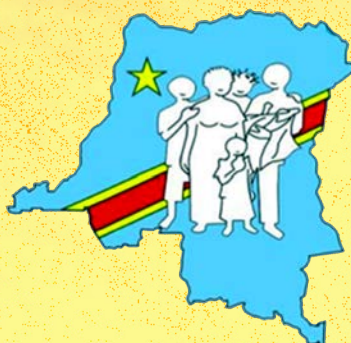


RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
SECRETARIAT GÉNÉRAL



NORMES DE LA ZONE DE SANTE RELATIVES AUX INTERVENTIONS INTEGREES DE SANTE DE LA MERE,
DU NOUVEAU-NE ET DE L'ENFANT EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



**NORMES ET DIRECTIVES DES SOINS
COMPLETS D'AVORTEMENT CENTRÉS
SUR LA FEMME EN RDC**

Edition 2020

REMERCIEMENTS

Le Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des peuples, relatifs aux Droits de la Femme en Afrique, ainsi que les Observations Générales n° 2 ont été publiés au Journal Officiel de la RDC le 14 mars 2018, cela a ouvert la voie à une série d'actions visant à améliorer l'accès à l'avortement sécurisé dans le pays. Ainsi, l'impulsion donnée par la circulaire du Président de la Cour Constitutionnelle, rappelant aux Magistrats la primauté de l'article 14 dudit protocole sur les lois internes et l'obligation sans tergiversation aux Formations Sanitaires (FOSA), d'offrir les soins d'avortements sécurisés aux femmes selon les prescrit à l'article 14,2c.

Dans cet ordre d'idées, sur instructions clairvoyantes de Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé, j'ai ordonné, dès mars 2019, au Programme National de Santé de la Reproduction, PNSR en sigle, de procéder à l'élaboration des normes et directives qui régissent l'offre des services et des Soins Complet d'Avortement Centré sur la Femme en RDC ; lesquels sont particulièrement ciblées comme des interventions clés pour le renforcement de l'utilisation des services des contraceptions et la réduction de la morbi-mortalité excessive liée à la survenue des grossesses non désirées et leur suite.

Je me réjouis du fait que ce processus ait impliqué l'ensemble de partenaires faisant partie de la synergie de Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'adolescent (SRMNEA) et ne doute pas un seul instant que la production de ce document ayant suivi tous les processus, représente une contribution significative à l'amélioration de la qualité des soins et services de prise en charge d'avortement dans nos structures de santé ainsi que dans la communauté.

A cet effet, j'adresse mes remerciements les plus sincères à tous les experts du Ministère de la Santé et des Partenaires d'appuis Techniques et Financiers qui, sans relâche, sont parvenus au résultat attendu. Au nombre des partenaires, j'aimerais mentionner singulièrement l'ONG Internationale IPAS pour l'expertise apporté à la sélection et la prise en charge de la consultance internationale, la documentation et les voyages d'études des experts du Ministère de la Santé.

Mes remerciements s'adressent aussi à tous les autres partenaires pour leur contribution non négligeable à ce processus, je citerais l'OMS, Pathfinder, DKT, MDM, IRC, MSF, MSI, CARE, la coalition de lutte contre les grossesses non désirées (ABEF-ND, SJS, CAFCO, AFIA MAMA), la coalition 14, ainsi que les experts des départements de Gynéco-Obstétrique des Cliniques Universitaires de Kinshasa et de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa ; de la SCOGO et de la SCOSAF.

Je ne saurais terminer sans remercier Son Excellence Monsieur le Ministre de la santé qui, de nuit comme de jour, n'a ménagé aucun effort pour améliorer la santé de la population congolaise en général et celle de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescente en particulier.

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont apporté leur pierre à l'édification de ce document, je réitère toute ma reconnaissance.

Fait à Kinshasa, le 04 Mars 2021

Secrétaire Général à la Santé

Dr YUMA RAMAZANI Sylvain

PREFACE

Dans la perspective de l'émergence de la RDC à l'horizon 2030, les congolais rêvent de bâtir un pays toujours plus beau, un Congo uni, fort et prospère sur les 2.345.409 Km² occupant le centre de l'Afrique. Ce rêve implique un peuple en bonne santé pour le besoin duquel la responsabilité première repose sur le secteur de la Santé avec la contribution de tous les autres secteurs et intervenants. Pour l'heure, le Ministère de la Santé, les autres secteurs et Partenaires Techniques et Financiers font face à des défis majeurs de santé tels que la surmortalité maternelle et néonatale alourdie entre autres par les avortements clandestins qui constituent la deuxième cause de décès maternels en RDC.

Selon l'EDS 2013, les ratios respectifs sont à 846 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes et 28 décès néonataux pour 1.000 naissances vivantes ; la prévalence contraceptive est estimée 18% (MICS 2018). En vue de matérialiser l'ODD3, le Ministère de la Santé s'y est investi en mettant en place le Plan National de Développement Sanitaire avec comme paquet prioritaire, la SRMNEA-NUT à travers les interventions à haut impact les interventions à haut impact incluant les Soins Complets d'Avortement Centrés sur la Femme.

Suite à la ratification du protocole de MAPUTO par le Gouvernement de la RDC en 2008, ses différents secteurs ont été mobilisés pour produire d'autres instruments opérationnels permettant de garantir l'accès et l'offres de services et des soins de qualité pour la population.

Le document des normes et directives en Soins Complets d'Avortement Centrés sur la femme définit l'approche du Ministère de la Santé pour dispenser des services d'avortement qui tiennent compte des divers facteurs qui influencent les besoins individuels de chaque femme en termes de santé physique, mentale, sa situation personnelle et sa capacité à accéder à des services compétents.

Ainsi, ce document s'inscrit dans la logique de l'offre des soins de qualité en vue de réduire la part des avortements non sécurisés dans la surmortalité maternelle et néonatale et d'augmenter l'accès aux services de Planification Familiale. Il définit les principes et conditions de prise en charge des cas des avortements suivant les prescrits des lois en vigueur en République Démocratique du Congo.

Le manque de maîtrise de principes et conditions de prise en charge compromet la qualité et l'efficacité des services offerts. Ce document constitue un atout majeur pour l'offre des Soins Complet d'Avortement Centrés sur la Femme aux différents niveaux de la pyramide sanitaires et par les différents acteurs (prestataires, planificateurs, décideurs, chercheurs, partenaires d'appui ...) dans le cadre de la Couverture Santé Universelle.

C'est ici le lieu de reconnaître le mérite du Ministère de la Santé (MS), à travers la DSFGS, le PNSR et d'autres Directions et Programmes spécialisés en lien avec la SRMNEA qui, ensemble avec IPAS et d'autres partenaires qui ont su mobiliser les ressources intellectuelles, techniques, matérielles et financières pour produire cet instrument de valeur. Par la même occasion, je témoigne toute ma reconnaissance à la haute hiérarchie politique du pays qui n'épargne aucun effort pour garantir les conditions de paix et de stabilité sans lesquelles le travail de santé ne pouvait être réalisé.

J'exhorte tous les intervenants du domaine de la santé en RDC de n'avoir aucune réserve pour contribuer à une large diffusion et à l'utilisation du document des normes et directives des SCACF partout où le besoin se fait sentir pour le plus grand bien des filles et femmes congolaises et de toute la population en général.

Fait à Kinshasa, le 04 MARS 2022

Le Ministre de la Santé

Dr ETENI LONGONDO

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AMIU	: Aspiration Manuelle Intra-Utérine
AM	: Avortement Médicamenteux
CUK	: Cliniques Universitaires de Kinshasa
CU	: Cliniques Universitaires
CS	: Centre de Santé
DBC	: Distributeur à Base Communautaire
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ESP	: École de Santé Publique
FOSA	: Formation Sanitaire
HGR	: Hôpital Général de Référence
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PEC	: Prise En Charge
PF	: Planification Familiale
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
RDC	: République Démocratique du Congo
RECO	: Relai Communautaire
SA	: Semaine d'Aménorrhée
SCA	: Soins Complets d'Avortement
SCACF	: Soins Complets d'Avortement Centrés sur la Femme
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SR	: Santé de la Reproduction
SRMNEA	: Santé de la Reproduction de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent
SSR	: Santé Sexuelle et Reproductive

SECTION 1 : INTRODUCTION

SECTION 1 : INTRODUCTION

Dans les pays en voie de développement, 222 millions de femmes souhaitant éviter ou retarder une grossesse n'ont pas accès à la contraception. Chaque année, 25 millions de grossesses non désirées aboutissent à un avortement non sécurisé. Ces avortements dits « clandestins » provoquent des infirmités temporaires ou définitives de 8 millions de femmes, et le décès d'au moins 50 000 femmes. L'Afrique est la région au monde comptant le plus grand nombre de décès liés à l'avortement par an. En 2014, au moins 9 % de la mortalité maternelle en Afrique étaient imputable à l'avortement non sécurisé.

La République Démocratique du Congo affiche des taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile parmi les plus élevés au monde. En effet, selon les résultats de l'EDS 2013-2014, la mortalité maternelle est estimée à 846 pour 100 000 naissances vivantes. Les avortements non sécurisés représentent la deuxième cause de mortalité maternelle dans le pays. Ces avortements non sécurisés dans des conditions d'hygiène précaires concernent toutes les femmes en âge de procréer, y compris les adolescentes, contribuant aux décès maternels à hauteur de 30 % selon les estimations (MICS 2010).

Certes, l'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 montre quelques progrès concernant l'amélioration de la santé maternelle, cependant les efforts restent à poursuivre. Des mesures considérables telles que reprises dans le PNDS 2016-2020 doivent être renforcées en vue d'atteindre les cibles de l'ODD 2030 (réduire la mortalité maternelle à moins de 70 décès pour 100 000 NV dans les pays où les taux des mortalités sont élevés). L'accès aux services de planification familiale (PF) et des Soins Complets d'Avortements ont été identifiés comme des interventions pouvant contribuer à atteindre ces objectifs. %

Les études ont prouvé que la prévalence contraceptive moderne a de 8% (EDS 2013-2014) à 18% (MICS 2017-2018). Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale pour les femmes en union sont élevés, et estimés à 28 % (EDS 2013-2014). Ceci explique en partie le nombre important de grossesses non désirées et le recours aux avortements non sécurisés. Selon la même source, l'âge médian de la première expérience sexuelle est de 16,8 ans tandis que la première utilisation de la contraception se fait aux alentours de 19 ans. Les rapports sexuels se produisent sans que les adolescents aient les compétences nécessaires pour des choix informés (accès aux préservatifs, à la pilule d'urgence ou aux services de contraception).

Les avortements non sécurisés constituent donc un réel problème de Santé Publique et d'injustice sociale en République Démocratique du Congo. Selon les données disponibles, 30 % des décès maternels sont imputables à des avortements à risque, souvent réalisés dans de très mauvaises conditions (prestataire non qualifié, plateau technique inadéquat, procédures inappropriées et/ou obsolètes).

En 2016, pour la seule ville de Kinshasa, on a estimé que 2 grossesses sur 5 se sont terminées par un avortement, avec une moyenne de 146 700 avortements pour l'année, ce qui représente 400 avortements par jour et 17 par heure. Près de deux tiers de ces avortements finissent par des complications graves ou modérées.

1. Organisation mondiale de la Santé. Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé Deuxième édition (2013)

2. Guttmacher Institute. L'avortement en Afrique, Fact Sheet, mars 2018 <https://www.guttmacher.org/fr/fact-sheet/avortement-afrique>

3. République Démocratique du Congo, Kinshasa, Enquête par Grappes à indicateurs Multiples en (MICS-RDC 2010), Institut National de la Statistique et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Mai 2011.

4. République Démocratique du Congo Ministère de la Santé. Plan National de Développement Sanitaire 2019-2022 : Vers la Couverture Sanitaire Universelle. Kinshasa : Printing House, 2018.

De plus, la RDC connaît depuis des décennies une persistance des conflits armés avec comme conséquences des violences sexuelles et basées sur le genre. Le pays connaît de ce fait, un taux d'élevé des viols. Le viol, les violences sexuelles et l'inceste constituent une source non négligeable de grossesses non désirées qui conduisent régulièrement à des avortements à risque.

I.2 LE PROTOCOLE A LA CHARTE AFRICAINE DES DROITS DE L'HOMME ET DES PEUPLES RELATIF AUX DROITS DE LA FEMME EN AFRIQUE

Face à ces défis, la RDC a adhéré au Protocole à la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique dit «Protocole de Maputo» qui en son article 14.2 (c) autorise l'avortement sécurisé en vue de protéger les droits reproductifs de la femme en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou celle du fœtus. Le Protocole de Maputo, ainsi que les Observations Générales N° 2 sur l'Article 14.1 (a), (b), (c) et (f) et l'Article 14. 2 (a) et (c)) du Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme ont été publiés au Journal officiel - Numéro spécial – 14 mars 2018, les rendant opposable à tous. Les Observations Générales n°2 servent de guide interprétatif et normatif de l'Article 14 dans le respect optimal du droit international et des recommandations de l'OMS par rapport au cadre législatif et administratif qui encadre l'avortement. Il sied de préciser que la Constitution de la RDC est de tradition moniste (article 215).

Le Protocole de Maputo fait donc désormais partie de l'arsenal juridique congolais et a une autorité supérieure à celle des lois internes. Conformément aux dispositions des articles 153 alinéa 4 et 215 de la Constitution de la RDC, les dispositions de l'article 14 du Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples Relatif au droit de la Femme en Afrique priment dorénavant sur celles du Code pénal congolais. Bien que les avortements soient une infraction aux termes des dispositions des articles 165, 166 et 178, alinéas 1 et 2 du Code Pénal Congolais livre II, ils sont dépenalisés conformément aux indications de l'article 14.2.c) du Protocole à la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique.

I.3 LA CIRCULAIRE N° 04/SPCSM/CFLS/EER/2018 DU 06 AVRIL 2018

À la suite de la publication au Journal Officiel du Protocole de Maputo et des Observations Générales N°2 sur l'Article 14 du Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, le Président de la Cour constitutionnelle et Président du Conseil Supérieur de la Magistrature a, par sa Circulaire sus-référencée, instruit les juridictions et les offices des parquets civils et militaires sur la conduite à tenir en présence des cas d'avortement prévus par le Protocole de Maputo. Cette circulaire rappelle :

« ... à l'ordre les juridictions et offices de parquets civils et militaires, les droits qu'ont les femmes victimes de viols, d'agressions sexuelles, d'inceste et celles dont la grossesse met en danger leur santé mentale et physique ou leur vie ou du fœtus, de recourir librement aux services d'avortements médicalisés. Les formations sanitaires, publiques, privées et confessionnelles, quant à elles, ont l'obligation, sans tergiversation, d'offrir les avortements médicalisés aux femmes se trouvant dans les cas prescrits à l'article 14, 2c dudit protocole et ce, dans le strict respect des normes et directives de l'OMS en la matière, dûment standardisées, validées, éditées et diffusées par le Ministère de la Santé Publique de la RDC... ».

5. Institut Guttmacher, Gravité et prise en charge des complications affectant les patientes après avortement traitées dans les établissements de santé de Kinshasa, August 23, 2018 DOI: <https://doi.org/10.1363/44e5618>

6. République Démocratique du Congo, Journal officiel - Numéro spécial – 14 mars 2018, Kinshasa, 2018

7. Circulaire N°04/SPCSM/CFLS/EER/2018 du 06 avril 2018

Ainsi, le Secrétaire Permanent du Conseil Supérieur de la Magistrature, en exécution de la circulaire N° N°04/SPCSM/CFLS/EER/2018 du 06 avril 2018 prise par le Président de la Cour Constitutionnelle, Président du Conseil Supérieur de la Magistrature, a par sa lettre N°256/SPCSM/J/D7/PM/2018 du 11 avril 2018, demandé au Secrétaire Général à la Santé d'initier le processus d'élaboration des Normes et Directives de Soins Complètes d'Avortements, en collaboration avec le Comité de Suivi de la mise en œuvre de l'article 14, institué par la décision N°180/J/D7/SPCSM/2018 du 28 mars 2018 .

Les normes et directives ici rédigées par un comité d'experts nationaux et internationaux et le Ministère de la Santé Publique sont là pour clarifier les circonstances dans lesquelles l'avortement peut être pratiqué en toute légalité et la manière de le pratiquer, selon les indications de l'Article 14 et conformément aux normes et directives de l'OMS. Par ailleurs, les données de l'OMS ont démontré que la criminalisation de l'avortement ne réduisait en rien la nécessité d'y recourir et n'augmente que le taux d'avortements non sécurisés . Il est recommandé que la législation et les politiques menées en matière d'avortement protègent la santé de la femme et ses droits en tant que personne humaine.

8. Par ailleurs dans ses Observations finales sur le huitième rapport périodique de la République Démocratique du Congo datées de juillet 2019, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes a rappelé à l'État Partie qu'il était urgent de modifier les dispositions pertinentes du Code pénal en vue de décriminaliser l'avortement et de le légaliser en cas de viol, d'inceste, de risque pour la santé ou la vie de la femme enceinte ou du fœtus, et de garantir l'accès à des soins de haute qualité, ainsi qu'à des soins de qualité post-avortement, en particulier lorsque les complications résultent d'avortements non sécurisés, conformément au protocole de Maputo. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW/C/COD/CO/8)

9. Organisation mondiale de la Santé. Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé Deuxième édition (2013)

SECTION II : CONSIDERATIONS GÉNÉRALES

2.1. DÉFINITION

La notion de Services d'Avortement Centrés sur la Femme est une approche intégrée visant à dispenser des services d'avortement qui tiennent compte des divers facteurs qui influencent les besoins individuels de chaque femme en termes de santé physique et mentale, sa situation personnelle et sa capacité à accéder à des services compétents. Des services d'avortement centrés sur la femme comprennent un ensemble de services médicaux et en rapport avec la santé qui aident les femmes à exercer leurs droits sexuels et reproductifs.

2.2. OBJECTIFS

Les normes et directives visent à traduire de façon claire et cohérente la manière d'appliquer la législation afin de garantir aux femmes l'accès aux soins complets d'avortement auxquels elles ont droit dans le cadre du Protocole de Maputo, article 14, 2 (c) et à protéger les prestataires. Elles constituent un guide technique et réglementaire des protocoles et procédures à suivre lors de la pratique des soins complets d'avortement centrés sur la femme.

Ces normes et directives visent à garantir que toutes les femmes bénéficient de services d'avortement sécurisés de qualité, à tous les niveaux de soins par des prestataires compétents.

2.3. CIBLES/ BÉNÉFICIAIRES

Dans le cadre des lois, les normes et directives des SCACF doivent promouvoir et protéger la santé des femmes et des adolescents (es) ainsi que leurs droits humains fondamentaux : (i) la prise de décision éclairée et volontaire, (ii) la liberté et l'autonomie de la femme dans la prise de décisions et le choix des services offerts, (iii) la non-discrimination, (iv) le droit à la vie, à l'éducation, à la santé, à la dignité et à l'information, (v) la confidentialité et la vie privée.

Ainsi, les normes et directives s'adressent aux différents acteurs de la pyramide sanitaire impliqués dans la planification, la prestation, la supervision et le suivi-évaluation des soins d'avortement sécurisés essentiels à tous les niveaux, y compris les gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes et infirmiers/ères. Tous les services d'avortement doivent être centrés sur la femme.

2.4. PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DES SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT

Les services d'avortement centrés sur la femme comprennent trois éléments principaux :

- **Le choix** : inclut dans le cadre des réglementations nationales, le droit de déterminer, de débiter ou non une grossesse et à quel moment, de poursuivre une grossesse ou d'y mettre fin, le droit et la possibilité de choisir entre différentes options et de recevoir des informations exactes et complètes.
- **L'accessibilité** : comprend la prestation de services d'avortement par des prestataires compétents et adéquatement formés avec des techniques cliniques actuelles, des services aisément accessibles, à un coût abordable et non discriminatoire.
- **Des services de qualité** : signifient des services respectueux et confidentiels, adaptés aux besoins de la femme, avec des mécanismes de référencement, appliquant les normes admises, avec des procédures de renvoi appropriées.

SECTION III : MISE EN ŒUVRE DE L'ARTICLE 14 DU PROTOCOLE DE MAPUTO

3.1. INDICATIONS LEGALES POUR LES SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT SELON L'ARTICLE 14.2.C

Selon l'article 14.2(c) du Protocole de Maputo et le paragraphe 32 des Observations Générales n°2 l'avortement médicalisé est autorisé en cas de :

- Agressions sexuelles ;
- Viol ;
- Inceste ;
- Grossesse mettant en danger la santé physique et mentale de la femme ;
- Grossesse mettant en danger la vie de la mère et la vie du fœtus.

3.2. PRINCIPES DIRECTIFS DE L'APPLICATION DE L'ARTICLE 14.2 (C) DU PROTOCOLE DE MAPUTO

Valable pour tous les sous-articles :

- Le prestataire doit obtenir et conserver un consentement éclairé écrit pour la procédure en utilisant un formulaire de consentement standardisé (Annexe V.I)
- L'avortement sécurisé désigne les services d'avortement sans risque, fournis au moyen de médicaments ou méthodes chirurgicales sécurisées, avec tous les renseignements nécessaires et le consentement éclairé de la femme, par des professionnels de santé des niveaux primaires, secondaires et tertiaires, formés à l'avortement sécurisé, conformément aux normes de l'OMS.

3.2.1. Droits et devoirs des prestataires

- Tout prestataire clinique a droit à la formation pour offrir des services de soins complets d'avortement ;
- Les prestataires de santé doivent être orientés sur le cadre légal des soins d'avortements sécurisés au cours de leur formation ;
- Le prestataire ne pourra pas être poursuivi en justice quand il a offert les soins d'avortement sécurisés selon les indications de l'article 14.2.(c) du Protocole de Maputo, conformément aux Normes et Directives, et s'il a documenté le consentement éclairé de la cliente dans un dossier médical ;
- Le prestataire doit mettre à disposition de chaque cliente les informations verbales, écrites et/ou visuelles de manière à ce que la femme puisse comprendre les options disponibles et ce à quoi elle doit s'attendre avant, pendant et après la procédure ;
- Le professionnel de santé qui évoque une objection de conscience doit obligatoirement documenter et référer la cliente vers un autre prestataire disponible et accessible ;
- Toutefois, le droit à l'objection de conscience ne saurait être évoqué dans le cas d'une femme qui court un risque sérieux pour sa santé et dont l'état nécessite des soins ou un traitement d'urgence.

10. Voir la bibliographie pour une liste complète des lois référencées

11. ACHPR, Observations Générales n° 2 sur l'Article 14.2 c) http://www.achpr.org/files/instruments/general-comments-rights-women/achpr_instr_general_comment2_rights_of_women_in_africa_fra.pdf

3.2.2. Droits des clientes

Les dispositions de l'article 14 du Protocole de Maputo octroient à la femme des droits, dont celui d'exercer un contrôle sur sa fécondité et de décider de sa maternité, du nombre d'enfants, de l'espace des naissances, sans discrimination ni violence.

- Chaque cliente doit être considérée comme une personne autonome selon les circonstances qui lui sont propres et a le droit au respect de sa vie privée, de sa santé et de sa sécurité. Sa confidentialité doit être préservée à tout moment ;
- Une fois qu'une femme a pris sa décision et qu'elle répond à une des indications énoncées par l'article 14.2.(c) du Protocole de Maputo, elle doit pouvoir accéder au service dans le cadre d'une prestation complète et intégrée de services de santé reproductive dans les plus brefs délais ;
- Pour les femmes mariées, le consentement des deux conjoints sur les soins d'avortement est préférable, mais il n'est pas requis pour obtenir les soins d'avortements sécurisés.

3.2.3. Viol ou Inceste : lorsque la grossesse est le résultat d'un viol ou de l'inceste

- Les femmes qui sont enceintes suite à un viol ou à l'inceste ont besoin d'être traitées avec davantage de précautions, et tous les niveaux du système de santé devraient être en mesure de leur fournir un soutien et les orientations appropriées. Le fait de contraindre les femmes victimes de viol à garder la grossesse contre leur gré constitue un traumatisme supplémentaire ;
- Les femmes qui ont accédé aux services de prise en charge holistique de violences sexuelles selon la Stratégie Nationale de Lutte contre les SGBV (prise en charge médicale, assistance juridique, assistance psychosociale et socio-économique) doivent apporter leur dossier de prise en charge lorsqu'elle demande le soin d'avortement sécurisé ;
- Lorsque la cliente n'a pas bénéficié de prise en charge et/ou qu'elle n'a pas signalé l'infraction du viol aux services de l'ordre, elle doit attester sur son honneur qu'elle relate des faits véridiques lorsqu'elle donne son consentement à la procédure d'avortement sécurisé.
- Le prestataire doit encourager la cliente à se rendre vers les services de prise en charge de survivantes de violences sexuelles, mais cela n'est pas une condition pour recevoir le soin d'avortement ;
- Le professionnel de santé sera tenu au respect du secret professionnel. Le fait pour les femmes d'être soumises, par des prestataires de soins de santé, des autorités policières et/ou judiciaires à un interrogatoire de force sur les raisons pour lesquelles elles veulent interrompre une grossesse non désirée lorsqu'elles répondent aux critères énumérés à l'article 14.2(c) du PM ou d'être accusées ou détenues pour soupçons d'avortement illégal lorsqu'elles sollicitent des soins après avortement constitue une violation de leurs droits à la vie privée et à la confidentialité .

12. Stratégie Nationale GBV

13. ACHPR, Observations Générales no 2 sur l'Article 14.2 c) http://www.achpr.org/files/instruments/general-comments-rights-women/achpr_instr_general_comment2_rights_of_women_in_africa_fra.pdf

3.2.4. Santé physique et mentale lorsque la grossesse met la santé de la femme en danger

- La santé doit être comprise conformément aux dispositions du paragraphe 38, des observations générales N°2 sur l'article 14 du Protocole de Maputo. Cette disposition consacre la définition de l'OMS, à savoir, la santé est «un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» ;
- Le prestataire détermine l'impact physique ou émotionnel, actuel et à venir, de la cliente au cours du counseling et de l'examen clinique. L'évaluation d'un spécialiste psychiatrique n'est pas requise pour obtenir le service d'avortement.

3.2.5. Lorsque la grossesse met en danger la vie de la femme ou la viabilité du fœtus

- La vie de la femme est en danger lorsqu'une pathologie s'avère incompatible avec l'évolution de la grossesse par le fait qu'elle peut entraîner la mort de la femme si cette grossesse n'est pas arrêtée. Le prestataire doit se conformer à sa connaissance des indications médicales usuelles qui justifient une interruption volontaire de grossesse pour sauver la vie ou la santé de la mère ;
- Selon le paragraphe 40 des Observations Générales n°2, l'avortement sécurisé peut être requis par les femmes dont la grossesse comporte des risques pour la vie de la mère ou du fœtus. Il en est ainsi, par exemple, lorsqu'il est démontré que le fœtus qui se développe souffre de malformations incompatibles avec la survie, de sorte que le fait d'être contraint de mener la grossesse à terme constituerait un traitement cruel et inhumain ;
- Cela peut également se produire chez les femmes qui ont besoin d'un traitement médical spécial pour une maladie cardiaque, un cancer ou d'autres maladies qui peuvent mettre en danger la survie du fœtus ou aggraver le pronostic de la maladie de la femme.

3.2.6. Cas des mineurs voulant interrompre une grossesse

- La confidentialité des soins d'avortement doit être explicite pour toutes les clientes, mais c'est encore plus important dans le cas des mineures qui pourraient être dissuadées d'obtenir des services sécurisés si la préservation de leur intimité n'était pas garantie ;
- Les prestataires de soins de santé doivent être formés à informer, à conseiller et à traiter les mineures en fonction de leur capacité à comprendre le traitement et les possibilités de soins offerts ;
- Aux termes des dispositions de la Loi n° 06/018 du 20 juillet 2006 modifiant et complétant le Décret du 30 janvier 1940 portant Code pénal congolais, toute relation sexuelle avec une mineure (jeune fille de moins de 18 ans) constitue un viol ;
- Toute grossesse de mineure non désirée entre dans les indications de l'article 14.2(c) du PM. Les mineures qui demandent un avortement suite à un viol ou à l'inceste ne sont pas tenues d'identifier leur violeur pour obtenir des services d'avortement. Il est important d'établir, grâce à un faisceau d'indices, la minorité de la cliente ;
- La mineure doit être accompagnée par un adulte de son choix, qui doit être soit un de ses parents ou tuteur, soit toute personne adulte de confiance dûment identifiée. L'accompagnateur de la mineure prendra la responsabilité de signer le formulaire de consentement éclairé.

SECTION IV : NORMES

Les normes sont établies pour garantir l'accès le plus large possible (dans les limites de la loi) ainsi que le niveau le plus élevé de qualité des soins d'avortement à offrir à la femme. Elles édictent le moment, les interventions ainsi que les ressources y afférentes.

4.1. DEFINITION DES CONCEPTS

4.1.1. Avortement sécurisé

Un avortement sécurisé est une interruption de la grossesse avant l'âge de viabilité (28 semaines d'aménorrhée) conduites par une personne formée par des méthodes d'évacuation utérine recommandée par l'OMS dans un cadre conforme aux standards médicaux.

L'avortement sécurisé est légalement disponible en République Démocratique du Congo pour les indications mentionnées dans le protocole de Maputo et expliquées dans ce document dans les dispositions réglementaires pour la mise en œuvre de l'Article 14, 2(c) du Protocole de Maputo.

L'avortement sécurisé est une procédure médicale sûre et efficace quand il est offert conformément aux normes et directives avec un taux de complication sévère très faible en dessous de 1%.

4.1.2. Avortement non sécurisé

Un avortement non sécurisé est une procédure d'interruption de grossesse avant l'âge de viabilité conduite par une personne manquant les compétences requise et /ou dans un environnement ne répondant pas aux standards médicaux. Les avortements non sécurisés sont quasi totalement la cause de mortalité et morbidité due aux avortements dans le monde.

4.1.3. Soins Complets d'Avortement Centrés sur la Femme (SCACF).

Les Soins Complets d'Avortement Centré sur la Femme sont une approche comprenant un paquet de services de santé de la reproduction en rapport avec l'avortement :

- L'offre des avortements sécurisé conformément aux dispositions légales et réglementaires ;
- L'offre des soins après avortement pour traiter les avortements incomplets, la rétention fœtale et tout autre complication d'avortement sécurisé ou non sécurisé ;
- Les services de contraception après avortement ;
- Le counseling ou conseil bienveillant qui est une composante très déterminante pour la qualité des SCACF ;
- Les autres services de santé sexuelle ou de santé génésique dont la cliente qui avorte peut avoir besoins d'utiliser sur place ou par le biais d'une référence vers des structures accessibles ;
- Partenariat entre la structure sanitaire, les prestataires de services et la communauté pour la qualité des soins.

Les SCACF tiennent compte des besoins individuels liés à la santé physique et psychologique des femmes, et des circonstances qui entourent leur avortement. Ils sont la réponse la plus efficace pour réduire la mortalité et la morbidité due aux avortements non sécurisés.

4.1.4. Soins Après Avortement.

Les Soins Après Avortement (SAA) sont une composante des SCACF comprenant un ensemble d'interventions médicales et autres visant à traiter les complications d'un avortement spontané ou provoqué, sécurisé ou non, et à répondre aux besoins en matière de soins de santé des femmes en rapport avec l'avortement.

Les complications les plus fréquentes des avortements sont l'avortement incomplet, l'infection, et l'hémorragie. Les SAA comprennent aussi le traitement de l'avortement manqué.

4.2. STRUCTURES SANITAIRES AUTORISEES A OFFRIR LES SCACF

Les avortements sécurisés dans les conditions autorisées par la loi et les soins après avortements peuvent être pratiqué au sein d'une institution professionnelle, publique ou privée répondant aux normes d'infrastructure, de ressources Humaines et de ressources matérielles édictées dans ce document.

1. A l'instar des autres soins apparentés aux SCACF tel que les SAA faisant déjà partie intégrante des SONU, seules les formations sanitaires ayant autorisation de l'Inspection de la Santé à offrir le paquet minimum d'activités seront habilitées à offrir les SCACF. Ces structures devront faire l'objet d'une évaluation, par la zone de santé, qui portera sur l'identification des gaps éventuels en rapport avec les ressources humaines, les ressources matérielles ainsi que les normes d'infrastructure telles que reprises dans ce document des normes. Ces formations sanitaires ne pourront procéder à l'offre des SCACF qu'après avoir apporté des améliorations nécessaires aux gaps identifiés.
2. Les procédures d'évacuations utérines pour avortement sécurisé sur grossesse d'âge gestationnel ≤ 13 semaines d'aménorrhée ou pour soin après avortement avec un utérus de taille ≤ 13 semaines d'aménorrhée doivent être pratiqués dans un établissement primaire, secondaire ou tertiaire remplissant les conditions pour le plateau technique correspondant.
3. Les procédures d'évacuations utérines pour avortement sécurisé sur une grossesse d'âge gestationnel > 13 semaines d'aménorrhée ou soin après avortement avec utérus de taille > 13 semaines d'aménorrhée doivent être pratiqués dans un établissement hospitalier secondaire ou tertiaire remplissant les conditions pour le plateau technique correspondant.

4.3. NORMES D'INTERVENTION

Les normes d'intervention des soins complets d'avortement centrés sur la femme comprennent :

1. Apporter un soutien psychoaffectif spécifique à la cliente désirant les soins complets d'avortement ;
2. Assurer un consentement éclairé ;
3. Apporter les soins appropriés à la cliente désirant les soins complets d'avortement en fonction de l'âge gestationnel en semaines d'aménorrhées ;
4. Appliquer les précautions standards de prévention des infections ;
5. Donner des informations et offrir une méthode contraceptive ;
6. Identifier et prendre en charge les complications (hémorragies, infections, etc.) ;
7. Si nécessaire, proposer un rendez-vous de suivi et assurer l'orientation vers les autres services de SR/référence.

4.3.1. Apporter un soutien psychoaffectif spécifique à la cliente désirant les soins complets d'avortement

La démarche consiste à :

- Réserver un accueil convivial à la cliente ;
- Garantir la confidentialité à la cliente ;
- S'assurer que la femme porte une grossesse qu'elle ne peut ou ne veut pas garder et qui demande un avortement sécurisé et qu'elle répond à une des indications de l'article 14.2(c) ;
- Fournir les informations et conseils nécessaires adaptés à sa situation émotionnelle et ses préoccupations pour un choix éclairé, y compris le choix d'un avortement,
- Proposer les méthodes d'avortement sécurisé disponibles à la cliente ;
- Expliquer à la cliente les situations probables auxquelles s'attendre avant, pendant et après le processus d'avortement ;
- Offrir un soutien à la cliente tout au long du processus des soins.

4.3.2. Assurer un consentement éclairé

S'assurer que la femme avec une grossesse non désirée demandant un avortement sécurisé a toutes les informations et tous les conseils nécessaires pour faire un choix éclairé, y compris le choix d'un avortement, les méthodes d'avortement sécurisé disponibles et à quoi s'attendre avant, pendant et après le processus d'avortement.

- En aucun cas le professionnel de santé effectuant le counseling ne sera autorisé à convaincre une femme de garder sa grossesse lorsqu'un danger ou un risque associé de santé (mentale et physique) de la mère ou du fœtus a été identifié à la première étape ;
- Tout prestataire de service évoquant l'objection de conscience est tenu d'orienter la cliente vers un prestataire de service à même de prendre la cliente en charge, sauf dans les situations d'urgence environnementale ou de la santé de la femme ;
- L'objection de conscience ne peut concerner qu'un individu et non les structures sanitaires qui sont responsables de garantir à la femme l'accès à un avortement sécurisé ;
- Pour les femmes légalement mariées, le consentement des deux conjoints sur les soins d'avortements est préférable, mais il n'est en aucun cas requis pour obtenir les soins d'avortements sécurisés, surtout si la femme estime qu'obtenir le consentement de son mari est une mesure discriminatoire et constitue une atteinte à sa vie privée et à sa sécurité ;
- Pour les cas des mineurs, consulter le Guide d'Application de l'Article 14, page 11-12.

4.3.3. Apporter les soins appropriés à la cliente désirant l'avortement en fonction de l'âge gestationnel en semaines d'aménorrhées ;

L'offre des soins concerne :

- L'évaluation de l'état général de la cliente, de la grossesse et la détermination de l'âge gestationnel ;
- L'information et choix de la méthode appropriée d'avortement sécurisé en fonction de l'âge gestationnel ;
- L'obtention du consentement éclairé ;
- La pratique de l'avortement sécurisé et le suivi de la femme.

4.3.4. Appliquer les précautions standards de prévention des infections y compris;

- Pratiquer l'hygiène des mains;
- Utiliser les barrières physiques, chimiques et mécaniques;
- Traiter les instruments (voir Annexe B);
- Classer et stocker le matériel;
- Appliquer les techniques aseptiques pendant toutes procédures chirurgicales;
- Appliquer les mesures d'hygiène en milieu hospitalier;
- Gérer les déchets biomédicaux.

4.3.5. Fournir les informations et offrir une méthode contraceptive selon le choix de la femme

La cliente peut redevenir féconde dans les 10 jours suivant l'avortement. Pour cette raison les services de Planification Familiale devraient lui être proposés dans le cadre des SCACF, sauf si son état ne le permet pas.

Il est important de discuter avec la cliente de ses préférences en matière de fécondité future. Proposer et commencer l'utilisation de la plupart des méthodes contraceptives (sauf le DIU) est possible à partir de J1 (même avec un avortement médicamenteux).

4.3.6. Prendre en charge à temps les complications (hémorragies, infections, etc.)

Les femmes ayant reçu des services d'avortement sécurisé doivent être bien informés de ce qui est normal et attendu comme effets secondaires ainsi que des signes de complications possibles pour lesquelles elles doivent immédiatement se présenter à une formation sanitaire. Les complications détectées doivent être prises en charge selon la nature de la complication et les protocoles nationaux spécifiques à la complication.

Les femmes venant avec des complications d'un avortement spontané ou non sécurisé doivent être reçues avec respect et sans jugement. Un bilan initial doit être fait pour écarter les complications sévères demandant une prise en charge d'urgence. Les protocoles nationaux en vigueur doivent être appliqués pour la prise en charge qui requiert de commencer la stabilisation de la cliente sur place, et selon le bilan initial, traiter sur place ou référer la cliente au niveau du système de santé adéquat pour la prise en charge de la complication identifiée.

4.3.7. Suivi des clientes et orientation vers les autres services SR / référence si nécessaire

- Fixation du rendez-vous après 1-2 semaine (si nécessaire);
- Orientation vers un autre service de SR en cas de pathologie associée;
- Référence en cas de faible disponibilité du plateau technique;
- Contre référence de la cliente.

4.4. NORMES DES RESSOURCES HUMAINES

Le système doit assurer la présence d'un personnel qualifié et compétent dans chaque formation sanitaire qui offre les soins d'avortement sécurisé. Les structures n'ayant pas de personnel qualifié ni le matériel nécessaire à la pratique de l'avortement sécurisé doivent orienter immédiatement les clientes vers les formations sanitaires compétentes les plus proches.

Le personnel soignant doit au préalable être formé et être orienté sur les normes et directive de l'avortement avant d'offrir les SCACF.

Tout prestataire ou personnel de santé du secteur public ou privé offrant les services dans les établissements soutenus ou non par le gouvernement est tenu par une obligation éthique de :

- Fournir les informations complètes et impartiales en fonction de leur formation et de leurs obligations légales ;
- Référer et / ou fournir les informations sur la FOSA où obtenir des services d'avortement sécurisé si eux-mêmes ne sont pas formés ou autorisés à les offrir ;
- Assurer la confidentialité de la cliente, sauf autorisation écrite de la cliente ou sur réquisition judiciaire.

Les catégories professionnelles requises pour les SCACF par niveau de structures sont celles-ci :

STRUCTURE	CATÉGORIE PROFESSIONNELLE	ACTIVITÉS	MÉTHODES À OFFRIR
Communautaire	Acteurs communautaires, Distributeurs à base communautaire (DBC), Relais communautaire (RECO).	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation (counseling, mobilisation communautaire, porte à porte...); - Counseling et offre de contraceptifs y compris contraception d'urgence ; - Identifier les besoins, les signes de complications et orienter vers la FOSA ; - Orienter sur les normes et la disponibilité des services dans la communauté. 	Contraceptifs selon les normes.
Centre de Santé/Poste de santé/maternité de base	Sages-femmes, infirmiers A1, A2, médecin le cas échéant	<ul style="list-style-type: none"> - Counseling centré sur la femme et ses besoins ; - Avortement médicamenteux ou AMIU pour les grossesses \leq 13 SA ; - PEC des complications (hémorragies ou infections) ; - Offre des méthodes contraceptives ; - Référer à l'HGR si nécessaire ; - Suivi des clientes. 	Médicamenteuse et chirurgicale (AMIU).
HGR/CSR	Médecins généralistes, sages-femmes, infirmiers A1 ou L2, gynécologue	<p>Toutes les activités du Centre de Santé, Poste de santé/maternité de base plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avortement médicamenteux ou chirurgical de grossesse $>$ 13 SA - Référer au niveau tertiaire si nécessaire 	Médicamenteuse et chirurgicale (AMIU ou électrique), dilatation et évacuation
Hôpitaux Provinciaux/CU	Médecins spécialistes, professeurs, médecins gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes, infirmiers A1, L2	<p>Toutes les activités du HGR/CSR plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dilatation et évacuation au-delà de 13 SA. - Référence au niveau spécialisé 	Médicamenteuse et chirurgicale (AMIU ou électrique), dilatation et évacuation

III.V. Normes des ressources matérielles

Les équipements, le matériel, les médicaments, les consommables ainsi que les outils requis pour les SCACF par niveau de prestation sont repris dans le tableau ci-dessous :

Niveaux	Équipements	Matériel	Médicaments et consommables	Outils
Centre de Santé/ Poste de Santé/ Maternité de Base	<p>Méthode médicamenteuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Table ou lit d'examen ; - Chaise ; - Source de lumière ; - Thermomètre ; - Horloge murale ; - Gobelet ; - Bidon d'eau ; - Point d'eau. <p>AMIU :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Table gynécologique ; - Chaise ou tabouret ; - Source de lumière : lampe d'examen gynécologique flexible ou de poche ; - Godet à fond transparent ; - Source de chaleur ; - Pétrole ; - Marmite à pression. 	<p>Méthode médicamenteuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sphygmomanomètre (ou tensiomètre) et stéthoscope ; - Thermomètre. <p>AMIU</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au moins deux kits d'avortement contenant chacun : deux paires de ciseaux, deux pinces en cœur, quatre spéculums (grands et petits), 2 hystéromètres, 2 pozzi, 2 bassins réniformes, 2 godets ; godet à fond transparent - Au moins 2 kits pour l'AMIU contenant chacun une seringue d'aspiration et de canule de différents calibres 	<p>Méthode médicamenteuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mifépristone et misoprostol <p>AMIU :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antibiotiques (ampicilline, gentamicine, métronidazole, doxycycline, azithromycine) ; - Anxiolytique (lorazépam...) - Utérotonique (ocytocine, ergométrine, misoprostol) ; - Antispasmodiques : (papavérine, Buscopan) ; - Anti-inflammatoire : indométacine, ibuprofène ; - Analgésique : lidocaïne, péthidine ; - Antianémique : fer folate ; - Prémédication (Atropine, diazépam, hydrocortisone) ; - Contraceptifs (DIU, implants, injectables, pilules) ; <p>Consommables :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gants stériles - Seringues 1 cc, 2 cc, 5 cc, 10 cc et 20 cc + aiguilles, cathéter G22, aiguille spinale G21 - Solution antiseptique ; - Désinfectant à base de chlore, Glutaraldéhyde, Bétadine ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Outils de prestation (outils techniques : fiches techniques des SCACF) ; - Outils de gestion (registre d'avortement, fiche de transfert et fiche de consultation, fiche de stock, Registre d'Utilisation de Médicament et de Recettes (RUMER) ; - Outils de rapportage (cahier de rapport, canevas de rapport) ; - Outils de supervision (Canevas de supervision/cahier de supervision) ; - Carnet de référencement ; - Formulaire de consentement, - Dossier individuel de la cliente/patiente.

Niveaux	Équipements	Matériel	Médicaments et consommables	Outils
			<ul style="list-style-type: none"> - Compresse ; - Désinfectant ou savon. 	
CSR / HGR / Polyclinique / Centre hospitalier / Maternité régionale	Tous les équipements du CS plus : <ul style="list-style-type: none"> - Lampe scialytique - Kit d'AMIU - Appareil échographique - Autoclave et poupinelle - Boîte de bougie. 	Tous les matériels du CS plus : <ul style="list-style-type: none"> - Le matériel de gynéco-obstétrique de l'HGR répondant aux normes ; - Sondes vésicales ; - Canule de Guedel, de Mayo ; - Sonde d'aspiration ; - Marteau percuteur ; - Au moins 10 de tailles différentes ; - Pince de Pozzi ; - Forceps ; - Au moins 2 kits d'AMIU contenant chacune une seringue d'aspiration et de canule de différent calibre. 	Médicaments, intrants et consommables d'un service de gynéco-obstétrique conformément à la liste nationale des médicaments essentiels avec spécifiquement : <ul style="list-style-type: none"> - Mifépristone et misoprostol dilateur osmotique ; - Utérotonique ; - (Ocytocine, ergométrine) ; - Soluté de perfusion : sérum physiologique 0,9 %, Ringer lactate 5 %, 10 %, 50 % - Antibiotiques injectables (ampicilline, gentamicine, amoxicilline, métronidazole, céphalosporine de 3e génération) ; - Antispasmodique (diazépam, Buscopan) ; - Xylocaïne ; - Gants stériles ; - Seringues 1 cc, 2 cc, 5 cc, 10 cc et 20 cc + aiguilles ; - Poches de transfusion ; - Solution antiseptique ; - Désinfectant à base de chlore ; - Compresse ; - Linges stériles ; - Désinfectant ; 	Tous les outils du CS plus : <ul style="list-style-type: none"> - Registre salle d'opération ; - Registre de la banque de sang ; - Dossier individuel de la cliente/patiente.

Niveaux	Équipements	Matériel	Médicaments et consommables	Outils
			<ul style="list-style-type: none"> - Contraceptifs (DIU, implants, injectables, pilules) ; - Ligature tubaire ; - Vasectomie. 	
Hôpitaux Provinciaux / CU	Tous les équipements du HGR : <ul style="list-style-type: none"> - Dilatateur / Luminaire - Autres appareils spécialisés 	Tout le matériel de gynéco-obstétrique cité ci-dessus avec spécifiquement : <ul style="list-style-type: none"> - Bonbonne d'oxygène ; - Au moins 4 boîtes de laparotomie ; - Au moins 2 boîtes d'hystérectomie ; - Au moins 4 boîtes de pansement. 	Tous les médicaments et consommables de l'HGR	Tous les outils du CS plus : <ul style="list-style-type: none"> - Registre salle d'opération ; - Registre de la banque de sang ; - Dossier individuel de la cliente/ patiente.

4.5. NORMES D'INFRASTRUCTURES

L'intégration des soins complets d'avortement dans les formations sanitaires exige le respect des normes d'organisation et de fonctionnement des zones de santé en matière d'infrastructure.

SECTION V : DIRECTIVES

5.1. DIRECTIVES GÉNÉRALES DES SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT CENTRÉS SUR LA FEMME

Cette section décrit les directives générales de soins adaptés à la cliente désirant des soins complets d'avortement aux différents âges gestationnel de la grossesse en semaines d'aménorrhée selon les indications légales prescrites dans le Protocole de Maputo. Elles comprennent :

- Sécuriser un espace propice à l'offre des services confidentiel et privé ;
- Fournir des conseils bienveillant (counseling) et obtenir le consentement éclairé de la cliente ;
- Effectuer la procédure d'évacuation utérine selon les indications médicales et le choix de la femme ;
- Offrir une méthode contraceptive selon le choix de la cliente dès la première visite comme c'est possible avec la plupart des méthodes modernes ;
- Assurer le suivi de la cliente (si nécessaire) et prendre en charge les complications et/ou référer.

5.1.1. Caractéristiques des SCACF de qualité.

Pour assurer les soins d'avortement de qualité, les conditions suivantes doivent être respectées :

- Les services sont disponibles, privés, confidentiels et respectent les droits de la cliente ;
- Le personnel fait preuve d'empathie, ne porte pas de jugement et possède de bonnes compétences en communication interpersonnelle ;
- Fourniture des services d'évacuation utérine par méthodes chirurgicale ou médicamenteuses selon le choix de la cliente et les indications médicales ;
- Les protocoles de prévention et contrôle des infections (PCI) sont appliqués ;
- La prise en charge immédiate des complications est assurée ;
- La gestion de la douleur est assurée pendant et après la procédure d'évacuation utérine ;
- Les intrants et le matériel de base sont disponibles ;
- Le counseling en PF après avortement est réalisé pour toutes les clientes ;
- L'offre de méthodes contraceptives est garantie pour toute cliente optant volontairement à utiliser une méthode de son choix, tenant aussi compte des indications médicales ;
- Des services connexes sont offerts aux clientes qui ont besoin de services supplémentaires, par exemple la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, les conseils psychosociaux aux clientes victimes de violence basée sur le genre, le dépistage du cancer, etc. ;
- Le système de référence et de contre-référence est fonctionnel ;
- Le partenariat entre le personnel soignant et la communauté est effectif ;

5.1.2. Recommandation des méthodes d'évacuation utérine en fonction du niveau de la formation sanitaire et de l'âge gestationnel

Un avortement sécurisé ou un soin après avortement, qu'il soit pratiqué par des méthodes médicamenteuses ou chirurgicales, est l'une des procédures les plus sûres et efficaces. Les normes et directives suivantes concourent encore à sa sécurité. Toutes les FOSA autorisées doivent offrir des soins complets d'avortement en utilisant l'une des méthodes recommandées en fonction de l'âge gestationnel.

Les méthodes abortives les mieux adaptées diffèrent selon l'âge de la grossesse pour l'interruption de la grossesse et la taille de l'utérus pour les soins après avortement. La femme doit avoir un choix de la méthode d'évacuation utérine si possible. La plupart des prestataires de soins qualifiés dans plusieurs niveaux sont capables de pratiquer un avortement par aspiration jusqu'à 13 SA.

Tableau. Offre des méthodes d'avortement sécurisé autorisées par âge gestationnel et par niveau sanitaire en RDC :

Âge gestationnel//Taille de l'utérus	Méthodes d'avortements recommandées	Niveau Sanitaire requis pour la procédure d'EU
≤ 13 semaines d'aménorrhées	<ul style="list-style-type: none"> • Avortement médicamenteux ; • Avortement chirurgical (AMIU). 	<ul style="list-style-type: none"> - Centre de santé/maternité de base/Centre médical - CSR/Polyclinique/Centre hospitalier/HGR - Hôpitaux provinciaux/CU
>13 semaines d'aménorrhées	<ul style="list-style-type: none"> • Avortement médicamenteux ; • Aspiration intra-utérine ; • Dilatation et évacuation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Centre hospitalier/HGR - Hôpitaux provinciaux/CU

N.B. :

- Grossesse ≤ 10 semaines d'aménorrhées : utiliser la méthode médicamenteuse par le CS / Poste de Santé ;
- Le curettage est une méthode chirurgicale d'évacuation utérine obsolète que l'OMS recommande de remplacer par l'aspiration intra-utérine ou les méthodes médicamenteuses.

5.2. DIRECTIVES SE RAPPORTANT AU COUNSELING ET CHOIX ECLAIRE

S'assurer que la femme avec une grossesse non désirée désirant un avortement sécurisé et qui répond aux indications de l'article 14.2 (c) du Protocole de Maputo, possède toutes les informations et conseil nécessaires pour faire un choix éclairé, y compris le choix d'un avortement, les méthodes d'avortement sécurisé disponibles et à quoi s'attendre avant, pendant et après le processus d'avortement.

Le counseling (informations et conseils à fournir à la cliente).

Il s'agit de :

- Préparer l'environnement garantissant la confidentialité visuelle et auditive propice au partage ouvert des idées, des sentiments et des perceptions ;
- Se rendre disponible aux heures convenues pour la consultation SCACF (si nécessaire, déléguer les tâches habituelles), ne pas faire attendre la cliente ;
- Préparer le local, les documents nécessaires et le matériel à tous les niveaux, les produits et les intrants nécessaires ;
- Accueillir la cliente de façon chaleureuse et sans jugement ;
- Assurer la communication bilatérale et s'assurer que la cliente comprend les informations et instructions fournies. Le prestataire doit :
 - Laisser la cliente exprimer ses angoisses, ses sentiments, parler de son état de santé et de sa situation ;
 - Lui demander si elle a des questions ou si quelque chose la préoccupe ;
 - L'aider à obtenir le soutien de sa famille ou de sa communauté si elle le souhaite ;
 - Expliquer à la famille ou à la communauté comment ils peuvent lui être utiles.
- Présenter à la cliente les options envisageables : poursuivre la grossesse ou recourir à un avortement sécurisé ; et comparer les risques entre l'option de poursuivre la grossesse

jusqu'à son terme ou celle de l'interrompre. Les prestataires doivent se concentrer sur les besoins de la cliente et ne doivent pas imposer leurs valeurs ni leurs croyances.

- Fournir les informations suffisantes et exactes sur les méthodes d'avortement disponibles d'une manière générale. Les informations doivent inclure au minimum les points suivants :
 - Méthodes d'avortement disponibles et méthodes de contrôle de la douleur utilisées, leurs avantages et inconvénients ;
 - Ce qui se passera avant, pendant et après l'avortement ;
 - Risques d'échec de chaque méthode, complications rares et les actions à entreprendre dans les deux cas ;
 - Informations sur le retour des menstruations et de la fécondité ainsi que les options de contraception disponibles le jour de l'avortement et lors de la visite de suivi ;
 - Options de suivi et de visite de contrôle ;
 - Les coûts des services.

Les informations (verbales, écrites et/ou visuelles) doivent être claires, objectives, et transmises dans un langage simple et compréhensible par la cliente et dans un environnement propice et favorable.

- Après un counseling bien conduit, la cliente donne son consentement. Si une cliente ne sait pas lire ni écrire, le prestataire devra lire et traduire le formulaire de consentement pour la cliente dans la langue qu'elle comprend, au bas duquel elle apposera sa signature ou son empreinte digitale.

Les prestataires doivent se concentrer sur les besoins de la cliente et ne doivent pas imposer leurs valeurs ni leurs croyances.

Tous les prestataires et personnels de santé des secteurs public et privé sont tenus par une obligation éthique de :

- Fournir les informations complètes et impartiales en fonction de leur formation et de leurs obligations légales ;
- Orienter et donner des informations sur l'endroit où obtenir des services d'avortement s'ils ne sont pas formés ou autorisés de prendre en charge les soins d'avortement sécurisé ;
- Assurer la confidentialité de la cliente, et ne pas divulguer les informations reçues, sauf autorisation écrite de la cliente ou sur réquisition judiciaire ;
- Un prestataire de services invoquant l'objection de conscience est obligé de fournir des informations impartiales à la cliente sur ses droits à accéder au service et doit diriger toute femme vers un prestataire de services qui peut fournir l'avortement ;
- Le droit d'objection de conscience ne saurait être invoqué dans le cas d'une femme qui court un risque sérieux pour sa santé et dont l'état nécessite des soins ou un traitement d'urgence.

5.3. DIRECTIVES SE RAPPORTANT A L'ÉVALUATION CLINIQUE POUR LES SCACF

Il est important de réaliser une évaluation clinique à l'arrivée de la cliente, collecter les informations sur les antécédents, identifier les besoins de la femme, fournir les options de services et assurer un counseling approprié.

5.3.1. Examen général et antécédents :

- Évaluation de l'état général de la cliente ;
- Demander les antécédents et noter les informations suivantes :

- Âge de la cliente ;
- Ses antécédents obstétricaux et gynécologiques, comme les fausses couches ou les avortements, ses antécédents en matière d'utilisation de la contraception, si elle a déjà eu une grossesse extra-utérine ou ectopique, ses règles, fibromes, infections... ;
- Date de début des dernières règles ;
- Signes et symptômes de grossesse ;
- Saignements même légers pendant la grossesse ;
- Présence ou signe d'infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- Allergies connues aux médicaments, y compris les allergies rares à la mifépristone ou le misoprostol (une contre-indication à l'utilisation de l'AM) ;
- Si elle a fait un test de grossesse ou subi une échographie avant sa visite et les résultats de ces tests ;
- Les traitements et médicaments qu'elle aurait pu prendre, notamment du misoprostol ou des remèdes à base de plantes pour provoquer un avortement ;
- Tout problème médical ou chirurgical ;

En cas de besoin, réaliser des examens paracliniques (laboratoire et échographie) ;

- Consigner les informations et les observations recueillies dans le dossier médical de la cliente ;
- Proposition de méthodes d'avortement sécurisé en fonction de l'âge gestationnel.

5.3.2. Exclusion d'une suspicion d'une grossesse extra-utérine :

- Réaliser l'examen clinique complet afin de confirmer la grossesse intra-utérine et déterminer l'âge gestationnel ;
- Envisager une grossesse extra-utérine si une femme présente une aménorrhée, une douleur hypogastrique et des saignements vaginaux (spotting) et/ou
 - Présence d'une masse annexielle palpable ;
 - Un test de grossesse positif avec un âge gestationnel supérieur à six semaines, on n'observe pas de sac gestationnel à l'échographie Trans abdominale.
- Si l'on suspecte une grossesse extra-utérine, faire examiner la femme par le prestataire le plus expérimenté disponible ou la référer vers le niveau de soins supérieur en toute urgence vers un autre service ou centre approprié est obligatoire (si le centre n'a pas la capacité de traitement).

5.3.3. Détermination de l'âge gestationnel

Déterminer l'âge de la grossesse en semaines d'aménorrhée est un facteur essentiel dans le choix de la méthode d'interruption appropriée. Toutefois, une estimation de l'âge gestationnel en semaine est suffisante pour déterminer l'éligibilité pour l'avortement sécurisé < 13 semaines d'aménorrhées.

Le prestataire doit déterminer l'âge gestationnel par un des moyens suivants :

Date des dernières règles (DDR) selon les femmes qui sont capables d'estimer de manière fiable leur âge de grossesse. C'est celle du premier jour du dernier cycle menstruel de la femme. Il est possible que la femme ait besoin d'aide pour se souvenir avec précision de cette date. Lui demander où elle se trouvait, ce qu'elle faisait et ce qui s'est passé dans sa vie peut l'aider à se souvenir du début de ses dernières règles. Pour les femmes dont les cycles sont irréguliers, il sera peut-être nécessaire de déterminer l'âge gestationnel par un examen physique ou une échographie.

Examen abdominal et pelvien : Des prestataires à plusieurs niveaux sont capables d'évaluer l'âge gestationnel en effectuant un examen physique en vue d'estimer la taille utérine de la femme. Il devrait y avoir du personnel qualifié et compétent dans chaque FOSA pour recueillir l'anamnèse

de chaque femme et pratiquer un examen pelvien bimanuel et un examen abdominal afin d'évaluer et de dater la grossesse. Quand il n'y a pas le personnel qualifié ni le matériel nécessaire pour pratiquer l'avortement sécurisé, la femme doit être rapidement dirigée vers le centre compétent le plus proche.

L'examen pelvien comprend un examen au spéculum et un examen bimanuel, tous deux pouvant être pratiqués consécutivement dans n'importe quel ordre. Dans le cadre des soins complets d'avortement, l'examen au spéculum est pratiqué dans le but d'inspecter la vulve, de visualiser l'aspect macroscopique du col utérin et de la muqueuse vaginale ainsi que les sécrétions cervico-vaginales et, si nécessaire, d'effectuer des prélèvements. L'examen bimanuel est pratiqué dans le but d'apprécier le col et de déterminer la taille, la consistance et la position de l'utérus. En cas d'induction de l'avortement par méthode médicamenteuse, l'examen au spéculum n'est souvent pas nécessaire, sauf dans les cas où il y a présence de pertes vaginales ou saignements qui demandent une exploration clinique plus approfondie.

Échographie (si disponible et nécessaire) : L'échographie, réalisée et interprétée par un technicien expérimenté constitue un outil efficace pour estimer l'âge gestationnel et peut permettre de confirmer une grossesse intra-utérine. Toutefois, l'échographie n'est pas indispensable dans les services des soins d'avortement sécurisé si les autres méthodes d'estimation de l'âge gestationnel sont également acceptables et efficaces. Lorsqu'il n'y a pas d'échographie et des difficultés dans l'estimation de l'âge gestationnel, une femme peut être dirigée vers un centre au niveau supérieur pour une échographie et des examens supplémentaires.

5.4. DIRECTIVES SUR LA PRESTATION DES PROCEDURES D'EVACUATION UTERINE

5.4.1. Méthode médicamenteuse d'évacuation utérine

5.4.1.1. Indications de l'avortement médicamenteux

La Mifépristone (anti-progestérone) et le Misoprostol (prostaglandine) sont les molécules les plus efficace et sure pour l'évacuation utérine. L'interruption de grossesse avant et après 13 SA et le traitement de la grossesse arrêtée par méthode médicamenteuse se fait avec la mifépristone en combinaison avec le misoprostol ou le misoprostol seul pour expulser le contenu de l'utérus. Ces médicaments ramollissent le col, stimulent les contractions de l'utérus et entraînent l'expulsion du produit de conception. Le misoprostol seul pour provoquer un avortement est une option envisageable là où la mifépristone n'est pas disponible et s'utilise également pour le traitement des avortements incomplets.

5.4.1.2. Contre-indications et précautions de l'avortement médicamenteux.

Il y a très peu de contre-indications associées à l'avortement médicamenteux.

Contre-indications à la prise de la mifépristone et du misoprostol :

- Grossesse extra-utérine soupçonnée ou masse annexielle non diagnostiquée ;
- Insuffisance surrénale aiguë (mifépristone) ;
- Corticothérapie concomitante à long terme (la mifépristone) ;
- Antécédents d'allergie à la mifépristone ou le misoprostol ;
- Troubles hémorragiques concomitantes, usage des médicaments anticoagulants (mifépristone) ;
- Porphyries héréditaires ou hémopathies génétiques rares (mifépristone).

Précautions :

- Présence d'un dispositif intra-utérin (DIU inséré doit être enlevé avant l'administration du médicament.).

5.4.1.3. Effets attendus, effet secondaires et signes de complication possible de l'avortement médicamenteux.

Les clientes doivent être informées des effets attendus et des possibles effets secondaires de l'avortement médicamenteux. Elles doivent aussi être informées des signes de complications éventuelles mais rare pour lesquelles elles doivent immédiatement se présenter à une FOSA.

5.4.1.3.1. Effets attendus de l'avortement médicamenteux

Les crampes et les saignements arrivent dans les quelques heures qui suivent la prise du misoprostol. Le prestaire peut confirmer la réussite de l'évacuation utérine au cours de la visite de suivi à partir d'une anamnèse sur l'allure des crampes et des saignements.

Les crampes :

- Elles apparaissent dans les heures qui suivent la prise du misoprostol ;
- Elles augmentent en intensité au moment du passage du produit de conception au col utérin et diminuent rapidement après l'expulsion ;
- Elles disparaissent le jour après la dernière dose de misoprostol ;
- Elles sont ressenties de manière différente d'une femme à l'autre mais sont généralement plus intenses que celle ressentie pendant les règles normales ;

- Avec les schémas utilisant la mifépristone et le misoprostol avant neuf semaines, le délai médian entre l'administration du misoprostol et l'expulsion est de 3 à 4 heures. Dans le cas des avortements utilisant le misoprostol seul, le délai moyen avant expulsion est de 7 à 8 heures après la première dose de misoprostol ;
- En cas d'avortement incomplet, elles surviennent plus rapidement qu'en cas d'interruption de grossesse et peuvent être confondues à la douleur abdominale pré existante à la prise du misoprostol.

Les saignements :

- Ils débutent généralement dans les trois heures qui suivent la prise du misoprostol, souvent peu après les crampes ;
- Ils s'accompagnent souvent du passage de caillots, sont généralement plus importants que lors de règles normales, mais peuvent dans certains cas être moins abondants ;
- La phase de saignement abondant ne dure pas plus de deux heures et coïncide avec l'expulsion du produit de conception. Par la suite le saignement devient moins abondant que lors de règles normales et continue à diminuer graduellement avec parfois des intervalles de jours sans saignement vers la fin ;
- La durée moyenne des saignements est de l'ordre de 12 à 14 jours. Environ 20 % des femmes continuent à saigner pendant 35 à 42 jours, ce qui peut coïncider avec les prochaines règles ;
- 4 à 8 heures en moyenne s'écoulent du moment de la prise du misoprostol jusqu'au moment où les crampes et les saignements baissent sensiblement, marquant la réussite du processus d'avortement médicamenteux.

5.4.1.3.2. Gestion des effets secondaires potentiels

La plupart des effets secondaires liés à l'avortement médicamenteux sont liés à la prise et au dosage du misoprostol. Les effets indésirables du misoprostol sont bien connus et faciles à prendre en charge. Ils peuvent être traités à domicile (ex. par la prise des analgésiques, antiémétiques, etc.). Ils sont généralement bénins et disparaissent spontanément en quelques heures.

Les effets secondaires liés au misoprostol sont :

- Les troubles gastro-intestinaux, notamment nausées, vomissements et diarrhée.
- La fièvre et les frissons sont fréquemment observés, mais ces symptômes sont généralement de courte durée et disparaissent avec des antipyrétiques.
- Des maux de tête, une sensation de faiblesse et des étourdissements, allergies sont parfois présents.

La plupart des femmes qui sont confrontées à des effets indésirables prolongés ou graves qui persistent 24 heures après la dernière dose de médicaments, doivent faire l'objet d'une évaluation pour d'éventuelles complications.

5.4.1.3.3. Symptômes d'une complication potentielle

Les effets attendus, indésirables ainsi que les complications évoluent souvent de manière continue, mais une bonne anamnèse peut aider à faire la différence. Les complications sévères après un avortement médicamenteux sont rares (<1%), elles nécessitent une intervention appropriée (notamment pour une hémorragie ou infection).

Pour une prise en charge des complications potentielles à temps, il faut dire aux femmes de contacter le prestataire de soins et de se rendre immédiatement dans une FOSA si elles présentent l'un des symptômes suivants après la prise de la dernière dose de misoprostol :

- **Saignements excessifs (hémorragies)** : la cliente change de garniture, plus de deux serviettes épaisses complètement mouillées par heure pendant plus de deux heures consécutives, en particulier si les saignements s'accompagnent de vertiges ou d'étourdissements prolongés et d'une fatigue croissante vers le choc ;
- **Fièvre atteignant 38 °C (infection)** : élévation de la température survenant à n'importe quel moment après le jour de la prise du misoprostol ;
- **Sensation de malaise important** avec ou sans fièvre et nausées ou vomissements sévères survenant à n'importe quel moment après le jour de la prise du misoprostol ;
- **Pertes vaginales inhabituelles ou malodorantes (infection)** : en particulier si elles s'accompagnent de fortes crampes ou de douleur abdominale quelques jours après la procédure d'AMIU ;
- **Douleur abdominale intense** : douleur survenant à n'importe quel moment après le jour de la prise du misoprostol ou quelques jours après la procédure d'AMIU

5.4.1.4. Protocoles d'avortement médicamenteux

La mifépristone et le misoprostol sont prescrits par un professionnel de santé formé et leur prise peut être faite à domicile selon les instructions de surveillance du prestataire. Au cas où la mifépristone n'est pas disponible, un protocole du misoprostol seul peut être utilisé. Les protocoles recommandés par l'OMS pour l'avortement médicamenteux figurent à l'Annexe V.4.

Le protocole de 200 mg mifépristone associé au 800 µg misoprostol au cours premier trimestre a un taux d'efficacité au-delà de 95% alors que le taux l'efficacité d'un protocole du misoprostol seul (3 doses de 800 µg répétée toutes les 3 heures) est généralement autour 85% mais peut être améliorée avec une dose supplémentaire du misoprostol. En cas d'échec il est possible de répéter le protocole de l'avortement par méthode médicamenteuse (mifépristone et misoprostol ou misoprostol seul) selon le schéma de traitement recommandé, ou passer à une méthode chirurgicale (selon la préférence de la femme).

La réussite d'un avortement médicamenteux (AM) est définie comme un avortement sans recours à une intervention chirurgicale pour quelque raison que ce soit. Donc un bon succès de la méthode médicamenteuse peut dépendre du prestataire. Un prestataire doit savoir comment gérer les cas de rétention, y compris le temps à observer en cas de rétention normale après AM; quand administrer une dose supplémentaire de 800 µg misoprostol et quand proposer une intervention chirurgicale (en cas de signe de danger rare comme infection ou hémorragie ou selon la préférence de la femme).

La mifépristone se prend toujours par voie orale 1 à 2 jour avant le misoprostol dans les régimes combinés. Pris seul ou en combinaison avec la mifépristone, le misoprostol se prend par l'une des trois voies suivantes qui varient en efficacité selon l'âge de la grossesse : sublinguale, buccale ou vaginale. Ci-dessous sont les instructions pour chaque voie.

5.4.1.4.1. Protocole pour interruption des grossesses.

Jusqu'à ≤ 12 semaines de grossesse :

- 200 mg mifépristone par voie orale (J1) à domicile ou FOSA (selon le choix de la femme), suivi de 800 µg de misoprostol par voie buccale, sublinguale ou vaginale 1 à 2 jours après la prise de la mifépristone (à domicile ou à la FOSA selon le choix de la femme)

Si la mifépristone non disponible

- 800 µg Misoprostol seul par voie buccale, sublinguale ou vaginale (à domicile ou à la FOSA)

selon le choix de la femme) répéter toutes les 3 heures jusqu'à expulsion.

Au-delà de 12 semaines de grossesse :

- 200 mg mifépristone par voie orale (prise à domicile ou à la FOSA) suivi de 400 µg de misoprostol par voie buccale, sublinguale ou vaginale 1 à 2 jours après la prise de la mifépristone dans une FOSA, ensuite le même dosage 400 µg de misoprostol répété selon le protocole en vigueur jusqu'à expulsion du fœtus et du placenta. Ou il y a une expulsion de fœtus et pas de placenta une dose de 400 µg misoprostol peut faciliter l'expulsion du placenta en 3 heures.

Si Mifépristone non disponible,

- 400 µg misoprostol par voie buccale, vaginale ou sublinguale toutes les 3 heures jusqu'à l'expulsion du fœtus et du placenta.

Instructions pour la voie d'administration du misoprostol		
Sublinguale	Buccale	Vaginale
<ul style="list-style-type: none"> • Placer 4 comprimés (200 µg x 4) sous la langue. • Après 30 minutes, avaler les éventuels fragments de comprimés restants 	<ul style="list-style-type: none"> • Placer 2 comprimés (200 µg x 2) entre la joue et la gencive de chaque côté (4 au total). • Après 30 minutes, avaler les éventuels fragments de comprimés restants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les comprimés de misoprostol peuvent être insérés par la femme elle-même les mains nues et lavées ou par le prestataire avec des gants propres ; • Insérer l'un après l'autre les comprimés de misoprostol ; • Pousser les comprimés profondément dans le vagin ; • Il est possible que les comprimés ne se dissolvent pas complètement ; • Si les comprimés ressortent après 30 minutes ou davantage, il n'est pas nécessaire de les réinsérer ; • Ne pas utiliser la voie vaginale en présence de saignement.

Précaution : Pour une grossesse de plus de 22 à 24 semaines avec une cicatrice utérine ou celle de 13 à 24 semaines avec plusieurs cicatrices utérines : Envisager une réduction de moitié de la dose de misoprostol (donc 200 µg) avec ou sans allongement de l'intervalle d'administration du misoprostol. La prise en charge doit être faite exclusivement au niveau de l'HGR ou de l'hôpital tertiaire.

5.4.1.4.2. Protocoles pour Soins Après Avortement (SAA)

Taille utérine inférieure à 13 semaines :

- **Avortement incomplet :** Une dose unique de 600 µg du misoprostol par voie orale ou une dose unique de 400 µg de misoprostol par voie sublinguale.
- **Grossesse arrêtée :**
 - Misoprostol 600 µg par voie sublinguale ou, 800 µg par voie vaginale en absence de saignement toutes les 3 heures jusqu'à expulsion (généralement 1 à 3 doses)
 - Si disponible, donner le mifépristone 200 mg par voie orale 1 à 2 jours avant le misoprostol.

Taille utérine supérieur ou égale à 13 semaines :

- Avortement incomplet : Les doses répétées de 400 µg de misoprostol par voie sublinguale, buccale ou vaginale toutes les 3 heures jusqu'à l'expulsion du fœtus et

- du placenta.
- **Mort fœtale intra-utérine :**
 - o 200 mg mifépristone + 400 µg misoprostol par voie sublinguale ou vaginale toutes les 4-6 heures jusqu'à l'expulsion du fœtus et du placenta ;
 - o Si la mifépristone non disponible, utiliser le Misoprostol seul par voie sublinguale (préférable) ou vaginale toutes les 4- 6 heures peut être utilisées selon le protocole en vigueur.

5.4.2. Les méthodes chirurgicales d'évacuation utérine

5.4.2.1. Jusqu'à 13 semaines de grossesse :

5.4.2.1.1. Aspiration intra-utérine (Manuelle ou Electrique)

C'est la méthode de choix pour une évacuation utérine au cours du premier trimestre. L'aspiration intra-utérine est une méthode sûre et efficace, avec un taux de réussite supérieur à 98% et un taux de complications inférieur à 1%. Elle peut être pratiquée pour l'interruption de la grossesse ou pour les soins après avortement.

Avant 12 à 14 semaines de grossesse, on peut envisager une préparation du col mais elle ne doit pas être pratiquée systématiquement. Pour une préparation du col de l'utérus par des moyens physiques ou médicaux (400 µg du misoprostol par voie sublingual 1-3 heures avant la procédure ou par voie vaginale 3 heures avant la procédure), en particulier dans les dernières semaines, pour les femmes nullipares au-delà de 12 semaines de grossesse.

Les instructions sur l'aspiration intra-utérine (AMIU ou Electrique) :

- Prend 3- 10 minutes suivant l'âge de la grossesse ;
- Peut être pratiqué en ambulatoire et en utilisant des analgésiques et/ou une anesthésie locale ;
- S'assurer que l'aspirateur pour AMIU fonctionne correctement ; inspecter les instruments pour garantir une utilisation optimale ;
- La taille de canule utilisée se basant sur l'âge gestationnel et le degré de dilatation du col en cours (en général, le diamètre de la canule correspond à l'âge gestationnel en SA). Dans le cas d'une interruption très précoce, la canule peut être introduite sans dilatation ;
- Administrer une antibiothérapie prophylactique ;
- Il est important d'examiner les tissus aspirés pour se rassurer que l'avortement soit bien complet par la présence de villosités flottantes ;
- Les prestataires doivent respecter en permanence les précautions universelles, y compris le traitement des instruments après une procédure d'avortement (voir Annexe A).

5.4.2.1.2. La Dilatation et Curetage (D&C)

Elle n'est plus recommandée dans le cadre de l'avortement sécurisé ou soins après avortement. La dilatation et curetage doit être utilisée uniquement lorsqu'une aspiration intra-utérine ou des méthodes médicamenteuses ne sont pas disponibles. Tout doit être mis en œuvre pour remplacer le curetage par l'aspiration intra-utérine et l'avortement médicamenteux à tous les niveaux de soins.

5.4.2.2. Au-delà de 13 semaines de grossesse :

La dilatation et évacuation (D&E) est la méthode de choix pour une évacuation utérine au-delà de 13 semaines. L'AMIU peut être utilisé entre 13 et 16 semaines par les prestataires bien formés et expérimentés dans l'utilisation de la méthode au-delà de 12 semaines.

Une préparation du col utérin est nécessaire avant l'intervention pour toutes les femmes qui sont traitées par la méthode de D&E et dont la grossesse correspond à un âge gestationnel de plus de

14 semaines. Pour la préparation du col utérin avant un avortement par dilatation et évacuation (D&E) après 14 semaines de gestation, il est recommandé d'utiliser des dilatateurs osmotiques ou du misoprostol. On peut recourir à une procédure de dilatation et évacuation en cas d'échec d'un avortement médicamenteux. La D & E est une procédure qui nécessite un environnement hospitalier, fournitures appropriées (matériels, commodité, intrants et équipements) et des prestataires formés.

Une préparation du col est recommandée en routine au-delà de 12 semaines de grossesse.

5.4.2.3. Préparation du col recommandées avant une évacuation utérine par méthode chirurgicale

- Misoprostol 400 µg par voie sublinguale 1-3 heures avant la procédure ;
- Misoprostol 400 µg par voie vaginale ou buccale 3 heures avant la procédure ;
- Dilatateurs osmotiques insérés dans le col de l'utérus 6-24 heures avant la procédure ;
- Mifépristone 200 mg par voie orale 1 à 2 jours avant la procédure.

5.4.3. Gestion de la douleur au cours d'une procédure d'évacuation utérine

- Avant 13 semaines, toutes les femmes qui ont recours à l'avortement médicamenteux doivent se voir proposer systématiquement des analgésiques. Conseiller aux clientes la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) comme l'ibuprofène, pour soulager la douleur soit préventivement, soit au moment de l'apparition des crampes. On peut également recourir à des analgésiques narcotiques et à des mesures non pharmacologiques de contrôle de la douleur. Ne pas utiliser de paracétamol, sauf en cas d'allergie ou de contre-indication aux AINS ;
- Les analgésiques narcotiques (selon les protocoles locaux) peuvent être administrés pour les âges gestationnels plus avancés (> 11 semaines) et pour les femmes avec les douleurs importantes ;
- Un bloc paracervicale associé à des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) administrés avant la procédure d'AMIU est un moyen efficace de contrôler la douleur pendant et après la procédure ;
- Le recours systématique à une anesthésie générale pour le contrôle de la douleur n'est pas recommandé lors d'une aspiration intra-utérine. Des analgésiques narcotiques et des anxiolytiques peuvent s'avérer utiles. On peut proposer aux patientes une sédation intraveineuse si cette option est disponible. Des mesures non pharmacologiques de contrôle de la douleur peuvent s'avérer utiles ;
- Lors d'une D&E, un schéma de traitement combiné associant un bloc paracervicale, des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des analgésiques narcotiques, avec ou sans anxiolytiques, est recommandé. Une sédation intraveineuse doit être proposée si cette option est disponible. Les risques plus importants associés à une anesthésie générale doivent être évalués par rapport aux bénéfices.

5.4.4. Soins immédiats après une évacuation utérine réalisée dans une FOSA.

5.4.4.1. Les tâches à remplir après une procédure d'évacuation utérine sont :

- Surveiller le rétablissement de la cliente ;
- Aider la cliente à adopter une position confortable ;
- Évaluer son état émotionnel et réagir avec empathie ;
- La garder en observation jusqu'à ce que :
 - Son pouls et sa tension artérielle soient normaux ;
 - Elle puisse marcher et boire ;
 - Elle n'éprouve plus de douleur ou n'ait plus de saignement excessif ;
 - Elle ait pu uriner.

- Lui fournir des conseils et des renseignements post-intervention.

La période juste après la procédure d'évacuation utérine offre une occasion supplémentaire de fournir des renseignements sur la contraception, le rétablissement, le suivi et d'autres questions de santé sexuelle et de la reproduction.

5.4.4.2. Les femmes devraient recevoir des renseignements détaillés sur ce qui suit avant de quitter la structure de santé :

- Contraception après avortement :
 - La femme peut tomber enceinte dès le 8e jour après l'intervention.
 - Les conseils en matière de contraception et la méthode choisie par la femme doivent être fournis avant son départ de la clinique au J1 (sauf DIU).
- Conseils sur la prise des médicaments et renseignements sur :
 - L'hygiène de routine ;
 - L'activité sexuelle : elle ne devrait reprendre que lorsque les saignements après avortement ont cessé, soit habituellement cinq à sept jours ;
 - Les signes et symptômes exigeant une attention d'urgence
 - Où s'adresser pour obtenir des soins d'urgence ;
- Liste des divers services disponibles, notamment les conseils et date, heure et lieu de la visite de suivi, si nécessaire.

5.5. DIRECTIVES SE RAPPORTANT A L'INFORMATION ET A L'OFFRE DE METHODE CONTRACEPTIVE

En majorité, les clientes qui ont recours aux SCACF auront besoin de services de Planification Familiale après avortement. De nombreuses clientes connaissent des grossesses non désirées et d'après les estimations, au moins 60 % des femmes qui ont recours aux SCACF ne souhaitent pas tomber immédiatement de nouveau enceintes.

La femme devrait avoir le choix entre diverses méthodes, le rôle du prestataire est de l'aider à choisir la méthode la plus appropriée en fonction de son éligibilité. La méthode de planification familiale qui sera la plus appropriée dépendra de ce qui suit :

- La nature et la gravité des complications ;
- Si la grossesse était ou non désirée ;
- Le risque d'infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA ;
- Ses préférences en matière de choix de méthode contraceptive.

Les méthodes devraient être disponibles à l'endroit où les SCACF sont fournis. La contraception peut commencer au moment de l'administration du médicament. De même, toute méthode de contraception peut être immédiatement fournie après un avortement chirurgical.

Le counseling se réalise selon l'acronyme BERCER (Bienvenue- Explorer/Entretien-Renseigner-Choix- Expliquer- Rendez-vous). Il se développe autour des éléments suivants :

- Accueillir la cliente et avoir une interaction client-prestataire efficace
- Gagner la confiance de la cliente.
- Explorer ses connaissances en matière de contraception.
- Donner des informations concernant le retour à un état de fertilité et les avantages liés à l'espacement des grossesses (PEIGS : planification en vue d'un espacement idéal des grossesses pour la santé)
- Aider à comprendre le moment idéal de commencer la contraception.

- Lui offrir le choix des méthodes disponible et aider à choisir la meilleure méthode pour elle et pour ses besoins.
- Expliquer ce qu'elle doit savoir sur la méthode choisie.
- Poursuivre avec ses questions et le processus de prise de décision.
- Offrir la méthode choisie selon les normes.

Méthodes contraceptives et moment d'administration après avortement

Méthode de Contraception	Quand fournir/commencer
Préservatifs – masculins ou féminins	Immédiatement au J1 avec la prise de la mifépristone (au J1) ou le jour de l'évacuation chirurgicale
Pilules contraceptives	
Contraceptifs injectables	
Implants	
Contraception d'urgence	Immédiatement au J1 pour la prise si nécessaire
DIU	En l'absence de complications, peut être posé au moment de la procédure chirurgicale ou après la confirmation d'un avortement complet avec la méthode médicamenteuse. En cas d'infection soupçonnée ou confirmée, retarder jusqu'à ce que l'infection soit traitée (après 3 mois). En cas de saignements et de blessures, retarder jusqu'à la guérison des blessures.
Stérilisation féminine	Peut être réalisée au moment de la procédure chirurgicale, après la confirmation d'un avortement complet, ou après l'avortement médicamenteux, compte tenu des complications. Une référence peut être nécessaire. Prévoir un délai adéquat pour que le couple prenne sa décision concernant une méthode permanente
Vasectomie	Immédiatement Prévoir un délai adéquat pour que le couple prenne sa décision concernant une méthode permanente

5.6. DIRECTIVES se rapportant à l'application des précautions standards de prévention des infections

La prévention des infections est un élément essentiel dans la qualité de la prise en charge des clientes, surtout si la prise en charge est avec une méthode chirurgicale. Elle a pour objectif de protéger les clientes et les professionnels de santé de toutes contaminations des germes.

5.6.1. Précautions standards pour la prévention des infections

- Lavage des mains au savon liquide, en poudre ou en bloc râpé et à l'eau courante conformément aux normes avant et après tout contact avec une patiente ;
- Considérer tout sang ou fluide corporel de toute patiente comme potentiellement infectieux ;
- Utiliser des équipements de protection personnelle (gants, blouses, masque facial, chaussures) en cas de risque de contact avec du sang ou d'autres fluides corporels ;

- Manipulation et élimination adéquates des instruments et objets pointus ou tranchants (collecte, triage, traitement et élimination) ;
- Utiliser une technique sans contact : l'extrémité de la canule ou de tout autre instrument pénétrant dans l'utérus ne doit jamais entrer en contact avec des surfaces non stériles (y compris les parois vaginales) avant son insertion ;
- Application des mesures d'hygiène hospitalière (propreté des lieux, balayage, usage correcte des poubelles) ;
- Gestion des déchets biomédicaux et autres ;
- Utilisation des désinfectants pour le traitement des instruments, les boîtes ainsi que surfaces et des antiseptiques pour la peau et les muqueuses.

5.6.2. Traitement du kit d'AMIU et instruments

- Pré-trempeage des instruments à l'aide d'eau ou d'un désinfectant comme une solution chlorée 0,5% pour maintenir les instruments humides jusqu'à leur nettoyage ;
- Nettoyage des instruments et du kit d'AMIU avec une brosse et du savon, démontage du kit d'AMIU, rinçage et séchage ;
- Options de traitement pour le kit d'AMIU et instruments :
 - Stérilisation des matériels et des champs soit à la vapeur à l'aide de l'autoclave pendant 20 minutes (121 degrés Celsius) ;
 - Désinfection à haut niveau si matériels de stérilisation non disponible :
 - Faire bouillir pendant 20 minutes ;
 - Faire tremper les instruments par immersion complète dans une solution de chlore à 0,5% pendant 20 minutes.
- Les instruments métalliques peuvent être stérilisés à la chaleur sèche (Poupinel) ;
- Entreposage des instruments dans un récipient propre et sec. Séparer les seringues montées des canules pour l'entreposage. Les instruments traités par trempage doivent de préférence être retraités quotidiennement.

5.6.3. Utilisation des antibiotiques

L'utilisation systématique d'antibiotiques n'est pas nécessaire lors d'un avortement médicamenteux, sauf si la cliente présente des signes d'infection. Toutefois, elle est de mise avant une aspiration intra-utérine ou une procédure de dilatation et évacuation. Si l'on ne dispose pas d'antibiotiques, on doit malgré tout proposer une procédure d'évacuation utérine dans le respect strict des mesures d'asepsie. L'administration d'une antibiothérapie curative aux femmes qui présentent des signes ou symptômes d'infections sexuellement transmissibles est obligatoire. Le partenaire de la cliente doit recevoir également un traitement. Le traitement ne doit en aucun cas retarder l'évacuation utérine.

5.7. DIRECTIVE POUR LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS

Les complications peuvent advenir par suite d'un avortement spontané, d'une interruption sécurisée ou non sécurisée d'une grossesse ; ou encore par suite de la prise en charge d'une complication d'un avortement.

Comme toute procédure médicale efficace et sûre, les procédures d'évacuation utérine par méthodes médicamenteuses et chirurgicales ont des taux très faibles de complication. Le prestataire doit être capable de les identifier et initier une prise en charge immédiate soit en traitant sur place ou stabilisant la cliente pour un renvoi vers une structure appropriée pour le traitement de la complication.

Il faut toujours procéder à un bilan initial et à l'examen secondaire pour exclure les signes de gravité et stabiliser la patiente :

- Évaluer les signes de choc : pouls faible, rapide ≥ 110 bats/min, respiration rapide ≥ 30 /min, tension artérielle basse (systole ≤ 80 mmHg, diastole < 60 mmHg), pâleur cutanée muqueuse, sueur profuse, extrémités froides ; trouble de la conscience (anxiété, confusion, perte de connaissance, agitation), vertiges ;
- Évaluer les signes de saignement importants (hémorragie, saignements abondants, rouge vif avec ou sans caillots au niveau de la garniture, vêtements mouillés de sang, traces de sang sur le corps surtout entre les orteils ;
- Évaluer les signes infectieux (facies terreux, température $> 38^\circ$; frissons ; défense abdomino-pelvienne, hépatosplénomégalie, présence d'ictère, pertes vaginales malodorantes) ;
- Évaluer les signes de lésions intra-abdominales (abdomen distendu et douloureux, défense, contracture, signe d'irritation péritonéale, douleur scapulaire).

ATTENTION : La présence d'un ou de plusieurs de ces signes suscités nécessite une prise en charge immédiate pour stabiliser l'état de la femme.

5.7.1. Types de complication et prise en charge.

Les complications détectées doivent être prises en charge selon les protocoles nationaux spécifiques à la complication. Tous les centres doivent être à même de stabiliser et de traiter ou référer le plus rapidement possible les patientes confrontées à des complications consécutives à un avortement.

Les complications les plus courantes sont :

L'hémorragie : Un traitement immédiat en cas de perte excessive de sang est essentiel. La cause de l'hémorragie doit être identifiée et traitée en conséquence. Une hémorragie peut être due à une rétention des produits de la conception, à un traumatisme, à une lésion du col de l'utérus ou à une perforation utérine. Il convient d'administrer des utéro-toniques si les saignements excessifs sont dus à une atonie. Si les ressources ou le personnel qualifié ne sont pas disponibles, une femme en état de choc doit être référée au niveau supérieur après stabilisation.

L'infection (ou avortement septique) : Toutes les clientes qui présentent des symptômes d'infection doivent être évaluées pour rechercher un choc septique et les causes de l'infection en vue d'un traitement approprié. En cas de suspicion d'infection généralisée, le traitement aux antibiotiques à large spectre est immédiat. L'évaluation d'une infection doit inclure l'exclusion d'une rétention du produit de la conception et d'une perforation de l'utérus et/ou de lésions des organes abdominaux. Une femme en choc septique doit être référée immédiatement à un établissement hospitalier de deuxième niveau ou de niveau supérieur après stabilisation.

5.7.2. Tableau. Plateau technique requis pour la prise en charge des complications des avortements.

Complication	Symptômes et signes	Conduite à tenir	Plateau technique requis pour le traitement
Une poursuite de la grossesse après tentative d'un avortement sécurisé par méthode médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> ○ Persistance des symptômes de grossesse ; ○ Saignements vaginaux moins importants qu'attendus ; ○ Augmentation de la taille de l'utérus après l'évacuation utérine ; ○ Douleur pelvienne ou abdominale basse. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Offrir l'option de reprendre le protocole médicamenteux ou passer à une aspiration utérine ; ○ Au cas où une cliente décide de ne plus continuer avec l'évacuation utérine, il faut l'informer du risque de malformation due au misoprostol. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Age gestationnel ≤13 SA : <ul style="list-style-type: none"> - Centre de santé/maternité de base/Centre médical - CSR/Polyclinique/Centre hospitalier/HGR - Hôpitaux provinciaux/CU ○ Age gestationnel > 13 SA : <ul style="list-style-type: none"> - Centre hospitalier/HGR - Hôpitaux provinciaux/CU
Un avortement incomplet	<ul style="list-style-type: none"> ○ Saignements vaginaux importants ; ○ Parfois douleur abdominale intense ; ○ Présence des PC dans le canal cervical ; ○ Col ouvert. 	<p>Trois options :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prise en charge attentiste ou dose additionnelle de misoprostol ; ○ Aspiration utérine en cas d'infection ou de saignement abondant. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Taille de l'utérus ≤12 SA : <ul style="list-style-type: none"> - Centre de santé/maternité de base/Centre médical - CSR/Polyclinique/Centre hospitalier/HGR - Hôpitaux provinciaux/CU ○ Taille de l'utérus > 12 SA : <ul style="list-style-type: none"> - Centre hospitalier/HGR - Hôpitaux provinciaux/CU
Une hémorragie	<ul style="list-style-type: none"> ○ Jaillissement de sang en abondance ○ Saignements comparables à des menstruations abondantes qui persistent durant plusieurs semaines et engendrent une anémie importante et une hypovolémie ○ Pâleur s'accompagnant de faiblesse, 	<p>Traitement d'urgence et évaluation rapide de la cliente pour identifier la cause de l'hémorragie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Corriger urgemment le choc ou le risque de choc. ○ Aspiration utérine en cas 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Stabilisation de la cliente commence dans la structure recevant la cliente quel que soit le plateau technique. ○ Aspiration utérine : <ul style="list-style-type: none"> - Utérus ≤ 12 SA : Centre de santé/maternité de base/Centre médical, CSR / Polyclinique / Centre

	<p>d'agitation ou de désorientation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Chute de la tension artérielle ou étourdissements lorsque la patiente se met debout ○ Accélération de la pulsation cardiaque, en particulier si elle est associée à de l'hypotension 	<p>de rétention du PC.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Traiter autre cause possible d'hémorragie tel qu'une coagulopathie, grossesse ectopique méconnue à la première visite. 	<p>hospitalier/HGR, Hôpitaux provinciaux/CU</p> <p>- Utérus > 12 SA : Centre hospitalier/HGR, Hôpitaux provinciaux/CU</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Autres causes d'hémorragie : <ul style="list-style-type: none"> - Centre hospitalier/HGR - Hôpitaux provinciaux/CU
Une infection	<ul style="list-style-type: none"> ○ Douleur pelvienne inférieure ou abdominale ; ○ Saignement ; ○ Fièvre et frissons ; ○ Sensibilité utérine ou douleur au niveau du bas-ventre à la palpation ○ Douleur lors de la mobilisation du col ; ○ Malaise important. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Traiter l'infection selon les protocoles nationaux ; ○ Faire une aspiration utérine. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Stabilisation de la cliente commence dans la structure recevant la cliente quel que soit le plateau technique. ○ Traitement de l'infection locale avec douleur légère et sans signe systémique : <ul style="list-style-type: none"> - Centre de santé/maternité de base/Centre médical - CSR/Polyclinique/Centre hospitalier/HGR - Hôpitaux provinciaux/CU ○ Traitement de l'infection avec signes systémiques (fièvre, frisson, choc) ou douleur sévère : <ul style="list-style-type: none"> - Centre hospitalier/HGR - Hôpitaux provinciaux/CU
Lésion anatomique au niveau de l'appareil génital allant de simple lacération cervicale à une perforation utérine, avec ou sans lésions	<ul style="list-style-type: none"> ○ Douleur pelvienne et ou abdominale ; ○ Possible signes et symptômes d'infection ou d'hémorragie ; ○ Signes de fistule urogénitale or recto vaginale ; 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prise charge selon le protocole national de petite ou grande chirurgie, ou des urgences 	<ul style="list-style-type: none"> - Centre hospitalier/HGR - Hôpitaux provinciaux/CU

des organes avoisinant.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Protrusion des organe abdominaux dans les voies génitales. 	obstétricales/gy nécologique selon le type de lésion.	
Rupture utérine suite à un avortement médicamenteux du second trimestre	<ul style="list-style-type: none"> ○ Exacerbation des crampes qui peuvent être suivies d'une accalmie si le PC passe dans la cavité abdominale. ; ○ Signe et symptômes d'hémorragie. Parfois le saignement peut être occulté. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Stabilisation hémodynamique et laparotomie en urgence. 	<ul style="list-style-type: none"> - Centre hospitalier/HGR - Hôpitaux provinciaux/CU

5.8. DIRECTIVES SE RAPPORTANT AU SUIVI POST-ABORTUM

Le suivi des clientes ayant reçu les soins complets d'avortement centrés sur la femme est nécessaire et fait partie des soins post-intervention (procédure d'aspiration intra-utérine et méthode médicamenteuse). Le moment et la périodicité varient en fonction des besoins de la cliente.

Une visite de contrôle n'est pas nécessaire après une aspiration intra-utérine sans complication ou un avortement médicamenteux avec la mifépristone et le misoprostol. Il est toutefois conseillé d'offrir aux femmes qui le souhaitent une visite de contrôle 7 à 14 jours après l'intervention. Ceci peut être une occasion pour donner des conseils complémentaires, d'offrir une méthode de contraception qu'on n'a pas pu donner à la première visite, et traiter toutes leurs préoccupations médicales éventuelles. En cas d'avortement médicamenteux, la femme n'a pas besoin de retourner à la structure pour la prise des médicaments.

Une visite de suivi systématique n'est généralement pas nécessaire après l'administration du misoprostol seul lors d'avortement incomplet.

Une visite de suivi est obligatoire dans le 7 à 14 jours après un avortement médicamenteux au misoprostol seul pour confirmer l'évacuation complète de l'utérus vu le taux d'efficacité inférieur au régime avec combinaison.

Les prestataires de soins peuvent procéder à une évaluation clinique pour contribuer à confirmer la réussite de l'avortement. Une échographie ou d'autres tests ne sont nécessaires que lorsque le diagnostic est douteux.

Quoi faire au cours de la visite de suivi planifiée ou la visite d'urgence en cas de signes de danger après un avortement médicamenteux

- Confirmer la réussite de l'avortement :
 - Relever l'historique de la procédure d'avortement : quantité et durée du saignement, crampes, passage de caillots ;
 - Procéder à un examen physique en cas de doute ou signe de danger ;
 - Procéder à une échographie ou autre examen si l'examen physique n'est pas concluant ;
 - Informer la patiente de ce à quoi elle doit s'attendre après la fin ou la poursuite du traitement selon qu'une intervention supplémentaire est requise ou non.
- Fournir une méthode contraceptive si la patiente le souhaite et ne l'a pas encore reçue ;
- Orienter la patiente vers des services compétents pour d'autres services médicaux, gynécologiques ou de conseil le cas échéant ;
- Renvoyer la cliente vers une structure plus équipée en cas de complication qui requière un niveau supérieur de prise en charge.

5.9. DIRECTIVES SUR LA SUPERVISION ET L'EVALUATION DES SERVICES D'AVORTEMENT.

Les établissements sanitaires et les prestataires doivent conserver les données relatives aux services d'avortement sécurisé dans des systèmes d'enregistrement systématique tels qu'un registre ou des dossiers cliniques. Les données du registre doivent être régulièrement transmises au niveau supérieur est disponible durant les visites de supervision.

Les responsables de programmes doivent assurer le suivi des services afin d'évaluer si ces derniers sont dispensés conformément aux normes afin d'adopter des mesures correctrices si nécessaire.

L'évaluation des programmes en rapport avec l'avortement doit fournir des données sur l'impact des SCACF.

Les indicateurs de qualité de soins suivants pourraient être utilisés pour l'évaluation des programmes en rapport avec l'avortement :

- Nombre et catégorie des établissements et prestataires (par niveau) formés à l'offre de services d'avortement sécurisé ;
- Nombre, type et pourcentage de centres effectuant des services d'avortement par zone géographique, zone, région, ensemble du pays. Augmentation du recours à des services d'avortement légaux (accessibilité) ;
- Nombre et pourcentage de prestataires éligibles qui pratiquent des avortements par niveau d'institution et répartition géographique ;
- Proportion de femmes en demande d'avortement < 13 semaines et > 12 semaines d'aménorrhée ;
- Modification des types et des taux de complications consécutives à un avortement (hospitalisations) ;
- Évaluation de la qualité des services et compétence des prestataires (selon les statistiques, les observations et le feedback des clientes) ;
- Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires et des clientes, besoins et idées visant à améliorer les services ;
- Événements indésirables graves, y compris notamment décès consécutifs à des avortements non sécurisés.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Guttmacher Institute, L'avortement en Afrique. Mars 2018.
2. Organisation mondiale de la Santé. Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, deuxième édition (2013).
3. Ipas. (2016). Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (Éditeurs.), Chapel Hill, NC : Ipas Tableaux spéciaux réalisés à partir de données mises à jour tirées de Sedgh G et al., Abortion incidence between 1990 and 2014 : global, regional, and subregional levels and trends, *Lancet*, 2016, 388(10041):258–267.
4. L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences, Agnès Guillaume* et Clémentine Rossier**, * IRD, Centre population et développement (Ceped), France, ** Université de Genève, Suisse ; Institut national d'études démographiques, France, clementine.rossier@ined.fr
5. Ipas. (2016). Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel du formateur (Deuxième édition) K. L. Turner et A. Huber (Éditeurs), Chapel Hill, NC : Ipas.
6. Ipas. (2018). Clinical Updates in Reproductive Health. L. Castleman & N. Kapp (Eds.). Chapel Hill, NC : Ipas.
7. Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement, Organisation mondiale de la Santé ; 2016. ISBN 978 924 254926 3
8. Organisation mondiale de la Santé. (2014b). Clinical practice handbook for safe abortion. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.
9. NGWENA Charles, "Access to safe abortion as a human right in the African region : lessons from emerging jurisprudence of UN treaty monitoring bodies", *South African Journal on Human Rights*, 2, 29, 2013, pp. 399- 428. DOI : 10.1080/19962126.2013.11865080

Lois référencées :

1. Constitution de la République Démocratique du Congo
2. Loi N°06/015 du 12 Juin 2006 autorisant l'adhésion de la République Démocratique du Congo au Protocole à la charte Africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique
3. Décret du 30 janvier 1940, instituant le Code pénal congolais (Code pénal congolais II)
4. Protocole à la charte Africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique
5. Observations Générales N ° 2 sur l'Article 14.1 (a), (b), (c) et (f) et Article 14. 2 (a) et (c) du Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples

ANNEXES

5.10. ANNEXE A : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE PREALABLE A UNE PROCEDURE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

Je soussignée, _____, âgée de ans, souhaite me soumettre à une procédure d'interruption volontaire de grossesse selon une ou plusieurs des indication(s) suivante(s) :

- a. Viol
- b. Inceste
- c. Grossesse qui met en danger la santé physique ou mentale de la mère
- d. Grossesse qui menace la vie de la mère ou du fœtus

Et je comprends ce qui suit :

- I. J'ai reçu des informations claires et exhaustives sur toutes les options qui s'offrent à moi concernant ma grossesse actuelle.
- II. Comme d'autres interventions, cette procédure médicale comporte des risques et pourrait avoir des effets secondaires et des complications dont j'ai été informée et les détails m'ont été minutieusement expliqués.
- III. En cas de complications survenant au cours de la procédure, j'autorise le professionnel de santé responsable à faire le nécessaire pour préserver ma santé et mon bien-être.
- IV. J'ai librement et de mon plein gré demandé que cette procédure soit pratiquée sans aucune incitation ni contrainte.
- V. Tout ce qui est mentionné ci-dessus m'a été clairement expliqué dans un langage que je comprends et je l'accepte.
- VI. Je certifie sur l'honneur que les informations ici fournies sont véridiques et exactes.

Nom de la cliente (en lettres majuscules)

Signature de la cliente/empreinte digitale

Nom du clinicien

Signature du clinicien

Pour l'adulte accompagnant la mineure :

Nom

Signature

Adresse

N° de tél.

5.11. ANNEXE B : TRAITEMENT DES INSTRUMENTS

(Source OMS Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé Deuxième édition (2013).

Tableau 2.1 Retraitement des instruments médicaux			
Méthode	Agent	Durée	Observations
Stérilisation	Vapeur sous pression (autoclave)	20 minutes à 121 °C et pression de 103,5-140 kPa	Suppose que les zones du matériel ciblées par la décontamination soient accessibles à la vapeur. La durée doit être rallongée de 30 minutes pour les dispositifs sous emballage.
	Glutaraldéhyde à 2 %	5 heures de contact à 20-25 °C avec une formulation alcaline à 2 % activée	Certaines sources ou certains fabricants suggèrent 10 heures pour la stérilisation.
Désinfection de haut niveau (HLD)	Chlore (hypochlorite de sodium)	5 minutes de contact à 20-25 °C avec de l'hypochlorite tamponné (pH = 7-8) à une concentration de chlore disponible de 5000 ppm (une dilution à environ 10 % d'eau de javel pour l'entretien ménager - potentiellement corrosif pour les métaux)	Certaines sources recommandent 20 minutes dans une dilution à 5 % si elle est préparée avec de l'eau du robinet, ou dans une dilution à 1 % si elle est préparée avec de l'eau bouillie.
	Glutaraldéhyde à 2 %	30 minutes de contact à 20-25 °C avec une formulation alcaline à 2 % activée	Certaines sources ou certains fabricants suggèrent 20 heures pour la HLD.
	Ébouillantage	20 minutes « à gros bouillons »	Le récipient doit être couvert ; les dispositifs qui flottent n'ont pas besoin d'être entièrement immergés.

Remarque : l'efficacité de toutes les techniques de stérilisation et de HLD dépend du nettoyage préalablement effectué pour enlever la matière organique ou la matière qui a séché et qui colle au matériel (123, 125, 126).

5.12. ANNEXE C : DETERMINATION DE L'ÂGE DE GROSSESSE PAR EXAMEN BIMANUEL ET ABDOMINAL



5.13. ANNEXE D : PROTOCOLES D'AVORTEMENT MEDICAMENTEUX SELON L'INDICATION ET LE TIMING DE CONTRACEPTION SELON LES NORMES DE L'OMS (2019)

TABEAU 1

Tableau récapitulatif des recommandations sur l'utilisation des médicaments dans le cadre d'un avortement

RECOMMANDATIONS	ASSOCIATION (OPTION RECOMMANDÉE ^a)		MISOPROSTOL SEUL (OPTION ALTERNATIVE)
	MIFÉPRISTONE	» 1 OU 2 JOURS »	MISOPROSTOL
1A. AVORTEMENT INCOMPLET AVANT 13 SEMAINES	Aucune	Utiliser le misoprostol seul	600 µg VO ^b ou 400 µg VSL ^b
1B. AVORTEMENT INCOMPLET À PARTIR DE 13 SEMAINES	Aucune	Utiliser le misoprostol seul	400 µg VB, VV ou VSL toutes les 3 heures ^b
2. MORT DU FŒTUS <i>IN UTERO</i> À PARTIR DE 14 SEMAINES ET JUSQU'À 28 SEMAINES INCLUSES	200 mg VO, une seule prise	400 µg VV ou VSL toutes les 4 à 6 heures ^b	400 µg VSL (privilégiée) ou VV toutes les 4 à 6 heures ^b
3A. AVORTEMENT PROVOQUÉ AVANT 12 SEMAINES	200 mg VO, une seule prise	800 µg VB, VV ou VSL ^b	800 µg VB, VV ou VSL ^b
3B. AVORTEMENT PROVOQUÉ À PARTIR DE 12 SEMAINES	200 mg VO, une seule prise	400 µg VB, VV ou VSL toutes les 3 heures ^b	400 µg VB, VV ou VSL toutes les 3 heures ^b
MOMENT DE LA MISE EN ROUTE D'UNE CONTRACEPTION APRÈS UN AVORTEMENT			
MISE EN ROUTE IMMÉDIATE			
4A. CONTRACEPTION HORMONALE	Immédiatement après la prise de la première pilule du schéma d'avortement médicamenteux		
4B. DIU	Une fois que l'évaluation a montré la réussite de l'avortement		

VB : voie buccale ; VO : voie orale ; VV : voie vaginale ; VSL : voie sublinguale

^a Il est recommandé d'utiliser le schéma basé sur une association, car il s'agit du schéma le plus efficace.

^b En cas de besoin, des doses répétées de misoprostol peuvent être administrées pour assurer la réussite de l'avortement. Dans ces lignes directrices, le nombre maximal de doses de misoprostol pouvant être administrées n'est pas précisé. Si la personne enceinte présente un utérus cicatriciel, le personnel de santé doit faire preuve de prudence et suivre son jugement clinique pour décider du nombre maximal de doses de misoprostol qu'il est possible d'administrer. La rupture utérine est une complication rare de ce traitement ; en cas d'âge gestationnel avancé, la décision doit prendre en compte le jugement clinique et le niveau de préparation du système de santé si une prise en charge en urgence s'avère nécessaire en cas de rupture utérine.

Liste des Experts ayant participé à l'élaboration du document

#	Noms	Institutions	Téléphone	E-mail
1	Dr YUMA RAMAZANI Sylvain	SG	+243810886623	sylvainyuma@hotmail.com
2	Dr EPUMBA Jean Bertin	DSGF	+243824919355	
3	Dr TUMBA BENABIABU Anne Marie	PNSR	+243821004438	tumbaannemarie5@yahoo.fr
4	Dr YUMAINE Billy	PNSR	+243814203050	byumaine@gmail.com
5	Dr LOMBEYA Lisomba	PNSR	+243 810632049	dr.lis.lombeya@gmail.com
6	Dr MBOMA Bibi	PNSR	+243 813402255	bimbo_tshi@yahoo.fr
7	Dr MUKUMPURI Guy	PNSR	+243 817770991	guymukumpuri@yahoo.fr
8	Dr YODI Rachel	PNSR	+243 816386864	yodirachel@gmail.com
9	Dr LUZAYILADIO Blaise	PNSR	+243896888077	drblaiseluzayiladio@gmail.com
10	Dr KIDIKWADI Erasme	PNSR	+243813024191	ekidikwadi@gmail
11	Mr KALOMBO Thomas	PNSR	+243 843044200	thomaskalombo2016@outlook.com
12	Dr MBUYI Alice	PNSR	+243997287430	aliceshabam@gmail.com
13	Mme MASEWU Junette	PNSR	+243898952371	junettemasewu@gmail.com
14	Mme ZIADA Antoinette	PNSR	+243997662155	Ziada.muneme@gmail.com
15	Dr MAVULA Baudoin	DSFGS	+243 812727727	kusungumav@gmail.com
16	Dr MATALA Jonathan	PDSS	+243 814225360	drjomat@pdss.cd
17	Dr MUELA Victor	SCOGO	+243 815088384	muelap@yahoo.fr
18	Prof NGUMA Alois	SCOGO	+243 999937459	alnguma@yahoo.fr
19	Prof KAYEMBE Patrick	Ecole de Santé Publique		
20	Mme LUSINGA Marianne	SCOSAF	+243 898405649	mariannelusinga@gmail.com
21	Dr DJEMO Patrick	IPAS	+243 828459178	djemop@ipas.org
22	Dr MULUNDA Jean-Claude	IPAS	+243 810036068	mulundajc@ipas.org
23	Dr MPOYI Mike	IPAS	+243 814044414	mpoyim@ipas.org
24	Mr WANGACHUMO Robert	IPAS	+243 993852012	wangachumor@ipas.org
25	Dr Aimée NGENDA	IPAS	+243818060840	NgendaA@ipas.org
26	Mme HEFEZ Jeanne	IPAS	-	hefezj@ipas.org
27	Mme DABASH Rasha	Consultante Internationale	-	dabashR@ipas.org
28	Dr LUBOYA Steve	PATHFINDER	+243 891802878	sluboya@pathfinder.org
29	Mme KASONGO Huguette	PATHFINDER	+243 975629638	hkassongo@pathfinder.org
30	Me ZAKI Dora	CAFECO	+243 994096131	zakidora1@gmail.com
31	Dr MBILA Moïse	ABEF-ND	+243 840420864	mosmbila@gmail.com
32	Mr KINGUDI Bienvenu	CSM	+243 999919175	david-kingudi1@gmail.com
33	Mr MAYENGO Aimé	CSM	+243 812773816	aimemayengo@gmail.com
34	Mr EANGA ELENGA	CSM	+243 810632345	roger.eanga@gmail.com

République Démocratique du Congo
MINISTÈRE DE LA SANTÉ



Infographie, Design et Mise en page: Maxime KINGU K.
Imprimé: realizons RDC

