiative en 2007 lors de son mandat de présidente de la FIGO. La justification de cette initiative mondiale était le taux élevé d'avortements provoqués résultant de grossesses non désirées ou inopportunes ainsi que la morbidité et mortalité significatives résultant de ces avortements dans de nombreux pays [12,13].

Le Pakistan s'est joint à l'initiative de la FIGO dès son début en 2008. Ses plans d'action étaient basés sur une analyse de situation

de l'avortement à risque [3] et prenaient comme modèle l'approche préventive en 4 niveaux suggérée par le coordinateur général [14]. Un élément important de cette approche est l'amélioration du traitement des complications de l'avortement pour les femmes admises à l'hôpital. La FIGO et l'OMS [15,16] recommandent toutes les deux un passage du curetage à l'utilisation des techniques d'aspiration, en particulier l'AMIU, et au traitement médical par le misoprostol et cela fait partie des objectifs de l'initiative de la FIGO au Pakistan depuis plusieurs années. Les prestataires de soins doivent être formés et le matériel d'AMIU et le misoprostol doivent être disponibles pour traiter les femmes après un avortement incomplet. Une autre approche importante est la prévention des grossesses non prévues répétées, qui se termineront par un autre avortement, grâce à la fourniture immédiate non seulement de conseils après avortement en matière de planification familiale, mais aussi d'une méthode contraceptive. Le présent article décrit les progrès réalisés au Pakistan dans l'application de ces approches à la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences.

3. Interventions visant à remplacer le curetage par l'AMIU et le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet

Les interventions ont été effectuées dans des hôpitaux du secteur public, car cela permettait de former à ces procédures et de conseiller un vaste éventail de prestataires de soins de santé, ce qui bénéficierait à un plus grand nombre de femmes ayant besoin de ces services. Les hôpitaux sélectionnés étaient le Centre médical Jinnah Postgraduate (JPMC), à Karachi; l'Hôpital Abbasi Shaheed (ASH), à Karachi; l'Hôpital provincial Sandeman (SPH), à Quetta; l'Hôpital et Collège médical Nishtar, à Multan; et le Complexe médical Hayatabad (HMC), à Peshawar. Ces hôpitaux sont tous affiliés à un collège médical et ils sont également reconnus par le Collège des médecins et chirurgiens, Pakistan (CPSP) comme pouvant fournir une formation post-graduée en gynécologie et obstétrique.

Avant les interventions parrainées par la FIGO et menées par la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Pakistan (SOGP), le JPMC a été choisi par l'Ipas en 2007 pour être le premier centre de formation à l'AMIU dans le pays, car, avec des formateurs et une patientèle importante permettant une formation "pratique", il a été considéré comme un lieu acceptable d'un point de vue logistique pour la tenue d'un atelier sur l'AMIU. L'Ipas a ainsi conduit un atelier sur l'AMIU à l'intention des professionnels à l'ASH en décembre 2008; mais l'hôpital n'a pas pu se procurer les trousseaux d'AMIU en raison de leur coût élevé et la procédure n'a pas été mise en œuvre.

L'intervention de la FIGO/SOGP a débuté en 2010, lorsque la FIGO et l'UNFPA ont fourni des trousseaux d'AMIU et que la FIGO a financé deux ateliers (avec une partie des fonds d'urgence 2010 de la FIGO) au JPMC en janvier et juillet 2011. En 2012 et 2013, les médecins chevronnés ont formé leurs jeunes collègues et l'hôpital a commencé à acheter le matériel d'AMIU afin de garantir la disponibilité continue de ce service.

La formation a été assurée à Peshawar et Multan en mai 2012 et à Karachi, pour les médecins de Quetta et Karachi, en janvier 2013. Seuls des médecins ont participé à ces sessions de formation.

Les ateliers initiaux, tenus entre 2007 et 2009, ont assuré la formation des médecins à l'AMIU uniquement; toutefois, à partir de 2010, la formation a également inclus l'avortement médical et, plus tard (à partir de 2011), la formation a été complétée par les conseils et la fourniture d'une méthode contraceptive, en particulier les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (LARC), en collaboration avec les centres de services de santé reproductive dans ces hôpitaux.

4. Procédure pour l'évaluation de l'impact des interventions

Avant et pendant l'atelier, les participants ont été informés de la nécessité de fournir des données avant et après l'atelier concernant la prise en charge de l'avortement et la contraception post avortement afin d'évaluer l'impact de la formation sur la prestation de services.

Au JPMC, à Karachi, les femmes avec un avortement incomplet recevant un traitement par le misoprostol n'étaient pas admises à l'hôpital et les données nécessaires n'étaient pas enregistrées. C'est pour cette raison que seul le traitement chirurgical de l'avortement incomplet est rapporté pour la période comprise entre janvier 2007 et septembre 2013. Dans les 4 autres hôpitaux, l'analyse compare la proportion de femmes avec un avortement incomplet qui ont été traitées par curetage, misoprostol, AMIU ou aspiration électrique intra-utérine (AEIU), avant et après la formation et après la fourniture du matériel.

5. Résultats

5.1. Nombre de médecins formés à l'AMIU et à l'avortement médical

Le Tableau 1 montre le nombre de médecins formés dans les 5 hôpitaux participants, la source du financement des ateliers et le thème des cours de formation. Les fonds d'urgence de la FIGO ont été utilisés à partir de 2011 pour former 94 médecins dans les hôpitaux sélectionnés. Ceux-ci ont ensuite à leur tour formé 111 médecins supplémentaires, portant le nombre total de médecins formés à 205, dépassant de loin l'objectif de 150.

5.2. Nombre de médecins formés aux conseils en matière de contraception post avortement et à la prestation de services

Les conseils en matière de contraception post avortement et la prestation de services ont été intégrés dans les plans d'action 2010–2013. Tous les médecins formés à l'AMIU et à l'avortement médical ont également reçu une formation et des conseils sur cette question importante.

Dans le cadre du plan d'action 2011 du Pakistan, 90 internes et résidents du JPMC ont été formés aux conseils de planification familiale et à la prestation de services de contraception au centre de services de santé reproductive de l'hôpital. Ce centre fonctionne sous la direction du département du bien-être de la population du Sindh, qui fournit des services de planification familiale dans la province.

5.3. Prestation de services utilisant l'AMIU et le misoprostol

Les progrès réalisés dans l'utilisation de l'AMIU au JPMC sont décrits dans le Tableau 2. L'augmentation de l'utilisation de cette technique entre 2007 et 2008 est le résultat direct du grand nombre

Tableau 2

Changements de la méthode chirurgicale d'évacuation utérine utilisée chez les femmes admises au Centre médical Jinnah Postgraduate (JPMC), à Karachi, avant (2007–2009) et après l'intervention (2010–2013).

| Période | N° | D&C % | AMIU % |
|------------------------|-----|-------|-------------------|
| Janvier–décembre 2007 | 309 | 95,2 | 4,8 ^a |
| Janvier–décembre 2008 | 346 | 78,6 | 21,4 ^a |
| Janvier–décembre 2009 | 265 | 90,1 | 9,8 ^a |
| Janvier–décembre 2010 | 397 | 30,0 | 70,0 |
| Janvier–décembre 2011 | 299 | 17,7 | 82,3 |
| Janvier–décembre 2012 | 541 | 26,6 | 73,4 |
| Janvier–septembre 2013 | 505 | 10,9 | 89,1 |

Abréviations : D&C, dilatation et curetage ; AMIU, aspiration manuelle intra-utérine.

^a Pratiquées au cours des sessions de formation à l'AMIU.

d'ateliers sur l'AMIU qui ont été conduits ; cette augmentation a toutefois été de courte durée, puisque l'utilisation de l'AMIU a chuté à moins de 10% en 2009 en raison de la réduction du nombre de cours de formation.

En 2010, après la fourniture par l'UNFPA puis par la FIGO des premières trousse d'AMIU aux stagiaires, une augmentation importante de l'utilisation de l'AMIU a été observée, atteignant 70% de toutes les femmes traitées (Tableau 2). La proportion d'utilisation a fluctué entre 70% et 80% jusqu'à 2012, pour atteindre près de 90% des cas traités par AMIU au cours des 9 premiers mois de 2013. Cette année-là, les jeunes médecins ont été systématiquement formés à l'utilisation de l'AMIU par le personnel du département et l'hôpital a commencé à acheter des trousse d'AMIU pour assurer leur disponibilité.

L'AMIU n'était utilisée dans aucun des 4 autres hôpitaux avant les interventions. A l'HMC, à Peshawar, l'AEIU était utilisée dans 9% des cas et le misoprostol chez près des deux tiers des femmes avec un avortement incomplet avant l'intervention. L'utilisation du misoprostol a débuté dans cet hôpital en 2007, après que le département de gynécologie et d'obstétrique a demandé et reçu l'autorisation du comité de revue interne de l'hôpital de conduire une étude d'efficacité de l'AMIU pour l'évacuation utérine en cas d'avortement incomplet et d'avortement manqué. Son utilisation a été adoptée après qu'elle s'est révélée aussi efficace et plus sûre que la D&E ou l'AEIU. La pratique actuelle à l'hôpital consiste à admettre les femmes à l'hôpital pour l'administration du médicament et à les garder habituellement jusqu'à l'expulsion du contenu utérin. Cela est particulièrement important dans le cas des femmes qui viennent de districts en dehors de Peshawar, de camps de réfugiés et même de l'Afghanistan voisin.

Le médicament était moins fréquemment utilisé à l'ASH, à Karachi (10%), et au SPH, à Quetta (dans moins de 30% des cas) et il n'était pas du tout utilisé au NMCH, à Multan. Par conséquent, la D&C/D&E était la principale méthode utilisée à l'ASH, à Karachi, et au SPH, à Quetta (dans respectivement 90% et 70% des cas) et dans 100% des cas au NMCH, à Multan (Tableau 3).

Tableau 1

Ateliers impliquant quatre hôpitaux participants au Pakistan.

| Année | Lieu | Promoteur/ressources | Contenu de la formation | Fournisseur des trousse d'AMIU | Nombre de médecins formés | Médecins supplémentaires formés |
|-----------|---------------|----------------------|--|--------------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| 2007–2009 | JPMC, Karachi | Ipas | AMIU | | 40 | |
| | JPMC, Karachi | Ipas | AM | | 9 | |
| 2010 | JPMC, Karachi | JPMC | AMIU, AM | UNFPA | 8 | |
| 2011 | JPMC, Karachi | Fonds FIGO 2010 | AMIU, AM, contraception après avortement | FIGO | 20 | |
| 2012 | HMC, Peshawar | Fonds FIGO 2011 | AMIU, AM, contraception après avortement | FIGO | 24 | 5 |
| 2012 | NMCH Multan | Fonds FIGO 2011 | AMIU, AM, contraception après avortement | FIGO | 31 | 70 |
| 2013 | JPMC, Karachi | Fonds FIGO 2012 | AMIU, AM, contraception après avortement | FIGO | 19 | |
| | | | | | Quetta 11 | 26 |
| | Karachi 8 | 10 | | | | |

Abréviations : JPMC, Centre médical Jinnah Postgraduate, Karachi ; HMC, Complexe médical Hayatabad, Peshawar ; NMCH, Hôpital et Collège médical Nishtar, Multan ; FIGO, Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique ; AMIU, aspiration manuelle intra-utérine ; AM, avortement médical.

Tableau 3

Distribution en pourcentage de quatre méthodes d'évacuation utérine avant et après l'intervention dans quatre hôpitaux.

| Hôpital | Avant ^a | | | | | Après ^b | | | | |
|--------------|--------------------|------|------|------|------|--------------------|------|------|------|------|
| | N° | D&C | Miso | AMIU | AEIU | N° | D&C | Miso | AMIU | AEIU |
| ASH Karachi | 30 | 90 | 10 | 0 | 0 | 98 | 44,9 | 5,1 | 50,0 | 0 |
| SPH Quetta | 221 | 71,5 | 28,5 | 0 | 0 | 168 | 57,2 | 20,8 | 22,0 | 0 |
| HMC Peshawar | 119 | 26,9 | 63,9 | 0 | 9,2 | 115 | 21,7 | 61,7 | 8,7 | 7,8 |
| NMCH Multan | 87 | 100 | 0 | 0 | 0 | 142 | 48,6 | 0 | 51,4 | 0 |
| Total | 457 | 66,5 | 31,1 | 0 | 2,4 | 523 | 44,7 | 21,2 | 32,3 | 1,7 |

Abréviations : ASH, Hôpital Abbasi Shaheed ; SPH, Hôpital provincial Sandeman ; HMC, Complexe médical Hayatabad ; NMCH, Hôpital et Collège médical Nishtar ; D&C, dilatation et curetage ; Miso, misoprostol ; AMIU, aspiration manuelle intra-utérine ; AEIU, aspiration électrique intra-utérine.

^a Juillet-décembre 2012 pour l'ASH, à Karachi, et le SPH, à Quetta ; et novembre 2011 à avril 2012 pour l'HMC, à Peshawar, et le NMCH, à Multan.

^b Janvier-septembre 2013 pour l'ASH, à Karachi, et le SPH, à Quetta ; et janvier-juin 2013 pour l'HMC, à Peshawar ; et octobre 2012 à juin 2013 pour le NMCH, à Multan.

Après les ateliers, l'utilisation de la D&C a diminué, alors que l'utilisation de l'AMIU a augmenté dans les 4 hôpitaux. Ce changement a été plus spectaculaire au NMCH, à Multan, et à l'ASH, à Karachi, où l'utilisation de la D&C a diminué à la moitié du nombre de cas enregistrés pour cette méthode avant l'intervention. Au SPH, à Quetta, l'utilisation de la D&C a diminué de plus de 70% à moins de 60% des cas et, à l'HMC, à Peshawar, où l'utilisation de la D&C était déjà faible, elle n'a diminué que de 5% à juste un peu plus de 20% des cas. Il y a eu une augmentation correspondante de l'utilisation de l'AMIU, de 0 à 50% à l'ASH, à Karachi, 51% au NMCH, à Multan, et plus de 20% au SPH, à Quetta. Là encore, l'augmentation a été moins marquée à Peshawar, où le misoprostol était la méthode la plus couramment utilisée (Tableau 3).

5.4. Conseils en contraception post avortement et fourniture de méthodes contraceptives

L'application pratique de cette approche n'a jusqu'à présent pas obtenu le succès escompté. Dans les 3 hôpitaux qui ont fourni des données, le pourcentage de femmes ayant reçu une méthode contraceptive a été de 9,2% à l'ASH, à Karachi (de janvier à septembre 2013), il était de 16,7% avant l'atelier au SPH, à Quetta, et s'est amélioré à 29,2% après l'atelier (de janvier à juin 2013) et il a été de 25,8% au JPMC, à Karachi (de janvier à septembre 2013). Ces taux sont bien inférieurs au taux cible de 60% défini dans le plan d'action.

Le Tableau 4 montre qu'au JPMC, une contraception post avortement a été fournie à 2,6% et 2,3% des femmes respectivement en 2009 et 2010 (avant l'intervention), augmentant à 23,4% en 2011, passant à 17,8% en 2012 et à 25,8% en 2013 (après l'intervention). L'utilisation des dispositifs intra-utérins (DIU) et des implants a d'abord augmenté, puis diminué entre 2011 et 2013. Il y a eu une petite augmentation de l'utilisation totale de contraceptifs en 2013 par rapport à 2011, basée, toutefois, sur les méthodes contracep-

Tableau 4

Nombre et pourcentage de femmes acceptant différentes méthodes contraceptives après un avortement au Centre médical Jinnah Postgraduate (JPMC), à Karachi, avant (2009–2010) et après l'intervention (2011–2013).

| Période | N° | Méthode contraceptive adoptée après l'avortement | | | | | | | |
|------------------------|-----|--|------|-----|-----|----------|-----|-------|------|
| | | Courte durée d'action | | DIU | | Implants | | Total | |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Janvier-décembre 2009 | 265 | 7 | 2,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7 | 2,6 |
| Janvier-décembre 2010 | 397 | 6 | 1,5 | 1 | 0,3 | 2 | 0,5 | 9 | 2,3 |
| Janvier-décembre 2011 | 299 | 39 | 13,0 | 29 | 9,7 | 2 | 0,7 | 70 | 23,4 |
| Janvier-décembre 2012 | 541 | 52 | 9,6 | 29 | 5,4 | 15 | 2,8 | 96 | 17,8 |
| Janvier-septembre 2013 | 505 | 109 | 21,6 | 17 | 3,4 | 4 | 0,8 | 130 | 25,8 |

Abréviations : DIU, dispositif intra-utérin.

tives réversibles à courte durée d'action, qui ont été adoptées par une 1 femme sur 4 (Tableau 4).

6. Discussion

Les lieux identifiés pour les ateliers étaient principalement des hôpitaux de soins tertiaires du secteur public, sélectionnés avec l'intention de transmettre des connaissances et de fournir des compétences pratiques à un grand nombre de médecins à divers stades de formation et à différentes phases de leurs carrières. Cela a l'inconvénient d'une rotation constante des internes et des étudiants post-gradués. Quoiqu'il en soit, on espère que ces médecins se mettront à appliquer les compétences qu'ils ont acquises au bénéfice des femmes dans divers contextes ; en revanche, aucune enquête n'a jusqu'à présent été conduite pour le confirmer. L'implication administrative est que les cours de formation devraient être menés à intervalles réguliers, idéalement au moins tous les 6 mois. Le temps et la persistance sont payants, comme le montre l'exemple du JPMC, à Karachi, où l'utilisation de l'AMIU et de l'avortement médical est désormais institutionnalisée, le matériel d'AMIU et les comprimés de misoprostol étant disponibles dans cet hôpital.

Sur les 4 hôpitaux dans lesquels l'AMIU a été introduite plus récemment, l'objectif de traiter 50% des femmes par l'AMIU et l'avortement médical a été atteint dans 2 d'entre eux ; en revanche, dans le troisième hôpital, seules 42% des femmes ont été traitées par ces méthodes. Pour expliquer pourquoi l'objectif établi n'a pas été atteint, cet hôpital a mentionné le fait qu'une seule trousse d'AMIU était disponible, une autre ayant été endommagée et non remplacée. De plus, la majorité des médecins formés en janvier 2013 a quitté le département. Cela laisse penser que l'adoption de l'AMIU en remplacement de la D&C nécessite l'engagement du chef du département et de l'administration de l'hôpital afin de garantir une formation régulière à l'AMIU et à l'utilisation de techniques sûres pour garantir la qualité des soins. Le coût d'une trousse d'AMIU peut être considéré comme dissuasif dans les hôpitaux du secteur public. Le coût de l'une de ces trousse est de 5000 Rs (environ 48 \$US) et la trousse peut être utilisée pour 50 à 100 procédures. Un jeu d'instruments de D&C/D&E coûte environ 3000 Rs (28 \$US) et ces instruments durent généralement plusieurs années. Le coût total de l'AMIU est toutefois compensé dans une grande mesure par le fait que la procédure peut être effectuée en ambulatoire, sans nécessité d'une salle d'opération ou d'une anesthésie générale. Dans le quatrième hôpital, avant la formation, l'utilisation du misoprostol et de l'AEIU était respectivement de 64% et 9%. La formation à l'AMIU a introduit l'utilisation de cette méthode dans cet hôpital et, après la formation, 9% des évacuations utérines ont alors été effectuées au moyen de cette procédure.

La fourniture d'une méthode contraceptive immédiatement après un avortement est une technique sûre et efficace et elle permet d'éviter à la femme de devoir revenir pour une visite de suivi. L'acceptation de la contraception par les femmes de la présente étude a toutefois été très faible. Le concept est relativement nouveau. Il y a un manque de sensibilisation parmi les médecins

et leurs patientes concernant la nécessité de fournir une méthode contraceptive immédiatement après un avortement, même si la sensibilisation à la pose post-partum d'un DIU augmente. Les autres obstacles identifiés sont notamment un manque de compétences en matière de conseils et des contraintes de temps de la part des médecins.

La différence que les conseils peuvent faire est apparue clairement au JPMC en 2011, lorsque 90 internes et résidents ont reçu une formation en matière de conseils et de fourniture de méthodes contraceptives par le centre de services de santé reproductive de l'hôpital dans le cadre du plan d'action du pays. Le nombre de femmes ayant bénéficié de conseils est passé de 0 à 83,7%, mais il a de nouveau chuté à 37,0% en 2012 avec le départ des internes et des étudiants post-gradués ayant terminé leurs postes et leur formation. L'acceptation de la contraception a augmenté d'un peu plus de 2% en 2009 et 2010 à environ 20% au cours des 3 années suivantes grâce à l'enracinement du concept et à la poursuite de la formation. Ce résultat n'est toutefois pas satisfaisant car l'acceptation devrait avoir été beaucoup plus importante et, par ailleurs, les méthodes adoptées par les femmes ont principalement été des méthodes à courte durée d'action, qui ne sont pas aussi efficaces pour prévenir les avortements répétés que les méthodes à longue durée d'action utilisées immédiatement après un avortement [17].

Il s'agit d'une claire indication que la formation et la supervision de soutien continue sont essentielles pour obtenir un changement positif persistant de la pratique médicale. Le défi à relever consiste maintenant à s'assurer que les responsables des hôpitaux reconnaissent les avantages à long terme du passage de la D&C à l'AMIU et au misoprostol et qu'ils s'engagent à utiliser ces techniques, en institutionnalisant les procédures, en remplaçant les trousseaux d'AMIU lorsque nécessaire et en garantissant la disponibilité des comprimés de misoprostol. De plus, la formation doit toujours être suivie d'un soutien continu du département. Et enfin, si l'on veut réduire la morbidité et la mortalité liées à l'avortement dans le pays, il sera nécessaire d'atteindre et de former les prestataires de soins de santé et de faciliter la prestation de services dans les centres de santé ruraux, auxquels se présentent les femmes des régions rurales avec des complications, comme le montre l'étude du Conseil de la Population de 2012. La tâche est impressionnante, mais avec des efforts et un engagement concertés, elle peut être accomplie.

Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Références

- [1] Patel R. Woman versus man: socio-legal gender inequality in Pakistan. Karachi: Oxford University Press; 2003.
- [2] Rashida G, Shah ZH, Fikree F, Faizunnisa A, Mueenuddin LI. Unwanted pregnancy and post-abortion complications in Pakistan: report from health care professionals and health facilities. Islamabad, Pakistan: Population Council; 2003.
- [3] Zaidi S, Ahsan A, Jafarey SN, Kamal I. Unsafe abortions in Pakistan: a situation analysis. Karachi: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Pakistan, NCMNH and Midwifery Association of Pakistan; 2009.
- [4] Rehan N, Inayatullah A, Chaudhary I. Characteristics of Pakistani women seeking abortion and a profile of abortion clinics. *J Womens Health Gen Based Med* 2001;10(8):805–10.
- [5] Sathar ZA, Singh S, Shah ZH, Rashida G, Kamran I, Eshai K. Post-abortion care in Pakistan: a national study. Islamabad, Pakistan: Population Council, National Committee for Maternal and Neonatal Health, Guttmacher Institute, Research and Advocacy Fund; 2013.
- [6] National Institute of Population Studies (NIPS), MEASURE DHS Macro International. Pakistan Demographic and Health Survey, 2006-07. Islamabad, Pakistan and Calverton, Maryland: NIPS, MEASURE DHS; 2007.
- [7] Jafarey SN. Maternal mortality in Pakistan: an overview in maternal and perinatal health in Pakistan. Proceedings of an Asia and Oceania Federation of Obstetrics and Gynaecology (AFOG) Workshop, Karachi, November 1991. Karachi: TWEL Publisher; 1992.
- [8] Abou-Zahr C. Maternal mortality overview. In: Murray CJL, Lopez AD, editors. Health dimensions of sex and reproduction. Boston and Geneva: World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank; 1998.
- [9] World Health Organization. The global burden of disease, 2004 update. Geneva: WHO; 2008. Available at: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html.
- [10] World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Geneva: WHO; 2012.
- [11] National Institute of Population Studies (NIPS), MEASURE DHS, ICF International. Pakistan Demographic and Health Survey, 2012-13. Preliminary Report. Islamabad, Pakistan and Calverton, Maryland, USA: NIPS, MEASURE DHS, ICF International; 2013.
- [12] Shaw D. The FIGO initiative for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110:S17–9 Suppl.
- [13] Faúndes A, Shaw D. Universal access to reproductive health: opportunities to prevent unsafe abortion and address related critical gaps. *Int J Gynecol Obstet* 2010;110:S1–2 Suppl.
- [14] Faúndes A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2012;119(Suppl. 1):S68–71.
- [15] International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Uterine evacuation: use vacuum aspiration or medications, not sharp curettage. Consensus Statement on Uterine Evacuation. London: FIGO; 2012.
- [16] World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: WHO; 2003.
- [17] Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception* 2008; 78(2):149–54.



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

INITIATIVE DE LA FIGO

Introduction de la contraception après avortement, en accordant la priorité aux contraceptifs réversibles à longue durée d'action, dans la principale maternité du Gabon

Sosthène Mayi-Tsonga^{a,*}, Pamphile Assoumou Obiang^b, Ulysse Minkobame^b, Doris Ngouafo^b, Nathalie Ambounda^b, Maria Helena de Souza^c

^aUniversité des Sciences de la Santé, Libreville, Gabon

^bDépartement de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire, Libreville, Gabon

^cCentre de recherche en santé reproductive de Campinas (CEMICAMP), Campinas, São Paulo, Brésil

INFOS ARTICLE

Mots clés:

DMPA
Initiative de la FIGO
Gabon
Contraceptifs réversibles à longue durée d'action
Contraception après avortement
Prévention
Avortement à risque

RÉSUMÉ

Une étude analytique, prospective et descriptive, a été conduite au Centre Hospitalier de Libreville au Gabon entre février et septembre 2013 afin d'évaluer l'acceptation des contraceptifs réversibles à longue durée d'action (LARC) et de l'acétate de médorxyprogestérone (DMPA) retard après un avortement. Les femmes ont reçu des conseils sur la pilule orale combinée, le DMPA, les dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre et les implants. L'association entre les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, la connaissance des contraceptifs et l'acceptation a été analysée. Sur les 83 femmes admises au Centre Hospitalier avec des complications d'avortement, 206 (53,7%) ne connaissaient aucun contraceptif systémique. La méthode la mieux connue était la pilule orale (42,0). Seules 14 femmes (3,6%) connaissaient une méthode LARC (DIU ou implants) et seules 2 (0,5%) disaient que les contraceptifs injectables étaient la méthode qu'elles connaissaient le mieux. Plus de 90% ont accepté une méthode contraceptive moderne après l'avortement. Les deux tiers (66,8%) ont choisi la pilule, 14,6% le DMPA et 9,3% une méthode LARC. Seules 9,1% des femmes ont refusé de commencer à utiliser une méthode contraceptive quelle qu'elle soit.

© 2014 Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique. Publié par Elsevier Ireland Ltd.

1. Introduction

Les grossesses non désirées sont un problème de santé publique dans le monde entier [1]. Au Gabon, le pourcentage de femmes en âge de procréer qui rapportent un avortement provoqué a quasiment doublé ces dix dernières années, passant de 23% à 43% selon une récente enquête démographique et de santé [2]. L'avortement à risque est la troisième cause de mortalité maternelle au Gabon [2].

Le Gabon est un pays d'Afrique Centrale, avec une petite population de 1,5 million d'habitants, dont 60% vivent dans la capitale, Libreville. La maternité hospitalière du Centre Hospitalier de Libreville est la plus grande du pays, effectuant près de 8500 accouchements par an, soit le cinquième de tous les accouchements pratiqués dans le pays. Environ 650 femmes avec des complications d'avortement sont admises dans cette maternité hospitalière chaque année [3,4].

Malgré une augmentation de l'utilisation des contraceptifs de 14% en 2000 à 19% en 2012 [2], la prévalence d'utilisation des contraceptifs reste faible au Gabon, ce qui explique le taux élevé

d'avortements à risque. Par conséquent, des méthodes contraceptives efficaces doivent être mises à disposition, en particulier les contraceptifs réversibles à longue durée d'action (LARC), les dispositifs intra-utérins (DIU) et les implants compte tenu de leur plus grande efficacité pour éviter les grossesses non prévues et les avortements provoqués [5].

Les femmes qui ont subi un avortement provoqué sont très motivées pour contrôler leur fertilité et il est recommandé à celles qui ont subi un avortement spontané de différer une nouvelle grossesse d'au moins 6 mois afin de garantir un meilleur pronostic. S'appuyant sur ces faits, l'hôpital a commencé à introduire des conseils de planification familiale et à fournir des méthodes LARC ainsi que le contraceptif injectable acétate de médorxyprogestérone (DMPA) retard tous les 3 mois gratuitement aux femmes admises à l'hôpital avec des complications d'avortement. Le présent article présente une évaluation de l'acceptation des LARC et du DMPA par les femmes admises à l'hôpital pour des complications d'avortement au cours des 7,5 premiers mois de cette intervention.

2. Patientes et méthodes

Il s'agit d'une étude analytique, prospective et descriptive, conduite au Département de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier de Libreville entre le 1^{er} février 2013 et le 15 septembre

* Auteur correspondant à: Université des Sciences de la Santé, BP 2758, Libreville, Gabon. Tél.: +241 07 38 42 93.

Adresse e-mail: smayi3@yahoo.fr (S. Mayi-Tsonga).

2013 – soit une période de 7 mois et 15 jours. Les patientes admises à l'hôpital avec des complications résultant d'un avortement (à risque ou sans risque), ayant reçu des soins après avortement et ayant accepté de recevoir des conseils concernant 4 méthodes contraceptives modernes ont été incluses dans l'étude.

Chaque femme admise à l'hôpital pour une complication d'avortement a reçu des soins après avortement (misoprostol, aspiration manuelle intra-utérine [AMIU], curetage, antibiotiques, agents utéro-toniques). Après le traitement, les patientes ont participé à un entretien personnel au cours duquel des conseils leur ont été donnés sur 4 méthodes contraceptives modernes : la pilule orale combinée, le DMPA, les implants (Jadelle ; Bayer Healthcare Pharmaceuticals, Berlin, Allemagne) et le DIU-T au cuivre.

Avant cette intervention, la seule méthode contraceptive proposée après un avortement était la pilule, qui est relativement peu coûteuse et que les femmes peuvent acheter en pharmacie de leur propre gré. L'intervention a consisté à proposer le DMPA, le DIU-T au cuivre et les implants gratuitement, car ils coûtent cher et leur coût représenterait un obstacle insurmontable pour la majorité de ces femmes. Après avoir écouté une description de toutes ces méthodes, il a été demandé aux femmes quelle méthode contraceptive elles connaissaient le mieux. Ensuite, après des conseils sur les méthodes contraceptives disponibles, les femmes pouvaient choisir librement la méthode qu'elles préféraient.

Le protocole a été soumis au comité national d'éthique de la recherche du Gabon, qui a approuvé l'étude. Le comité a toutefois demandé que les participantes signent un formulaire de consentement éclairé dans lequel les effets indésirables de chaque méthode contraceptive étaient clairement expliqués et que des mesures classiques soient prises afin d'éviter toute coercition concernant l'acceptation de telle ou telle méthode contraceptive spécifique. Le comité a également demandé qu'une assurance soit contractée pour couvrir les dédommagements au cas où ces femmes développeraient des effets indésirables. Dans le cas des adolescentes âgées de moins de 18 ans, un membre de la famille ou un adulte accompagnant l'adolescente devait donner son autorisation écrite pour que la mineure puisse participer à l'étude. Toutes ces exigences ont été satisfaites.

Les données sur les caractéristiques sociodémographiques, le type d'avortement, le type de complication d'avortement, la méthode contraceptive après avortement reçue, la connaissance des méthodes contraceptives et la méthode choisie ont été recueillies dans des fichiers individuels.

Les données ont été analysées au moyen du logiciel SPSS, version 20.0 (IBM, Armonk, Etats-Unis). Les variables dépendantes étaient la connaissance d'une méthode contraceptive moderne (DIU-T au cuivre, implants, DMPA ou pilule) et l'accord à utiliser la même méthode contraceptive après l'avortement. Les variables indépendantes étaient les caractéristiques sociodémographiques (âge, parité, statut marital, activité, scolarité) et les caractéristiques cliniques (âge gestationnel, avortement antérieur à risque et type d'avortement). Une analyse bivariée a été conduite afin de rechercher une association possible entre chaque variable dépendante et les variables indépendantes mentionnées ci-dessus. Une analyse multivariée a été conduite afin d'identifier les associations entre les variables dépendantes et indépendantes, avec ajustement sur toutes les autres. Le test du χ^2 de Pearson, le test du χ^2 de Yates ou le test exact de Fisher a été utilisé pour évaluer les associations entre variables pour une erreur alpha de 5%. Une analyse de régression multiple de Poisson a été réalisée afin de mesurer la force de ces associations. Les variables, avec leurs catégories respectives, étaient les suivantes : âge (ans), parité (≤ 2 / > 2), statut marital (célibataire/dans une union stable), activité (scolaire/autre), scolarité (primaire ou moins/secondaire ou plus), âge gestationnel (semaines), grossesses antérieures (≤ 3 / > 3), avortement antérieur ($0 \geq 1$) et type d'avortement (provoqué/spontané ; non connu).

3. Résultats

Plus de la moitié ($n = 206$, 53,7%) des 383 femmes admises à l'hôpital avec des complications d'avortement au cours de la période d'étude n'avaient connaissance d'aucune méthode contraceptive systémique. La méthode la mieux connue était la pilule orale, mentionnée par 161 femmes (42,0%), alors que seules 14 (3,6%) citaient une méthode LARC (DIU ou implants) comme la méthode qu'elles connaissaient le mieux et seules 2 (0,5%) citaient les contraceptifs injectables.

La proportion de femmes ayant connaissance d'une méthode contraceptive moderne était significativement plus importante parmi celles avec un antécédent d'au moins 1 avortement antérieur que parmi celles sans antécédent d'avortement antérieur ($p = 0,022$). La proportion de femmes connaissant des contraceptifs modernes était également supérieure de plus de 10% parmi les femmes ayant eu plus de grossesses et ayant donné naissance à plus d'enfants ; cette différence n'était toutefois pas statistiquement significative au seuil de 5% ($0,05 < p < 0,10$) (Tableau 1).

Plus de 90% de ces femmes ont accepté une méthode contraceptive moderne après avortement. Près des deux tiers (66,8%) ont choisi la pilule orale combinée, 14,6% le DMPA et 9,3% ont opté pour des méthodes à longue durée d'action. Seules 35 femmes (9,1%) n'ont accepté aucune des méthodes contraceptives proposées.

Les femmes avec plus de 2 enfants ont été deux fois plus susceptibles de choisir une méthode LARC que celles avec moins de 2 enfants ($p < 0,05$). Les femmes ayant subi un avortement provoqué ont été 2,5 fois plus susceptibles de choisir l'une de ces méthodes à longue durée d'action que celles ayant subi un avortement spontané ou celles pour qui le type d'avortement n'était pas connu ($p < 0,025$). Aucune autre variable n'a été associée de manière significative au choix d'utiliser une méthode LARC (Tableau 2).

Les femmes ayant subi un avortement provoqué ont été environ deux fois plus susceptibles de choisir une méthode LARC ou le

Tableau 1

Pourcentage de femmes ayant déclaré qu'elles avaient connaissance de méthodes contraceptives modernes, en fonction d'un certain nombre de variables démographiques et cliniques.

| Variable | N° | Connaissance d'une méthode moderne, % | Valeur de p^a |
|----------------------------|-----|---------------------------------------|-----------------|
| Age, ans | | | |
| ≤ 24 | 183 | 44,8 | 0,671 |
| > 24 | 200 | 47,5 | |
| Activité | | | 0,464 |
| Scolaire | 158 | 43,7 | |
| Autre | 225 | 48,0 | |
| Statut marital | | | 0,125 |
| Célibataire | 210 | 50,0 | |
| Dans une union stable | 173 | 41,6 | |
| Scolarité | | | 0,199 |
| Primaire ou moins | 15 | 26,7 | |
| Secondaire ou plus | 368 | 47,0 | |
| Age gestationnel, semaines | | | 0,190 |
| ≤ 12 | 248 | 43,5 | |
| > 12 | 135 | 51,1 | |
| Grossesses antérieures | | | 0,071 |
| ≤ 3 | 197 | 41,6 | |
| > 3 | 185 | 51,4 | |
| Parité | | | 0,095 |
| ≤ 2 | 293 | 43,7 | |
| > 2 | 90 | 54,4 | |
| Avortements antérieurs | | | 0,022 |
| 0 | 159 | 39,0 | |
| ≥ 1 | 224 | 51,3 | |
| Type d'avortement | | | 0,530 |
| Provoqué | 224 | 44,6 | |
| Spontané/non connu | 159 | 48,4 | |

^a Test du χ^2 de Pearson.

Tableau 2

Pourcentage de femmes ayant accepté d'utiliser une méthode contraceptive réversible à longue durée d'action (LARC) et pourcentage acceptant un LARC ou l'acétate de méthoxyprogestérone (DMPA) retard après un avortement, en fonction d'un certain nombre de variables démographiques et cliniques.

| Variable | N° | % de femmes choisissant un LARC | Valeur de p^a | % de femmes choisissant un LARC ou le DMPA | Valeur de p^a |
|----------------------------|-----|---------------------------------|--------------------|--|-----------------|
| Age, ans | | | | | |
| ≤24 | 183 | 9,3 | >0,999 | 26,2 | 0,396 |
| >24 | 200 | 9,5 | | 22,0 | |
| Activité | | | | | |
| Scolaire | 158 | 10,1 | 0,817 | 29,1 | 0,067 |
| Autre | 225 | 8,9 | | 20,4 | |
| Statut marital | | | | | |
| Célibataire | 210 | 8,6 | 0,663 | 22,9 | 0,640 |
| Dans une union stable | 173 | 10,4 | | 25,4 | |
| Scolarité | | | | | |
| Primaire ou moins | 15 | 13,3 | 0,642 ^b | 20,0 | >0,999* |
| Secondaire ou plus | 368 | 9,2 | | 24,2 | |
| Age gestationnel, semaines | | | | | |
| ≤12 | 248 | 10,1 | 0,663 | 23,4 | 0,788 |
| >12 | 135 | 8,1 | | 25,2 | |
| Grossesses antérieures | | | | | |
| ≤3 | 197 | 7,1 | 0,154 | 21,8 | 0,345 |
| >3 | 185 | 11,9 | | 26,5 | |
| Parité | | | | | |
| ≤2 | 293 | 7,5 | 0,037 | 21,8 | 0,097 |
| >2 | 90 | 15,6 | | 31,1 | |
| Avortements antérieurs | | | | | |
| 0 | 159 | 12,6 | 0,106 | 28,9 | 0,076 |
| ≥1 | 224 | 7,1 | | 20,5 | |
| Type d'avortement | | | | | |
| Provoqué | 224 | 12,5 | 0,022 | 29,9 | 0,002 |
| Spontané/non connu | 159 | 5,0 | | 15,7 | |

^a Test du χ^2 de Yates.

^b Test exact de Fisher.

DMPA que celles ayant subi un avortement spontané ou que celles pour qui le type d'avortement n'était pas connu ($p = 0,002$). Les femmes qui étaient scolarisées, celles qui avaient plus de 2 enfants et celles qui n'avaient jamais subi d'avortement auparavant ont choisi une méthode LARC ou le DMPA environ 40 à 50% plus souvent que les femmes non scolarisées, celles ayant au maximum 2 enfants et celles ayant subi au moins 1 avortement antérieur. Ces différences n'ont toutefois pas été statistiquement significatives ($0,05 < p < 0,10$) (Tableau 2).

L'analyse de régression multiple a confirmé que les femmes ayant eu plus d'enfants et celles ayant subi plus d'avortements antérieurs connaissaient mieux les méthodes contraceptives modernes. De plus, lorsque l'âge a été utilisé comme variable continue, une association a été observée entre une meilleure connaissance des méthodes contraceptives et un âge plus jeune (Tableau 3).

Cette analyse a également confirmé l'association entre le fait d'avoir subi un avortement provoqué (plutôt que spontané), d'avoir

eu plus d'enfants et d'être scolarisée et une probabilité plus grande d'accepter l'utilisation soit du DMPA soit d'une méthode LARC. L'association entre le nombre d'avortements antérieurs et l'acceptation de ces méthodes n'a pas été confirmée dans l'analyse de régression multiple (Tableau 3).

4. Discussion

Le résultat de cette évaluation a montré que quelques mois après avoir mis le DMPA, le DIU-T au cuivre et les implants à la disposition des femmes immédiatement après un avortement, près d'un quart de femmes admises dans cet hôpital avec des complications d'avortement a quitté l'établissement hospitalier en utilisant soit le DMPA soit une méthode LARC. Cela est encore plus remarquable que ce que l'on pourrait penser puisque les méthodes LARC et les contraceptifs injectables étaient quasiment inconnus de cette même population avant cette étude, plus de la moitié des femmes de l'étude n'ayant connaissance d'aucune méthode contraceptive autre que les méthodes de type barrière. De fait, seules 4% mentionnaient une méthode LARC ou un contraceptif injectable comme étant la méthode qu'elles connaissaient le mieux.

Il est intéressant de noter que le fait d'avoir subi un avortement antérieur et d'avoir eu plus d'enfants ont été des facteurs associés de manière significative à une meilleure connaissance des méthodes contraceptives modernes, en particulier la pilule. Cela laisse penser que la pratique du conseil ainsi que des conseils d'utilisation de la pilule, qui correspond à la pratique courante dans cet hôpital pour toute femme admise pour un avortement, a eu un effet sur la population de patientes de l'hôpital. L'association avec un âge plus jeune retrouvée dans l'analyse de régression multiple suggère que les générations plus jeunes sont plus intéressées à recevoir des informations sur la contraception.

Il n'est pas surprenant que les femmes ayant eu plus d'enfants ou celles dont l'avortement avait été provoqué ont été deux fois plus susceptibles d'opter pour une méthode LARC que celles avec moins d'enfants ou celles dont l'avortement était spontané ou

Tableau 3

Variables associées à la connaissance d'une méthode contraceptive moderne et au choix d'une méthode contraceptive réversible à longue durée d'action (LARC) ou de l'acétate de méthoxyprogestérone (DMPA) retard après l'avortement: analyse de régression multiple de Poisson ($n = 383$).

| Modèle | Taux de prévalence | IC à 95% | Valeur de p |
|--|--------------------|-----------|---------------|
| Connaissance d'une méthode moderne | | | |
| Age (ans) | 0,96 | 0,95–0,97 | <0,001 |
| Parité (>2) | 1,69 | 1,18–2,43 | 0,004 |
| Avortements antérieurs (≥1) | 1,39 | 1,01–1,91 | 0,042 |
| Choix d'un LARC ou d'un contraceptif injectable après l'avortement | | | |
| Type d'avortement (provoqué) | 1,87 | 1,18–2,96 | 0,008 |
| Parité (>2) | 1,91 | 1,15–3,18 | 0,012 |
| Activité (scolaire) | 1,77 | 1,11–2,83 | 0,017 |

Variables prédictives: âge (ans); activité (scolaire: 1/autre: 0); statut marital (célibataire: 0/dans une union stable: 1); scolarité (primaire ou moins: 0/secondaire ou plus: 1); âge gestationnel (semaines); grossesses antérieures (≤3: 0/>3: 1); parité (≤2: 0/>2: 1); avortements antérieurs (0/≥1: 1); type d'avortement (provoqué: 1/spontané; non connu: 0).

non défini et que ces deux variables ont été associées au choix d'une méthode LARC ou du DMPA dans l'analyse de régression multiple. La motivation de ces femmes pour s'assurer qu'elles ne redeviennent pas enceintes une nouvelle fois dans un avenir immédiat est certainement plus grande que celle des femmes ayant eu moins d'enfants ou de celles ayant subi un avortement spontané.

Le nombre de patientes scolarisées choisissant une méthode LARC a été pratiquement le même que le nombre de femmes avec d'autres activités, tandis que lorsque les méthodes LARC ont été regroupées avec le DMPA, les patientes scolarisées ont été 50% plus susceptibles de choisir l'une de ces méthodes. Cela pourrait simplement refléter une résistance généralement plus grande aux LARC ou cela pourrait signifier que les patientes scolarisées sont motivées pour différer une grossesse mais pas sur une longue période de temps. L'association retrouvée dans l'analyse de régression multiple entre le fait d'être scolarisée et le fait d'être plus susceptible d'opter pour le DMPA ou pour une méthode LARC suggère que les femmes qui aspirent à une meilleure éducation sont plus motivées pour utiliser une méthode contraceptive efficace.

Avant que le DIU-T au cuivre et les implants soient disponibles dans les services post-avortement de cet hôpital, la majorité des médecins pensait que les femmes au Gabon n'accepteraient pas d'utiliser les méthodes LARC et cette intervention a donc été introduite avec réticence. Le fait qu'après une période de temps relativement courte, 1 femme admise à l'hôpital après un avortement incomplet sur 10 choisisse d'utiliser une méthode LARC malgré son absence quasi-totale de connaissance de ces méthodes suggère que l'acceptation des LARC pourrait augmenter de manière importante dès lors que ces méthodes seront mieux connues.

Au début de cette étude, sous l'influence du taux d'échec du DMPA élevé rapporté par Trussell et Wynn lors d'une utilisation classique [6], un accent beaucoup plus grand a été mis sur les méthodes LARC que sur le contraceptif injectable. Plus tard, toutefois, de nouvelles preuves fournies par le groupe conduisant l'étude CHOICE ont montré que le taux des grossesses non prévues lors de l'utilisation du DMPA n'était pas différent de celui retrouvé lors de l'utilisation des méthodes LARC [7]. Ces observations nous ont alors permis de regrouper ces deux contraceptifs pour l'analyse des données. Comme il est bien connu que l'efficacité des méthodes LARC et du DMPA lors de leur utilisation classique pour prévenir à la fois les grossesses non prévues et les avortements provoqués est supérieure à celle des méthodes à courte durée d'action, l'augmentation de leur utilisation parmi les femmes ayant subi

un avortement provoqué pourrait réduire de manière efficace les avortements répétés dans cette population et, par conséquent, réduire également le taux d'avortement à Libreville.

Un à 2 ans après la mise en route de ce programme, une analyse sera conduite afin d'évaluer s'il y a eu une réduction de la proportion des avortements répétés chez les femmes admises dans cet hôpital après un avortement incomplet. Si l'on considère que cette maternité prend en charge la grande majorité des femmes avec des complications d'avortement incomplet dans la ville, il est raisonnable de s'attendre à une réduction du nombre d'avortements répétés qui sera proportionnelle au taux d'acceptation des LARC parmi les femmes recevant des soins après un avortement provoqué incomplet dans cet hôpital.

S'il se confirme que l'incidence des avortements répétés diminue réellement dans cet hôpital, cela sera un puissant argument pour convaincre les autorités de santé d'investir dans l'extension de l'offre de contraception post-avortement, en particulier les méthodes LARC, au reste du pays.

Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Références

- [1] World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. 5th ed. Geneva: WHO; 2007.
- [2] Direction Générale de la Statistique, Ministère de l'Économie, de l'Emploi et du Développement Durable, Ministère de la Santé, ICF International. Enquête Démographique et de Santé au Gabon (EDSG-II). 2ème ed. Libreville: MSP/DGS; 2012. 64 pp. Available at: www.stat-gabon.ga; <http://www.measuredhs.com>.
- [3] Mayi-Tsonga S, Diallo T, Litochenko O, Methogo M, Ndombi I. Prevalence of illegal abortions in Libreville Hospital, Gabon. [in French] Bull Soc Pathol Exot 2009;102(4):230–2.
- [4] Mayi-Tsonga S, Diallo T, Litovchenko O, Metogho M, Ndombi I. Etude comparee des complications des avortements: misoprostol versus autres méthodes abortives. Clin Mother Child Health 2009;6(1).
- [5] Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. Obstet Gynecol 2012;120(6):1291–7.
- [6] Trussell J, Wynn LL. Reducing unintended pregnancy in the United States. Contraception 2008;77(1):1–5.
- [7] Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. N Engl J Med 2012;366(21):1998–2007.



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

INITIATIVE DE LA FIGO

Accroître l'accès à l'interruption légale de grossesse et à la contraception après avortement à l'hôpital universitaire de Lusaka, Zambie

Swabby Macha^{a,*}, Mutinta Muyuni^a, Scholastica Nkonde^a, Anibal Faúndes^b

^aDépartement de gynécologie et d'obstétrique, Hôpital universitaire de Lusaka, Lusaka, Zambie

^bDépartement de gynécologie et d'obstétrique, Université de Campinas (UNICAMP), São Paulo, Brésil

INFOS ARTICLE

Mots clés :

Initiative de la FIGO
Interruption légale de grossesse
Contraception après avortement
Prévention
Avortement à risque
Zambie

R E S U M E

L'Association Zambienne de Gynécologie et d'Obstétrique est l'une des sociétés membres de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) qui participent à l'initiative de la FIGO pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences dans la région Afrique de l'Est, du Centre et du Sud. Les activités incluses dans le plan d'action de ce pays devaient donner aux femmes recevant des soins à l'hôpital universitaire de Lusaka l'accès à l'avortement sans risque dans toute la mesure permise par la loi et augmenter la proportion de femmes quittant l'hôpital avec une méthode contraceptive. La loi zambienne en matière d'avortement est libérale mais, d'une manière générale, elle n'a été appliquée que très récemment. La proportion d'interruptions légales de grossesse parmi les patientes recevant des soins d'avortement à l'hôpital est passée de 3,2% en 2009 à 7,7% en 2011, tandis que le pourcentage de femmes quittant l'hôpital avec une méthode contraceptive est passée de 25,3% à 69,4% sur la même période.

© 2014 Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique. Publié par Elsevier Ireland Ltd.

1. Introduction

L'Association Zambienne de Gynécologie et d'Obstétrique est l'une des sociétés membres qui participent à l'initiative de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) pour la prévention des avortements à risque et de leurs conséquences dans la région Afrique de l'Est, du Centre et du Sud. La principale motivation pour participer à l'initiative était que l'avortement à risque reste un problème en Zambie malgré une loi libérale en matière d'avortement, datant de 1972 [1], qui autorise l'interruption de grossesse lorsqu'il existe un risque pour la santé de la femme enceinte ou lorsque la demande est motivée par des considérations socioéconomiques. La majorité des femmes et des professionnels de santé en Zambie semblent toutefois ignorer l'existence de cette loi. Ce n'est que récemment que des interruptions légales de grossesse sans risque ont commencé à être pratiquées ; c'est-à-dire que presque tous les avortements étaient auparavant clandestins et à risque.

L'une des conséquences tragiques de la non-application d'une loi plus libérale en matière d'avortement est que le taux de mortalité maternelle en Zambie est estimé à 591 pour 100 000 naissances vivantes, près de 30% de ces décès étant dus à des avortements à risque, au moins pour l'année 2006 à l'hôpital universitaire de Lusaka [2].

Dans le cadre de sa participation à l'initiative, la ZAGO a été encouragée à promouvoir certaines des stratégies proposées par la

FIGO, destinées à réduire l'incidence de l'avortement à risque et ses conséquences. Des efforts ont été réalisés ces 5 dernières années pour rendre accessible l'avortement légal sans risque et augmenter l'acceptation de la contraception après avortement, ces initiatives ayant débuté à l'hôpital universitaire de Lusaka.

Jusqu'à 2007, l'interruption légale de grossesse n'était que rarement pratiquée à l'hôpital universitaire, comme dans la plus grande partie du pays. De plus, une contraception après avortement n'était que rarement fournie et des informations sur la planification familiale après avortement rarement données. Avec la stimulation de l'initiative de la FIGO et l'objectif de contribuer à réduire la mortalité maternelle, le personnel a commencé à informer les patientes des bénéfices de la prévention d'une nouvelle grossesse et à fournir à ces femmes des méthodes contraceptives. Dans le même temps, le personnel hospitalier a reçu une information sur la législation en matière d'avortement en vigueur en Zambie et a été encouragé à pratiquer des interruptions légales de grossesse sans risque comme alternative à la prise en charge des nombreuses complications résultant de la pratique d'avortements à risque.

Un nombre élevé de femmes se rend à l'hôpital universitaire à la suite d'un avortement incomplet, soit spontané soit provoqué. Depuis 2009, l'interruption légale de grossesse est disponible à l'hôpital pour les femmes qui la demandent et qui répondent aux conditions générales fixées par la loi. Cette information a été rendue publique. Par conséquent, les femmes qui demandent un avortement dans le cadre de la loi bénéficient de soins d'interruption de grossesse sans risque.

Le présent article décrit les progrès réalisés dans la mise en œuvre de ce processus en évaluant le nombre d'interruptions légales de grossesse pratiquées chaque année, entre 2009 et 2011, à

* Auteur correspondant à : Hôpital universitaire, Département de gynécologie et d'obstétrique, P/B RW 1 x Lusaka, Zambie. Tél. : +260 977800843.

Adresse e-mail : machaswe@yahoo.co.uk (S. Macha).

l'hôpital universitaire de Lusaka, ainsi que la proportion de femmes qui quittent l'hôpital en utilisant une méthode contraceptive de leur choix.

2. Patientes et méthodes

Il s'agissait d'une étude observationnelle rétrospective de toutes les femmes admises aux urgences gynécologiques de l'hôpital universitaire de Lusaka pour demander une interruption légale de grossesse ou à la suite d'un avortement incomplet entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2011. Jusqu'en 2011, peu d'interruptions légales de grossesse étaient pratiquées sous forme d'avortements médicaux; elles ont toutefois été enregistrées dans les statistiques de l'hôpital, même si les femmes n'étaient pas hospitalisées. En 2012, le Medabon (Sun Pharmaceutical Industries Ltd, Mumbai, Inde) a été enregistré en Zambie et la majorité des médecins a appris à l'utiliser. Par voie de conséquence, le nombre des interruptions médicales légales de grossesse effectuées en ambulatoire a considérablement augmenté et, à de rares exceptions, ces procédures n'ont pas été incluses dans les statistiques de l'hôpital. Le nombre d'hospitalisations pour interruption légale de grossesse a donc diminué à l'hôpital universitaire et le nombre total n'était plus connu, rendant impossible de le comparer avec les statistiques enregistrées les années précédentes. C'est pour cette raison que les données de 2012 n'ont pas été incluses dans cette évaluation.

Toutes les femmes admises à l'hôpital, en raison d'un avortement incomplet ou celles demandant une interruption légale de grossesse qui ont fait l'objet d'une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) ou d'un avortement médical ont été incluses dans l'étude. Le curetage n'est pas utilisé pour pratiquer l'avortement dans cet hôpital.

Des sages-femmes ou des internes dûment formés, en concertation avec des spécialistes en gynécologie-obstétrique, étaient chargés de l'admission des femmes à l'hôpital. Le diagnostic d'avortement incomplet était posé sur la clinique et l'AMIU était utilisée pour traiter ces femmes. Pour les femmes qui demandaient une interruption légale de grossesse, l'infirmière en charge du service, en concertation avec le chef de clinique de garde, décidait si les circonstances étaient ou non conformes à la loi. Si l'intervention était approuvée, une AMIU ou un avortement médical était programmé le jour même.

Toutes les femmes recevaient des conseils sur les bénéfices associés à la prévention d'une future grossesse non désirée qui pourrait déboucher sur un autre avortement. Des informations étaient données sur les différentes méthodes contraceptives, en mettant un accent particulier sur l'efficacité supérieure des méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (LARC).

Les données ont été recueillies dans les dossiers des patientes et transférées vers un tableur sous forme de données agrégées en vue d'être analysées. Les critères principaux d'évaluation étaient le type d'avortement (interruption légale de grossesse ou avortement incomplet) et la fourniture d'une méthode contraceptive avant la sortie de l'hôpital. Aucune tentative n'a été faite pour séparer les cas d'avortement incomplet en avortement provoqué ou spontané – une tâche difficile lorsque les femmes utilisent des méthodes médicales pour provoquer l'avortement.

Les méthodes contraceptives proposées ont été classées en contraceptifs réversibles à courte durée d'action (SARC), parmi lesquelles la pilule contraceptive orale combinée et le préservatif; les contraceptifs injectables (seul l'acétate de médorogestérone [DMPA] retard était disponible); et les méthodes LARC, parmi lesquelles le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre T 380, le système intra-utérin au lévonorgestrel (SIU-LNG) et l'implant sous-cutané Jadelle (Bayer Healthcare Pharmaceuticals, Berlin, Allemagne).

Les variables indépendantes étaient l'année civile (2009–2011) et l'âge, avec deux groupes, les moins de 20 ans (patientes définies

ici comme adolescentes) et les 20 ans et plus (patientes définies comme adultes).

Le consentement éclairé n'était pas nécessaire puisque l'étude reposait sur une revue des dossiers des patientes et que l'identité de celles-ci restait confidentielle. Le protocole de l'étude a été approuvé par le comité de revue interne de l'hôpital universitaire de Lusaka.

3. Résultats

Sur la période de 3 ans entre 2009 et 2011, plus de 5000 femmes ont été admises chaque année à l'hôpital après un avortement incomplet ou parce qu'elles demandaient une interruption de grossesse sans risque. Environ 15% étaient des adolescentes et ce pourcentage a très peu varié avec le temps (Tableau 1).

Il y a eu une augmentation continue de la proportion des interruptions légales de grossesse à l'hôpital au cours de la période d'étude, proportion qui est passée de 3,2% en 2009 à 7,7% en 2011 (Tableau 2). Cette augmentation a été plus prononcée chez les adolescentes. En 2009, seuls 2,5% de tous les avortements dans ce groupe d'âge étaient des interruptions légales de grossesse sans risque; or cette proportion est passée à plus de 15% en 2011 (Tableau 2).

Le nombre total d'admissions à l'hôpital pour avortement n'a pas changé au cours de la période d'étude, suggérant que les interruptions légales de grossesse ont simplement remplacé une partie des avortements clandestins mais qu'elles n'ont pas augmenté le nombre total d'avortements effectués dans cette population.

Il y a eu une augmentation rapide du nombre de femmes adoptant des méthodes contraceptives immédiatement après un avortement incomplet ou une interruption légale de grossesse. La proportion de femmes adoptant une méthode contraceptive avant la sortie de l'hôpital était plus importante après une interruption légale de grossesse qu'après un avortement incomplet. La proportion de femmes quittant l'hôpital en utilisant une méthode contraceptive après une interruption légale de grossesse a été comprise entre 80% et 90% au cours de la période d'étude contre environ 60 à 70% parmi les femmes ayant fait subir un avortement incomplet. Au total, le pourcentage de patientes ayant subi un avortement qui ont quitté l'hôpital en utilisant une méthode contraceptive a augmenté de 25% en 2009 à près de 70% en 2011 (Tableau 3).

Les méthodes SARC, à savoir les contraceptifs oraux et les préservatifs masculins, étaient les méthodes les plus souvent choisies par les femmes ayant subi une interruption légale de grossesse – adoptées par plus de 50% des femmes consultant sur les 3 années

Tableau 1

Distribution des femmes admises à l'hôpital après un avortement provoqué ou demandant une interruption légale de grossesse en fonction de l'âge et de l'année.

| Année | Age, ans | | Total |
|-------|------------------------------|-------------------------|-------|
| | <20 (adolescentes) N° (%) | ≥20 (adultes) N° (%) | |
| 2009 | 854 (15,0) | 4835 (85,0) | 5689 |
| 2010 | 801 (15,9) | 4224 (84,0) | 5025 |
| 2011 | 895 (16,6) | 4494 (83,4) | 5389 |

Tableau 2

Nombre d'interruptions légales de grossesse sans risque en proportion de tous les avortements effectués entre 2009 et 2011.

| Année | Age, ans | | | | Total | |
|-------|--------------------|-----|---------------|------|-------|------|
| | <20 (adolescentes) | | ≥20 (adultes) | | % ILG | N° |
| | % ILG | N° | % ILG | N° | | |
| 2009 | 2,5 | 854 | 3,4 | 4835 | 3,2 | 5689 |
| 2010 | 4,6 | 801 | 4,6 | 4224 | 4,6 | 5025 |
| 2011 | 15,4 | 895 | 6,2 | 4494 | 7,7 | 5389 |

Abréviation : ILG, interruption légale de grossesse.

Tableau 3

Pourcentage de femmes adoptant une méthode contraceptive avant la sortie de l'hôpital après un avortement provoqué ou une interruption légale de grossesse.

| Motif d'admission à l'hôpital | % de femmes adoptant une méthode contraceptive | | |
|----------------------------------|--|------|------|
| | 2009 | 2010 | 2011 |
| Avortement incomplet | 23,5 | 49,1 | 67,4 |
| Interruption légale de grossesse | 82,9 | 85,3 | 92,5 |
| Tous les avortements | 25,3 | 50,8 | 69,4 |

d'observation. Elles étaient également les options contraceptives les plus populaires parmi les femmes admises à l'hôpital après un avortement incomplet en 2009. Les années suivantes, toutefois, le pourcentage des femmes de ce groupe qui ont opté pour un contraceptif injectable a augmenté de manière significative, pour atteindre quasiment le pourcentage des femmes consultant pour un avortement incomplet qui ont opté pour une méthode SARC. En 2009, très peu de femmes optaient pour les méthodes LARC, à savoir le DIU au cuivre, l'implant Jadelle ou le SIU-LNG, qu'elles aient subi une interruption légale de grossesse ou un avortement incomplet. En 2011, toutefois, ce pourcentage avait doublé dans le cas des femmes ayant subi une interruption légale de grossesse et triplé dans celui des femmes ayant subi un avortement incomplet. Quoiqu'il en soit, en 2011, seules 7% des femmes ayant subi une interruption légale de grossesse et 1,7% de celles ayant subi un avortement incomplet ont opté pour utiliser une méthode LARC immédiatement après l'avortement (Tableau 4).

En 2009, les adolescentes étaient plus enclines que les adultes à opter pour un contraceptif injectable et moins enclines à choisir une méthode SARC ou LARC. En revanche, en 2011, la différence entre adultes et adolescentes était faible concernant l'utilisation des méthodes SARC ou des contraceptifs injectables. Par ailleurs, l'utilisation des méthodes LARC était 6 fois moins importante parmi les adolescentes que parmi les adultes (Tableau 5).

Tableau 4

Distribution en pourcentage des méthodes contraceptives adoptées par les femmes avant la sortie de l'hôpital après un avortement incomplet ou une interruption légale de grossesse.

| Méthode contraceptive | Année | | |
|--|------------|------------|------------|
| | 2009, % | 2010, % | 2011, % |
| Contraceptifs réversibles à courte durée d'action (SARC) | | | |
| Avortement incomplet | 14,3 | 21,6 | 34,7 |
| Interruption légale de grossesse | 52,5 | 52,8 | 57,5 |
| Contraceptifs injectables | | | |
| Avortement incomplet | 8,4 | 27,3 | 30,8 |
| Interruption légale de grossesse | 36,0 | 30,3 | 27,4 |
| Contraceptifs réversibles à longue durée d'action (LARC) | | | |
| Avortement incomplet | 0,6 | 0,2 | 1,7 |
| Interruption légale de grossesse | 3,9 | 2,2 | 7,0 |

Tableau 5

Distribution en pourcentage des méthodes contraceptives adoptées par les adolescentes et les adultes après un avortement incomplet ou une interruption légale de grossesse.

| Méthode contraceptive par groupe d'âge, ans | Année | | |
|--|------------|------------|------------|
| | 2009, % | 2010, % | 2011, % |
| Contraceptifs réversibles à courte durée d'action (SARC) | | | |
| 10–19 | 57,6 | 44,8 | 53,5 |
| 20–44 | 64,0 | 47,5 | 52,4 |
| Contraceptifs injectables | | | |
| 10–19 | 42,0 | 54,9 | 45,9 |
| 20–44 | 31,9 | 51,5 | 43,3 |
| Contraceptifs réversibles à longue durée d'action (LARC) | | | |
| 10–19 | 0,4 | 0,2 | 0,6 |
| 20–44 | 3,0 | 0,9 | 3,9 |

4. Discussion

L'intervention mise en œuvre dans cet hôpital universitaire semble avoir été bénéfique. Si la proportion globale d'interruptions légales de grossesse (environ 8% en 2011) n'est pas très élevée, la tendance à une augmentation du nombre et du pourcentage est prometteuse. Si la moitié des avortements vus à l'hôpital sont des avortements provoqués, cela signifie que 15% de tous les cas d'avortement provoqué pris en charge dans cet hôpital universitaire sont des avortements légaux sans risque – une amélioration importante par rapport à la situation 4 ans plus tôt, ou cette proportion était quasiment nulle. Il est également encourageant que le nombre de femmes subissant une interruption légale de grossesse parmi l'ensemble des avortements soit proportionnellement beaucoup plus élevé parmi les adolescentes, suggérant que cette nouvelle génération de femmes est plus au courant de ses droits.

Il est regrettable que les statistiques de 2012 n'aient pas pu être prises en compte dans l'analyse, en raison du grand nombre d'interruptions légales de grossesse qui ont été effectuées en ambulatoire au moyen du Medabon et qui n'ont donc pas été incluses dans les registres de l'hôpital. Nous cherchons actuellement une solution à ce problème afin de permettre l'évaluation du degré d'acceptation de l'interruption légale de grossesse dans le temps. D'une part, l'introduction de l'interruption médicale de grossesse et la disponibilité accrue de ces méthodes ont permis l'extension de la pratique de l'interruption légale de grossesse; d'autre part, ces procédures ne sont pas correctement enregistrées.

La proportion importante de femmes qui quittent l'hôpital en ayant adopté une méthode contraceptive est très importante si l'on considère que l'ovulation peut se produire dans un délai de 10 jours après un avortement, plus de 80% des femmes ovulant au cours de ce cycle [3,4]. Plusieurs études ont montré que la proportion de grossesses non prévues et d'avortements répétés est significativement plus faible lorsque l'utilisation de contraceptifs est débutée immédiatement après l'avortement et non plus tard [5,6].

Les efforts pour accroître l'utilisation des LARC, en particulier parmi les adolescentes, doivent être renforcés. Le taux plus faible d'acceptation des LARC, par les adolescentes, retrouvé dans la présente étude pourrait refléter le concept erroné selon lequel les DIU et les implants ne conviennent pas aux jeunes femmes qui n'ont pas encore accouché de leur premier enfant. Une vaste discussion avec le personnel de l'hôpital concernant les critères d'acceptabilité de l'Organisation Mondiale de la Santé pourrait contribuer à changer cette situation [7].

L'importance de l'introduction de ces stratégies à l'hôpital universitaire de Lusaka tient au rôle de cet hôpital en tant que principal établissement universitaire de la ville – un lieu où les futures générations de professionnels de santé, médecins, infirmiers et spécialistes, acquièrent des connaissances qu'ils mettront plus tard en pratique. D'une manière générale, les médecins ont tendance à répéter les pratiques dont ils ont été témoins à l'hôpital où ils ont reçu leur formation et, en particulier, celles qu'ils ont eux-mêmes appliquées dans leur pratique clinique. De plus, l'hôpital universitaire est considéré comme un modèle à reproduire par les médecins en Zambie. La ZAGO travaille à l'accélération de ce processus. L'initiative de la FIGO est actuellement en cours d'extension au reste du pays et elle devrait faire l'objet d'une évaluation détaillée dans un proche avenir.

Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Références

- [1] Zambia Penal Code. Termination of Pregnancy Act, Chapter 304 of the Laws of Zambia.
- [2] Ahmed Y. UTH causes of maternal deaths. 2006. Lusaka University Teaching Hospital. Annual hospital maternal death review records (Unpublished).
- [3] Lähteenmäki P, Luukkainen T. Return of ovarian function after abortion. *Clin Endocrinol* 1978;8(2):123–32.
- [4] Schreiber CA, Sober S, Ratcliffe S, Creinin MD. Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception* 2011; 84(3):230–3.
- [5] Gillett PG, Lee NH, Yuzpe AA, Cerskus I. A comparison of the efficacy and acceptability of the Copper-7 intrauterine device following immediate or delayed insertion after first-trimester therapeutic abortion. *Fertil Steril* 1980; 34(2):121–4.
- [6] Ames CM, Norman WV. Preventing repeat abortion in Canada: is the immediate insertion of intrauterine devices postabortion a cost-effective option associated with fewer repeat abortions? *Contraception* 2012;85(1):51–5.
- [7] World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva: WHO; 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf?ua=1.



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

INITIATIVE DE LA FIGO

La contraception après un avortement et le traitement d'un avortement incomplet

Kristina Gemzell-Danielsson^{a,*}, Helena Kopp Kallner^a, Anibal Faúndes^b

^aDépartement de santé de la femme et de l'enfant, Division de gynécologie et d'obstétrique, Institut Karolinska, Hôpital universitaire Karolinska, Stockholm, Suède

^bDépartement de gynécologie et d'obstétrique, Université de Campinas (UNICAMP), et Centre de recherche en santé reproductive de Campinas (CEMICAMP), Campinas, SP, Brésil

INFOS ARTICLE

Mots clés :

Initiative de la FIGO
Avortement incomplet
Contraception réversible à longue durée d'action
Soins après avortement
Contraception après avortement
Prévention
Avortement à risque

R E S U M E

Les conseils en matière de planification familiale et la fourniture d'une contraception après avortement doivent être partie intégrante des soins d'avortement et après avortement pour aider les femmes à éviter une autre grossesse non planifiée et des avortements répétés. La contraception après avortement est significativement plus efficace pour prévenir une nouvelle grossesse non désirée et un nouvel avortement lorsqu'elle est fournie avant que les femmes quittent l'établissement de soins dans lequel elles ont reçu les soins d'avortement et lorsque la méthode choisie est une méthode de contraception réversible à longue durée d'action (LARC). Cet article fournit des preuves à l'appui de deux aspects essentiels de la contraception après avortement. Il suggère que les gynécologues et les obstétriciens ont une obligation éthique de faire tout le nécessaire pour s'assurer que la contraception après avortement, notamment les méthodes LARC, devienne partie intégrante des soins d'avortement et après avortement, conformément aux recommandations de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique et de plusieurs autres organisations.

© 2014 Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique. Publié par Elsevier Ireland Ltd.

1. Introduction

Les conseils en matière de contraception et la fourniture de méthodes contraceptives doivent être partie intégrante des soins d'avortement ou après avortement afin d'aider les femmes à éviter une autre grossesse non planifiée ou non désirée et le risque, dans de nombreux cas, d'un avortement à risque. C'est pour cette raison que la contraception après avortement est l'une des stratégies proposées par l'Initiative pour la Prévention des Avortements à Risque et de ses Conséquences de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) [1].

Les preuves récentes ont montré que la contraception après avortement doit remplir deux conditions pour garantir une efficacité maximale en termes de prévention d'une nouvelle grossesse non désirée et, éventuellement, d'un nouvel avortement sans risque ou à risque. Premièrement, elle doit être fournie avant que la femme quitte l'établissement de soins dans lequel elle a reçu les soins d'avortement et, deuxièmement, on donnera la préférence aux contraceptifs réversibles à longue durée d'action (LARC) ou au moins à l'acétate de médroxyprogestérone (DMPA) retard. Cet article passe en revue les preuves à l'appui de ces deux recommandations.

2. Récupération de la fertilité après avortement

Un avortement sans complication n'a pas de conséquences négatives sur la fertilité future de la femme. Une ovulation peut se produire dès 8 jours après un avortement et 83% des femmes ovulent au cours du premier cycle suivant un avortement [2,3]. La fertilité après un avortement chirurgical ne diffère pas de celle après un avortement médical du premier trimestre. Par ailleurs, plus de la moitié des femmes ont des rapports sexuels au cours des 2 semaines suivant l'avortement provoqué, tout du moins dans certains pays d'Europe du Nord [4]. Par conséquent, proposer et mettre en place une méthode de contraception efficace immédiatement après une interruption de grossesse ou après le traitement d'un avortement incomplet devrait être la norme. Or, la mise en route de contraceptifs hormonaux ou intra-utérins (DIU, y compris le DIU au cuivre et le système intra-utérin au lévonorgestrel [SIU-LNG]) est souvent différée jusqu'aux premières règles après avortement, les femmes étant alors adressées pour des conseils en matière de contraception et pour recevoir une méthode de contraception, au lieu de recevoir ces services sur place au moment des soins d'avortement ou après avortement.

3. Assurer la sécurité en fournissant une contraception immédiatement après un avortement

Les critères d'éligibilité médicale pour l'utilisation des contraceptifs de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) stipulent que l'utilisation de méthodes hormonales combinées (pilule, patch, anneau vaginal et contraceptifs injectables) et de pilules uniquement progestatives peut être débutée immédiatement après un avorte-

* Auteur correspondant à : Département de santé de la femme et de l'enfant, Division de gynécologie et d'obstétrique, Institut Karolinska, Hôpital universitaire Karolinska, 17176 Stockholm, Suède. Tél.: +46 8 5177 2128; fax: +46 8 5177 4314.
Adresse e-mail: kristina.gemzell@ki.se (K. Gemzell-Danielsson).

ment [5]. Les suites d'un avortement médical ou chirurgical du premier trimestre, y compris les saignements après avortement, ne sont pas modifiées par la mise en place de l'une de ces méthodes de contraception. Par ailleurs, l'utilisation de ces méthodes n'a pas été associée à plus d'effets indésirables ou de saignements vaginaux ou à des modifications cliniquement significatives des paramètres de la coagulation comparativement aux femmes qui ont utilisé un placebo, un DIU au cuivre, une méthode contraceptive non hormonale ou qui ont différé la mise en route des contraceptifs oraux combinés (COC) [6–13]. Ces méthodes peuvent et doivent donc être mises en place le même jour que le misoprostol utilisé pour un avortement médical, le jour de l'intervention chirurgicale en cas d'avortement chirurgical ou le jour de la sortie de l'hôpital après le traitement d'un avortement incomplet ou un avortement spontané. Une exception possible est l'anneau vaginal. L'expérience de l'utilisation de l'anneau vaginal contraceptif immédiatement après un avortement médical ou chirurgical du premier trimestre est limitée; toutefois, aucun événement indésirable grave et aucune infection liée à l'utilisation de l'anneau n'ont été observés au cours de 3 cycles de suivi après un avortement [14]. En revanche, si les saignements sont abondants, l'insertion de l'anneau peut être différée, mais pas plus de 5 jours. Si le report dépasse 5 jours, une méthode contraceptive complémentaire de type barrière est recommandée.

Les implants sont généralement insérés immédiatement après un avortement chirurgical du premier trimestre, même si les études sur les implants sont limitées aux implants au lévonorgestrel (LNG) [15–17].

Les critères d'éligibilité médicale de l'OMS stipulent que les DIU peuvent être insérés immédiatement après un avortement du premier trimestre, spontané ou provoqué [5]. Il est toutefois important de noter que toutes les études sur l'insertion d'un DIU après avortement, mentionnées par l'OMS, concernent des évacuations chirurgicales ou des avortements chirurgicaux et qu'aucune donnée n'est fournie sur les avortements médicaux [18–22].

Il n'y a eu aucune différence dans le risque de complications entre l'insertion immédiate et l'insertion différée d'un DIU après intervention chirurgicale. Aucune différence n'a par ailleurs été retrouvée concernant la sécurité ou le taux d'expulsion en cas d'insertion après avortement d'un SIU-LNG *versus* un DIU au cuivre [23,24]. En cas d'avortement septique, le DIU ne doit pas être inséré tant que l'infection n'est pas complètement guérie. Dans ce cas, des méthodes contraceptives alternatives doivent être proposées entre temps.

Dans certaines études, un taux d'expulsion légèrement plus élevé a été observé en cas d'insertion immédiate *versus* différée d'un DIU après avortement [25,26]. En revanche, l'insertion immédiate se traduit par un nombre accru de femmes qui, de fait, reçoivent le DIU, comme nous le verrons ci-dessous.

Le risque d'expulsion du DIU lorsque le dispositif est inséré immédiatement après un avortement chirurgical ou une évacuation utérine semble augmenter avec la durée de la grossesse et la taille de l'utérus. Le risque d'expulsion est plus important lorsque le DIU est inséré après un avortement du deuxième trimestre *versus* un avortement du premier trimestre [27,28].

Il a également été montré qu'un DIU peut être inséré dès que l'expulsion est confirmée en cas d'avortement médical [29–31]. Les taux d'expulsion n'ont pas été plus élevés lorsque le DIU a été inséré 1 semaine après un avortement médical ou lors d'une visite de suivi 3 à 4 semaines après l'avortement [31]. En outre, aucune corrélation n'a été retrouvée entre l'épaisseur de l'endomètre ou les résultats échographiques et l'expulsion [31]. De plus, l'insertion précoce du SIU-LNG a réduit le nombre de jours de saignements abondants après un avortement médical [31].

Les contraceptifs injectables uniquement progestatifs (DMPA ou énanthate de noréthistérone) peuvent être administrés immé-

diatement après un avortement chirurgical, médical ou spontané [32,33].

Si le DMPA est fréquemment utilisé après des soins d'avortement et après avortement, aucune étude n'a encore été publiée sur la mise en place de cette méthode contraceptive le jour de l'administration du misoprostol en cas d'avortement médical.

Concernant la stérilisation, les critères d'éligibilité médicale de l'OMS stipulent que cette procédure peut être effectuée après un avortement sans complication, mais qu'elle doit être évitée en cas de complication [5]. En revanche, les regrets après la stérilisation sont plus fréquents chez les femmes et les hommes plus jeunes (<30 ans) [34–36] et lorsque la stérilisation est effectuée post-partum ou au cours de l'année qui suit l'avortement [36]. En accord avec ces résultats, la stérilisation ne doit pas être effectuée de manière systématique au moment d'un avortement chez les femmes jeunes, mais d'autres formes alternatives de contraception efficace acceptable doivent être proposées et, de fait, doivent toujours être disponibles dans les structures qui assurent des services d'avortement.

Les méthodes de barrière peuvent être mises en place dès que nécessaire; toutefois, selon les critères d'éligibilité médicale de l'OMS, le diaphragme et la cape ne sont utilisables qu'à partir de 6 semaines après un avortement du deuxième trimestre [5].

Lorsqu'il existe un risque de transmission d'une infection sexuellement transmissible (IST) ou du VIH, il est important de recommander une double protection, avec l'utilisation simultanée de préservatifs et d'une autre méthode de contraception efficace. Des pilules contraceptives d'urgence doivent être proposées aux femmes qui utilisent des méthodes moins efficaces.

Les méthodes naturelles de planification familiale ne peuvent pas être utilisées avant la reprise du cycle menstruel.

4. L'efficacité de l'administration d'une contraception immédiatement après un avortement sur l'utilisation de la méthode et la prévention des grossesses répétées

Une étude randomisée sur la pose immédiate *versus* différée d'un DIU après un avortement chirurgical a montré que toutes les femmes programmées pour la pose immédiate ont de fait bénéficié de la pose d'un DIU. En revanche, 42% des femmes ayant exprimé le désir d'utiliser cette méthode mais programmées pour une pose différée ne sont finalement pas revenues pour la pose du DIU [25]. En outre, les femmes ayant bénéficié de la pose précoce réussie d'un DIU étaient plus susceptibles de continuer à utiliser un DIU 6 mois plus tard que les femmes chez qui le DIU a été posé plusieurs semaines après un avortement [25].

Une étude conduite dans la ville de New York a comparé deux cohortes de patientes ayant fait l'objet d'un avortement, la première composée de femmes ayant dû revenir pour débiter l'utilisation d'un DIU, d'implants ou du DMPA et la seconde, composée de femmes ayant pu débiter ces méthodes avant de quitter la clinique après l'interruption de grossesse. Si 27,3% des femmes chez qui la mise en place de la contraception a été différée se sont retrouvées enceintes au cours des 12 mois suivants, seules 15% des femmes ayant commencé à utiliser la méthode contraceptive immédiatement après l'avortement ont été enceintes. De même, 17,7% des femmes chez qui la mise en place de la méthode contraceptive a été différée ont subi un avortement répété au cours de l'année suivante *versus* 9,9% des femmes ayant débuté la contraception immédiatement après l'avortement [37]. Une autre étude conduite en Finlande a également trouvé un taux significativement plus faible d'avortement répété lorsqu'une méthode contraceptive a été fournie immédiatement après l'avortement que lorsque la femme a dû revenir pour commencer la méthode plus tard [38].

Après un avortement médical, la pratique courante est d'attendre 3 à 4 semaines ou jusqu'aux premières règles suivant

l'avortement avant de poser un implant ou un DIU, d'où un risque potentiel de nouvelle grossesse. Cela a été considéré comme un inconvénient possible de l'avortement médical *versus* l'avortement chirurgical. La pratique de la pose différée pourrait également décourager les femmes d'utiliser une méthode LARC du fait de la nécessité de revenir pour plusieurs visites de suivi. Cela s'applique en particulier aux situations dans lesquelles les femmes doivent parcourir de longues distances pour recevoir des soins d'avortement ou dans lesquelles les services sont médiocres ou coûteux. Des modifications se produisent actuellement dans la pratique clinique dans de nombreuses structures de sorte que les implants sont désormais posés le jour de l'administration du misoprostol en cas d'avortement médical et de soins après avortement. Peu de données sont toutefois disponibles sur les insertions pratiquées au moment de l'administration de la mifépristone ou du misoprostol.

Significativement plus de femmes randomisées pour bénéficier de la pose précoce d'un DIU sont revenues pour cette pose comparativement aux femmes programmées pour une pose différée après un avortement médical, confirmant les résultats de la pose immédiate *versus* retardée en cas d'avortement chirurgical [31].

5. Préférence pour les contraceptifs réversibles à longue durée d'action

Plusieurs études ont montré que les méthodes LARC telles que le DIU et les implants contraceptifs sont significativement plus efficaces pour prévenir les grossesses non désirées et les avortements répétés que les méthodes à courte durée d'action, telles que la pilule combinée, le patch et l'anneau vaginal, ou les méthodes de barrière, telles que le préservatif ou le diaphragme [33,38–42]. Des études conduites principalement en Europe du Nord et en Amérique du Nord chez des utilisatrices de méthodes LARC et de la pilule ont trouvé des taux similaires de grossesse non désirée et d'avortement répété, le taux parmi les utilisatrices de méthodes LARC représentant un tiers à la moitié du taux retrouvé chez les utilisatrices de la pilule combinée. Dans certaines études, le risque d'avortement répété chez les utilisatrices du DMPA a été significativement plus faible que chez les utilisatrices de la pilule [40]; en revanche, d'autres investigateurs n'ont pas trouvé de différence entre les utilisatrices du DMPA et de la pilule combinée [33,41] ou ont rapporté une efficacité beaucoup plus grande du DMPA dans la prévention de l'avortement répété après exclusion des femmes ayant arrêté son utilisation [43].

Une vaste étude a montré que lorsqu'une méthode LARC est fournie gratuitement, éliminant dès lors l'obstacle de l'avance de frais élevée, le nombre de femmes choisissant d'utiliser une méthode LARC est très élevé, atteignant deux tiers de toutes les femmes acceptant la méthode [44]. En outre, dans une autre analyse de la même étude conduite à Saint Louis, aux États-Unis, il y a eu une réduction rapide du taux d'avortement répété à moins de la moitié de celui retrouvé dans d'autres populations de la même région ou comparativement au taux moyen retrouvé dans le pays dans son ensemble [38]. La difficulté la plus grande pour réduire le taux d'avortement répété dans les pays à faibles ressources, où l'impact de l'avortement à risque est le plus élevé, est d'identifier des mécanismes pour réduire le coût des méthodes LARC et pour surmonter d'autres obstacles à l'acceptation des méthodes LARC immédiatement après l'avortement.

6. Conclusion

Les soins fournis aux femmes demandant une interruption de grossesse ou le traitement d'un avortement incomplet ne seront pas complets ou adéquats si des conseils en matière de planification familiale et la fourniture d'une méthode contraceptive efficace ne sont pas partie intégrante de ces soins. Nous ne devons jamais

oublier que la grande majorité de ces femmes ont fermement décidé de ne pas avoir d'enfant dans un proche avenir. Si elles deviennent de nouveau enceintes, le risque est très grand que leur grossesse se termine par un autre avortement, sans risque ou à risque, selon le statut légal de l'avortement et la disponibilité de services d'avortement dans le pays dans lequel elles vivent.

Il ne fait aucun doute que la possibilité d'éviter une autre grossesse non désirée et un avortement répété est largement et significativement plus grande si les femmes utilisent déjà une méthode contraceptive efficace au moment de leur sortie de l'hôpital, encore plus si cette méthode est une méthode LARC. Lorsqu'une femme choisit d'utiliser le DMPA après un avortement, les taux d'avortement répété sont élevés, similaires à ceux retrouvés avec l'utilisation des contraceptifs oraux. Les obstétriciens et les gynécologues ont l'obligation éthique d'apporter des bénéfices aux patientes dont ils ont la charge et de leur éviter les effets nocifs [45]. Il n'y a donc aucune excuse pour ne pas faire tout ce qui est possible pour garantir que ces femmes quittent l'unité de soins en étant d'ores et déjà protégées contre une grossesse non désirée conformément à la déclaration de consensus sur la planification familiale après avortement rédigée par la FIGO et d'autres organisations [45,46].

Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Références

- [1] Faúndes A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2012;119(Suppl. 1):S68–71.
- [2] Schreiber CA, Sober S, Ratcliffe S, Creinin MD. Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception* 2011;84(3):230–3.
- [3] Lähteenmäki P, Luukkainen T. Return of ovarian function after abortion. *Clin Endocrinol* 1978;8(2):123–32.
- [4] Boesen HC, Rørbye C, Nørgaard M, Nilas L. Sexual behavior during the first eight weeks after legal termination of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(12):1189–92.
- [5] World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva: WHO; 2010.
- [6] Lähteenmäki P. Influence of oral contraceptives on immediate postabortal pituitary-ovarian function. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1978;76:1–43.
- [7] Lähteenmäki P, Rasi V, Luukkainen T, Myllyä G. Coagulation factors in women using oral contraceptives or intrauterine contraceptive devices immediately after abortion. *Am J Obstet Gynecol* 1981;141(2):175–9.
- [8] Martin CW, Brown AH, Baird DT. A pilot study of the effect of methotrexate or combined oral contraceptive on bleeding patterns after induction of abortion with mifepristone and a prostaglandin pessary. *Contraception* 1998;58(2):99–103.
- [9] Niswonger JW, London GD, Anderson GV, Wolfe L. Oral contraceptives during immediate postabortal period. *Obstet Gynecol* 1968;32(3):325–7.
- [10] Peterson WF. Contraceptive therapy following therapeutic abortion: an analysis. *Obstet Gynecol* 1974;44(6):853–7.
- [11] Tang OS, Gao PP, Cheng L, Lee SW, Ho PC. A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Hum Reprod* 1999;14(3):722–5.
- [12] Tang OS, Xu J, Cheng L, Lee SW, Ho PC. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Hum Reprod* 2002;17(1):99–102.
- [13] Gaffield ME, Kapp N, Ravi A. Use of combined oral contraceptives post abortion. *Contraception* 2009;80(4):355–62.
- [14] Fine PM, Tryggstad J, Meyers NJ, Sangi-Hagheykar H. Safety and acceptability with the use of a contraceptive vaginal ring after surgical or medical abortion. *Contraception* 2007;75(5):367–71.
- [15] Kurunmäki H. Contraception with levonorgestrel-releasing subdermal capsules, Norplant, after pregnancy termination. *Contraception* 1983;27(5):473–82.
- [16] Kurunmäki H, Toivonen J, Lähteenmäki PL, Luukkainen T. Immediate postabortal contraception with Norplant: levonorgestrel, gonadotropin, estradiol, and progesterone levels over two postabortal months and return of fertility after removal of Norplant capsules. *Contraception* 1984;30(5):431–42.

- [17] Ortayli N, Bulut A, Sahin T, Sivini I. Immediate postabortal contraception with the levonorgestrel intrauterine device, Norplant, and traditional methods. *Contraception* 2001;63(6):309–14.
- [18] Timonen H, Luukkainen T. Immediate postabortion insertion of the copper-T (TCu-200) with eighteen months follow-up. *Contraception* 1974;9(2):153–60.
- [19] Moussa A. Evaluation of postabortion IUD insertion in Egyptian women. *Contraception* 2001;63(6):315–7.
- [20] Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *BJOG* 2001;108(11):1168–73.
- [21] Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;3:CD001777.
- [22] El Tagy A, Sakr E, Sokal DC, Issa AH. Safety and acceptability of post-abortal IUD insertion and the importance of counseling. *Contraception* 2003;67(3):229–34.
- [23] Pakarinen P, Toivonen J, Luukkainen T. Randomized comparison of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine systems immediately after abortion, with 5 years' follow-up. *Contraception* 2003;68(1):31–4.
- [24] Suvisaari J, Lähteenmäki P. Detailed analysis of menstrual bleeding patterns after postmenstrual and postabortal insertion of a copper IUD or a levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception* 1996;54(4):201–8.
- [25] Gillett PG, Lee NH, Yuzpe AA, Cerskus I. A comparison of the efficacy and acceptability of the Copper-7 intrauterine device following immediate or delayed insertion after first-trimester therapeutic abortion. *Fertil Steril* 1980;34(2):121–4.
- [26] Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, Cwiak C, Espy E, Jensen JT. Post-Aspiration IUD Randomization (PAIR) Study Trial Group. Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. *N Engl J Med* 2011;364(23):2208–17.
- [27] Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Stanwood NL. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;6:CD001777.
- [28] Steenland MW, Tepper NK, Curtis KM, Kapp N. Intrauterine contraceptive insertion postabortion: a systematic review. *Contraception* 2011;84(5):447–64.
- [29] Betstadt SJ, Turok DK, Kapp N, Feng KT, Borgatta L. Intrauterine device insertion after medical abortion. *Contraception* 2011;83(6):517–21.
- [30] Shimoni N, Davis A, Ramos ME, Rosario L, Westhoff C. Timing of copper intrauterine device insertion after medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2011;118(3):623–8.
- [31] Sääv I, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Early versus delayed insertion of intra-uterine contraception after medical abortion – a randomized controlled trial. *PLoS One* 2012;7(11):e48948.
- [32] Lähteenmäki P, Toivonen J, Lähteenmäki PL. Postabortal contraception with norethisterone enanthate injections. *Contraception* 1983;27(6):55–62.
- [33] Cameron ST, Glasier A, Chen ZE, Johnstone A, Dunlop C, Heller R. Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG* 2012;119(9):1074–80.
- [34] Hardy E, Bahamondes L, Osis MJ, Costa RG, Faúndes A. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception* 1996;54(3):159–62.
- [35] Holman CD, Wisniewski ZS, Semmens JB, Rouse IL, Bass AJ. Population-based outcomes after 28,246 in-hospital vasectomies and 1,902 vasovasostomies in Western Australia. *BJU Int* 2000;86(9):1043–9.
- [36] Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstet Gynecol* 1999;93(6):889–95.
- [37] Langston AM, Joslin-Roher SL, Westhoff CL. Immediate postabortion access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within 1 year in a New York City practice. *Contraception* 2014;89(2):103–8.
- [38] Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception* 2008;78(2):149–54.
- [39] Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet Gynecol* 2012;120(6):1291–7.
- [40] Rose SB, Lawton BA. Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206(1):37.e1–6.
- [41] Ames CM, Norman WV. Preventing repeat abortion in Canada: is the immediate insertion of intrauterine devices postabortion a cost-effective option associated with fewer repeat abortions? *Contraception* 2012;85(1):51–5.
- [42] Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Can the outcome of the next pregnancy be predicted at the time of induced abortion? *Hum Reprod* 2009;24(4):820–6.
- [43] Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med* 2012;366(21):1998–2007.
- [44] Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203(2):115.e1–7.
- [45] International Federation of Gynecology and Obstetrics. Committee for the Study of Ethical aspects of Human Reproduction and Women's Health. London: FIGO; 2009.
- [46] International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), International Confederation of Midwives (ICM), International Council of Nurses (ICN), United States Agency for International Development (USAID), White Ribbon Alliance (WRA), Department for International Development (DFID), et al. Consensus statement. Post abortion family planning: a key component of postabortion care. https://www.glowm.com/pdf/PAC-FP-Joint-Statement-November2013-final_printquality.pdf; November 2013.

This journal and the individual contributions contained in it are protected under copyright by International Federation of Gynecology and Obstetrics, and the following terms and conditions apply to their use:

Photocopying

Single photocopies of single articles may be made for personal use as allowed by national copyright laws. Permission of the Publisher and payment of a fee is required for all other photocopying, including multiple or systematic copying, copy-ing for advertising or promotional purposes, resale, and all forms of document delivery. Special rates are available for educational institutions that wish to make photocopies for non-profit educational classroom use.

For information on how to seek permission visit www.elsevier.com/permissions or call: (+44) 1865 843830 (UK)/(+1) 215 239 3804 (USA).

Derivative Works

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. Permission of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution. Permission of the Publisher is required for all other derivative works, including compilations and translations (please consult www.elsevier.com/permissions).

Electronic Storage or Usage

Permission of the Publisher is required to store or use electronically any material contained in this journal, including any article or part of an article (please consult www.elsevier.com/permissions). Except as outlined above, no part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior written permission of the Publisher.

Notice

No responsibility is assumed by the Publisher for any injury and/or damage to persons or property as a matter of products liability, negligence or otherwise, or from any use or operation of any methods, products, instructions or ideas contained in the material herein. Because of rapid advances in the medical sciences, in particular, independent verification of diagnoses and drug dosages should be made.

Although all advertising material is expected to conform to ethical (medical) standards, inclusion in this publication does not constitute a guarantee or endorsement of the quality or value of such product or of the claims made of it by its manufacturer.

Language (usage and editing services)

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform to correct scientific English may wish to use the English Language Editing service available from Elsevier's WebShop <http://webshop.elsevier.com/languageediting/> or visit our customer support site <http://support.elsevier.com> for more information.

Illustration services

Elsevier's WebShop (<http://webshop.elsevier.com/illustrationservices>) offers Illustration Services to authors preparing to submit a manuscript but concerned about the quality of the images accompanying their article. Elsevier's expert illustrators can produce scientific, technical and medical-style images, as well as a full range of charts, tables and graphs. Image 'polishing' is also available, where our illustrators take your image(s) and improve them to a professional standard. Please visit the website to find out more.

Printed by Henry Ling, Dorchester

© The paper used in this publication meets the requirements of ANSI/NISO Z39.48-1992 (Permanence of Paper)