

Rôles des agents de santé dans
la dispensation des
**soins liés à l'avortement
sécurisé et de la contraception
post-avortement**

Rôles des agents de santé dans
la dispensation des
**soins liés à l'avortement
sécurisé et de la contraception
post-avortement**

Remerciements

Ces lignes directrices ont été élaborées par le Département Santé reproductive et recherche de l'Organisation mondiale de la Santé.

Nous remercions les nombreux membres du personnel et consultants du Département qui ont contribué à ces travaux. Nous remercions également le personnel du Centre norvégien de connaissances pour les services de santé à Oslo (Norvège) pour son travail sur la synthèse et l'évaluation des données probantes, ainsi que l'Agence norvégienne de coopération pour le développement pour l'appui qu'elle a fourni au personnel dans ce projet.

Nous sommes profondément reconnaissants aux membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices et aux pairs externes qui se sont chargés de l'examen de ces dernières.

Une liste complète des contributeurs et leurs rôles est fournie en **annexe A : Contributeurs aux lignes directrices**.

Édition, conception et mise en page par Green Ink (greenink.co.uk)

Graphisme de la page de couverture par J. Petitpierre

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement.

Contenu : 3 suppléments Web : Cadres décisionnels fondés sur des preuves 2015 – Annexes 1 à 26 : Base de données probantes sur les bénéfices et les inconvénients – Annexes 27 à 40 : acceptabilité et faisabilité

1. Avortement provoqué. 2. Contraception. 3. Personnel de santé. 4. Directives. I. Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 254926 3

(Classification NLM : WQ 440)

© Organisation mondiale de la Santé 2016

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (<http://www.who.int>) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int. Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en (nom du pays)



Table des matières

Sigles et acronymes	v
Résumé	1
Justification de ces lignes directrices	3
Processus d'élaboration des lignes directrices	4
Présentation des recommandations	4
Besoins de la recherche	11
Update and review	11
 Tâches et agents de santé envisagés dans ces lignes directrices	 12
 Contexte	 15
Pénurie de professionnels de santé	17
Interventions efficaces, sûres et simples existantes pour l'avortement sécurisé et les soins post-avortement	17
Autres lignes directrices mondiales pertinentes	19
Objectifs de ces lignes directrices	19
 Méthode d'élaboration des lignes directrices	 21
Les contributeurs et leurs rôles	23
Définition de la portée et formulation des questions	24
Récupération et synthèse des données probantes	24
Évaluation de la confiance dans les données probantes	26
Des données probantes aux recommandations	26
 Recommandations	 29
Considérations générales	31
Les catégories de recommandations	32
Gestion des soins liés à l'avortement et à l'après-avortement au cours du premier trimestre de grossesse	33
Gestion des soins liés à l'avortement et à l'après-avortement au-delà de 12 semaines de grossesse	45
Prise en charge des complications sans danger pour la vie de la patiente	53
Information sur l'avortement sécurisé et sur la contraception	55
Activités de conseil pré/post-avortement	56
Dispensation de la contraception post-avortement	57

Besoin de la recherche et considérations sur la mise en œuvre 65

Besoins de la recherche	67
Considérations générales sur la mise en œuvre	67

Diffusion, adaptation, suivi et revue des lignes directrices 69

Diffusion et adaptation des lignes directrices	71
Revue et actualisation des lignes directrices	71
Revue et actualisation des lignes directrices	71

Bibliographie 73

Annexe A : Contributeurs aux lignes directrices 77

Documents supplémentaires

Les documents supplémentaires suivants sont disponibles à l'adresse :

www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/en/.

Supplément Web 1 :

Cadres décisionnels fondés sur des données probantes

- Ce supplément présente un résumé des données probantes et des informations qui ont éclairé ces recommandations et le processus de prise de décisions y afférent.

Supplément Web 2 :

Annexes 1 à 26 : Base de données probantes sur les bénéfices et les risques

- Ce supplément présente un résumé des tous les examens systématiques, les stratégies de recherche, les tableaux de résumé des résultats et les tableaux GRADE, ainsi que les questions PICO détaillées.

Supplément Web 3 :

Annexes 27 à 40 : Base de données probantes sur l'acceptabilité et la faisabilité

- Ce supplément présente un résumé des tous les examens qualitatifs systématiques, les stratégies de recherche, les tableaux de résumé des résultats et les évaluations CERQual.

Sigles et acronymes

CERQual	Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
D&E	Dilatation et évacuation
DECIDE	Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practice Based on Evidence
DIU	Dispositif intra-utérin
DOI	Déclaration d'intérêts
Embase	Excerpta Medica database
EVA	Aspiration électrique (Electric vacuum aspiration)
FIGO	Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
LILACS	Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud
MA	Avortement médicamenteux (Medical abortion)
MVA	Aspiration manuelle (Manual vacuum aspiration)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
PICO	Population, intervention, comparateur, résultat (Population, intervention, comparator, outcome)
SMN	Santé maternelle et néonatale
UNFPA	Fond des Nations Unies pour la population

Résumé

Tâches et agents de santé



Résumé

La stratégie de santé publique consistant à impliquer d'autres catégories d'agents de santé que les seuls médecins spécialistes est de plus en plus importante. La délégation et le partage planifiés et réglementés des tâches peuvent permettre d'optimiser de manière rationnelle les personnels de santé disponibles, de pallier le manque de personnel de soins spécialisés des systèmes de santé, d'améliorer l'équité en matière d'accès aux soins de santé et d'augmenter l'acceptabilité des services de santé pour ceux qui en bénéficient.

Justification de ces lignes directrices

Alors qu'il existe des interventions sûres, simples et efficaces fondées sur des données probantes, près de 22 millions d'avortements à risque sont pratiqués chaque année et continuent de contribuer significativement à la charge mondiale de la mortalité et de la morbidité maternelles.

Parmi les nombreux obstacles qui limitent l'accès aux soins liés à l'avortement sécurisé, le manque de personnel formé est l'un des plus critiques. On estime que la pénurie mondiale de professionnels de santé compétents s'élèvera à 12,9 millions d'ici à 2035. Cette pénurie est particulièrement grave dans des régions du monde qui accusent également une charge élevée d'avortements à risque et de mortalité associée. Par ailleurs, la plupart des pays, y compris de nombreux pays à revenu élevé, présentent des disparités infranationales en matière de disponibilité de personnels de santé compétents, les pénuries étant très marquées dans les zones rurales ou dans le secteur public.

Des obstacles politiques et réglementaires, la stigmatisation ou la réticence de certains professionnels de santé à dispenser des soins sont autant de facteurs susceptibles de limiter encore davantage la disponibilité de prestataires de soins liés à l'avortement sécurisé et à l'après-avortement. Certaines sous-populations de femmes – par exemple, les populations rurales, moins éduquées ou pauvres, les adolescentes ou les femmes non mariées – sont exposées à un avortement à risque.

Dans de nombreux contextes, la dispensation de soins liés à l'avortement est réservée aux médecins spécialistes, alors que maintes interventions basées sur des données probantes relatives aux soins liés à l'avortement sécurisé et aux soins post-avortement, en particulier ceux qui interviennent tôt au cours de la grossesse, peuvent être dispensés en ambulatoire au niveau des soins primaires. L'émergence de l'avortement médicamenteux (avortement non chirurgical provoqué par des médicaments) comme une option sûre et efficace s'est traduite par une simplification ultérieure des normes y afférentes et des compétences des agents de santé requises pour réaliser un avortement sécurisé, ce qui a permis d'envisager d'étendre les rôles d'un ensemble bien plus vaste d'agents de santé dans la pratique de l'avortement sécurisé.

Si l'on manque de professionnels de santé compétents dans tous les domaines, la pénurie et les déséquilibres infranationaux les plus importants concernent les médecins. Le rapport 2013 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les personnels de santé dans le monde met en lumière le fait que, dans de nombreux contextes, on ne fait toujours pas suffisamment appel aux praticiens, aux sages-femmes, au personnel infirmier et aux aides-soignants confirmés. L'implication de ces agents de santé permet d'accroître la disponibilité des services aux femmes lorsqu'elles en ont besoin.

La publication de l'OMS intitulée *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, parue en 2012, soulignait le fait que les soins liés à l'avortement pouvaient être dispensés sans risque par des prestataires de soins de santé correctement formés, notamment par des non médecins formés aux procédures cliniques de base liées à la santé reproductive ; néanmoins, cette publication ne formulait aucune recommandation spécifique eu égard aux différentes catégories d'agents de santé ou aux tâches susceptibles d'être déléguées ou partagées. Il n'existe pas d'autres lignes directrices

mondiales qui définissent ces orientations, même si des recommandations concernant la délégation des tâches dans la dispensation des soins liés à la contraception sont proposées dans le document *Optimiser la SMN* publié en 2012. Les présentes lignes directrices ont donc pour but de combler cette lacune avec des recommandations fondées sur des données probantes de sécurité, d'efficacité, de faisabilité et d'acceptabilité de l'implication d'un ensemble élargi d'agents de santé dans la réalisation d'interventions préconisées et efficaces visant à proposer des soins liés à l'avortement sécurisé et à l'après-avortement, y compris la contraception post-avortement.

Ces lignes directrices seront utiles aux responsables de l'élaboration des politiques et de la mise en œuvre des programmes nationaux et infranationaux, aux organisations non gouvernementales et aux associations professionnelles impliquées dans la planification et la gestion de ce type de soins. Même si les politiques et les réglementations relatives aux soins liés à l'avortement sécurisé varient, l'avortement est légal au moins pour sauver la vie de la femme dans presque tous les pays, les deux tiers des pays ont prévu un ou plusieurs cas de figure dans lesquels l'avortement est légal, et la dispensation de soins en cas de complications est quant à elle toujours légale. Ainsi, la possibilité d'améliorer l'accès à l'avortement sécurisé ou aux soins post-avortement, ou aux deux, en étendant les rôles des agents de santé, existe dans la plupart des contextes. L'éventail des options sûres et efficaces recommandées ici peut faciliter la prise de décisions fondées sur des données probantes et l'adaptation à la dynamique des personnels de santé, aux ressources et aux besoins en matière de santé publique qui existent localement.

Processus d'élaboration des lignes directrices

Ces lignes directrices ont été élaborées conformément aux principes énoncés dans le manuel *WHO handbook for guideline development* et sous la supervision du Comité d'examen des lignes directrices de l'OMS. L'équipe centrale à l'OMS (le Groupe d'orientation) a été complétée par une équipe d'experts en synthèse de données issus du Centre norvégien de connaissances à Oslo, et par un groupe pluridisciplinaire d'experts techniques externes qui constituent, ensemble, le Groupe d'élaboration des lignes directrices.

Les tâches et les catégories d'agents de santé ont été définies à partir des connaissances tirées de consultations techniques régionales et de la contribution d'experts. Les questions ont été formulées selon le modèle PICO (population, intervention, comparateur, résultat) et les résultats prioritaires (sécurité, efficacité, satisfaction, acceptabilité et faisabilité) définis. Une recherche systématique a été conduite et les données probantes ont été examinées ; 36 études sur l'efficacité et 204 études qualitatives ont servi à constituer la base de données probantes. Les données provenaient à la fois de pays disposant de ressources abondantes et de pays disposant de ressources limitées. La certitude des données de sécurité, d'efficacité et de satisfaction a été évaluée à l'aide de l'approche GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). La confiance dans les résultats qualitatifs sur l'acceptabilité et la faisabilité a été évaluée au moyen de l'approche CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research).

Les recommandations ont été finalisées en consultation avec le Groupe d'élaboration des lignes directrices et en utilisant des cadres décisionnels explicites fondés sur des preuves qui s'intéressent aux bénéfices, aux inconvénients, à la faisabilité et à l'acceptabilité, ainsi qu'à l'utilisation des ressources du point de vue des femmes, du système de santé et des agents de santé. Les déclarations d'intérêts ont été gérées conformément aux procédures standard ; aucun conflit d'intérêts n'a été identifié.

Des pairs externes, sans lien avec le processus d'élaboration des lignes directrices, ont examiné et évalué de manière critique le projet de lignes directrices avant sa finalisation.

Présentation des recommandation

Les recommandations formulées portent sur les tâches consacrées aux soins liés à l'avortement sécurisé (y compris la contraception post-avortement) et à la prise en charge des complications de l'avortement (parfois également appelée soins post-avortement et dispensés dans le cadre des soins obstétricaux d'urgence).



Seules les interventions cliniques jugées sûres et efficaces selon les orientations techniques actuelles de l'OMS (présentées dans le document *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*) ont été retenues. Les tâches sont présentées dans le Tableau 1.

L'ensemble des catégories de professions de santé envisagées pour assurer les différentes tâches est élargi et comprend les médecins spécialistes (gynécologie-obstétrique), les médecins non spécialistes en gynécologie-obstétrique, les cliniciens associés, les sages-femmes, le personnel infirmier, les aides-soignants et les sages-femmes auxiliaires, les docteurs exerçant une médecine complémentaire (qui constituent une part importante des personnels de santé dans certaines régions), les pharmaciens, le personnel d'officine et les agents de santé non professionnels. Le Tableau 2 présente les différentes catégories de professions et des exemples pour les illustrer.

Chaque combinaison de tâche et d'agent de santé fait l'objet d'une recommandation appartenant à l'une des catégories suivantes :

Catégorie de recommandation	Symbole	Explication
Recommandé		Les bénéfices de la mise en œuvre de cette option l'emportent sur les inconvénients éventuels. Cette option peut être mise en œuvre, y compris à grande échelle.
Recommandé dans certaines circonstances		Les bénéfices de la mise en œuvre de cette option l'emportent sur les inconvénients éventuels dans certaines circonstances. Les circonstances en question sont précisées pour chaque recommandation. Cette option peut être mise en œuvre dans ces circonstances.
Recommandé dans le cadre d'une recherche rigoureuse		Il existe des incertitudes importantes concernant cette option (liées aux bénéfices, aux inconvénients, à l'acceptabilité et à la faisabilité) et une recherche appropriée et bien conçue est nécessaire pour lever ces incertitudes.
Non recommandé		Cette option ne doit pas être mise en œuvre.

Toutes les recommandations supposent que les agents de santé concernés recevront une formation spécifique à chaque tâche au préalable. La mise en œuvre de ces recommandations requiert également des mécanismes fonctionnels de surveillance, de supervision et d'orientation.

Les recommandations s'appliquent à la fois aux pays disposant de ressources abondantes et à ceux disposant de ressources limitées. Elles indiquent les différentes catégories d'agents de santé susceptibles d'effectuer la tâche en question sans risque et efficacement. Ces différentes possibilités, ou options, se veulent inclusives et n'impliquent aucune préférence pour une catégorie donnée de prestataires de soins ni aucune exclusion. Le choix de l'agent de santé qui se verra attribuer une tâche donnée dépend des besoins et des conditions qui existent localement.

Gestion des soins liés à l'avortement et à l'après-avortement au cours du premier trimestre de grossesse

	Agents de santé professionnels	Personnel d'office	Pharmaciens	Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Aides-soignants/sages femmes auxiliaires	Personnel infirmier	Sages-femmes	Cliniciens associés/Cliniciens associés de niveau avancé	Médecins non spécialistes	Médecins spécialistes
Aspiration dans le cas d'un avortement provoqué										
Aspiration en cas d'avortement/ de fausse-couche incomplets non compliqués										
Avortement médicamenteux au cours du premier trimestre de grossesse	Recommandation pour des tâches secondaires (voir ci-dessous)		Recommandation pour des tâches secondaires (voir ci-dessous)							
Prise en charge d'un avortement/ d'une fausse-couche incomplets non compliqués										

* considéré comme entrant dans le champ ordinaire de la pratique ; données probantes non évaluées.

** considéré comme sortant du champ ordinaire de la pratique ; données probantes non évaluées.



Tâches secondaires liées à l'avortement médicamenteux au cours du premier trimestre de grossesse : aucune recommandation globale n'est formulée concernant la pratique indépendante de l'avortement médicamenteux au cours du premier trimestre pour les pharmaciens ou les agents de santé non professionnels, mais des recommandations concernant les tâches secondaires sont formulées comme suit :

Tâches secondaires liées à l'avortement médicamenteux au cours du premier trimestre de grossesse

	Agents de santé non professionnels	Pharmaciens
Évaluation des critères requis pour pouvoir recourir à l'avortement médicamenteux		
Administration de médicaments et gestion de la procédure et des effets secondaires de manière indépendante		
Évaluation de l'issue du processus et de la nécessité d'un suivi ultérieur en milieu médical		

Gestion des soins liés à l'avortement et à l'après-avortement au-delà de 12 semaines de grossesse

	Agents de santé non professionnels	Personnel d'officine	Pharmaciens	Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Aides-soignants/sages femmes auxiliaires	Personnel infirmier	Sages-femmes	Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Médecins non spécialistes	Médecins spécialistes
Dilatation et évacuation										
<i>Préparation du col (dilatateurs osmotiques)</i>										
<i>Préparation du col (médicaments)</i>										
Avortement médicamenteux > 12 semaines de grossesse										

Prise en charge des complications sans danger pour la vie de la patiente

	Agents de santé non professionnels	Personnel d'officine	Pharmaciens	Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Aides-soignants/sages femmes auxiliaires	Personnel infirmier	Sages-femmes	Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Médecins non spécialistes	Médecins spécialistes
Prise en charge initiale de l'infection post-avortement										
Prise en charge initiale de l'hémorragie post-avortement										

* considéré comme entrant dans le champ ordinaire de la pratique ; données probantes non évaluées.

** considéré comme sortant du champ ordinaire de la pratique ; données probantes non évaluées.



Dispensation de la contraception post-avortement

	Agents de santé non professionnels	Personnel d'officine	Pharmaciens	Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Aides-soignants/sages femmes auxiliaires	Personnel infirmier	Sages-femmes	Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Médecins non spécialistes	Médecins spécialistes
Pose/retrait de dispositifs intra-utérins (DIU)					 (pour les sages-femmes auxiliaires) (pour les aides-soignants)					
Pose/retrait d'implants										
Installation/poursuite de l'administration de contraceptifs injectables										
Ligature des trompes										

* considéré comme entrant dans le champ ordinaire de la pratique ; données probantes non évaluées.

** considéré comme sortant du champ ordinaire de la pratique ; données probantes non évaluées.

Activités de conseil pré/post-avortement

	Agents de santé non professionnels	Personnel d'officine	Pharmaciens	Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Aides-soignants/sages femmes auxiliaires	Personnel infirmier	Sages-femmes	Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Médecins non spécialistes	Médecins spécialistes
Activités de conseil pré/post-										

Information sur l'avortement sécurisé

	Agents de santé non professionnels	Personnel d'officine	Pharmaciens	Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Aides-soignants/sages femmes auxiliaires	Personnel infirmier	Sages-femmes	Cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Médecins non spécialistes	Médecins spécialistes
Information sur les prestataires sûrs/la législation										

* * considéré comme entrant dans le champ ordinaire de la pratique ; données probantes non évaluées.



Les femmes elles-mêmes ont un rôle à jouer dans la prise en charge de leur santé ; cela constitue une autre composante importante du partage des tâches au sein des systèmes de santé. Les recommandations suivantes concernent ainsi l'autoévaluation et l'autogestion dans des contextes où la femme a accès à l'information pertinente et aux services de santé, si elle en a besoin ou si elle souhaite en bénéficier à n'importe quel stade du processus.

Rôle de l'autogestion

	Soi-même
Avortement médicamenteux au cours du premier trimestre de grossesse	Pas de recommandation sur la tâche globale, mais des recommandations sur des composantes précises sont présentées ci-dessous
Autoévaluation des critères requis pour pouvoir recourir à l'avortement médicamenteux	
Gestion de la mifépristone et du misoprostol sans supervision directe par un prestataire de soins de santé	
Autoévaluation de l'issue du processus (avortement complet)	
Auto-administration de contraceptif injectable	

Besoins de la recherche

La sécurité, l'efficacité et la faisabilité du partage des tâches entre les agents de santé en dehors des établissements de santé (c'est-à-dire dans les communautés) ou dans les pharmacies constituent des domaines de recherche importants pour l'avenir. La recherche sur la mise en œuvre est également essentielle afin d'identifier des stratégies efficaces pour mettre en œuvre la délégation des tâches à grande échelle dans le cadre des programmes nationaux et infranationaux.

Actualisation et revue

Les recommandations contenues dans ces lignes directrices seront revues et actualisées en 2018.

Tâches et agents de santé envisagés dans ces lignes directrices

Seules les tâches qui ont été préconisées comme étant sûres et efficaces selon le document *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (3) ont été retenues.

Les tâches principales ont été subdivisées en tâches secondaires dès lors qu'il est cliniquement possible pour différents agents de santé de réaliser ces activités séparément et de manière indépendante, éventuellement dans des lieux ou à des moments différents.

Les approches d'autogestion et l'autoévaluation sont présentées pour certaines tâches, car les femmes ont un rôle important à jouer dans la gestion de leurs propres soins. Ces approches peuvent être stimulantes pour les femmes et elles sont également une manière d'optimiser les ressources en personnels de santé et le partage des tâches.

Tableau 1. Tâches et tâches secondaires envisagées dans ces lignes directrices

Tâches envisagées dans ces lignes directrices
Gestion des soins liés à l'avortement et à l'après-avortement au cours du premier trimestre de grossesse • Aspiration pour l'avortement provoqué • Aspiration pour la prise en charge d'un avortement incomplet • Avortement médicamenteux avec mifépristone + misoprostol ou misoprostol seul, comprenant les tâches secondaires suivantes : – évaluation des critères requis pour pouvoir y recourir – administration de médicaments et gestion du processus – évaluation de l'issue du processus (avortement complet) • Prise en charge médicamenteuse d'un avortement incomplet avec du misoprostol • Autogestion des composantes d'un avortement médicamenteux
Gestion des soins liés à l'avortement et à l'après-avortement au-delà de 12 semaines de grossesse • Dilatation et évacuation en cas d'avortement provoqué, comprenant les tâches secondaires suivantes : – préparation du col avec des dilateurs osmotiques – préparation du col avec des médicaments • Avortement médicamenteux avec mifépristone + misoprostol ou misoprostol seul
Identification et prise en charge des complications sans danger pour la vie de la patiente • Prise en charge initiale de l'infection post-avortement sans danger pour la vie de la patiente • Prise en charge initiale de l'hémorragie post-avortement sans danger pour la vie de la patiente
Activités de conseil et d'information • Information générale sur les prestataires sûrs, la législation, les options de contraception • Activités de conseil pré/post-avortement
Dispensation de contraception post-avortement • Pose et retrait de DIU • Pose et retrait d'implants • Instauration/poursuite de l'administration de contraceptifs injectables • Ligature des trompes (stérilisation féminine)



Les catégories d'agents de santé envisagées dans ces lignes directrices sont décrites dans le Tableau 2. Les descriptions sont tirées de différentes sources parmi lesquelles les définitions utilisées dans les recommandations relatives à la délégation des tâches, *Optimiser la SMN* (6), et d'autres publications de l'OMS (7-12).

Les descriptions ont été adaptées de manière à être suffisamment génériques pour pouvoir s'appliquer aux différents contextes. Elles sont fournies à titre indicatif et illustratif ; elles ne sont pas destinées à remplacer les définitions officielles des ordres professionnels ou celles en vigueur dans certains pays, et ne sont pas des définitions officielles de l'OMS.

Tableau 2. Description des catégories d'agents de santé

Catégorie générale	Description illustrative des catégories associées aux tâches envisagées dans ces lignes directrices	Exemples
Médecin spécialiste	Dans ces lignes directrices, la spécialisation fait référence à une formation clinique de second cycle et une spécialisation en gynécologie-obstétrique.	Gynécologue, obstétricien
Médecin non spécialiste	Dans ces lignes directrices, cette catégorie fait référence à un médecin détenant un diplôme universitaire de formation médicale de base avec ou sans formation ultérieure en médecine générale ou en médecine familiale, mais sans spécialisation en gynécologie obstétrique.	Médecin de famille, omnipraticien, médecin
Clinicien associé/ associé de niveau avancé	Dans ces lignes directrices, cette catégorie fait référence à un clinicien professionnel ayant des compétences de base pour diagnostiquer et prendre en charge des affections médicales et chirurgicales courantes et pour réaliser certains actes chirurgicaux. La formation peut varier d'un pays à l'autre, mais elle nécessite généralement 3 à 4 ans d'études postsecondaires dans un établissement d'enseignement supérieur reconnu. La pratique du clinicien fait l'objet d'une autorisation et est réglementée par une autorité nationale ou infranationale.	Adjoint au médecin, clinicien, praticien médical certifié, responsable sanitaire, auxiliaire médical, technicien en chirurgie, clinicien non médecin, infirmier praticien
Sage-femme	Dans ces lignes directrices, cette catégorie fait référence à une personne qui a été autorisée par une sage-femme d'État ou par une autorité similaire, et qui a été formée aux compétences essentielles de la pratique de la profession de sage-femme. La formation dure généralement au moins 3 ans en école d'infirmière ou de sage femme et aboutit à un diplôme universitaire ou équivalent. Une sage femme autorisée possède l'ensemble des compétences de la profession de sage-femme.	Sage-femme autorisée, sage femme, sage-femme communautaire, sage-femme infirmière
Personnel infirmier	Dans ces lignes directrices, cette catégorie fait référence à une personne qui a été légalement autorisée à exercer à l'issue d'un examen conduit par un comité national d'examineurs infirmiers ou autre autorité similaire. La formation dure au moins 3 ans en école d'infirmière et aboutit à un diplôme universitaire ou d'études supérieures ou équivalent.	Infirmier diplômé d'État, infirmier clinicien, infirmier agréé, infirmier autorisé
Sage-femme auxiliaire et aide-soignant	Dans ces lignes directrices, un aide-soignant est une personne formée aux compétences infirmières de base, mais pas à la prise de décisions dans ce domaine. Une sage-femme auxiliaire possède des compétences infirmières de base et certaines compétences de sage femme, mais elle n'est pas pleinement qualifiée en tant que sage femme. Le niveau de formation peut varier de quelques mois à 2 3 ans, comprenant éventuellement une période de formation sur le terrain qui peut prendre la forme d'un contrat d'apprentissage.	Sage-femme auxiliaire, aide soignant

Tableau 2 (suite)

Catégorie générale	Description illustrative des catégories associées aux tâches envisagées dans ces lignes directrices	Exemples
Docteur exerçant une médecine complémentaire	Dans ces lignes directrices, cette catégorie fait référence à un professionnel pratiquant une médecine traditionnelle ou complémentaire (médecine non-allopathique) dont la formation prévoit 4 ou 5 ans d'études à l'université de l'anatomie humaine, de la physiologie, de la prise en charge d'un travail normal et de la pharmacologie des médecines modernes utilisées en gynécologie obstétrique en plus de leurs médecines. Dans ces lignes directrices, ces docteurs sont cités dans le cadre de la dispensation d'éléments de soins liés à l'avortement tels que conçus dans la pratique médicale conventionnelle.	Docteur Ayush, médecin ayurvédique, médecin non-allopathique
Pharmacien	Dans ces lignes directrices, cette catégorie fait référence à un professionnel de santé qui dispense des produits médicaux. Un pharmacien peut prodiguer des conseils sur le bon usage et les effets indésirables des médicaments sur prescription établie par des médecins/professionnels de santé habilités. La formation est de type universitaire dans les domaines de la pharmacie théorique et pratique, la chimie pharmaceutique ou autre domaine connexe.	Pharmacien (États-Unis d'Amérique), chimiste (Royaume-Uni et Commonwealth), pharmacien clinicien, pharmacien communautaire
Personnel d'officine	Dans ces lignes directrices, cette catégorie fait référence aux techniciens et aux assistants qui exécutent différentes tâches liées à la dispensation de produits médicaux sous la supervision d'un pharmacien. Ils gèrent les inventaires, préparent et stockent les médicaments et autres composés et fournitures pharmaceutiques, peuvent dispenser des médicaments à des clients et leur indiquer comment les utiliser conformément à la prescription des professionnels de santé. Les techniciens suivent généralement une formation de 2 à 3 ans dans un centre de formation et obtiennent une capacité non équivalente à un diplôme universitaire. Les assistants suivent généralement 2 à 3 années d'études secondaires suivies d'une période de formation sur le terrain ou d'apprentissage.	Assistant en pharmacie, technicien en pharmacie, préparateur en pharmacie
Agent de santé non professionnel	Dans ces lignes directrices, cette catégorie fait référence à une personne qui exécute des tâches liées à la prestation de soins de santé et à l'information dans ce domaine ; elle est formée d'une certaine manière en contexte, mais ne détient aucun certificat professionnel ou paraprofessionnel officiel ni autre diplôme d'études supérieures.	Agent de santé communautaire, volontaire communautaire pour la santé des femmes

Contexte

Pénurie de professionnels de santé

Interventions efficaces, sûres et simples existantes
pour l'avortement sécurisé et les soins post-avortement

Autres lignes directrices mondiales pertinentes

Objectifs de ces lignes directrices



Contexte

Malgré l'existence d'interventions simples, sûres et efficaces, 21,6 millions d'avortements à risque sont pratiqués chaque année dans le monde. Les avortements à risque restent une charge de mortalité et de morbidité majeure, en particulier dans les pays en développement (1). Parmi les nombreux obstacles qui limitent l'accès à l'avortement sécurisé, le manque de personnel formé est l'un des plus critiques.

Pénurie de professionnels de santé

On estime que la pénurie mondiale de professionnels de santé compétents (sages-femmes, infirmières et médecins) s'élèvera à 12,9 millions d'ici à 2035. Comme illustré à la Figure 1, les pays d'Afrique présentent une densité d'agents de santé compétents dramatiquement faible (moins de 22,8 pour 10 000 personnes), mais c'est en Asie du Sud-Est que la pénurie est la plus grande en nombre absolu, en raison de la densité de la population dans des pays où le nombre d'agents de santé est extrêmement faible (2). Sans surprise, ces pays correspondent aussi aux régions du monde où la charge de mortalité liée à l'avortement à risque est la plus élevée (1).

Si toutes les catégories de professionnels de santé compétents sont touchées, la pénurie la plus grave concerne les médecins ; la densité d'infirmières et de sages-femmes par rapport à la population est supérieure à celle des médecins dans la plupart des pays pour lesquels des données ventilées sont disponibles (2).

Dans la majorité des pays, y compris dans de nombreux pays à revenu élevé, on observe également un déséquilibre géographique infranational en matière de disponibilité de personnels de santé compétents, lesquels se concentrent dans les zones urbaines et/ou le secteur privé. Ces disparités peuvent entraîner des inégalités dans l'accès aux soins.

Au-delà de la pénurie générale de personnels de santé, on constate souvent que la disponibilité de personnels formés est ultérieurement limitée par le fait que la prévention de l'avortement à risque n'est pas une priorité, par des obstacles réglementaires, politiques ou programmatiques à la formation, par le manque de fournitures et de produits de base, ou par le refus de certains agents de santé de dispenser des soins liés à l'avortement ou à l'après-avortement (pour mieux comprendre les obstacles en question, consulter le document *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* [3]). Le manque de personnels formés affecte certaines femmes de manière disproportionnée, exposant celles qui vivent en zone rurale, qui sont pauvres, peu éduquées, jeunes ou non mariées, à un risque accru d'avortement non sécurisé.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les agents de santé comme suit :

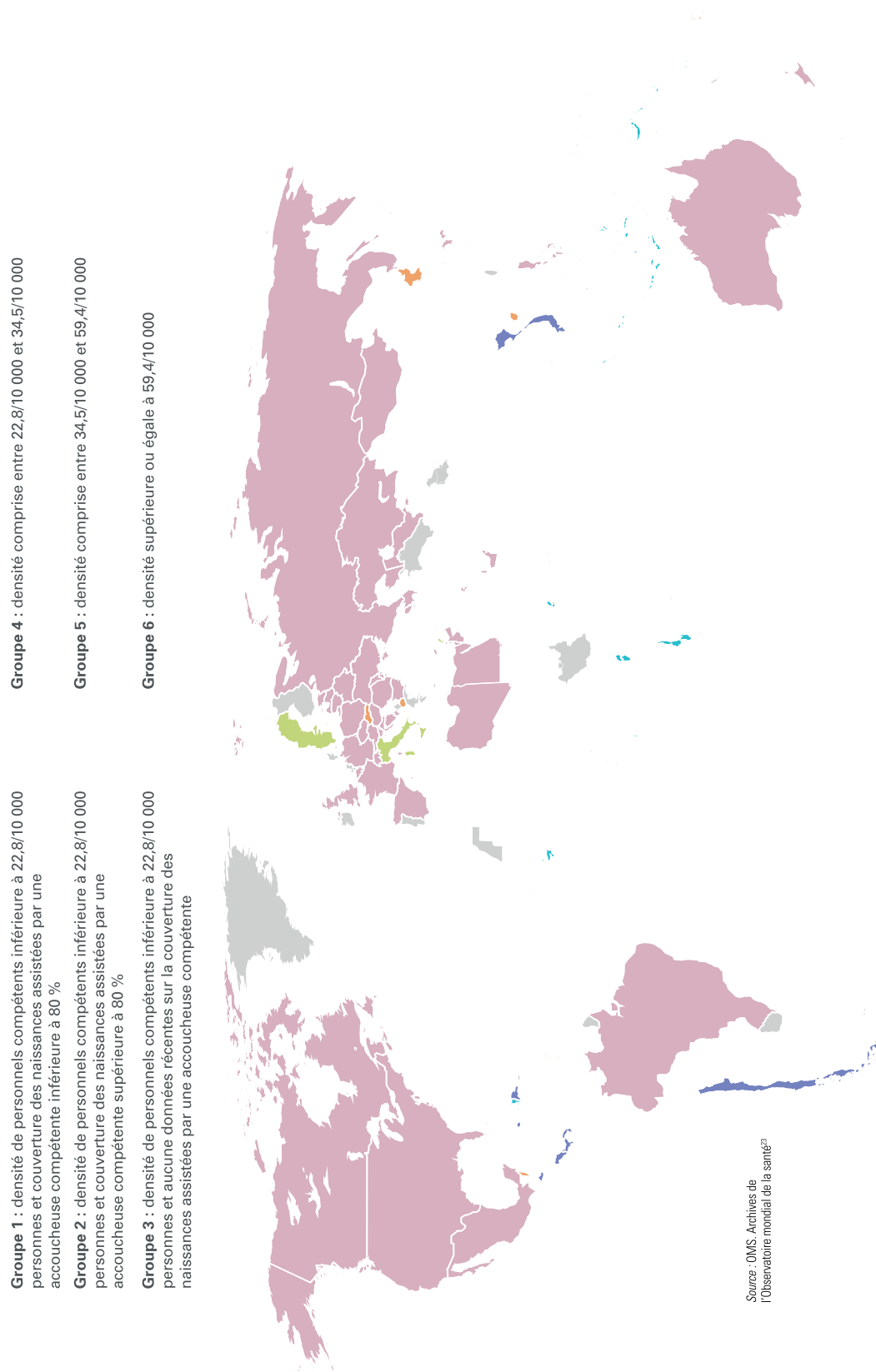
Ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé. Il comprend les médecins, les infirmières et les sages-femmes, mais aussi les techniciens de laboratoire, les professionnels de la santé publique, les agents de santé communautaires, les pharmaciens et tous les agents qui les aident en proposant des services sanitaires de prévention, de promotion ou de soins.

Il s'agit d'une définition élargie et inclusive, et comme le souligne le rapport sur les personnels de santé, on ne fait toujours pas suffisamment appel à des catégories d'agents de santé telles que les praticiens de niveau avancé, les sages-femmes, le personnel infirmier et les aides-soignants (2, 4).

Interventions efficaces, sûres et simples existantes pour l'avortement sécurisé et les soins post-avortement

La délégation et le partage des tâches constituent des options plausibles et faisables, car nombre d'interventions liées aux soins pour l'avortement sécurisé, en particulier à un stade précoce de grossesse, peuvent être réalisées au niveau des soins primaires ou en ambulatoire (3). L'aspiration est déjà une procédure de soins primaires et l'avortement médicamenteux (par l'administration de comprimés) est un acte non invasif qui simplifie les exigences en matière d'espace, d'équipement et de compétences des agents de santé. Il est suggéré de réinterpréter la définition de l'OMS de l'avortement non sécurisé (avortement pratiqué par une personne ne possédant pas les compétences nécessaires ou dans un environnement qui ne respecte pas les normes médicales, ou les deux) à la lumière des données techniques actuelles, et de tenir compte des différences en termes d'environnement sécurisé entre ces deux méthodes (5).

Figure 1 : Densité des personnels de santé rapportée à la population dans 186 pays



Source : OMS, 2013 (2) ; données issues de la base de données en ligne des archives de l'Observatoire mondial de la santé, accessible à l'adresse : <http://apps.who.int/gho/data/>



Autres lignes directrices mondiales pertinentes

Le document *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (3 ; p. 65) souligne le rôle des prestataires non médecins dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé, mais il ne contient aucune recommandation spécifique sur les catégories d'agents de santé et les tâches susceptibles d'être déléguées.

Les lignes directrices *Optimiser la SMN* (6) présentent des recommandations sur la délégation des tâches dans le domaine de la santé maternelle et néonatale, mais pas dans celui de l'avortement et des soins post-avortement. Néanmoins, elles contiennent des recommandations pertinentes sur la dispensation de la contraception par des prestataires non spécialistes. Ces recommandations ont aussi été incorporées dans les présentes lignes directrices là où elles sont pertinentes.

La nécessité d'élaborer des recommandations spécifiques à la délégation et au partage des tâches dans le domaine des soins liés à l'avortement a été formulée par certains États Membres de l'OMS et par des parties prenantes et des experts sur le terrain au moment de la diffusion des lignes directrices sur l'avortement sécurisé précité (3) et lors de plusieurs consultations techniques au sein du Département Santé reproductive et recherche de l'OMS.

Objectifs de ces lignes directrices

Le principal objectif de ces lignes directrices est de fournir des recommandations fondées sur des données probantes relatives à la sécurité, à l'efficacité, à la faisabilité et à l'acceptabilité de l'implication d'un ensemble élargi d'agents de santé dans la réalisation d'interventions préconisées et efficaces dans le cadre des soins liés à l'avortement sécurisé et à l'après-avortement, et des méthodes contraceptives post-avortement. Ces recommandations peuvent être adaptées au contexte des personnels de santé locaux et aux besoins en matière de santé publique dans le pays où elles sont mises en œuvre.

Ces lignes directrices sont conçues pour servir :

- aux décideurs aux niveaux national et infranational ;
- aux personnes chargées de la mise en œuvre et aux responsables des programmes de santé reproductive aux niveaux national et infranational ;
- aux organisations non gouvernementales et autres, et aux associations professionnelles impliquées dans la planification et la gestion des services de soins liés à l'avortement et à l'après-avortement.

Même si les politiques et les réglementations varient, l'avortement est légal au moins pour sauver la vie de la femme dans presque tous les pays, et les deux tiers des pays ont prévu un ou plusieurs cas de figure dans lesquels l'avortement est légal. La dispensation de soins en cas de complications (soins post-avortement) est toujours légale. Ces recommandations sont donc pertinentes dans de nombreux contextes et le sont à la fois dans les pays disposant de ressources abondantes et dans les pays disposant de ressources limitées, car la nécessité d'améliorer l'accès aux soins et de rationaliser l'utilisation des ressources sanitaires disponibles existent dans les deux cas.

Méthode d'élaboration des lignes directrices

Les contributeurs et leurs rôles

Définition de la portée et formulation des questions

Récupération et synthèse des données probantes

Évaluation de la confiance dans les données probantes

Des données probantes aux recommandations



Méthode d'élaboration des lignes directrices

Ces lignes directrices ont été élaborées par le Département Santé reproductive et recherche de l'OMS, conformément au manuel *WHO handbook for guideline development* (13) et sous la supervision du Comité d'examen des lignes directrices de l'OMS.

Les personnes issues d'autres organisations qui ont contribué à l'élaboration de ces lignes directrices ont agi individuellement en leur qualité d'experts. Les donateurs du Département qui ont financé les travaux sur les questions liées à l'avortement ne faisaient pas partie du Groupe d'élaboration des lignes directrices et n'étaient présents à aucune des réunions du Groupe. Les entreprises commerciales n'ont pas participé à l'élaboration de ces lignes directrices et aucun financement de leur part n'a été utilisé.

Les contributeurs et leurs rôles

Ces travaux ont été coordonnés par le responsable du Département Santé reproductive et recherche. Au sein de l'OMS, les travaux sur la prévention de l'avortement à risque sont menés exclusivement dans ce Département. Le Groupe d'orientation de l'OMS était donc constitué de membres de ce Département, et d'autres représentants du Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et des bureaux régionaux de l'OMS. Au besoin, d'autres unités au sein de l'OMS ont été sollicitées pour leur contribution. Le Groupe d'orientation a géré les activités au jour le jour consacrées à l'élaboration des lignes directrices, formulé les questions, participé à la récupération et à la synthèse des données probantes, et défini les cadres décisionnels et élaboré le projet de recommandations. Le responsable a élaboré les lignes directrices avec la contribution de l'Équipe centrale chargée des données probantes et du Groupe d'orientation.

L'Équipe centrale chargée des données probantes était constituée d'experts du Centre norvégien de connaissances, à Oslo. Ceux-ci ont supervisé la méthodologie, et la récupération et la synthèse des données probantes, et étaient responsables des évaluations GRADE et CERQual pour la certitude des données. Ils ont aussi travaillé avec le Groupe d'orientation pour formuler les questions PICO et élaborer les cadres décisionnels fondés sur des preuves. D'autres experts ont apporté une contribution technique au besoin. Par exemple, un économiste a donné des conseils sur les questions liées à l'utilisation des ressources, et un méthodologiste GRADE a fourni une seconde évaluation indépendante de la certitude des données.

Le Groupe d'élaboration des lignes directrices comprenait 18 membres (10 femmes et 8 hommes) possédant différentes expertises, en particulier dans les systèmes de santé et les régions du monde où la nécessité du partage des tâches dans le domaine des soins liés à l'avortement est une priorité. Le Groupe a apporté des éléments pour définir la portée des lignes directrices et pour formuler les questions, pour examiner les données probantes et pour élaborer des recommandations. Il a également revu et approuvé la version finale des lignes directrices. En plus des consultations régulières par courriel, Skype et GoToMeeting, deux réunions en présentiel avec le Groupe d'élaboration des lignes directrices se sont tenues à Genève (novembre 2013 et octobre 2014).

Douze personnes, extérieures au processus d'élaboration des lignes directrices et choisies pour refléter les utilisateurs finaux des régions prioritaires ou ceux qui possèdent une expertise méthodologique, ont agi en pairs externes chargés d'examiner le projet de lignes directrices.

Déclarations d'intérêts

Il a été demandé à tous les membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices et de l'Équipe centrale chargée des données probantes, aux pairs et aux consultants de remplir le formulaire standard OMS de déclaration d'intérêts. Les membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices ont rempli le formulaire avant chaque réunion à laquelle ils ont assisté et ont été invités à informer le Secrétariat de tout changement au cours du temps concernant les intérêts déclarés. Le Groupe d'orientation a évalué les réponses et les a discutées avec le Directeur du Département. Lors des réunions du Groupe d'élaboration des lignes directrices, le Président présentait un résumé des déclarations d'intérêts et tous les participants avaient la possibilité de confirmer, d'ajouter des éléments ou de modifier les intérêts précédemment déclarés.

Seules deux personnes – membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices – ont déclaré des intérêts secondaires qui n'ont pas été considérés comme constituant un conflit d'intérêts aux fins de ces lignes directrices. Aucun conflit d'intérêts financiers ou commerciaux n'a été déclaré. Les formulaires de déclaration d'intérêts ont été archivés électroniquement pour consultation future.

Une liste complète de tous les contributeurs, leurs affiliations, rôles et déclaration d'intérêts se trouve en [annexe A](#).

Définition de la portée et formulation des questions

La liste initiale des tâches et des catégories d'agents de santé envisagées dans ces lignes directrices a été dressée à partir d'informations et de connaissances tirées lors de précédentes consultations techniques et réunions régionales sur l'avortement sécurisé qui se sont tenues à Riga en Lettonie (mai 2012), à Addis-Abeba en Éthiopie (septembre 2012), à Katmandou au Népal (septembre 2012) et à Nairobi au Kenya (novembre 2012). En outre, un questionnaire en ligne a été envoyé à un groupe d'environ de 90 personnes compétentes expressément sélectionnées pour aider à définir les catégories pertinentes d'agents de santé, les pratiques et les rôles d'agents de santé au niveau national. Trente-cinq personnes ont répondu, et nombre d'entre elles ont fourni des informations supplémentaires sur les politiques nationales liées aux rôles des agents de santé. La liste préliminaire a été finalisée en consultation avec le Groupe d'élaboration des lignes directrices.

Formulation des questions

Les questions convenues sur les combinaisons « agent de santé – tâche » ont été formulées au format PICO (population, intervention, comparateur, résultat). Les résultats hiérarchisés sont les suivants :

- Bénéfices et inconvénients :
 - sécurité : manifestations indésirables graves, complications (spécifiques à la tâche) ;
 - efficacité (spécifique à la tâche) ;
 - satisfaction des femmes recevant des soins par rapport aux services et agents de santé qui dispensent les soins globalement.
- Acceptabilité :
 - résultat d'une recherche qualitative permettant de savoir dans quelle mesure une intervention de délégation des tâches est considérée comme justifiée ou adéquate parmi les femmes susceptibles de recevoir des soins liés à l'avortement ou qui en reçoivent effectivement, et parmi les agents de santé susceptibles de dispenser ces soins ou qui les dispensent effectivement.
- Faisabilité :
 - résultat d'études qualitatives sur les facteurs affectant la mise en œuvre des programmes de délégation des tâches à grande échelle.

L'opérationnalisation spécifique de ces concepts pour chaque combinaison agent de santé - tâche est présentée dans les annexes supplémentaires ([Supplément Web 2](#), [Supplément Web 3](#)).

Récupération et synthèse des données probantes

Les données probantes de sécurité, d'efficacité et de satisfaction sont issues d'essais contrôlés randomisés, d'essais contrôlés non randomisés, d'études avant et après contrôlées et de séries temporelles interrompues. Les données probantes d'acceptabilité proviennent d'études qualitatives ou d'études mixtes comprenant une composante qualitative. Pour les données probantes de faisabilité, on a collecté toutes les informations documentées sur la délégation des tâches dans le domaine des soins liés à l'avortement dans cinq pays (Afrique du Sud, Bangladesh, Éthiopie, Népal et Uruguay). Les pays ont été choisis pour représenter une diversité de régions et des exemples de pays dans lesquels des programmes nationaux ou infranationaux de délégation des tâches dans le domaine des soins liés à l'avortement sont déjà mis en œuvre.

De précédents examens répondant directement ou indirectement aux questions formulées ont été identifiés et leur utilité dans l'élaboration de ces lignes directrices a été évaluée avant de commencer la recherche de données probantes supplémentaires. Sept examens portant sur l'efficacité, deux sur l'acceptabilité et une



synthèse d'études de cas sur la faisabilité ont été entrepris spécifiquement aux fins de ces lignes directrices. En outre, les résultats de trois examens systématiques existants sur l'efficacité des pharmaciens dans la réalisation d'autres types d'interventions, et six examens systématiques qualitatifs et études multipays existants sur la mise en œuvre de programmes similaires pour les agents de santé, portant sur d'autres tâches liées à la santé maternelle ont également été incorporés dans la base de données probantes.

Les stratégies de recherche étaient spécifiques à chaque question. Elles sont intégralement décrites dans les examens correspondants présentés dans les suppléments Web ([Supplément Web 2](#), [Supplément Web 3](#)). De manière générale, les bases de données ont été interrogées à partir de leur date de création et jusqu'en 2014, sans filtres de langue, pour les pays à revenu faible ou intermédiaire mais aussi pour les pays à revenu élevé. La recherche a été menée dans les bases de données suivantes : Index Medicus pour l'Afrique, base de données de la littérature biomédicale chinoise, CINAHL, base de données Cochrane, ClinicalTrials.gov, EBSCO, Embase, Index Medicus mondial, Index Medicus pour l'Asie du Sud-Est, Index Medicus pour la Région OMS de la Méditerranée orientale, LILACS, Ovid MEDLINE, Popline, PubMed, Index Medicus pour la Région du Pacifique occidental.

Un effort particulier a été fourni pour identifier et inclure la littérature non anglophone ayant trait aux résultats d'acceptabilité et de faisabilité, et la plupart des documents relatifs à l'étude de cas en Uruguay étaient en langue espagnole. Les listes de références bibliographiques des articles clés ont aussi fait l'objet d'une recherche manuelle, et des experts externes ont été contactés pour identifier d'autres études pertinentes, notamment des comptes rendus d'études terminées non encore publiées. Pour la synthèse d'études de cas, la littérature documentée a été complétée par des entretiens avec des experts compétents dans les pays.

La Figure 2 présente l'étendue géographique des données incorporées dans la base de données probantes.

Les titres et les résumés ont été passés au crible par deux membres du comité d'examen et les textes intégraux d'une sélection d'articles ont ensuite été examinés pour déterminer s'ils répondaient aux critères d'inclusion.

Pour les résultats de sécurité et d'efficacité, le logiciel de profilage GRADEpro ¹ a été utilisé pour créer des profils de données probantes et des tableaux de résumé des résultats. Des graphiques de type *forest plot* ont été réalisés pour illustrer graphiquement les estimations de risque relatif. Des méta-analyses ont été conduites lorsque plus d'une étude produisait des estimations de risque intéressant les résultats. Pour les examens qualitatifs, deux personnes se sont chargées d'identifier les résultats clés relatifs à la portée de ces lignes directrices. Les résultats ont été organisés dans des tableaux de résumé des résultats.

Figure 2 : À l'origine des recommandations : la base de données probantes

Sécurité, efficacité, satisfaction	Données qualitatives sur l'acceptabilité	Données qualitatives sur la faisabilité
36 études issues de 18 pays • Afrique – 4 • Méditerranée orientale – 3 • Europe – 12 • Amérique latine – 2 • Amérique du Nord – 7 • Asie du Sud-Est – 13 • Pacifique occidental – 0	83 études issues de 24 pays • Afrique – 15 • Méditerranée orientale – 0 • Europe – 10 • Amérique latine – 32 • Amérique du Nord – 12 • Asie du Sud-Est – 16 • Pacifique occidental – 2	121 articles issus de 5 pays sélectionnés + entretiens approfondis avec des experts dans les pays • Bangladesh • Éthiopie • Népal • Afrique du Sud • Uruguay

1 Disponible à l'adresse : <http://www.guidelinedevelopment.org/>

Évaluation de la confiance dans les données probantes

La certitude (c'est-à-dire la mesure de la confiance dans l'estimation de l'effet ou de l'association) des résultats en termes de bénéfices et d'inconvénients a été évaluée au moyen de l'approche GRADE. Cinq critères – limites de l'étude, cohérence de l'effet, imprécision, caractère indirect des données et biais de publication – ont été utilisés pour évaluer la certitude de chaque résultat. La qualité des données probantes a été abaissée d'un niveau en cas de limites sérieuses et de deux niveaux en cas de limites très sérieuses. Les évaluations ont été réalisées indépendamment par deux méthodologistes GRADE.

La confiance dans les résultats issue de l'examen des études qualitatives a été évaluée à l'aide de l'outil CERQual, en utilisant une approche similaire à celle de GRADE. Chacun des résultats d'examen a été évalué selon quatre facteurs :

- les limites méthodologiques de chaque étude qualitative contribuant au résultat de l'examen, évaluées au moyen d'un outil approprié d'évaluation qualitative critique ;
- la pertinence du résultat de l'examen, évaluée par le degré d'applicabilité des données probantes au contexte précisé dans la question formulée ;
- la cohérence de chacun des résultats de l'examen, évaluée par le degré de similarité des données en faveur du résultat de l'examen à travers différentes études et/ou par la présentation d'explications convaincantes en cas de divergences ;
- l'adéquation des données en faveur du résultat de l'examen, évaluée par le degré de richesse et/ou la portée, ainsi que par la quantité de données en faveur du résultat de l'examen.

Un jugement global de la confiance dans chaque résultat de l'examen a été porté en fonction des facteurs précités. Pour les examens systématiques existants, on a utilisé les évaluations de confiance telles qu'elles étaient présentées dans les examens d'origine. Il n'a pas été possible d'évaluer la confiance dans chaque résultat pour la synthèse d'études de cas puisque les résultats étaient basés sur un vaste éventail de types de données probantes différents.

Des données probantes aux recommandations

Afin de suivre un processus systématique qui prend explicitement en compte les différents facteurs qui étayaient les décisions de recommandations, on a utilisé les cadres décisionnels fondés sur des preuves élaborées par le projet collaboratif DECIDE.²

Un cadre a été préparé pour chaque question en utilisant un modèle préétabli. Toutes les données probantes systématiquement synthétisées et toutes les autres informations ont été résumées selon les sections suivantes :

- Informations générales :
 - Cette section contient des informations sur le format PICO et sur le contexte, et des informations d'ordre général sur les tâches.
- Bénéfices et inconvénients :
 - Cette section contient le tableau de résumé des résultats de sécurité, d'efficacité et de satisfaction, une description détaillée des études utilisées et des informations contextuelles pertinentes supplémentaires.
- Acceptabilité :
 - Cette section contient le résumé des résultats clés issus d'études qualitatives permettant de savoir dans quelle mesure une intervention de délégation des tâches est considérée comme justifiée parmi les femmes susceptibles de recevoir des soins liés à l'avortement ou qui en reçoivent effectivement,

² DECIDE : <http://www.decide-collaboration.eu/etd-evidence-decision-framework>.



et parmi les agents de santé susceptibles de dispenser ces soins ou qui les dispensent effectivement. L'acceptabilité pour les femmes a été hiérarchisée dans la prise de décisions ; l'acceptabilité pour les agents de santé a étayé les considérations sur la mise en œuvre.

- Faisabilité :
 - Cette section contient le résumé des résultats clés issus de la recherche qualitative et des études de cas dans les pays permettant de savoir dans quelle mesure une intervention de délégation des tâches peut être accomplie ou mise en œuvre. L'accent a été mis sur la faisabilité de l'intervention du point de vue des systèmes de santé et en fonction de facteurs sociaux, juridiques et politiques au sens large.
- Ressources :
 - Cette section contient un résumé de tous les résultats liés aux ressources, présentés dans les études sélectionnées pour les données probantes de sécurité et d'efficacité, et une évaluation qualitative des ressources nécessaires en termes de formation, de fournitures, d'orientation des patientes, de supervision et de suivi, de temps et de rémunération des agents de santé. L'utilisation des ressources a été envisagée du point de vue des systèmes de santé, mais également du point de vue des femmes, en particulier en ce qui concerne l'autoévaluation et l'autogestion.
 - Aucune analyse des coûts formelle n'a été conduite car ces analyses tendent à être très spécifiques du contexte ; aucune recherche systématique ni évaluation des informations sur l'utilisation des ressources n'ont été entreprises non plus.
- Recommandations et décisions globales.
- Considérations sur la mise en œuvre.
- Besoins de la recherche.

En utilisant ce cadre, des jugements ont été émis séparément pour chacun des critères, autrement dit sur la balance entre bénéfices et inconvénients, l'acceptabilité, la faisabilité et l'utilisation des ressources. La recommandation globale envisage tous ces facteurs comme des éléments pertinents. Ce point est particulièrement important dans la mesure où ces lignes directrices sont en lien avec les systèmes de santé.

Tous les cadres décisionnels fondés sur des preuves sont consultables dans le [Supplément Web 1](#).

Utilisation des cadres pour la prise de décisions

Les projets de cadres décisionnels fondés sur des preuves ont été préparés par le Groupe d'orientation et l'Équipe centrale chargée des données probantes. Ces projets ont été examinés par le Groupe d'élaboration des lignes directrices, et les recommandations ont été finalisées lors de la réunion qui s'est tenue en octobre 2014. En plus des cadres, le Groupe d'élaboration des lignes directrices a également eu accès à tous les profils de preuves et autres documents.

Lors de cette réunion du Groupe, les décisions ont été prises par consensus. Le Président a permis un débat sur les points de vue divergents concernant les options de recommandations, et la décision finale a été prise à la majorité, sous réserve que les membres du panel ayant des avis opposés acceptent la décision. La possibilité de mentionner les avis divergents était prévue, mais elle n'a pas été nécessaire ; le renouvellement des votes non plus.

Préparation des documents et examen par les pairs

Le responsable à l'OMS a travaillé avec un consultant à la rédaction du projet de lignes directrices. Le Groupe d'élaboration des lignes directrices a examiné le projet et formulé des observations qui ont été incorporées au document. Les lignes directrices ont également été examinées par des pairs externes sans lien avec le processus d'élaboration des lignes directrices. Ils ont présenté des observations structurées sur la précision, la présentation, les considérations sur la mise en œuvre et l'utilité globale des lignes directrices. Aucune erreur factuelle grave affectant les recommandations n'a été relevée par les pairs lors de leur examen.

Recommandations

Considérations générales

Les catégories de recommandations

Gestion des soins liés à l'avortement et à l'après-avortement
au cours du premier trimestre de grossesse

Gestion des soins liés à l'avortement et à l'après-avortement
au-delà de 12 semaines de grossesse

Prise en charge des complications sans danger pour la vie
des patientes

Information sur l'avortement sécurisé et sur la contraception

Activités de conseil pré/post-avortement

Dispensation de la contraception post-avortement



Recommandations

Considérations générales

- Les recommandations formulées portent sur les tâches liées aux soins pour l'avortement sécurisé (y compris la contraception post-avortement) et la prise en charge des complications de l'avortement (parfois également appelée soins post-avortement, et dispensés dans le cadre des soins obstétricaux d'urgence).
- Les recommandations relatives aux personnes susceptibles de dispenser des soins ne concernent que les interventions cliniques préconisées comme étant sûres et efficaces selon les orientations techniques actuelles de l'OMS contenues dans le document *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (3). Les recommandations formulées dans ces lignes directrices doivent être mises en œuvre conformément aux normes techniques et aux principes des droits de l'homme, comme énoncé dans le document précité.
- Les recommandations ne ciblent pas spécifiquement les pays à faible revenu ou disposant de ressources limitées ; elles s'adressent à tous les pays dans lesquels des soins liés à l'avortement sont proposés.
- Les recommandations sont destinées à être mises en œuvre dans le cadre de mécanismes fonctionnels d'orientation des patientes, de suivi et de supervision, et d'accès aux équipements et produits de base nécessaires.
- Elles offrent un ensemble d'options pour les catégories d'agents de santé susceptibles d'exécuter une tâche donnée sans risques et efficacement. Ces différentes options se veulent inclusives et n'impliquent aucune préférence pour une catégorie donnée de prestataires de soins, ni aucune exclusion. Le choix des agents de santé dépend des besoins et des conditions du contexte local.

It is also important to note that the following assumption underlies all the options that have been recommended in this guideline:

- On suppose que tous les agents de santé dont il est question dans ces lignes directrices possèdent la formation de base requise pour cette catégorie d'agents de santé. En outre, toutes les recommandations supposent que les agents de santé recevront la formation ou les informations propres à la tâche envisagée préalablement à la mise en œuvre de l'option de recommandation.

Il est important d'interpréter toutes les recommandations qui suivent en gardant à l'esprit ces considérations générales et ce préalable.

Les catégories de recommandations

Quatre types de recommandations sont formulées :

Recommandé



Les bénéfices de la mise en œuvre de cette option l'emportent sur les éventuels inconvénients. Cette option peut être mise en œuvre, y compris à grande échelle.

Pour certaines combinaisons agents de santé – tâche, le Groupe d'élaboration des lignes directrices a décidé que l'option entrerait dans le champ ordinaire de la pratique de l'agent de santé. Dans ce cas, aucune évaluation de données probantes n'a été réalisée et cela est mentionné dans la justification.

Recommandé dans certaines circonstances



Les bénéfices de la mise en œuvre de cette option l'emportent sur les éventuels inconvénients dans certaines circonstances. Les circonstances en question sont précisées pour chaque recommandation. Cette option peut être mise en œuvre dans ces circonstances.

Recommandé dans le cadre d'une recherche rigoureuse



Il existe d'importantes incertitudes concernant cette option (liées aux bénéfices, aux inconvénients, à l'acceptabilité et à la faisabilité) et une recherche rigoureuse appropriée et bien conçue est nécessaire pour lever ces incertitudes.

Non recommandé



Cette forme de délégation des tâches ne doit pas être mise en œuvre.

Pour certaines combinaisons agents de santé – tâche, le Groupe d'élaboration des lignes directrices a décidé que l'option n'entrait pas dans le champ ordinaire de la pratique de l'agent de santé. Dans ce cas, aucune évaluation de données probantes n'a été réalisée et cela est mentionné dans la justification.

L'explication et la justification de chaque recommandation sont fournies et la certitude des données probantes a été indiquée, le cas échéant, comme suit :

- **Forte certitude** : il est très improbable que des recherches ultérieures modifient la confiance dans l'estimation de l'effet.
- **Certitude modérée** : il est probable que des recherches ultérieures aient un impact important sur la confiance que l'on a dans l'estimation de l'effet et il est possible qu'elles modifient cette estimation.
- **Faible certitude** : il est très probable que des recherches ultérieures aient un impact important sur la confiance que l'on a dans l'estimation de l'effet et il est probable qu'elles modifient cette estimation.
- **Très faible certitude** : nous sommes très incertains de l'estimation.

Les évaluations de la confiance dans les données probantes de recherche qualitative peuvent prendre les valeurs suivantes :

- **Confiance élevée** : il est très probable que le résultat de l'examen constitue une représentation raisonnable du phénomène envisagé.
- **Confiance modérée** : il est probable que le résultat de l'examen constitue une représentation raisonnable du phénomène envisagé.
- **Faible confiance** : il est possible que le résultat de l'examen constitue une représentation raisonnable du phénomène envisagé.
- **Très faible confiance** : on ne sait pas si le résultat de l'examen constitue une représentation raisonnable du phénomène envisagé.



Gestion des soins liés à l'avortement et à l'après-avortement au cours du premier trimestre de grossesse

L'aspiration manuelle ou électrique, et l'avortement médicamenteux avec de la mifépristone puis du misoprostol (ou du misoprostol seul dans les contextes où la mifépristone n'est pas disponible), sont des méthodes appropriées pour interrompre une grossesse au cours du premier trimestre. L'avortement incomplet non compliqué (provoqué ou spontané) peut être pris en charge par une aspiration manuelle ou électrique, ou par l'administration de misoprostol oral ou sublingual.

Aspiration pour l'avortement provoqué

L'aspiration comprend l'évaluation de l'âge de la grossesse, la préparation du col (si nécessaire), la procédure proprement dite, la prise en charge de la douleur y compris par la mise en place d'un bloc paracervical (si nécessaire) et l'évaluation de l'issue du processus (avortement complet) au moyen d'une inspection visuelle des produits évacués. Les agents de santé possédant les compétences pour réaliser un examen pelvien bimanuel visant à diagnostiquer et à dater la grossesse, et pour réaliser une procédure transcervicale telle que la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU), peuvent être formés pour réaliser une aspiration (3). Les recommandations sont présentées dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Recommandations pour l'aspiration en cas d'avortement provoqué*

Agent de santé	Recommandation	Justification
Médecins spécialistes, médecins non spécialistes	Recommandé 	Tâche incluse dans le champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.
Cliniciens associés/ cliniciens associés de niveau avancé	Recommandé 	Il existe des données probantes de sécurité et d'efficacité (certitude modérée) et de satisfaction des femmes par rapport à l'expérience globale de l'avortement (faible certitude). Cette option est faisable dans les pays riches ou pauvres en ressources, et peut réduire les inégalités en étendant les soins liés à l'avortement sécurisé aux populations mal desservies.
Sages-femmes	Recommandé 	Il existe des données probantes de sécurité et d'efficacité (certitude modérée) et de satisfaction des femmes par rapport à l'expérience globale de l'avortement (faible certitude). Cette tâche est reconnue comme une compétence centrale chez les sages-femmes. Les femmes considèrent souvent que les soins reçus des sages-femmes les aident davantage (confiance modérée). Cette option s'avère être faisable y compris dans les pays disposant de ressources limitées.
Personnel infirmier	Recommandé 	Il existe des données probantes de sécurité et d'efficacité (faible certitude) et de satisfaction des femmes par rapport à cette option (faible certitude). Les femmes considèrent souvent que les soins reçus du personnel infirmier les aident davantage (confiance modérée). Cette option est faisable et peut réduire les inégalités en étendant les soins liés à l'avortement sécurisé aux populations mal desservies.

Tableau 3 (suite)

Agent de santé	Recommandation	Justification
Sages-femmes auxiliaires et aides-soignants	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option dans des contextes où il existe des mécanismes établis pour inclure les sages-femmes auxiliaires et les aides-soignants dans la prestation de soins obstétricaux d'urgence de base ou de soins post-avortement.	Bien que l'on manque de données de recherche probantes directes concernant l'efficacité de cette option, les bénéfices l'emportent sur les inconvénients éventuels. L'option s'est également révélée faisable, y compris dans les pays disposant des ressources limitées, et peut réduire les inégalités en étendant les soins liés à l'avortement sécurisé aux populations rurales et mal desservies.
Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option dans des contextes où il existe des mécanismes au sein du système de santé prévoyant la participation de docteurs exerçant une médecine complémentaire à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive.	Il existe des données probantes d'efficacité de certaines composantes de cette tâche, par exemple, l'évaluation de la taille de l'utérus par un examen bimanuel dans le cadre d'un avortement médicamenteux (faible certitude). Ces professionnels réalisent des procédures transcervicales, telles que la pose de DIU dans certains contextes. Les bénéfices l'emportent sur les inconvénients éventuels, et cette option peut accroître l'accès équitable aux soins liés à l'avortement sécurisé dans des régions où ces professionnels constituent une part importante des personnels de santé.
Pharmaciens, personnel d'officine, agents de santé non professionnels	Non recommandé 	Hors du champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.

* Voir les cadres MVA1 (aspiration manuelle) et EVA1 (aspiration électrique) dans le [Supplément Web 1](#) (p. 5) pour le résumé des données probantes.

Remarques supplémentaires

Si l'aspiration manuelle est la plus utilisée et la plus répandue dans le cadre des soins primaires, les compétences requises pour l'aspiration électrique sont les mêmes ; les recommandations ci-dessus s'appliquent donc aux deux types d'aspiration.

On peut rencontrer davantage de difficultés lors de ces procédures si l'âge de la grossesse est supérieur à neuf semaines. Réalisée par du personnel expérimenté, cette procédure peut être envisagée jusqu'à 14 semaines de grossesse ; une formation et une expérience supplémentaires sont nécessaires quelle que soit la catégorie d'agent de santé pour la réalisation d'une aspiration manuelle entre 12 et 14 semaines de grossesse, comparativement à l'aspiration manuelle réalisée à moins de 12 semaines.

Considérations sur la mise en œuvre

La procédure d'aspiration peut être réalisée dans un établissement de soins primaires et en ambulatoire.



Prise en charge de l'avortement incomplet non compliqué par l'aspiration

La prise en charge de l'avortement incomplet non compliqué par aspiration manuelle ou électrique (lorsque la taille de l'utérus correspond à une grossesse de moins de 13 semaines) comprend l'identification du problème, l'évaluation de la taille de l'utérus, la procédure proprement dite et le traitement de la douleur. Le Tableau 4 présente les recommandations pour cette prise en charge.

Tableau 4. Prise en charge de l'avortement/fausse-couche incomplets non compliqués au cours du premier trimestre par l'aspiration*

Agent de santé	Recommandation	Justification
Médecins spécialistes, médecins non spécialistes	Recommandé 	Tâche incluse dans le champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.
Cliniciens associés/ cliniciens associés de niveau avancé	Recommandé 	Il existe des données probantes de sécurité et d'efficacité de l'aspiration réalisée par ces agents de santé en cas d'avortement provoqué (certitude modérée ; voir le Tableau 3). Les compétences requises pour la prise en charge de l'avortement incomplet non compliqué sont identiques pour l'aspiration manuelle et électrique.
Sages-femmes	Recommandé 	Il existe des données probantes de sécurité et d'efficacité de l'aspiration réalisée par ces agents de santé en cas d'avortement provoqué (certitude modérée ; voir le Tableau 3). Les compétences requises pour la prise en charge de l'avortement incomplet non compliqué sont identiques pour l'aspiration manuelle et électrique. Cette option semble faisable y compris dans les contextes où les ressources sont limitées.
Personnel infirmier	Recommandé 	Il existe des données probantes de sécurité et d'efficacité de l'aspiration réalisée par ces agents de santé en cas d'avortement provoqué (faible certitude ; voir le Tableau 3). Les compétences requises pour la prise en charge de l'avortement incomplet non compliqué sont identiques pour l'aspiration manuelle et électrique. Cette option semble faisable y compris dans les contextes où les ressources sont limitées.
Sages-femmes auxiliaires et aides-soignants	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option dans des contextes où des mécanismes établis au sein des systèmes de santé incluent les sages-femmes auxiliaires et les aides-soignants dans la prestation de soins obstétricaux d'urgence de base, et où les systèmes d'orientation des patientes et de suivi sont solides.	Les données probantes directes de sécurité et d'efficacité pour cette option sont insuffisantes. Néanmoins, cette option de soins obstétricaux d'urgence (qui comprend l'évacuation des produits non éliminés comme fonction fondamentale) ou de soins post-avortement dispensés par cette catégorie d'agents de santé, au moyen d'une aspiration manuelle, s'est révélée faisable dans des programmes déjà mis en œuvre dans différents contextes où les ressources sont limitées.

Tableau 4 (suite)

Agent de santé	Recommandation	Justification
Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Recommandé dans circonstances précises  Nous recommandons cette option dans des contextes où il existe des mécanismes au sein du système de santé prévoyant la participation de docteurs exerçant une médecine complémentaire à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive.	Il existe des données probantes d'efficacité pour certaines composantes de cette tâche, par exemple, l'évaluation de la taille de l'utérus par un examen bimanuel dans le cadre d'un avortement médicamenteux (faible certitude). Ces professionnels réalisent des procédures transcervicales, telles que la pose de DIU dans certains contextes. Cette option peut accroître l'accès équitable aux soins liés à l'avortement sécurisé dans des régions où ces professionnels constituent une part importante des personnels de santé.
Pharmaciens, personnel d'officine, agents de santé non professionnels	Non recommandé 	Hors du champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.

* Voir les cadres MVA2 (aspiration manuelle) et EVA2 (aspiration électrique) dans le [Supplément Web 1](#) (p. 17) pour le résumé des données probantes.

Remarques supplémentaires

Si l'aspiration manuelle est la plus utilisée et la plus répandue dans le cadre des soins primaires, les compétences requises pour l'aspiration électrique sont les mêmes ; les recommandations ci-dessus s'appliquent donc aux deux types d'aspiration.

Un avortement provoqué ou spontanée (fausse-couche) peut se traduire par un avortement incomplet non compliqué. La prise en charge est identique et les recommandations ci-dessus s'appliquent dans les deux cas.

Considérations sur la mise en œuvre

L'évacuation des produits non éliminés est également une fonction fondamentale des soins obstétricaux d'urgence de base, et la formation et la mise en œuvre y afférentes peuvent être intégrées aux services de soins obstétricaux d'urgence.



Avortement médicamenteux au cours du premier trimestre de grossesse

L'avortement médicamenteux fait référence à l'administration successive de mifépristone et de misoprostol ou, si le mifépristone n'est pas disponible, à l'administration de misoprostol seul. Les dosages, les voies d'administration et la posologie diffèrent selon l'âge de la grossesse et sont présentés en détails dans le manuel *Clinical practice handbook for safe abortion* (14).

L'avortement médicamenteux est un processus qui se déroule sur plusieurs jours ; ce n'est pas une procédure ponctuelle. Ce processus comprend plusieurs composantes ou tâches secondaires :

- l'évaluation des critères requis pour pouvoir recourir à l'avortement médicamenteux (diagnostic et datage de la grossesse, élimination des contre-indications médicales, recherche d'une éventuelle grossesse extra-utérine) ;
- l'administration des médicaments accompagnée d'instructions pour une utilisation appropriée et le traitement des effets secondaires courants ;
- l'évaluation de l'issue du processus (avortement complet) et de la nécessité éventuelle d'une intervention ultérieure.

Un seul agent de santé peut effectuer toutes ces tâches, mais elles peuvent aussi être exécutées par différents agents de santé et dans différents lieux. Le Tableau 5 présente ces recommandations.

Tableau 5. Avortement médicamenteux au cours du premier trimestre de grossesse*

Agent de santé	Recommandation	Justification
Médecins spécialistes, médecins non spécialistes	Recommandé 	Tâche incluse dans le champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.
Cliniciens associés/ cliniciens associés de niveau avancé	Recommandé 	Il existe des données probantes d'efficacité pour certaines composantes de cette tâche, par exemple, l'évaluation de la grossesse dans le cadre de l'aspiration manuelle. Il existe aussi des données probantes indiquant que des catégories d'agents de santé possédant une formation de base similaire ou moins complète (par exemple, les sages-femmes, le personnel infirmier, les sages-femmes auxiliaires) peuvent prendre en charge un avortement médicamenteux de manière sécurisée et efficace (certitude modérée). L'option est faisable et a un fort potentiel pour étendre l'accès aux populations mal desservies.
Sages-femmes	Recommandé 	Il existe des données probantes de sécurité et d'efficacité pour cette option (certitude modérée). Davantage de femmes sont satisfaites du prestataire lorsque c'est une sage-femme qui réalise l'avortement médicamenteux (certitude modérée). Cette option semble faisable et elle est déjà mise en œuvre dans plusieurs pays.
Personnel infirmier	Recommandé 	Il existe des données probantes de sécurité et d'efficacité, et de satisfaction des femmes par rapport aux services d'avortement avec cette option (certitude modérée).
Sages-femmes auxiliaires et aides-soignants	Recommandé 	Il existe des données probantes de sécurité et d'efficacité pour cette option (certitude modérée). Cette option semble faisable et elle est déjà mise en œuvre dans certains pays aux ressources limitées.

Tableau 5 (suite)

Agent de santé	Recommandation	Justification
Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option uniquement dans des contextes où il existe des mécanismes au sein du système de santé prévoyant la participation de docteurs exerçant une médecine complémentaire à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive.	Il existe des données probantes de sécurité et d'efficacité, et de satisfaction des femmes par rapport à cette catégorie d'agents de santé et de services (faible certitude). Les bénéfices l'emportent sur les éventuels inconvénients, et cette option a un fort potentiel pour réduire les inégalités de l'accès aux soins liés à l'avortement sécurisé dans des régions où ces professionnels constituent une part importante des personnels de santé.
Pharmaciens	Aucune recommandation pour la pratique indépendante de l'avortement médicamenteux ; voir le Tableau 6 pour les recommandations relatives aux tâches secondaires.	Avant de formuler une recommandation sur la pratique indépendante complète de l'avortement médicamenteux, il est nécessaire de démontrer l'efficacité et la faisabilité des tâches secondaires.
Personnel d'officine	Non recommandé 	Il n'existe pas de données probantes de sécurité, d'efficacité, d'acceptabilité ou de faisabilité pour cette option. Néanmoins, il est important de noter que, comme pour tous les autres médicaments, le personnel d'officine devrait dispenser de la mifépristone et du misoprostol comme indiqué sur l'ordonnance.
Agents de santé non professionnels	Pas de recommandation pour la tâche dans son ensemble ; voir le Tableau 7 pour les recommandations propres à chaque tâche.	Avant de formuler une recommandation sur la pratique indépendante complète de l'avortement médicamenteux, il est nécessaire de démontrer la sécurité et la faisabilité des tâches secondaires.

* Consulter le cadre MA1 (avortement médicamenteux) et tâches secondaires dans le [Supplément Web 1](#) (p. 25) pour le résumé des données probantes.

Remarques supplémentaires

Des données probantes concernant la pratique indépendante de l'avortement médicamenteux par des non médecins sont disponibles pour des grossesses allant jusqu'à 10 semaines (70 jours). D'autres recherches sont nécessaires pour les grossesses de 11 et 12 semaines.

Il n'est pas essentiel que la personne qui réalise l'avortement médicamenteux soit aussi formée et compétente en matière d'aspiration manuelle. Néanmoins, dans ce cas, il faut garantir la possibilité d'orienter la patiente vers un prestataire en mesure de réaliser une aspiration manuelle si nécessaire. Ce prestataire ne doit pas nécessairement se trouver au même endroit.



Considérations sur la mise en œuvre

Il faudra éventuellement modifier les restrictions concernant l'autorisation de prescrire pour certaines catégories de prestataires ou mettre en place d'autres mécanismes pour permettre à ces prestataires d'administrer les médicaments liés à l'avortement médicamenteux sans sortir du cadre réglementaire du système de santé.

Le risque d'une persistance de la grossesse est plus élevé avec le misoprostol administré seul ; quel que soit le niveau du prestataire, la formation doit donc mettre l'accent sur la capacité à détecter ces cas pour une prise en charge ou une orientation ultérieure de la patiente.

Tâches secondaires de l'avortement médicamenteux

Aucune recommandation n'est formulée concernant la pratique indépendante de l'avortement médicamenteux au cours du premier trimestre de grossesse par les pharmaciens ou par les agents de santé non professionnels, mais des recommandations ont été élaborées pour certaines tâches secondaires, comme illustré dans les Tableaux 6 et 7.

Tableau 6. Réalisation de tâches secondaires de l'avortement médicamenteux par les pharmaciens au cours du premier trimestre de grossesse*

Tâche secondaire	Recommandation	Justification
Évaluation des critères requis pour pouvoir recourir à l'avortement médicamenteux	Recommandé dans le cadre d'une recherche rigoureuse 	Cette approche peut améliorer le triage des soins de santé par l'évaluation et l'orientation des patientes vers les établissements de soins appropriés. Des recherches rigoureuses sur cette approche, en utilisant des outils simples et des listes de contrôle, sont nécessaires pour lever les incertitudes et pour tester la faisabilité de cette option dans le cadre d'un programme.
Administration de médicaments et gestion de la procédure et des effets secondaires de manière indépendante	Recommandé dans le cadre d'une recherche rigoureuse 	La dispensation de médicaments sur ordonnance entre dans le champ ordinaire de la pratique de ces agents de santé et doit se poursuivre. Cependant, une recherche bien conçue reste nécessaire pour évaluer l'efficacité et la faisabilité, dans le cadre d'un programme, d'une approche permettant aux pharmaciens d'émettre de manière indépendante des jugements cliniques relevant de la gestion de la procédure et de ses effets secondaires courants. Cette approche peut améliorer l'accès aux soins, car les pharmacies sont souvent le premier point de contact des femmes avec le système de santé ; néanmoins, il faut aussi étudier la possibilité de développer des liens avec le système de santé pour pouvoir orienter les patientes.
Évaluation de l'issue du processus (avortement complet) et de la nécessité éventuelle d'un suivi ultérieur en milieu hospitalier	Recommandé dans le cadre d'une recherche rigoureuse 	Cette approche peut améliorer le triage des soins de santé par l'évaluation des patientes qui ont besoin d'une prise en charge ultérieure. Des recherches rigoureuses sur cette approche, en utilisant des outils simples et des listes de contrôle, sont nécessaires pour lever les incertitudes et pour tester la faisabilité de cette option dans le cadre d'un programme.

* Consulter le cadre MA1 (avortement médicamenteux) et tâches secondaires – Pharmaciens et personnel d'officine [Supplément Web 1](#) (p. 35) pour le résumé des données probantes.

Tableau 7. Réalisation de tâches secondaires de l'avortement médicamenteux par les agents de santé non professionnels au cours du premier trimestre de grossesse*

Tâche secondaire	Recommandation	Justification
Évaluation des critères requis pour pouvoir recourir à l'avortement médicamenteux	Recommandé dans le cadre d'une recherche rigoureuse 	Le nombre de femmes répondant aux critères requis pour pouvoir recourir à l'avortement médicamenteux peut être moindre lorsqu'elles sont évaluées par des agents de santé non professionnels qui utilisent des listes de contrôle simples (faible certitude). Néanmoins, cette option est prometteuse et les agents de santé non professionnels sont souvent impliqués, officiellement ou non, dans des activités de conseil aux femmes qui recherchent ce type de soins (confiance modérée). Des recherches bien conçues sont nécessaires pour affiner les outils les mieux adaptés et les listes de contrôle requises, et pour tester la faisabilité de cette option dans les communautés.
Administration de médicaments et gestion de la procédure et des effets secondaires	Recommandé dans le cadre d'une recherche rigoureuse 	Cette option peut étendre l'accès à des soins sécurisés, et des recherches bien conçues pourraient lever certaines incertitudes ayant trait à la sécurité, à l'efficacité et à la faisabilité.
Évaluation de l'issue du processus (avortement complet) et de la nécessité éventuelle d'un suivi ultérieur en milieu hospitalier	Recommandé dans le cadre d'une recherche rigoureuse 	Il existe des données probantes indiquant que les agents de santé non professionnels peuvent évaluer avec précision l'issue de l'avortement au moyen de listes de contrôle (faible certitude). Les approches utilisant un test de grossesse urinaire parmi les outils d'évaluation pourraient donner de meilleurs résultats et doivent faire l'objet de recherches ultérieures.

* Consulter le cadre MA1 (avortement médicamenteux) et tâches secondaires – Agents de santé non professionnels dans le [Supplément Web 1](#) (p. 43) pour le résumé des données probantes.

Remarques supplémentaires

Des liens solides avec les services d'urgence pour pouvoir orienter les patientes et leur prodiguer des soins doivent toujours être disponibles pendant les recherches. Les recherches initiales doivent d'abord porter sur les grossesses de 10 semaines (70 jours) ou moins.

Comme pour tous les autres médicaments, la dispensation de mifépristone et de misoprostol sur prescription entre dans le champ ordinaire de la pratique des pharmaciens, et la recommandation de recherche ci-dessus n'a pas vocation à modifier ce champ.



Autogestion du processus d'avortement médicamenteux au cours du premier trimestre de grossesse

De par la nature du processus d'avortement médicamenteux, il est possible pour les femmes de jouer un rôle dans la gestion de certaines composantes hors d'un établissement de santé. Ces approches d'autoévaluation et d'autogestion peuvent être stimulantes pour les femmes et peuvent aider au triage des soins, pour parvenir à une utilisation optimale des ressources de santé. Le Tableau 8 présente ces recommandations.

Tableau 8. Rôle des femmes dans la gestion du processus d'avortement médicamenteux*

Rôle des femmes	Recommandation	Justification
Gestion du processus complet de l'avortement médicamenteux jusqu'à 84 jours de grossesse	Pas de recommandation pour l'ensemble des tâches ; les recommandations propres à chaque tâche sont présentées ci-dessous.	Chaque composante de l'autogestion de l'avortement médicamenteux a été testée individuellement, mais les données probantes ayant trait à l'ensemble des trois composantes sont encore insuffisantes.
Autoévaluation des critères requis pour pouvoir recourir à l'avortement médicamenteux	Recommandé dans le cadre d'une recherche rigoureuse 	Les femmes pourraient être plus prudentes dans l'évaluation des critères requis pour pouvoir recourir à l'avortement médicamenteux au moyen de listes de contrôle simples (faible certitude). Néanmoins, l'approche est prometteuse et d'autres travaux sont nécessaires pour mettre au point des outils d'évaluation appropriés.
Gestion de la mifépristone et du misoprostol sans supervision directe par un prestataire de soins de santé	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option lorsque les femmes ont une source d'information juste et ont accès à un prestataire de soins de santé si elles en ont besoin ou si elles le souhaitent, à tout moment au cours de la procédure.	Il existe des données probantes montrant que cette option est sûre et efficace (données probantes de faible certitude dans de nombreuses études, mais en utilisant des plans non randomisés en raison de la nette préférence des femmes pour l'une ou l'autre option). Davantage de femmes indiquent que la méthode est satisfaisante lorsqu'elle est autogérée (faible certitude). Les femmes trouvent cette option acceptable et faisable (confiance élevée) et les prestataires trouvent également cette option faisable (confiance élevée).
Autoévaluation de l'issue du processus (avortement complet) au moyen de tests de grossesse et de listes de contrôle	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option lorsque les deux médicaments, mifépristone et misoprostol, sont utilisés et que les femmes disposent d'une source d'informations exactes et ont accès à un prestataire de soins de santé si elles en ont besoin ou si elles le souhaitent, à tout moment au cours de la procédure.	Il existe des données probantes indiquant que cette option est sûre et efficace, y compris dans les milieux peu instruits ou pauvres en ressources (certitude modérée à forte).

* Consulter le cadre MA3 (avortement médicamenteux) et tâches secondaires dans le [Supplément Web 1](#) (p. 51) pour le résumé des données probantes.

Remarques supplémentaires

Une visite de suivi après un avortement provoqué par la mifépristone et la misoprostol n'est pas obligatoire (3). L'efficacité de l'avortement médicamenteux est moindre avec le misoprostol pris seul ; l'autoévaluation de l'issue du processus (avortement complet) avec du misoprostol seul doit donc faire l'objet de recherches ultérieures.

Les données probantes disponibles pour la gestion des médicaments et du processus sans supervision directe du prestataire de soins concernent les grossesses de neuf semaines (63 jours) ou moins.

Les approches d'autogestion reflètent une extension active des systèmes de santé et des soins de santé. Ces recommandations NE sont PAS une approbation de l'utilisation clandestine par des femmes qui n'ont pas accès à l'information ou à un prestataire de soins de santé formé, ou à un établissement de santé de recours. Toutes les femmes doivent avoir accès aux services de santé si elles en ont besoin ou si elles le souhaitent.

Considérations sur la mise en œuvre

Des mécanismes pour garantir l'accès et des liens avec les services de contraception post-avortement doivent être établis.



Prise en charge de l'avortement incomplet non compliqué avec le misoprostol

La prise en charge de l'avortement incomplet non compliqué avec le misoprostol (lorsque la taille de l'utérus correspond à une grossesse allant jusqu'à 13 semaines) comprend l'identification du problème, l'évaluation de la taille de l'utérus et l'administration d'une dose adéquate de misoprostol par voie orale ou buccale. Le Tableau 9 présente les recommandations pour cette prise en charge.

Tableau 9. Prise en charge de l'avortement/fausse-couche incomplets non compliqués au cours du premier trimestre de grossesse avec le misoprostol*

Agent de santé	Recommandation	Justification
Médecins spécialistes, médecins non spécialistes	Recommandé 	Tâche incluse dans le champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.
Cliniciens associés/ cliniciens associés de niveau avancé	Recommandé 	Il existe des données probantes de certitude modérée sur la sécurité et l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse de l'avortement incomplet par les sages-femmes, et des données probantes de certitude modérée également sur l'efficacité de l'avortement médicamenteux réalisé par des catégories d'agents de santé possédant une formation de base similaire ou moins complète. En outre, il existe des données probantes directes indiquant que ces agents de santé peuvent évaluer l'âge gestationnel dans le cadre de l'aspiration manuelle. Cette option est faisable et a un fort potentiel pour étendre l'accès aux populations mal desservies.
Sages-femmes	Recommandé 	Il existe des données probantes issues d'un contexte où les ressources sont limitées sur la sécurité et l'efficacité (certitude modérée) de cette option et sur la satisfaction globale des femmes par rapport au prestataire (certitude modérée) lorsque l'avortement incomplet est pris en charge par les sages-femmes. Cette option semble faisable et peut réduire les inégalités en matière d'accès à l'avortement sécurisé.
Personnel infirmier	Recommandé 	Il existe des données probantes sur la sécurité, l'efficacité et la satisfaction par rapport à l'avortement médicamenteux (certitude modérée ; voir le Tableau 5), et les compétences requises pour la prise en charge de l'avortement incomplet avec le misoprostol sont similaires. Cette option semble faisable et peut réduire les inégalités en matière d'accès à l'avortement sécurisé.
Sages-femmes auxiliaires et aides-soignants	Recommandé 	Il existe des données probantes sur la sécurité et l'efficacité de l'avortement médicamenteux réalisé au cours du premier trimestre de grossesse (certitude modérée ; voir le Tableau 5), et les compétences requises pour la prise en charge de l'avortement incomplet avec le misoprostol sont similaires.

Tableau 9 (suite)

Agent de santé	Recommandation	Justification
Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option uniquement dans des contextes où il existe des mécanismes au sein du système de santé prévoyant la participation de docteurs exerçant une médecine complémentaire à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive.	Il existe des données probantes sur la sécurité et l'efficacité de l'avortement médicamenteux (faible certitude ; voir le Tableau 5), et les compétences requises pour la prise en charge de l'avortement incomplet avec le misoprostol sont similaires.
Pharmaciens et personnel d'officine	Non recommandé 	Les données probantes de sécurité et d'efficacité pour cette option sont insuffisantes. Par ailleurs, conduire une évaluation complète pour diagnostiquer un avortement incomplet ou déterminer la taille de l'utérus n'entrent pas dans le champ ordinaire de la pratique des pharmaciens ou du personnel d'officine.
Agents de santé non professionnels	Recommandé dans le cadre d'une recherche rigoureuse 	Il n'existe pas de données probantes directes pour cette option, mais il en existe qui montrent que les agents de santé non professionnels peuvent utiliser des outils simples et des listes de contrôle pour déterminer l'âge gestationnel ou pour évaluer l'issue du processus (faible certitude). Ces agents de santé sont souvent impliqués dans des activités de conseil aux femmes qui recherchent ce type de soins (confiance modérée). En général, les interventions des agents de santé non professionnels sont acceptables et se sont révélées faisables dans de nombreux contextes. La mise au point d'outils et la conduction de recherches rigoureuses pourraient aider à lever des incertitudes liées à cette option.

* Consulter le cadre MA2 (avortement médicamenteux) dans le [Supplément Web 1](#) (p. 60), le cadre MA2 – Pharmaciens et personnel d'officine dans le [Supplément Web 1](#) (p. 68) et le cadre MA2 – Agents de santé non professionnels dans le [Supplément Web 1](#) (p. 74) pour le résumé des données probantes.

Remarques supplémentaires

Un avortement provoqué ou spontanée (fausse-couche) peut se traduire par un avortement incomplet non compliqué. La prise en charge est identique et les recommandations ci-dessus s'appliquent dans les deux cas.

Considérations sur la mise en œuvre

Il faudra éventuellement modifier les restrictions concernant l'autorisation de prescrire pour certaines catégories de prestataires ou mettre en place d'autres mécanismes pour rendre ces médicaments disponibles pour ces prestataires sans sortir du cadre réglementaire du système de santé.

L'évacuation des produits non éliminés est une fonction fondamentale des soins obstétricaux d'urgence ; la formation et la mise en œuvre de ces tâches peuvent donc être intégrées aux services de soins obstétricaux d'urgence.



Besoins de la recherche

La recherche sur les rôles des agents de santé non professionnels dans l'exécution de ces tâches nécessite une documentation sur la sécurité et l'efficacité de leur capacité à reconnaître un avortement incomplet non compliqué, à administrer la dose adéquate de misoprostol et à repérer et à signaler l'existence d'autres complications. Des liens solides avec les services d'urgence pour pouvoir orienter les patientes et leur prodiguer des soins doivent toujours être disponibles.

Gestion des soins liés à l'avortement et à l'après-avortement au-delà de 12 semaines de grossesse

La dilatation et évacuation, et l'avortement médicamenteux avec de la mifépristone puis du misoprostol (ou du misoprostol seul quand la mifépristone n'est pas disponible), sont des options recommandées (3, 14). Les recommandations sont présentées dans le Tableau 10.

Dilatation et évacuation

Tableau 10. Dilatation et évacuation au-delà de 12 semaines de grossesse*

Agent de santé	Recommandation	Justification
Médecins spécialistes	Recommandé 	Tâche incluse dans le champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.
Médecins non spécialistes	Recommandé 	Il n'existe pas de données probantes directes de sécurité et d'efficacité pour cette option. Néanmoins, elle semble faisable dans des contextes où la dilatation et évacuation est couramment utilisée, qu'ils disposent de ressources abondantes ou limitées. En outre, ces médecins pratiquent régulièrement d'autres chirurgies telles que la césarienne, l'extraction par aspiration ou la ligature des trompes. Les bénéfices potentiels de cette option l'emportent sur les inconvénients. Les médecins spécialistes ne sont pas toujours disponibles sur place, et cette option peut augmenter les possibilités pour les systèmes de santé de prodiguer des soins aux femmes qui en ont besoin.
Cliniciens associés/ cliniciens associés de niveau avancé	Recommandé dans le cadre d'une recherche rigoureuse 	Il n'existe pas de données probantes directes de sécurité ou d'efficacité. Néanmoins, les bénéfices potentiels l'emportent sur les inconvénients éventuels et cette option peut réduire les inégalités dans l'accès aux soins et augmenter les possibilités pour les établissements d'assurer des soins au deuxième trimestre. Il est donc important de tester cette option dans le cadre de recherches.
Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Non recommandé 	Il n'existe pas de données probantes directes de sécurité, d'efficacité ou de faisabilité pour cette option. Cette procédure requiert des compétences au-delà de ce qui est requis pour l'aspiration pratiquée jusqu'à 12 semaines de grossesse, et elle est généralement réalisée dans des établissements où des médecins spécialistes ou non spécialistes sont disponibles.

Tableau 10 (suite)

Sages-femmes, personnel infirmier, infirmières sages femmes, sages- femmes auxiliaires, pharmaciens, personnel d'officine, agents de santé non professionnels	Non recommandé 	Hors du champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.
--	---	---

* Consulter le cadre D&E (dilatation et évacuation) dans le [Supplément Web 1](#) (p. 80) pour le résumé des données probantes.

Remarques supplémentaires

Quel que soit le niveau du prestataire, les compétences requises pour réaliser une dilatation et évacuation sont supérieures à celles requises pour une aspiration manuelle ou électrique réalisée en début de grossesse, et la formation nécessaire est beaucoup plus poussée.

Considérations sur la mise en œuvre

Bien qu'elle soit généralement pratiquée dans des établissements de niveau avancé, cette procédure peut être réalisée en ambulatoire.

Les agents de santé qui pratiquent l'avortement au deuxième trimestre, ou qui soignent des femmes qui ont eu recours à un tel avortement, peuvent avoir des besoins supplémentaires en matière de soutien professionnel ou d'encadrement.



Tâche secondaire : la préparation du col

La préparation du col au moyen de dilatateurs osmotiques ou de médicaments est recommandée chez toutes les femmes qui subissent une dilatation et évacuation. La préparation du col n'est pas obligatoire lorsque la grossesse date de moins de 12 semaines, mais on peut y avoir recours.

Les dilatateurs osmotiques sont placés 6 à 24 heures avant la procédure. Ils peuvent être mis en place par un autre professionnel de santé que celui qui réalise la dilatation et évacuation. Si l'on utilise de la mifépristone, elle doit être administrée par voie orale 24 à 48 heures avant la procédure. Si l'on utilise du misoprostol, il doit être administré par voie sublinguale ou vaginale 2 à 3 heures avant la procédure. La préparation du col peut donc être assurée par un prestataire autre que celui qui réalise la dilatation et évacuation. Les recommandations sont présentées dans les Tableaux 11 et 12.

Tableau 11. Préparation du col avec des dilatateurs osmotiques avant la dilatation et évacuation*

Agent de santé	Recommandation	Justification
Médecins spécialistes, médecins non spécialistes	Recommandé 	Tâche incluse dans le champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.
Cliniciens associés/ cliniciens associés de niveau avancé	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons la mise en œuvre de cette option si la préparation est réalisée sous la supervision du professionnel de santé en charge de la dilatation et évacuation.	Il existe des données probantes de sécurité et d'efficacité pour l'aspiration manuelle et électrique (certitude modérée) qui inclut la préparation du col au moyen de dilatateurs osmotiques dans certains cas. Cette option peut aider à optimiser le déroulement des activités dans un établissement et réduire les temps d'attente des femmes.
Sages-femmes	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons la mise en œuvre de cette option si la préparation est réalisée sous la supervision du professionnel de santé en charge de la dilatation et évacuation.	Même si les données probantes directes pour cette option sont insuffisantes, les sages-femmes sont encouragées à réaliser d'autres procédures transcervicales, telles que la pose d'un DIU. Il existe des données probantes de sécurité et d'efficacité pour l'aspiration manuelle réalisée par les sages-femmes (certitude modérée ; voir le Tableau 3). Cette option peut aider à optimiser le déroulement des activités dans un établissement et réduire les temps d'attente des femmes.

Tableau 11 (suite)

Agent de santé	Recommandation	Justification
Personnel infirmier	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons la mise en œuvre de cette option si la préparation est réalisée sous la supervision du professionnel de santé en charge de la dilatation et évacuation.	Même si les données probantes directes en faveur de cette option sont insuffisantes, le personnel infirmier est encouragé à réaliser d'autres procédures transcervicales, telles que la pose d'un DIU. Il existe des données probantes de sécurité et d'efficacité de l'aspiration manuelle réalisée par du personnel infirmier (certitude modérée ; voir le Tableau 3). Cette option peut aider à optimiser le déroulement des activités dans un établissement et réduire les temps d'attente des femmes.
Sages-femmes auxiliaires et aides-soignants	Non recommandé 	Les données probantes directes de sécurité et d'efficacité pour cette option sont insuffisantes. En général, ces agents de santé ne sont pas impliqués dans la prise en charge de l'avortement au deuxième trimestre.
Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Non recommandé 	Les données probantes directes de sécurité et d'efficacité pour cette option sont insuffisantes. En général, ces agents de santé ne sont pas impliqués dans la prise en charge de l'avortement au deuxième trimestre.
Pharmaciens, personnel d'officine, agents de santé non professionnels	Non recommandé 	Hors du champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.

* Consulter le cadre PRIME1 (préparation) dans le [Supplément Web 1](#) (p. 86) pour le résumé des données probantes.



Tableau 12. Préparation du col avec des médicaments avant la dilatation et évacuation*

Agent de santé	Recommandation	Justification
Médecins spécialistes, médecins non spécialistes	Recommandé 	Tâche incluse dans le champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.
Cliniciens associés/ cliniciens associés de niveau avancé	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons la mise en œuvre de cette option si la préparation est réalisée sous la supervision du professionnel de santé en charge de la dilatation et évacuation.	Il existe des données probantes sur l'administration de ces médicaments dans le cadre de l'avortement médicamenteux réalisé par des agents de santé ayant une formation de base similaire ou moins complète (par exemple, les sages-femmes, le personnel infirmier, les sages-femmes auxiliaires) (certitude modérée), et la préparation du col fait partie de la formation pour réaliser une aspiration manuelle.
Sages-femmes	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons la mise en œuvre de cette option si la préparation est réalisée sous la supervision du professionnel de santé en charge de la dilatation et évacuation.	Il existe des données probantes de sécurité et d'efficacité sur les capacités des sages-femmes à administrer ces médicaments dans le cadre d'un avortement médicamenteux (certitude modérée ; voir le Tableau 5), et la préparation du col fait partie de la formation pour réaliser une aspiration manuelle.
Personnel infirmier	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons la mise en œuvre de cette option si la préparation est réalisée sous la supervision du professionnel de santé en charge de la dilatation et évacuation.	Il existe des données probantes de sécurité et d'efficacité sur les capacités du personnel infirmier à administrer ces médicaments dans le cadre d'un avortement médicamenteux (certitude modérée ; voir le Tableau 5), et la préparation du col fait partie de la formation pour réaliser une aspiration manuelle.

Tableau 12 (suite)

Agent de santé	Recommandation	Justification
Sages-femmes auxiliaires et aides-soignants	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons la mise en œuvre de cette option si la préparation est réalisée sous la supervision du professionnel de santé en charge de la dilatation et évacuation.	Il existe des données probantes de sécurité et d'efficacité sur les capacités de ces agents de santé à administrer ces médicaments dans le cadre d'un avortement médicamenteux (certitude modérée ; voir le Tableau 5), et la préparation du col fait partie de la formation pour réaliser une aspiration manuelle.
Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons la mise en œuvre de cette option si la préparation est réalisée sous la supervision du professionnel de santé en charge de la dilatation et évacuation.	Il existe des données probantes de sécurité et d'efficacité sur les capacités de ces agents de santé à administrer ces médicaments dans le cadre d'un avortement médicamenteux (faible certitude ; voir le Tableau 5), et la préparation du col fait partie de la formation pour réaliser une aspiration manuelle.
Pharmaciens et personnel d'officine	Non recommandé 	Bien que la dispensation de médicaments sur ordonnance entre dans le champ de la pratique des pharmaciens, cette procédure d'avortement au deuxième trimestre doit se dérouler dans un établissement de soins.
Agents de santé non professionnels	Non recommandé 	Cette procédure d'avortement au deuxième trimestre doit se dérouler dans un établissement de soins. En général, les agents de santé non professionnels ne sont pas impliqués dans la prise en charge de l'avortement au deuxième trimestre.

* Consulter le cadre PRIME2 (préparation) dans le [Supplément Web 1](#) (p. 93) et le cadre PRIME2 – Pharmaciens et personnel d'officine dans le [Supplément Web 1](#) (p. 99) pour le résumé des données probantes.



Avortement médicamenteux au-delà de 12 semaines de grossesse

L'avortement médicamenteux au-delà de 12 semaines de grossesse est une procédure qui doit se dérouler dans un établissement de soins et les femmes doivent rester sous observation jusqu'à la fin du processus. Le Tableau 13 présente les recommandations sur les rôles des agents de santé.

Tableau 13. Avortement médicamenteux au-delà de 12 semaines de grossesse*

Agent de santé	Recommandation	Justification
Médecins spécialistes	Recommandé 	Tâche incluse dans le champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.
Médecins non spécialistes	Recommandé 	Les données probantes directes pour cette option sont insuffisantes ; néanmoins, les médecins non spécialistes réalisent régulièrement des tâches de complexité identique ou supérieure (par exemple, des accouchements, l'extraction manuelle du placenta, l'aspiration). Les bénéfices potentiels de cette option l'emportent sur les inconvénients et l'intervention s'est révélée faisable dans différents contextes. Les médecins spécialistes ne sont pas toujours disponibles sur place, et cette option peut augmenter les possibilités pour les systèmes de santé de prodiguer des soins aux femmes qui en ont besoin.
Cliniciens associés/ cliniciens associés de niveau avancé	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option s'il existe un accès aisé à la prise en charge chirurgicale appropriée et que l'infrastructure nécessaire est disponible pour prendre en charge les avortements incomplets et autres complications.	Les données probantes directes pour cette option sont insuffisantes ; néanmoins, ces professionnels sont considérés comme une alternative pour des tâches de complexité identique telles que l'aspiration et l'extraction manuelle du placenta (6). Ils sont souvent présents dans des établissements de niveau avancé où se pratique l'avortement au deuxième trimestre. Les spécialistes formés ne sont pas toujours présents dans ce type d'établissement, et la présence de plus d'un prestataire formé sur place augmente les possibilités de soutien aux services d'avortement au deuxième trimestre.
Sages-femmes	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option s'il existe un accès aisé à la prise en charge chirurgicale appropriée et que l'infrastructure nécessaire est disponible pour prendre en charge les avortements incomplets et autres complications.	Même si les données probantes directes sur l'efficacité de l'intervention complète sont insuffisantes, les sages-femmes sont souvent responsables de la surveillance et des soins des femmes à partir de l'administration du misoprostol et jusqu'à ce que l'avortement soit terminé ; en outre, les femmes considèrent souvent que les soins prodigués par les sages-femmes sont plus acceptables (confiance modérée).

Tableau 13 (suite)

Agent de santé	Recommandation	Justification
Personnel infirmier	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option s'il existe un accès aisé à la prise en charge chirurgicale appropriée et que l'infrastructure nécessaire est disponible pour prendre en charge les avortements incomplets et autres complications.	Même si les données probantes directes sur l'efficacité de l'intervention complète sont insuffisantes, le personnel infirmier est souvent responsable de la surveillance et des soins des femmes à partir de l'administration du misoprostol et jusqu'à ce que l'avortement soit terminé ; en outre, les femmes considèrent souvent que les soins prodigués par le personnel infirmier sont plus acceptables (confiance modérée).
Sages-femmes auxiliaires et aides-soignants	Non recommandé 	Il n'existe pas de données probantes directes de sécurité, d'efficacité ou d'acceptabilité pour cette option. Ces agents de santé ne sont généralement pas présents dans les établissements de niveau avancé où se pratique ce type de prise en charge, ni impliqués dans la prise en charge de l'avortement au deuxième trimestre.
Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Non recommandé 	Il n'existe pas de données probantes directes de sécurité, d'efficacité ou d'acceptabilité pour cette option. Ces docteurs ne sont généralement pas impliqués dans la prise en charge de l'avortement au deuxième trimestre et cette procédure se déroule dans des établissements de niveau avancé où des médecins spécialistes ou non spécialistes sont présents.
Pharmaciens, personnel d'officine, agents de santé non professionnels	Non recommandé 	Hors du champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.

* Consulter le cadre MA4 (avortement médicamenteux) dans le [Supplément Web 1](#) (p. 104) pour le résumé des données probantes.

Priorités de la recherche

Des recherches supplémentaires doivent être conduites sur les rôles des prestataires non médecins – tels que les cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, les sages-femmes et les infirmières – dans le cadre de l'avortement au cours du deuxième trimestre de grossesse.

Considérations sur la mise en œuvre

Les avortements médicamenteux au-delà de 12 semaines de grossesse doivent se dérouler dans un établissement de soins en mesure d'hospitaliser les patientes.

Les agents de santé qui pratiquent l'avortement au deuxième trimestre, ou qui soignent des femmes qui ont eu recours à un tel avortement, peuvent avoir des besoins supplémentaires en matière de soutien professionnel ou d'encadrement.



Prise en charge des complications sans danger pour la vie de la patiente

La prise en charge initiale et basique comprend la reconnaissance de la complication, la stabilisation de la femme, l'administration d'antibiotiques par voie orale ou parentérale et de liquides par voie intraveineuse avant d'orienter la patiente vers un prestataire de soins ou un établissement compétent pour la prise en charge définitive (voir les Tableaux 14 et 15).

Tableau 14. Prise en charge initiale de l'infection post-avortement sans danger pour la vie de la patiente*

Agent de santé	Recommandation	Justification
Médecins spécialistes, médecins non spécialistes	Recommandé 	Tâche incluse dans le champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.
Cliniciens associés/ cliniciens associés de niveau avancé, sages-femmes, personnel infirmier, aides-soignants et sages-femmes auxiliaires	Recommandé 	Même s'il n'existe pas de données probantes directes pour la prise en charge de l'infection post-avortement, la prise en charge de la septicémie puerpérale avec des antibiotiques intramusculaires, qui requiert des compétences similaires et qui entre dans le champ ordinaire de la pratique de ces agents de santé est recommandée.
Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option uniquement dans des contextes où il existe des mécanismes au sein du système de santé prévoyant la participation de docteurs exerçant une médecine complémentaire à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive.	Il n'existe pas de données probantes directes pour la prise en charge de l'infection post-avortement, mais la formation de base de ces professionnels couvre les compétences requises pour cette tâche.
Pharmaciens, personnel d'officine, agents de santé non professionnels	Non recommandé 	Hors du champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.

*Consulter le cadre COMP1 (complications) dans le [Supplément Web 1](#) (p. 111) pour le résumé des données probantes.

Remarques supplémentaires

Aucune recommandation plus spécifique liée à la prise en charge complète de l'infection post-avortement n'a été formulée en raison de l'absence de directives cliniques sur la prise en charge des complications de l'avortement à risque.

Considérations sur la mise en œuvre

Il faudra éventuellement modifier les restrictions concernant l'autorisation de prescrire pour certaines catégories de prestataires ou mettre en place d'autres mécanismes pour permettre à ces prestataires d'administrer des antibiotiques sans sortir du cadre réglementaire du système de santé.

Tableau 15. Prise en charge initiale de l'hémorragie post-avortement sans danger pour la vie de la patiente*

Agent de santé	Recommandation	Justification
Médecins spécialistes, médecins non spécialistes	Recommandé 	Tâche incluse dans le champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.
Cliniciens associés/ cliniciens associés de niveau avancé, sages femmes, personnel infirmier	Recommandé 	Même s'il n'existe pas de données probantes directes pour la prise en charge de l'hémorragie post-avortement, la prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum avec des liquides administrés par voie intraveineuse, qui fait appel à des compétences similaires, est considérée comme entrant dans le champ ordinaire de leur pratique (6).
Sages-femmes auxiliaires et aides-soignants	Recommandé 	Même s'il n'existe pas de données probantes directes pour la prise en charge de l'hémorragie post-avortement, la prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum avec des liquides intraveineux, qui fait appel à des compétences similaires est recommandée (6).
Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option uniquement dans des contextes où il existe des mécanismes au sein du système de santé prévoyant la participation de docteurs exerçant une médecine complémentaire à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive.	Même s'il n'existe pas de données probantes directes pour la prise en charge de l'hémorragie post-avortement, la prise en charge initiale, la formation de base de ces professionnels couvre les compétences requises pour cette tâche.
Pharmaciens, personnel d'officine, agents de santé non professionnels	Non recommandé 	Hors du champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.

* Consulter le cadre COMP2 (complications) dans le [Supplément Web 1](#) (p. 111) pour le résumé des données probantes.

Remarques supplémentaires

Aucune recommandation plus spécifique liée à la prise en charge complète n'a été formulée en raison de l'absence de directives cliniques sur la prise en charge des complications de l'avortement à risque.



Information sur l'avortement sécurisé et sur la contraception

Cette section envisage la fourniture d'informations générales sur les soins liés à l'avortement sécurisé. Par exemple : où et comment obtenir des méthodes contraceptives, des services d'avortement sécurisé et légal et des informations sur les coûts ; des précisions sur la législation locale ; l'importance de solliciter une prise en charge précoce. Ces informations peuvent être fournies aux femmes qui recherchent ces services, mais aussi à d'autres femmes et hommes. Les options recommandées sont présentées dans le Tableau 16.

Tableau 16. Information sur l'avortement sécurisé*

Agent de santé	Recommandation	Justification
Médecins spécialistes, médecins non spécialistes, cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, docteurs exerçant une médecine complémentaire, sages femmes, personnel infirmier, aides soignants, sages-femmes auxiliaires	Recommended 	Tâche incluse dans le champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.
Pharmaciens	Recommended 	Il existe des données probantes sur l'efficacité de la formation et des activités de conseil sur les maladies chroniques (certitude faible à modérée). Ces professionnels sont souvent sollicités par des femmes qui cherchent des conseils sur la manière de gérer un retard de menstruations (confiance modérée). Les pharmaciens sont des professionnels qualifiés et ils fournissent habituellement des informations sur les médicaments.
Personnel d'officine	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option uniquement dans le cas où le personnel d'officine est directement supervisé par un pharmacien et que des liens avec un système de santé officiel sont établis.	Les données probantes directes de sécurité, d'efficacité et d'acceptabilité de cette option sont insuffisantes. Néanmoins, dans de nombreux contextes, ces professionnels sont souvent sollicités par des femmes qui cherchent des informations sur la manière de gérer un retard de menstruations (confiance modérée). Même si l'efficacité des interventions de formation auprès de ces professionnels est incertaine, les bénéfices potentiels de leur capacité à fournir des informations de base l'emportent sur les inconvénients potentiels résultant d'une absence d'information ou de la fourniture d'informations erronées.
Agents de santé non professionnels	Recommandé 	Les interventions des agents de santé non professionnels sont généralement bien acceptées et faisables dans de nombreux contextes où il existe un solide programme pour ces agents (confiance modérée). Cette option a un fort potentiel pour étendre l'accès équitable à l'information et aux soins pour l'avortement sécurisé.

* Consulter les cadres MESSAGE1 – Pharmaciens et personnel d'officine dans le [Supplément Web 1](#) (p. 119) et MESSAGE1 – Agents de santé non professionnels dans le [Supplément Web 1](#) (p. 127) pour le résumé des données probantes.

Activités de conseil pré/post-avortement

La fourniture d'informations scientifiquement exactes et faciles à comprendre à toutes les femmes qui ont recours à un avortement, et les activités de conseil non directif et volontaire aux femmes qui les demandent, sont une composante clé des services d'avortement de qualité. Des informations et des services complets en matière de contraception doivent être systématiquement intégrés aux soins liés à l'avortement et à l'après-avortement (15). Cependant, les activités de conseil sont plus qu'une fourniture d'informations : elles font référence à un processus ciblé et interactif par lequel la femme reçoit volontairement un soutien, des informations et des conseils non directifs de la part d'une personne formée (14). Ces activités requièrent un niveau bien plus élevé de connaissances spécifiques que la fourniture d'information générales sur les soins pour l'avortement sécurisé. Le Tableau 17 présente les recommandations dans ce domaine.

Tableau 17. Activités de conseil pré/post-avortement*

Agent de santé	Recommandation	Justification
Médecins spécialistes, médecins non spécialistes	Recommandé 	Tâche incluse dans le champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.
Cliniciens associés/ cliniciens associés de niveau avancé	Recommandé 	Cette tâche est une composante clé de la prestation de soins liés à l'avortement et à l'après-avortement.
Sages-femmes	Recommandé 	Le conseil est une compétence centrale des sages-femmes et cette tâche est une composante clé de la prestation de soins liés à l'avortement et à l'après-avortement.
Infirmières, aides-soignants et sages-femmes auxiliaires	Recommandé 	Cette tâche est une composante clé de la prestation de soins liés à l'avortement et à l'après-avortement.
Docteur exerçant une médecine complémentaire	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option uniquement dans des contextes où il existe des mécanismes au sein du système de santé prévoyant la participation de docteurs exerçant une médecine complémentaire à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive.	Cette tâche est une composante clé de la prestation de soins liés à l'avortement et à l'après-avortement.



Tableau 17 (suite)

Agent de santé	Recommandation	Justification
Pharmaciens	Non recommandé 	Bien que les pharmaciens soient qualifiés pour fournir des informations sur les médicaments qu'ils dispensent et que l'on dispose de données probantes sur l'efficacité (faible certitude) des activités de conseil aux patients sur la prise en charge de maladies chroniques, le champ de leur pratique n'inclut pas les options chirurgicales ; ils sont donc mal placés pour donner des conseils sur toutes les méthodes d'avortement sécurisé et de contraception. En outre, les pharmacies ne sont pas toujours des lieux qui permettent d'assurer la confidentialité requise en matière de conseils pré/post-avortement ; cette option ne serait donc pas faisable dans de nombreux contextes.
Personnel d'officine	Non recommandé 	Il n'existe pas de données probantes de sécurité, d'efficacité ou de faisabilité pour cette approche.
Agents de santé non professionnels	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option dans les situations où le prestataire de soins en charge de la procédure n'est pas disponible pour fournir des conseils ou lorsque la femme nécessite une aide supplémentaire.	Les données probantes directes d'efficacité, d'acceptabilité et de faisabilité pour cette option sont insuffisantes, mais les interventions des agents de santé non professionnels sont généralement bien acceptées et faisables dans de nombreux contextes, et ces agents sont souvent des intermédiaires entre les systèmes de santé officiels et les femmes qui cherchent des soins liés à l'avortement (confiance modérée). Ces agents peuvent jouer un rôle de soutien au prestataire ou au conseiller principal.

* Consulter les cadres MESSAGE2 dans le [Supplément Web 1](#) (p. 133), MESSAGE2 – Pharmaciens et personnel d'officine dans le [Supplément Web 1](#) (p. 119) et MESSAGE2 – Agents de santé non professionnels dans le [Supplément Web 1](#) (p. 127) pour le résumé des données probantes.

Dispensation de la contraception post-avortement

La contraception peut être proposée immédiatement après l'avortement et toutes les options de contraception peuvent être envisagées. Les critères décrits dans le document *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (16) et les principes de la dispensation d'une méthode contraceptive volontaire dans un cadre respectueux des droits de l'homme (15) doivent être respectés.

Les Tableaux 18 à 22 présentent les recommandations sur différentes méthodes contraceptives. Bien que la description complète de toutes les méthodes contraceptives n'entre pas dans le champ de ces lignes directrices, cela n'implique pas que les options de contraception post-avortement pour les femmes se limitent aux méthodes répertoriées ici.

Dispositif intra-utérin

Tableau 18. Pose et retrait d'un dispositif intra-utérin*

Agent de santé	Recommandation	Justification
Médecins spécialistes, médecins non spécialistes, cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Recommandé 	La recommandation provient des lignes directrices <i>Optimiser la SMN (6)</i> dans lesquelles il est considéré que cette tâche entre dans le champ ordinaire de la pratique de ces agents de santé.
Sages-femmes et personnel infirmier	Recommandé 	La recommandation provient des lignes directrices <i>Optimiser la SMN (6)</i> .
Sages-femmes auxiliaires	Recommandé 	La recommandation provient des lignes directrices <i>Optimiser la SMN (6)</i> .
Aides-soignants	Recommandé dans le cadre d'une recherche rigoureuse 	La recommandation provient des lignes directrices <i>Optimiser la SMN (6)</i> .
Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option uniquement dans des contextes où il existe des mécanismes au sein du système de santé prévoyant la participation de docteurs exerçant une médecine complémentaire à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive.	Leur formation de base couvre généralement les compétences requises pour cette tâche. Cette option est probablement faisable et peut favoriser la continuité des soins aux femmes et accroître l'accès aux soins dans des régions où ces professionnels constituent une part importante des personnels de santé.
Pharmaciens et personnel d'officine	Non recommandé 	Il n'existe pas de données probantes directes de sécurité, d'efficacité, d'acceptabilité ou de faisabilité pour cette option.
Agents de santé non professionnels	Non recommandé 	La recommandation provient des lignes directrices <i>Optimiser la SMN (6)</i> .

* Consulter les cadres CONTRA1 – Docteurs exerçant une médecine complémentaire dans le [Supplément Web 1](#) (p. 138) et CONTRA1. – Pharmaciens et personnel d'officine dans le [Supplément Web 1](#) (p. 144) pour le résumé des données probantes.



Implants

Tableau 19. Pose et retrait d'implants*

Agent de santé	Recommandation	Justification
Médecins spécialistes, médecins non spécialistes, cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Recommandé 	La recommandation provient des lignes directrices Optimiser la SMN (6) dans lesquelles il est considéré que cette tâche entre dans le champ ordinaire de la pratique de ces praticiens.
Sages-femmes et personnel infirmier	Recommandé 	La recommandation provient des lignes directrices Optimiser la SMN (6).
Sages-femmes auxiliaires et aides-soignants	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	La recommandation provient des lignes directrices Optimiser la SMN (6).
Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option uniquement dans des contextes où il existe des mécanismes au sein du système de santé prévoyant la participation de docteurs exerçant une médecine complémentaire à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive, et dans lesquels la formation à la pose d'implants s'accompagne d'une formation au retrait des implants.	Les données probantes directes d'efficacité pour cette option sont insuffisantes. Cependant, la formation de base de ce groupe de professionnels couvre les compétences requises pour cette tâche. Cette option peut favoriser la continuité des soins pour les femmes.
Pharmaciens et personnel d'officine	Non recommandé 	Il n'existe pas de données probantes directes de sécurité, d'efficacité, d'acceptabilité ou de faisabilité pour cette option.
Agents de santé non professionnels	Recommandé dans le cadre d'une recherche rigoureuse 	La recommandation provient des lignes directrices Optimiser la SMN (6).

* Consulter les cadres CONTRA1 – Docteurs exerçant une médecine complémentaire dans le [Supplément Web 1](#) (p. 138) et CONTRA1.
– Pharmaciens et personnel d'officine dans le [Supplément Web 1](#) (p. 144) pour le résumé des données probantes.

Remarques supplémentaires

Le retrait des implants peut nécessiter des compétences supérieures à celles requises pour leur mise en place, et tout agent de santé formé pour poser des implants de manière indépendante doit aussi être correctement formé au retrait de ceux-ci.

La recherche sur le rôle des agents de santé non professionnels dans la pose et le retrait d'implants doit se limiter à ceux d'entre eux qui dispensent des soins dans un établissement de santé ou dans une structure qui permette de travailler dans des conditions d'asepsie (6).

Contraceptif injectable

Tableau 20. Instauration/poursuite de l'administration de contraceptif injectable*

Agent de santé	Recommandation	Justification
Médecins spécialistes, médecins non spécialistes, cliniciens associés/ cliniciens associés de niveau avancé, sages-femmes, personnel infirmier	Recommandé 	La recommandation provient des lignes directrices Optimiser la SMN (6) dans lesquelles il est entendu que cette tâche entre dans le champ ordinaire de la pratique de ces professionnels.
Sages-femmes auxiliaires et aides-soignants	Recommandé 	La recommandation provient des lignes directrices Optimiser la SMN (6).
Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option uniquement dans des contextes où il existe des mécanismes au sein du système de santé prévoyant la participation de docteurs exerçant une médecine complémentaire à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive.	La formation de base de ce groupe de professionnels couvre les compétences requises pour cette tâche ; les besoins en formation supplémentaire seraient donc minimes. Cette option peut favoriser la continuité des soins pour les femmes.
Pharmaciens	Recommandé 	Bien que les données d'efficacité disponibles soient très incertaines, pratiquer des injections entre dans le champ ordinaire de la pratique des pharmaciens et les besoins en formation supplémentaire pour cette tâche seraient minimes. Cette option peut élargir le choix des femmes et réduire les inégalités en matière d'accès aux méthodes contraceptives.



Tableau 20 (suite)

Agent de santé	Recommandation	Justification
Personnel d'officine	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option uniquement dans le cas où le personnel d'officine procède à l'administration de contraceptif injectable sous la supervision directe d'un pharmacien.	Il n'existe pas de données probantes d'efficacité, d'acceptabilité ou de faisabilité pour cette option. Néanmoins, pratiquer des injections entre dans le champ ordinaire de la pratique du personnel d'officine formé ; les besoins en formation supplémentaire seraient donc minimales. Cette option a le potentiel d'élargir le choix des femmes et de réduire les inégalités en matière d'accès aux méthodes contraceptives.
Agents de santé non professionnels	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblées.	La recommandation provient des lignes directrices <i>Optimiser la SMN</i> (6).

* Consulter les cadres CONTRA1 – Docteurs exerçant une médecine complémentaire dans le [Supplément Web 1](#) (p. 138) et CONTRA1 – Pharmaciens et personnel d'officine dans le [Supplément Web 1](#) (p. 144) pour le résumé des données probantes.

Considérations sur la mise en œuvre

Il est important de mettre en place des mécanismes adéquats pour l'élimination des objets piquants/tranchants, des seringues et des aiguilles, particulièrement pour les pharmaciens et le personnel d'officine car les pharmacies ne disposent pas nécessairement de tels mécanismes.

L'investissement requis pour la formation initiale peut être plus important si les pharmaciens ne sont pas déjà habilités à pratiquer des injections. Les mécanismes qui mettent en relation les pharmaciens et le système de santé officiel et qui permettent d'orienter les patientes sont importants.

Priorités de la recherche

Les données probantes issues de la recherche pour les pharmaciens proviennent de contextes disposant de ressources abondantes ; il est donc nécessaire de mener des recherches sur les questions de faisabilité dans les contextes disposant de ressources limitées.

Auto-administration de contraceptif injectable

Des recommandations sont également formulées pour l'auto-administration de contraceptif injectable par les femmes elles mêmes (voir le Tableau 21).

Tableau 21. Auto-administration de contraceptif injectable*

Auto-administration de contraceptif injectable	Recommandation	Justification
Femmes (auto-administration)	Recommandé dans certaines circonstances  Nous recommandons cette option dans le cas où il existe des mécanismes appropriés pour informer et former les femmes, où les liens avec des prestataires de soins pour l'orientation des patientes sont solides, et où il est possible de garantir une surveillance et un suivi.	Il existe des données probantes issues de contextes disposant de ressources abondantes qui indiquent que les taux de poursuite de l'auto-administration de contraceptif injectable sont similaires à ceux d'une administration par des prestataires en milieu hospitalier (faible certitude). Cette option peut se traduire par un gain de temps et des économies pour les femmes. Il existe des données probantes indiquant que les femmes préfèrent l'auto-injection et que cette option peut accroître le choix des femmes et leur autonomie en matière de méthode contraceptive dans le respect des droits.

*Consulter le cadre CONTRA1 – Auto-administration dans le [Web Supplement 1](#) (p. 152) pour le résumé des données probantes.

Remarques supplémentaires

L'administration d'un contraceptif injectable nécessite une seringue standard et peut être réalisée en intramusculaire ou en sous-cutanée. Les seringues compactes préremplies autobloquantes ne sont pas encore disponibles à grande échelle.

Considérations sur la mise en œuvre

Considérations importantes relatives à l'option d'auto-injection :

- prendre des dispositions adéquates pour la conservation et le stockage sécurisé des objets piquants/tranchants à la maison ;
- se former aux mécanismes d'élimination sûre et sécurisée des contraceptifs injectables et les mettre en place (en particulier là où la prévalence du VIH est élevée) ;
- assurer la fourniture régulière des contraceptifs injectables sans avoir à se rendre à maintes reprises dans un établissement de santé.



Ligature des trompes

Tableau 22. Ligature des trompes

Agent de santé	Recommandation	Justification
Médecins spécialistes, médecins non spécialistes, cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé	Recommandé 	La recommandation provient des lignes directrices Optimiser la SMN (6), dans lesquelles il est entendu que cette tâche entre dans le champ ordinaire de la pratique de ces professionnels.
Sages-femmes et personnel infirmier	Recommandé dans le cadre d'une recherche rigoureuse 	La recommandation provient des lignes directrices Optimiser la SMN (6).
Sages-femmes auxiliaires et aides-soignants	Non recommandé 	La recommandation provient des lignes directrices Optimiser la SMN (6).
Docteurs exerçant une médecine complémentaire	Non recommandé 	Hors du champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.
Pharmaciens et personnel d'officine	Non recommandé 	Hors du champ ordinaire de leur pratique. Aucune évaluation des données probantes n'a donc été conduite.
Agents de santé non professionnels	Non recommandé 	La recommandation provient des lignes directrices Optimiser la SMN (6) dans lesquelles il est entendu que cette tâche sort dans le champ ordinaire de la pratique de ces praticiens.

Besoin de la recherche et considérations sur la mise en œuvre

Besoin de la recherche

Considérations générales sur la mise en œuvre



Besoin de la recherche et considérations sur la mise en œuvre

Besoins de la recherche

Il n'a pas été possible d'établir formellement des priorités en matière de recherche, mais on a pu identifier des domaines prioritaires pour la recherche future, notamment : documenter la sécurité, l'efficacité et la faisabilité des approches visant à étendre les rôles des pharmaciens et des agents de santé non professionnels dans l'exécution de différentes composantes de l'avortement médicamenteux. D'autres recherches sont également nécessaires pour la mise au point d'outils simples, de tests et de listes de contrôle susceptibles de faciliter l'évaluation des critères requis pour pouvoir recourir à l'avortement médicamenteux à un stade précoce de la grossesse ou l'évaluation de l'issue du processus (avortement terminé) par les femmes elles-mêmes ou par des agents de santé communautaires.

Des recherches doivent aussi être conduites sur la sécurité, l'efficacité et la faisabilité de la dispensation des soins liés à l'avortement au-delà du premier trimestre de grossesse par des prestataires non spécialistes, tels que les cliniciens associés/cliniciens associés de niveau avancé, les sages-femmes et le personnel infirmier.

Il est également essentiel de mener des recherches sur les interventions visant à étendre les rôles des agents de santé au sein des systèmes de santé et, à grande échelle, à identifier ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

Sachant que la délégation et le partage des tâches existent déjà dans nombre de contextes, une documentation et une évaluation plus rigoureuses des programmes en place et des rôles joués par les différentes catégories d'agents de santé peuvent aussi générer des données probantes très utiles. Les programmes, mais aussi la recherche (y compris la recherche clinique), doivent clairement documenter et montrer les rôles des agents de santé qui réalisent diverses interventions.

Considérations générales sur la mise en œuvre

Les considérations sur la mise en œuvre propres à chaque tâche ont été fournies avec les recommandations correspondantes dans les chapitres qui précèdent.

Une discussion complète sur les considérations relatives à la mise en œuvre des soins liés à l'avortement sécurisé est présentée dans le *document Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (3) et dans le manuel *Clinical practice handbook for safe abortion* (14). Les considérations relatives à la mise en œuvre des services de contraception sont formulées dans le document *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services* (15). Les lignes directrices *Optimiser la SMN* (6) présentent une discussion autour de considérations générales sur la délégation des tâches dans les domaines de la santé maternelle et de la planification familiale. Les revues de données qualitatives sur l'acceptabilité et la faisabilité entreprises aux fins de ces lignes directrices ont également permis d'identifier de nombreux facteurs qui facilitent ou au contraire qui entravent la mise en œuvre ; un résumé complet des résultats de ces revues est présenté dans le [Supplément Web 3](#).

Il est essentiel d'envisager la délégation des tâches et l'extension globale des rôles des agents de santé dans le cadre d'une stratégie planifiée et réglementée, accompagnée de mécanismes appropriés de formation, d'habilitation, et de suivi et de soutien continus, et non pas comme une solution opportuniste ou un transfert *de facto* de tâches en raison de la non disponibilité d'un groupe donné de professionnels ou de leur réticence à dispenser des soins.

Il est important de faire participer les parties prenantes et de travailler avec les associations professionnelles à travers différents niveaux de groupes d'agents de santé pour développer la confiance, promouvoir les rôles complémentaires et créer un environnement favorable. Les perceptions et les attitudes de certaines parties prenantes peuvent grandement influencer la mise en œuvre de la délégation des tâches dans le domaine des soins liés à l'avortement. Il est nécessaire de répondre aux préoccupations de prestataires plus spécialisés susceptibles d'être mal à l'aise à l'idée de déléguer et de partager des tâches traditionnellement associées à leur domaine de compétences, et aux préoccupations des agents de santé qui devront assumer ces rôles supplémentaires. Ces derniers peuvent légitimement nourrir des inquiétudes par rapport à la surcharge de travail, à la rémunération et aux rôles professionnels ; certains pourraient ne pas souhaiter être impliqués dans les soins liés à l'avortement, à l'après-avortement ou à la contraception.

La formation fondée sur les compétences est un prérequis essentiel pour développer la confiance et préparer les agents de santé à leurs nouveaux rôles. Il ne faut pas sous-estimer le temps nécessaire à l'apprentissage complet des nouvelles compétences, et donc le décalage inévitable de l'introduction des nouvelles interventions, pour qu'elles soient aussi efficaces que possible. Pour développer la délégation des tâches à grande échelle, il est important de mettre en place, au fil du temps, des mécanismes visant à intégrer la formation dans les programmes d'enseignement initiaux.

La formation doit porter non seulement sur les tâches proprement dites mais aussi sur les problèmes liés à l'avortement et à la contraception de manière générale, y compris sur la compréhension de la législation locale. La formation doit chercher à promouvoir une prise en charge respectueuse des femmes quelles que soient les croyances individuelles des agents de santé. Lorsqu'elle est autorisée, l'objection de conscience doit être réglementée, et la femme doit se voir proposer d'autres soins.

Des changements doivent être opérés au niveau des structures ou mécanismes de réglementation afin que les agents de santé aient accès aux produits de base et aux fournitures nécessaires au sein du système de santé.

La délégation des services de soins liés à l'avortement précoce au niveau des soins primaires est implicite dans la mise en œuvre de ces recommandations. Les investissements initiaux pour renforcer l'infrastructure afin de rendre ce changement possible se traduiront vraisemblablement par des gains à long terme. Les approches d'autogestion et l'implication des pharmaciens ou des agents de santé non professionnels requièrent une attention particulière pour créer des liens avec le système de santé afin d'orienter les patientes (lorsqu'ils n'existent pas) et pour élaborer des documents et outils de formation, ainsi que des mécanismes permettant un approvisionnement en médicaments de qualité dans le cadre de systèmes de santé réglementés et contrôlés.

Un encadrement constant pour soutenir les personnels est également nécessaire. Les agents de santé qui assurent des soins liés à l'avortement sont parfois stigmatisés ou victimes d'isolement professionnel dans certains contextes ; des mécanismes de soutien sont donc particulièrement importants, surtout pour les agents de santé assurant les soins liés à l'avortement au deuxième trimestre de grossesse et pour ceux qui travaillent en zone rurale.

Il peut être particulièrement difficile de maintenir des agents de santé formés dans des zones rurales ou mal desservies. Cela nécessite, entre autres, de leur apporter un soutien professionnel et personnel, de garantir leur sécurité et de prévoir une rémunération adéquate et des récompenses non monétaires. Les lignes directrices contenues dans le document *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention* (17), même si elles ne traitent pas directement la question de l'avortement, peuvent être utiles lors de la mise en œuvre des recommandations présentées dans les présentes lignes directrices.

Une mise en œuvre efficace requiert un système de santé opérant. En outre, la nécessité d'inclure un certain nombre de prestataires de soins peut souvent s'avérer encore plus forte dans des contextes où les systèmes de santé sont défaillants ou perturbés (par exemple, lors de crises ou d'urgences humanitaires) ; la délégation des tâches en matière de soins liés à l'avortement ou à la contraception ne doit donc pas être négligée dans ces contextes.

Diffusion, adaptation, suivi et revue des lignes directrices

Diffusion et adaptation des lignes directrices

Suivi de l'usage des lignes directrices

Revue et actualisation des lignes directrices



Diffusion, adaptation, suivi et revue des lignes directrices

Diffusion et adaptation des lignes directrices

L'ensemble des lignes directrices et toutes les informations complémentaires et supplémentaires sont disponibles en ligne³ et en version imprimée ; elles sont également disponibles dans la base de données de la bibliothèque de l'OMS, sur la page Santé sexuelle et reproductive du site Web de l'OMS et dans la bibliothèque de santé génésique de l'OMS.⁴

La version imprimée en langue anglaise de ces lignes directrices sera suivie d'une version espagnole et d'une version française. La traduction dans d'autres langues des Nations Unies sera envisagée au besoin. La traduction par des tiers dans d'autres langues que celles des Nations Unies est encouragée, à condition qu'elle soit fidèle aux lignes directrices de l'OMS.

En outre, un résumé simplifié des recommandations est disponible en version imprimée et en ligne, et via une application Web interactive.

Des exemplaires imprimés seront distribués suivant les listes de distribution standardisées établies par l'OMS ; la distribution et la diffusion d'exemplaires supplémentaires seront coordonnées avec les bureaux de pays de l'OMS et à travers une collaboration active avec les donateurs et les divers organismes et organisations non gouvernementales partenaires. Des événements de diffusion régionale sont prévus ainsi qu'une diffusion active lors du congrès mondial de la FIGO (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique) et d'autres congrès internationaux. L'établissement des priorités de la recherche sur la mise en œuvre est en cours, en particulier pour les besoins de la recherche qui ont été identifiés.

Un appui technique pour l'adaptation et la mise en œuvre de ces lignes directrices dans les pays sera fourni à la demande des ministères de la santé, des bureaux régionaux ou des bureaux de pays de l'OMS.

Revue et actualisation des lignes directrices

Le nombre d'exemplaires de la version imprimée qui seront distribués et le nombre de téléchargements du site Web de l'OMS serviront d'indicateurs pour évaluer l'intérêt porté à ces lignes directrices. Les demandes d'appui technique pour l'adaptation feront l'objet d'un suivi, de même que l'adoption de ces recommandations dans les directives nationales et par les organismes professionnels et les organisations non gouvernementales.

Le Groupe d'élaboration des lignes directrices travaillera avec le Secrétariat pour informer l'OMS de ces événements ; un sondage en ligne sera effectué à travers les bureaux régionaux et les bureaux de pays de l'OMS et auprès de personnes choisies dans d'autres groupes d'utilisateurs (par exemple, les associations professionnelles, les organisations non gouvernementales) deux ans après la publication des lignes directrices, afin d'évaluer l'adoption et la mise en œuvre des recommandations dans les pays. Ce sondage permettra également de recueillir les observations des utilisateurs qui donneront lieu à des modifications ultérieures.

Revue et actualisation des lignes directrices

Ces lignes directrices seront revues en 2018 (quatre ans après la collecte et la synthèse des données probantes utilisées pour élaborer ces recommandations), sauf si de nouvelles données justifient de modifier les recommandations existantes avant cette date.

³ Disponible à l'adresse www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/en/.

⁴ La base de données de la bibliothèque de l'OMS est disponible à l'adresse : <http://www.who.int/library/databases/fr/> ; la page Santé sexuelle et reproductive du site Web de l'OMS est disponible à l'adresse : <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fr/> ; la bibliothèque de santé génésique de l'OMS est disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/rhl/fr/index.html>.

Bibliographie

Annexe



Bibliographie

1. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, sixième édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/index.html (consulté le 17 juin 2015).
2. A universal truth: no health without a workforce. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013. http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA_AUniversalTruthReport.pdf (consulté le 17 juin 2015).
3. Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégies à l'intention des systèmes de santé, deuxième édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78413/1/9789242548433_fre.pdf?ua=1 (consulté le 17 juin 2015).
4. Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé. Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2006.
5. Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnston HB, Johnson BR Jr, Gülmezoglu AM, Temmerman M. From concept to measurement: operationalising WHO's definition of unsafe abortion. Bull World Health Organ. 2014;92:155. <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333.pdf> (consulté le 17 juin 2015).
6. Recommandations de l'OMS – Optimiser la SMN : Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84202/1/9789242504842_fre.pdf?ua=1) (consulté le 12 juin 2015).
7. Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification. Genève, Organisation mondiale de la Santé, non daté. http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf?ua=1 (consulté le 12 juin 2015).
8. Technical Notes – Global Health Workforce Statistics database. Genève, Organisation mondiale de la Santé, non daté. <http://www.who.int/hrh/statistics/TechnicalNotes.pdf> (consulté le 12 juin 2015).
9. Observatoire de ressources humaines pour la santé de l'Afrique. Définitions des 23 catégories de personnel de santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007. (http://apps.who.int/globalatlas/docs/HRH_HWO/HTML/Dftn.htm) (consulté le 12 juin 2015).
10. Définition internationale de la sage-femme de l'ICM. La Hague, Confédération internationale des sages-femmes, 2011. <http://212.121.127.104/assets/uploads/documents/CoreDocuments/Definition%20of%20the%20Midwife%20FRE-2011-%20updated%20August%202011.pdf> (consulté le 12 juin 2015).
11. Recommandations de l'OMS – Optimiser la SMN : Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale. Annexe 1 : Définition des catégories d'agents de santé figurant dans les recommandations. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/Annex_1_Cadre_definitions.pdf (consulté le 12 juin 2015).
12. Renfrew M.J., Homer C.S.E., Downe S., McFadden A., Muir N., Prentice T., et al. Midwifery: an executive summary for The Lancet's series. The Lancet Series on Midwifery. Lancet. 2014. http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/midwifery/midwifery_exec_summ.pdf (consulté le 19 juin 2015).
13. WHO handbook for guideline development. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf (consulté le 17 juin 2015).

14. Clinical practice handbook for safe abortion. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717_eng.pdf (consulté le 17 juin 2015)).
15. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf (consulté le 17 juin 2015)).
16. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition, Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5.
17. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf consulté le 17 juin 2015).



Annexe A : Contributeurs aux lignes directrices

Groupe d'orientation de l'OMS

Département Santé reproductive et recherche

- Anisa Assifi
- Monica Dragoman (synthèse des données probantes)
- Bela Ganatra (responsable/rédacteur principal)
- Metin Gülmezoglu
- Brooke Ronald Johnson
- Caron Kim (synthèse des données probantes)
- Sharon Phillips (synthèse des données probantes)

Autres départements

- Matthews Mathai (Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent)
- Arvind Mathur (Bureau régional d'Asie du Sud-Est)
- Rodolfo Gómez Ponce de Leon (Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva [CLAP SMR]/OPS Uruguay)
- Suzanne Serruya (CLAP-SMR/OPS Uruguay)

Examen par les pairs

- Mari Nagai (Bureau régional du Pacifique occidental)
- Howard Sobel (Bureau régional du Pacifique occidental)

Équipe centrale chargée des données probantes

Nom	Affiliation	Pays	Rôle	DOI
Claire Glenton	Unité Santé mondiale du Centre norvégien de connaissances pour les services de santé	Norvège	Formulation des questions PICO, collecte/synthèse des données probantes, étude de cas multipays, synthèse des données qualitatives, cadres décisionnels	Aucune
Simon Lewin	Unité Santé mondiale du Centre norvégien de connaissances pour les services de santé, et Unité Recherche sur les systèmes de santé du Medical Research Council sudafricain	Norvège	Formulation des questions PICO, collecte/synthèse des données probantes, examen de l'acceptabilité, synthèse des données qualitatives, évaluation des données qualitatives (méthodologiste CERQual), cadres décisionnels	Aucune
Annik Sorhaingo	Professionnel indépendant	Mexique	Examen qualitatif systématique, étude de cas multipays, élaboration du projet de lignes directrices	Aucune
Marita Sporstøl Fønhus	Unité Santé mondiale du Centre norvégien de connaissances pour les services de santé	Norvège	Synthèse des données sur les bénéfices et les inconvénients, évaluation des données probantes (méthodologiste GRADE)	Aucune

Personnes venues en appui à l'Équipe centrale chargée des données probantes sur certaines questions

Nom	Affiliation	Pays	Rôle
Christopher Colvin	School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town	Afrique du Sud	Examen qualitatif de l'auto-administration
John Eysers	Professionnel indépendant	Royaume-Uni	Stratégies de recherche pour l'examen qualitatif
Atle Fretheim	Unité Santé mondiale du Centre norvégien de connaissances pour les services de santé	Norvège	Seconde évaluation indépendante des bénéfices et des inconvénients (méthodologiste GRADE)
Dell Horey	College of Science, Health and Engineering, School of Psychology and Public Health, La Trobe University	Australie	Examen systématique des activités de conseil et d'information
Heather Munthe-Kaas	Unité Protection sociale du Centre norvégien de connaissances pour les services de santé	Norvège	Synthèse des données qualitatives
Andy Oxman	Unité Santé mondiale du Centre norvégien de connaissances pour les services de santé	Norvège	Élaboration des cadres décisionnels
Luke Vale	Institute of Health and Society, Newcastle University	Royaume-Uni	Contribution aux considérations relatives à l'utilisation des ressources (économiste)

Personnes ayant contribué à la recherche ou à la synthèse des données probantes sous la direction de l'Équipe centrale chargée des données probantes

- Shannon Carr (University of New Mexico, Albuquerque, États-Unis d'Amérique)
- Rasha Khoury (Brigham Hospital, Boston, États-Unis d'Amérique)
- Natalie Leon (Medical Research Council sudafricain, Cape Town, Afrique du Sud)
- Onikepe Owolabi (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni)
- Vicky Pileggi (University of São Paulo, État de São Paulo, Brésil)
- Susanne Sjostrum (Karolinska Institutet, Stockholm, Suède)
- Alison Swartz (University of Cape Town, Cape Town, Afrique du Sud)
- Megan Wainwright (University of Cape Town, Cape Town, Afrique du Sud)

Personnes ayant apporté une contribution aux études de cas dans les pays

- Lilian Abracinskas (Mujer y Salud en Uruguay, Montevideo, Uruguay)
- Marijke Alblas (Health-care provider, Cape Town, Afrique du Sud)
- Aster Berhe (Conseiller national en soins obstétricaux, Bureau de pays, Fonds des Nations Unies pour la Population [UNFPA], Addis-Abeba, Éthiopie)
- Diane Cooper (Women's Health Research Unit, University of Cape Town, Cape Town, Afrique du Sud)
- Tapash Ranjan Das (Directeur adjoint, Maternal Child Health Services, Directorate of Family Planning, Dhaka, Bangladesh)
- Demeke Desta (Ipas, Addis Abeba, Éthiopie)
- Mosotho Gabriel (Expert indépendant, Johannesburg, Afrique du Sud)
- Sarah Jane Holcolmbe (Bixby Center for Population, Health and Sustainability, Berkeley, Californie, États-Unis)
- Martha Silva (Expert indépendant, Montévidéo, Uruguay)
- Sharmin Sultana (Ipas, Dhaka, Bangladesh)



Groupe d'élaboration des lignes directrices

Nom	Sexe	Affiliation	Bureau de pays/ Région de l'OMS	Expertise	DOI
Nana Yaa Appiah	F	Fondatrice et directrice de programme, Ghana Women's Voices Foundation	Ghana (Région de l'Afrique)	Pharmacienne, formation des pharmaciens	Aucune
Katherine Ba-Thike	F	Professionnel indépendant	Myanmar (Région de l'Asie du Sud-Est)	Reproductive health programme implementation	Aucune
Marge Berer	F	Fondateur et éditeur, <i>Reproductive Health Matters</i>	Royaume-Uni (Région de l'Europe)	Gender, rights, health advocacy	Aucune
Sadia Chowdhury (Présidente du Groupe d'élaboration des lignes directrices)	F	Directeur exécutif, BRAC Institute of Global Health	Bangladesh (Région de l'Asie du Sud-Est)	Health systems, policy analysis	Aucune
Jemima A. Dennis-Antwi	F	Président, Ghana College of Nurses and Midwives, Confédération internationale des sages femmes (membre du Conseil d'administration pour l'Afrique)	Ghana (Région de l'Afrique)	Midwifery, maternal, neonatal and child health	Aucune
Anibal Faúndes	M	Président, groupe de travail FIGO sur l'avortement à risque	Brésil (Région des Amériques)	Clinical care, obstetrics and gynaecology	Aucune
Hailemichael Gebreselassie	M	Conseiller principal régional sur la recherche, Ipas Africa Alliance	Kenya/Éthiopie (Région de l'Afrique)	Epidemiology, programme evaluation	Aucune
Kristina Gemzell-Danielsson	F	Professeur et Présidente, Division Gynécologie Obstétrique, Département Santé de la femme et de l'enfant, Karolinska Institutet	Suède (Région de l'Europe)	Clinical research, contraception/abortion, guideline development	Oui*
Daniel Grossman	M	Vice-président du pôle Recherche, Ibis Reproductive Health	États-Unis d'Amérique (Région des Amériques)	Clinical and social science research	Aucune
Manuelle Hurwitz	F	Conseiller principal, International Planned Parenthood Federation	Royaume-Uni (Région de l'Europe)	Social anthropology, programme management	Aucune
Vinoj Manning	M	Directeur exécutif, Ipas Development Foundation	Inde (Région de l'Asie du Sud-Est)	Health systems strengthening, programme implementation	Aucune
Thoai Ngo (jusqu'en mai 2014)	M	Responsable Recherche mondiale, Marie Stopes International	Royaume-Uni (Région de l'Europe)	Clinical trials, impact evaluation, evidence synthesis	Aucune
Monica Oguttu	F	Directeur exécutif, Kisumu Medical and Education Trust	Kenya (Région de l'Afrique)	Nursing/midwifery, training of health workers	Aucune

Groupe d'élaboration des lignes directrices (suite)

Nom	Sexe	Affiliation	Bureau de pays/ Région de l'OMS	Expertise	DOI
Nuriye Ortayli	F	Conseiller principal, Santé reproductive, UNFPA	Mondial (siège de l'UNFPA)	Mise en œuvre des programmes, gynécologie-obstétrique	s.o.
Iqbal Shah	M	Chercheur principal, Department of Global Health and Population, Harvard T.H. Chan School of Public Health	États-Unis d'Amérique/ Pakistan (Région des Amériques et Région de la Méditerranée orientale)	Recherche en sciences sociales dans le domaine de la santé reproductive	Aucune
Anand Tamang	M	Directeur, Centre for Research on Environment, Health and Population Issues	Népal (Région de l'Asie du Sud-Est)	Recherche sur la mise en œuvre, recherche en sciences sociales	Aucune
Paul Van Look	M	Professionnel indépendant	Suisse (Région de l'Europe)	Recherche et élaboration des politiques, santé sexuelle et reproductive	Aucune
Beverley Winikoff	F	Présidente, Gynuity Health Projects	États-Unis d'Amérique (Région des Amériques)	Recherche clinique, santé de la femme	Oui**

s.o. : sans objet.

* Dr Kristina Gemzell Danielsson a déclaré avoir reçu des financements pour les essais cliniques sur l'avortement de la part de la Nordic Society for Obstetrics and Gynaecology et de la Société européenne de contraception et de santé reproductive.

** Dr Beverley Winikoff a déclaré que ses travaux sont financés par une subvention provenant d'un donateur anonyme (fondation sans but lucratif). Cette subvention est destinée aux travaux sur l'avortement médicamenteux au niveau international et ce même donateur finance également des travaux de recherche au Département Santé reproductive et recherche de l'OMS.

Pairs externes chargés de l'examen du projet de lignes directrices

Nom	Sexe	Affiliation au moment de l'examen collégial	Bureau de pays/ Région de l'OMS	Expertise	DOI
Emma Allanson	F	University of Western Australia	Australie (Région du Pacifique occidental)	Gynécologie-obstétrique, essais cliniques	Aucune
Pushpa Chaudhary	F	Directrice, Division Santé de la famille, Ministère de la santé	Népal (Région de l'Asie du Sud-Est)	Mise en œuvre des programmes et des politiques, gynécologie obstétrique	Aucune
Tsungai Chipato	M	Professeur de gynécologie-obstétrique, College of Health Sciences, University of Zimbabwe	Zimbabwe (Région de l'Afrique)	Santé reproductive	Aucune
Caitlin Gerdtz	F	University of California, San Francisco, Bixby Centre for Global Reproductive Health	États-Unis d'Amérique (Région des Amériques)	Épidémiologiste	Aucune



Pairs externes chargés de l'examen du projet de lignes directrices (suite)

Nom	Sexe	Affiliation au moment de l'examen collégial	Bureau de pays/ Région de l'OMS	Expertise	DOI
Jane Harries	F	Professeur associé, Women's Health Research Unit, University of Cape Town	Afrique du Sud (Région de l'Afrique)	Recherche qualitative sur la santé de la femme	Aucune
Manisha Malhotra	F	Commissaire adjoint, Ministry of Health and Welfare, Gouvernement de l'Inde (à la retraite depuis mars 2015)	Inde (Région de l'Asie du Sud-Est)	Santé maternelle, mise en œuvre des programmes	Aucune
Chisale Mhango	M	College of Medicine. Précédemment Directeur national des services de santé reproductive	Malawi (Région de l'Afrique)	Santé reproductive, élaboration des programmes	Aucune
Ana Labandera Monteblanco	F	Directeur exécutif Iniciativas Sanitarias	Uruguay, (Région des Amériques)	Soins obstétricaux	Aucune
Stephen Mupeta	M	Spécialiste des programmes nationaux (Santé reproductive), UNFPA, Bureau de pays	Zambie (Région de l'Afrique)	Santé maternelle	Aucune
Hiromi Obara	F	Bureau de la coopération internationale en santé, Centre national japonais pour la santé mondiale et la médecine	Japon (Région du Pacifique occidental)	Gynécologie-obstétrique	Aucune
Zahida Qureshi	F	University of Nairobi	Kenya (Région de l'Afrique)	Santé maternelle	Aucune
Mariana Romero	F	Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)	Argentine (Région des Amériques)	Santé publique, systèmes de santé, recherche	Aucune
Patricio Sanhueza Smith	M	Coordonnateur, Santé reproductive, Mexico, Ministère de la santé	Mexique (Région des Amériques)	Mise en œuvre des programmes	Aucune



**Organisation
mondiale de la Santé**

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Département Santé reproductive et recherche
Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27, Suisse
Télécopie : +41 22 791 4171
Courriel : reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductivehealth/fr/

ISBN 978 92 4 254926 3

