

PJ-ABZ-638

SOINS APRES AVORTEMENT

Guide pratique pour améliorer la qualité des soins

Editeurs techniques

Judith Winkler
Elizabeth Oliveras
Noel McIntosh

POSTABORTION CARE CONSORTIUM

(AVSC International, IPAS, IPPF, JHU/CCP, JHPIEGO, Pathfinder International)

1.

Copyright© 1995, The Postabortion Care Consortium

Le texte de cette publication peut être utilisé ou adapté librement par tous ceux qui le souhaitent.

Editeurs techniques: Judith Winkler
Elizabeth Oliveras
Noel McIntosh

ISBN: 0-929817-32-X

Publié aux Etats-Unis d'Amérique

Pour obtenir des exemplaires du présent manuel, prière de contacter:

JHPIEGO Corporation
1615 Thames Street
Baltimore, MD 21231-3447, USA
(410) 614-0541

POSTABORTION CARE CONSORTIUM

AVSC International



POSTABORTION CARE CONSORTIUM

Pour de plus amples informations sur les organisations membres du Postabortion Care Consortium, prière de les contacter directement aux adresses suivantes:

AVSC International
79 Madison Avenue
New York, NY 10016, USA
212-561-8000

International Planned Parenthood Federation
Regent's College
Inner Circle, Regent's Park
Londres NW1 4NS
Royaume-Uni
74-486-0741

IPAS
303 East Main Street
PO Box 100
Carrboro, NC 27510, USA
919-967-7052

Centre pour les Programmes de Communication de Johns Hopkins
111 Market Place, Suite 301
Baltimore, MD 21202-4024, USA
410-659-6300

Corporation JHPIEGO
1615 Thames Street
Baltimore, MD 21231-3447, USA
410-955-8558

Pathfinder International
Nine Galen Street, Suite 217
Watertown, MA 02172-4501, USA
617-924-7200

REMERCIEMENTS

Le présent manuel a été rédigé partiellement pour sensibiliser davantage aux taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles imputables à des avortements incomplets dans de nombreuses parties du monde. Il est conçu pour fournir aux prestataires de services une information à jour sur le traitement d'urgence des complications postavortement de pair avec un counseling et des services de planification familiale postavortement.

Ce manuel est adapté principalement de publications revues auparavant. En voici les principales sources:

- Yordy L, Leonard AH et Winkler J. *Manual Vacuum Aspiration: Guide for Clinicians*. IPAS.
- Organisation mondiale de la santé. *Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide*.
- Organisation mondiale de la santé. *Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment*.
- IPAS. *Advances in Abortion Care* (Volumes 2 à 4).
- Tietjen L, Cronin W et McIntosh N. *Prévention des infections: Guide pratique à l'intention des programmes de planification familiale*. JHPIEGO.

Tout au long de ce manuel, des références spécifiques à ces documents sont données dans le texte ou à la fin de chaque chapitre. The Postabortion Care Consortium tient à faire mention de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui l'a autorisé à utiliser ces documents.

Si la préparation de ces directives incombait essentiellement à Judith Winkler, Elizabeth Oliveras et Noel McIntosh, plusieurs membres du personnel des organisations du Consortium ont également apporté des suggestions fort valides. De plus, il convient de faire une mention toute spéciale des Drs. Philip Stubblefield, Phillip Darney et Paul Blumenthal, et Gilberte Vansintejan qui ont fait divers commentaires techniques à titre d'examineurs externes. Enfin, nous tenons à faire mention de la contribution du personnel de l'Office de la Population, de la Santé et de la Nutrition de l'Agence pour le développement international.

Voici les membres du Postabortion Care Consortium qui ont contribué à l'élaboration de ce manuel:

- AVSC International
- International Planned Parenthood Federation (IPPF)
- IPAS (International Projects Assistance Services)
- Centre pour les Programmes de Communication de Johns Hopkins
- Corporation JHPIEGO
- Pathfinder International

Le manuel a été financé en partie par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Les vues exprimées dans ce document ne sont pas forcément celles de l'USAID.

EXAMINATEURS

Paul Blumenthal
Département d'Obstétrique et de Gynécologie
Centre médical Bayview de Johns Hopkins

Philip Darney
Département d'Obstétrique et de Gynécologie et
des Sciences en matière de la reproduction
Université de Californie, San Francisco

Phillip Stubblefield
Département d'Obstétrique et de Gynécologie
Centre médical du Maine

Gilberte Vansintegan
Centre pour la Population et la Santé familiale
Columbia/Centre médical presbytérien

Agence pour le développement international (l'USAID)

Allen Brimmer
Patricia Coffey
Roy Jacobstein
Bonnie Pedersen
Nancy Stark
Anne Wilson

AVSC International

Karen Beattie
Amy Pollack
Cynthia Steele Verme

International Planned Parenthood Federation

Carlos Huevo
Pramilla Senanayake

IPAS—International Projects Assistance Services

Forrest C. Greenslade
Ann H. Leonard
Katie Early McLaurin

Corporation JHPIEGO

Terri Dean
Graciela Salvador
Tami Smith
Judith Weinstein

Centre pour les Programmes de Communication de Johns Hopkins

Nicolene Hengen
Laurie Liskin

Pathfinder International

Alfredo Guzmán
Douglas Huber

TABLE DES MATIERES

Préface	ix
Chapitre 1: Soins après avortement	
Généralités	1-1
Etendue du problème	1-1
Eléments de soins après avortement	1-3
Soins d'urgence	1-3
Planification familiale après avortement	1-6
Liens avec les autres services en matière de santé de la reproduction	1-7
Le bien-fondé de l'utilisation de l'AMIU (Aspiration manuelle intra-utérine)	1-8
Chapitre 2: Parler avec les patientes	
Généralités	2-1
Droits des femmes	2-1
Consentement au traitement	2-2
Etablir la relation patiente-prestataire	2-3
Caractère confidentiel	2-6
Caractère privé	2-6
Chapitre 3: Bilan initial	
Généralités	3-1
Signes et symptômes	3-2
Dépister pour les complications graves	3-2
Etat de choc	3-2
Autres complications graves	3-3
Saignements vaginaux graves	3-3
Infection/Septicémie	3-3
Lésions intra-abdominales	3-4
Bilan médical	3-5
Antécédents médicaux	3-5
Examen physique	3-6
Examen abdominal	3-6
Examen gynécologique	3-7
Examen au spéculum	3-7
Examen bimanuel	3-7
Tests de laboratoire	3-10
Récapitulatif	3-10
Stade de l'avortement	3-11
Prise en charge des complications postavortement	3-12

Chapitre 4: Prévention des infections

Généralités	4-1
Définitions	4-1
Barrières de protection	4-2
Se laver les mains	4-3
Emploi des gants	4-4
Antisepsie	4-5
Technique sans toucher	4-5
Traiter l'équipement et les autres articles pour l'AMIU	4-6
Quand la stérilisation est-elle absolument essentielle?	4-6
Manutention des seringues et des aiguilles	4-7
Elimination des déchets	4-8
Elimination des PDC (Produits de la conception)	4-8
Elimination des seringues (et des aiguilles) hypodermiques	4-8

Chapitre 5: Prise en charge de la douleur

Généralités	5-1
But de la prise en charge de la douleur	5-1
Types de douleur	5-2
Techniques de prise en charge de la douleur	5-3
Anesthésie locale	5-4
Complications de l'anesthésie locale	5-6
Comment administrer l'anesthésie paracervicale	5-8

Chapitre 6: Traitement de l'avortement incomplet

Généralités	6-1
Aspiration manuelle intra-utérine	6-1
Trousse d'instruments pour l'AMIU	6-2
Choix d'équipement	6-2
Précautions à prendre avant d'exécuter l'AMIU	6-3
Préparation pour la procédure AMIU	6-3
Minimiser le risque d'infection	6-3
Préparer les instruments AMIU	6-4
Prise en charge de la douleur	6-5
Préparation de la patiente	6-5
Examen gynécologique	6-6
Etapes pour exécuter l'AMIU	6-6
Traitement des avortements incomplets du second trimestre	6-13
Soins postopératoires	6-14
Suivre la récupération de la patiente	6-14
Informations postopératoires	6-15
Planification familiale postavortement	6-16

Chapitre 7: Prise en charge des problèmes et des complications pendant l'AMIU

Généralités	7-1
Problèmes techniques	7-1
Seringue pleine	7-1
Canule retirée prématurément	7-1
Canule bouchée	7-2
La seringue ne retient pas le vide	7-3
Problèmes de procédure	7-3
Moins de tissus que prévu	7-3
Evacuation incomplète	7-3
Tous les PDC évacués avant l'AMIU	7-3
Autres problèmes	7-4
Saignement vaginal non dû à la grossesse	7-4
Grossesse extra-utérine	7-4
Syndrome postavortement (Hématométrie aiguë)	7-4
Evanouissement (Réaction vagale ou choc neurogénique)	7-5
Complications	7-5
Perforation utérine	7-6
Perforation cervicale	7-6
Choc, grave saignement vaginal et infection post-AMIU	7-6
Aéroembolisme	7-6

Chapitre 8: Traitement du matériel et des autres fournitures AMIU

Généralités	8-1
Traitement du matériel de l'AMIU	8-1
Décontamination	8-1
Préparer les solutions chlorées diluées	8-3
Nettoyage	8-5
Seringues de l'AMIU	8-7
Stérilisation ou désinfection à haut niveau	8-7
Stérilisation	8-8
Manutention des objets stériles	8-10
Désinfection à haut niveau	8-11
Ebullition	8-11
Traiter à la vapeur	8-13
Produits qu'il ne faudrait pas utiliser comme désinfectants	8-15
Entreposage et réassemblage	8-16
Instruments stériles	8-16
Instruments désinfectés à haut niveau	8-17
Seringues de l'AMIU	8-18

Chapitre 9: Planification familiale postavortement

Généralités	9-1
Facteurs limitant l'accès à la planification familiale postavortement	9-1
Planification familiale postavortement	9-2
Counseling	9-4
Information sur la planification familiale	9-5
Processus de counseling	9-8
La séance de counseling	9-9
Contraception postavortement	9-11
Contraception après complications postavortement	9-14
Capacités de prestation de services	9-17

Chapitre 10: Organiser et gérer les services

Généralités	10-1
Etablissements pour les soins d'urgence postavortement	10-2
Systèmes d'aiguillage	10-2
Questions de transport	10-3
Soins en consultations externes et en salle d'urgence	10-3
Considérations sur le nombre de patients	10-4
Circulation des patients	10-5
Coordination au sein des établissements	10-5
Matériel et médicaments pour les soins d'urgence postavortement	10-6
Statut actuel et ressources existantes pour les soins postavortement	10-7
Type de matériel et de fournitures nécessaires	10-8
Quantité de matériel et de fournitures nécessaires	10-9
Contrôle de stock et entretien	10-9
Protocoles et procédures concernant le matériel et les fournitures	10-10

ANNEXES

A Evaluation et prise en charge des complications

Généralités	A-1
Etat de choc	A-1
Traitement initial	A-2
Traitement définitif	A-3
Grave saignement vaginal	A-3
Traitement initial	A-4
Traitement définitif	A-5
Traitement continu	A-5
Infection/septicémie	A-5
Traitement initial	A-7
Traitement définitif	A-8
Traitement continu	A-8
Lésion intra-abdominale	A-8
Traitement initial	A-10
Traitement définitif	A-11
Traitement continu	A-12
Perforation de l'utérus	A-12

B Principes généraux des soins d'urgence postavortement

Généralités	B-1
Stabilisation et aiguillage	B-1
Remplacement des liquides par voie intraveineuse (IV)	B-2
Transfusion sanguine	B-4
Administration de médicaments	B-7
Intraveineuse (IV)	B-7
Intramusculaire (IM)	B-7
Voie buccale (orale)	B-7
Antibiotiques	B-8
Prise en charge de la douleur	B-10
Tétanos	B-12
Diurétiques	B-13

C Exemple de formulaire d'aiguillage: Complications postavortement C-1

D Traiter les gants chirurgicaux

Comment décontaminer et nettoyer les gants chirurgicaux avant la stérilisation ou la désinfection de haut niveau (DHN)	D-1
Comment stériliser les gants chirurgicaux	D-2
Comment faire une désinfection de haut niveau des gants chirurgicaux à la vapeur	D-4
Comment faire une désinfection de haut niveau des gants chirurgicaux par ébullition	D-6
Contamination accidentelle des gants stériles ou désinfectés à haut niveau	D-7
Remettre des gants après la contamination	D-8

E Emploi des médicaments pour la douleur

Types de médicament	E-1
Analgésiques	E-1
Complications de l'analgésie	E-3
Sédatifs	E-4
Complications des sédatifs	E-4

F Equipement et fournitures nécessaires pour l'AMIU

Mobilier et équipement	F-2
Pour la désinfection à haut niveau ou la stérilisation des instruments	F-2
Pour la réanimation d'urgence	F-3

G Médicaments essentiels pour les soins d'urgence postavortement G-1

H Précautions pour effectuer l'AMIU H-1

I Préparer les instruments pour l'AMIU I-1

FIGURES ET TABLEAUX

Tableau 1-1	Impact de l'avortement à risque, par région	1-2
Tableau 1-2	Prestation de soins d'urgence après avortement par niveau du centre de soins de santé et du personnel	1-5
Figure 1-1	Comparaison des taux de complications (AMIU contre la dilatation et le curetage), 1982-1984	1-9
Tableau 1-3	Résumé de 13 études comparant l'AMIU et la dilatation et le curetage	1-9
Figure 1-2	Séjour moyen pour l'AMIU contre le curetage après dilatation (D et C) dans deux hôpitaux du Mexique	1-11
Figure 3-1	Evaluer la forme et la position de l'utérus	3-8
Figure 3-2	Palper un utérus antéversé	3-9
Figure 3-3	Palper un utérus rétroversé par le biais d'un examen rectovaginal	3-9
Tableau 3-1	Bilan médical	3-10
Tableau 3-2	Stade de l'avortement	3-11
Figure 3-4	Récapitulatif des étapes essentielles liées au bilan et au traitement de l'avortement incomplet	3-13
Figure 5-1	Parcours de la transmission de la douleur de l'utérus et du col jusqu'à la moëlle épinière	5-5
Figure 5-2	Sites d'injection de l'anesthésie paracervicale	5-9
Tableau 6-1	Résultats de quatre études évaluant l'AMIU pour le traitement de l'avortement incomplet	6-2
Figure 6-1	Instruments pour l'AMIU	6-3
Figure 6-2	Préparer la seringue (Créer le vide)	6-5
Figure 6-3	Insérer la canule	6-7
Figure 6-4	Mesurer la profondeur de l'utérus avec la canule	6-8
Figure 6-5	Attacher la seringue	6-8

Figure 6-6	Libérer la valve à poussoir	6-9
Figure 6-7	Evacuer les contenus utérins	6-10
Figure 6-8	Détacher la seringue	6-11
Figure 6-9	Inspecter les tissus	6-12
Figure 7-1	Canule retirée dans le canal vaginal	7-2
Figure 8-1	Aspirer la solution de décontamination dans la seringue	8-2
Figure 8-2	Décontaminer les instruments	8-2
Tableau 8-1	Préparer des solutions chlorées diluées à partir de chlore liquide (Hypochlorite de sodium) pour la décontamination et la DHN	8-3
Figure 8-3	Formule pour préparer une solution chlorée diluée à partir d'une solution concentrée	8-4
Tableau 8-2	Préparer des solutions chlorées diluées à partir de poudres	8-4
Figure 8-4	Formule pour préparer une solution chlorée diluée à partir d'une poudre	8-5
Figure 8-5	Nettoyer les instruments	8-6
Figure 8-6	Rincer les instruments	8-7
Figure 8-7	Stériliser les canules	8-9
Tableau 8-3	Produits chimiques pour stériliser les instruments de l'AMIU	8-10
Tableau 8-4	Désinfection à haut niveau des instruments	8-12
Figure 8-8	Marmite à vapeur	8-13
Figure 8-9	Augmentation de la température dans les gants chirurgicaux en fonction de la position du récipient	8-14
Figure 8-10	Retirer les canules	8-17
Tableau 9-1	Facteurs individuels et recommandations et bien-fondé du counseling	9-7
Tableau 9-2	La technique BERGER	9-9
Tableau 9-3	Directives pour l'utilisation contraceptive par condition clinique	9-12
Tableau 9-4	Directives pour le choix de contraception par méthode	9-15
Tableau 9-5	Capacité locale de prestation de services	9-18

Figure A-1	Perforation de l'utérus pendant la procédure AMIU	A-12
Tableau B-1	Taux de liquides par voie intraveineuse	B-4
Tableau B-2	Thérapies antibiotiques pour les infections suite à un avortement	B-9
Tableau B-3	Protocole de combinaisons antibiotiques pour soins hospitaliers	B-10
Tableau B-4	Traitement antibiotique en consultation externe	B-10
Figure D-1	Préparer les gants avant de les passer à l'autoclave	D-2
Tableau D-1	Conseils pour éviter les problèmes de gants	D-3
Figure D-2	Gants dans un des récipients de la marmite à vapeur	D-4
Tableau E-1	Médicaments analgésiques pour l'AMIU	E-3
Tableau E-2	Sédatifs à employer avec un analgésique et/ou une anesthésie pour l'AMIU	E-5
Tableau I-1	Canule appropriée selon la taille de l'utérus	I-1
Tableau I-2	Pièces d'instrument compatibles	I-1
Figure I-1	Fermer la valve à pousoir	I-2
Figure I-2	Préparer la seringue	I-3

PREFACE

Ce manuel a pour objet d'apporter aux cliniciens (médecins, infirmiers, sages-femmes) des informations essentielles sur la prestation de services complets de soins après avortement. Il vise à aider les cliniciens à traiter l'avortement incomplet et ses complications pouvant s'avérer mortelles. Le manuel traite de toute la gamme des activités nécessaires pour fournir des soins après avortement appropriés et de haute qualité, notamment la planification familiale et l'aiguillage vers des services de santé nécessaires après un traitement d'urgence.

Le matériel dans ce manuel est arrangé en séquence selon la manière dont on s'occupe généralement des patients, en commençant par le dépistage initial de leur état et en terminant par la prestation de soins de suivi, notamment la planification familiale et d'autres services de en matière de santé de la reproduction. En outre, il est rédigé en segments concis aux fins de faciliter l'apprentissage et le rappel. Enfin, les points saillants sont répétés dans plusieurs sections aux fins d'en souligner l'importance.

En voici les objectifs spécifiques:

- Décrire l'importance des soins après avortement.
- Décrire les éléments clés des soins après avortement, notamment le bien-fondé de l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) pour le traitement de l'avortement incomplet.
- Décrire la manière dont on s'entretiendra avec les patientes pour leur parler de leur état et de la procédure AMIU, de ses indications et précautions.
- Préciser les étapes fondamentales du bilan initial des femmes présentant des complications possibles liées à un avortement incomplet, notamment anamnèse, examen physique et simples tests de laboratoire si nécessaire.
- Décrire la prise en charge des complications graves après avortement: état de choc, graves saignements vaginaux, infection/septicémie et lésions intra-abdominales.
- Préciser des pratiques de prévention des infections faciles à utiliser et peu chères pour diminuer au maximum la transmission de maladies pour les patientes et le personnel des soins de santé.

- Décrire l'utilisation des analgésiques et anesthésiques locaux lors du traitement de l'avortement incomplet utilisant l'AMIU.
- Donner le détail, étape par étape, de la procédure pour l'exécution sans danger de l'AMIU pour l'avortement incomplet.
- Apporter un guide pour la prise en charge des complications possibles liées à l'AMIU.
- Décrire les éléments importants du suivi des femmes traitées pour des complications après avortement.
- Décrire le processus fondamental du counseling en planification familiale après avortement.
- Décrire les indications et les précautions pour la contraception après avortement.
- Décrire les compétences de gestion nécessaires pour organiser et fournir des services de qualité pour les soins après avortement.

Enfin, ce manuel décrit les éléments de programmes de soins après avortement de qualité dans le cadre desquels:

- Les services sont fournis de manière sûre et efficace.
- Les femmes sont traitées avec respect sans qu'on porte de jugement.
- Les services de planification familiale après avortement sont facilement disponibles.
- Il existe des liens bien établis avec d'autres services de soins de santé.

SOINS APRES AVORTEMENT

GENERALITES

La communauté internationale de la santé possède une richesse de ressources qui, si coordonnées, pourrait avoir un impact **immédiat et significatif** sur la réduction globale de la mortalité et de la morbidité maternelles dues aux complications de l'avortement à risque. Les moyens existants permettent la prévention de presque tous les décès et les lésions dues à l'avortement incomplet.

Pour réduire le risque de maladie ou d'invalidité à long terme et de mortalité chez les femmes qui se présentent avec des complications suite à un avortement incomplet, les structures sanitaires doivent offrir des soins de qualité après avortement qui sont facilement accessibles à tous les niveaux des services. Actuellement la plupart des soins après avortement sont fournis principalement au niveau supérieur des hôpitaux provinciaux. Cette pratique contribue non seulement au coût élevé de ces services, mais les rend également inaccessibles à beaucoup de femmes. La prévention des maladies et de la mortalité liées à l'avortement dépend de la disponibilité des soins d'urgence après avortement à travers tout le réseau sanitaire. "Que ce soit l'information et l'éducation en santé, la stabilisation et l'orientation vers des services spécialisés, l'évacuation utérine, ou les soins spécialisés pour les complications les plus sévères, il faut qu'au moins certaines composantes des soins d'urgences soient disponibles dans chaque site de prestation du système sanitaire."¹

Le concept de soins après avortement présenté dans ce manuel constitue un départ pour réduire la mortalité et morbidité dues à l'avortement incomplet, qu'il soit spontané ou provoqué.

ETENDUE DU PROBLEME

D'après de récentes estimations, au moins 15% de toutes les grossesses se terminent en avortements spontanés. Bien que la mort soit moins probable qu'en cas d'avortement à risque ou clandestin, les femmes qui se présentent avec suspicion d'avortement spontané ont également besoin de soins immédiats.² Dans certains pays, l'avortement cause jusqu'à 50% des décès liés à la grossesse.³ En outre, d'après des estimations récentes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 15% de la mortalité liée aux grossesses dans le monde est due à l'avortement.¹

Malgré le manque de données exactes concernant l'impact de l'avortement à risque sur la santé maternelle, selon l'estimation de l'OMS:

- Dans le monde entier, 20 million d'avortements à risque ont lieu chaque année.
- 70.000 femmes meurent chaque année suite aux complications d'un avortement à risque.
- Un décès sur 8 lié à la grossesse est dû à l'avortement à risque.

Le **Tableau 1-1** résume les données régionales actuellement disponibles concernant l'impact de l'avortement sur la santé maternelle:

Région	Nombre d'avortements à risque (1000) ^{††}	Avortements à risque sur 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans	Nombre de décès dus à l'avortement à risqué ^{††}	Mortalité liée à l'avortement à risque sur 100.000 naissances vivantes	Taux de létalité sur 100 avortements à risque	Risque de mort
Pays développés	2340	8	600	4	0,03	1 sur 3700
Pays moins développés	17620	17	69000	55	0,4	1 sur 250
Afrique	3740	26	23000	83	0,6	1 sur 150
Asie [†]	9240	12	40000	47	0,4	1 sur 250
Europe	260	2	100	2	0,04	1 sur 2600
Amérique latine	4620	41	6000	48	0,1	1 sur 800
URSS (ancienne)	2080	30	500	10	0,03	1 sur 3900

† Le Japon ne figure pas parmi les estimations régionales mais il est inclus dans le chiffre total pour les pays développés.

†† Fondé sur la projection des naissances de l'ONU de l'année 1990

Adapté de: OMS, 1994b⁴

14

**ELEMENTS DE SOINS
APRES AVORTEMENT**

Les services intégraux de soins de santé après avortement devraient inclure à la fois les soins de santé curatifs et préventifs. Les éléments clés des soins après avortement sont:

- Les soins d'urgence de l'avortement incomplet et des complications menaçant la vie
- Les conseils et services de PF après avortement
- Le rapprochement entre les services d'urgence et le système sanitaire au niveau des soins en matière de la santé de la reproduction.

Soins d'urgence

Chaque système sanitaire fournit certains services de soins d'urgence après avortement⁵ parce qu'au moins 15% de toutes les grossesses reconnues se terminent en avortement spontané (fausse couche).² Bien que les soins d'urgence après avortement soient nécessaires pratiquement partout, leur qualité et accessibilité varient beaucoup. Les soins d'urgence des complications suite à un avortement sont souvent offerts seulement dans les structures sanitaires du deuxième et troisième niveau en milieu urbain. Les moyens de transport manquent dans beaucoup de pays en voie de développement, ce qui fait que les services centralisés ne sont malheureusement pas accessibles aux femmes pauvres du milieu rural. Cette lacune dans les services fait que souvent même les avortements spontanés menacent la vie.

Augmenter la disponibilité des services d'urgence après avortement à travers tout le système sanitaire nécessite la décentralisation des services et l'amélioration de la qualité et de la portée des soins à chaque niveau. Ces étapes doivent être soutenues par l'établissement de protocoles clairs pour la prestation des services et une formation intégrale et systématique.

Les soins d'urgence pour complications suite à un avortement comprennent:

- Une évaluation initiale pour établir la présence de certaines complications de l'avortement.
- Parler à la femme à propos de sa condition et du traitement prévu.
- Evaluation médicale (courte historique, examen physique et pelvien limité).

Soins après avortement

- Référence et transfert rapides d'une femme qui a besoin de soins dépassant la compétence de la clinique où elle s'est présentée.
- Stabilisation des conditions d'urgence et traitement de toute complication (à la fois les complications avant et après les soins).
- Evacuation utérine pour retirer les produits de la conception retenus (appelé aussi les déchets placentaires).

L'OMS a qualifié le traitement rapide d'avortement incomplet comme un élément essentiel des soins obstétricaux devant être disponibles au niveau de chaque hôpital provincial.⁶ Heureusement, des centres de santé ou des cliniques de PF de tout niveau sont en mesure de fournir les soins pour avortement incomplet non compliqué en utilisant l'Aspiration Manuelle Intra-utérine (AMIU). Le **Tableau 1-2** fournit des renseignements concernant les soins après avortement qui conviennent aux structures sanitaires à chaque niveau du système sanitaire.

20

Tableau 1-2
Prestation de soins d'urgence après avortement par niveau du centre de soins de santé et du personnel

Niveau	Le personnel peut inclure	Soins d'urgence après avortement donnés	PF après avortement
Communauté	Habitants de la communauté avec une formation de base en santé Accoucheuses traditionnelles Guérisseurs traditionnels	L'identification des signes et symptômes d'un avortement et des complications graves suite à un avortement Aiguillage vers un centre de référence où le traitement est disponible	Distribution de la pilule, des condoms, diaphragmes, et spermicides. Transfert et suivi pour ces méthodes et autres
Primaire (Clinique de soins primaires de PF et polycliniques)	Personnel de santé Infirmières Sages-femmes formées Médecins généralistes	Tous les centres de soins primaires. Activités ci-dessus, plus: Diagnostic basé sur les antécédents médicaux et l'examen physique et pelvien Réanimation/préparation pour soins ou transfert Test hématocrite/hémoglobine Transfert si nécessaire	Prestation des méthodes ci-dessus plus DIU, injectables et implants Norplant® Référer pour stérilisation volontaire
		Si un personnel formé et un équipement approprié sont disponibles. Activités ci-dessus, plus: Initiation des soins d'urgence <ul style="list-style-type: none"> • traitement aux antibiotiques • remplacement des liquides par voie intraveineuse • ocytocines Evacuation utérine durant le premier trimestre pour les cas non compliqués d'avortement incomplet Analgésie <ul style="list-style-type: none"> • simples analgésie et sédation • bloc para-cervical (anesthésie locale) 	
Premier niveau de référence (Hôpital provincial)	Infirmières Sages-femmes formées Médecins généralistes Spécialistes en G/O	Activités ci-dessus, plus: Evacuation utérine d'urgence jusqu'au second trimestre Traitement de la plupart des complications après avortement Anesthésie générale et locale Diagnostic et transfert pour les complications sévères (septicémie, péritonite, insuffisance rénale) Laparotomie et chirurgie indiquée (y compris la prise en charge de la grossesse ectopique) Typage sanguin et transfusion	Prestation des méthodes ci-dessus plus stérilisation volontaire Suivi
Niveaux secondaire et tertiaire (Hôpital de référence ou régional)	Infirmières Sages-femmes formées Médecins généralistes Spécialistes en G/O	Activités ci-dessus, plus: Evacuation utérine comme indiquée pour tous les avortements incomplets Traitement des complications sévères (y compris les lésions intestinales, état septique sévère [tétanos et gangrène], insuffisance rénale) Traitement d'hémorragie/troubles de la coagulation	Toutes les activités ci-dessus

Source: Adapté de WHO, 1994.¹

Norplant® est la marque déposée par le Population Council pour les implants subdermiques au lévonorgestrel.

21

**Planification familiale
après avortement**

Le manque d'accès aux services adéquats de PF est un facteur majeur contribuant au problème global d'avortement à risque. A l'inverse, l'avortement à risque est un indicateur majeur de besoins non satisfaits au niveau des méthodes contraceptives efficaces et sans risque. Dans la plupart des systèmes sanitaires, les femmes soignées pour les complications d'avortement reçoivent rarement des conseils ou des services pour prévenir de futures grossesses non-désirées. Puisque les femmes qui se présentent avec un avortement incomplet auraient éventuellement déjà eu une grossesse non-désirée à la suite de la non-utilisation de la contraception ou de l'échec de la méthode, elles ont sans doute besoin d'une contraception efficace.

Plusieurs facteurs limitent la prestation des services de PF aux femmes qui ont subi un avortement. Ces facteurs, qui augmentent le risque de grossesses non-désirées répétées chez la femme, comprennent:

- Manque de compréhension des besoins en matière de la santé de la reproduction des femmes ou le manque d'attention relatif à ces besoins par le prestataire
- Absence de services pour certains groupes de femmes (c.à.d, adolescentes, femmes célibataires)
- Séparation entre les services d'urgence de soins après avortement et les services de PF
- Faux renseignements parmi les prestataires sur les méthodes de PF appropriées après un avortement
- Manque de prise de conscience du problème de l'avortement à risque et par conséquent des besoins en services de contraception.

Reconnaissant cet état des choses, un groupe de travail technique sur la PF après l'avortement, organisé par plusieurs agences internationales, a élaboré, en 1993, des recommandations pour les services de PF après avortement. Leur travail se fondait sur le principe central qu'un éventail de méthodes contraceptives, des informations exactes, des conseils délicats et des transferts pour soins continus doivent être à la portée de toutes les femmes qui subissent un avortement.⁷

22

Les étapes nécessaires pour réaliser ce but sont:

- d'établir des liaisons fonctionnelles et durables entre les services de soins d'urgence après avortement et les services de PF
- d'élaborer des protocoles de contraception après avortement
- d'utiliser la recherche pour soutenir l'amélioration de la qualité des soins après avortement.

Puisque l'ovulation revient rapidement après un avortement, avec les risques subséquents de grossesse répétée, les services de PF après avortement doivent être initiés immédiatement. Par exemple, après une interruption de grossesse durant le premier trimestre, l'ovulation peut avoir lieu dès le 11^{ème} jour et elle a lieu d'habitude avant les premiers saignements menstruels^{8,9}. Contrairement aux femmes en période après une naissance à terme, les femmes qui subissent un avortement courent un risque presque immédiat de grossesse.

Toutes les méthodes modernes de contraception sont possibles après un avortement à condition que le prestataire examine la femme pour pouvoir établir les précautions standards et qu'il offre des conseils adéquats. Les mêmes recommandations à l'usage des contraceptifs à intervalle (c.à.d, elles conviennent aux femmes qui ne sont pas tombées enceintes dans les 28 derniers jours) s'appliquent aux femmes ayant subi un avortement du premier trimestre. Les recommandations pour usage de contraceptifs après avortement du second trimestre sont semblables à celles après une naissance à terme (à l'exception des préoccupations concernant les œstrogènes, qui ne s'appliquent pas après l'avortement). Dans tous les cas, des conseils complets sont essentiels pour permettre à la cliente de choisir une méthode qui réponde à ses besoins et qu'elle peut utiliser sans risque et d'une manière efficace. Des informations détaillées sur la prestation de la contraception après avortement, y compris les indications et les précautions pour chaque méthode, se trouvent dans le **Chapitre 9**.

Liens avec les autres services en matière de santé de la reproduction

Il est essentiel et logique de lier les services de soins d'urgence après avortement avec les autres services en matière de santé de la reproduction. Pourtant ces services restent distinctement séparés dans beaucoup de pays. Cette séparation laisse les femmes sans accès aux soins de santé de la reproduction et

contribue de manière significative au mauvais état général de la santé des femmes.

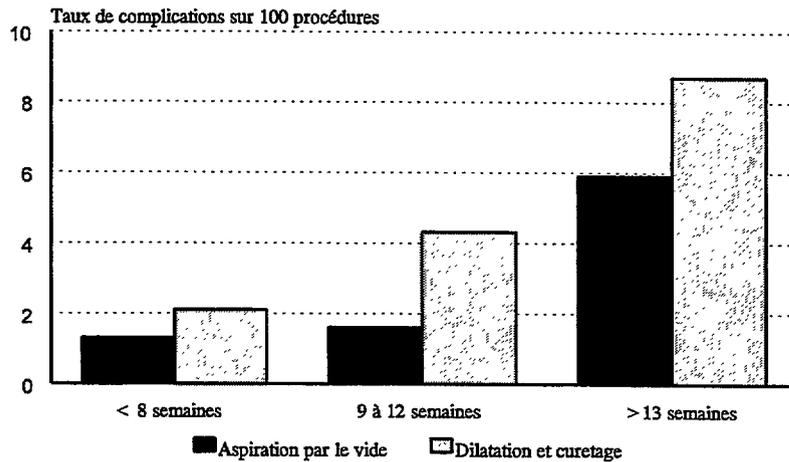
Il est important d'identifier les services en matière de santé de la reproduction dont chaque femme aurait besoin et de lui offrir un éventail de services aussi divers que possible. Par exemple, il faut que les prestataires soient alertés à propos des infections du tractus génital (par ex., la trichomonose, les cervicites mucopurulentes) et qu'ils les traitent. Pour les femmes au dessus de 30-35 ans, on peut aussi faire un dépistage du cancer du col au moment de la prestation ou on peut les référer à une clinique où le dépistage se fait. En plus, les femmes soignées pour un avortement spontané peuvent avoir besoin de soins spéciaux en matière de santé de la reproduction, tels qu'un suivi spécial pour la prise en charge d'avortements spontanés répétés (infertilité) ou de conseils avant d'essayer de tomber enceinte ou sur les soins prénataux.

LE BIEN-FONDE DE L'UTILISATION DE L'AMIU

Le traitement de l'avortement incomplet nécessite presque toujours l'évacuation de l'utérus des produits de la conception retenus. Le **curetage de l'utérus après dilatation du col (D&C)**, la méthode traditionnelle de retirer les déchets placentaires de l'utérus, est accompli par grattage des parois utérines avec une curette en métal. L'**aspiration manuelle intra-utérine** ou AMIU utilise la succion pour retirer les tissus utérins à travers une canule avec un grattage minimal des parois utérines. On peut faire l'**aspiration par le vide**, utilisée depuis plus de vingt ans dans les pays industrialisés en utilisant une succion donnée par une pompe électrique ou à pied ou avec une seringue conçue spécialement pour l'**aspiration manuelle intra-utérine** (AMIU). Bien que l'évacuation utérine puisse être accomplie par aspiration ou par dilatation et curetage, l'aspiration est considérée comme la méthode la moins risquée. Comme illustré par la **Figure 1-1**, l'aspiration intra-utérine retient un taux moins élevé des complications le plus couramment associées avec l'évacuation utérine.

24

Figure 1-1. Comparaison des taux de complications (AMIU contre la dilatation et le curetage), 1982-1984



Source: Hart and Macharper, 1986.¹⁰

Le **Tableau 1-3** résume les résultats de 13 études comparatives. Moins de complications résultent de l'aspiration intra-utérine dans presque toutes les situations. Donc, bien que les complications soient possibles avec l'aspiration intra-utérine, comme avec toute autre procédure médicale, c'est un moyen plus sûr d'évacuation utérine.

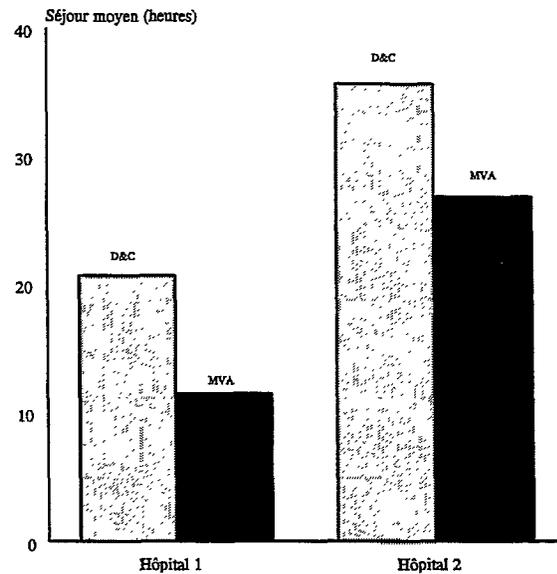
Complications majeures revues	Complications avec AMIU sur 100 procédures	Complications avec dilatation et curetage sur 100 procédures	Etudes avec taux moins élevé de complications avec AMIU (%) qu'avec D et C
	Rangée des moyennes (N=95.136)	Rangée des moyennes (N=17.166)	
Perte excessive de sang	0 - 15,7	0,5 - 28	10/13 (78%)
Infection pelvienne	0,2 - 5,4	0,7 - 6	7/9 (78%)
Lésions cervicales	0 - 3,1	0,3 - 6,4	6/7 (86%)
Perforation utérine	0 - 0,5	0 - 3,3	10/12 (83%)

Source: Greenslade et al, 1993.¹¹

L'utilisation de l'AMIU comme méthode d'évacuation utérine réduit le coût de la prestation de soins de qualité après avortement. Dans un hôpital provincial au Kenya, où le protocole de traitement a changé du curetage aigu sous anesthésie générale à l'AMIU sous anesthésie locale, le coût moyen de soigner une patiente a diminué de 66%.¹² De même, dans un hôpital mexicain, le curetage était au moins 50% plus cher que l'AMIU.¹² Une raison du coût moins élevé de l'AMIU est que, tandis que le curetage se fait d'habitude dans une salle d'opération sous anesthésie générale, l'AMIU peut être pratiquée dans des cliniques de PF ou polycliniques sous anesthésie locale. En plus, la simplicité de l'AMIU permet son usage par le personnel paramédical contrairement au curetage généralement exécuté seulement par un médecin, souvent spécialiste.

L'AMIU augmente non seulement la rentabilité, mais également le potentiel d'accès rapide aux services en permettant la prestation des services après avortement dans les centres de soins primaires de santé. Ceci contribue de façon importante à la réduction du risque chez les femmes. En plus, dans plusieurs cas, l'usage de l'AMIU au niveau local réduit le besoin de transferts au niveau supérieur du système de soins de santé. Par exemple, si les femmes peuvent être soignées au niveau des centres de soins primaires de santé, elles n'ont pas besoin d'être transportées dans des centres provinciaux ou de soins tertiaires, et risquent moins de souffrir des lésions ou de mourir suite aux complications de l'avortement. Avec moins de cas référés à ces centres, le personnel peut se concentrer sur la prestation de soins pour les complications les plus sévères, et les ressources limitées des soins de santé peuvent être mieux utilisées. Même lorsque les services sont fournis au niveau des centres de soins tertiaires, quand les soins après avortement sont offerts en dehors de la salle d'opération, le temps d'attente avant et de récupération après la procédure est raccourci (voir la **Figure 1-2**). La réduction dans l'utilisation des salles d'opération et des lits d'hôpital aide aussi à alléger la congestion et à réduire les retards de soins.

Figure 1-2. Séjour moyen pour l'AMIU contre la curetage après dilation (D et C) dans deux hôpitaux du Mexique



Source: Greenslade et al. 1993.¹¹

En résumé, l'usage de l'AMIU comme méthode d'évacuation utérine pour traiter l'avortement incomplet est préférable parce que:

- Le risque de complications après évacuation est réduit;
- L'accès aux services est accru;
- Le coût des services après avortement est réduit;
- Les ressources utilisées sont réduites.

En plus, l'usage de l'AMIU offre le potentiel d'accès rapide aux soins, où la prise en charge est plus facile et les complications sévères moins probables.

REFERENCES

1. Organisation mondiale de la santé (OMS): *Complications des avortements—Directives pour leur prévention et leur traitement (sous presse) (Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment)*. Genève, OMS, 1994.
2. Wolf M: Consequences and Prevention of Unsafe Abortion—Report of Two Panels at the XIII World Congress of Gynaecology and Obstetrics (KE McLaurin and LG Lampe, eds). *Issues in Abortion Care 3*. Carrboro, North Carolina, IPAS, 1994.
3. Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion. Genève, 1990, OMS/MCH/ 90.14 in *Report of a Technical Working Group*, April 12-15, 1992. Genève, OMS, 1993.
4. OMS: *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion*, 2nd ed. Genève: OMS 1994b.
5. McLaurin KE: Health Systems' Role in Abortion Care: The Need for a Pro-Active Approach. *Issues in Abortion Care 1*. Carrboro, North Carolina, IPAS, 1991.
6. OMS: *Éléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours. (Essential Elements of Obstetric Care at First Referral Level)*. Genève, OMS, 1991.
7. Wolf M and Benson J: Meeting Women's Family Planning Needs for Post-Abortion Family Planning—Report of a Bellagio Technical Working Group. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 45 (Suppl) S3-S23, 1994.
8. Lähteenmäki P: Return of Ovulation After Abortion and After Discontinuation of Oral Contraceptives. *Fertility and Sterility* 34(3): 246-249, 1990.
9. Lähteenmäki P et al: Postabortal Contraception. *Annals of Internal Medicine* 25 (2): 185-9, 1993.
10. Hart G and Macharper T: Clinical Aspects of Induced Abortion in South Australia from 1970-1984. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology* 26:219-224, 1986.
11. Greenslade F et al: Summary of Clinical and Programmatic Experience with Manual Vacuum Aspiration, *Advances in Abortion Care 3: (2)*, 1993.
12. Johnson BR, Benson J and Hawkins BL: Reducing Resource Use and Improving Quality of Care with MVA. *Advances in Abortion Care 2(2)*, 1992.

29

REFERENCES GENERALES

El Kabarity H et al: *Suction Abortion Versus Traditional Evacuation in the Management of Incomplete Inevitable Abortions*. Presented at the International College of Surgeons, Fifth African Federation Congress, Cairo, Egypt, November 1985.

Filshie GM, Ahluwalai J, Beard RW: Portable Karman Curette Equipment in Management of Incomplete Abortions. *The Lancet* 1114-1116, November 1973.

Filshie GM et al: Evacuation of Retained Products of Conception in a Treatment Room and Without General Anesthesia. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 84:514-5169, 1977.

Greenslade F et al: *Manual Vacuum Aspiration: A Summary of Clinical & Programmatic Experience Worldwide*. Carrboro, North Carolina, IPAS, 1993.

Greenslade et al: Post-Abortion Care: A Women's Health Initiative to Combat Unsafe Abortion. *Advances in Abortion Care* 4(1), 1994.

IPAS: *Gynecologic Aspiration Kits with Karman Cannulae and Syringes for Treatment of Incomplete Abortion*. Carrboro, North Carolina, IPAS, 1994.

Kizza APM and Rogo KO: Assessment of the Manual Vacuum Aspiration (MVA) Equipment in the Management of Incomplete Abortion. *East African Medical Journal* 67(11): 812-822, 1990.

Leonard AH and Ladipo OA: Post-Abortion Family Planning: Factors in Individual Choice of Contraceptive Methods. *Advances in Abortion Care* 4(2), 1994.

Mahomed K et al: *Improved Treatment of Abortion Complications and Post-abortion Family Planning in Zimbabwe*. Presented at the 1992 Annual Meeting of the American Public Health Association, Washington, D.C., November 1992.

McLaurin KE et al: Post-Abortion Family Planning: Reversing a Legacy of Neglect. *The Lancet* 342:1099-1100, 1993.

Gadea P and Romero C: Legrado Uterino por Aspiración Manual. *Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología* 4(2):42-45, 1992.

Pernoll ML (ed): *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment*. 7th ed. Norwalk, Appleton & Lange, 1991.

Verkuyl DAA and Crowther CA: Suction vs Conventional Curettage in Incomplete Abortion—A Randomized Controlled Trial. *South African Medical Journal* 83:13-15, 1993.

Wolf M and Benson J: Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Report of a Bellagio Technical Working Group. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 45(Suppl): S3-23, 1994.

PARLER AVEC LES PATIENTES

GENERALITES Les agents de santé devraient reconnaître que les femmes consultant pour un traitement lié à un avortement incomplet traversent souvent des crises émotionnelles outre leur problème physique. Parfois, ces femmes craignent ou hésitent à fournir les renseignements nécessaires pour recevoir le traitement d'urgence qui convient. En établissant rapidement une bonne relation positive, on arrive à calmer l'angoisse et la préoccupation que ces patientes peuvent éprouver. Qui plus est, il est important de respecter les droits et les besoins des femmes et de fournir des soins sans porter de jugement que ce soit verbalement ou non verbalement.

DROITS DES FEMMES Toute femme qui présente des complications suite à un avortement a besoin de soins immédiats et de haute qualité. Toutes les femmes ont droit à un traitement d'urgence immédiat, qu'elles aient eu un avortement spontané ou qu'elles aient eu recours à un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses. En outre, elles ont droit à un traitement quels que soient leur ethnologie, statut socio-économique, religion, âge, situation matrimoniale, dimension de la famille, comportement sexuel ou opinions politiques. "La prestation de soins après avortement d'urgence est un préalable de l'éthique médicale dans tout pays, car ces soins sont souvent de nature impérative pour préserver la vie et la santé de la femme."¹

Toutes les femmes qui sont traitées pour complications après avortement ont le **droit de recevoir une information** sur leur condition. Le moment opportun et le contenu devront être fonction tant de l'état de la femme que de ses besoins physiques immédiats. Cette information devra lui être donnée (et à sa famille, le cas échéant) avec le soutien qui convient, sans porter de jugement et en toute confidentialité. Les informations porteront sur:

- son état physique général;
- les résultats de ses examens physique et gynécologique et des tests de laboratoire;
- la durée du traitement;
- la nécessité de l'aiguiller et de la transporter vers un autre établissement sanitaire;
- les procédures qui seront utilisées ainsi que leurs risques et avantages; et
- son consentement à recevoir le traitement ou, si elle n'est pas en mesure de le donner, celui d'un membre de la famille ou d'un autre adulte responsable.

Les patientes ont le **droit de discuter** de leurs préoccupations et état dans un environnement où elle se sentent en confiance. La patiente doit savoir que sa conversation avec le conseiller ou le prestataire de services restera privée et confidentielle.

Une patiente devrait savoir à l'avance les types d'examen physiques ou de procédures qui seront exécutés ainsi que les médicaments qu'elle recevra (y compris les médicaments pour la douleur).

Lorsqu'une patiente subit un examen ou une procédure physique, celle-ci devrait être exécutée dans un environnement (par exemple, salle d'examen ou de procédure) dans lequel elle sent que son **droit au caractère privé** de l'examen est respecté. Par exemple, au moment du counseling, ou lors d'un examen ou d'une procédure physique, il convient d'informer la patiente du rôle de chaque personne qui se trouve dans la pièce (par exemple, prestataires de services, personnes qui font un stage, superviseurs, moniteurs, chercheurs, etc.).

Il faut, dans la mesure du possible, chercher à mettre la patiente à l'aise au moment de la prestation des soins après avortement. L'adéquation des locaux où sont dispensés les services (par exemple, bonne ventilation, éclairage, salle d'attente, toilettes) est certes importante mais, lors des soins après avortement, le bien-être de la patiente est lié plus directement aux attitudes des prestataires de services et à une prestation de soins en douceur et avec un soutien moral. De plus, il ne faut pas faire attendre trop longtemps la patiente avant de lui donner les soins.

Enfin, la patiente a le **droit d'exprimer** ses opinions sur le service qu'elle reçoit. Ses opinions quant à la qualité des services, qu'il s'agisse de remerciements ou de plaintes, ainsi que ses suggestions pour changer tel ou tel aspect des services, doivent être vues positivement dans le cadre de l'effort continu d'un programme pour suivre, évaluer et améliorer ces services. Interviewer régulièrement les femmes sur les services qu'elles ont reçus et intégrer leurs suggestions pour des changements permettra d'améliorer la qualité des soins.

Consentement au traitement

Toutes les personnes ont également le **droit de décider librement** si elles veulent ou non recevoir un traitement. Dans certains endroits, un consentement écrit s'avérera nécessaire pour toutes les procédures chirurgicales, y compris celles concernant le traitement d'urgence des complications suite à l'avortement. **Mais dans aucune circonstance** les conditions liées au consentement ne devraient-elles retarder ou interférer

avec le traitement d'urgence nécessaire pour sauver la vie d'une femme.

L'agent de santé obtenant le consentement de la femme pour le traitement devra suivre ces étapes:

- Déterminer si la cliente est capable d'écouter et de comprendre les explications médicales. Dans la négative, le consentement au traitement devra être discuté et obtenu de la personne qui représente la cliente.
- Expliquer en détail, de manière amicale et dans un langage que la femme comprend, la ou les procédure(s) qui seront exécutée(s), y compris les risques, avantages, probabilités de succès et autres possibilités.
- Prévoir le temps nécessaire et encourager la cliente à poser des questions et à discuter de son état.
- Demander à la cliente (ou à la personne qui la représente, le cas échéant) de donner son consentement au traitement.

ETABLIR LA RELATION PATIENTE-PRESTATAIRE

La manière dont les agents de santé parlent avec les femmes peut influencer le caractère complet et exact de l'information que donnent les femmes, leur confort pendant la procédure, la réussite ou l'échec du traitement et leur capacité à reconnaître et à faire soigner les complications pouvant se présenter une fois rentrées chez elles. Rappelez-vous que la manière dont le saignement a démarré (bâtons, massage, médicaments, etc.) affecte les risques médicaux particuliers que court la cliente ainsi que le traitement approprié. Les femmes peuvent hésiter à donner des renseignements sur la manière dont les saignements ont commencé à moins qu'elles ne comprennent que c'est important pour leur traitement. Une atmosphère de confidentialité et de respect encouragera les femmes à donner ces renseignements. Une communication bien claire entre patientes et prestataires et entre prestataires et patientes est capitale pour obtenir des informations médicales exactes et apporter aux femmes des informations **avant, pendant et après** le traitement. Un tel mode de communication est surtout possible lorsqu'il existe une relation de confiance entre les femmes et leurs prestataires.

Avant le traitement, il est important d'obtenir une information médicale suffisante pour établir un diagnostic exact et un plan de traitement. Indiquez à la patiente que ces questions sont posées pour obtenir les informations nécessaires pour traiter au mieux

son état médical. Dites-lui que la franchise de ses réponses aidera à décider du meilleur traitement. Posez des questions ouvertes pour que la patiente ne réponde pas simplement par "oui" ou par "non." Par exemple, demandez à la patiente:

- Quand les saignements ont-ils commencé? Sont-ils abondants ou non?
- Comment les saignements ont-ils commencé? Est-ce que quelque chose a été fait pour les provoquer? (Posez ces questions de manière délicate et discrète.)
- Avez-vous perdu autre chose par le vagin à part du sang? Est-ce que ça avait l'air de peau ou de caillots de sang avec des tissus (fragments placentaires)?
- Avez-vous mal? Où? Quand est-ce que ça a commencé? Est-ce que ça fait très mal?
- Avez-vous eu de la fièvre? Des frissons?
- Vous êtes-vous sentie faible? Vous êtes-vous évanouie? Ecroulée?

De plus, la patiente a besoin d'informations sur son état de santé et la procédure AMIU. Lorsqu'on parle à la patiente, il est important d'utiliser des mots qu'elle comprend pour qu'elle saisisse bien les questions et se rappelle de l'information. L'agent de santé devra être en mesure de répondre aux besoins de renseignements particuliers ou aux préoccupations spéciales qu'une patiente peut avoir.

Pendant la procédure AMIU, si le personnel est attentionné, cela peut diminuer l'angoisse et la douleur. On détournera l'attention de la procédure en parlant aux patientes de manière calme et détendue. On ne saurait trop souligner combien il est important que le personnel (et les prestataires) possède ces aptitudes spéciales à la communication (voir **Chapitre 5**, Prise en charge de la douleur).

Tout au long de la procédure, les prestataires de services devraient:

- Expliquer chaque étape à la patiente avant de l'exécuter.

- Suivre l'état de la patiente pour être sûr qu'elle ne ressent pas de gêne ou de douleur inutile.
- La rassurer.

Après la procédure, il faut rassurer les patientes et leur dire que tout s'est bien passé. Au fur et à mesure que diminuent l'angoisse et le stress dus aux diverses conditions qui ont mené à la procédure de l'AMIU, la plupart des patientes peuvent commencer à absorber de nouvelles informations (instructions postopératoires et de suivi). De plus, on peut commencer dans la plupart des cas à donner un counseling pour la planification familiale et des méthodes contraceptives temporaires avant que la patiente ne rentre chez elle. **Il est rare que** le traitement de l'avortement incomplet **soit le meilleur moment** pour une femme de prendre des décisions sur des méthodes **permanentes ou durables** mais tout retard peut exposer ces femmes à une autre grossesse non-souhaitée. (Voir **Chapitre 9** pour une discussion du counseling postavortement pour la planification familiale.) Il est possible que certaines femmes aient déjà opté pour une méthode durable ou permanente avant cet événement et elles pourront utiliser ces méthodes si l'on confirme qu'elles le souhaitent toujours et qu'elles comprennent pleinement les procédures.

Voici quelques conseils pour parler avec les patientes:

- Ecoutez ce que la patiente veut dire et encouragez-la à exprimer ses préoccupations; essayez de ne pas l'interrompre.
- Montrez-lui qu'on l'écoute et qu'on la comprend.
- Répondez directement à ses questions de manière calme et rassurante.
- Ne lui compliquez pas le message. Il doit être simple. Utilisez des phrases courtes.
- Répétez les choses les plus importantes dont elle doit se rappeler.
- Evitez des termes médicaux compliqués; utilisez plutôt des mots que la patiente comprendra.
- Utilisez une communication non-verbale pleine de sympathie, par exemple en hochant la tête et en souriant.

**CARACTERE
CONFIDENTIEL**

Toute l'information que donnera une cliente doit être traitée de manière confidentielle, qu'il s'agisse d'informations sur ses antécédents médicaux et des conditions qui l'ont poussée à consulter, des services qui lui ont été fournis et de toute décision qu'elle a prise sur le plan de la planification familiale. Le caractère confidentiel exige que les prestataires de services ne discutent pas de cette information, sans le consentement de la patiente, avec son partenaire, sa famille ou la personne qui l'accompagne au centre de santé, ou avec les membres du personnel qui ne participent pas directement à son traitement (sauf en cas d'urgence médicale **lorsque sa vie est en danger**). Par ailleurs, si la patiente **souhaite** faire participer son époux ou partenaire à la décision, on fera comme elle le souhaite.

CARACTERE PRIVE

Créer une atmosphère d'intimité est chose capitale pour protéger le caractère confidentiel, le sentiment de sécurité et de dignité de la patiente et sa volonté à communiquer avec franchise. Souvent, de simples changements dans le contexte physique dans lequel les patientes sont traitées ou dans le contexte où se déroule le counseling offriront une plus grande intimité. Voici certaines suggestions pour maintenir ce caractère privé:

- Utiliser un endroit séparé, par exemple, un bureau, une salle de traitement fermée ou un espace avec rideau, pour encourager une communication ouverte lorsqu'on donne des informations avant la procédure, des informations au moment de la sortie ou un counseling.
- Tirer les rideaux autour de la zone de traitement chaque fois que la patiente est déshabillée ou, s'il n'y a pas de rideaux, tourner la table de traitement pour que les pieds de la patiente ne soient pas face à un couloir ou à un endroit public. Il faut également un endroit protégé par des rideaux lorsqu'elle se déshabille ou s'habille.
- Utiliser des tentures (ou des draps, ou même des vêtements s'il n'y a pas de tentures) pour couvrir les jambes et le corps de la patiente lors d'examens et de procédures.
- Limiter le nombre de personnes se trouvant dans la zone de soins pendant le traitement. Seuls ceux qui fournissent des soins devraient être présents. Même si la patiente a donné sa permission pour une démonstration de formation clinique, limiter le nombre de personnes qui se trouvent dans la pièce pendant la démonstration. De plus, le personnel et les stagiaires dans la zone de soins devront éviter de bavarder entr'eux.

15

REFERENCES

1. Organisation mondiale de la santé: *Complications des avortements—Directives techniques pour leur prévention et leur traitement (sous presse) (Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment)*. Genève, OMS, 1994.
2. Huevo C et Briggs C: *Medical and Service Delivery Guidelines*. Londres, International Planned Parenthood Federation Medical Department, 1992.

REFERENCES GENERALES

Schieber B et al: *Management of Obstetric and Neonatal Emergencies in Community Health Centers*. Guatemala, MotherCare, 1993.

Yordy L et al: *Manual Vacuum Aspiration Guide for Clinicians*. Carrboro, North Carolina, IPAS, 1993.

TROIS

BILAN INITIAL[†]

Les agents de santé devront envisager la possibilité d'un avortement incomplet chez toute patiente présentant des symptômes d'avortement, qu'elle **sache** ou **soupçonne** ou non d'être enceinte et quels que soient ses antécédents obstétricaux, menstruels ou contraceptifs.

GENERALITES

Faire le bilan de la situation clinique est la première étape des soins donnés à une patiente chez laquelle on soupçonne un avortement incomplet. Cela est nécessaire pour établir un diagnostic et commencer un traitement d'urgence. Le traitement initial peut révéler ou suggérer la présence de complications immédiates pouvant mettre la vie de la patiente en danger, à savoir, **état de choc, saignements vaginaux graves, infection/septicémie** ou **lésion intra-abdominale**. Ces problèmes doivent être pris en charge immédiatement pour sauver la vie de la patiente ou pour éviter que son état n'empire. Même sans complications, l'avortement incomplet peut mettre sa vie en danger si on retarde le traitement (retrait de tout produit gardé de la conception). Aussi est-il capital de faire un **bilan initial** exact suivi d'un traitement rapide, ou si cela est indiqué, de stabiliser et de transférer la patiente vers un établissement sanitaire de niveau supérieur.

Le présent chapitre traite des étapes **nécessaires au départ pour faire le bilan de la condition** que présente la patiente. Les **complications pouvant mettre sa vie en danger** qui demandent une action immédiate sont brièvement décrites dans ce chapitre et leur prise en charge est traitée en **Annexe A**.

Rappel: Vu que plusieurs de ces complications peuvent se présenter à n'importe quel moment, vous devez évaluer l'urgence relative de chacune et traiter en conséquence.

[†] Adapté de: Organisation mondiale de la santé: *Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide*. Genève, OMS, 1994.

SIGNES ET SYMPTOMES

Un avortement complet sera envisagé chez toute femme en âge de procréer qui:

- n'a pas eu sa menstruation (saignements menstruels en retard—plus d'un mois s'est écoulé depuis la dernière menstruation), avec soit:
- saignements vaginaux,
- crampes ou douleurs au bas-ventre ressemblant aux douleurs de l'accouchement (contractions), ou
- écoulement de tissus de la grossesse (fragments placentaires).

Si **aucun** des symptômes susmentionnés n'est présent, il faudra envisager un autre diagnostic (par exemple, infection pelvienne). Toute tentative pour mettre fin à une grossesse par le biais de moyens dangereux—insertion d'instruments qui ne sont pas propres, tubes en caoutchouc ou même bâtons—sont les principales causes des complications graves. Malheureusement, pour diverses raisons personnelles, socioculturelles et juridiques, un grand nombre de femmes ne donnent **pas** de suite cette information importante. Aussi devra-t-on tenir compte de cette possibilité en évaluant les signes et symptômes physiques.

DEPISTER POUR LES COMPLICATIONS GRAVES

Si l'avortement incomplet est un diagnostic possible, il est important d'identifier immédiatement toute complication pouvant mettre en danger la vie de la patiente. Les complications les plus courantes et les plus graves d'un avortement incomplet sont: **l'état de choc**, les **saignements vaginaux graves**, **l'infection/septicémie** et les **lésions intra-abdominales**, notamment les perforations de l'utérus. Si l'on identifie l'une de ces complications, il faut stabiliser la patiente **avant** de procéder au traitement ou de transférer la patiente vers un hôpital secondaire ou de référence.

Etat de choc

Faites un bilan rapide de la patiente pour détecter les **signes de choc** suivants:

- Pouls rapide et faible (rythme \geq 110 par minute)
- Faible tension artérielle (diastolique $<$ 60)
- Pâleur (surtout l'intérieur des paupières, les paumes des mains ou autour de la bouche)
- Sueur

- Respiration rapide (respirations \geq 30 par minute)
- Anxiété, confusion ou perte de connaissance

Si l'on soupçonne un état de choc, commencer **immédiatement** le traitement (voir **Annexe A**).

Même si aucun de ces signes n'est présent, continuez à envisager le choc lorsque vous évaluez la patiente car son état peut empirer rapidement. En cas de choc, il est important de commencer immédiatement le traitement.

AUTRES COMPLICATIONS GRAVES

Vu qu'on peut se trouver en présence simultanément de plusieurs conditions pouvant mettre la vie en danger et exigeant un traitement immédiat, il est nécessaire de déterminer **toutes** les complications pouvant être présentes et de décider de l'ordre dans lequel on les traitera.

Saignements vaginaux graves

Voici des signes et symptômes de saignements vaginaux graves:

- Saignements vaginaux abondants d'un rouge vif avec ou sans caillots
- Bandes ou serviettes fortement imbibées de sang
- Pâleur (surtout l'intérieur des paupières, les paumes des mains et autour de la bouche)
- Vertige, évanouissement

Commencez immédiatement le traitement pour remplacer les liquides perdus et contrôler les saignements (voir **Annexe A**).

Infection/Septicémie

Si la patiente présente l'un quelconque des signes suivants, il est fort probable qu'on soit en présence d'une infection utérine ou d'une infection généralisée.

Signes

- Fièvre (température $>$ 38°C), frissons ou sueur
- Pertes vaginales malodorantes

- Sensibilité au bas-ventre (avec ou sans douleur à la palpation appuyée^{††})
- Muco-pus de l'orifice du col
- Sensibilité à la mobilité cervicale lors de l'examen bimanuel

Symptômes

- Antécédents d'avortements pratiqués dans des conditions à risques ou de fausse-couches
- Douleurs au bas-ventre
- Saignements prolongés (> 8 jours)
- Malaise général (symptômes ressemblant à ceux de la grippe)

Commencez le traitement aussi vite que possible avant l'évacuation utérine. Après avoir démarré le traitement, il faudra effectuer rapidement l'évacuation utérine car les produits retenus de la conception sont très probablement la source de l'infection (voir l'**Annexe A** pour les directives de prise en charge).

Lésions intra-abdominales

Si la patiente présente **l'un quelconque** des signes donnés ci-après avec l'un quelconque des symptômes, elle peut souffrir d'une lésion intra-abdominale, par exemple un utérus perforé.

Signes

- Abdomen distendu
- Bruits intestinaux diminués
- Abdomen rigide (tendu et dur)
- Sensibilité à la palpation appuyée

^{††} Pour vérifier la sensibilité à la palpation, appuyez avec une main sur l'abdomen. Ensuite retirez rapidement votre main pour enlever rapidement la pression. Si le retrait de la main cause une douleur ou accentue la douleur présente, il y a douleur à la palpation appuyée.

Symptômes

- Nausée/vomissements
- Douleur à l'épaule
- Fièvre (température > 38°C)
- Douleur abdominale, crampes

S'ils se conjuguent à des signes de choc (chute de la tension artérielle ainsi que pouls et respiration rapides), il faut envisager la possibilité de graves saignements intra-abdominaux (par exemple, perforation de l'utérus). (Voir **Annexe A** pour les directives de prise en charge.)

BILAN MEDICAL

Si les signes vitaux sont normaux et s'il ne semble pas y avoir d'infection (température < 38°C) ou de lésion intra-abdominale (abdomen non-rigide), l'étape suivante consiste à déterminer la cause des saignements vaginaux de la patiente. Il est important, si l'on veut faire un **diagnostic correct** et établir un **plan de traitement approprié**, de faire une anamnèse attentive ainsi que des examens physiques et gynécologiques attentifs et, lorsque c'est nécessaire, des tests de laboratoire appropriés.

Suite aux problèmes et circonstances pouvant entourer l'avortement incomplet, la qualité et l'étendue de l'information qu'une femme donne à propos de son état et de ses antécédents médicaux dépendent souvent de la qualité de la communication entre le prestataire de services et la patiente. Il est important de respecter les besoins des patientes et de fournir des soins sans porter de jugement que ce soit verbalement ou non verbalement. (Voir **Chapitre 2**, Parler avec les patientes.)

Antécédents médicaux

Voici le type d'**informations spécifiques sur le plan de la reproduction** qu'il faudrait chercher à obtenir:

- Absence de menstruation (date des dernières règles)
- Méthode contraceptive actuelle (DIU, implants Norplant ainsi qu'injectables et pilules à seuls progestatifs peuvent être liés à un mode de saignements pouvant être pris à tort pour un avortement incomplet.)
- Saignement vaginal (durée et abondance)
- Crampes (durée et gravité)

- Évanouissement (syncope)
- Fièvre, frissons ou malaise général
- Douleur abdominale ou à l'épaule (peut indiquer une lésion intra-abdominale)
- Situation concernant la vaccination anti-tétanique et exposition possible au tétanos (insertion dans l'utérus d'instruments qui ne sont pas propres ou d'autres matériaux)

Voici l'**information médicale** pouvant être importante:

- Allergies à des médicaments (par exemple, aux anesthésiques locaux ou aux antibiotiques)
- Troubles liés aux saignements (par exemple, drépanocyte ou thalassémie, hémophilie ou troubles thrombocytaires)
- Médications chroniques (par exemple, corticostéroïdes)
- La patiente a-t-elle pris une herbe ou un médicament (poison) pouvant avoir de graves effets secondaires
- Autres conditions de santé (par exemple, paludisme pendant la grossesse)

Examen physique

Lors de l'examen physique, il est important de:

- Vérifier et noter les signes vitaux de la patiente (c'est-à-dire température, pouls, respirations, tension artérielle).
- Noter l'état général de la patiente (c'est-à-dire si elle est mal nourrie, anémique ou en mauvais état de santé général).
- Examiner ses poumons, son cœur et ses extrémités.

Examen abdominal

Vérifier pour détecter la présence de:

- Grosseurs ou anomalies majeures
- Abdomen distendu avec bruits intestinaux diminués
- Sensibilité à la palpation avec défense musculaire
- Sensibilité à la palpation pelvienne ou sus-pubienne

Examen gynécologique

L'examen gynécologique a pour **but de déterminer la taille, la consistance et la position** de l'utérus, de vérifier la présence d'une sensibilité à la palpation et de déterminer le degré de dilatation cervicale. Il est capital de faire un examen attentif du vagin et du col pour voir s'il n'y a pas de déchirures et de saignements.

Avant l'examen gynécologique, expliquer le but de l'examen à la patiente et lui demander de vider sa vessie. Pour l'examen, la patiente devrait se trouver sur la table d'examen équipée d'étriers et devrait être recouverte d'un linge pour préserver son intimité. Le clinicien devra porter des gants d'examen neufs, non abîmés.

Examen au spéculum

Avant d'insérer le spéculum:

- Observer les parties génitales pour voir s'il y a des saignements et, dans l'affirmative, s'ils sont abondants.
- Vérifier l'odeur des pertes ou des saignements vaginaux.

Ensuite insérer le spéculum pour observer le col. Retirer tout produit retenu de la conception dans le canal vaginal ou dans l'orifice externe du col et garder les tissus pour un examen.

Noter toute perte anormale malodorante, la quantité de saignement et voir si le col est ouvert (dilaté). Vérifier pour voir s'il y a des perforations vaginales ou dans l'utérus ou du pus dans le col. L'infection cervicale augmente le risque d'infections utérines postopératoires, notamment les inflammations pelviennes. En cas de présence d'infection ou si celle-ci est soupçonnée, il faut prélever des échantillons pour une culture biologique, si possible et disponible, et commencer un traitement antibiotique avec des antibiotiques polyvalents **avant** de faire l'AMIU.

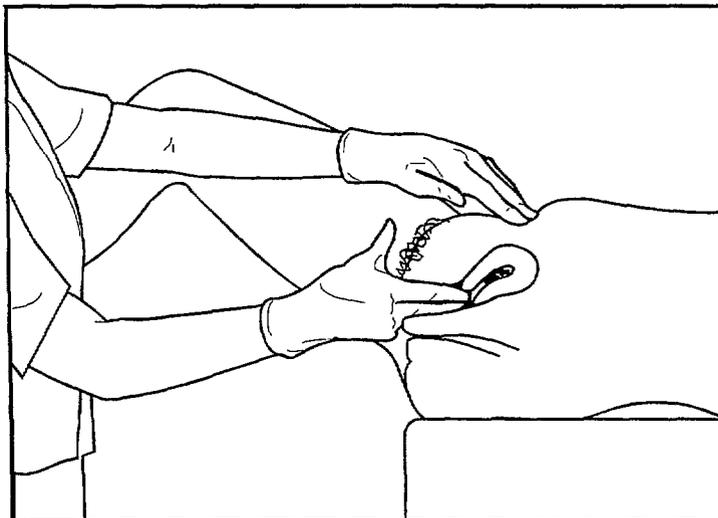
Examen bimanuel

Evaluer la taille de l'utérus. Comparer la taille actuelle de l'utérus et la date des dernières règles^{†††}. En cas d'avortement incomplet, l'utérus est généralement plus petit que ne le laisse penser la date des dernières règles.

Evaluer la forme et la position de l'utérus. Il est très important de déterminer correctement la forme et la position de l'utérus aux fins d'innocuité et de réussite de la procédure.

^{†††} Dans ce manuel, la taille de l'utérus est mesurée en nombre de semaines après la date des dernières règles (la taille de l'utérus équivalente à celle de l'utérus d'une femme enceinte d'un certain nombre de semaines depuis les dernières règles) plutôt qu'en semaines de gestation (âge du fœtus).

Figure 3-1. Evaluer la forme et la position de l'utérus



Source: Yordy, Leonard and Winkler, 1993.

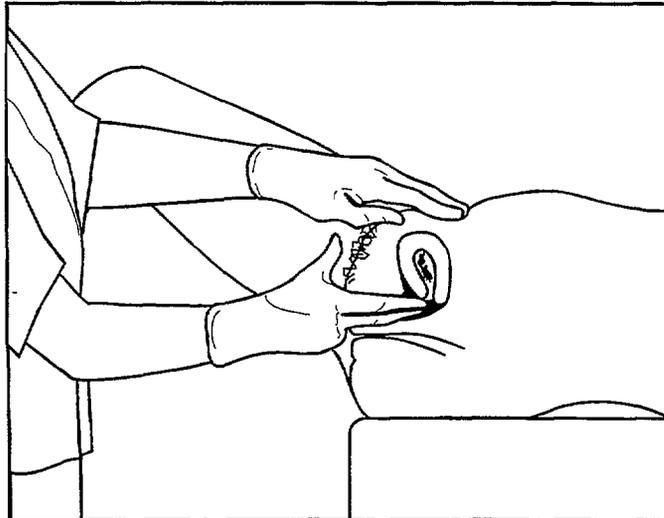
Si l'utérus est plus large qu'on ne s'y attendait, cela peut indiquer:

- Une grossesse plus avancée que ne laisse penser la date des dernières règles
- Qu'on est en présence de grossesses multiples
- Que l'utérus est rempli de caillots de sang (c'est-à-dire syndrome postavortement)
- Une grossesse molaire (c'est-à-dire une maladie trophoblastique)
- La présence de fibromes utérins (c'est-à-dire des tumeurs des muscles lisses de la paroi utérine)

Parfois, il est difficile d'évaluer la taille de l'utérus car l'utérus est incliné vers l'arrière (rétroversion), ou parce que la patiente a un poids excessif ou encore parce qu'elle retient son abdomen (le fait de ne pas relâcher l'abdomen empêche de sentir l'utérus). Il est important de ne **pas** commencer une procédure d'AMIU pour avortement incomplet tant qu'on n'a pas déterminé la taille de l'utérus. Aussi, si on rencontre des problèmes pour déterminer la taille ou la position de l'utérus, il faut demander à un clinicien qui a plus d'expérience (s'il est disponible) d'évaluer la dimension de l'utérus. En cas de doutes, traiter la patiente comme si la grossesse était plus avancée qu'on ne le pensait d'abord.

Utérus antéversé (incliné vers l'avant): Si l'utérus est antéversé de manière excessive (antéflexion), le clinicien doit faire particulièrement attention pendant la procédure car il y a un plus grand risque de perforation en exécutant l'AMIU.

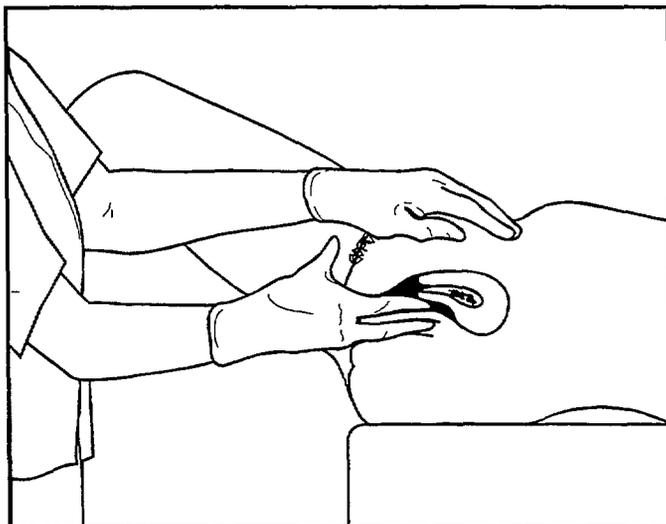
Figure 3-2. Palper un utérus antéversé



Source: Yordy, Leonard and Winkler, 1993

Utérus rétroversé (incliné vers l'arrière): Un utérus légèrement rétroversé peut être le mieux palpé lors d'un examen rectovaginal. (Il y a plus grand risque de perforation si le clinicien ne sait pas que l'utérus est très rétroversé.)

Figure 3-3. Palper un utérus rétroversé par le biais d'un examen rectovaginal



Source: Yordy, Leonard and Winkler, 1993.

Note: Après avoir fait l'examen rectovaginal, les gants doivent être immédiatement enlevés, décontaminés et jetés en observant les pratiques recommandées de prévention des infections (voir **Chapitre 4**).

Utérus déplacé latéralement (incliné d'un côté): Si l'utérus est poussé latéralement d'un côté ou de l'autre, le clinicien doit faire particulièrement attention pendant la procédure, sinon on court un plus grand risque de perforation.

Tests de laboratoire Le facteur Rhésus est **généralement** déterminé pendant la grossesse, mais il faudrait également le faire lors du dépistage clinique concernant les cas d'avortements incomplets. Pour les femmes avec un facteur Rhésus négatif, donner de l'immunoglobuline Rh(D) si disponible.

Récapitulatif Le **Tableau 3-1** récapitule brièvement les étapes à exécuter pour le **bilan médical**.

Tableau 3-1 Bilan médical	
Anamnèse	<p>Demander et noter l'information suivante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de règles (à quand remontent les dernières règles) • Saignements vaginaux (durée et abondance) • Méthode contraceptive actuelle (DIU, implants Norplant ou injectables ou pilules à seuls progestatifs) • Crampes (durée et gravité) • Douleurs abdominales ou à l'épaule (peut indiquer lésion intra-abdominale) • Tissus évacués (PRC or produits retenus de la conception) • Allergies aux médicaments • Saignements ou troubles de la coagulation • La patiente a-t-elle pris des herbes ou un médicament (poison) pouvant entraîner de graves effets secondaires • Autres conditions de santé
Examen physique général	<p>Vérifier et noter les signes vitaux (température, pouls, respiration, tension artérielle) Noter l'état de santé général de la femme (mal nourrie, anémique, mauvaise santé en général) Examiner les poumons, le cœur, l'abdomen, les extrémités. En examinant l'abdomen, vérifier d'abord les bruits intestinaux, voir ensuite si l'abdomen est distendu ou rigide (tendu et dur); s'il y a sensibilité à la palpation ou masse(s) abdominale(s); ainsi que la présence, l'endroit et la gravité de la douleur.</p>
Examen gynécologique	<p>Enlever tout produit retenu de la conception visible dans le canal vaginal. Noter s'il y a pertes malodorantes, la quantité des saignements, et voir si le col est ouvert ou fermé. Vérifier si on est en présence de traumatismes vaginaux ou cervicaux (déchirures ou perforations) ou muco-pus de l'orifice du col. Estimer la taille de l'utérus en fonction de la date des dernières règles et de l'examen, vérifier pour détecter la présence de masses pelviennes et de douleurs pelviennes, noter l'intensité de la douleur, son emplacement et ses causes (au repos, en touchant et en pressant, mouvement du col).</p>

Adapté de: OMS, 1994.

STADE DE L'AVORTEMENT

Comparer les résultats de l'examen **gynécologique** et l'information sur le **Tableau 3-2** pour déterminer le **stade de l'avortement**.

Dans le cas de **menaces d'avortement**, la femme devrait rester alitée pendant 24 à 48 heures. Si les saignements empirent ou si d'autres symptômes se présentent, notamment des signes d'infection, il faudra refaire immédiatement un bilan; autrement, elle peut revenir pour un bilan dans 1 à 2 semaines.

Dans le cas d'un **avortement inévitable ou incomplet**, l'évacuation utérine est nécessaire pour enlever entièrement tout produit retenu de la conception. (L'examen des produits retenus de la conception après l'évacuation utérine est nécessaire pour vérifier le retrait complet.)

Diagnostic	Saignements	Col de l'utérus	Taille de l'utérus	Autres signes
Menace d'avortement	Légers à modérés	Non dilaté	Egale à la taille aux dates des dernières règles	Test de grossesse positif [†] Crampes Utérus mou
Avortement inévitable	Modérés à abondants	Dilaté	Inférieure ou égale à la taille aux dates des dernières règles	Crampes Utérus sensible
Avortement incomplet	Légers à abondants	Dilaté (mou)	Inférieure ou égale à la taille aux dates des dernières règles	Crampes Expulsion partielle des produits retenus de la conception Utérus sensible
Avortement complet^{††}	Peu voire aucun	Mou (dilaté ou fermé)	Inférieure à la taille aux dates des dernières règles	Moins ou aucune crampe Expulsion des produits retenus de la conception Utérus ferme

[†] Vu que la moitié de la vie des gonadotrophines chorioniques humains (hCG) est de 60 heures, dans certains cas le test de grossesse (qui est une mesure des hCG) peut rester positif pendant plusieurs jours après la fin de la grossesse.

^{††} Ce n'est qu'à la 28^{ème} semaine de grossesse (à partir de la date des dernières règles) qu'un plan de clivage se développe entre la surface maternelle du placenta et la surface utérine (decidua basalis). Par conséquent, une séparation **histologiquement** complète (et le retrait) de tous les produits retenus de la conception ne peut pas se faire lors d'un avortement, soit spontané, soit provoqué ou dans des conditions dangereuses. Mais sur le plan **clinique**, dans le cas d'un avortement "complet", il ne reste que des fragments placentaires minimes et pas de fragments du fœtus et le traitement (AMIU ou D&C) n'est **pas** nécessaire.

Adapté de: OMS, 1994.

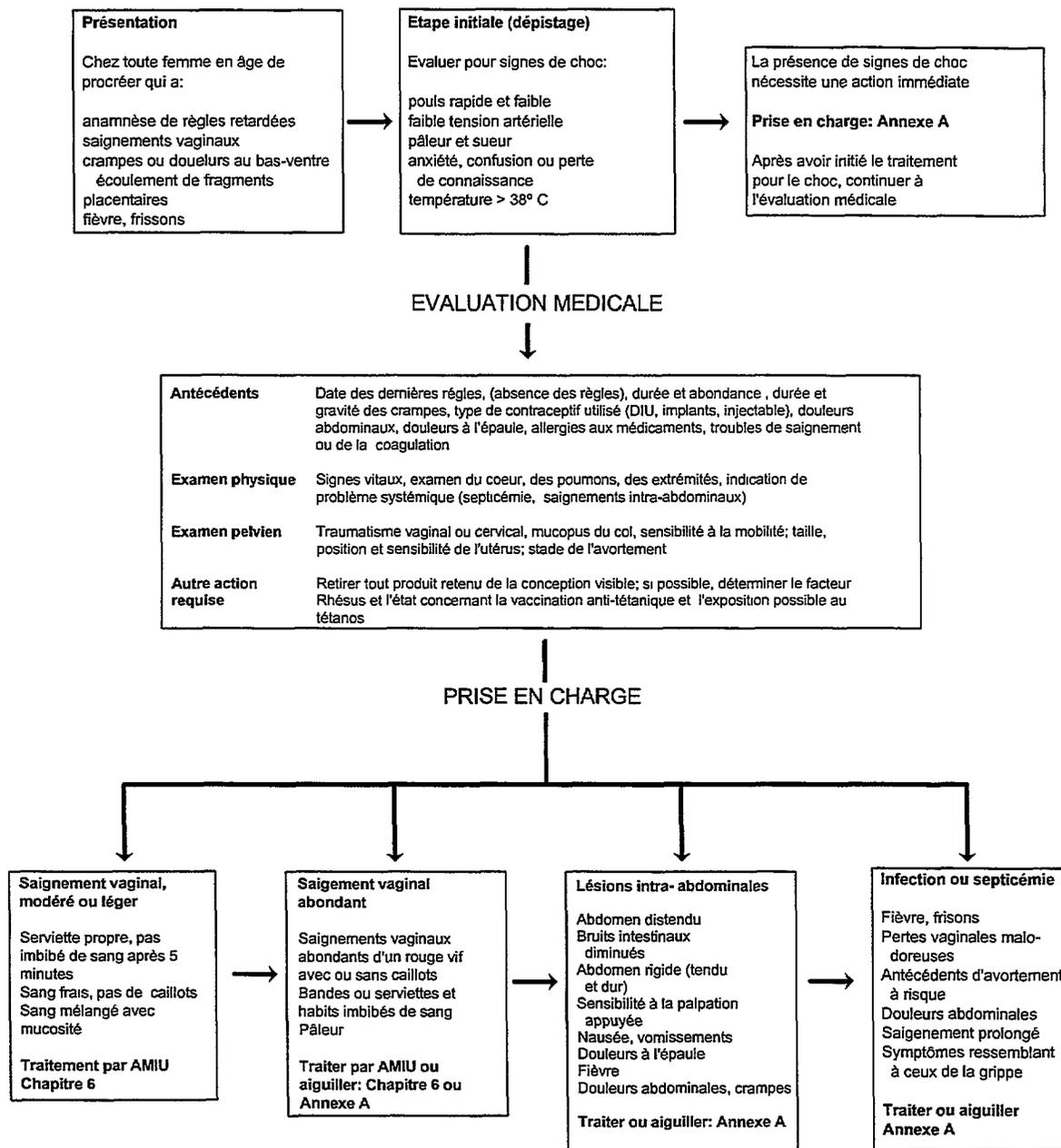
**PRISE EN CHARGE DES
COMPLICATIONS
POSTAVORTEMENT**

La prévention des complications postavortement dépend des soins d'urgence intégrés sur l'ensemble du système sanitaire—du poste de santé à l'hôpital le plus sophistiqué au niveau tertiaire (hôpital de référence). Qu'il s'agisse du système d'information, du bilan médical, de la stabilisation et de l'aiguillage, de l'évacuation utérine ou des soins spécialisés pour les complications les plus graves, du moins certaines composantes des soins d'urgence postavortement devraient être disponibles à chaque point de prestation de services du système sanitaire.

Ce chapitre traitait des étapes liées au **bilan initial** de la patiente, y compris la stabilisation et l'aiguillage et l'**évaluation médicale** subséquente. Prises ensemble, elles nous donnent une approche systématique à la prise en charge de l'avortement incomplet et des complications pouvant mettre la vie en danger qu'on ne rencontre que trop souvent. De plus, si cette approche est conjuguée à un traitement rapide et efficace, on pourra diminuer la morbidité et la mortalité postavortement.

La **Figure 3-4** récapitule brièvement les étapes liées au **bilan** et au **traitement** des patientes avec un avortement incomplet.

Figure 3-4. Récapitulatif des étapes essentielles liées au bilan et au traitement de l'avortement incomplet



REFERENCES GENERALES

McIntosh N, Kinzie B et Blouse A (éds): *DIU: Guide pratique à l'intention des programmes de planification familiale*, 2ème éd. Baltimore, Maryland, JHPIEGO, 1993.

Yordy L, Leonard AH et Winkler J: *Manual Vacuum Aspiration Guide for Clinicians*. Carrboro, North Caroline, IPAS, 1993.

Organisation mondiale de la santé: *Complications des avortements - Directives techniques pour leur prévention et leur traitement (sous presse) (Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment)*. Genève, OMS, 1994.

PREVENTION DES INFECTIONS[†]

GENERALITES Avec l'AMIU, à l'instar de toute procédure invasive, il y a risque pour les patientes, les prestataires de services et autre personnel d'entrer en contact avec du sang et autres liquides organiques pouvant communiquer des maladies qui se transmettent par le sang telles que l'hépatite B et le SIDA. Pour minimiser ce risque, des précautions universelles (précautions entourant le sang et les liquides organiques) doivent être observées à tout moment lors de la prestation de soins postavortement, du traitement d'échantillons de tissus, de la manipulation de l'équipement et de l'élimination des déchets. Le risque de transmission de l'infection est diminué grâce à l'utilisation de barrières protectrices (y compris le fait de se laver les mains et de traiter des instruments réutilisables de la manière qui convient), à l'utilisation de la technique sans toucher pour l'AMIU et à l'élimination, avec les mesures de précaution qui s'imposent, des déchets contaminés.

Les pratiques de prévention des infections dont il est question dans ce chapitre sont simples et pratiques et peuvent être utilisées dans tout pays ou dans tout établissement sanitaire.

DEFINITIONS **Les micro-organismes** sont les germes responsables de l'infection. Ce sont des bactéries, des virus, des champignons et des parasites. Dans le cadre de la prévention des infections, les bactéries peuvent être divisées en trois catégories: les bactéries végétatives (staphylocoques), les mycobactéries (tuberculose) et les endospores (tétanos). Les endospores sont les plus difficiles à tuer.

Les termes **asepsie**, **antisepsie**, **décontamination**, **nettoyage**, **désinfection** et **stérilisation** prêtent souvent à confusion. Dans ce manuel, nous adopterons les définitions suivantes:

- **L'asepsie** ou les **techniques aseptiques** sont des termes généraux utilisés dans les milieux de soins de santé pour décrire les efforts faits pour empêcher la pénétration des micro-organismes dans une partie du corps où ils peuvent déclencher une infection. Le but de l'asepsie est de **ramener à un niveau de sécurité** ou d'**éliminer** le nombre de micro-organismes aussi bien sur les surfaces animées (vivantes)

[†] Adapté de: Tietjen L, Cronin W et McIntosh N: *Prévention des infections: Guide pratique à l'intention des programmes de planification familiale*. Baltimore, Maryland, JHPIEGO, 1992 et Yordy L, Leonard AH et Winkler J: *Manual Vacuum Aspiration: Guide for Clinicians*. Carrboro, North Carolina, IPAS, 1993.

(peau et tissu) que sur les objets inanimés (instruments chirurgicaux et autres.)

- L'**antisepsie** consiste à prévenir l'infection en détruisant ou en inhibant la croissance des micro-organismes qui se trouvent sur la peau ou sur les autres tissus du corps, au moyen d'un agent chimique (produit antiseptique).
- La **décontamination** rend les objets moins dangereux à manier pour le personnel, surtout le personnel chargé du nettoyage, **avant** le nettoyage. Les objets à décontaminer incluent les surfaces importantes (par exemple, tables d'examen gynécologique ou tables d'opération), les instruments chirurgicaux, les gants et les autres articles contaminés par du sang ou autres liquides organiques.
- Le **nettoyage** permet d'enlever physiquement tout le sang, les liquides organiques ou les autres matières étrangères visibles à l'oeil nu, comme la poussière ou la terre qui se trouvent sur la peau ou sur les objets inanimés.
- La **désinfection** permet d'éliminer la plupart, mais pas tous les micro-organismes vecteurs de maladies qui se trouvent sur les objets inanimés.
- La **désinfection de haut niveau** (DHN) par ébullition, à la vapeur ou par trempage dans des produits chimiques spéciaux élimine tous les micro-organismes (excepté certaines endospores bactériennes) sur les objets inanimés.
- La **stérilisation** permet d'éliminer **tous** les micro-organismes, **y compris** les endospores bactériennes qui se trouvent sur les objets inanimés.

BARRIERES DE PROTECTION

Placer une "**barrière**" physique, mécanique ou chimique entre les micro-organismes et une personne qu'elle soit un patient ou un agent de santé, est un moyen efficace pour éviter la propagation de la maladie (la barrière sert à casser le cycle de transmission de l'infection).

Les **barrières de protection** contre les infections comprennent:

- Le lavage des mains;
- Le port des gants (aux deux mains), que ce soit lors d'un contact avec un patient ou lors de la manipulation des déchets contaminés ou des instruments utilisés;

- L'utilisation de solutions antiseptiques pour nettoyer la peau avant une intervention chirurgicale ou une procédure telle que l'AMIU;
- L'utilisation de champs opératoires pendant les procédures chirurgicales;
- Le port de vêtements ou d'équipement adéquats (par exemple, lunettes protectrices, masque, tablier) lorsqu'on risque d'entrer en contact avec du sang ou d'autres liquides organiques;
- La décontamination, le nettoyage, la stérilisation ou la désinfection à haut niveau des instruments, des gants et des autres objets.

Ces barrières de protection visent à empêcher l'infection de se propager:

- D'une personne à l'autre
- Du matériel, des instruments et des surfaces environnantes aux personnes.

Tout le personnel de soin devrait utiliser des barrières de protection telles que les gants, les tabliers, les blouses, les masques et les lunettes protectrices pour éviter que la peau et les muqueuses n'entrent en contact avec du sang et d'autres liquides organiques.¹

Se laver les mains

Tout le personnel de soin devrait se laver les mains **avant** tout contact direct avec les patients, avant de mettre des gants stériles ou désinfectés à haut niveau et immédiatement **après** tout contact avec du sang, des liquides organiques ou des muqueuses et après avoir enlevé les gants. Il faut toujours se laver les mains entre différents patients.²

Pour la plupart des activités, il suffit de se laver rapidement les mains avec du savon pendant 15 à 30 secondes et de les rincer sous un jet d'eau.

Les micro-organismes croissent et se multiplient dans les endroits humides ou dans l'eau stagnante. Par conséquent:

- Si l'on utilise du savon, fournir des petites savonnettes et des porte-savons qui laissent égoutter l'eau.

- Eviter de plonger les mains à maintes reprises dans des cuvettes contenant de l'eau stagnante, même si l'on y a ajouté un agent antiseptique comme du Dettol® ou du Savlon®.
- Choisir parmi plusieurs possibilités quand il n'y a pas d'eau courante:
 - Utiliser un seau muni d'un robinet que l'on peut fermer pendant qu'on se savonne les mains et ouvrir à nouveau pour les rincer, ou une cuvette avec un broc.
 - Utiliser un produit antiseptique pour les mains qui n'exige pas l'utilisation d'eau.³
- Se sécher les mains avec une serviette propre ou à l'air; les serviettes que l'on partage se contaminent facilement.
- S'il n'y a pas de système de vidange, recueillir les eaux usées dans une cuvette et jeter le contenu dans les toilettes.

Emploi des gants

On peut utiliser des **gants d'examen**, s'ils sont disponibles, pour:

- L'examen gynécologique
- La procédure AMIU^{4,5}

Utiliser des gants d'examen neufs pour chaque procédure; ces gants ne peuvent pas être réutilisés car ils sont trop fins pour être traités.

En général, on utilise des **gants chirurgicaux** pour l'AMIU mais ils ne sont pas nécessaires si on utilise une technique sans toucher. Si on utilise des gants chirurgicaux, des gants neufs sont préférables. Si on réutilise les gants, ils doivent être nettoyés, désinfectés à haut niveau ou stérilisés et examinés pour voir s'ils pèlent ou s'ils présentent des craquelures, des trous ou des déchirures.⁶ (Voir l'**Annexe D** pour des détails sur la façon de traiter les gants chirurgicaux.)

Utiliser des **gants de ménage** pour les travaux de nettoyage au cours desquels on risque d'être en contact avec du sang, tels que les procédures de décontamination et de nettoyage des instruments. On peut décontaminer et réutiliser les gants de ménage; mais il faut jeter les gants craquelés ou déchirés.⁷

Antiseptie Les infections faisant suite à de petites interventions chirurgicales comme l'AMIU peuvent être causées par des micro-organismes de la peau, du col de l'utérus ou du vagin de la patiente ou des mains du personnel soignant. Se laver les mains avant et après chaque cas et laver le périnée de la patiente ainsi que nettoyer son col de l'utérus et son vagin avec une solution antiseptique avant de pratiquer l'AMIU sont des mesures importantes de prévention des infections.⁸ (Voir le **Chapitre 6** pour la Préparation de la patiente.)

De nombreux produits chimiques sont des antiseptiques pouvant être utilisés sans danger sur la peau. Voici des solutions antiseptiques faciles à obtenir dans différentes parties du monde:

- Gluconate de chlorhexidine (4%) (comme Hibiclens[®], Hibiscrub[®], Hibitane[®])
- Gluconate de chlorhexidine et cétrimide en concentrations variées (comme le Savlon)
- Les iodophores en concentrations variées (comme la Bétadine[®])

Pour les **préparations vaginales et cervicales**, choisir un antiseptique aqueux (à base d'eau), tel qu'un iodophore ou le gluconate de chlorhexidine. **Ne pas utiliser d'alcool ou de préparations à base d'alcool** (par exemple, Dettol ou teinture d'iode). Les alcools brûlent; ils dessèchent et irritent également les muqueuses ce qui favorise ensuite la croissance des micro-organismes. De plus, l'hexachlorophène (pHisoHex[®]), qui est une neurotoxine et qui est facilement absorbé par les muqueuses, ne devrait pas être utilisé.⁹

Les antiseptiques ne sont pas aussi puissants que les produits chimiques utilisés pour la DHN. Ainsi, il ne faut **jamais** utiliser de solutions antiseptiques pour désinfecter à haut niveau les objets inanimés tels que les instruments. (Voir **Chapitre 8, Tableaux 8-1 et 8-2** pour des instructions sur la manière d'utiliser les désinfectants.)

Technique sans toucher

Lors de procédures telle que l'AMIU dans le cadre desquelles on pénètre dans la cavité utérine, il est possible d'introduire des agents pathogènes dans l'utérus, ce qui peut causer une infection éventuellement sérieuse. Pour éviter l'infection, les cliniciens devraient toujours utiliser la technique sans toucher pendant toute la procédure et n'utiliser que des instruments stérilisés ou désinfectés à haut niveau avant l'emploi.

Utiliser la technique sans toucher signifie que la partie de la canule ou de tout autre instrument qui entre dans la cavité utérine ne devrait pas entrer en contact avec des surfaces contaminées avant l'insertion par le col. De façon spécifique, le tenaculum, la canule ou le bout du dilateur cervical ne devrait pas toucher la table d'examen, les zones non stériles du plateau à instruments, les gants ou les parois du vagin avant d'être inséré. Les cliniciens ne devraient tenir les canules et les autres instruments que par la partie ou l'extrémité qui n'entre pas en contact avec la patiente. Par exemple, si on insère les deux extrémités des dilateurs cervicaux en métal ou en plastique, il faudrait les tenir par le milieu et les retourner avec précaution pour qu'ils ne touchent pas le spéculum ou les parois du vagin. Il faut également se rappeler de passer le moins de fois possible les canules et les dilateurs par l'orifice du col. (Cela minimise la contamination de la cavité utérine par des micro-organismes introduits pendant la dilatation et l'AMIU.)

TRAITER L'EQUIPEMENT ET LES AUTRES ARTICLES POUR L'AMIU

Pour minimiser le risque de transmission d'infections, que ce soit aux patientes ou au personnel soignant, à partir des instruments ou des gants après l'AMIU, ces articles doivent être décontaminés, nettoyés et, soit stérilisés, soit désinfectés à haut niveau. Les surfaces telles que la table d'examen devraient aussi être décontaminées et nettoyées après chaque patiente.

Quand la stérilisation est-elle absolument essentielle? Quand la désinfection à haut niveau (DHN) peut-elle être une autre option acceptable?

On recommande généralement que les instruments et les autres objets utilisés pour les procédures chirurgicales, telles que l'AMIU, soient stériles. Certaines directives sont toutefois plus flexibles et déclarent que lorsque l'équipement pour la stérilisation n'est pas disponible, on peut utiliser la DHN. En fait, l'emploi de la seule stérilisation est soit impossible soit peu pratique dans de nombreux sites de prestation de services dans les pays développés tout comme dans les pays en voie de développement. Par exemple, les canules, qui seraient abîmées par la stérilisation en autoclave ou à la chaleur sèche, sont généralement désinfectées à haut niveau entre chaque cas. Il est clair que la stérilisation, lorsqu'elle est exécutée correctement, est la méthode la plus sûre et la plus effective de traitement des instruments; cependant, si elle n'est ni disponible, ni indiquée, alors la DHN est la seule **autre option acceptable**.

Rappel: Pour que la stérilisation ou la DHN soit efficace, il faut d'abord procéder à la décontamination et au nettoyage soigneux des instruments et des autres objets.

(Voir le **Chapitre 8** pour davantage d'informations sur le traitement et l'entreposage de l'équipement et des autres objets de l'AMIU et l'**Annexe D** en ce qui concerne le traitement des gants chirurgicaux.)

MANUTENTION DES SERINGUES ET DES AIGUILLES

Prendre des précautions pour éviter les blessures avec les aiguilles utilisées et les autres instruments pointus. Ces blessures comportent un risque élevé de transmission de l'hépatite B (VHB) ou du VIH/SIDA en milieu sanitaire. Ces blessures peuvent survenir pendant les procédures chirurgicales, lorsqu'on nettoie les instruments, pendant qu'on jette les aiguilles et lorsqu'on manipule des instruments pointus après les procédures.¹⁰ Les seringues et aiguilles jetables sont recommandées pour tous les soins aux patients et procédures chirurgicales, mais elles n'apportent pas de solution au problème des blessures par piqûres et elles ne sont pas toujours disponibles.

Conseils de sécurité lorsqu'on utilise des aiguilles et des seringues jetables

- N'employer chaque aiguille et chaque seringue qu'une seule fois.
- Ne pas désassembler les aiguilles et les seringues après usage.
- Ne pas replacer le capuchon, plier ou casser les aiguilles avant de les jeter.
- Jeter les aiguilles et les seringues dans un récipient ne pouvant pas être percé.

Ne pas plier les aiguilles, ne pas les séparer des seringues jetables ou les manipuler de quelque autre façon que ce soit. **Eviter** de replacer le capuchon sur l'aiguille.

Là où les seringues jetables ne sont pas disponibles et où l'on doit remettre les capuchons, utiliser la méthode "à une seule main":

- D'abord, placer le capuchon sur une surface dure et plate; puis enlever la main.
- Puis, avec une seule main, tenir la seringue et utiliser l'aiguille pour "ramasser" le capuchon.

- Finalement, quand le capuchon recouvre complètement l'aiguille, tenir la base de l'aiguille près de la garde et avec l'autre main, enfoncer le capuchon sur l'aiguille.

ELIMINATION DES DECHETS

Lorsque l'AMIU est terminée et avant d'enlever les gants, jeter les articles jetables contaminés (gaze, coton et autres articles à jeter) dans un récipient convenablement étiqueté et ne pouvant pas être percé ou dans un sac en plastique. Jeter les instruments pointus (aiguilles et seringues) dans un récipient séparé ne pouvant pas être percé. Il faudrait éliminer les déchets en les brûlant ou en les enterrant.

Elimination des PDC

Une fois que la procédure est terminée et que les tissus ont été examinés, il faut éliminer avec prudence les contenus de la seringue AMIU (les PDC retirés de la cavité utérine) pour minimiser le risque de transmission du VHB et du VIH ainsi que d'autres maladies transmises par le sang aux agents sanitaires, aux prestataires, aux autres patients et à la communauté. Après avoir examiné les tissus, verser les PDC dans l'évier, les toilettes à chasse d'eau (qui se déversent dans un système d'égout), aux latrines ou dans un récipient. Faire attention de ne pas éclabousser. Si les PDC ne sont pas mis dans un système d'égout, il faut les éliminer en les brûlant ou en les enterrant.

Elimination des seringues (et des aiguilles) hypodermiques

L'élimination des aiguilles et des seringues crée des problèmes de logistique et de prévention des infections. Un problème encore plus grand est celui de **comment** éliminer sans danger les aiguilles et les seringues utilisées si elles ne peuvent pas être brûlées ou enterrées. Dans de nombreux pays, on peut trouver des boîtes contenant des aiguilles jetables à l'extérieur des établissements sanitaires et des hôpitaux. Ces aiguilles et ces seringues utilisées constituent un risque de santé croissant, surtout pour les enfants et les adultes qui les recherchent pour jouer, pour les vendre ou pour les utiliser.

Une autre option plutôt que d'éliminer l'aiguille et la seringue serait de ne retraiter **que** la seringue mais **pas** l'aiguille. En voici le bien-fondé:

- Ce sont surtout les aiguilles qui sont responsables des blessures et du risque potentiel de contracter une maladie comportant un danger de mort.
- Les aiguilles sont difficiles à décontaminer, à nettoyer et à soit stériliser, soit désinfecter à haut niveau.

- Les seringues en plastique, dont beaucoup sont faites en chlorure de polyvinyle (PVC) contribuent de façon importante à la pollution environnementale lorsqu'elles sont incinérées à des températures élevées.

Bien que le traitement des aiguilles utilisées représente un cas de **réutilisation inappropriée d'articles jetables**, dans certaines circonstances, c'est la seule option qui existe.⁹

REFERENCES

1. Department of Health and Mental Hygiene: Occupational Exposure to Human Immunodeficiency Virus. *Communicable Disease Bulletin*, State of Maryland, décembre 1990.
2. Garner JS et Favero MS: CDC Guideline for Handwashing and Hospital Environment Control. *Infection Control* 7(4):231-243, 1986.
3. Larson EL et al: Alcohol for Surgical Scrubbing? *Infection Control and Hospital Epidemiology* 11(3):139-143, 1990.
4. Centers for Disease Control (CDC): Guidelines for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis Virus to Health Care and Public-Safety Workers. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 38:5-6, 1989.
5. Department of Health and Human Services (DHHS): Update: Universal Precautions for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus, and Other Bloodborne Pathogens in Health Care Settings. *MMWR* 37: 377-388, 1988.
6. Bagg J, Jenkins S et Barker GR: A Laboratory Assessment of the Antimicrobial Effectiveness of Glove Washing and Re-Use in Dental Practice. *Journal of Hospital Infection* 15(1):73-82, 1990.
7. Centers for Disease Control (CDC): Guidelines for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis B Virus to Health Care and Public-Safety Workers. *MMWR* 38:5-6, 1989.
8. Larson EL et al: Guideline for Use of Tropical Antimicrobial Agent. *American Journal of Infection Control* 16:253-66, 1988.
9. Wenzel RP (éd): *Prevention and Control of Nosocomial Infections*, 2ème éd. Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 1993.
10. Centers for Disease Control: Recommendation for Prevention of HIV Transmission in Health Care Settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 36:2S, 1989.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR[†]

GENERALITES

L'AMIU peut être réalisée à l'extérieur de la salle d'opération, dans la salle de traitement d'une clinique, un service d'urgence, un service hospitalier ou le cabinet d'un médecin. Utiliser l'AMIU à l'extérieur de la salle d'opération comporte maints avantages. En effet, ainsi on encourage l'emploi:

- d'une anesthésie locale
- de doses plus faibles d'analgésiques ou de sédatifs qui présentent moins de danger pour les patientes et coûtent moins de ressources au système de santé

Vu que la patiente est consciente pendant la procédure de l'AMIU, les prestataires de services doivent faire très attention à la prise en charge de la douleur en donnant un soutien (ce qu'on appelle anesthésie verbale ou verbacaine) et, lorsque c'est nécessaire, par le biais de l'emploi d'analgésiques, de sédatifs ou d'une anesthésie locale. Les prestataires doivent évaluer les besoins des patientes **avant** de déterminer le type de traitement ou de médicament qui peut être nécessaire.

Le présent chapitre revoit le fondement expliquant la gêne ou la douleur que la patiente peut ressentir et propose plusieurs manières d'alléger la douleur associée à l'AMIU pour l'avortement incomplet.

BUT DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Le but de la prise en charge de la douleur pour l'AMIU est de vérifier que la patiente n'ait qu'un minimum d'angoisse et de gêne et de garantir le minimum de risque pour sa santé. L'emploi adéquat de divers agents, combiné à une technique en douceur et à un soutien verbal de la part du prestataire de services et du personnel infirmier, permet à la patiente d'être consciente, de réagir et de ne connaître qu'un minimum de crainte et d'inconfort. Arriver à un bon équilibre entre un maximum de confort et un minimum de risque demande qu'on évalue de manière exacte la condition préopératoire de chaque patiente (bilan physique général avec signes de perte de sang et signes vitaux—température, pouls et tension artérielle) ainsi que ses besoins individuels (masse corporelle, antécédents de maladies chroniques, niveau d'angoisse et allergies à des médicaments).

[†] *Adapté de: Margolis A et al: Pain Control for Treatment of Incomplete Abortion with MVA. Advances in Abortion Care 3(1), 1993.*

On connaît bien les dangers de l'anesthésie générale, surtout dans les contextes qui manquent de personnel formé (anesthésiologue ou anesthésiste) et d'installations permettant de suivre de près la patiente pendant la procédure et la récupération. Aussi, est-il important d'utiliser d'autres approches pour une prise en charge de la douleur qui soit efficace et sans danger.^{1,2,3,4}

TYPES DE DOULEUR

Les patientes traitées pour un avortement incomplet par le biais de l'AMIU risquent souvent de connaître deux types de douleur. La **première** est une douleur profonde et intense qui accompagne la dilatation du col et la stimulation de l'orifice du col interne. Elle est transmise par le biais des nerfs entourant le col et le canal cervical. (Vu que le col est généralement ouvert par suite d'un avortement incomplet, la sélection de la canule de bonne dimension peut minimiser ce type de douleur.) Le **second** type de douleur, causé souvent par l'évacuation utérine, est une douleur diffuse dans le bas-ventre avec des crampes qui accompagnent le mouvement de l'utérus, le curetage de la paroi utérine et les contractions des muscles utérins dues au fait qu'on vide la cavité utérine. La douleur utérine se transmet du haut de l'utérus (fond de l'utérus) tout le long des grands nerfs utérins qui suivent les ligaments utérosacrés et utéro-ovariens. Des gestes brusques peuvent causer encore plus de douleur et toute angoisse que ressent la patiente peut augmenter ses sensations de douleur; aussi est-il capital d'avoir des gestes délicats et de donner un traitement attentionné.^{5,6}

En outre, des complications telles que la péritonite et l'hémorragie intra-abdominale peuvent être causes de douleurs abdominales et/ou à l'épaule. Le prestataire doit faire la part des choses entre le risque de masquer les symptômes du diagnostic en utilisant des médicaments contre la douleur et la nécessité d'éviter une douleur et une angoisse inutiles pour la patiente. La stratégie la plus adéquate dépendra de chaque cas et des besoins de la patiente.

Il est important de continuer à suivre l'intensité de la douleur de la patiente tout au long de la procédure d'AMIU. Lorsqu'une douleur importante apparaît pendant la procédure, elle peut être le signal d'une complication intra-opératoire telle qu'une perforation de l'utérus. L'anesthésie locale a pour avantage que la patiente réagit et pourra indiquer tout changement, d'où un bilan rapide et une prise en charge rapide de toute complication pouvant se présenter pendant l'AMIU (voir **Chapitre 7**).

62

TECHNIQUES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

La plupart des patientes avec un avortement incomplet peuvent rester à l'aise pendant une AMIU sans beaucoup de traitement pour la douleur. La procédure est brève, ne dure que quelques minutes et généralement le col est ouvert (dilaté) et mou aussi l'insertion de la canule peut-elle se faire sans causer de douleur inutile. Un traitement en douceur, en donnant un soutien à la patiente, et l'utilisation d'un analgésique non-narcotique (ibuprofène ou acétaminophène) conjugué à ce qu'on appelle l'anesthésie verbale (ou verbacaine) suffisent souvent. Lorsqu'il faut une dilatation **supplémentaire** du col, l'utilisation d'un anesthésique local tel que l'anesthésie paracervicale est en général la meilleure option pour la prise en charge de la douleur liée à l'AMIU (voir **Annexe E**).

Voici les **aspects essentiels** liés à la prise en charge de la douleur et au confort de la patiente pour une AMIU sans complications:

- Un soutien attentionné de la part du personnel **avant, pendant et après** la procédure (aide à diminuer l'anxiété et la douleur);
- Un prestataire qui travaille à l'aise avec les patientes éveillées et qui sait manier les instruments en douceur;
- Sélection d'un niveau approprié de médicament pour la douleur.

L'emploi de la verbacaine de la part du prestataire peut rendre la procédure bien plus facile pour la patiente. Verbacaine signifie notamment être en mesure de:

- Etablir rapidement une relation positive avec la patiente;
- Parler ouvertement en étant à l'aise avec la patiente tout au long de la procédure.

Voici des **conseils** pour travailler avec des patientes qui sont éveillées et qui ne sont pas sous médicaments (ou qui ne sont que légèrement sous médicaments):

- Expliquer chaque étape de la procédure avant de l'exécuter.
- Attendre quelques secondes après avoir exécuté chaque étape ou tâche (par exemple, placer le tenaculum, passer la canule) pour que la patiente se prépare à l'étape suivante.

- Bouger doucement, sans mouvements saccadés ou brusques (placer doucement le tenaculum ou la pince à éponge sur le col et le fermer lentement).
- Utiliser les instruments avec confiance.
- Eviter de dire des choses comme "Cela ne fera pas mal" alors qu'en fait cela fera mal, ou "J'ai presque fini" si tel n'est pas le cas.
- Parler avec la patiente **tout au long** de la procédure.

Le besoin d'utiliser un analgésique supplémentaire ou un médicament sédatif (par voie buccale, intramusculaire ou intraveineuse), y compris l'utilisation d'une anesthésie paracervicale, dépendra des éléments suivants:

- Etat émotionnel de la patiente
- Degré d'ouverture (dilatation) du col
- Durée anticipée de la procédure
- Compétence du prestataire et assistance du personnel

Rappel: Si on prévoit de donner des analgésiques ou des sédatifs, il faudrait les donner à un moment approprié avant la procédure (15 à 30 minutes pour un intramusculaire ou 30 à 60 minutes pour les médicaments par voie buccale) de sorte à disposer d'un maximum de soulagement pendant la procédure (voir **Annexe E**).

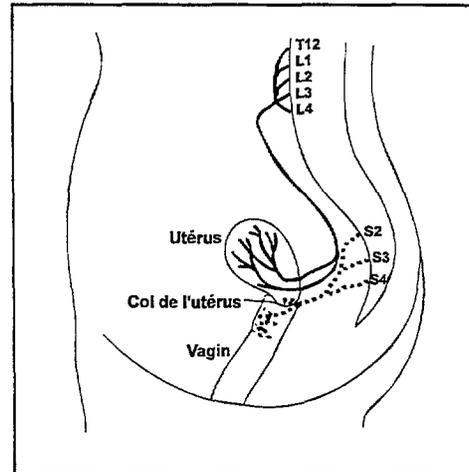
ANESTHESIE LOCALE

L'anesthésie locale, fournie le plus souvent par le biais d'une **anesthésie paracervicale** avec de la lidocaïne, est largement utilisée pour soulager la douleur cervicale s'il est nécessaire de faire une dilatation cervicale **supplémentaire**. L'anesthésie locale n'entraîne que peu de perturbations physiologiques, permettant à l'utérus de se contracter avec force et à la patiente de récupérer rapidement.

L'injection locale d'un anesthésique tel que la lidocaïne (anesthésie paracervicale) affecte les fibres nerveuses situées autour du col et du canal cervical. Elle minimise la douleur cervicale causée par l'étirement, la dilatation ou le mouvement de la canule dans le col. L'anesthésie paracervicale n'atteindra

pas les nerfs de l'utérus lui-même (Figure 5-1). Les nerfs transmettant ces sensations sont situés plus haut dans le bassin que l'endroit qu'atteindra l'infiltration locale. Par conséquent, elle n'affecte pas la douleur liée aux crampes utérines.

Figure 5-1. Parcours de la transmission de la douleur de l'utérus et du col jusqu'à la moëlle épinière



— Plexus hypogastrique: corps et fond de l'utérus
- - - - - Plexus utérovaginal: col, vagin supérieur

Source: Margolis et al, 1993.

Vu que les patientes avec une anesthésie paracervicale restent alertes et éveillées pendant la procédure, il est particulièrement important de vérifier les éléments suivants:

- Counseling pour une plus grande collaboration de la part de la patiente et pour minimiser ses craintes
- Une bonne communication prestataire-patiente tout au long de la procédure (voir ci-dessus)
- Temps et patience puisque les anesthésiques locaux ne sont pas efficaces immédiatement

L'anesthésie locale avec ou sans sédation (appelée "locale modifiée") comporte moins de dangers que l'anesthésie locale ou l'anesthésie spinale/épidurale. L'emploi de l'anesthésie générale fait courir aux patientes un risque accru de graves complications (inhalation des vomissements ou dépression respiratoire) suite à l'overdose, à l'administration incorrecte de l'anesthésie générale (par exemple, omission d'intuber la patiente) ou un suivi inadéquat.

Voici les conditions liées à l'emploi en toute sécurité de l'anesthésie locale:

- Tous les membres de l'équipe opératoire doivent bien connaître l'emploi des anesthésiques locaux (lidocaïne ou chloroprocaine) et avoir de l'expérience en la matière.
- Les médicaments et le matériel d'urgence (appareils de succion et de réanimation) doivent être à portée de main, en bon état d'utilisation et **tous** les membres de l'équipe opératoire doivent être formés à leur emploi.

La lidocaïne et la chloroprocaine sont les anesthésiques les plus souvent utilisés pour l'anesthésie paracervicale. La **lidocaïne** est la norme dans le monde entier pour l'anesthésie locale. C'est un produit peu cher, sûr, efficace et dont l'effet se déclenche rapidement. De plus, il n'existe qu'un faible risque de réaction allergique associée à l'emploi de la lidocaïne. Par ailleurs, la **chloroprocaine** est plus chère et moins disponible que la lidocaïne. Elle est également plus susceptible de causer une réaction allergique bien qu'elle soit métabolisée plus rapidement par le foie. Par conséquent, la lidocaïne est l'anesthésique préféré pour l'AMIU.

Complications de l'anesthésie locale

Les complications majeures de l'anesthésie locale, y compris l'anesthésie paracervicale) sont extrêmement rares. Mais des convulsions et des décès ont été indiqués dans des cas où des doses excessives ont été utilisées ou des injections dans une veine ont eu lieu.^{7,8} Pour minimiser le risque de complications majeures, il convient d'utiliser l'anesthésique local dans les plus petites doses efficaces possibles en faisant très attention à la technique correcte. **Dans la plupart des cas, 10 ml de lidocaïne à 1% est adéquat. Dans aucun cas, il ne faudrait dépasser 4,5 mg par kg corporel de la patiente, c'est-à-dire environ 20 ml.**³ L'aspiration (tirer le piston de la seringue) avant l'injection diminue le risque d'injection intraveineuse. Lorsqu'on suit les doses recommandées, et que le piston est tiré avant chaque injection, il est rare d'arriver à des niveaux toxiques des agents anesthésiques locaux. Toutefois, il est important de reconnaître les signes et symptômes de la toxicité de sorte à ne pas faire d'autres injections et à commencer un traitement médical.

66

Rappel: L'essentiel pour une utilisation sans danger d'un anesthésique local est de vérifier qu'il n'est pas injecté directement dans une veine et d'utiliser la plus petite dose efficace.

La séquence suivante indique des niveaux de plus en plus toxiques de l'anesthésique local:

Légers effets

- Engourdissement des lèvres et de la langue
- Goût métallique dans la bouche
- Etourdissements et tête qui tourne
- Sifflements dans les oreilles
- Difficulté à fixer le regard

Effets graves

- Sensation de sommeil
- Désorientation
- Palpitation musculaire et frissons
- Difficulté à s'exprimer
- Convulsions toniques-cloniques (attaques généralisées)
- Dépression ou arrêt respiratoire

En cas d'effets légers, attendre quelques minutes pour voir si les symptômes subsistent, parler à la patiente et ensuite continuer la procédure. Un traitement immédiat est nécessaire pour les effets graves. Garder la voie aérienne bien ouverte et donner de l'oxygène par masque ou sac de ventilation (Ambu). En cas de convulsions ou si elles persistent malgré le soutien respiratoire, on peut injecter par voie intraveineuse de petites quantités progressives (1-5 mg) de diazépam.⁹

Note: Le clinicien doit savoir que l'emploi du diazépam dans le traitement des convulsions peut entraîner une dépression respiratoire.

Pendant la grossesse, un flux de sang accru vers l'utérus et les tissus connexes peut faire que l'anesthésique local est absorbé rapidement dans les vaisseaux sanguins d'où une réaction systémique telle que démangeaisons, érythème ou urticaire. Ces symptômes devraient être traités en administrant par voie intraveineuse 25 à 50 mg de diphenhydramine (Bénadryl®). Si la réaction est intense ou en cas de signes de dépression respiratoire, administrer par voie sous-cutanée 0,4 mg

d'adrénaline et soutenir la respiration avec un sac de ventilation (Ambu) par le biais d'une voie respiratoire ouverte.

**COMMENT ADMINISTRER
L'ANESTHÉSIE
PARACERVICALE**

La technique expliquée ici, à quelques variations mineures près, est largement utilisée dans le monde entier et est généralement acceptée. Les doses données sont pour de la **lidocaïne à 1% sans adrénaline**.

A l'endroit de chaque injection, insérer l'aiguille, ensuite aspirer en tirant légèrement le piston pour être sûr que l'aiguille ne pénètre pas dans un vaisseau sanguin. Si du sang est visible dans la seringue, ne **pas** injecter mais retirer plutôt l'aiguille et passer à un autre site d'injection.

ETAPE 1: Après avoir déterminé l'absence d'allergies connues à l'agent anesthésique ou à des médicaments connexes, remplir une seringue de 10 à 20 ml avec un anesthésique local (lidocaïne à 1% sans adrénaline).

ETAPE 2: Utiliser une aiguille no. 22 ou 25 de 3,5 cm (1,5 pouces) pour injecter l'anesthésique local. Si un tenaculum va être utilisé pour saisir le col, injecter d'abord 1 ml d'anesthésique local dans la lèvre antérieure ou postérieure du col qui a été exposée par le spéculum (généralement on utilise la position des aiguilles d'une montre 10 heures ou midi)^{††}.

ETAPE 3: Avec la pince à éponge (ou le tenaculum) sur le col, employer une petite traction et mouvement pour identifier la zone entre l'épithélium cervical lisse et le tissu vaginal (voir **Figure 5-2**)^{†††}. C'est le site d'insertion de l'aiguille autour du col.

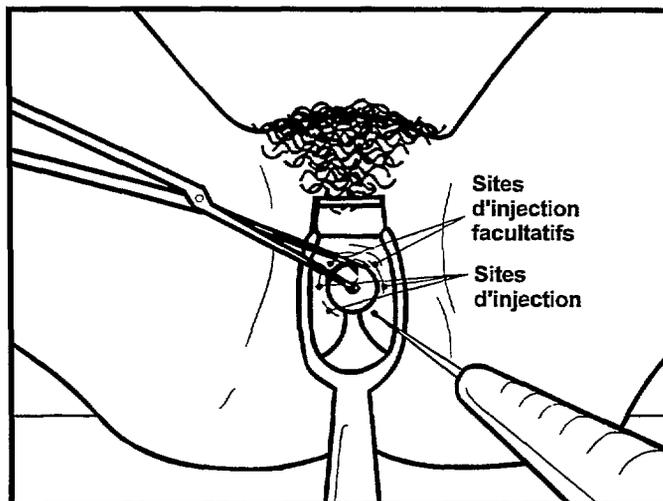
ETAPE 4: Insérer l'aiguille juste en-dessous de l'épithélium et aspirer en tirant légèrement le piston pour être sûr que l'aiguille ne pénètre **pas** dans un vaisseau sanguin.

ETAPE 5: Injecter environ 2 ml d'anesthésique local juste sous l'épithélium, pas plus profond que 2 à 3 mm aux positions des aiguilles d'une montre 3, 5, 7 et 9 (voir **Figure 5-2**). Si elle a été bien placée, on peut noter un gonflement et un blanchissement des tissus.

^{††} Pour un avortement incomplet, il vaut mieux une pince à éponge ou à anneau car elle risque moins de déchirer le col à la traction et ne demande pas l'utilisation d'un anesthésique local pour le placement.

^{†††} Mettre le tenaculum verticalement sur le col (un mors sur le col externe, l'autre sur la face du col).

Figure 5-2. Sites d'injection de l'anesthésie paracervicale



Source: Margolis et al, 1993.

Conseil: Des praticiens ont proposé l'étape suivante pour divertir l'attention de la patiente de l'insertion de l'aiguille: placer le bout de l'aiguille juste au-dessus de l'endroit choisi pour l'insertion et demander à la patiente de tousser. Cela "propulsera" l'aiguille juste en-dessous de la surface du tissu.

ETAPE 6: A la conclusion de la série d'injections, attendre un minimum de 2 à 4 minutes pour que l'anesthésique se diffuse et ait son effet maximum.

Note: Pour prévenir la toxicité de l'anesthésique local, la dose totale ne devrait pas dépasser 10 à 20 ml d'un anesthésique local à 10 grammes/litre (1%) et devrait être basé sur le poids de la patiente. La dose maximum de lidocaïne qu'on peut donner par anesthésie paracervicale est de 4,5 mg/kg de poids corporel (2 mg/lb).⁸ (Exemple: dose maximum = 4,5 mg/kg x patiente de 50 kg = 225 mg.)

REFERENCES

1. Atrash HK et Cheek TG: Legal Abortion Mortality and General Anesthesia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 158(2): 420-423, 1988.
2. Grimes DA et al: Local Versus General Anesthesia: Which is Safer for Performing Suction Curettage Abortions? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 135(8): 1030-1035, 1979.
3. Hakim-Elahi E, Tovell HMM et Burnhill MS: Complications of First-Trimester Abortion: A Report of 170,000 Cases. *Obstetrics and Gynecology* 76(1): 129-135, 1990.
4. Peterson HB et al: Comparative Risk of Death from Induced Abortion at Less Than or Equal to 12 Weeks' Gestation Performed with Local versus General Anesthesia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 141(7): 763-768, 1981.
5. Belanger E, Melzack R et Lauzon P: Pain of First-Trimester Abortion: A Study of Psychosocial and Medical Predictors. *Pain* 36: 339-350, 1989.
6. Wells N: Pain and Distress During Abortion. *Health Care for Women International* 12:293-302, 1991.
7. Grimes DA et Cates W: Deaths from Paracervical Anesthesia Used for First-Trimester Abortion. *New England Journal of Medicine* 295(25):1397-1399, 1976.
8. Stubblefield PG: Control of Pain for Women Undergoing Abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Supplement 3: 131-140, 1989.
9. Physicians Desk Reference, 49ème éd. Montvale, New Jersey, Medical Economic Data Production Company, 1994.

TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET

GENERALITES

L'avortement incomplet est traité en retirant de l'utérus les produits retenus de la conception. La méthode utilisée pour vider (évacuer) l'utérus dépend de l'âge de la grossesse, calculé en fonction de la date des dernières règles et la dimension de l'utérus (voir **Chapitre 3**), ainsi que de la disponibilité d'**équipement**, de **fournitures** et de **personnel qualifié** (voir **Annexe F**). Si on ne dispose pas de personnel qualifié et de fournitures, la patiente devrait être orientée immédiatement vers l'établissement approprié.

Le traitement de l'avortement incomplet du premier trimestre et du début de second trimestre peut être fait par aspiration manuelle ou dilatation et curetage (D&C). Tel que mentionné dans le **Chapitre 1**, l'aspiration par le vide ne demande pas une anesthésie générale et peut être réalisée dans une salle de procédure ou d'examen clinique. Mais le traitement d'un avortement incomplet du milieu à la fin du second trimestre doit être effectué par un clinicien expérimenté disposant d'une formation avancée et doit être fait dans un établissement possédant les instruments appropriés ainsi que tout le matériel et les personnes nécessaires en cas d'urgence (équipement pour administrer des liquides par voie intraveineuse, pour faire des transfusions sanguines et pour la chirurgie abdominale).

ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTERINE

L'aspiration manuelle intra-utérine est une méthode efficace pour le traitement de l'avortement incomplet (voir **Tableau 6-1**). L'aspiration manuelle intra-utérine enlève par succion le contenu de l'utérus. Premièrement une canule est insérée par le col dans l'utérus et ensuite y est attachée une seringue préparée pour le vide¹. Après avoir attaché la seringue à la canule, la valve de verrouillage de la seringue est débloquée, ce qui transfère un vide d'environ 1 atmosphère (26 pouces/660 mm Hg) dans la cavité utérine. On évacue les débris de la cavité utérine en effectuant doucement des mouvements circulatoires et de va-et-vient avec l'ensemble seringue-canule. La succion fournie par la seringue retire doucement le contenu de l'utérus (produits de la conception-PDC) par la canule et l'aspire dans la pompe de la seringue.

¹ Lors d'un avortement incomplet, le col est généralement suffisamment ouvert (dilaté) pour permettre le passage de la canule sans dilatation supplémentaire. Dans certains cas, il faudra faire une dilatation cervicale supplémentaire.

Moment opportun de la procédure. Dans le cas d'avortement incomplet, l'AMIU devrait être faite sans délai. Un traitement prompt diminuera les complications, surtout en cas de saignements abondants ou prolongés.

Tableau 6-1
Résultats de quatre études évaluant l'AMIU pour le traitement de l'avortement incomplet

Auteur, date/pays	Nombre de cas	Age de la gestation (semaines estimées à compter des dernières règles)	Temps d'aspiration AMIU (temps moyen approximatif en minutes)	Efficacité de l'AMIU [†]	Taux de complications pour l'AMIU ^{††}
El Kabarity et al, 1985/Egypte	100	≤ 16	6	> 98%	9
Kizza et Rogo, 1990/Kenya	300	≤ 16	ND	98%	8,7
Mahomed et al, 1992/Zimbabwe	834	≤ 12	7 ^{†††}	100%	0,3
Verkuyl et Crowther, 1993/Zimbabwe	179	≤ 18	2	> 98%	4,3

[†] Efficacité définie comme évacuation complète

^{††} Complications pour 100 procédures, y compris perte de sang excessive, infection pelvienne, blessure cervicale et perforation de l'utérus (moyenne pour l'AMIU = 5,6; moyenne pour curetage aigu = 14,8); les études variaient dans leur définition des complications.

^{†††} Durée totale de la procédure (y compris insertion de la canule, etc.)

ND = non disponible

Source: Greenslade, 1993.¹

Trousse d'instruments pour l'AMIU

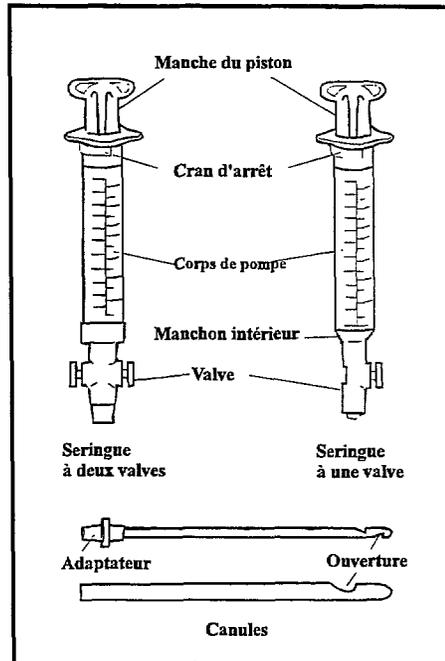
La trousse d'instruments de base pour l'AMIU pour le traitement d'urgence de l'avortement incomplet (**Figure 6-1**) comprend une seringue 60 cc à une valve ou à deux valves avec une valve de verrouillage, le manche d'un piston, le cran d'arrêt et du silicone pour lubrifier les joints de la seringue. La trousse comprend également une canule stérile et souple avec deux ouvertures opposées pour une efficacité maximum. Les canules dans les trousse à une seule valve ont deux dimensions (diamètre extérieur): 5 mm et 6 mm. Celles dans les trousse avec deux valves ont six dimensions, 6 à 10 mm et 12 mm, avec un jeu d'adaptateurs de différentes couleurs pour adapter chaque canule à la seringue.

Choix d'équipement

Les seringues à une et deux valves peuvent être utilisées avec une canule de 5 ou de 6 mm pour le traitement de l'avortement incomplet jusqu'à 8 semaines à compter de la date des dernières règles (confirmé par examen bimanuel).

La seringue à deux valves peut être utilisée avec des canules jusqu'à 12 mm pour le traitement de l'avortement incomplet pendant le premier trimestre, c'est à dire, 14 semaines à compter des dernières règles.

Figure 6-1. Instruments pour l'AMIU



Source: IPAS, 1993

**PRECAUTIONS A
PRENDRE AVANT
D'EXECUTER
L'AMIU**

Lors du bilan initial, des conditions peuvent être trouvées qui montrent la nécessité de démarrer d'autres traitements avant de commencer l'AMIU ou la nécessité d'utiliser une technique différente pour vider la cavité utérine. Les précautions à prendre et le bien-fondé pour chacune d'entre elles sont données en Annexe H. On notera tout particulièrement qu'il faut prendre des précautions spéciales lorsque:

- la taille de l'utérus déterminée par l'examen gynécologique diffère grandement de celle déterminée par la date des dernières règles (taille plus grande qu'indiqué par les dates), ou
- la taille de l'utérus est au-delà de celle du premier trimestre.

**PREPARATION
POUR LA
PROCEDURE AMIU**

**Minimiser le risque
d'infection**

Lors de chaque procédure d'AMIU, il faut soigneusement suivre les directives fondamentales de prévention des infections pré-sentées au Chapitre 4, pour minimiser les risques de transmission de maladies aux

patientes et au personnel soignant, y compris le personnel d'entretien et de nettoyage. Grâce à une bonne formation du personnel clinique et à l'utilisation des pratiques recommandées de prévention des infections lors de chaque procédure, on **peut** minimiser le risque d'infection postopératoire et de transmission de maladies telles que l'hépatite B et le SIDA. Voici ces pratiques:

- Se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon **avant** et **après** chaque procédure AMIU.
- Utiliser des instruments et des gants (**aux deux mains**) **stériles ou désinfectés à haut niveau (DHN)**
- Nettoyer le col et le vagin avec un antiseptique efficace **avant** d'insérer tout instrument dans le col et dans la cavité utérine
- Utiliser la technique sans toucher pour la procédure AMIU

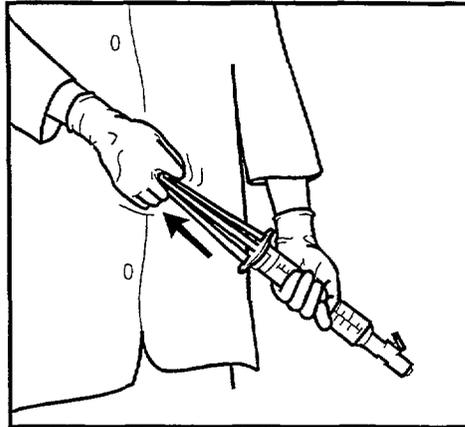
Interrompre cette routine à un point quel qu'il soit peut avoir des résultats désastreux pour la sécurité des patientes et du personnel clinique.

Préparer les instruments AMIU

Il faut que les instruments, aiguilles, seringues et fournitures nécessaires pour l'AMIU soient prêts et à portée de main.

- Vérifier que la seringue AMIU tient le vide.
- Vérifier que le matériel de secours en cas d'urgence est disponible.
- Charger la seringue AMIU:
 - en verrouillant la valve dans la position fermée, et
 - en retirant le piston jusqu'à ce que les bras du piston se mettent à leur place (voir l'Annexe I pour des instructions supplémentaires).

Figure 6-2. Préparer la seringue (Créer le vide)



Source: IPAS, 1993.

Prise en charge de la douleur

La nécessité de donner des médicaments contre la douleur (par voie buccale, intramusculaire ou intraveineuse), y compris l'utilisation d'une anesthésie paracervicale, discutée au Chapitre 5 et à l'Annexe E, dépendra:

- de l'état émotionnel de la patiente
- du degré d'ouverture du col
- de la durée escomptée de la procédure
- de la compétence du prestataire et de l'assistance du personnel

Rappel: Si on prévoit de donner des analgésiques ou des sédatifs, il faudrait les donner à un moment approprié avant la procédure (15 à 30 minutes pour une IM et 30 à 60 minutes pour les médicaments par voie buccale) de sorte à avoir un maximum de soulagement pendant la procédure (voir **Annexe E**).

Préparation de la patiente

Avant de faire l'examen gynécologique, vérifier que la patiente:

- a vidé sa vessie (miction)
- a lavé (ou le personnel a lavé) le bas-ventre et les parties génitales externes (zone périnéale) au savon et à l'eau

Note: Il n'est pas nécessaire de raser les poils du pubis de la patiente et cela peut en fait augmenter le risque d'infections locales (cellulite). Si les poils du pubis sont longs ou interfèrent avec l'emploi des instruments, il faut les raccourcir aux ciseaux.

Examen gynécologique

Ensuite, se laver les mains soigneusement et enfiler des gants désinfectés à haut niveau (ou stériles) aux deux mains.

Il est important que le prestataire de services qui exécute la procédure AMIU ait déterminé de façon certaine:

- la dimension et la position de l'utérus (examen bimanuel)
- le degré d'ouverture du col (par exemple: peut on y insérer un doigt?)
- la présence de PDC dans le vagin et la condition du vagin et du col (déchirures, perforation ou pus) (examen au spéculum)

ETAPES POUR EXECUTER L'AMIU^{††}

Etape 1: Insérer doucement le spéculum et vérifier qu'il n'existe pas de déchirures ou de fragments de tissus qui sortent du col. S'il existe des fragments de tissus (placenta ou membranes) dans le vagin ou dans le col, les retirer en utilisant une pince à éponge (à anneau). De plus, si les fils d'un DIU sont visibles dans le col, retirer le DIU après avoir passé un antiseptique sur le col (voir l'**Etape 2**).

Etape 2: Nettoyer le col (surtout l'ouverture) et le vagin avec une solution antiseptique.

^{††} Vu que la patiente est éveillée pendant la procédure AMIU, les prestataires doivent faire attention aux besoins émotionnels de la femme. Parler avec les patientes (Chapitre 2) et utiliser l'anesthésie verbale (Chapitre 5) jouent une part très importante lorsqu'on veut aider la patiente tout au long de la procédure.

Instructions pour la préparation cervicale et vaginale

Demander à la cliente si elle a des réactions allergiques (par exemple à l'iode) avant de choisir un antiseptique.

Après avoir inséré le spéculum, appliquer soigneusement une solution antiseptique deux à trois fois sur le col (surtout l'ouverture du col) et puis le vagin en utilisant une pince à éponge et de la gaze ou du coton).

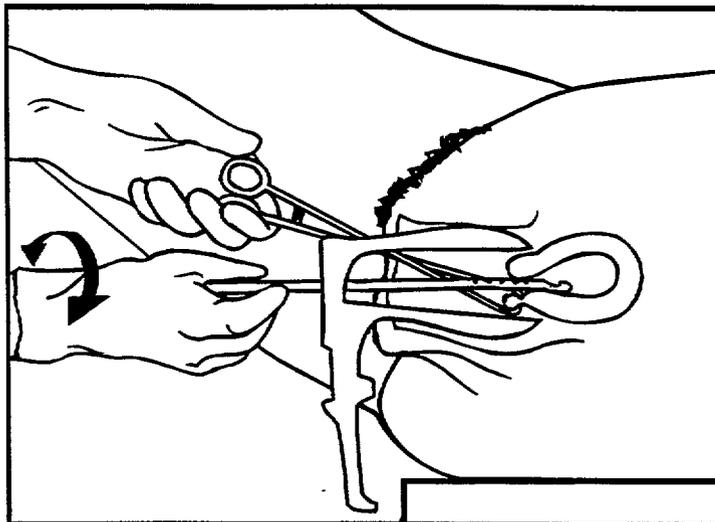
Si on utilise des iodophores, attendre 2 minutes avant la procédure. (Les iodophores ont besoin de temps pour libérer l'iode, la substance active.)

Etape 3: Si nécessaire, administrer l'anesthésie paracervicale et saisir le col avec une pince à anneau ou un tenaculum ou un tenaculum à une seule dent.

Etape 4: La dilatation cervicale n'est nécessaire que si le canal cervical ne permet pas le passage de la canule choisie. Si elle est nécessaire, la dilatation devrait être faite doucement avec des dilateurs mécaniques ou avec des canules de dimensions croissantes en faisant attention de ne pas déchirer le col ou de créer une fausse ouverture.

Etape 5: Tout en stabilisant le col et en appliquant doucement une traction, insérer la canule par le col dans la cavité utérine juste derrière l'orifice interne (Figure 6-3). (Tourner la canule en appliquant doucement une pression aide souvent à faire passer le bout de la canule par le canal cervical.)

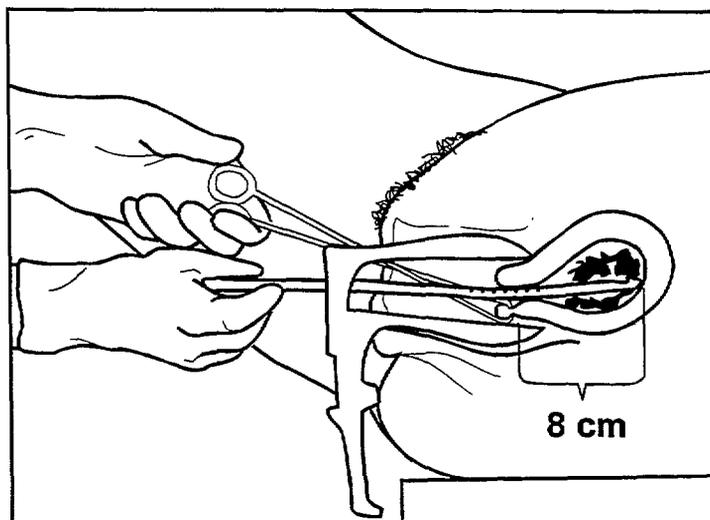
Figure 6-3. Insérer la canule



Source: IPAS, 1993.

Etape 6: Pousser doucement la canule dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle touche le fond, mais pas plus que 10 cm. Noter la profondeur de la cavité utérine grâce aux points visibles sur la canule (Figure 6-4). Le point le plus proche du bout de la canule est à 6 cm du bout, et les autres points sont placés à 1 cm d'intervalle. Après avoir mesuré la taille de l'utérus, retirer légèrement la canule.

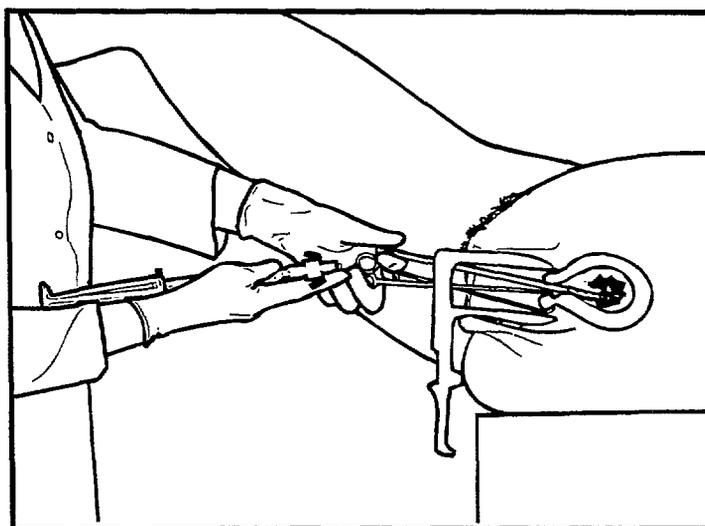
Figure 6-4. Mesurer la profondeur de l'utérus avec la canule



Source: IPAS, 1993.

Etape 7: Attacher la seringue préparée à la canule en tenant la pince (ou le tenaculum) et le bout de la canule d'une main et la seringue de l'autre (Figure 6-5).

Figure 6-5. Attacher la seringue



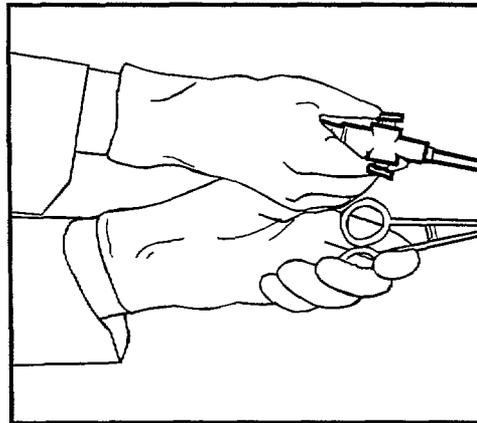
Source: IPAS, 1993.

Note: Vérifier que la canule n'avance pas dans l'utérus lorsqu'on attache la seringue.

La prise en charge de ces problèmes est discutée dans le Chapitre 7.

Etape 8: Libérer la valve à poussoir sur la seringue pour transférer le vide par la canule jusqu'à la cavité utérine. Des bulles et des tissus sanglants devraient commencer à passer par la canule dans la seringue.

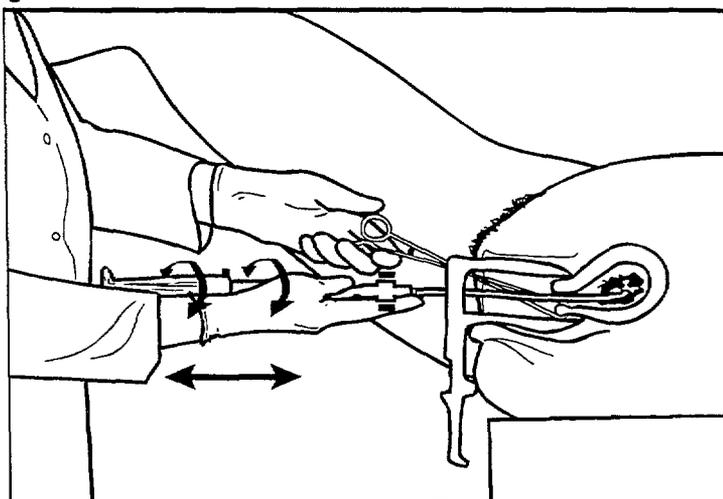
Figure 6-6. Libérer la valve à poussoir



Source: IPAS, 1993.

Etape 9: Evacuer les débris de conception de la cavité utérine en effectuant doucement des mouvements circulatoires (utilisant la position des aiguilles d'une montre: 10 heures à midi) et de va-et-vient dans la cavité utérine avec l'ensemble seringue-canule (utilisant une canule de 4,5 ou de 6 mm) (Figure 6-7).

Figure 6-7. Evacuer les contenus utérins



Source: IPAS, 1993.

Il est important de ne **pas** retirer la ou les ouvertures de la canule au-delà de l'ouverture du col car on perdra ainsi le vide. Si cela se produit, ou si la seringue est remplie plus qu'à moitié, suivre les instructions données dans le Chapitre 7 pour rétablir le vide.

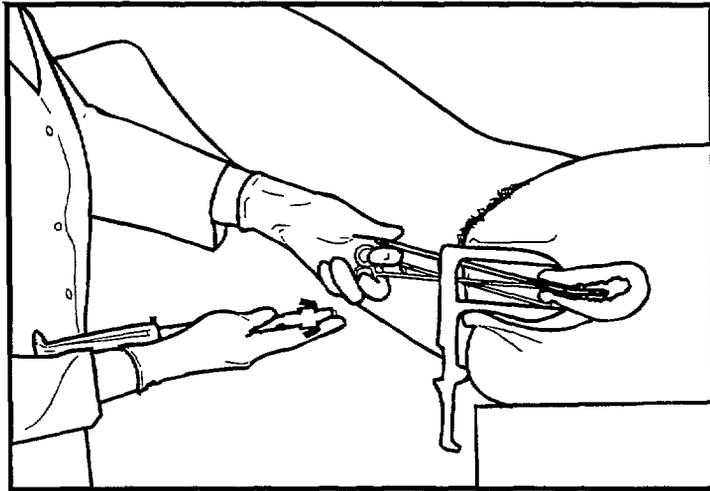
Note: Pendant que le vide est établi et que la canule est dans l'utérus, **ne jamais saisir la seringue par les bras du piston**. Cela pourrait débloquer les bras du piston, laissant accidentellement le piston rentrer dans la seringue et repoussant à nouveau les PRC dans l'utérus.

Etape 10: Rechercher les signes indiquant que l'opération est achevée. La procédure AMIU est terminée lorsque:

- On ne voit plus de mousse rouge ou rosâtre ni de tissus dans la canule.
- On éprouve une sensation granuleuse lorsque la canule passe sur la surface de l'utérus évacué.
- L'utérus se contracte autour de la canule (la saisit).

Etape 11: Retirer la canule, enlever la pince ou le tenaculum et le spéculum. Faire un examen bimanuel pour vérifier la taille et la fermeté de l'utérus.

Figure 6-8. Détacher la seringue



Source: IPAS, 1993.

Note: Ne pas mettre la seringue vide dans la solution de décontamination tant que vous n'êtes pas sûr que la procédure est achevée. (La mettre de côté sur un plateau stérile ou désinfecté à haut niveau ou dans un récipient pour la réutilisation le cas échéant.)

Etape 12: Inspecter rapidement les tissus évacués de l'utérus:

- pour la quantité et la présence de PDC,
- pour s'assurer que l'évacuation est complète, et
- pour vérifier qu'on n'est pas en présence d'une grossesse molaire (rare).

Si nécessaire, passer et rincer les tissus pour enlever l'excès de caillots de sang, puis mettre dans un récipient contenant de l'eau propre, une solution saline ou un acide acétique faible (vinaigre) pour les examiner visuellement. Des spécimens de tissus peuvent également être envoyés au laboratoire de pathologie tel qu'indiqué.

Suivre les pratiques recommandées de prévention des infections pour manipuler les spécimens (voir Chapitre 4). Les fragments de tissus qu'on pourra voir lors du traitement de l'avortement incomplet sont notamment des villosités, des membranes fœtales, des tissus endométriaux (caduque) et, après neuf semaines à compter de la date des dernières règles, des parties

du fœtus. (On peut utiliser une simple loupe pour identifier les villosités.)

Figure 6-9. Inspecter les tissus



Source: IPAS, 1993.

Si l'on ne voit pas de PDC, alors:

- tous les PDC ont pu être évacués avant l'AMIU (avortement complet);
- la cavité utérine peut sembler vide mais n'a peut-être pas été vidée entièrement suite au manque d'expérience de la personne exécutant l'opération (voir **Etape 9**, cette section);
- le saignement vaginal pourrait être dû à une cause autre qu'un avortement incomplet (par exemple des saignements en milieu de cycle dus aux œstrogènes ou à la progestérone comme c'est le cas avec les contraceptifs hormonaux ou les fibromes utérins); ou
- l'utérus risque d'être anormal (c'est-à-dire que la canule a peut-être été dans la partie non enceinte d'un utérus double).

L'absence de PDC chez une patiente avec des symptômes de grossesse indique toutefois la forte possibilité d'une grossesse extra-utérine qui devrait être évaluée complètement^{†††}. Une grossesse extra-utérine, si elle est diagnostiquée, demande un bilan immédiat et un aiguillage si la chirurgie (minilaparotomie ou laparoscopie) n'est pas disponible.

^{†††} Si une grossesse extra-utérine est peu probable, il faudra à nouveau faire un bilan de la patiente dans 2 à 4 semaines pour être sûr que les symptômes (seins sensibles et saignement vaginal) et les signes (utérus élargi, col souple) de grossesse ne sont plus présents.

Etape 13: Insérer le spéculum et vérifier s'il y a un saignement. (Répéter les Etapes 5 à 11 si l'utérus est encore mou et si sa taille n'a pas diminué ou s'il y a un saignement persistant et actif.)

Etape 14: Avant de retirer les gants, placer les objets jetables contaminés (gaze, coton et autres déchets) dans un bac étanche ou un sac en plastique bien étiqueté à cette fin. Placer les instruments pointus (aiguilles et seringues) dans un récipient séparé ne pouvant pas être percé. Les fragments de tissus évacués de l'utérus peuvent également être évacués dans le système d'égout.

Etape 15: Une fois qu'on est certain que la procédure est terminée, **décontaminer tous les instruments** (seringues AMIU, tenaculum et spéculum) en les plaçant dans une solution chlorée à 0,5%. Si on a administré une anesthésie paracervicale, décontaminer l'aiguille hypodermique et la seringue assemblée en les remplissant de la solution chlorée avant de les faire tremper. Laisser les articles tremper pendant au moins 10 minutes.

Les instruments qui seront réutilisés doivent être nettoyés et, soit stérilisés, soit désinfectés à haut niveau (voir **Chapitre 8**).

Etape 16: Plonger les deux mains gantées dans la solution de décontamination, ensuite enlever les gants en les retournant. Jeter avec les conditions de précaution sus-mentionnées. Si l'on doit réutiliser les gants de chirurgie, les tremper dans la solution (faire tremper pendant 10 minutes).

Etape 17: Se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon.

TRAITEMENT DES AVORTEMENTS INCOMPLETS DU SECOND TRIMESTRE

Pour le traitement de l'avortement incomplet du milieu à la fin du second trimestre, **les méthodes disponibles sont l'ocytocine par voie intraveineuse, le curetage aigu (D&C)^{tttt} ou la dilatation et évacuation (D&E) par l'aspiration par le vide de la cavité utérine.** Dans le second trimestre, les risques sont plus élevés en ce qui concerne les pertes de sang et la perforation utérine résultant du traitement. Par conséquent, le traitement de

^{tttt} Si l'on fait un curetage, il devrait être effectué avec la plus grande curette disponible pour maximiser la surface couverte avec chaque passage et minimiser le risque de perforation.

l'avortement incomplet du milieu à la fin du second trimestre doit être effectué par un clinicien expérimenté. De plus, les liquides intraveineux, l'équipement spécial et les locaux permettant utérine. Dans le second trimestre, les risques sont plus élevés en ce qui concerne les pertes de sang et la perforation utérine résultant du traitement. Par conséquent, le traitement de l'avortement incomplet du milieu à la fin du second trimestre doit être effectué par un clinicien expérimenté. De plus, les liquides intraveineux, l'équipement spécial et les locaux permettant d'effectuer la chirurgie abdominale doivent être disponibles pour la prise en charge des complications possibles. La dilatation et l'évacuation, si combinées à l'utilisation d'une pince à éponge ou d'une pince à anneau pour le retrait manuel des PDC, est la méthode préférée lorsqu'on dispose d'un médecin ayant une qualification spéciale.

L'ocytocine par voie intraveineuse est le médicament disponible le plus couramment qui entraîne des contractions de l'utérus (un agent utérotonique). L'ocytocine, 200 unités/500 ml par **voie** intraveineuse pendant 4 heures (ou une solution équivalente) peut être utilisée pour l'expulsion complète, sans danger, des PDC retenus pour les avortements incomplets du second trimestre. Généralement, le placenta ou les fragments placentaires seront expulsés pendant ce temps ou peu après. Il est important d'examiner les PDC pour voir s'ils ont été tous expulsés. Si l'expulsion a lieu et semble complète, observer la cliente pour contrôler les saignements ou les indices de fragments placentaires retenus. Si, après observation, la cliente est stable, elle peut éventuellement rentrer chez elle. Mais si après observation elle n'est pas stable (par exemple, si elle continue à avoir des saignements vaginaux), il faudra peut-être effectuer une aspiration par le vide avec la plus grande canule disponible.

Souvent, lorsqu'on utilise de l'ocytocine, on ne sait pas si le placenta a été entièrement expulsé. Une aspiration utérine (ou un curetage) est nécessaire pour être sûr que l'utérus est vide. Ceci est particulièrement vrai s'il y a infection ou avortement incomplet en cours depuis quelques jours. Dans de tels cas, le placenta n'est pas expulsé facilement avec de seuls médicaments à base d'ocytocine.

**SOINS
POSTOPERATOIRES**

Prendre et noter les signes vitaux pendant que la patiente se trouve encore sur la table de traitement.

**Suivre la récupération
de la patiente**

Laisser la patiente se reposer confortablement là où sa récupération peut être observée et suivie.

Si la patiente est Rhésus négatif, administrer de la globuline immunitaire Rh(D) avant qu'elle ne rentre chez elle (si elle est disponible).

Si un traitement pour des complications (par exemple infection) a été commencé, continuer le traitement et le suivi tel que demandé par son état.

Pour les cas non compliqués, contrôler les saignements au moins une fois avant que le patiente ne rentre chez elle. Recontrôler les signes vitaux. Voir si les crampes ont diminué. (Des crampes prolongées ne sont pas jugées normales.) La patiente peut rentrer chez elle dès qu'elle est stable, qu'elle peut marcher sans aide et qu'elle a reçu toutes les informations nécessaires pour le suivi⁺⁺⁺⁺.

Informations postopératoires

Voici les signes d'une récupération normale:

- Un peu de crampes utérines dans les jours qui suivent qui peuvent être calmées par de légers analgésiques
- Un peu de saignotement ou de saignement qui ne dépassent pas ceux d'une menstruation normale
- Une menstruation normale qui devrait se présenter dans les 4 à 8 semaines

De plus, la patiente devrait recevoir des instructions pour la prise de médicaments prescrits et elle devrait savoir que:

- elle ne doit **pas** avoir de relations sexuelles et ne doit rien mettre dans le vagin (pas de douche, pas de tampon) jusqu'à ce que les saignements s'arrêtent (5 à 7 jours), et
- sa fécondité peut revenir en moins de 2 semaines après la procédure; elle a donc besoin d'un counseling contraceptif et doit commencer à utiliser une méthode immédiatement si une autre grossesse n'est pas souhaitée (voir à la page suivante).

Elle devrait également savoir ce qu'il faut faire et où se rendre pour des soins d'urgence en cas de complications. Voici les signes et **symptômes** d'alerte exigeant une attention urgente immédiate:

⁺⁺⁺⁺ Si des médicaments contre la douleur (analgésiques narcotiques ou sédatifs) ont été donnés avant, pendant ou après l'AMIU, la patiente ne devrait pas rentrer chez elle tant qu'elle n'a pas entièrement récupéré (au moins 2 à 4 heures après l'administration).

- Crampes prolongées (plus de quelques jours)
- Saignements prolongés (plus de 2 semaines)
- Saignements plus abondants qu'une menstruation normale
- Douleur aiguë ou accrue
- Fièvre, frissons ou malaise
- Évanouissement (syncope)

Enfin, il faudrait fixer la date de sa visite de suivi, si nécessaire.

Planification familiale postavortement

La fécondité d'une femme revient presque immédiatement après un avortement incomplet, dans les 11 jours même si la grossesse était de moins de 12 semaines. Par conséquent, elle doit décider si elle veut ou non tomber enceinte à nouveau. Dans le cas d'un avortement spontané, elle souhaitera peut-être retomber enceinte rapidement et, à moins qu'il n'y ait des problèmes médicaux, il n'y a aucune raison de la décourager à le faire.

Mais pour de nombreuses femmes, cet avortement marque le souhait bien clair de ne pas être enceinte pour le moment. Par conséquent, la patiente (avec son partenaire si elle le souhaite) aura besoin de recevoir un counseling et des informations sur son retour à la fécondité et les méthodes contraceptives disponibles. Mais le moment du traitement d'un avortement incomplet n'est peut-être pas le meilleur moment, pour elle, de prendre des décisions qui sont permanentes ou à long terme. Le counseling doit être axé sur l'état émotionnel et physique de la cliente. Un choix complet et informé est d'importance critique pour la sélection d'une méthode quelle qu'elle soit et surtout pour les méthodes qui dépendent d'un prestataire (DIU, injectables, implants et stérilisation volontaire).

Pratiquement toutes les méthodes contraceptives peuvent être utilisées et peuvent être commencées immédiatement à moins qu'il n'existe des complications majeures postavortement. L'on ne recommande pas la planification familiale naturelle tant qu'un mode menstruel régulier n'est pas revenu. (Pour plus d'informations, voir Chapitre 9.)

REFERENCES

1. Greensdale FC et al: *Manual Vacuum Aspiration: A Summary of Clinical and Programmatic Experience Worldwide*. Carrboro, North Carolina, IPAS, 1993.

REFERENCES GENERALES

Tietjen L, Cronin W et McIntosh N: *Prévention des infections: Guide pratique à l'intention des programmes de planification familiale*. Baltimore, Maryland, JHPIEGO, 1992

Organisation mondiale de la santé: *Complications des avortements—Directives techniques pour leur prévention et leur traitement (sous presse) (Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment)*. Genève, OMS, 1994.

Yordy L, Leonard AH et Winkler J: *Manual Vacuum Aspiration: Guide for Clinicians*. Carrboro, North Carolina, IPAS, 1993.

PRISE EN CHARGE DES PROBLEMES ET DES COMPLICATIONS PENDANT L'AMIU

GENERALITES Plusieurs types de problèmes (techniques et de procédure) ainsi que des complications médicales peuvent se présenter **pendant** et **après** la réalisation de la procédure de l'AMIU. La plupart ne sont **pas** graves et, s'ils sont reconnus et corrigés (ou traités) immédiatement, la récupération de la patiente n'en sera pas affectée.

Rappel: Pour connaître et prendre en charge les problèmes pendant l'AMIU, le plus important est d'être conscient qu'ils peuvent arriver même dans les meilleures des circonstances.

PROBLEMES TECHNIQUES Pour la plupart des procédures de l'AMIU, le vide de la seringue reste constant jusqu'à ce que la seringue soit environ remplie à 90%. Mais il peut y avoir diminution dans le vide avant que la procédure ne soit achevée si la canule est bloquée ou retirée prématurément.

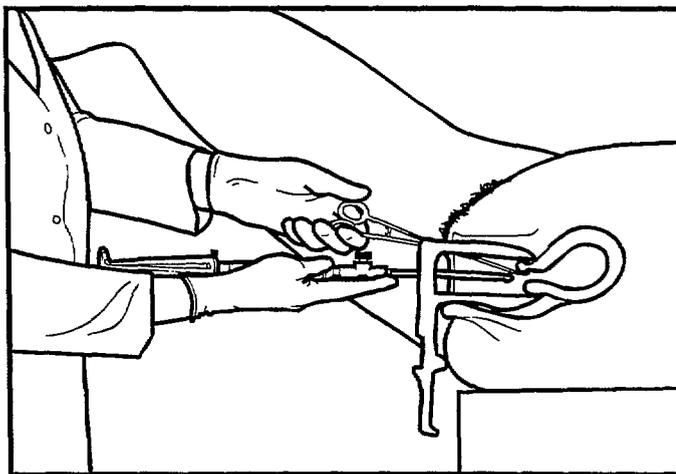
Seringue pleine **Si la seringue est pleine:**

1. Fermer la valve à pousoir de la seringue.
2. Désassembler la seringue de la canule, en laissant le bout de la canule en place à l'intérieur de l'utérus. (**Ne pas pousser le piston lorsqu'on désassemble la seringue.**)
3. Vider la seringue dans un récipient aux fins d'inspection en ouvrant la valve à pousoir et en poussant le piston dans le corps de la seringue. (Faire attention à ne pas faire éclabousser le contenu de la seringue dans les yeux.)
4. Rétablir le vide dans la seringue, la reconnecter à la canule et reprendre l'aspiration. (Un grand nombre de praticiens ont sous la main une seconde seringue préparée pendant l'aspiration et changent de seringue si l'une est pleine.)

Canule retirée prématurément Si l'ouverture de la **canule est tirée dans** le canal vaginal alors que la valve est encore ouverte, le vide sera perdu. Pour corriger cela:

1. Retirer la seringue et la canule en faisant attention de ne pas contaminer la canule par le biais du contact avec les parois vaginales ou d'autres surfaces non stériles.
2. Fermer la valve à poussoir de la seringue.
3. Détacher la seringue de la canule, vider la seringue, et ensuite rétablir le vide dans la seringue (voir ci-dessus, **Seringue pleine**).
4. Réinsérer la canule si elle n'est **pas** contaminée. (S'il y a eu contamination, insérer une autre canule stérile ou désinfectée à haut niveau.)
5. Reconnecter la seringue, libérer la valve et continuer l'aspiration.

Figure 7-1. Canule retirée dans le canal vaginal



Source: Yordy, Leonard et Winkler, 1993.

Canule bouchée

Si des tissus ou des bulles n'entrent pas dans la seringue, la **canule est peut-être bouchée**:

1. Fermer la valve à poussoir de la seringue.
2. Retirer la seringue et la canule en faisant attention de ne pas contaminer la canule par le biais du contact avec les parois vaginales ou d'autres surfaces non stériles.
3. Retirer le matériel d'ouverture de la canule en utilisant des pinces à éponge stériles ou désinfectées à haut niveau sans contaminer la canule. En cas de contamination, utiliser une autre canule stérile ou désinfectée à haut niveau.

Note: Ne jamais essayer de déboucher la canule en repoussant le piston dans le corps de pompe pendant que le bout de la canule est encore dans l'utérus.

4. Réinsérer la canule, attacher une seringue préparée et libérer la valve à pousser.

La seringue ne retient pas le vide

Si la seringue ne semble pas retenir un vide, essayer de lubrifier le piston et le corps avec une goutte de silicone. Si cela ne réussit pas, remplacer le joint. Si la seringue ne retient toujours pas un vide, la jeter et en utiliser une autre (voir **Annexe I** et **Chapitre 8**).

PROBLEMES DE PROCEDURE

Il est rare que des problèmes de procédure se présentent **pendant** une procédure AMIU. La plupart ne sont pas graves, sont dus à l'inexpérience du prestataire et peuvent être facilement corrigés.

Moins de tissus que prévu

Le problème le plus courant au niveau procédure est d'**obtenir moins de tissus que prévu**. Des tissus dont la quantité ne semble pas juste et dont on n'est pas sûr qu'ils contiennent des PDC peuvent indiquer:

- que tous les PDC ont été évacués avant l'AMIU,
- que le saignement vaginal n'était **pas** dû à une grossesse,
- une éventuelle grossesse extra-utérine (voir ci-après).

Evacuation incomplète

L'emploi d'une canule trop petite ou le fait d'arrêter l'aspiration trop rapidement peuvent avoir pour résultat une rétention de tissus, une hémorragie subséquente, une infection et des crampes et une douleur continues. La meilleure manière d'assurer l'évacuation complète est d'observer attentivement les signes indiquant que la procédure est complète (voir **Etape 10** dans le **Chapitre 6**) et d'examiner les tissus pour identifier les PDC. On traite une évacuation incomplète en refaisant l'évacuation.

Tous les PDC évacués avant l'AMIU

Il n'est **pas** nécessaire de faire une évaluation supplémentaire à moins que les résultats cliniques ne suggèrent que l'avortement est toujours incomplet (saignement vaginal persistant, fièvre, etc.),

AUTRES PROBLEMES

Saignement vaginal non dû à la grossesse

Les femmes en âge de procréer peuvent avoir des menstruations irrégulières (par exemple, des règles absentes) suivi de saignement vaginal à cause:

- Des saignements pendant le cycle dus à la progestérone lors de l'emploi de méthodes contraceptives à seuls progestatifs (par exemple, injectables, implants Norplant ou pilule)
- De fibromes utérins (tumeurs bénignes des muscles lisses qui croissent sur la paroi de l'utérus)
- Des saignements de milieu de cycle dus à l'oestrogène (anovulation)

Grossesse extra-utérine

Il est particulièrement dangereux de retarder le traitement d'une grossesse extra-utérine. Le risque de grossesse extra-utérine est plus grand si la patiente a des antécédents concernant l'un quelconque des éléments suivants:

- Grossesse extra-utérine précédente
- Infection pelvienne
- Utilisation de DIU ou de contraceptifs à seuls progestatifs

Si l'on soupçonne une grossesse extra-utérine, vérifier à nouveau pour détecter les éventuels signes d'une grossesse extra-utérine, tel que détaillé dans l'**Annexe A**, et préparer rapidement la patiente pour orientation vers un service compétent si la chirurgie n'est pas disponible (minilaparotomie ou laparoscopie). La rupture d'une grossesse extra-utérine est un risque réel pouvant mettre la vie de la patiente en danger. Si cela arrive, le décès peut être empêché uniquement en arrêtant l'hémorragie et pour cela il faut retirer immédiatement chirurgicalement la grossesse extra-utérine, arrêter les saignements et remplacer, le cas échéant, les pertes de sang.

Syndrome postavortement (Hématométrie aiguë)

Cette condition se présente lorsque le flux sanguin de l'utérus est bloqué, créant un saignement intra-utérin continu, une distension de l'utérus, de graves crampes et évanouissements (c'est-à-dire des symptômes vagues), généralement dans les quelques heures qui suivent la procédure. (Un syndrome postavortement tardif peut également se présenter pendant les 3 jours suivant la procédure.) L'utérus sera **plus large** qu'avant la procédure et **extrêmement sensible** à l'examen. Cette

condition est traitée en réévacuant l'utérus et en administrant de l'ocytocine ou en massant l'utérus pour qu'il reste contracté.

**Evanouissement
(Réaction vagale ou
choc neurogénique)**

L'évanouissement risque surtout d'arriver lors d'une dilatation cervicale brutale ou d'un curetage vigoureux de la cavité utérine. Les deux sont cause de douleurs très prononcées et devraient être évités. Suite à la stimulation du nerf vague, le rythme cardiaque et la respiration ralentissent, d'où un évanouissement (syncope). Généralement, cette condition ne dure que quelques secondes ou minutes du moment qu'on arrête la cause de la douleur. On la traite de la manière suivante:

- Arrêter immédiatement la procédure
- Utiliser des sels (ammoniaque)
- Maintenir les voies respiratoires ouvertes
- Tourner la tête de la patiente et l'épaule vers le côté pour éviter l'aspiration si elle vomit
- Surélever les jambes de la patiente

Si la récupération n'est pas immédiate:

- Ventiler la patiente avec un sac Ambu en utilisant de l'oxygène, si disponible
- Commencer une injection intraveineuse avec une aiguille à grand trou (No 16-18) utilisant soit une solution saline isotonique ou une solution de Ringer[†]
- Demander une assistance pour contrôler les signes vitaux et suivre sa récupération

COMPLICATIONS

L'aspiration manuelle intra-utérine pour le traitement de l'avortement incomplet est une procédure qui n'entraîne que peu de traumatisme pour l'utérus et le col, mais dans un petit pourcentage de cas, une ou plusieurs des complications suivantes peuvent se présenter **pendant** la procédure:

[†] Si disponible, donner une IV de sulfate d'atropine 0,2 mg (0,4-0,6 ml).

- Perforation utérine ou cervicale
- Saignement grave (hémorragie)
- Aéroembolisme

Vu que ces complications peuvent entraîner de graves problèmes et, dans certains cas la mort, il est essentiel de les reconnaître et de les traiter rapidement pour minimiser leur impact.

Perforation utérine	Si la canule pénètre plus profondément que prévu ou si on observe des tissus adipeux, des intestins ou de l'épiploon dans les tissus retirés de l'utérus, c'est que l'utérus a été perforé. (Il est impératif de faire un examen attentif pour déterminer la position de l'utérus et du col avant d'entreprendre une AMIU, afin d'éviter cette complication.) La perforation de l'utérus peut également endommager les organes internes et les vaisseaux sanguins. Si l'on soupçonne une perforation de l'utérus, il convient de prendre les mesures appropriées, notamment l'observation et la chirurgie éventuelle (laparoscopie et/ou laparotomie) (voir Annexe A).
Perforation cervicale	Cette complication risque surtout de se présenter lors d'une dilatation cervicale brutale. Le traitement de la perforation cervicale exige une réparation immédiate et une observation pour être sûr que les vaisseaux sanguins sous-jacents n'ont pas été touchés, ce qui entraînerait un saignement intra-utérin ou intra-abdominal (voir Annexe A).
Choc, grave saignement vaginal et infection post-AMIU	Le diagnostic et le traitement du choc et de l'infection pelvienne sont expliqués en détail dans le Chapitre 3 et à l' Annexe A . Le traitement d'un grave saignement vaginal dépend de la cause et de la gravité de l'hémorragie et peut demander des évacuations répétées, de l'ocytocine (IM ou IV), un massage utérin, la suture des déchirures, des liquides intraveineux, une transfusion ou une intervention chirurgicale (voir Annexe A).
Aéroembolisme	C'est rare mais cela pourrait arriver si le piston de la seringue était poussé en avant lorsque la canule est encore dans la cavité utérine. Le traitement consiste à soutenir la respiration et la circulation (voir Annexe A).

REFERENCES GENERALES

Yordy L, Leonard AH et Winkler J: *Manual Vacuum Aspiration: Guide for Clinicians*. Carrboro, North Carolina, IPAS, 1993.

Organisation mondiale de la santé: *Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide*. Genève, OMS, 1994.

TRAITEMENT DU MATERIEL ET DES AUTRES FOURNITURES AMIU

GENERALITES Actuellement dans de nombreux pays en voie de développement, les objets jetables ne sont pas utilisés fréquemment car ils sont chers, difficiles à éliminer avec les mesures de précaution qui s'imposent et rarement disponibles en quantité suffisante. Aussi a-t-on tendance un peu partout à réutiliser les objets tels les gants chirurgicaux, les seringues et les canules en plastique de l'AMIU.

Souvent il est inutile d'utiliser des objets jetables aux fins de prévention des infections. Par exemple, il est très peu probable qu'une infection sera transmise par le biais d'un récipient utilisé par une patiente souffrant d'une infection respiratoire ou gastro-intestinale aiguë. De plus, la plupart des objets jetables créent des problèmes supplémentaires de pollution de l'environnement.¹ Aussi, dans un grand nombre de contextes cliniques, les objets réutilisables peuvent remplacer en toute sécurité les objets jetables (par exemple, haricots en métal plutôt qu'en plastique).

Dans ce chapitre, des informations détaillées sont fournies sur la manière de traiter le matériel de l'AMIU ainsi que d'autres objets (par exemple les instruments chirurgicaux et les gants).

TRAITEMENT DU MATERIEL DE L'AMIU

Voici les **quatre étapes fondamentales** du traitement du matériel d'AMIU et des autres instruments:

- Décontamination
- Nettoyage
- Stérilisation ou désinfection à haut niveau
- Entreposage et réassemblage

DECONTAMINATION

Tous les objets, y compris les gants chirurgicaux, devraient être décontaminés immédiatement après avoir été utilisés pour que le personnel qui les manipule et les nettoie coure moins de danger. Le personnel devrait porter des gants pendant la décontamination et le nettoyage des instruments utilisés. Des gants de ménage peu chers en caoutchouc ou en vinyle font très bien l'affaire.

Tremper tous les instruments, y compris les canules, la seringue AMIU et les dilateurs cervicaux en métal ou en plastique (si utilisés) dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes avant le nettoyage. Cette étape sera effectuée immédiatement après la procédure AMIU. La meilleure manière consiste à avoir un bac en plastique rempli d'une solution chlorée à côté de la table de traitement. Aspirer la solution par la canule dans la seringue AMIU, ensuite placer la seringue et la canule, les autres instruments et les gants utilisés dans la solution chlorée (voir **Figures 8-1** et **8-2**). Pour les aiguilles et les seringues hypodermiques, remplir l'aiguille et la seringue assemblée avec une solution chlorée à 0,5% avant de faire tremper. Laisser tremper tous les objets pendant 10 minutes avant de les retirer pour le nettoyage.

Figure 8-1. Aspirer la solution de décontamination dans la seringue



Source: Leonard et Yordy, 1994.

Figure 8-2. Décontaminer les instruments



Source: Leonard et Yordy, 1994.

La solution chlorée devrait être changée chaque jour, ou plus fréquemment si elle est visiblement contaminée afin qu'elle reste efficace.

Après la décontamination, rincer les instruments avec de l'eau propre et fraîche pour éviter la corrosion du métal ou immédiatement prendre les instruments pour être nettoyés. Rincer les seringues et les aiguilles hypodermiques en les évacuant (3 fois) avec de l'eau claire.

Les surfaces telles que les tables d'examen ou de procédures qui ont pu être en contact avec des liquides organiques devraient être décontaminées. Les essuyer avec un désinfectant approprié, par exemple une solution chlorée à 0,5%, lorsqu'elles sont visiblement contaminées ou au moins une fois par jour est une manière facile et peu chère de décontaminer les grandes surfaces.

Préparer les solutions chlorées diluées

Le **Tableau 8-1** donne des instructions sur la manière de préparer des solutions chlorées à 0,1% et à 0,5% à partir de divers produits de chlore liquides disponibles dans le commerce. La **Figure 8-3** nous montre les formules pour préparer une solution diluée à partir d'une préparation commerciale d'une concentration donnée.

Tableau 8-1 Préparer des solutions chlorées diluées à partir de chlore liquide (Hypochlorite de sodium) pour la décontamination et la DHN			
Type ou marque de chlore (pays)	Chlore % disponible	Proportion de chlore par rapport à l'eau [†]	
		0,5%	0,1% ^{††}
JIK (Kenya), Robin bleach (Népal)	3,5%	1 : 6	1 : 34
Chlore ménager (USA, Indonésie), ACE (Turquie), Eau de Javel (France) (15° chlorum ^{†††})	5%	1 : 9	1 : 49
Blanquedor, Cloro (Mexique)	6%	1 : 11	1 : 59
Lavandina (Bolivie)	8%	1 : 15	1 : 79
Chloros (RU), Lejia (Pérou)	10%	1 : 19	1 : 99
Chloros (RU), Extrait de Javel (France) (48° chlorum ^{†††})	15%	1 : 29	1 : 149

[†] Pour la proportion chlore-eau, interpréter comme 1 part de chlore concentré pour x parts d'eau (par exemple, JIK—1 part de chlore pour 6 parts d'eau pour un total de 7 parts).

^{††} Utiliser de l'eau **bouillie** pour préparer une solution chlorée à 0,1% pour la DHN car l'eau du robinet contient des matières organiques microscopiques qui inactivent le chlore.

^{†††} Dans certains pays, la concentration d'hypochlorite de sodium est exprimée en degrés chlorométriques (°chlorum); 1°chlorum est plus ou moins équivalent à 0,3% de chlore disponible.

Source: Tietjen, Cronin et McIntosh, 1992.

97

Figure 8-3. Formule pour préparer une solution chlorée diluée à partir d'une solution concentrée

$$\text{Parts totales (PT) d'eau} = \left[\frac{\% \text{ Concentrée}}{\% \text{ Diluée}} \right] - 1$$

Exemple: Préparer une solution chlorée diluée (0,5%) à partir d'une solution concentrée à 5%.

1. Calculer PT eau: $\left[\frac{5,0\%}{0,5\%} \right] - 1 = 10 - 1 = 9$

2. Ajouter 1 part de solution concentrée à 9 parts d'eau

Source: Tietjen, Cronin et McIntosh, 1992.

Les quantités approximatives (grammes) nécessaires pour préparer une solution chlorée à 0,1% et 0,5% à partir de plusieurs composés disponibles dans le commerce (poudres) sont données dans le **Tableau 8-2**. La formule pour préparer une solution diluée à partir d'une poudre de n'importe quel pourcentage de chlore disponible est donnée dans la **Figure 8-4**.

Tableau 8-2 Préparer des solutions chlorées diluées à partir de poudres		
Chlore disponible nécessaire	0,5%	0,1% [†]
Hypochlorite de calcium (70% de chlore disponible)	7,0	1,5
NaDCC (60% de chlore disponible)	8,5	1,5
Chloramine (25% de chlore disponible)	20	4
Comprimés de NaDCC (1,5 g de chlore disponible par comprimé)	4 comprimés/litre	1

[†] Utiliser de l'eau **bouillie** pour préparer une solution chlorée à 0,1% pour la DHN car l'eau du robinet contient des matières organiques microscopiques qui inactivent le chlore.

Adapté de: OMS, 1988.²

9/26

Figure 8-4. Formule pour préparer une solution chlorée diluée à partir d'une poudre

$$\text{Grammes/litre} = \left[\frac{\% \text{ Dilué}}{\% \text{ Concentré}} \right] \times 1000$$

Exemple: Préparer une solution chlorée diluée (0,5%) à partir d'une poudre concentrée (35%).

1. Calculer grammes/litre: $\left[\frac{0,5\%}{35\%} \right] \times 1000 = 14,2 \text{ g / L}$
2. Ajouter 14,2 grammes ($\approx 14 \text{ g}$) à 1 litre d'eau

Source: Tietjen, Cronin et McIntosh, 1992.

NETTOYAGE

Après la décontamination, laver attentivement tous les instruments, y compris la seringue et les canules, dans de l'eau tiède avec un détergent ou du savon liquide pour retirer toutes les matières organiques. Un nettoyage soigneux est la meilleure manière de diminuer le nombre de micro-organismes sur des instruments souillés.

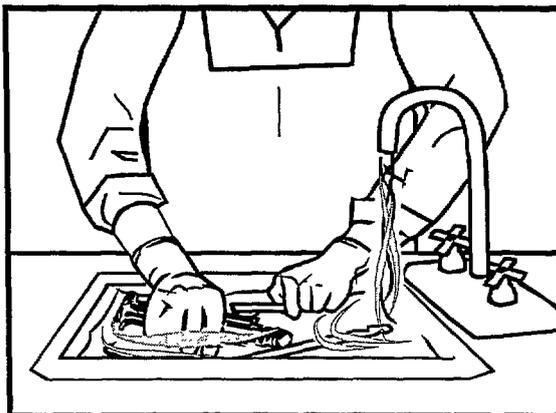
Il ne faut **pas** utiliser d'eau chaude pour le nettoyage car cela peut coaguler les protéines telles que le sang, les rendant plus difficiles à retirer. Il est important d'utiliser un détergent ou du savon liquide pour un nettoyage efficace car l'eau à elle seule ne retirera pas les protéines ou les huiles. (On ne recommande pas du savon pour les mains car il laisse un résidu difficile à enlever.) Un détergent liquide (savon) est préférable car il se mélange plus facilement à l'eau froide que les détergents en poudre.

Porter des gants ménagers pour nettoyer les instruments. Ne pas utiliser de gants déchirés ou abîmés. A la fin de la journée, nettoyer les gants et les laisser sécher pour être réutilisés le jour suivant.

On suggère de porter des lunettes protectrices pour se protéger les yeux contre les éclaboussures accidentelles et, précaution supplémentaire, de nettoyer les instruments sous la surface de l'eau pour éviter que le matériel ne se transmette par l'air suite aux éclaboussures (voir **Figure 8-5**).

99

Figure 8-5. Nettoyer les instruments



Source: Leonard et Yordy, 1994.

Il est parfois difficile d'enlever les tissus et le sang sur le bout de la **canule**. Pour les expulser, aspirer de l'eau savonneuse dans la canule avec la seringue et l'expulser plusieurs fois. Si le matériel reste, agiter vigoureusement la canule dans l'eau en faisant attention de ne pas s'éclabousser soi-même ou les autres. **Ne pas** utiliser de brosses ou autres petits objets pour retirer les matières car ils peuvent rayer l'intérieur de la canule et former de petites crevasses où peuvent se nicher les micro-organismes.

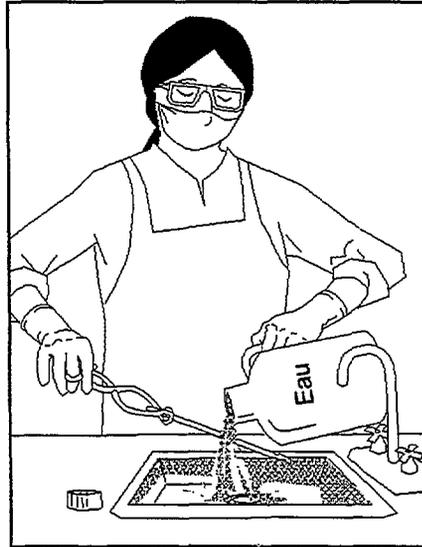
Désassembler tous les instruments, y compris les seringues de l'AMIU et les seringues hypodermiques. Désassembler la **seringue de l'AMIU** en retirant le cran d'arrêt et en retirant doucement le piston du corps de pompe. Retirer le joint noir ("l'Anneau-O") du piston. Retirer l'assemblage de la valve et ouvrir la valve. (Pour la seringue à double valve, retirer le joint, l'Anneau-O de l'intérieur de la valve.) Laver toutes les parties de la seringue dans de l'eau savonneuse tiède en faisant attention de retirer toutes les traces de sang ou de tissus. Frotter la seringue avec une brosse douce ou un linge.

Nettoyer les **instruments** en métal avec une brosse souple (les vieilles brosses à dents font bien l'affaire) ou un linge **dans de l'eau savonneuse** jusqu'à ce qu'ils soient visiblement propres. Faire particulièrement attention au mors, joints ou écrous où peuvent s'accumuler des matières organiques.

Après le nettoyage, rincer soigneusement les instruments, les seringues de l'AMIU et les seringues hypodermiques et les canules avec de l'eau propre pour retirer tout reste de détergent car il peut interférer avec la désinfection chimique (**Figure 8-6**). Sécher à l'air ou avec une serviette. (Les objets mouillés ne doivent **pas** être placés dans des désinfectants chimiques car l'eau peut diluer les produits chimiques.) Mais il n'est pas

nécessaire de sécher les instruments, y compris les dilateurs en plastique (Denniston) et les canules qui seront bouillis.

Figure 8-6. Rincer les instruments



Source: Leonard et Yordy, 1994.

Seringues de l'AMIU

Vu que la seringue sert **uniquement** de source de vide et de réservoir pour les tissus et le sang et qu'elle n'entre pas en contact avec la patiente, la décontamination et le nettoyage suffisent (sont acceptables) pour le traitement. Si le protocole d'une institution demande une DHN ou la stérilisation des seringues, on utilisera des agents chimiques. **Ne pas mettre dans l'autoclave, stériliser à la chaleur sèche ou désinfecter à haut niveau la seringue en la faisant bouillir car l'assemblage de la valve se fendra.**

STERILISATION OU DESINFECTION A HAUT NIVEAU

La stérilisation est la méthode la plus sûre et la plus efficace pour traiter les instruments qui entrent en contact avec les vaisseaux sanguins, les tissus en-dessous de la peau ou les tissus qui sont normalement stériles. Lorsque la stérilisation n'est pas disponible, ou qu'elle n'est pas appropriée, la seule autre solution acceptable est la DHN. Pour les deux méthodes, les étapes préparatoires et la manutention post-procédure des instruments et autres objets doivent être effectuées correctement pour arriver au résultat souhaité.

La stérilisation tue tous les micro-organismes, y compris les endospores bactériennes, tels que les bactéries à l'origine du tétanos et de la gangrène gazeuse (clostridia). La DHN détruit

tous les micro-organismes, y compris le VHB et le VIH mais ne détruit **pas** de manière fiable les endospores bactériennes.

Après le nettoyage, les instruments devraient être stérilisés ou désinfectés à haut niveau. La méthode exacte qui sera choisie dépendra des capacités de stérilisation ou de DHN de l'établissement sanitaire et du type d'instrument utilisé. La stérilisation à la vapeur (autoclave) ou à la chaleur sèche ne doit **pas** être utilisée pour les canules ou pour la seringue de l'AMIU: les canules fondront et l'assemblage de la valve de la seringue se fendra. Par contre, les dilatateurs Denniston en plastique peuvent être passés à l'**autoclave (stérilisés à la vapeur)** à maintes reprises, mais ils ne doivent pas être stérilisés à la chaleur sèche.²

Voici les conditions d'opération recommandées pour la stérilisation ou la DHN des instruments et autres objets.

Stérilisation Pour **stériliser à la vapeur** (autoclave) uniquement les instruments en métal et en verre et les gants:

Température:	121°C (250°F)
Pression:	106 kPa (15 lb/in ²)
Durée:	20 minutes (30 minutes pour les instruments emballés)

Pour **stériliser à la chaleur sèche** (four à chaleur sèche) uniquement les instruments en métal et en verre:

Température:	160°C (320°F)
Durée:	2 heures

ou

Température:	170°C (340°F)
Temps:	1 heure

Pour être efficace, la stérilisation doit être effectuée pendant le temps précisé.

Rappel: Ne pas stériliser à la chaleur sèche les canules ou la seringue de l'AMIU.

Des **agents stérilisants chimiques** devraient être utilisés pour stériliser les canules (**Figure 8-7**) et peuvent être utilisés également pour les instruments. Pour les instructions sur la manière d'utiliser les stérilisants chimiques, voir le **Tableau 8-3**.

Figure 8-7. Stériliser les canules



Source: Leonard et Yordy, 1994.

Tableau 8-3
Produits chimiques pour stériliser les instruments de l'AMIU

Agent stérilisant	Avantages	Inconvénients	Solution	Temps minimum requis pour la stérilisation	Etapes	Précautions
Glutaraldéhyde 2-4% (Cidex)	n'est pas facilement inactivé par les matériaux organiques	stérilisation plus lente en-dessous de 25°C (77°F); irritant pour la peau, les yeux et le système respiratoire	pur—ne jamais diluer; suivre les instructions du fabricant pour mélanger	10 heures	Immerger complètement les instruments, s'assurer que la solution remplit l'intérieur des canules; faire tremper; retirer avec des pinces stériles; rincer à l'eau stérile; sécher à l'air	N'utiliser que dans des endroits bien ventilés; éliminer selon les instructions du fabricant ou plus tôt si la solution est trouble
Formaldéhyde (8%)	n'est pas facilement inactivé par les matériaux organiques	vapeurs toxiques; irritant pour la peau, les yeux et le système respiratoire	diluer 1 part de formaldéhyde du commerce (35-40%) avec 4 parts d'eau en bouteille pour faire une solution à 8%	24 heures	Immerger complètement les instruments, s'assurer que la solution remplit l'intérieur des canules; faire tremper; retirer avec des pinces stériles; rincer à l'eau stérile; sécher à l'air	N'utiliser que dans des endroits bien ventilés; ne pas diluer avec de l'eau chlorée—cela produit un gaz toxique; jeter 14 jours après le mélange ou plus tôt si la solution est trouble

Source: Leonard et Yordy, 1994.

Manutention des objets stériles

Ne toucher les objets stériles qu'avec des pinces ou un élévateur stériles ou pendant qu'on porte des gants stériles.

Les objets non enveloppés qui ont été stérilisés à la vapeur (autoclave) ou à la chaleur sèche devraient être utilisés immédiatement après avoir refroidi ou être placés dans un récipient couvert et stérile.

Les instruments qui sont stérilisés dans des solutions chimiques devraient être bien rincés avec de l'eau stérile, séchés avec une serviette stérile et mis dans un récipient couvert et stérile.

Désinfection à haut niveau

Lorsqu'on ne dispose pas de matériel de stérilisation ou lorsque celui-ci ne convient pas, la **seule** autre solution acceptable est la DHN. La DHN détruit **tous** les micro-organismes, y compris les virus à l'origine de l'hépatite B et du SIDA mais elle **ne tue pas de manière fiable** toutes les endospores bactériennes[†]. La désinfection à haut niveau des instruments et autres articles peut se faire par la vapeur, en faisant bouillir (**sauf les seringues de l'AMIU**) ou en trempant le matériel dans un désinfectant chimique.

Rappel: Une chaleur humide à 80°C tue en 20 minutes pratiquement tous les virus, bactéries, parasites et champignons. Par conséquent, à moins que l'établissement sanitaire ne soit à une altitude de plus de 5.500 mètres (18.000 pieds) il n'est pas nécessaire d'augmenter le temps pour traiter à la vapeur ou pour bouillir.³

Ebullition

Le **Tableau 8-4** donne les conditions d'opération recommandées pour la DHN par ébullition et les instructions pour l'utilisation des désinfectants de haut niveau.

Les instruments qui doivent être désinfectés à haut niveau devraient être manipulés avec des instruments désinfectés à haut niveau (par exemple pince à éponge) ou avec des gants stériles ou désinfectés à haut niveau.

Une fois bouillis, laisser refroidir les instruments (sécher à l'air) en les plaçant sur un plateau sec, stérile ou désinfecté à haut niveau ou dans un récipient désinfecté à haut niveau. Utiliser les objets immédiatement ou les garder dans un récipient stérile ou désinfecté à haut niveau et avec **un couvercle**.

Conseils pour l'ébullition

- Toujours faire bouillir pendant 20 minutes en utilisant un récipient avec couvercle.
- Commencer à chronométrer lorsque l'eau commence à bouillir.
- Les objets doivent être recouverts d'eau pendant l'ébullition^{††}.
- Ne rien ajouter dans le récipient une fois que l'eau commence à bouillir.

Source: Tietjen, Cronin et McIntosh, 1992.

[†] Lorsque la stérilisation n'est pas possible, un nettoyage soigneux est la seule manière de diminuer le nombre d'endospores qui causent le tétanos et la gangrène.

^{††} Un rapport récent a montré que la température intérieure d'une canule en plastique qui flotte à la surface de l'eau qui bout atteint une température de 96-98°C en moins d'une minute.⁴ Aussi, pour les objets qui flottent (par exemple, les seringues, les canules en plastique de l'AMIU ou les objets en caoutchouc), il n'est pas absolument nécessaire qu'ils soient entièrement recouverts d'eau pour arriver à la DHN.

Tableau 8-4
Désinfection à haut niveau des instruments

Equipement	Agent désinfectant	Avantages	Inconvénients	Concentration de la solution	Temps minimum requis pour la désinfection	Etapes	Précautions
Instruments en métal et canules	Eau en ébullition	Facilement disponible; permet DHN jusqu'à 5.500 mètres (18.000 pieds) d'altitude		NA	20 minutes à gros bouillons	Remplir un grand récipient (au moins 25 cm/10" de diamètre) au trois quarts avec de l'eau propre; déposer les instruments; mettre un couvercle; ramener à ébullition; bouillir pendant 20 minutes; retirer doucement les instruments avec des pinces DHN; laisser sécher à l'air sur un plateau DHN ou dans un récipient DHN.	Prendre délicatement les canules lorsqu'on les retire de l'eau. Saisir des canules chaudes avec des pinces peut les aplatir. Ne pas laisser les canules dans l'eau qui a déjà bouilli.
Instruments, canules	Glutaraldéhyde (2-4%)	N'est pas facilement désactivé par les matières organiques	Irritant pour la peau, les yeux et le système respiratoire	Utiliser pur—ne jamais diluer; suivre les instructions de mélange du fabricant.	20 minutes ¹	Immerger complètement les objets, en s'assurant que la solution remplit l'intérieur de la canule; faire tremper; retirer avec des pinces DHN; rincer avec de l'eau bouillie; laisser sécher à l'air sur un plateau DHN ou dans un récipient DHN.	Jeter la solution (7 à 28 jours) après avoir mélangé ou plus tôt si elle est trouble (suivre les instructions du fabricant).
	Chlore (0,1%)	Agit vite, très efficace contre le VHB et le VIH	Corrosif pour le métal	Diluer à 0,1% pour du matériel propre en utilisant de l'eau bouillie; 0,5% si on utilise de l'eau du robinet.	20 minutes ¹	Immerger complètement les objets dans un récipient non métallique, en s'assurant que la solution remplit l'intérieur de la canule; faire tremper; retirer avec des pinces DHN; rincer avec de l'eau bouillie; laisser sécher à l'air sur un plateau DHN ou dans un récipient DHN.	Changer la solution tous les jours ou plus tôt si elle est trouble.
	Eau oxygénée (6%)	N'est pas facilement désactivée par les matières organiques	Corrosive pour le cuivre, l'aluminium, le zinc et le laiton; inactivée par exposition prolongée à la chaleur (plus de 30°C) ou à la lumière	Mélanger 1 part d'eau oxygénée à 30% et 4 parts d'eau bouillie pour faire une solution à 6%.	30 minutes ¹	Immerger complètement les objets dans un récipient non métallique, en s'assurant que la solution remplit l'intérieur de la canule; faire tremper; retirer avec des pinces DHN; rincer avec de l'eau bouillie; laisser sécher à l'air sur un plateau DHN ou dans un récipient DHN.	Garder l'eau oxygénée dans un récipient opaque à l'abri de la lumière et de la chaleur. Changer la solution tous les jours ou plus tôt si elle est trouble.
	Formaldéhyde (8%)	N'est pas facilement désactivé par les matières organiques	Vapeurs toxiques; irritant pour la peau, les yeux et le système respiratoire	Diluer 1 part de formaldéhyde du commerce (35-40%) et 4 parts d'eau bouillie pour faire une solution à 8%.	20 minutes ¹	Immerger complètement les objets en s'assurant que la solution remplit l'intérieur de la canule; faire tremper; retirer avec des pinces DHN; rincer avec de l'eau bouillie; laisser sécher à l'air sur un plateau DHN ou dans un récipient DHN.	N'utiliser que dans des endroits bien ventilés. Ne pas diluer avec de l'eau chlorée—cela produit un gaz toxique. Jeter la solution après 14 jours ou plus tôt si elle est trouble.

Source: Tietjen, Cronin, et McIntosh, 1992.

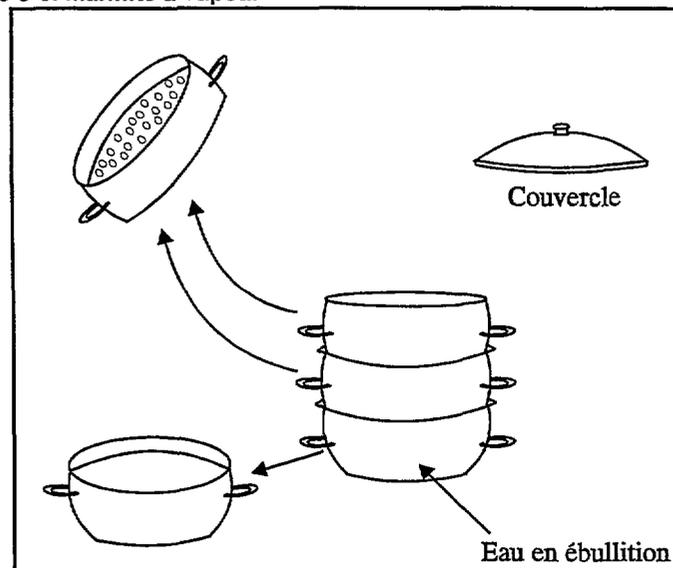
Traiter à la vapeur

Récemment, un nouveau processus pour la désinfection à haut niveau des gants chirurgicaux en les traitant à la vapeur (chaleur humide à faible pression) a été annoncé⁵. Passer à la vapeur les gants chirurgicaux qui ont été lavés et bien rincés dans une marmite à vapeur de un à deux ou trois niveaux est le processus qui a été utilisé comme étape finale du traitement des gants pendant de nombreuses années en Indonésie et dans d'autres parties de l'Asie du Sud-Est. Mais jusqu'à présent, on n'avait jamais testé l'efficacité de ce processus pour la DHN.

Dans l'étude mentionnée, la machine à vapeur utilisée (Figure 8-8) comprenait:

- un récipient de fond (environ 31 cm de diamètre) pour faire bouillir l'eau;
- un à trois récipients circulaires avec de multiples trous de 0,5 cm (diamètre) au fond pour laisser la vapeur monter et l'eau redescendre; et
- un couvercle pour le récipient du haut.

Figure 8-8. Marmite à vapeur



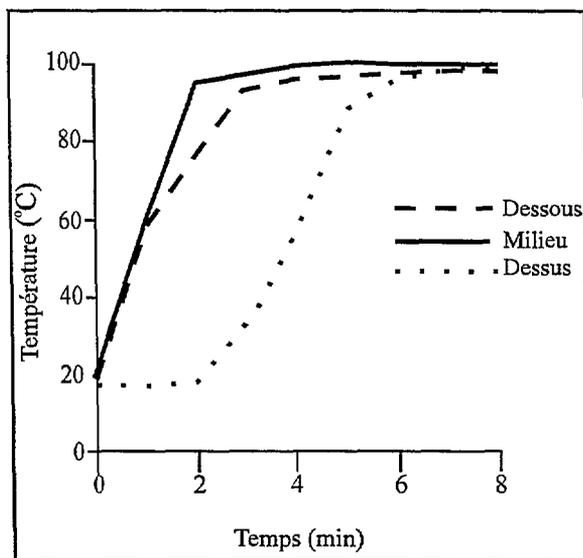
Source: Tietjen, Cronin et McIntosh, 1992.

Deux types de tests ont été faits pour déterminer si des gants chirurgicaux pouvaient être désinfectés à haut niveau dans le cadre de ce processus.

Dans le cadre du premier ensemble d'essais, un thermocouple a été placé à l'intérieur d'un gant dans chacun des trois récipients, respectivement, et on a noté le taux et l'ampleur du changement de température. Tel que le montre la Figure 8-9,

lorsque 5 à 15 paires de gants chirurgicaux étaient placées dans chacun des trois récipients, la température arrivait à 96-98°C en moins de 4 minutes dans les récipients du fond et du milieu et dans les 6 minutes dans le récipient du dessus. Ensuite, la température restait constante pendant les 20 minutes restantes.

Figure 8-9. Augmentation de la température dans les gants chirurgicaux en fonction de la position du récipient



Source: McIntosh et al, 1994.⁶

Dans le cadre du second ensemble d'essais, des lots de gants chirurgicaux neufs ont été contaminés avec *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* et *Candida Albicans* ainsi que les endospores *Bacillus subtilis* (sensible à la chaleur) et *Bacillus Stearothermophilus* (résistant à la chaleur). Ensuite, les gants ont été placés dans l'un des trois récipients et passés à la vapeur pendant 20 minutes. Par la suite, on les a retirés des récipients et incubés pendant 24 heures dans un médium stérile. Ensuite, on a passé un écouvillon sur les gants et on a plaqué le matériel ainsi obtenu sur une gélose de sange dans une boîte de Petri. Dans aucun des cas, il n'y a eu croissance des micro-organismes ou des endospores *B. subtilis* (6, 15 et 30 gants par récipient) après 24 heures et, tel qu'escompté, seulement une réduction du nombre des endospores *B. stearothermophilus*.

Si l'on en juge d'après les résultats de ces essais, il semblerait que le traitement à la vapeur soit efficace pour désinfecter les gants chirurgicaux à haut niveau.

Pour le moment, **le traitement à la vapeur comporte plusieurs avantages distincts de l'ébullition** pour le traitement final des gants chirurgicaux. Bien que faire bouillir les gants et les passer à la vapeur soient tout aussi faciles à effectuer, il n'existe pas jusqu'à présent de solution pratique pour faire sécher les gants bouillis (c'est-à-dire qu'il est difficile de prévenir la contamination pendant qu'ils sèchent à l'air, ce qui prend longtemps—jusqu'à 24 heures). Par conséquent, les établissements sanitaires qui n'ont pas d'autoclave, doivent soit utiliser de nouveaux gants stériles jetables pour chaque procédure chirurgicale soit porter des gants bouillis (désinfectés à haut niveau) "humides". Alors que si on les passe à la vapeur, les gants sèchent en moins de temps (environ 4 heures) et on n'a pas le problème de la contamination pendant qu'ils sèchent. Autre avantage: le traitement à la vapeur est moins destructeur et plus efficace par rapport au coût (utilise moins de carburant) que l'ébullition.

L'inconvénient majeur du traitement à la vapeur est que les marmites à vapeur disponibles localement sont petites et ne sont pratiques que pour les petits objets (par exemple, gants chirurgicaux, canules et seringues AMIU). Il est plus facile d'utiliser de grands récipients pour bouillir les instruments métalliques et il faut également moins d'attention pour vérifier que ce processus est effectué correctement.^{6,7}

Voir l'**Annexe D** pour des instructions étape par étape sur la manière de passer les gants à la vapeur.

Produits qu'il ne faudrait pas utiliser comme désinfectants

Un grand nombre de solutions antiseptiques sont utilisées incorrectement comme désinfectants. Si des antiseptiques (parfois appelés "désinfectants de la peau") sont adéquats pour nettoyer la peau avant une injection ou une procédure chirurgicale, ils ne conviennent pas, par contre, pour la désinfection des instruments chirurgicaux et des gants. **Ils ne détruisent pas de manière fiable les bactéries et les virus et ils ne détruisent pas les endospores bactériennes.** Par exemple, le Savlon (gluconate de chlorhexidine avec ou sans cétrimide) qui est aisément disponible à travers le monde, est un bon antiseptique mais souvent utilisé à tort comme désinfectant.

Voici les antiseptiques qu'il ne faudrait pas utiliser comme désinfectants:

- Dérivés de l'acridine (par exemple, violet de gentiane ou de cristal)
 - Cétrimide (par exemple, Cetavlon®)
 - Chlorure de calcium et acide borique (par exemple, Euso®)
 - Gluconate de chlorhexidine (par exemple, Hibiscrub, Hibitane)
 - Cétrimide et gluconate de chlorhexidine en concentrations variées (par exemple, Savlon)
 - Chloroxylénol (par exemple, Dettol)
 - Hexachlorophène (par exemple, pHisoHex)
 - Composés de mercure (**toxiques, ne sont pas recommandés comme antiseptiques ni comme désinfectants**)
-

Les solutions de mercure (telle que le mercryl laurylé), bien qu'étant des désinfectants de faible niveau, **causent des malformations congénitales** et sont trop toxiques pour être utilisées **soit comme désinfectants soit comme antiseptiques**.⁷

D'autres produits utilisés fréquemment pour désinfecter le matériel sont le phénol à 1-2% (Phénol®), l'acide carbolique à 5% (par exemple, Lysol®) et le chlorure de benzalkonium, un ammonium quaternaire (par exemple, Zephiran®). Ce sont des désinfectants faibles qu'on utilisera uniquement pour décontaminer les surfaces environnantes lorsqu'on ne dispose pas de composés chlorés.

Les objets qui sont désinfectés à haut niveau dans une solution chimique devraient être bien rincés avec de l'eau stérile, séchés avec une serviette stérile et entreposés dans un récipient stérile ou désinfectés à haut niveau avec couvercle.

ENTREPOSAGE ET REASSEMBLAGE

Instrumentes stériles

Les paquets ou les récipients stériles devraient porter une étiquette indiquant leur date de péremption et devraient être utilisés dans l'espace d'une semaine. S'ils ne sont pas utilisés dans l'espace d'une semaine, les objets doivent être renettoyés et restérilisés. Entreposer les paquets ou les récipients stériles dans des endroits où les étagères sont fermées et ne sont pas

à même le sol afin de les protéger de la poussière et de la saleté. Ne pas utiliser de boîtes en carton pour l'entreposage; elles font de la poussière et peuvent abriter des insectes. Si les paquets ou les récipients deviennent humides, les objets ne sont plus stériles et doivent être retraités.

Les instruments, y compris les canules, entreposés dans des récipients stériles avec couvercle, restent stériles du moment qu'on utilise une technique stérile pour les enlever ou les remplacer. Il faut mettre une date sur les bacs, et les objets non utilisés doivent être retraités toutes les semaines.

Instruments désinfectés à haut niveau

Entreposer les instruments qui ont été désinfectés à haut niveau dans des récipients secs avec couvercle, désinfectés à haut niveau ou stériles et dont le couvercle ferme bien. Ne **pas** entreposer les canules ou les instruments dans des solutions chimiques (par exemple du glutaraldéhyde ou des antiseptiques tels que le Savlon) car ils peuvent être contaminés.

Lorsqu'on retire une canule ou un instrument du bac où ils ont été stockés, utiliser uniquement des pinces stériles ou désinfectées à haut niveau pour éviter de contaminer les autres objets. Saisir uniquement le bout de la canule qui n'a pas d'ouverture (**Figure 8-10**). Il vaut mieux entreposer un petit nombre de canules dans chaque récipient pour minimiser le risque de contamination.

Figure 8-10. Retirer les canules



Source: Leonard et Yordy, 1994.

Seringues de l'AMIU

Réassembler les seringues de l'AMIU. Remettre le joint (l'Anneau-O) sur le piston. Lubrifier le joint en plaçant une goutte de silicone (ou de glycérol ou de savon liquide) sur l'anneau, puis étaler le silicone autour de l'anneau avec le bout du doigt. Il ne faut pas utiliser de produits à base de pétrole.

Réassembler la seringue en tenant ensemble les bras du piston et en insérant le piston dans le corps de pompe. Rattacher le cran d'arrêt. Faire rentrer et sortir plusieurs fois le piston pour distribuer le lubrifiant dans le corps de pompe.

Vérifier la seringue pour le vide. Il faudrait le faire après le nettoyage et à nouveau immédiatement avant l'utilisation. Pour ce faire, fermer la valve à poussoir et en tirant le piston jusqu'à ce que les bras de fermeture s'enclenchent. Laisser la seringue dans cette position pendant 2 à 3 minutes puis relâcher la valve à poussoir. Vous devriez entendre une entrée d'air dans la seringue qui indique que la seringue maintient le vide.

Si vous n'entendez pas cette aspiration de l'air, retirez le piston. Voyez si le joint (l'Anneau-O) présente des craquelures ou s'il est usé et voyez si le corps de la seringue est fendu. Si les parties de la seringue ne semblent pas endommagées, réassemblez la seringue. Répétez le test. Si la seringue perd toujours le vide au moment du test, elle devrait être jetée.

Entreposer les seringues de l'AMIU. Entreposer les seringues dans des bacs avec couvercle ou des sacs en plastique qui les protègent de la poussière ou des autres contaminants. Si elles ne sont pas utilisées dans l'espace d'une semaine, il faut les retraiter en les nettoyant et en les séchant.

REFERENCES

1. Dascher R: The Hospital and Pollution: Role of the Hospital Epidemiologist in Protecting the Environment dans *Prevention and Control of Nosocomial Infections*, Wenzel RP (éd). Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 1993.
2. Organisation mondiale de la Santé: Série 2 SIDA: *Guide des méthodes de stérilisation et de désinfection efficaces contre le virus de l'immunodéficience humaine. (Guidelines on Sterilization and High-Level Disinfection Methods Effective Against Human Immunodeficiency Virus [HIV])*. Genève, OMS, 1988.
3. Stubblefield PG: *Disinfection, Sterilization and Preservation*, 4ème éd. Philadelphia, Lea & Feibiger, 1991.
4. IPAS Scientific Report Summary. *Boiling IPAS Cannulae to Achieve High-Level Disinfection*. Carrboro, North Carolina, IPAS, 1993.
5. Favero M: Sterilization, Disinfection and Antisepsis in the Hospital dans *Manual of Clinical Microbiology*, Lennette EH et al (éds), 4ème éd. Washington, DC, American Society for Clinical Microbiology, 1985.
6. McIntosh N et al: Practical Methods for High-Level Disinfection of Surgical Gloves. *American Public Health Association Annual Meeting*. Extrait no. 2285; Washington, D.C., du 31 octobre au 4 novembre 1994.
7. Spaulding EH: Studies on Chemical Sterilization of Surgical Instruments. *Surg Gyne Obstet* 69: 738-744, 1939.
8. Salle AJ (éd): *Fundamental Principles of Bacteriology*, 7ème éd. New York, McGraw-Hill Book Company, 1873.
9. Block SS: *Disinfection, Sterilization and Preservation*, 4ème éd. Philadelphia, Lea & Feibiger, 1991.

REFERENCES GENERALES

Tietjen L, Cronin W et McIntosh N: *Prévention des infections: Guide pratique à l'intention des programmes de planification familiale*. Baltimore, Maryland, JHPIEGO, 1992.

Leonard AH et Yordy L: Protocol for Reusing IPAS Manual Vacuum Aspiration Instruments. *Advances in Abortion Care* 2(1), 1994.

PLANIFICATION FAMILIALE POSTAVORTEMENT†

GENERALITES

Dans de nombreux pays, le milieu des soins d'urgence après avortement représente l'un des rares contacts qu'une femme peut avoir avec le système sanitaire. Aussi, le moment où elle reçoit des soins après avortement peut-il représenter une occasion importante pour elle d'obtenir informations et services en matière de contraception.^{2,3}

Certaines femmes souhaiteront peut-être tomber enceintes de suite après avoir eu un avortement incomplet et il n'y a aucune raison de les décourager à le faire du moment qu'il n'existe pas de raison médicale qui s'y oppose. Mais la plupart des femmes recevant des soins postavortement ne souhaitent **pas** tomber enceintes pour le moment. De plus, une femme qui a couru le danger d'un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses a clairement montré qu'elle souhaite réguler sa fécondité et qu'elle a besoin qu'on l'aide pour prévenir une grossesse non désirée.

Toutes les femmes recevant des soins postavortement ont au minimum besoin de **counseling** et d'**information** pour vérifier qu'elles comprennent:

- qu'elles peuvent tomber enceinte avant la prochaine menstruation,
- qu'il existe des méthodes sûres pour prévenir et retarder la grossesse, et
- où et comment elles peuvent obtenir les services et les méthodes de planification familiale

Facteurs limitant l'accès à la planification familiale postavortement

Dans le monde en développement, un grand nombre de femmes sont prisonnières du cycle dangereux des grossesses non souhaitées répétées et d'avortements dangereux ou illégaux. S'il est important de relier les services postavortement et de planification familiale, il n'en est pas moins que ces deux types de soins sont rarement offerts ensemble. Généralement, les services de traitement d'urgence pour les complications postavortement ne comprennent pas la prestation de counseling, ou l'aiguillage vers celui-ci, et la prestation de méthodes de planification familiale.

† Adapté de: Leonard AH et Ladipo OA: Post-Abortion Family Planning: Factors in Individual Choice of Contraceptive Methods. *Advances in Abortion Care*. 4(2), 1994.¹

Voici les facteurs limitant la prestation de services de planification familiale après des soins postavortement d'urgence:

- Le personnel sanitaire a des conceptions erronées quant aux méthodes contraceptives qui conviennent.
- Les prestataires des soins d'urgence postavortement ne prennent pas la prestation de services contraceptifs comme relevant de leur responsabilité.
- Dans les hôpitaux, il peut y avoir des divisions administratives entre le service postavortement d'urgence (Département Ob/Gyn) et les services de planification familiale (Département de Médecine communautaire).
- Souvent les soins d'urgence postavortement et les services de PF ne sont pas coordonnés et ne sont pas disponibles les mêmes jours ou dans le même endroit au sein d'une même institution.
- Les femmes qui ont été traitées pour un avortement incomplet ne savent peut-être pas que leur fécondité reviendra bientôt et par conséquent elles ne rechercheront pas de protection contraceptive.
- Il se peut que les femmes ne sachent pas où elles peuvent obtenir des services de planification familiale et d'autres services de santé de la reproduction.

Par conséquent, les femmes n'ont pas accès aux moyens nécessaires pour prévenir d'autres grossesses non désirées et sont exposées au risque d'avoir d'autres avortements dangereux. Ces deux éléments contribuent au mauvais état de santé général des femmes dans de nombreux pays. De plus, le manque de services complets de santé de la reproduction, avec notamment les liens entre soins postavortement et planification familiale et le traitement de la fécondité et des MST, font que les femmes n'obtiennent pas toute la gamme de soins dont elles ont besoin.

**PLANIFICATION
FAMILIALE
POSTAVORTEMENT**

La planification familiale postavortement devrait comporter toutes les composantes essentielles de bons soins de planification familiale:

- Information et counseling sur les méthodes, leurs caractéristiques, efficacité et effets secondaires
- Choix entre les méthodes (par exemple, court et long terme, hormonales et non hormonales)
- Fiabilité du réapprovisionnement de contraceptifs
- Accès aux soins de suivi
- Counseling sur les besoins contraceptifs dans le contexte des buts de procréation de la cliente et de la nécessité de se protéger contre les maladies sexuellement transmissibles

La planification familiale postavortement devrait également se fonder sur l'évaluation individuelle de la situation de chacune:

- ses caractéristiques personnelles, ses besoins et buts en matière de procréation;
- sa condition clinique; et
- les capacités de prestation de services là où elle reçoit un traitement et dans la communauté où elle vit.

Une discussion intensive de ces points est importante car les circonstances menant à un avortement incomplet varient. Un avortement incomplet peut indiquer qu'une femme n'a pas réussi à prévenir une grossesse non souhaitée. Peut-être ne voudra-t-elle pas utiliser et apprendre à utiliser la contraception, peut-être ne sait-elle pas où l'obtenir ou peut-être a-t-elle arrêté d'utiliser une méthode. Les prestataires de services peuvent aider une femme à choisir une méthode de planification familiale qui lui convient s'ils comprennent les facteurs qui ont mené à une grossesse non souhaitée. A l'instar de tous services cliniques, les services de planification familiale postavortement qui tiennent compte des besoins et des circonstances individuels des clientes sont plus susceptibles de fournir des soins efficaces et acceptables que ceux reposant uniquement sur des protocoles types.

Rappel: Les préférences personnelles, les contraintes et la situation sociale d'une femme peuvent être aussi importantes que sa condition clinique pour la planification familiale postavortement.

COUNSELING Voici les buts du counseling de planification familiale fait après l'avortement:

- aider la femme à comprendre les facteurs qui ont mené à une grossesse non souhaitée (si cela est approprié) afin de ne pas répéter la situation;
- l'aider, avec son partenaire (lorsque cela est approprié), à décider si elle veut utiliser une méthode contraceptive et, si elle le souhaite;
- l'aider (avec son partenaire) à choisir une méthode appropriée; et
- la préparer (et son partenaire) à utiliser efficacement la méthode.

Rappel: L'acceptation de la contraception ou d'une méthode contraceptive particulière ne devrait jamais être un préalable à l'obtention de soins postavortement.

Le choix informé est l'élément pivot qui donne à une femme la capacité nécessaire pour choisir librement une méthode qu'elle peut utiliser efficacement. **Choix libre et informé** signifie que la cliente choisit une méthode volontairement sans y être forcée ou poussée. S'il se fonde sur une bonne compréhension des avantages et limitations des méthodes qui sont disponibles, la cliente devrait comprendre que presque toutes les méthodes peuvent être utilisées sans danger et efficacement immédiatement après le traitement d'un avortement incomplet et qu'elle peut choisir une autre méthode par la suite si elle désire en changer.

Rappel: Des clientes qui font un choix libre et informé d'une méthode sont plus susceptibles d'être satisfaites par la méthode et de continuer à l'utiliser efficacement.

Bien qu'un grand nombre de femmes ne souhaitent **pas** tomber de nouveau enceintes après un avortement incomplet ou dangereux, d'autres ne sont pas prêtes à prendre une décision en matière de contraception au moment des soins postavortement. Un mécanisme devrait être en place pour vérifier que ces femmes puissent revenir afin de recevoir des services contraceptifs ou qu'elles soient orientées vers un établissement

dans leur communauté. Les femmes qui ne choisissent pas une méthode contraceptive immédiatement devraient recevoir des condoms qu'elles peuvent emporter chez elles et devraient être encouragées à revenir, avec leur partenaire si elles le souhaitent, pour un counseling supplémentaire.

Information sur la planification familiale

Voici l'information minimum sur la planification familiale qu'une femme traitée pour avortement incomplet doit comprendre avant qu'elle ne rentre chez elle:

- Elle risque une autre grossesse dès 2 semaines après le traitement
- Il existe diverses méthodes contraceptives sûres qui peuvent être utilisées immédiatement pour éviter une grossesse
- **Où et quand** recevoir des services de planification familiale (au moment du traitement et également après la sortie)

Elle a également besoin de l'information suivante, soit à ce moment-là ou par la suite:

- Caractéristiques de toutes les méthodes (par exemple, sont-elles réversibles, protègent-elles contre les ITG et d'autres MST, effets secondaires)
- Comment utiliser correctement la méthode choisie, y compris où et comment obtenir des fournitures supplémentaires (par exemple, pilules, condoms, injectables, ou tablettes ou mousse spermicides)
- Comment arrêter d'utiliser la méthode ou en changer

Un **manque de connaissance** (peut-être dû au manque de clarté des instructions) peut avoir mené à la mauvaise utilisation d'une méthode contraceptive et, partant, à la grossesse non souhaitée précédente. "Mais un trop grand choix d'informations techniques peut être aussi nuisible que trop peu car la femme peut se sentir submergée et il lui sera difficile de prendre une décision."³ L'information que la femme reçoit devrait être adaptée à ses besoins. Par exemple, une femme qui a eu recours de façon répétée à l'avortement dangereux parce qu'elle croit que les contraceptifs oraux donnent le cancer, a des besoins différents de ceux d'une femme qui a utilisé la pilule de manière incorrecte.

Le **Tableau 9-1** présente certaines questions et les réponses proposées de résolution de problèmes concernant le counseling et le choix de méthodes pour des femmes traitées pour un avortement incomplet. Il vise à guider les prestataires à donner aux femmes les moyens de prendre des décisions en matière de planification familiale.

Tableau 9-1
Facteurs individuels et recommandations et bien-fondé du counseling
(plusieurs peuvent s'appliquer)

Si la femme...	Recommandations	Bien-fondé
Ne veut pas tomber enceinte bientôt	Envisager toutes les méthodes temporaires.	Consultation pour avortement incomplet suggère que la femme ne veut pas tomber enceinte.
Est stressée ou a mal	Envisager toutes les méthodes temporaires. Ne pas encourager l'utilisation de méthodes permanentes pour le moment. Aiguiller pour soins contraceptifs continus.	Le stress et la douleur interfèrent avec la prise de décisions libres et informées. Le moment du traitement pour avortement incomplet n'est pas un bon moment pour une femme de prendre une décision permanente.
Utilisait une méthode contraceptive lorsqu'elle est tombée enceinte	Voir pourquoi la contraception a échoué et quels sont les problèmes que la femme a pu avoir pour utiliser une méthode efficacement. Aider la femme à choisir une méthode qu'elle sera en mesure d'utiliser efficacement. Vérifier qu'elle comprend comment utiliser la méthode, obtenir des soins de suivi et un réapprovisionnement, arrêter l'utilisation et changer de méthode.	L'échec de la méthode, l'inacceptabilité, l'emploi inefficace ou le manque d'accès aux fournitures ont pu mener à la grossesse non souhaitée. Ces facteurs risquent d'être encore présents et peuvent mener à une autre grossesse non souhaitée.
A arrêté d'utiliser une méthode	Voir pourquoi la femme a arrêté d'utiliser la contraception (par exemple, effets secondaires, manque d'accessibilité pour le réapprovisionnement, etc.). Aider la femme à choisir une méthode qu'elle sera en mesure d'utiliser efficacement. Vérifier qu'elle comprend comment utiliser la méthode, obtenir des soins de suivi et un réapprovisionnement, arrêter l'utilisation et changer de méthode.	L'inacceptabilité ou le manque d'accès peuvent avoir mené à la grossesse non souhaitée. Ces facteurs risquent d'être encore présents et peuvent mener à une autre grossesse non souhaitée.
A un partenaire qui ne veut pas utiliser les condoms ou qui l'empêchera d'utiliser une autre méthode	Si la femme le souhaite, inviter son partenaire au counseling. Protéger la confidentialité de la femme (même si elle ne veut pas faire participer son partenaire). Discuter des méthodes qu'elle peut utiliser sans que son partenaire le sache (par exemple, les injectables). Ne pas recommander de méthodes que la femme ne sera pas en mesure d'utiliser efficacement.	Dans certains cas, faire participer l'homme au counseling permettra de lui faire employer la contraception ou d'obtenir son soutien en la matière; mais si la femme, pour quelque raison que ce soit ne veut pas faire participer son partenaire, il convient de respecter son souhait.
Veut être enceinte bientôt.	Ne pas chercher à la persuader d'accepter une méthode. Fournir des informations ou l'aiguiller si elle a besoin d'autres services de santé de la reproduction.	Si la femme a eu plusieurs avortements spontanés, peut-être aura-t-elle besoin d'être aiguillée pour le traitement de l'infécondité.

Adapté de: Leonard et Ladipo, 1994.¹

**PROCESSUS DE
COUNSELING**

Un bon counseling de planification familiale est centré sur la situation et les besoins individuels de la femme, et sur le fait que les bons conseillers écoutent les questions et les préoccupations des femmes. Le counseling doit se fonder sur la confiance et le respect entre la cliente et le conseiller.

Rappel: Il convient de traiter de manière confidentielle toute l'information échangée lors de la séance de counseling.

Le **counseling de planification familiale** devrait aider une cliente à:

- envisager ses buts en matière de procréation, y compris le besoin de se protéger contre les MST;
- faire des choix libres et informés à propos de la planification familiale; et
- comprendre comment utiliser efficacement ou arrêter d'utiliser la méthode qu'elle a choisie.

Clés d'un bon counseling

Un bon conseiller:

- Comprend et respecte les droits de la cliente
- Gagne la confiance de la cliente
- Comprend les avantages et les limitations de toutes les méthodes contraceptives
- Comprend les facteurs culturels et personnels qui affectent la décision d'une femme (ou d'un couple) d'utiliser la planification familiale et une méthode particulière
- Encourage la cliente à poser des questions
- Utilise une approche sans jugement qui communique à la cliente respect et gentillesse
- Présente l'information de manière non biaisée en étant sensible à la cliente
- Ecoute activement les préoccupations de la cliente
- Reconnaît lorsqu'il ne peut pas aider suffisamment une cliente et l'aiguille vers quelqu'un qui le peut
- Comprend l'effet de la communication non verbale

Adapté de: Organisation mondiale de la Santé, 1990.⁴

La séance de counseling

Le système **BERCER** est l'une des méthodes utilisées pour organiser les éléments du processus de counseling. Le sigle vise à aider les conseillers à se rappeler des points importants pour un counseling efficace.⁵ **BERCER (Tableau 9-2)** est l'une des approches après le traitement de l'avortement incomplet. Dans la pratique, le counseling devrait être adapté aux circonstances individuelles et peut suivre une séquence ou technique différente.

Tableau 9-2 La technique BERCER	
Étapes	Activités
BIENVENUE	<p>Présentez-vous à la cliente en indiquant votre nom et en montrant que vous êtes intéressé personnellement par sa situation.</p> <p>Si la cliente se trouve dans une zone très occupée, essayez de trouver un endroit privé et calme où vous pouvez parler (par exemple, un endroit avec un rideau, une zone de traitement qui n'est pas utilisée, un couloir tranquille, une cour).</p> <p>Si la femme est allongée sur un lit, essayez de vous asseoir près d'elle si possible.</p> <p>Demandez-lui si elle se sent en mesure de parler de la planification familiale. Si elle ne l'est pas, revenez la voir plus tard ou prenez des dispositions pour l'orienter vers un autre service.</p> <p>Expliquez que votre conversation est confidentielle, rassurez la cliente que vous ne répétez rien de ce qu'elle dit.</p>
ENTRETIEN	<p>Demandez à la femme ce qu'elle ressent et montrez que vous vous en souciez.</p> <p>Voyez si le counseling est approprié pour le moment. (La femme est-elle physiquement ou émotionnellement préparée à discuter de la planification familiale?) Si non, revenez la voir plus tard ou prenez des dispositions pour qu'elle soit conseillée à un autre moment.</p> <p>Si son partenaire ou des membres de sa famille se trouvent avec elle, demandez à la cliente si elle aimerait parler en privé ou si elle aimerait que son partenaire soit présent.</p> <p>Demandez-lui quels sont ses projets sur le plan procréation, demandez-lui notamment si elle souhaite tomber enceinte bientôt.</p> <p>Demandez-lui si elle utilisait la contraception avant de tomber enceinte. Si elle l'utilisait, cherchez à voir si elle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • utilisait la méthode correctement, • avait arrêté de l'utiliser, • a eu du mal à utiliser la méthode, ou • était préoccupée par la méthode. <p>Demandez-lui quel est son âge, sa situation matrimoniale et le nombre de grossesses qu'elle a eues.</p> <p>Demandez-lui ce qu'elle a entendu dire à propos des différentes méthodes contraceptives et si elle a une préférence pour une méthode en particulier.</p>

172

Tableau 9-2
La technique BERCER (continué)

Etapes	Activités
RENSEIGNE- MENTS	<p>Renseigner la cliente sur les méthodes de planification familiale sans perdre de vue ses préoccupations et ses préférences. Il est très important que la cliente comprenne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'elle peut à nouveau tomber enceinte très rapidement (dès 2 semaines après un avortement incomplet du premier trimestre). • Que des méthodes de contraception sûres sont disponibles • Qu'elle peut trouver des services de planification familiale près de là où elle vit <p>Décrire brièvement les méthodes disponibles, y compris les caractéristiques et les effets secondaires qui l'aideront à répondre à ses objectifs sur le plan procréation.</p> <p>Si cela est possible, utilisez du matériel de soutien tels les dépliants, brochures, affiches, boîtes à images, films ou cassettes vidéo pour souligner les divers points. Si la femme le souhaite, laissez-la toucher les échantillons de fournitures pour les différentes méthodes.</p> <p>Demandez-lui si elle a des questions ou des préoccupations à propos de la planification familiale.</p>
CHOIX DE LA MÉTHODE	<p>Aidez la cliente à envisager ses besoins et à voir quelle méthode y répond le mieux. Si elle indique être intéressée par une méthode particulière, essayez de déterminer ensemble si cette méthode répondra à ses besoins. Demandez par exemple, "Pensez-vous que vous pouvez vous rappeler de prendre la pilule tous les jours?" et "Pouvez-vous dire à votre partenaire que vous utilisez la planification familiale?"</p> <p>Vérifiez qu'il n'existe pas de précautions cliniques pour l'utilisation d'une méthode donnée pendant la période suivant immédiatement l'avortement (par exemple, DIU avec graves saignements ou anémie).</p> <p>Ne choisissez pas une méthode pour elle.</p> <p>Fournissez-lui la méthode le cas échéant.</p>
EXPLICATIONS	<p>Expliquez comment fonctionne la méthode choisie et comment elle devrait être utilisée.</p> <p>Expliquez les effets secondaires normaux, ainsi que les signes d'alarme de complications plus graves et ce qu'il faut faire lorsqu'ils se présentent.</p> <p>Demandez à la cliente de bien vouloir répéter l'information et les instructions pour être sûr qu'elle les comprend.</p> <p>Demandez à la cliente si elle a des questions et y répondre.</p> <p>Donnez des informations sur les réapprovisionnements, les visites de suivi, etc.</p>

123

Tableau 9-2 La technique BERCER (continué)	
Étapes	Activités
RETOUR	<p>Référer la cliente vers une clinique appropriée pour les soins de suivi si cela est nécessaire. Pour la plupart des femmes, une clinique près de leur domicile est la meilleure solution.</p> <p>Si une méthode contraceptive a été fournie après un traitement pour un avortement incomplet, la visite de contrôle devrait:</p> <ul style="list-style-type: none"> • évaluer si la cliente est en bonne santé et satisfaite de la méthode qu'elle utilise, • traiter les effets secondaires qui ont pu se présenter. • apporter soutien et encouragements pour aider la cliente à continuer à utiliser la contraception de manière efficace, et • aider la cliente à changer ou à arrêter la méthode si c'est approprié. <p>Si le choix libre et informé n'a pas été possible au moment du traitement, la visite de retour devrait comporter un counseling complet de planification familiale. Toutes les étapes de BERCER devraient être suivies.</p> <p>Demandez toujours à la cliente si elle a des questions et des préoccupations et répondez-y.</p> <p>Evaluez toujours si la femme a besoin d'autres soins de santé en matière de reproduction et fournir si approprié soins ou aiguillage.</p>

Adapté de: Lettenmaier et Gallen, 1987.⁵

CONTRACEPTION POSTAVORTEMENT

Généralement, la fécondité d'une femme revient dans les 2 semaines suivant un avortement incomplet du premier trimestre. Malheureusement, un grand nombre de femmes ne le savent pas car c'est différent de la période post-partum où le retour de la fécondité ne se fait pas de suite. Vu le risque qui s'en suit d'une autre grossesse, l'emploi d'une méthode de planification familiale postavortement devrait être démarré aussi vite que possible.

En général, toutes les méthodes modernes peuvent être utilisées **immédiatement** après les soins d'urgence postavortement du moment que:

- il n'existe pas de complications graves demandant un traitement supplémentaire,
- la cliente reçoit le counseling adéquat, et
- le prestataire fait un bilan pour voir s'il existe des précautions pour l'utilisation d'une méthode contraceptive particulière.

En outre, il est recommandé que les femmes n'aient pas de rapports sexuels jusqu'à l'arrêt du saignement postavortement (généralement 5 à 7 jours) et jusqu'à ce que toute complication soit résolue. Enfin, la planification familiale naturelle n'est **pas** recommandée tant que la menstruation régulière n'est pas revenue.

Tableau 9-3
Directives pour l'utilisation de méthodes contraceptives par condition clinique

Condition clinique	Précautions	Recommandations
Aucune complication après traitement de l'avortement incomplet	<p>Planification familiale naturelle: ne pas recommander tant qu'une menstruation régulière n'est pas revenue.</p> <p>Stérilisation féminine volontaire: généralement le moment du traitement pour avortement incomplet n'est pas le meilleur moment pour les clientes de prendre des décisions quant aux méthodes permanentes.</p> <p>Diaphragme ou cape cervicale: devraient être réajustés après un avortement incomplet du second trimestre.</p>	<p>Envisager toutes les méthodes temporaires.</p> <p>Implants Norplant: peut commencer l'utilisation immédiatement.</p> <p>Injectables (DMPA, NET-EN): peut commencer l'utilisation immédiatement.</p> <p>DIU: peut commencer l'utilisation immédiatement.</p> <p>Contraceptifs oraux (combinés ou à seuls progestatifs): peut commencer l'utilisation immédiatement.</p> <p>Condoms (féminins/masculins): peut utiliser dès la reprise de l'activité sexuelle.</p> <p>Mousses, gelées, tablettes, éponges ou films spermicides: peut utiliser dès la reprise de l'activité sexuelle.</p> <p>Diaphragme ou cape cervicale: peut utiliser dès la reprise de l'activité sexuelle.</p>
<p>Diagnostic d'infection confirmé ou de présomption</p> <p>Signes et symptômes de septicémie/infection</p> <p>Signes d'avortement dangereux ou provoqué, insalubre</p> <p>Impossible d'exclure une infection</p>	<p>Stérilisation volontaire féminine: ne pas exécuter la procédure tant que le risque d'infection n'est pas exclu ou tant que l'infection n'est pas entièrement résolue (environ 3 mois).</p> <p>DIU: ne pas insérer tant que le risque d'infection n'est pas supprimé ou que l'infection n'est pas entièrement résolue (environ 3 mois).</p>	<p>Implants Norplant: peut commencer l'utilisation immédiatement.</p> <p>Injectables (DMPA, NET-EN): peut commencer l'utilisation immédiatement.</p> <p>Contraceptifs oraux (combinés ou à seuls progestatifs): peut commencer l'utilisation immédiatement.</p> <p>Condoms (féminins/masculins): peut utiliser dès la reprise de l'activité sexuelle.</p> <p>Mousses, gelées, tablettes, éponges ou films spermicides: peut utiliser dès la reprise de l'activité sexuelle.</p> <p>Diaphragme ou cape cervicale: peut utiliser dès la reprise de l'activité sexuelle.</p>

125

Tableau 9-3
Directives pour l'utilisation de méthodes contraceptives par condition clinique (continué)

Condition clinique	Précautions	Recommandations
<p>Lésion du tractus génital</p> <p>Perforation de l'utérus (avec ou sans blessure aux intestins)</p> <p>Grave blessure cervicale ou vaginale, y compris brûlures chimiques</p>	<p>Stérilisation féminine volontaire: ne pas exécuter la procédure tant que la grave blessure n'est pas guérie.</p> <p>DIU: ne pas insérer tant que la grave blessure n'est pas guérie.</p> <p>Mousses, gelées, tablettes, éponges ou films spermicides: ne pas commencer l'utilisation tant que la blessure vaginale ou cervicale n'est pas guérie.</p> <p>Diaphragme ou cape cervicale: ne pas commencer l'utilisation tant que la blessure vaginale ou cervicale n'est pas guérie.</p>	<p>Implants Norplant: peut commencer l'utilisation immédiatement.</p> <p>Injectables (DMPA, NET-EN): peut commencer l'utilisation immédiatement.</p> <p>Contraceptifs oraux (combinés ou à seuls progestatifs): peut commencer l'utilisation immédiatement.</p> <p>Condoms (féminins/masculins): peut utiliser dès la reprise de l'activité sexuelle.</p> <p>Mousses, gelées, tablettes, éponges ou films spermicides: peut utiliser dès la reprise de l'activité sexuelle (peut utiliser avec une perforation utérine sans complications).</p> <p>Diaphragme ou cape cervicale: peut utiliser dès la reprise de l'activité sexuelle (peut utiliser avec une perforation utérine sans complications).</p>
<p>Saignements graves (hémorragie) et grave anémie connexe (Hb < 7 g/dl ou Hct < 20)</p>	<p>Stérilisation féminine volontaire: ne pas exécuter la procédure tant que la cause de l'hémorragie ou de l'anémie n'est pas résolue.</p> <p>Pilule à seuls progestatifs: utiliser avec prudence jusqu'à ce que l'anémie aiguë s'améliore.</p> <p>Implants Norplant: retarder l'insertion jusqu'à ce que l'anémie aiguë s'améliore.</p> <p>Injectables (DMPA, NET-EN): attendre jusqu'à ce que l'anémie aiguë s'améliore.</p> <p>DIU (inerte ou au cuivre): attendre d'insérer jusqu'à ce que l'anémie aiguë s'améliore.</p>	<p>DIU (libérant de la progestérone): peut être utilisé avec anémie grave (diminue les pertes de sang menstruelles).</p> <p>Contraceptifs oraux: peut commencer l'utilisation immédiatement (bénéfiques si l'hémoglobine est faible).*</p> <p>Condoms (féminins/masculins): peut utiliser dès la reprise de l'activité sexuelle.</p> <p>Mousses, gelées, tablettes, éponges ou films spermicides: peut utiliser dès la reprise de l'activité sexuelle.</p> <p>Diaphragme ou cape cervicale: peut utiliser dès la reprise de l'activité sexuelle.</p> <p>* "Certains experts recommandent de commencer les COC exactement 1 semaine après l'avortement car il y a suggestion de légère augmentation des facteurs de coagulation, mesurable dans les premiers jours après un avortement du premier trimestre chez les femmes commençant immédiatement les COC. S'ils sont commencés après 1 semaine, les COC ne sont peut-être pas immédiatement efficaces car l'ovaire reprend le développement folliculaire dès 1 semaine après un avortement du premier trimestre."⁶</p>

Tableau 9-3 Directives pour l'utilisation de méthodes contraceptives par condition clinique (continué)		
Condition clinique	Précautions	Recommandations
Avortement incomplet du second trimestre	<p>Stérilisation féminine volontaire: on recommande d'attendre jusqu'à ce que l'utérus reprenne la taille d'avant la grossesse (4 à 6 semaines). Si ce n'est pas possible, utiliser la technique minilap.</p> <p>DIU: la taille de l'utérus exige que la procédure soit effectuée par un prestataire compétent et expérimenté pour un placement tout au fond de l'utérus. Si ce n'est pas possible, attendre 4 à 6 semaines avant l'insertion.</p> <p>Diaphragme ou cape cervicale: devraient être réajustés lorsque l'utérus reprend la taille d'avant la grossesse (4 à 6 semaines).</p>	<p>Implants Norplant: peut commencer l'utilisation immédiatement.</p> <p>Injectables (DMPA, NET-EN): peut commencer l'utilisation immédiatement.</p> <p>Contraceptifs oraux (combinés ou à seuls progestatifs): peut commencer l'utilisation immédiatement.</p> <p>Condoms (féminins/masculins): peut utiliser dès la reprise de l'activité sexuelle.</p> <p>Mousses, gelées, tablettes, éponges ou films spermicides: peut utiliser dès la reprise de l'activité sexuelle.</p>

Source: Blumenthal et McIntosh, 1995; Leonard et Ladipo, 1994.^{1,2}

Vu que peu de recherche existe sur l'utilisation de la contraception après des complications telles que graves saignements, infection ou perforation utérine, le choix du contraceptif adéquat dépendra surtout de la gravité et de l'issue de ces complications.

Enfin, lors du counseling des femmes sur les méthodes de contraception postavortement, il faudrait évaluer le risque qu'elles courent de contracter des ITG sexuellement transmissibles ou d'autres MST surtout l'hépatite B et le VIH/SIDA. Il convient d'indiquer à toutes les femmes que les seules méthodes contraceptives qui fournissent une protection contre les ITG et autres MST sont les condoms masculins et féminins et, dans une moindre mesure, les spermicides. Combinées à des méthodes contraceptives plus efficaces, ces méthodes peuvent diminuer très nettement le risque, tant d'une grossesse non souhaitée, que d'une MST.

Contraception après complications postavortement

Les femmes qui ont été traitées pour des complications postavortement pourraient avoir des conditions médicales qui affecteront le choix d'une méthode contraceptive donnée. Le **Tableau 9-4** présente un certain nombre d'éléments dont il faudra tenir compte lors du choix d'une méthode contraceptive.

Tableau 9-4
Directives pour le choix de contraception par méthode

Méthode	Moment après l'avortement incomplet	Avantages	Remarques
Méthodes barrières non ajustées (condoms masculins/ féminins en latex et vinyle, éponges et suppositoires vaginaux [tablettes de mousse, gelées ou films])	Utilisation peut commencer dès la reprise de l'activité sexuelle.	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de risque de santé liés à la méthode • Peu chères • Bonnes méthodes intérimaires s'il faut retarder le démarrage d'une autre méthode • Pas besoin de supervision médicale • Condoms (latex et vinyle) offrent une protection contre les ITG et autres MST (VHB et VIH/SIDA) • Peuvent être arrêtées facilement • Efficaces immédiatement 	<ul style="list-style-type: none"> • Moins efficaces que le DIU ou les méthodes hormonales • Doivent être utilisées lors de chaque épisode sexuel • Demandent une motivation continue • Le réapprovisionnement doit être disponible • Peut interférer avec le rapport sexuel
Méthodes barrières ajustées utilisées avec spermicides (diaphragme ou cape cervicale utilisés avec mousse ou gelée)	<p>Le diaphragme peut être ajusté immédiatement après l'avortement incomplet du premier trimestre; après l'avortement incomplet du second trimestre, l'ajustement doit être remis jusqu'à ce que l'utérus reprenne la taille d'avant la grossesse (4 à 6 semaines).</p> <p>Attendre d'ajuster la cape cervicale jusqu'à ce que le saignement se soit arrêté et que l'utérus ait repris la taille d'avant la grossesse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de risques de santé liés à la méthode • Peu chères • Pas besoin de supervision médicale • Une certaine protection contre les ITG et autres MST (VHB et VIH/SIDA) • Peuvent être arrêtées facilement • Efficaces immédiatement 	<ul style="list-style-type: none"> • Moins efficaces que le DIU ou les méthodes hormonales • Doivent être utilisées lors de chaque épisode sexuel • Demandent une motivation continue • Le réapprovisionnement doit être disponible • Associées à des infections du tractus urinaire chez certaines utilisatrices • Doivent être ajustées par un prestataire de services formé
Contraceptifs oraux (combinés et à seuls progestatifs)	L'utilisation de la pilule peut commencer immédiatement, de préférence le jour du traitement.	<ul style="list-style-type: none"> • Très efficaces • Peuvent être commencés immédiatement, même en présence d'infection • Peuvent être fournis par des non-médecins • N'interfèrent pas avec le rapport sexuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Demandent motivation continue et utilisation quotidienne • Le réapprovisionnement doit être disponible • L'efficacité peut être diminuée avec l'utilisation à long terme de certains médicaments (par exemple, rifampicine, dilantine et griséofulvine) • Les condoms sont recommandés en cas de risque d'ITG et autres MST (VHB et VIH/SIDA)

Tableau 9-4
Directives pour le choix de contraception par méthode (continué)

Méthode	Moment après l'avortement incomplet	Avantages	Remarques
Injectables (DMPA, NET-EN)	Peuvent être donnés immédiatement après l'avortement incomplet du premier ou du second trimestre. Peuvent convenir si une femme décide d'attendre pour choisir une méthode à long terme.	<ul style="list-style-type: none"> • Très efficaces • Peuvent être commencés immédiatement, même en présence d'infection • Peuvent être fournis par un non-médecin • N'interfèrent pas avec le rapport sexuel • Ne dépendent pas de l'utilisatrice (sauf pour une injection tous les 2 ou 3 mois) • La cliente n'a pas besoin de fournitures 	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent entraîner des saignements irréguliers, spécialement de l'aménorrhée; des saignements excessifs se présentent dans de rares cas • Retard dans le retour de la fécondité • requiert des injections tous les 2 ou 3 mois • Condoms recommandés en cas de risque d'ITG et autres MST (VHB et VIH/SIDA)
Implants à seuls progestatifs (Implants Norplant)	Peuvent être donnés immédiatement après un avortement incomplet. Si l'on ne peut pas garantir un counseling adéquat et une prise de décision informée, l'insertion doit être remise à plus tard et l'on donnera une méthode intérimaire. Ne doivent pas être insérés tant que l'hémorragie n'est pas contrôlée.	<ul style="list-style-type: none"> • Très efficaces • Contraception à long terme (les implants sont efficaces pendant 5 ans) • Retour immédiat de la fécondité au moment du retrait • N'interfèrent pas avec le rapport sexuel • La cliente n'a pas besoin de fournitures 	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent causer des saignements irréguliers (surtout des saignements) ou de l'aménorrhée • Prestataire formé nécessaire pour l'insertion et le retrait • L'efficacité/coût dépend de l'utilisation à long terme • Condoms recommandés en cas de risque d'ITG et autres MST (VHB et VIH/SIDA)
DIU	Retarder l'insertion jusqu'à ce que la blessure grave soit guérie, que l'hémorragie soit contrôlée ou que l'anémie grave s'améliore. Retarder l'insertion jusqu'à ce que l'infection soit résolue (3 mois) Premier trimestre: On peut insérer un DIU si le risque ou la présence d'infection peut être éliminé. Si l'on ne peut pas garantir un counseling et une prise de décision adéquats, retarder l'insertion à plus tard et fournir une méthode temporaire intérimaire. Second trimestre: Attendre pendant 6 semaines à moins qu'on ne dispose du matériel et de l'expertise nécessaires pour une insertion suivant immédiatement l'avortement.	<ul style="list-style-type: none"> • Très efficace • Contraception à long terme • Retour immédiat de la fécondité après le retrait • N'interfère pas avec le rapport sexuel • La cliente n'a pas besoin de fournitures • Il suffit de vérifier la présence des fils tous les mois (fait par la cliente) • Une seule visite de suivi à moins qu'il n'y ait des problèmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut augmenter le saignement menstruel et les crampes pendant les premiers mois • Il peut y avoir perforation de l'utérus pendant l'insertion • Peut augmenter le risque de MIP et d'infécondité subséquente pour les femmes à risque pour les ITG et autres MST (VHB et VIH/SIDA) • Prestataire formé nécessaire pour l'insertion et le retrait

Tableau 9-4
Directives pour le choix de contraception par méthode (continué)

Méthode	Moment après l'avortement incomplet	Avantages	Remarques
Stérilisation féminine volontaire (SV)	<p>La SV après un avortement du premier trimestre est analogue à une procédure à intervalle; après un avortement du second trimestre, elle est davantage analogue à une procédure post-partum.</p> <p>En principe, les procédures SV peuvent généralement être effectuées immédiatement après le traitement des complications postavortement à moins qu'il n'y ait infection ou graves pertes de sang.</p> <p>Ne pas effectuer tant que l'infection n'est pas entièrement résolue (3 mois) ou que la blessure n'est pas guérie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Méthode permanente • Méthode féminine la plus efficace • Une fois exécutée, plus besoin de rien faire • N'interfère pas avec le rapport sexuel • Pas de changement dans la fonction sexuelle • Pas d'effets secondaires à long terme • Efficace immédiatement 	<ul style="list-style-type: none"> • Counseling adéquat et consentement entièrement informé sont nécessaires avant les procédures SV; souvent cela n'est pas possible au moment de soins d'urgence. • Léger risque de complications chirurgicales • Demande personnel formé et matériel approprié • Condoms recommandés en cas de risque d'ITG et autres MST (VHB et VIH/SIDA)
Planification familiale naturelle	<p>Pas recommandée pour l'utilisation immédiate après l'avortement. Il sera difficile de prédire la première ovulation après un avortement et la méthode n'est pas fiable tant que le mode menstruel n'est pas revenu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de coût lié à la méthode 	<ul style="list-style-type: none"> • N'est pas fiable immédiatement après l'avortement • D'autres méthodes sont recommandées à moins que le cycle normal ne soit revenu • Demande beaucoup d'instructions et de counseling • Condoms recommandés en cas de risque d'ITG et autres MST (VHB et VIH/SIDA) • Demande une motivation continue et une bonne connaissance du mode d'emploi de la méthode par la femme et son partenaire

Adapté de: Blumenthal et McIntosh, 1995; Benson et al, 1992.^{2,7}

Capacités de prestation de services

La capacité d'une femme à utiliser efficacement une méthode se fonde notamment sur les ressources de la communauté dans laquelle elle vit. Pour assurer une continuité des soins, les prestataires sanitaires doivent envisager les besoins des femmes en planification familiale par rapport au système général de soins de santé. Si une femme s'est déplacée loin de chez elle pour le traitement des complications postavortement, les

prestataires de la planification familiale doivent savoir quels sont les services auxquels elle aura accès lorsqu'elle rentrera chez elle pour l'aider à choisir une méthode appropriée. S'il n'est pas possible d'apporter sur place counseling ou prestations de méthodes, il faut orienter la femme vers le prestataire de ces services dans sa communauté. Le **Tableau 9-5** récapitule les facteurs dont on tiendra compte en évaluant les capacités locales de prestations de services de planification familiale.

Tableau 9-5 Capacité locale de prestation de services		
Capacité de l'établissement, du prestataire et de la communauté	Aspects à envisager	Recommandations
Possibilités, espace et conseils privés pour le counseling	<p>Les services d'urgence peuvent être trop affairés et mouvementés pour assurer le caractère privé et le choix informé.</p> <p>Ne pas donner de méthodes permanentes ou durables (par exemple, implants Norplant ou injectables) sans counseling adéquat et l'assurance que la cliente a été en mesure de prendre une décision bien pesée et non influencée par le stress, la douleur ou d'autres facteurs.</p>	<p>Arranger l'espace et le moment pour un counseling privé.</p> <p>Si un counseling adéquat n'est pas possible, offrir des méthodes temporaires et aiguiller la cliente pour un counseling supplémentaire concernant d'autres méthodes.</p>
Choix de méthodes contraceptives	Ne pas limiter la gamme de méthodes offertes. Limiter la disponibilité de méthodes empêchera certaines femmes d'avoir accès à leur méthode préférée	Offrir toute une gamme de méthodes. Diminuer les préjugés des prestataires pour ou contre des méthodes particulières en les éduquant sur l'utilisation appropriée de toutes les méthodes.
Liens avec les ressources de planification familiale dans la communauté	Envisager l'accès qu'a une femme à des soins de suivi et au réapprovisionnement lorsqu'on recommande les méthodes.	<p>Vérifier que les conseillers et les prestataires connaissent les ressources de planification familiale dans l'ensemble de la zone desservie.</p> <p>Mettre en place des liens d'aiguillage entre les ressources de planification familiale ou entre soins postavortement et services de planification familiale.</p>

Source: Leonard et Ladipo, 1994.¹

Les méthodes de planification familiale qui dépendent des prestataires ne sont peut-être pas le meilleur choix pour des femmes qui ont peu voire aucun accès aux soins continus, les femmes qui ont peu d'accès pour se réapprovisionner en condoms et pilules n'ont peut-être guère le choix et **devront** opter pour des méthodes qui ne demandent pas de réapprovi-

sionnement. Les prestataires doivent aider les clientes à réfléchir à des questions telles que l'aspect pratique ou le réapprovisionnement, et où elles peuvent se rendre si elles ont des problèmes après avoir obtenu des méthodes à long terme ou permanentes.

Les prestataires doivent être particulièrement conscients du coût des méthodes contraceptives. C'est un des grands principes limitant l'utilisation de la planification familiale. Des coûts élevés pour les services et les méthodes peuvent empêcher certaines femmes d'avoir accès aux contraceptifs et influencer énormément leur capacité et leur volonté de continuer à les utiliser.

REFERENCES

1. Leonard AH et Ladipo OA: Post-Abortion Family Planning: Factors in Individual Choice of Contraceptive Methods. *Advances in Abortion Care* 4(2), 1994.
2. Blumenthal P et McIntosh N: *Guide de poche à l'intention des prestataires de services de planification familiale*. Baltimore, Maryland, Corporation JHPIEGO, 1995.
3. Wolf M et Benson J: Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Report of a Bellagio Technical Working Group. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 45(Suppl): S3-S23, 1994.
4. Organisation mondiale de la Santé: *Implants contraceptifs sous-cutanés Norplant. Directives concernant les aspects techniques et gestionnaires. (Norplant Contraceptive Subdermal Implants: Managerial and Technical Guidelines)*. Genève, OMS, 1990.
5. Lettenmaier C et Gallen M: Why Counseling Counts. *Population Reports Series J*(36), 1987.
6. Groupe des Directives techniques: *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting*, Vol 1. Chapel Hill, North Carolina, Program for International Training in Health, 1994.
7. Benson J et al: *Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning; Framing the Questions*. Carrboro, North Carolina, IPAS, 1992.

ORGANISER ET GERER LES SERVICES[†]

GENERALITES Si l'on veut qu'ils préviennent efficacement la mortalité postavortement, les soins d'urgence postavortement doivent être largement accessibles 24 heures sur 24 sur l'ensemble du système sanitaire pour toutes les femmes. Mais généralement les établissements sanitaires et les prestataires médicaux formés se trouvent surtout dans les villes, laissant les zones rurales ou reculées, dans lesquelles vit la plus grande partie de la population mondiale, soit non desservies, soit peu desservies. Pour améliorer l'accessibilité des soins postavortement, les services de santé devraient comprendre:

- Prestation de soins au niveau le plus faible qui dispose du personnel formé et de l'équipement approprié pour fournir des soins sûrs (voir **Tableau 1-1**)
- Réseaux et pratiques d'aiguillage efficaces
- Transport adéquat entre les niveaux de soins
- Coordination entre les unités au sein d'établissements d'aiguillage plus grands

A l'exception de cas avec graves complications, la plupart des soins d'urgence postavortement peuvent être fournis de manière appropriée dans les locaux existants et avec très peu de matériel spécialisé.

La prestation de soins postavortement au niveau le plus faible possible apporte aux femmes des soins qui sont plus proches de leur domicile. En diminuant le temps passé à se rendre dans l'établissement et à attendre pour des soins d'urgence, on supprime un obstacle majeur rencontré par un grand nombre de femmes pour obtenir les soins.¹

C'est au manager que revient la responsabilité de vérifier que les établissements et le matériel ne deviennent pas des barrières à la prestation de soins postavortement les plus sûrs possible, au niveau le plus faible dans le système de soins de santé. Dans la plupart des cas, de petits changements dans les locaux existants, des changements dans la circulation des patients ou l'acquisition de matériel nouveau à un niveau minimal peuvent améliorer l'innocuité et l'efficacité des soins postavortement et

[†] Adapté de: Organisation mondiale de la Santé: *Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment*. Genève, OMS, 1994.

permettront de fournir plus de services. De tels changements mineurs peuvent augmenter de beaucoup le nombre de points de services pour les soins d'urgence postavortement.

ETABLISSEMENTS POUR LES SOINS D'URGENCE POSTAVORTEMENT

Jusqu'à la fin du premier trimestre de la grossesse, des soins d'urgence peuvent être fournis pour des avortements incomplets sans complications au niveau primaire ou premier niveau d'aiguillage² car généralement, on n'a pas besoin de matériel médical sophistiqué, de personnel spécialisé, ni de salles d'opération. Les soins peuvent généralement être donnés dans le cadre des consultations externes de la salle d'urgence. L'AMIU peut être faite par un personnel formé dans une simple salle de traitement et, généralement, la patiente pourra rentrer chez elle après un bref temps de récupération.

Les soins pour l'avortement incomplet au-delà du premier trimestre et pour les complications graves devraient être fournis dans un contexte disposant de locaux plus spécialisés et de personnel plus qualifié. Une salle d'opération avec tout le matériel qu'il faut n'est pas nécessaire à moins qu'on ne prévoie une laparotomie ou qu'une anesthésie générale ne soit requise. L'hospitalisation est souvent nécessaire mais un grand nombre de services fournissent des soins d'urgence pour avortement incomplet du second trimestre sans complications dans le cadre des consultations externes.

On cherchera dans la mesure du possible à fournir les soins cliniques et le counseling dans un contexte privé. Dans certains établissements, une pièce séparée sera peut-être disponible pour le traitement ou pour le counseling et la récupération, mais cela n'est pas nécessaire. On peut apporter ce caractère privé en mettant un paravent autour d'un lit, un lit pliant ou un divan dans une unité de consultation externe ou une salle d'urgence.

Le **Chapitre 1** décrit les locaux nécessaires pour les soins d'avortement par niveau de système sanitaire en fonction de la composition typique du personnel et des éléments de soins qui peuvent être fournis à chaque niveau (voir **Tableau 1-1**).

SYSTEMES D'AIGUILLAGE

Si la majorité des soins d'urgence postavortement peuvent être fournis aux niveaux inférieurs dans tout système sanitaire, les complications graves, par contre, demandent un accès facile à des sites d'aiguillage préarrangés. Communication rapide, prise de décision et transfert de l'information sur la patiente entre les unités concernées sont des éléments importants de tout système d'aiguillage.

Des indications pour l'aiguillage devraient être données clairement dans les protocoles de services écrits et revues régulièrement pour être sûr qu'elles sont toujours pertinentes. De plus, les arrangements d'aiguillage pour chaque niveau de soins d'urgence devraient être communiqués à tout le personnel concerné pour qu'il les mette en œuvre tel que nécessaire.

Questions de transport

Les hémorragies, chocs, et urgences médicales pouvant mettre la vie de la patiente en danger peuvent arriver n'importe où et un transport immédiat peut sauver un grand nombre de vies, surtout celles de femmes qui ont des complications graves et qui vivent dans des zones reculées. Dans les petits centres sans services rapides d'ambulance, le transfert d'urgence demandera ingéniosité et planification. Il est important que les responsables envisagent tous les moyens de transport disponibles localement: police, armée, services de vulgarisation agricole, institutions publiques, organisations de protection civique, organisations locales non gouvernementales, par exemple églises et missions, et particuliers sont autant de ressources communautaires pour le transport.

Tous les canaux de communication disponibles localement peuvent être utilisés pour demander des moyens de transport vers les établissements d'aiguillage.³ Des ressources communautaires telles les radios à ondes courtes ou les téléphones peuvent soutenir les canaux de communication disponibles dans l'établissement sanitaire. Lorsque des services à l'extérieur du système sanitaire sont inclus aux protocoles de transport, le responsable du programme devra prendre les dispositions nécessaires pour l'emploi de ces services et vérifier qu'on ne perd pas de temps à prendre ces arrangements lorsque des urgences surviennent. Ces protocoles et arrangements devraient être évalués périodiquement et mis à jour par les représentants. Tout changement doit être communiqué à tout le personnel pour éviter des difficultés imprévues lors de situations d'urgence.

SOINS EN CONSULTATIONS EXTERNES ET EN SALLE D'URGENCE

Dans la plupart des cas, les soins d'urgence postavortement peuvent et devraient être fournis dans le cadre des consultations externes dans la salle d'urgence avec un emploi minimal d'anesthésie. Pour cela, il faut un personnel formé adéquatement et un matériel adéquat qui généralement est disponible au premier niveau d'aiguillage ou au niveau primaire. Les soins d'urgence doivent être disponibles 24 heures par jour. Sortir les soins du cadre de la salle d'opération et les ramener dans les salles de traitement au premier niveau d'aiguillage et au niveau primaire représente un avantage majeur pour tout hôpital ou clinique et pour les femmes servies. Voici certains des avan-

tages liés à la prestation de soins d'avortement aux niveaux inférieurs du système de santé dans le cadre des consultations externes:

- Accès élargi aux services grâce à la prestation des soins postavortement comme un service de consultation externe et traitement de certaines femmes dans les établissements à plus faible niveau, qui autrement auraient été aiguillées vers le niveau supérieur
- Traitement plus rapide grâce à l'emploi moindre de lits d'hôpital et de salles d'opération
- Traitement en temps plus opportun puisqu'on élimine le temps de transport et le temps d'attente pour l'aiguillage et/ou les procédures d'admission hospitalière
- Plus grande disponibilité des salles d'opération et du personnel pour d'autres procédures
- Nombre moindre de cas qui doivent être aiguillés vers les niveaux secondaires ou tertiaires permettant à ces centres de se concentrer sur des soins demandant les ressources supplémentaires disponibles uniquement au niveau le plus élevé du système de soins de santé

CONSIDERATIONS SUR LE NOMBRE DE PATIENTES

Lorsqu'on planifie des soins d'urgence postavortement, il est important de savoir quel est le nombre actuel de patientes et quel sera probablement ce nombre à l'avenir. On peut déterminer le nombre actuel en revoyant les dossiers des hôpitaux et des centres de santé sur le nombre de femmes traitées par le passé. Les problèmes tenant à un nombre élevé seront évidents aux yeux du responsable. Par exemple, le couloir est rempli de femmes qui attendent le traitement, l'attente pour le traitement est longue ou le taux d'occupation des lits peut être trop élevé. Autant d'indications d'un nombre de patientes particulièrement élevé ou d'une mauvaise circulation des patientes (voir ci-dessous).

Les responsables devraient suivre fréquemment le nombre actuel de cas et faire attention à tout développement pouvant influencer le nombre de cas prévu. Au titre des facteurs qui peuvent faire varier le nombre de cas, on note les changements dans l'accès à la contraception, les changements dans la distribution de la population, les efforts faits pour encourager des groupes particuliers à consulter (par exemple, les adolescents), des changements dans la structure du système de santé ou le

réseau d'aiguillage, la réaffectation du personnel, la construction d'autres établissements sanitaires dans la communauté, l'introduction de services analogues dans la même zone desservie, et des changements dans les lois sur l'avortement.

Circulation des patientes

Des systèmes efficaces de gestion de la circulation des patientes au sein d'un établissement permettent de s'assurer que, quels que soient les changements dans le nombre de cas, les femmes reçoivent les soins en séquence logique et sans retards inutiles. Les responsables peuvent souvent améliorer de beaucoup la qualité des soins en organisant plus efficacement les ressources existantes. Voici trois questions d'importance critique que doivent se poser les responsables pour améliorer la circulation des patientes:

- Quelles sont les activités qui doivent être exécutées dans une zone particulière et dans quel ordre?
- Où et pourquoi y a-t-il encombrement?
- Comment peut-on modifier l'utilisation de l'espace et du personnel pour augmenter l'efficacité des activités et mieux desservir les patientes?

Voici des exemples montrant comment on peut rendre la circulation des patientes plus efficace: effectuer l'AMIU dans la salle d'urgence plutôt que d'envoyer les patientes vers le service gynécologique, traiter un plus grand nombre de cas en consultations externes et utiliser les salles de traitement plutôt que les salles d'opération.

Il est difficile dans une salle d'urgence d'utiliser l'espace et le personnel de sorte à encourager une bonne circulation des patientes et à minimiser les retards. En effet, il n'est pas possible de prévoir à l'avance le nombre de patientes qui se présenteront pour les soins d'urgence postavortement. Aussi, le responsable doit-il tenir compte des variations possibles dans le nombre de cas et veiller à une prestation de services 24 heures sur 24.

Coordination au sein des établissements

La coordination des services fournis au sein d'un établissement est un aspect important de l'amélioration des soins postavortement. C'est aux responsables de l'établissement de veiller à la création et au bon fonctionnement de liens entre les unités fournissant tous les éléments des soins postavortement. Le concept "inreach" d'assurer que tout le personnel d'un établissement est renseigné sur les besoins des femmes et sur quand et où il faut les aiguiller, peut aider et soutenir ces liens formels.

Si les unités ne sont pas bien coordonnées, un grand nombre de femmes ne recevront pas les soins dont elles ont besoin même si des protocoles officiels spécifient des soins adéquats et complets. Par exemple, une femme avec un avortement incomplet peut être traitée dans la salle d'urgence mais ne jamais recevoir de services de planification familiale à moins qu'il n'existe des liens entre les départements, soit pour dispenser ces services dans la salle d'urgence, soit pour orienter régulièrement vers les services ou le centre de planification familiale.

Les responsables de certains centres d'aiguillage de soins secondaires et tertiaires en particulier, doivent envisager les unités au sein de l'hôpital fournissant des soins postavortement et revoir les liens de communication qui existent entre ces unités. Voici les unités qu'il faut coordonner:

- Salle d'urgence
- Départements d'obstétrique/gynécologie et de soins infirmiers
- Salle d'opération
- Service de planification familiale
- Service de consultations externes
- Unité d'assistance sociale
- Services centraux de stérilisation du matériel
- Unités de pharmacie et de matériel
- Unités des dossiers médicaux
- Laboratoire central

Une communication et des liens inadéquats dans les points de services individuels peuvent limiter l'accès à des services de haute qualité.

**Matériel et médicaments
pour les soins d'urgence
postavortement**

Des soins postavortement de qualité pour avortement incomplet ne demandent pas du matériel et des médicaments trop spécialisés (voir **Annexe F** et **G**). Le responsable doit se soucier de la logistique pour obtenir le matériel et les fournitures nécessaires, vérifier qu'ils sont disponibles au moment et à l'endroit où les services sont fournis et superviser l'entretien du matériel. Il doit tenir compte de l'investissement initial dans le matériel, des

dépenses renouvelables pour les fournitures jetables et des économies pouvant être faites en prévenant les complications graves. Voici certains des aspects importants dont on tiendra compte concernant l'achat, la fourniture et l'entretien du matériel:

- Quel est le statut actuel des services de soins d'urgence postavortement et quel est le matériel dont on dispose?
- De quel type de matériel et de fournitures a-t-on besoin?
- Quelle est la quantité de matériel et de fournitures dont on a besoin?
- Quelles sont les questions de contrôle de stock?
- Quelles sont les protocoles et procédures nécessaires pour gérer la logistique liées à l'obtention et à l'entretien du matériel?

Ces questions et des réponses au niveau gestion pour chacune d'entr'elles sont regroupées, par aspect, ci-après aux fins de discussion.

Statut actuel et ressources existantes pour les soins postavortement

Le matériel dont on a besoin pour le traitement de l'avortement incomplet et sans complications n'est pas un matériel sophistiqué et la plupart des articles font partie du stock existant des établissements de soins primaires et des établissements de premier niveau d'aiguillage. De même, le matériel nécessaire pour le traitement des complications graves devrait être disponible dans les établissements qui fournissent une chirurgie générale et/ou gynécologique.

Dans certains cas, le responsable pourra adapter les locaux ou les procédures actuels pour prêter des soins postavortement plus efficaces ou plus diversifiés (par exemple, établir une salle de traitement pour les consultations externes). Dans ce contexte, il faudra peut-être de l'équipement et des fournitures supplémentaires pour créer de nouvelles zones de traitement. Dans d'autres cas, ce n'est que l'adjonction de quelques pièces de matériel simple, par exemple, une lampe ou une table d'examen, qui est nécessaire.

Dans tout contexte, il faut faire particulièrement attention pour s'assurer que la zone de procédure est bien stockée en fournitures fongibles afin d'éviter toute interruption dans les soins.

Type de matériel et de fournitures nécessaires

Le **Chapitre 6** ainsi que les **Annexes F et G** présentent la liste du matériel et des médicaments nécessaires pour les soins postavortement. Tous les établissements doivent avoir de manière facilement disponible des fournitures pour la réanimation ainsi que des médicaments pour contrôler les saignements. Un stock suffisant de ces fournitures doit être gardé pour répondre aux besoins d'urgence et le stock doit être réapprovisionné rapide-ment après l'utilisation.

Lorsqu'on a le choix, il convient de soupeser attentivement les coûts et avantages liés aux produits jetables (ceux qu'on jette après utilisation) et aux articles non jetables (ceux traités avant la réutilisation). Généralement, les articles jetables sont plus chers. Vu qu'il faut passer une commande régulièrement, ces objets peuvent également être exposés aux ruptures de stock et problèmes au niveau de l'approvisionnement. En outre, ces objets doivent être éliminés en s'entourant des mesures standards de prévention des infections (même les articles jetables devraient être décontaminés si possible avant d'être jetés) (voir **Chapitre 4**).

Lorsqu'on utilise des objets et du matériel non jetables, il faut donner une formation au personnel pour lui apprendre à décontaminer, nettoyer, traiter et entretenir correctement le matériel. Le personnel doit également recevoir une supervision régulière concernant ces tâches. Il faudra encourir les coûts d'achat des réactifs nécessaires pour la stérilisation ou la désinfection de haut niveau. Avec les objets non jetables, il faudra faire particulièrement attention d'adhérer aux pratiques recommandées de prévention des infections (voir **Chapitres 4 et 8**). Ces objets peuvent être plus chers initialement. Le responsable soupèsera ces facteurs avant d'opter pour l'emploi d'objets jetables ou non jetables.

Certains aspects des soins postavortement, par exemple le traitement des instruments ou les tests de laboratoire, peuvent être effectués de manière centralisée dans des établissements plus grands au premier niveau d'aiguillage et au-delà. Dans ces cas, le responsable du service n'aura peut-être pas besoin de prendre des dispositions pour le matériel et les fournitures liés à ces activités.

Le type de matériel utilisé peut également être influencé par d'autres facteurs tels que la disponibilité et la fiabilité du courant électrique. Si l'électricité est disponible mais non fiable et si l'on utilise du matériel électrique, il faudra acheter et garder en bon état de fonctionnement un groupe électrogène ou du matériel manuel en cas de panne. Dans de nombreux cas, il est bon

d'avoir du matériel non électrique pour d'autres raisons. Il faut également tenir compte de la complexité du matériel et de la disponibilité des pièces de rechange et des services de réparation lorsqu'on détermine le type de matériel qu'on veut acheter.

Quantité de matériel et de fournitures nécessaires

Ce sont les estimations du nombre de clients prévu ainsi que du suivi régulier des services qui déterminent la quantité de matériel et de fournitures nécessaires. Un stock adéquat de matériel doit être disponible dans le service à toute heure où les services sont fournis. Si le matériel et les instruments sont traités centralement et non au sein du service où ils sont utilisés, il est particulièrement important d'avoir un stock suffisant et de disposer de matériel stérilisé dans la zone de traitement chaque fois qu'on en a besoin.

Contrôle de stock et entretien

Le contrôle de stock et l'entretien du matériel sont des aspects essentiels pour être sûr que les services ne seront pas interrompus parce que du matériel est perdu ou cassé ou parce qu'on a rupture de stock. Lorsqu'on planifie un système de contrôle de stock et d'entretien, voici certains des aspects dont doit tenir compte le responsable:

- Quantité et type de matériel et de fournitures qu'il faut garder en stock
- Locaux d'entreposage suffisants
- Suivi des niveaux de stock
- Re-commande des stocks
- Sécurité des stocks
- Rotation des stocks selon la formule "premiers expirés, premiers sortis" (C'est-à-dire que les articles les plus anciens ou ceux achetés en premier devraient être utilisés en premier)
- Processus d'approvisionnement au sein de l'institution pour tous les endroits de prestation (par exemple, on peut avoir des salles de procédures à la fois dans la salle d'urgence et dans le service de gynécologie)
- Processus d'approvisionnement entre les établissements dans le cas des systèmes contrôlés au niveau central (par exemple, traitement des instruments)

- Entretien routinier du matériel
- Réparation du matériel
- Suivi de l'entretien du matériel et logistique de l'approvisionnement

L'emplacement (urbain ou rural) de l'établissement qui dispense les soins postavortement influence tant la bonne disponibilité des fournitures et matériel que le temps nécessaire pour passer les commandes et recevoir les articles jetables. Par exemple, si un hôpital se trouve à 2 jours de déplacement du fournisseur le plus proche d'articles essentiels et si les communications et les transports ne sont pas fiables, le responsable devra prévoir quelques semaines entre la commande et la réception des produits pour être sûr de les recevoir en temps opportun. Des systèmes doivent être mis en place pour suivre le stock de fournitures et éviter les ruptures de stock.

Le responsable doit également tenir compte des questions liées au système de livraison qui sera utilisé pour les futures fournitures. Si le matériel est livré par une organisation de l'extérieur, un membre du personnel doit être responsable de la tenue des dossiers concernant les articles commandés et reçus. S'il faut aller chercher les fournitures, il faut en confier la responsabilité à un membre du personnel et lui donner des moyens de transport suffisants et les moyens de payer pour les fournitures.

Il convient de faire attention à la sécurité des fournitures et à l'adéquation de l'entreposage. Par exemple, il faut vérifier les dates de péremption des médicaments et s'assurer des bonnes conditions et d'humidité pour l'entreposage des médicaments et des autres fournitures délicates. De plus, des mesures de sécurité doivent être prises pour éviter les vols de matériel.

Les responsables de programmes doivent vérifier que les responsabilités sont confiées aux membres du personnel pour toutes les tâches susmentionnées. Peut-être faudra-t-il une formation spéciale pour l'entretien et la réparation du matériel chirurgical et autre matériel mécanique. Dans ce cas, une formation devra être arrangée et les stagiaires devront être suivis régulièrement pour être sûrs qu'ils appliquent les compétences apprises.

**Protocoles et procédures
concernant le matériel et
les fournitures**

Les responsables des soins postavortement doivent vérifier l'existence et le respect des protocoles et procédures pour l'entreposage et la manutention de tout le matériel et fournitures

médicales. Chaque institution doit se donner des protocoles écrits pour l'entretien routinier du matériel et des critères pour le suivi et l'évaluation de chacune des questions suivantes:

- Liste approuvée des fournitures médicales qu'il faudra commander
- Contrôle des stocks, y compris dossiers sur les stocks reçus, distribués ou éliminés
- Rotation des produits en utilisant le système "premier expiré, premier sorti" (ceci est particulièrement important pour le matériel ayant des dates de péremption)
- Procédures d'entreposage et de manutention, sécurité et élimination avec les conditions de prudence qui s'imposent pour tous les articles jetables (à usage unique), par exemple les aiguilles et les seringues
- Entretien préventif
- Plan pour le fonctionnement continu en cas de panne ou de mauvais fonctionnement du matériel
- Nettoyage, stérilisation ou DHN et apposition de dates sur le matériel et les fournitures
- Instructions d'emballage et d'entreposage pour le matériel et les instruments stérilisés ou désinfectés à haut niveau
- Gestion du matériel et des fournitures contaminés

REFERENCES

1. Thaddeus S et Maine D: *Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context*. New York, Columbia University Center for Population and Family Health, 1990.
2. Organisation mondiale de la Santé: *Care of Mother and Baby at the Health Centre: A Practical Guide*. Genève, OMS, 1994.
3. Herz B et Measham A: *The Safe Motherhood Initiative: Proposal for Action*. Documents de discussion de la Banque mondiale No. 9, Washington, D.C., 1987.

REFERENCES GENERALES

Armstrong S: Labour and Death. *New Scientist*, 50-55, 30 mars 1990.

Centers for Disease Control: *Logistics Guidelines for Family Planning Programs*. Atlanta, Georgia, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Division of Reproductive Health, 1987.

John Snow, Inc. et les Centers for Disease Control: *Family Planning Logistics Management Training Curriculum*. Arlington, Virginia, Projet Family Planning Logistics Management, John Snow, Inc., 1990.

Management Sciences for Health: *The Family Planning Manager's Handbook*. West Hartford, Connecticut, Kumarian Press, 1991.

Organisation mondiale de la Santé: *Les contraceptifs injectables: Leur rôle en planification familiale. (Injectable Contraceptives: Their Role in Family Planning Care)*. Genève, OMS, 1990.

Organisation mondiale de la Santé: *Implants contraceptifs sous-cutanés Norplant. Directives concernant les aspects techniques et gestionnaires. (Norplant Contraceptive Subdermal Implants: Managerial and Technical Guidelines)*. Genève, OMS, 1990.

Organisation mondiale de la Santé: *La Vasectomie: Guide à l'intention du technicien et du gestionnaire. (Technical and Managerial Guidelines for Vasectomy Services)*. Série des rapports techniques. Genève, OMS, 1988.

Organisation mondiale de la Santé: *Éléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours. (Essential Obstetric Functions at First Referral Level)*. FHE/86.4, OMS, Genève, 1986.

Organisation mondiale de la santé: *Strengthening of Supervisory Mechanisms in Maternal and Child Health/Family Planning Services*. Genève, OMS, 1985.

Organisation mondiale de la Santé: *L'avortement provoqué: guide pratique des soins et services requis. (Induced Abortion: Guidelines for the Provision of Care and Services)*. Offset Publication No. 49, OMS, Genève, 1979.

44

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS[†]

GENERALITES Toute femme qui a connu un avortement incomplet, surtout s'il est le résultat d'un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses, peut également souffrir d'une ou de plusieurs conditions graves: **état de choc, grave saignement vaginal, infection/septicémie** ou **lésion intra-abdominale** y compris perforation de l'utérus. En outre, ces conditions peuvent se présenter comme rares complications de la procédure AMIU.

Cette annexe donne les grandes lignes des diverses étapes du traitement de chaque condition; elles sont discutées séparément aux fins de clarté bien qu'il faille peut-être démarrer le traitement de plus d'une condition en même temps. En outre, vu le nombre de questions dont il faut tenir compte en donnant des soins d'urgence postavortement, l'**Annexe B** décrit les principes généraux des soins de manière plus approfondie.

ETAT DE CHOC L'état de choc est une condition pouvant être mortelle qui exige un traitement immédiat et intensif pour sauver la vie de la patiente. L'état de choc est la perte de l'apport d'oxygène et de sang dans les tissus suite à une insuffisance du système circulatoire. Il peut être due à de nombreuses causes; mais dans le cas de l'avortement incomplet, l'état de choc est généralement dû à une perte de sang (hémorragie), à une infection/septicémie ou à un traumatisme.

Les patientes en état de choc doivent être traitées immédiatement et doivent être suivies de près car leur condition peut empirer rapidement. Le but premier lors du traitement de l'état de choc consiste à stabiliser la patiente, c'est-à-dire à restorer le volume et l'efficacité du système circulatoire tels que mesurés par une **augmentation** dans la tension artérielle et une **diminution** du rythme cardiaque et de la respiration.

Voici les **signes d'état de choc**:

- Pouls faible, rapide (rythme \geq 110 par minute)
- Tension artérielle faible (diastolique $<$ 60)

[†] *Adapté de: Organisation mondiale de la Santé: Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide. Genève, OMS, 1994.*

- Pâleur (surtout l'intérieur des paupières, les paumes des mains et autour de la bouche)
- Suées
- Respiration rapide (respirations \geq 30 par minute)
- Anxiété, confusion ou perte de connaissance

Traitement initial

Les premières étapes des soins pour l'état de choc peuvent sauver la vie.

- Vérifier les **signes vitaux**. Garder la patiente au chaud car l'hypothermie est un danger, mais ne pas appliquer de sources de chaleur externes. Tourner la tête de la patiente de côté pour que, si elle vomit, elle ne risque pas d'inhaler les vomissements. **Ne rien** lui donner (liquides, médicaments ou nourriture) par voie buccale, car une intervention chirurgicale sera peut-être nécessaire.
- S'assurer que la **voie aérienne** est ouverte. Si c'est possible, donner de l'oxygène, 6-8 litres/minute par masque ou canule nasale.
- Surélever les jambes de la patiente ou le pied du lit pour aider le sang à retourner vers le cœur. Si cela cause des problèmes respiratoires, c'est qu'elle a peut-être une insuffisance cardiaque et un œdème pulmonaire; dans ce cas, baisser les jambes et soulever la tête pour soulager la pression du liquide sur les poumons.

Note: Si à ce moment-là on ne dispose pas de liquides intraveineux et d'autres médicaments, on prendra les dispositions nécessaires pour transférer la patiente immédiatement vers un centre qui en dispose.

Ne pas manquer de:

- Tout expliquer à la famille de la patiente
- Envoyer un formulaire d'aiguillage (voir **Annexe C** pour un exemple)
- Si possible, envoyer deux personnes à l'hôpital avec la patiente pour donner du sang

- Pour restorer le **volume de liquide**, donner immédiatement des liquides par voie intraveineuse (lactate de Ringer ou solution saline isotonique au rythme de 1 litre pendant 15 à 20 minutes). Il faudra peut-être 1 à 3 litres de liquides intraveineux pour stabiliser une patiente qui a perdu beaucoup de sang ou qui est en état de choc. Ne **pas** administrer de liquides par voie buccale.
- Un taux d'hémoglobine de 5 g/100 ml ou moins ou un hématokrite de 15 ou moins peut être mortel et exige une **transfusion de sang**.
- S'il existe une indication montrant qu'on peut être en présence d'une **infection**—par exemple, fièvre, frisson ou pus—prélever des cultures de sang (si disponible) et donner des **antibiotiques** polyvalents (par IV ou IM).
- **Tests de laboratoire:** hémoglobine ou hématokrite; numération globulaire complète, y compris plaquettes du sang; type Rhésus et compatibilité sanguine; prise de sang pour électrolytes et azote uréique du sang (BUN) (si disponible) et mesurer le débit urinaire. Un débit urinaire horaire inférieur à 50 ml indique un volume moindre de liquide circulatoire (hypovolémie) et peut représenter une insuffisance rénale aiguë.
- Rechercher et enlever tout PRC présent dans le vagin.

Traitement définitif

Une fois les étapes initiales prises pour stabiliser la patiente, traiter la cause sous-jacente du choc rapidement tout en continuant de vérifier de près ses signes vitaux, débit urinaire et liquides par voie intraveineuse. Vu que la cause de l'état de choc chez les patientes avec avortement incomplet est souvent les PRC, le fait de vider la cavité utérine par l'AMIU (voir **Chapitre 6**) est un aspect essentiel de la prise en charge définitive.

GRAVE SAIGNEMENT VAGINAL

Un traitement rapide de la perte de sang excessive est d'importance critique dans toute situation de soins de santé; tout retard pour arrêter les saignements et remplacer les volumes de liquides ou le sang peut s'avérer fatal. Si une patiente connaît un saignement vaginal prolongé ou excessif et des symptômes d'avortement incomplet, les saignements sont généralement causés par les PRC ou par une blessure au vagin, au col ou à l'utérus, y compris une perforation de l'utérus (voir ci-après). Ces blessures signifient généralement que la patiente (ou quelqu'un d'autre) a cherché à mettre fin à la grossesse. Aussi, elle peut avoir une infection (venant de méthodes dangereuses ou

d'instruments contaminés) et avoir besoin d'antibiotiques. Les lésions causées par des agents chimiques caustiques utilisés pour provoquer un avortement peuvent également entraîner de graves saignements. Un grave saignement vaginal après une procédure de l'AMIU est très rare mais demande à être rapidement pris en charge. Lors de l'évaluation et du traitement des graves saignements vaginaux, il convient de suivre de près la tension artérielle et le rythme cardiaque (pouls) car un choc peut se présenter à n'importe quel moment.

Voici les **signes de grave saignement vaginal**:

- Saignement vaginal abondant d'un rouge vif avec ou sans caillots
- Bandes, serviettes ou vêtements trempés de sang
- Pâleur (surtout l'intérieur des paupières, les paumes des mains et autour de la bouche)
- Vertiges, évanouissement

Traitement initial

- Vérifier les **signes vitaux**. Surélever les jambes de la patiente ou le pied du lit.
- Vérifier que la **voie aérienne** de la patiente est ouverte. Si on dispose des produits et de l'équipement, donner de l'oxygène à raison de 6 à 8 litres/minute par masque ou canule nasale.
- Pour restorer le **volume de liquide**, donner immédiatement des liquides par voie intraveineuse (lactate de Ringer ou solution saline isotonique à un taux de 1 litre en 15 à 20 minutes). Cela peut prendre de 1 à 3 litres de liquides intraveineux pour stabiliser la patiente qui a perdu beaucoup de sang ou qui est en état de choc.
- Un taux d'hémoglobine de 5 g/100 ml ou moins ou un hématoците de 15 ou moins peut être mortel et demandera une **transfusion de sang**.
- S'il y a indication de présence d'infection—notamment fièvre, frissons ou pus—donner des **antibiotiques** polyvalents (par voie intraveineuse ou intramusculaire) (voir **Annexe B**). Si la femme a été exposée au tétanos et si l'on ne connaît pas sa situation sur le plan vaccination, lui donner une **anatoxine tétanique**. (L'exposition au tétanos est possible si l'avortement n'a pas été fait avec des instruments stériles ou

si la plaie a été contaminée par de la saleté ou d'autres matériels qui n'étaient pas propres.)

- Donner un analgésique par voie intraveineuse ou intramusculaire pour **soulager la douleur** (voir **Annexe E**).
- **Tests de laboratoire:** hémoglobine ou hématoците; type Rhésus et compatibilité sanguine (si disponible); mesure du débit urinaire. (Un débit urinaire horaire inférieur à 50 ml peut indiquer une hypovolémie et peut représenter une insuffisance rénale aiguë.)

Traitement définitif Une fois les étapes initiales prises pour stabiliser la patiente, il faut un traitement rapide de la cause sous-jacente du saignement. Le traitement devrait être donné de la manière suivante:

- S'il existe des signes ou des symptômes de lésion intra-abdominale (abdomen distendu, diminution des bruits intestinaux, douleur à la palpation appuyée, nausée/ vomissements, douleur à l'épaule ou douleur abdominale, fièvre) ou de grossesse extra-utérine, faire une évaluation supplémentaire et donner un traitement (chirurgie) immédiatement. (Voir la section **Perforation utérine** dans cette annexe.)
- Si, à l'examen vaginal, il existe des déchirures (lacérations) vaginales ou cervicales visibles, il faudra suturer.
- Traiter l'avortement incomplet en fonction de la durée de la grossesse. Si la taille de l'utérus indique qu'on est en présence d'une grossesse du premier trimestre, on fera une AMIU pour évacuer les produits de l'utérus (voir **Chapitre 6**).

Traitement continu Après avoir traité la ou les cause(s) de saignement, continuer à vérifier les signes vitaux de la patiente, le débit urinaire et le remplacement des liquides en ajustant le traitement tel qu'indiqué par son état.

INFECTION/SEPTICEMIE

L'infection est une complication courante de l'avortement incomplet. Les produits retenus de la conception favorisent la croissance bactérienne. Dans de rares cas, une infection peut se présenter après une procédure AMIU surtout si on ne suit pas les pratiques recommandées de prévention des infections (voir **Chapitre 4**). Une infection pelvienne localisée peut mener rapidement à une infection plus généralisée (septicémie) et au choc septique, qui peut être mortel. Par conséquent, une action

prompte pour stabiliser la patiente et traiter l'infection est nécessaire pour lui sauver la vie.

Les **signes** et **symptômes** suivants indiquent qu'une infection soit locale, soit généralisée, est fort probable:

Signes

- Fièvre (température > 38°C), frissons ou suees
- Perte vaginale malodorante
- Sensibilité au bas-ventre (avec ou sans douleur à la palpation appuyée)
- Mucopus du col
- Sensibilité à la mobilité cervicale lors de l'examen bimanuel

Symptômes

- Antécédents d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses ou antécédents de fausses-couches
- Douleur au bas-ventre
- Saignement prolongé (> 8 jours)
- Malaise général (symptômes rappelant ceux de la grippe)

Si on soupçonne une infection, évaluer le risque pour la patiente d'entrer en **choc septique**. Elle court un **risque élevé** si:

- l'avortement s'est fait à plus de 14 semaines,
- elle a beaucoup de fièvre (température > 40°C) ou une température en-dessous de la normale (< 36,5°C),
- elle a des signes indiquant une lésion intra-abdominale, ou
- elle est en état de choc (tension artérielle qui chute et pouls qui s'accélère)

Généralement, une **infection locale** peut être prise en charge en administrant des antibiotiques polyvalents (par voie intraveineuse ou voie intramusculaire) qui sont efficaces contre les organismes anaérobies, Gram-négatifs et Gram-positifs et la chlamydia.

Note: Si la patiente porte un DIU, il devrait être retiré.

Si l'infection est plus généralisée, ou si la patiente court un risque élevé de connaître un choc septique, un traitement immédiat est nécessaire pour lui sauver la vie.

Traitement initial

- Vérifier les **signes vitaux**. Ne **rien** donner par voie buccale à la patiente (liquides, médicaments ou aliments) car une intervention chirurgicale sera peut être nécessaire.
- S'assurer que les **voies aériennes** de la femme sont ouvertes. Si la patiente n'est pas stable, donner de l'oxygène 6 à 8 litres/minute par masque ou canules nasales (si disponible).
- Donner immédiatement des **antibiotiques par voie intraveineuse**, en utilisant des antibiotiques polyvalents. (Si on dispose de moyens pour des cultures de sang, prendre les cultures avant de donner des antibiotiques.)
- Si la patiente a pu être exposée au tétanos et si on ne connaît pas sa situation sur le plan vaccinations, lui donner une **anatoxine tétanique**. (L'exposition au tétanos est possible si l'avortement a été fait en utilisant des instruments ou d'autres objets qui n'étaient pas propres.)
- Si son état devient instable, donner les **liquides par voie IV** (lactate de Ringer ou solution saline isotonique) au taux de 1 litre en 15 à 20 minutes ou plus vite. (Une patiente en état de choc septique aura peut-être besoin de l'administration rapide de plusieurs litres de liquides par voie intraveineuse pour rétablir un équilibre raisonnable des liquides.)
- **Tests de laboratoire:** Si la patiente a perdu beaucoup de sang ou semble anémique, vérifier l'hémoglobine ou l'hématocrite, faire une numération globulaire, y compris les plaquettes sanguines; types de sang et compatibilité; suivre le débit urinaire. (Un débit urinaire horaire inférieur à 50 ml suggère une hypovolémie et peut représenter une insuffisance rénale aiguë.)
- **Radiographies abdominales:** Des radiographies plates (horizontales) peuvent identifier les niveaux d'air ou de liquides dans l'intestin. Dans le cas d'une infection à *Clostridium*, on peut voir des gaz dans les tissus. On peut également confirmer la présence d'un DIU. Des

radiographies abdominales verticales peuvent montrer l'air sous le diaphragme s'il y a perforation de l'utérus ou des intestins.

Traitement définitif En cas de septicémie, le traitement prompt peut sauver la vie. Vu que les produits restants de la conception sont souvent la source de l'infection, il faudra peut-être avoir recours à une intervention chirurgicale pour le traitement définitif de la lésion intra-abdominale, de l'abcès pelvien ou de la péritonite (voir la section suivante dans cette annexe). L'évacuation utérine par l'AMIU est une partie essentielle du traitement (voir **Chapitre 6**). **Toutes** les sources d'infection doivent être envisagées. Envisager la possibilité d'une lésion intra-abdominale, d'un abcès pelvien, d'une péritonite, d'une gangrène gazeuse et du tétanos. De plus, si la patiente porte un DIU, il faudra le retirer avant de commencer les antibiotiques par voie intraveineuse. Pour le traitement de la gangrène gazeuse et du tétanos, il faut des soins spécialisés à un niveau plus élevé (hôpital de référence).

Traitement continu Après avoir traité la cause de l'infection, continuer à vérifier les signes vitaux de la patiente, le débit urinaire et le remplacement des liquides. Ajuster le traitement de soutien en fonction de sa condition (oxygène, antibiotiques et autres médicaments).

LESION INTRA-ABDOMINALE

Les blessures portées aux organes internes représentent une complication pouvant éventuellement être mortelle ainsi que la cause de graves problèmes de santé dans le long terme pour les patientes avec des complications postavortement. La blessure la plus courante est la perforation de l'utérus. Les ovaires, les trompes de Fallope, l'épiploon (tissu péritonéal autour de l'estomac et de l'intestin), les intestins, la vessie et le rectum peuvent également être blessés. Ces blessures indiquent qu'on a cherché à mettre fin à la grossesse et que le risque d'infection y compris de tétanos et de péritonite, est très élevé.

Une lésion interne, si elle n'est pas diagnostiquée et traitée rapidement, peut mener à de graves complications, y compris **saignements, infection et décès**. De graves saignements à l'intérieur de l'abdomen (hémorragies intra-abdominales) peuvent avoir lieu alors qu'il y a **peu**, voire **aucun saignement vaginal visible**. Par conséquent, chaque fois qu'une femme est traitée pour des complications postavortement, il faudrait vérifier les signes de blessures intra-abdominales. Pendant l'évaluation et le traitement d'une blessure intra-abdominale, il faut suivre de près la tension artérielle et le rythme cardiaque de la patiente car un choc peut se développer à n'importe quel moment.

Une rupture d'une grossesse extra-utérine ou une rupture de kyste ovarien peut également entraîner une hémorragie intra-abdominale et les symptômes sont analogues à ceux de la blessure intra-abdominale. Le risque de grossesse extra-utérine est plus grand si la patiente a des antécédents sur l'un des plans suivants:

- grossesse extra-utérine passée,
- infection pelvienne, ou
- utilisation de certaines méthodes contraceptives^{††}

Si l'on soupçonne une grossesse extra-utérine, il est particulièrement dangereux d'attendre pour traiter la patiente. Le décès ne pourra être évité qu'en arrêtant l'hémorragie par le biais du retrait chirurgical de la grossesse extra-utérine, en arrêtant les saignements et en remplaçant les pertes de sang si c'est indiqué.

Le traitement définitif de la lésion abdominale consiste soit à remplacer les pertes de sang et à donner des antibiotiques ou à procéder à une évacuation utérine sous vision directe (laparoscopie ou laparotomie) et à réparer ou à retirer les tissus lésés. Il est important de reconnaître les signes pouvant indiquer une blessure, de stabiliser si possible la condition de la patiente et, si la chirurgie abdominale n'est **pas** disponible, d'aiguiller rapidement la cliente vers les services compétents.

Voici les signes et symptômes de la lésion intra-abdominale:

Signes

- Abdomen distendu
- Bruits abdominaux diminués
- Abdomen rigide (tendu et dur)
- Douleur à la palpation appuyée

^{††} Le DIU et les contraceptifs à seuls progestatifs sont très efficaces pour prévenir les grossesses intra-utérines mais le sont moins pour les grossesses extra-utérines. Aussi, si une cliente utilisant l'une de ces méthodes tombe enceinte, il est plus probable que la grossesse soit extra-utérine (jusqu'à 20-30%).

Symptômes

- Nausée/vomissements
- Douleur à l'épaule
- Fièvre (température > 38°C)
- Douleur abdominale, crampes

Si ces signes sont combinés à des signes de choc (chute de la tension artérielle et pouls et respiration rapides), il convient d'envisager le risque de graves saignements intra-abdominaux (hémorragie).

Traitement initial

Les premières étapes de la prise en charge de la blessure intra-abdominale, surtout l'hémorragie, peuvent sauver la vie de la patiente. (Si la laparotomie n'est **pas** disponible, préparer rapidement la patiente pour le transfert après le traitement initial.)

- Vérifier les **signes vitaux**. Surélever les pieds de la patiente ou le pied du lit.
- Vérifier que les **voies aériennes** de la patiente sont ouvertes. Si disponible, donner de l'oxygène 6 à 8 litres/minute par masque ou canule nasale.
- Ne **rien** donner par voie buccale à la patiente (liquides, médicaments ou nourriture) car une intervention chirurgicale peut être nécessaire.
- Pour restorer le **volume de liquides**, donner immédiatement des liquides par voie intraveineuse, (lactate de Ringer ou solution saline isotonique) au taux de 1 litre en 15 à 20 minutes). Il faudra peut-être de 1 à 3 litres de liquides intraveineux pour stabiliser une patiente qui a perdu beaucoup de sang ou qui est en état de choc.
- Un taux d'hémoglobine de 5 g/100 ml ou moins ou un hématoците de 15 ou moins peut mettre la vie en danger et demande une **transfusion de sang**.
- S'il y a une indication quelle qu'elle soit pouvant suggérer la présence d'une infection—notamment fièvre, frissons ou pus—donner des **antibiotiques** polyvalents (par voie intraveineuse ou intramusculaire).

- Si la patiente a pu être exposée au tétanos et si on ne connaît pas sa situation sur le plan vaccinations, lui donner une **anatoxine tétanique**. (L'exposition au tétanos est possible si l'avortement a été fait en utilisant des instruments ou d'autres objets qui n'étaient pas propres.)
- Donner un analgésique par voie intraveineuse ou intramusculaire pour le **traitement de la douleur** (voir **Annexe E**).
- **Tests de laboratoire:** hémoglobine ou hématocrite; type et compatibilité sanguine; mesure du débit urinaire.
- **Radiographies abdominales:** Une radiographie abdominale verticale aidera à déterminer s'il y a du gaz dans la cavité abdominale (utérus perforé/rupture, ou perforation des intestins ou de la vessie).

Traitement définitif

L'une quelconque des conditions suivantes représente un cas chirurgical d'urgence demandant une laparotomie immédiate:

- Abdomen rigide
- Patiente avec une douleur abdominale aiguë et une tension artérielle qui reste faible ou un état de choc qu'on n'arrive pas à stabiliser après l'infusion de 3 litres de solution isotonique ou de lactate de Ringer
- Une radiographie abdominale montrant de l'air ou du gaz dans la cavité péritonéale.

Dans de tels cas, une laparotomie est nécessaire pour trouver et réparer la blessure. Il faut envisager une péritonite, perforation de l'utérus, blessure aux intestins, blessure intra-abdominale et une rupture de grossesse extra-utérine. Il faudra peut-être drainer l'abdomen. La réparation ou le retrait des tissus endommagés peut également être nécessaire. Dans des cas extrêmes il faudra peut-être retirer l'utérus.

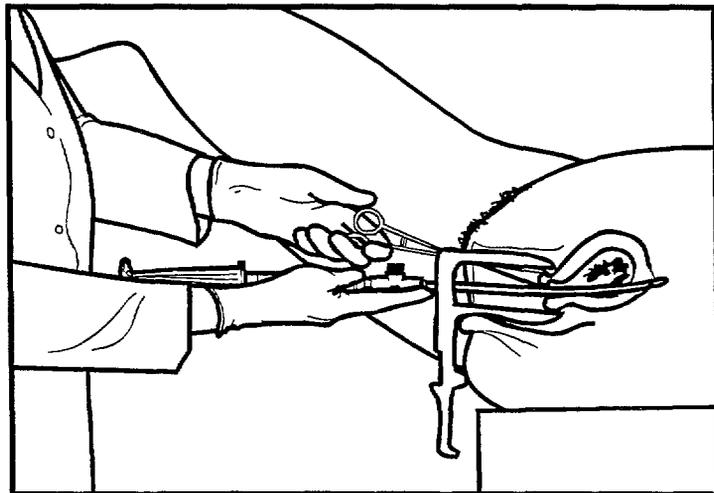
Une fois la blessure intra-abdominale traitée ou si l'on soupçonne une blessure intra-abdominale mais que la patiente est stable, ou si la radiographie est négative, que son abdomen n'est pas rigide et qu'il n'y a aucun signe de grossesse extra-utérine, évacuer l'utérus en fonction des directives du **Chapitre 6**. Si l'on découvre une blessure intra-abdominale pendant la procédure, une laparotomie sera peut-être nécessaire pour réparer la blessure.

Traitement continu Après avoir traité la cause de la blessure intra-abdominale, et avoir évacué l'utérus, vérifier les signes vitaux de la patiente, le débit urinaire et les liquides; ajuster le traitement de soutien (oxygène, antibiotiques et autres médicaments) tel qu'indiqué par sa condition.

PERFORATION DE L'UTERUS

Si la perforation de l'utérus survient **pendant** la procédure d'évacuation par le biais de l'AMIU, elle cause généralement une toute petite déchirure. Lorsqu'elle est reconnue rapidement et que les précautions qui s'imposent sont prises de suite, la laparotomie est rarement nécessaire. La contraction de l'utérus après l'évacuation ferme souvent l'ouverture et arrête les saignements.

Figure A-1. Perforation de l'utérus pendant la procédure AMIU



Source: IPAS, 1994.

La perforation de l'utérus en tant que complication survenant chez une patiente venant consulter pour avortement incomplet est généralement le résultat de l'instrumentation utilisée par un personnel non qualifié en vue de provoquer l'avortement. Cette condition peut mettre la vie en danger et un traitement rapide est indiqué car on court un grand risque d'infection et de blessures pour les autres organes abdominaux/pelviens.

Pendant l'évaluation initiale, le clinicien devra soupçonner la perforation utérine si la patiente a des antécédents d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses avec:

- un pouls rapide (taux > 110 par minute),
- une chute de la tension artérielle (diastolique < 60), ou

- des saignements excessifs.

Voici les **signes et symptômes de la blessure intra-abdominale**: abdomen distendu, bruits intestinaux diminués, abdomen rigide (tendu et dur), sensibilité à la palpation appuyée, nausée/vomissements, douleur abdominale ou à l'épaule, fièvre et choc. Outre la blessure intra-abdominale, si la perforation est importante, la blessure ne se fermera pas spontanément et il faudra peut-être réparer la déchirure. Ces déchirures peuvent saigner abondamment et le sang peut s'accumuler à l'intérieur de l'abdomen avec peu, voire aucun saignement par voie vaginale.

Pendant la procédure, soupçonner la perforation si:

- un instrument pénètre au-delà de la taille escomptée de l'utérus (en fonction de l'examen bimanuel),
- le vide de la seringue diminue avec la canule bien introduite dans la cavité utérine, ou
- la femme continue à saigner de manière excessive une fois que la cavité utérine est vide.

Si des tissus adipeux, des intestins ou de l'épiploon sont observés dans les tissus retirés de l'utérus, cela veut dire que l'utérus a été perforé.

Le choix de traitement pour la perforation utérine dépend des facteurs suivants: l'évacuation est-elle complète lorsqu'on découvre la perforation et quelles sont les capacités de l'établissement sanitaire. Dans de nombreux cas, un aiguillage rapide vers un hôpital de niveau plus élevé (hôpital de référence) est la meilleure décision à prendre. Voici les grandes lignes d'un plan général pour le traitement.

Si on constate une perforation et que l'évacuation est terminée:

1. Commencer à donner des liquides et des antibiotiques par voie intraveineuse
2. Donner de l'ergométrine (0,2 mg par voie intramusculaire), répéter tel qu'indiqué jusqu'à 3 doses.
3. Observer pendant 2 heures; contrôler fréquemment les signes vitaux; prendre des dispositions pour un aiguillage possible.

- Si la patiente reste stable et si les saignements diminuent, donner de l'ergométrine (0,2 mg) et continuer à observer jusqu'au lendemain.
- Si la condition de la patiente empire et si les saignements n'arrêtent pas avec une dose accrue d'ocytocine ou d'ergométrine, il faudra peut-être une laparoscopie ou une laparotomie pour localiser et réparer la source du saignement. Si la chirurgie n'est **pas** disponible, aiguiller la patiente vers des niveaux de soins plus élevés.

Si l'on constate une perforation et que l'évacuation n'est pas terminée:

1. Commencer à donner des liquides et des antibiotiques par voie intraveineuse. Vérifier l'hématocrite de la patiente et prendre les dispositions nécessaires pour une transfusion de sang ou une solution de remplissage vasculaire si indiqué (et si disponible).
2. Terminer l'évacuation sous contrôle visuel direct (laparoscopie ou laparotomie) pour évaluer les blessures à l'utérus et éviter les lésions pour les organes abdominaux, à savoir les intestins. Si des examens visuels directs ne sont pas disponibles, aiguiller la patiente vers un hôpital de niveau supérieur.
3. Réparer les lésions tel que nécessaire par le biais de la minilaparotomie soit en coagulant le vaisseau sanguin ou en faisant des points de suture. Vérifier que les intestins sont intacts et qu'il n'y a pas de blessure faite à d'autres organes abdominaux. (Si le col est déchiré ou coupé à un point où il ne peut être réparé, ou s'il y a perforation utérine extensive, il faudra peut-être faire une hystérectomie.)
4. Après la chirurgie, donner des ocytoxiques (si l'utérus n'a pas été retiré) et observer les signes vitaux toutes les 15 minutes pendant 2 heures.
 - Si l'état de la patiente se stabilise et si les saignements ralentissent ou s'arrêtent, donner de l'ergométrine (0,2-0,5 mg par intramusculaire) et continuer l'observation jusqu'au lendemain.
 - Si la condition de la patiente empire, la préparer pour le transfert vers un hôpital spécialisé (ou de référence).

PRINCIPES GENERAUX DES SOINS D'URGENCE POSTAVORTEMENT

GENERALITES Il faut tenir compte d'un certain nombre de questions lorsqu'on prête des soins d'urgence postavortement. Le traitement doit comporter la stabilisation et l'aiguillage, l'oxygène, le remplacement des liquides par voie intraveineuse (IV), la transfusion de sang ou les médicaments (par exemple, antibiotiques, prise en charge de la douleur et vaccin antitétanique). Ces thèmes sont traités ci-après.

STABILISATION ET AIGUILLAGE

La stabilisation et l'aiguillage adéquats et en temps opportun sont des éléments d'importance critique pour apporter aux patientes des soins pouvant leur sauver la vie. Lorsqu'une patiente est aiguillée vers le niveau primaire ou premier niveau de référence, ou aiguillée d'un hôpital de première référence vers un hôpital secondaire ou tertiaire, ce site de référence doit faire tout ce qui est possible pour stabiliser et traiter la patiente. La capacité d'un site de référence à transporter rapidement la patiente vers le centre d'aiguillage peut lui sauver la vie. Dans toutes les institutions sanitaires, il faut des arrangements de transport. Peut-être pour cela faudra-t-il coordonner avec des ressources communautaires, par exemple la police, les militaires, les services de vulgarisation agricole, d'autres établissements sanitaires, des institutions publiques et des églises. Si c'est possible, le centre d'aiguillage devrait indiquer au centre de référence que la patiente arrive et envoyer un formulaire d'aiguillage avec la patiente (voir **Annexe C**).

Les éléments centraux de la stabilisation de la patiente aux fins d'aiguillage¹ sont les suivants:

- Prise en charge de la voie aérienne, de la respiration et de la circulation
- Contrôle des saignements
- Remplacement des liquides par voie intraveineuse
- Prise en charge de la douleur

En général, lors d'un aiguillage d'urgence la patiente devrait être accompagnée par un personnel qualifié jusqu'au centre de référence. Si elle est accompagnée, on peut continuer la thérapie pendant le transport par voie intraveineuse et l'oxygène si le matériel est disponible. Si la patiente ne peut pas être

20

accompagnée par un personnel formé, d'autres personnes, par exemple des membres de la famille, peuvent apprendre à lui donner la thérapie IV pendant le transport. Que la patiente soit ou non accompagnée, elle devrait rester au chaud et ses pieds devraient être surélevés en cas de choc ou d'hémorragie. Il ne faut pas utiliser de sources externes de chaleur car la peau peut être facilement brûlée. On utilisera des couvertures ou des vêtements supplémentaires.

Une description récapitulative du cas devrait être envoyée avec la patiente au centre de référence (voir **Annexe C** pour un exemple du formulaire). Il s'agit de faire état:

- des antécédents immédiats ou passés du problème qui se présente
- de l'évaluation de la condition de la patiente faite dans l'établissement d'aiguillage;
- des actions prises dans l'établissement d'aiguillage (par exemple, morphine 10 mg IM à 16h00); et
- d'autres informations pertinentes obtenues par le site de d'aiguillage (par exemple, la patiente a eu une attaque).

REMPACEMENT DES LIQUIDES PAR VOIE INTRAVEINEUSE (IV)

Dans de nombreux cas de complications postavortement, les patientes devront recevoir des liquides de remplacement par voie intraveineuse. Généralement, on préfère la solution isotonique (0,9% de chlorure de sodium, également connue sous le nom de solution saline normale) ou le lactate de Ringer. On peut utiliser une solution saline avec ou sans glucose selon la disponibilité. Les solutions de glucose **sans** solution saline ne fournissent pas le sel nécessaire pour rétablir l'équilibre des liquides.

Une aiguille à grand trou, de préférence no. 16 ou 18, convient le mieux pour démarrer les liquides par voie intraveineuse pour que les liquides puissent être donnés rapidement et le sang, par la suite, si c'est nécessaire. Mais une aiguille no. 20 est acceptable si une taille plus grande n'est pas disponible.

Tout échantillon sanguin nécessaire pour les tests en laboratoire devrait être prélevé lorsqu'on insère l'aiguille intraveineuse. Le prélèvement de sang par la suite pourrait être plus difficile car les veines ont tendance à s'écrouler et sont enfouies plus profondément lors d'un état de choc ou autre complication éventuellement mortelle. En outre, cela minimise l'inconfort

pour la patiente et c'est une utilisation plus efficace des fournitures stériles.

L'infusion rapide de liquides peut sauver la vie en cas de choc lié à une diminution du volume sanguin et des liquides. Les liquides peuvent être infusés à raison de 500 ml à 1 litre par 15 à 20 minutes, pendant qu'on évalue et suit la condition de la patiente. Normalement, il faut 1 à 3 litres de liquides par voie intraveineuse infusés à ce taux ou à un taux plus rapide pour stabiliser une patiente en état de choc. Les faibles niveaux de liquides et la cause du choc une fois corrigés, les liquides devraient être infusés à un taux de maintenance de 1 l par 6 à 8 heures tel qu'indiqué sur le **Tableau B-1**.

Pour infuser des liquides à différents taux, on tiendra compte de:

- la quantité de liquides qu'il faut donner,
- la période pendant laquelle les liquides doivent être donnés, et
- la dimension du tubage et la dimension des gouttes (Chaque taille de tubage a une dimension de goutte **légèrement différente**. Par exemple, certains tubages ont 20 gouttes [gtt] par ml, alors qu'une autre taille n'aura peut être que 10 gouttes par ml.)

Le **Tableau B-1** montre combien de gouttes par minute doivent être données pour arriver à une certaine quantité de liquide sur un temps donné. Pour utiliser le tableau vous devez connaître le nombre de gouttes par ml (c'est-à-dire la taille du tubage utilisé).

Tableau B-1 Taux de liquides par voie intraveineuse			
Quantité de liquides	Durée de l'infusion	Gouttes par ml (taille du tubage)	Gouttes par minute
1 litre	20 minutes	10	Trop rapide pour compter
1 litre	20 minutes	20	Trop rapide pour compter
1 litre	4 heures	10	40
1 litre	4 heures	20	80
1 litre	6 heures	10	28
1 litre	6 heures	20	56
1 litre	8 heures	10	20
1 litre	8 heures	20	40

La formule générale pour calculer tout taux d'infusion par IV est la suivante:

Quantité de liquides devant être donnée (millilitres)/ durée de l'infusion (minutes) X Nombre de gouttes par ml =
Nombre de gouttes par minute

Exemple: $\frac{1000 \text{ ml}}{4 \text{ heures} \times 60 \text{ minutes}} \times 10 \text{ gouttes par ml} = 41,67 = 40 \text{ gouttes par minute}$

(Pour convertir la durée de l'infusion d'heures en minutes, multiplier le nombre d'heures par 60.)

Lorsque la patiente a suffisamment récupéré pour prendre les liquides par voie buccale, on peut arrêter l'IV à moins qu'elle ne soit nécessaire pour administrer des médicaments. Si l'IV sert **uniquement** à donner des médicaments, infuser lentement (environ 1 litre par 10 ou 12 heures).

Il est important de suivre la quantité de liquides donnée. Lorsque la patiente récupère, faire attention à ne pas lui donner trop de liquide. Tout signe d'enflure (pieds et mains), de souffle coupé ou de bouffissure peut indiquer un excès de liquides. En ce cas, arrêter les liquides. Des diurétiques peuvent être nécessaires si l'excès de liquides a entraîné un souffle très court (œdème pulmonaire).

TRANSFUSION SANGUINE

Les transfusions sanguines peuvent sauver la vie dans le cas de pertes de sang extrêmes et de choc lié à un avortement incomplet. Toutefois, elles comportent également des risques et peuvent nuire davantage que de faire de bien dans certains cas. Aussi, convient-il de soupeser attentivement la décision de faire une transfusion à une patiente. L'équipement nécessaire pour remplacer le sang devrait être disponible au premier niveau de référence. Cette procédure doit être effectuée par un respon-

sable médical, un(e) assistant(e) médical(e), un responsable clinique, une sage-femme ou un agent de laboratoire ayant une formation qui convient.

Voici les risques graves liés à une transfusion sanguine:

- transmission de maladies telles que l'hépatite B et le SIDA,
- problèmes d'immunité liés à un effondrement rapide des globules rouges (hémolyse intravasculaire), et
- surcharge du système circulatoire

De plus, les transfusions sanguines sont chères et utilisent les modiques ressources humaines dont on dispose. "La décision de faire une transfusion de sang ou de produits sanguins doit se fonder sur une évaluation attentive qui indique que c'est nécessaire pour sauver la vie ou pour prévenir une grave maladie. Le sang qui n'a **pas** été obtenu de donateurs choisis de manière appropriée ou qui n'a **pas** subi un dépistage approprié pour détecter les agents infectieux ne doit **pas** faire l'objet de transfusion autrement que dans des situations des plus exceptionnelles où la vie est en danger".²

Des recommandations concernant l'utilisation des transfusions de sang dans les cas d'hémorragie et de choc sont données dans *Essential Elements of Obstetric Care at First Referral Level*¹ de l'OMS. Citons:

Une transfusion de sang est souvent indiquée pour remplacer le volume lors du traitement de l'hémorragie et du choc. Que la transfusion de sang soit ou non nécessaire à cette fin dépendra non seulement de la quantité de sang perdue mais également de la vitesse de la perte et de l'état physique de la patiente. Les patientes qui sont en bon état physique peuvent tolérer une perte de sang à un niveau plus important que les femmes n'ayant pas une bonne santé. Par exemple, la perte d'un litre peut être bien tolérée par une femme en bonne santé alors que la perte, ne serait-ce que de 200 ml de sang, peut être mortelle pour une femme anémique.

Il n'est **pas** nécessaire de remplacer le sang par transfusion pour tous les cas de perte de sang. Les solutions de remplissage vasculaire (succédanés du plasma), les solutions de plasma séchés et même les solutions salines [isotoniques] sont des options utiles.

Des directives cliniques spécifiques pour l'utilisation des transfusions de sang et les autres options possibles pour le traitement de l'hémorragie sont décrites dans *Global Blood Safety Initiative: Guidelines for the Appropriate Use of Blood*.² Concernant les autres options, la référence nous dit:

La quantité de sang perdue et la condition clinique de la patiente, évaluées en mesurant la tension artérielle, le pouls, la tension veineuse centrale [si disponible] et le débit urinaire détermineront la nécessité et l'urgence du remplacement du volume de sang. Généralement un adulte, auparavant en bonne santé, peut tolérer une perte allant jusqu'à 20% du volume de sang en circulation [1 à 1,5 litres] sans transfusion. Un remplacement du volume avec des succédanés du plasma sera nécessaire pour une perte entre 20% à 30% [environ 1,5 à 2 litres]. En outre, une transfusion sera nécessaire lorsque la perte dépasse 30% surtout chez les patientes présentant des hémorragies massives (plus de 50% du sang perdu en moins de trois heures).

Le volume initial (50 ml/kg ou trois fois la perte de sang estimée) devrait être remplacé avec des solutions telles que la solution saline [isotonique] (0,156 mol/l ou 9 g/l). On ne recommande pas les solutions de dextrose ou de glucose.

Les colloïdes synthétiques peuvent être nécessaires pour le traitement de l'hémorragie continue surtout s'il y a des signes de choc hypotensif. Les gélatines peuvent être utilisées dans des doses allant jusqu'à 50 ml/kg, ou l'amidon d'hydroxyéthyle ou du dextrans 70 en doses allant jusqu'à 20 ml/kg, pendant les premières 24 heures. On peut aussi utiliser de l'albumine ou une fraction de protéine de plasma mais ces produits sont plus chers.

Le plasma ne représente pas le meilleur choix de remplacement du volume à cause du risque de transmission de l'infection. Les globules rouges ne sont pas indiqués pour le remplacement du volume, mais (en concentrés de globules rouges ou sang entier) uniquement pour améliorer la capacité à fournir de l'oxygène.

Des composantes du sang peuvent être nécessaires pour restaurer l'hémostase [coagulation] chez des patientes souffrant d'hémorragie massive.

ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

L'innocuité, la nécessité et la voie d'administration sont des questions importantes dont on tiendra compte lorsqu'on décidera **quand, comment et quel** médicament utiliser pour traiter une patiente.

Avant de donner un médicament, il est toujours important de demander si la patiente a déjà eu une réaction allergique à ce médicament. Dans l'affirmative, choisir un médicament qui soit moins susceptible de causer une réaction allergique.

La **voie d'administration** représente une décision importante pour des raisons d'innocuité et pour choisir la meilleure manière possible de traiter la condition. Voici les voies possibles:

- intraveineuse (IV),
- intramusculaire (IM), ou
- par voie buccale (orale)

Ce choix doit être fait **avant** de choisir les médicaments spécifiques car tous les médicaments ne peuvent pas être administrés par le biais des 3 voies.

Intraveineuse (IV)

Cette voie est préférée dans les situations suivantes: choc, complication éventuellement mortelle demandant une chirurgie urgente et toute infection grave y compris (septicémie et choc septique) résultant d'un avortement incomplet.

Intramusculaire (IM)

Cette voie est acceptable lorsque la voie intraveineuse n'est pas disponible et si le médicament en question ne peut être donné que de cette manière. Mais certains médicaments ne sont pas efficaces lorsqu'ils sont administrés par voie intramusculaire.

Voie buccale (orale)

Ne **pas** donner de médicaments par voie buccale à une patiente en état de choc ou si celle-ci a une blessure intra-abdominale (par exemple perforation de l'utérus, grossesse extra-utérine) ou autre état grave demandant peut-être une intervention chirurgicale immédiate car elle pourrait vomir et inhaler (aspirer) les vomissements. Cette voie est uniquement acceptable dans les conditions suivantes:

- En cas d'aiguillage (même dans les conditions ci-dessus), si le transport prend plusieurs heures et s'il n'y a **pas** de médicaments par IV ou IM disponibles pour être administrés avant le transfert, alors les antibiotiques et les analgésiques peuvent être donnés à une patiente du moment qu'elle n'est

pas en état de choc. Donner juste assez d'eau pour avaler le médicament.

- Si l'état de la patiente est stable et si elle peut prendre des liquides par voie buccale.

ANTIBIOTIQUES

Les antibiotiques devraient être utilisés chaque fois qu'une infection est présente. Des antibiotiques peuvent sauver la vie en cas de septicémie, choc septique, blessure intra-abdominale et perforation de l'utérus. Lorsqu'il n'y a pas de complications suite à l'avortement incomplet, aucun signe d'infection et si l'état de la patiente est stable, les antibiotiques ne sont **pas** nécessaires. Il est important de commencer les antibiotiques dès qu'on soupçonne ou qu'on confirme la présence d'une infection. Il faut commencer à les donner avant l'intervention chirurgicale.

L'administration des antibiotiques par voie intraveineuse est préférée car elle délivre le médicament plus rapidement dans les tissus infectés. Lorsqu'on ne dispose pas de liquides par voie intraveineuse, l'administration par voie intramusculaire des antibiotiques est une solution acceptable. L'administration par voie buccale des antibiotiques n'est acceptable que si les antibiotiques IV ou IM ne sont pas disponibles et si la femme n'est **pas** en état de choc, si l'infection est mineure, ou si l'on cherche à prévenir une infection (prophylaxie).

Dans la plupart des cas, les antibiotiques polyvalents efficaces contre les organismes anaérobies, Gram-négatifs, Gram-positifs et chlamydia sont préférables car dans de nombreuses situations il n'est pas possible d'identifier l'agent pathogène spécifique et aussi parce que de multiples agents pathogènes peuvent être présents. Les antibiotiques devraient être donnés en complément pour arriver à la plus grande couverture qui soit. Les **Tableaux B-2, B-3 et B-4** indiquent les antibiotiques recommandés et leurs dosages. Plusieurs choix de combinaison d'antibiotiques sont donnés en ordre de préférence. Si un antibiotique particulier n'est pas disponible ou si la patiente y est allergique, alors on peut utiliser une des autres combinaisons recommandées.

Tableau B-2 Thérapies antibiotiques pour les infections suite à un avortement		
Antibiotique	Dosage	Commentaires
Ampicilline	1 g IV toutes les 4 heures ou 500 mg par voie buccale toutes les 6 heures	Bon antibiotique polyvalent; peu cher
Benzylpénicilline	10 million d'unités par IV toutes les 4 heures	Peu d'effets secondaires graves; effet limité à cocci Gram (+) et gonorrhée (si non résistant)
Chloramphénicol	1 g IV toutes les 6 heures	Utile en cas de septicémie; il faut être en mesure de suivre la numération globulaire pour contrôler l'anémie
Gentamicine	1,5 mg/kg/dose IV ou IM toutes les 8 heures	Efficace contre les organismes Gram (-) tels que la flore de l'intestin (par exemple, E. Coli)
Doxycycline ou Tétracycline	100 mg toutes les 12 heures (Ne pas prendre avec des produits laitiers ou anti- acides.)	Adéquates pour les organismes Gram (+) et Gram (-), y compris chlamydia; peuvent remplacer ou être utilisés avec l'ampicilline; bonnes en combinaison avec le métronidazole
Métronidazole	1 g IV toutes les 12 heures ou 500 mg par voie buccale toutes les 6 heures	Bonne couverture Gram (-) et anaérobie; peut être utilisé en combinaison avec l'ampicilline, la doxycycline; autre option remplaçant la clinclamycine; peu cher et généralement disponible; l'administration par voie buccale permet d'arriver à des niveaux sériques équivalents à l'administration par IV
<p>Note:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pénicilline (ou l'ampicilline), la gentamicine et le métronidazole sont utilisés le plus couramment ensemble comme le traitement à plus large spectre des patientes avec de graves septicémies infectieuses d'origine pelvienne. • Le chloramphénicol est souvent disponible lorsque d'autres médicaments ne le sont pas. Il est efficace combiné à la pénicilline ou à l'ampicilline. • Une fois démarré, le traitement intraveineux devrait être continué jusqu'à ce que la patiente n'ait plus de fièvre pendant 24 heures, de préférence 48 heures. S'il n'y a pas de réponse en l'espace de 48 heures, l'antibiotique devrait être changé. • Lorsque la récupération est en cours, le traitement par voie intraveineuse devrait être suivi par un médicament par voie buccale. Généralement, la tétracycline (500 mg par voie buccale 4 fois par jour) ou la doxycycline (100 mg par voie buccale 2 fois par jour) pendant 10 à 14 jours sont conseillées. Les réactions allergiques à la tétracycline sont très rares. Certaines patientes prenant de la tétracycline peuvent avoir des éruptions cutanées lorsque leur peau est exposée au soleil. 		

Tableau B-3 Protocole de combinaisons antibiotiques pour soins hospitaliers (en ordre de préférence)		
Ceftriaxone ou Ciprofloxacine ou Spectinomycine	avec	Gentamicine ou Métronidazole
Doxycycline	avec	Métronidazole
Pénicilline	avec	Chloramphénicol

Tableau B-4 Traitement antibiotique en consultation externe		
Antibiotique	Dose orale	Commentaires
Ceftriaxone ou Ciprofloxacine ou Spectinomycine	250 mg - dose unique par voie buccale 500 mg - dose unique par voie buccale 2 g - dose unique par voie buccale	Couverture pour la gonorrhée et couverture générale polyvalente Couverture pour la gonorrhée et les cocci gram (+)
PLUS l'un de ceux-ci:		
Doxycycline ou Tétracycline ou Cotrimoxazole	100 mg 2 fois par jour par voie buccale pendant 10 à 14 jours 500 mg 4 fois par jour par voie buccale pendant 10 à 14 jours 2 comprimés 2 fois par jour par voie buccale pendant 10 jours	Bonne couverture pour la chlamydia; peu chère Bonne couverture pour la chlamydia; peu chère Bonne couverture polyvalente; peu cher

**PRISE EN CHARGE DE LA
DOULEUR**

Un grand nombre de femmes présentant des complications post-avortement souffrent beaucoup et ont besoin de médicaments efficaces et agissant rapidement pour soulager la douleur. En choisissant les médicaments qui conviennent pour traiter la douleur, il faut tenir compte de l'état présent, du moment et de la voie d'administration ainsi que des précautions pour chaque type de médicament.

Evaluer la condition de la patiente avant de choisir et de donner des analgésiques. Ces médicaments, s'ils sont donnés avant l'examen, peuvent masquer les symptômes (douleur, fièvre) qui sont très importants pour faire un diagnostic exact.

Eviter une sédation excessive car la patiente risquerait de ne plus pouvoir bien répondre aux questions. En outre, une sédation excessive peut masquer des symptômes essentiels pour le diagnostic. Tout narcotique peut déprimer la respiration et être fatal. Par conséquent, les patientes recevant des narcotiques doivent être observées de près pour remarquer un ralentissement ou une interruption de la respiration. C'est particulièrement le cas pour les patientes qui sont déjà malades et qui peuvent être aux premières étapes d'un état de choc. Il est très important de tenir compte du temps de transit et des conditions de transfert pour les patientes qui sont aiguillées vers d'autres établissements. Eviter d'utiliser des narcotiques si le transfert va se faire sans supervision médicale adéquate et sans moyen de traiter une dépression respiratoire. La dose sera choisie pour traiter suffisamment la douleur pendant le transfert mais ne doit pas interférer avec la capacité de la patiente à répondre aux questions. De plus, elle ne devrait pas masquer les symptômes qui seront peut-être nécessaires pour diagnostiquer la patiente avec exactitude à son arrivée au centre de référence.

Les médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), notamment l'ibuprofène et l'aspirine sont souvent utilisés pour traiter la douleur. Eviter d'utiliser les AINS jusqu'à ce que le diagnostic soit certain car ces médicaments peuvent interférer avec la capacité de coagulation du sang. Il est également important d'envisager les précautions pour l'administration de médicaments par voie buccale et de mesurer et de noter la température de la patiente avant de donner ces médicaments. Dans des cas qui ne demandent que l'AMIU, on recommande les AINS pour soulager la douleur des crampes utérines **sans** aggraver le saignement.

Les médicaments contre la douleur sont souvent accompagnés d'un sédatif tel que le diazépam. Si de telles combinaisons fournissent à la fois sédation et analgésie (soulagement de la douleur), elles peuvent également **augmenter** le risque de dépression respiratoire. Par conséquent ces combinaisons ne devraient être utilisées que lorsque c'est nécessaire et devraient être évitées si la patiente va être transférée.

Pour une discussion détaillée des **anesthésiques, analgésiques** et **sédatifs** ainsi que leur emploi recommandé pour l'AMIU, dosage et voie d'administration, voir l'**Annexe E**.

TETANOS Les femmes qui présentent des complications postavortement risquent de contracter le tétanos. Peu de femmes sont entièrement vaccinées contre le tétanos. En 1986, seulement 16% des femmes enceintes dans le monde en développement avaient une protection suffisante.³

Toute évidence montrant un traumatisme du tractus génital (vulve, vagin ou utérus) qui a pu être contaminé par la saleté ou des matières fécales ou un avortement pour lequel des instruments sales ont été utilisés demande une grande attention en ce qui concerne le tétanos. Bien qu'il soit important que la patiente indique que l'avortement a été pratiqué dans des conditions dangereuses, elle n'est peut-être pas en mesure au début d'en parler (voir **Chapitre 2**).

Une première étape pour prévenir le tétanos est de nettoyer attentivement la plaie, de drainer le pus et de retirer méticuleusement tout matériau étranger et tissus morts ou endommagés. Aussi, on diminue la possibilité de voir croître *C. Tetani* qui est la bactérie à l'origine du tétanos.⁴ Il est également important de démarrer les antibiotiques pour minimiser la croissance bactérienne. On peut utiliser de la pénicilline ou du métronidazole.

Les recommandations spécifiques de prévention du tétanos dépendent de la situation sur le plan vaccinations et de la gravité de la plaie. Voici des directives générales:

- Si la patiente a reçu une série complète de vaccinations ces 10 dernières années et a une plaie minime et propre, il n'y a pas besoin de traitement supplémentaire. Si la plaie se prête au développement du tétanos (c'est-à-dire si elle est contaminée par de la saleté ou des matières fécales, causée par une coupure ou brûlure, il faut donner une dose d'anatoxine tétanique (0,5 ml IM) et d'immunoglobuline humaine antitétanique, si disponible.
- Si la patiente n'a **pas** reçu une série vaccinale complète ces 10 dernières années ou si elle ne s'en rappelle pas, il faut donner une anatoxine tétanique pour toute plaie et il faudrait donner de l'immunoglobuline humaine antitétanique pour les plaies se prêtant au développement du tétanos. Lorsque l'anatoxine tétanique et de l'immunoglobuline humaine antitétanique sont données en même temps, il est important d'utiliser des seringues séparées et des sites séparés d'administration.

DIURETIQUES Ne donner de diurétiques **qu'en** présence d'insuffisance cardiaque et d'œdème pulmonaire, **uniquement** s'ils sont administrés par un prestataire expérimenté et **uniquement** avec un suivi très attentif de l'état de la patiente. La patiente doit avoir une sonde, le débit urinaire horaire doit être mesuré et noté. Il faut faire attention pour équilibrer l'administration de diurétiques et l'administration continue de liquides par voie intraveineuse. Le diagnostic peut être confirmé par une radiographie de la poitrine et les progrès peuvent être confirmés par d'autres radiographies.

REFERENCES

1. Organisation mondiale de la Santé: *Complications des avortements—Directives techniques pour leur prévention et leur traitement (sous presse) (Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment)*. Genève, OMS, 1994.
2. Organisation mondiale de la Santé: *Directives applicables à l'utilisation du Sang. (Global Blood Safety Initiative: Guidelines for the Appropriate Use of Blood)*. Genève, OMS, 1989.
3. Organisation mondiale de la Santé: *Prévention du tétanos du nouveau-né par la vaccination. (Prevention of Neonatal Tetanus Through Immunization)*. Genève, OMS, 1986.
4. Mandell GL et al (éds): *Principles and Practice of Infectious Diseases*, 2ème éd. New York, Churchill Livingstone, 1990.

EXEMPLAIRE DE FORMULAIRE D'AIGUILLAGE: COMPLICATIONS POSTAVORTEMENT†

Le professionnel de la santé (prestataire de services) responsable devrait remplir ce formulaire pour toute patiente qui est aiguillée pour le traitement de complications postavortement. Le formulaire devrait accompagner la patiente au centre de référence.

Information sur la patiente

Nom:

Prénom(s):

Date d'admission:

Heure d'admission:

Diagnostic:

Antécédents (Décrire les antécédents pertinents en matière de reproduction, y compris le nombre de grossesses, de naissances, etc.)

Condition clinique (signes vitaux, résultats de l'examen clinique/gynécologique)

Traitement initial (liquides, médicaments donnés, mesures prises pour contrôler les saignements, autres mesures médicales prises)

Evaluation de la condition de la patiente/Autre information

Prestaire de services
(écrire le nom en lettres d'imprimerie)

Emplacement (hôpital, centre)

Signature

Date

† *Adapté de: Organisation mondiale de la Santé: Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide. Genève, OMS, 1994.*

TRAITER LES GANTS CHIRURGICAUX†

Le risque lorsqu'on réutilise des gants chirurgicaux, c'est que les gants traités comportent davantage de déchirures invisibles que les gants neufs et que, par conséquent, ils offrent moins de protection pour la personne qui les porte. Effectués correctement, le traitement des gants à l'autoclave (stérilisation) et la désinfection de haut niveau (à la vapeur ou par ébullition) peuvent donner un produit de haute qualité; et on peut pratiquer le **double-gantage** pour les procédures comportant un risque élevé. Par conséquent, le traitement des gants constitue un cas où la **réutilisation des articles jetables est appropriée**.

**COMMENT
DECONTAMINER ET
NETTOYER LES GANTS
CHIRURGICAUX AVANT
LA STÉRILISATION OU LA
DESINFECTION DE HAUT
NIVEAU (DHN)**

ETAPE 1: Avant d'enlever des gants sales, plonger brièvement les mains dans un récipient contenant une solution chlorée à 0,5% (ou un autre désinfectant disponible localement).

ETAPE 2: Enlever les gants en les retournant et les faire tremper pendant dix minutes dans la solution chlorée. (Exécuter les **Etapes 1 et 2** assure que les deux surfaces des gants sont décontaminées.)

ETAPE 3: Laver les gants dans de l'eau savonneuse en nettoyant l'intérieur et l'extérieur.

ETAPE 4: Rincer les gants dans de l'eau propre jusqu'à ce qu'il ne reste plus de détergent ni de savon. (Les résidus de savon ou de détergent peuvent interférer avec la stérilisation ou la DHN qui suivra.)

ETAPE 5: Tester les gants en les gonflant à la main et en les tenant sous l'eau. (Des bulles d'air apparaîtront s'il y a des trous.)

ETAPE 6: Essuyer doucement les gants à l'intérieur et à l'extérieur avant de les stériliser ou de les DHN. (Des gants qui restent humides pendant longtemps absorberont l'eau et deviendront collants.)

ETAPE 7: Pour les gants qui seront stérilisés à la vapeur, les emballer avant le traitement.

† Adapté de: Tietjen L, Cronin W et McIntosh N: *Prévention des infections: Guide pratique à l'intention des programmes de planification familiale*. Baltimore, Maryland, JHPIEGO, 1992.

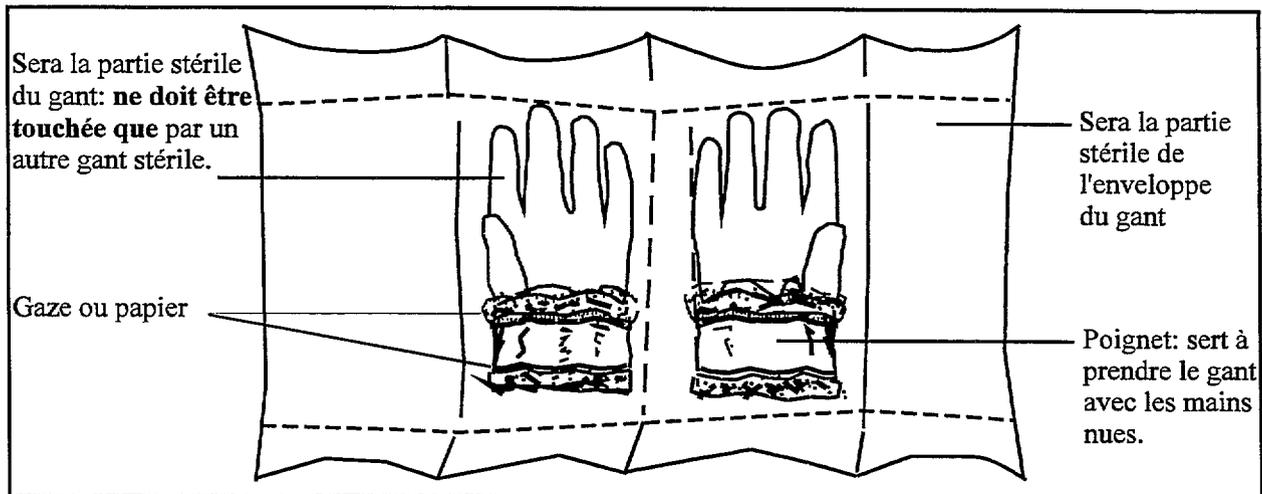
Note: Il faudrait jeter les gants après trois traitements car des déchirures invisibles peuvent se produire au fur et à mesure qu'ils sont utilisés et retraités.

**COMMENT STÉRILISER
LES GANTS
CHIRURGICAUX**

Une fois décontaminés, nettoyés et séchés, il faut envelopper les gants avant de les stériliser en autoclave. D'abord, il faut replier les poignets pour qu'on puisse enfiler les gants facilement sans les contaminer après la stérilisation. Ensuite, mettre de la gaze ou du papier à l'intérieur de chaque gant et sous le repli du poignet et les envelopper tel que le montre la **Figure D-1**. (Ne pas trop serrer les gants ni entourer les paquets de gants d'un élastique en caoutchouc). Enfin, mettre les paquets de gants dans un panier métallique, posés sur le côté pour permettre une pénétration optimum de la vapeur. (Si les gants sont empilés les uns sur les autres, la vapeur risque de mal pénétrer sous les poignets.) Les passer à l'autoclave à 121°C (250°F) pendant 30 minutes, sous une pression de 106 kPa (15 lb/in²).

Rappel: Des températures et des pressions plus élevées abîment les gants.

Figure D-1. Préparer les gants avant de les passer à l'autoclave (stérilisation à la vapeur)



Source: Office du Sud-Est asiatique/Organisation mondiale de la Santé, 1988.³

15

Lorsqu'ils sortent de l'autoclave, les gants sont extrêmement cassants et peuvent se déchirer facilement. Il ne faut donc **pas** les utiliser avant 24 à 48 heures pour qu'ils puissent retrouver leur élasticité et pour éviter qu'ils ne collent (**Tableau D-1**).

Tableau D-1	
Conseils pour éviter les problèmes de gants	
PROBLEME: GANTS COLLANTS OU VISQUEUX	
Cause probable	Solution recommandée
Résidus de savon liquide ou de détergent	Utiliser moins de savon liquide ou de détergent lorsqu'on lave les gants. Rincer les gants au moins trois fois dans de l'eau propre.
Chauffés à des températures élevées pendant trop longtemps	Stériliser pendant 30 minutes at 121°C (250°F) et retirer les gants du stérilisateur dès que le cycle est terminé.
Les gants ont été stérilisés avec d'autres objets	Stériliser les gants séparément.
On n'a pas laissé les gants sécher complètement après les avoir passés à la vapeur	Les porter "mouillés" dans les 30 minutes ou laisser sécher 4 à 6 heures avant de les utiliser.
Mauvaise utilisation du talc	Utiliser du talc à gants absorbable et suivre les instructions du fabricant pour recouvrir toutes les surfaces d'un film de talc.
Les surfaces des gants se touchent	Des morceaux de papier ou de gaze devraient être insérés entre la palme et le dessus de chaque gant ainsi qu'entre les doigts et les poignets repliés. Ainsi, la vapeur peut toucher toutes les surfaces pendant la stérilisation. Cela empêche également les surfaces de coller les unes aux autres.
Détérioration du caoutchouc (latex) (Les gants en caoutchouc/latex s'abîment lorsqu'ils sont stockés même si on ne les utilise pas. Ils deviennent mous, collants et inutilisables.)	Entreposer dans un endroit sec et frais. Ne pas entreposer à la lumière directe du soleil.
PROBLEME: DECHIRURE OU CASSURE EXCESSIVE	
Les gants ont été utilisés trop tôt après la stérilisation	Ne pas utiliser les gants avant 24 à 48 heures après la stérilisation. Cela permet aux gants de retrouver leur élasticité avant l'emploi.

Source: Tomlinson, 1991.⁴

**COMMENT FAIRE UNE
DESINFECTION DE
HAUT NIVEAU DES
GANTS CHIRURGICAUX
A LA VAPEUR**

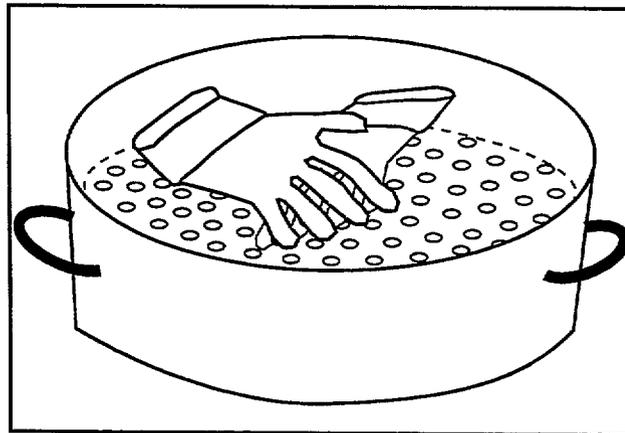
Après que les gants ont été décontaminés et soigneusement lavés, ils sont prêts à être désinfectés à haut niveau (DHN) à la vapeur.⁵

ETAPE 1: Replier les poignets des gants pour qu'on puisse les enfiler facilement et sans les contaminer après la DHN.

ETAPE 2: Placer les gants dans l'un des récipients percé dans le fond. Pour pouvoir retirer les gants plus facilement du récipient, les poignets devraient être tournés vers l'extérieur, vers le bord du récipient (**Figure D-2**).

On peut mettre de cinq à quinze paires dans chaque récipient selon la taille (diamètre) des récipients.

Figure D-2. Gants dans un des récipients de la marmite à vapeur



Source: Tietjen, Cronin et McIntosh, 1992.

ETAPE 3: Répéter ce processus jusqu'à ce qu'un maximum de trois des récipients de la marmite à vapeur soient remplis de gants. Empiler les récipients remplis au-dessus d'un récipient contenant l'eau à faire bouillir. Un deuxième récipient (vide) sans trous devrait être placé sur le comptoir à côté de la source de chaleur (voir **Etape 9**).

ETAPE 4: Placer le couvercle sur le récipient du dessus et faire bouillir l'eau à **gros bouillons**. (Si l'eau est simplement frémissante, il se forme très peu de vapeur et la température risque de ne pas être assez élevée pour tuer les micro-organismes).

Rappel: Assurez-vous qu'il y a assez d'eau dans le récipient du dessous pour la **durée entière** des 20 minutes de vapeur.

ETAPE 5: Baisser la chaleur pour que l'eau continue à bouillir à gros bouillons. (Si l'eau bout trop violemment, elle s'évapore rapidement et gaspille du carburant.)

ETAPE 6: Lorsque de la vapeur commence à sortir d'entre les récipients, démarrer le compte-minute ou noter l'heure et l'inscrire dans le journal DHN.

ETAPE 7: Traiter les gants à la vapeur pendant 20 minutes.

ETAPE 8: Retirer le récipient du dessus et mettre le couvercle sur le récipient directement en-dessous. Secouer doucement l'excédent d'eau des gants du récipient que l'on vient de retirer.

ETAPE 9: Placer le récipient contenant les gants sur le deuxième récipient (vide) (voir **Etape 3**). Répéter jusqu'à ce que tous les récipients contenant des gants soient réempilés sur ce récipient vide. (Cette étape permet aux gants de refroidir et de sécher sans être contaminés.)

Rappel: Ne pas placer les récipients contenant des gants sur une table, un comptoir ou une autre surface car les gants seront contaminés.

ETAPE 10: Laisser les gants sécher à l'air dans les récipients de la marmite à vapeur (4 à 6 heures) avant de les utiliser^{††}. Les gants qui ont été retirés d'un des récipient de la marmite à vapeur pour être portés "mouillés" ou "humides" mais qui n'ont pas été utilisés pendant la séance clinique devraient être retraités avant d'être utilisés.

^{††} Ou bien, laisser les gants sécher pendant 5 à 10 minutes avant de les porter "mouillés". Dans la mesure du possible, il faudrait utiliser les gants dans les 30 minutes. Après ce temps, les doigts des gants collent ensemble et les gants sont difficiles à enfiler bien qu'ils soient humides. Les gants qui ont été retirés d'un récipient de la marmite à vapeur pour être portés "mouillés" mais qui n'ont pas été utilisés pendant la séance clinique devraient être retraités.

ETAPE 11: A l'aide de pinces désinfectées à haut niveau, transférer les gants secs dans un récipient sec et désinfecté à haut niveau^{†††} muni d'un couvercle bien ajusté. Entreposer jusqu'à une semaine. (Les gants peuvent également être entreposés dans les récipients empilés et couverts de la marmite à vapeur.)

**COMMENT FAIRE UNE
DESINFECTION DE HAUT
NIVEAU DES GANTS
CHIRURGICAUX PAR
EBULLITION**

Même si l'ébullition permet une désinfection à haut niveau effective des gants, il est difficile de les sécher sans les contaminer. Par conséquent, les gants chirurgicaux ne devraient être bouillis **que** si les gants seront utilisés immédiatement (c'est-à-dire portés "mouillés" après avoir été bouillis et refroidis).

Après que les gants chirurgicaux ont été décontaminés et soigneusement lavés, ils sont prêts pour la DHN par ébullition pendant 20 minutes.

ETAPE 1: Mettre les gants dans un filet en plastique ou en nylon.

ETAPE 2: Mettre un poids dans le filet pour que tous les gants et le filet soient à au moins 2,5 cm (1 pouce) en-dessous de la surface de l'eau.

ETAPE 3: Mettre un couvercle sur le récipient et faire bouillir l'eau à **gros bouillons**. (Si l'eau est simplement frémissante, la température à la surface risque de ne jamais être assez élevée pour tuer les micro-organismes.)

ETAPE 4: Baisser la chaleur pour que l'eau continue à bouillir à gros bouillons. (Lorsque l'eau bout trop violemment, elle s'évapore rapidement et gaspille du carburant.)

Rappel: Assurez-vous qu'il y a assez d'eau dans le récipient pour recouvrir les objets pour la **durée entière des 20 minutes d'ébullition**.

^{†††} Pour préparer un récipient désinfecté à haut niveau, le faire bouillir (s'il est petit) ou remplir un récipient en plastique d'une solution chlorée à 0.5% et laisser tremper pendant 20 minutes. (La solution chlorée peut ensuite être transférée dans un autre récipient et réutilisée.) Rincer soigneusement l'intérieur du récipient avec de l'eau bouillie et laisser sécher à l'air.

ETAPE 5: Lorsque l'ébullition à gros bouillons commence, démarrer le compte-minute ou noter l'heure et l'inscrire dans le journal DHN. (Il ne faut rajouter ni objets ni eau une fois que l'on a commencé à chronométrer).

ETAPE 6: Faire bouillir les gants pendant **20 minutes**.

ETAPE 7: Après avoir fait bouillir pendant 20 minutes, retirer le filet de gants avec les pinces sèches, **désinfectées à haut niveau**. (Ne jamais laisser les objets qui ont bouilli dans l'eau qui a cessé de bouillir. Au fur et à mesure que l'eau refroidit et que la vapeur se condense, de l'air et des particules de poussière sont attirées vers le récipient et peuvent contaminer les gants.⁶⁾

ETAPE 8: Laisser l'excédent d'eau s'égoutter des gants (secouer doucement le filet). Placer le filet dans un récipient désinfecté à haut niveau, couvrir et laisser refroidir (environ 5 à 10 minutes) avant d'utiliser.

ETAPE 9: Mettre des gants désinfectés à haut niveau avant d'ouvrir le filet. Retirer les gants du récipient à l'aide de pinces désinfectées à haut niveau. Les gants qui sont portés "mouillés" peuvent être affaiblis et moins élastiques. Par conséquent, prendre beaucoup de précautions pour enfiler des gants "mouillés".

Note: Après avoir fait bouillir les gants, on devrait, dans la mesure du possible, les utiliser dans les 30 minutes. Après ce temps, les doigts des gants collent ensemble et les gants sont difficiles à mettre bien qu'ils soient humides.

ETAPE 10: Les gants qui restent dans le filet (qui n'ont pas été utilisés) à la fin de la séance clinique devraient être retraités. Ils ne sècheront pas complètement (à l'intérieur et à l'extérieur).

**CONTAMINATION
ACCIDENTELLE
DES GANTS STERILES
OU DESINFECTES
A HAUT NIVEAU**

Il y a plusieurs façons de contaminer des gants chirurgicaux stériles ou désinfectés à haut niveau:

- déchirer ou trouser le gant,
- toucher tout objet non stérile avec le gant stérile, ou
- toucher l'extérieur d'un gant stérile avec une main non gantée.

Les prestataires de services portant des gants stériles ou désinfectés à haut niveau devraient faire attention de **ne pas** contaminer par inadvertance leurs mains gantées en touchant des objets non stériles, la peau non préparée ou des muqueuses.

REMETTRE DES GANTS APRES LA CONTAMINATION

Pour remettre des gants après avoir contaminé un gant pendant une procédure:

- Enlever le gant contaminé par le poignet, et le placer dans une solution chlorée pour la décontamination (si on va le réutiliser) ou dans le récipient des déchets.

Gant stérile

- Demander à l'infirmière volante ou au technicien d'ouvrir un paquet de gants stériles, en plaçant le paquet de gants sur une surface propre.
- Enfiler le gant de remplacement de la façon habituelle.

Ou bien:

- Demander à l'infirmière instrumentiste ou au technicien d'ouvrir le paquet de gants stériles, de retirer un gant stérile et de tenir le gant ouvert par le poignet. Mettre la main dans le gant sans toucher l'extérieur du gant.
- Ajuster le gant après que l'infirmière instrumentiste ou le technicien a lâché le poignet.⁷
- Retirer le gant contaminé par le poignet et le placer dans la solution chlorée pour la décontamination si on va le réutiliser) ou dans le récipient des déchets.

Gant désinfecté à haut niveau

- Demander à l'infirmière volante ou au technicien de prendre un gant de remplacement avec les pinces désinfectées à haut niveau.
- Prendre le gant de remplacement par le poignet replié et l'enfiler de la façon habituelle.

161

Ou bien:

- Demander à l'infirmière (l'instrumentiste) ou au technicien de prendre avec les pinces un gant de remplacement dans le récipient désinfecté à haut niveau et de tenir le gant ouvert par le poignet. Mettre la main dans le gant sans toucher l'extérieur du gant.

REFERENCES

1. Bagg J, Jenkins S et Barker GR: A Laboratory Assessment of the Antimicrobial Effectiveness of Glove Washing and Re-use in Dental Practice. *Journal of Hospital Infection* 15(1): 73-82, 1990.
2. Martin MV et al: A Physical and Microbial Evaluation of the Re-use of Non-sterile Gloves. *British Dental Journal* 165(9): 321-24, 1988.
3. Office du Sud-Est asiatique (SEARO)/Organisation mondiale de la Santé: *A Manual on Infection Control in Health Facilities*. SEARO Regional Health Papers No. 18, New Delhi, 1988.
4. Tomlinson, M: Référence personnelle. Erie, Pennsylvania, Chosen Mission Project (Projet de mission choisie), 1991.
5. McIntosh N et al: Practical Method for High-Level Disinfection of Surgical Gloves. *American Public Health Association Annual Meeting*. Séance 2285. Washington, DC, du 31 octobre au 4 novembre 1994.
6. Perkins JJ: *Principles and Methods of Sterilization in Health Sciences*. 2ème éd. Springfield, Illinois, Charles C Thomas, 1983.
7. Sorensen KC et Luckman J: *Basic Nursing: A Psychophysiological Approach*, pp. 934-938. Philadelphia, Pennsylvania, WB Saunders Co, 1979.

EMPLOI DES MEDICAMENTS POUR LA DOULEUR

TYPES DE MEDICAMENT

Il existe trois catégories de médicaments pour la prise en charge de la douleur: les **anesthésiques**, les **analgésiques** et les **sédatifs**. Voici les effets de chaque type de médicament:

Les **anesthésiques** (locaux, régionaux et généraux) engourdisent toutes les sensations physiques.

Les **anesthésiques généraux** rendent la patiente complètement inconsciente. Ce sont par exemple l'halothane et l'éther.

Les **anesthésiques régionaux** (spinaux ou épiduraux) permettent à la patiente de rester éveillée mais bloquent toutes les sensations en-dessous d'un point particulier de la moëlle épinière. Ce sont par exemple la lidocaïne et la chloroprocaine.

Les **anesthésiques locaux** bloquent la douleur sur une petite partie du corps par injection d'un médicament dans les tissus mous entourant les terminaisons nerveuses. Ce sont par exemple la lidocaïne et la chloroprocaine. (Voir le **Chapitre 5** pour l'utilisation de l'anesthésie paracervicale pour l'AMIU.)

Les **analgésiques non-narcotiques** diminuent la sensation de douleur dans la moëlle épinière et dans le cerveau. Les narcotiques, un type d'analgésique, provoquent un état de stupeur tout en bloquant la transmission de la douleur. On peut utiliser les analgésiques pour une douleur légère à grave et on peut les administrer par voie buccale ou par injection intramusculaire (IM) ou intraveineuse (IV). Ce sont par exemple la morphine, la mépéridine et le Paracétamol®.

Les **sédatifs** ralentissent les fonctions du système nerveux central mais ne diminuent **pas** la douleur elle-même. On les utilise pour contrôler l'anxiété, amener le calme, détendre les muscles et faire dormir. Ce sont par exemple le diazépam et le midazolam.

ANALGESIQUES

L'analgésie peut soulager la gêne au niveau du col et du bassin liée au traitement de l'avortement incomplet par l'AMIU. On utilise les analgésiques en combinaison avec une anesthésie locale pour diminuer la douleur. Comme l'anesthésie paracervicale n'atteint pas les grands nerfs de l'utérus placés plus haut dans le bassin, elle n'a **pas** d'effet sur la douleur des crampes utérines; les analgésiques diminuent cette douleur. L'analgésique le plus approprié et la manière de l'administrer dépendront de la gravité de la douleur à laquelle on s'attend ainsi que de l'équipement disponible. Dans de nombreuses situations,

l'administration par voie buccale ou intramusculaire est appropriée; cependant l'administration par intraveineuse peut être plus indiquée, en particulier si la patiente reçoit déjà des liquides IV à cause d'une condition existante ou si elle a très mal. L'administration par voie intraveineuse demande un suivi plus attentif que par les autres voies pour dépister les réactions adverses (voir l'**Annexe B**).

Les analgésiques oraux tels que l'ibuprofène ou l'acétaminophène (avec ou sans codéine) sont appropriés lorsqu'on s'attend à une douleur faible à modérée. Il ne faudrait pas commencer la procédure AMIU avant que le médicament n'ait commencé à faire effet. Pour les médicaments administrés par voie buccale, cela prend au moins 30 à 60 minutes.

Un médicament anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) tel que l'ibuprofène peut être efficace pour diminuer la sensation de spasmes utérins. On a démontré que les AINS diminuent la sensation de douleur pendant et tout de suite après la procédure AMIU[†]. Les AINS peuvent être combinés à des narcotiques pour produire un effet analgésique supplémentaire, permettant ainsi d'obtenir un soulagement similaire de la douleur avec une dose de narcotique plus basse.²

Les narcotiques tels que la mépéridine ou la codéine aident dans le cas d'une douleur modérée à grave[†]. Cependant, lorsqu'on donne un narcotique à une patiente, il faut suivre sa récupération de près car il existe un risque de dépression respiratoire^{††}. De plus, les cliniciens devraient garder à l'esprit que les effets des narcotiques sont accentués chez des patientes souffrant de maladies chroniques ou chez celles qui ont perdu des quantités significatives de sang.

Si on s'attend à une dilatation cervicale difficile, une analgésie parentérale peut être indiquée. On peut utiliser d'autres agents tels qu'une anesthésie locale ou des sédatifs en combinaison avec une analgésie par IV ou IM^{†††}.

[†] La morphine par voie buccale n'est pas recommandée ici car ses effets durent trop longtemps pour la procédure AMIU de courte durée.

^{††} Les centres de santé fournissant des narcotiques doivent être prêts à prendre en charge les arrêts respiratoires. Des prestataires formés en réanimation cardiopulmonaire ainsi qu'à l'emploi approprié de médicaments antagonistes (Naloxone[®] et flumazénil) et de l'équipement de réanimation doivent être disponibles.

^{†††} Les sédatifs ainsi que les narcotiques ont un effet additif et peuvent augmenter le risque de dépression respiratoire. Lorsqu'un sédatif est combiné à un narcotique, l'arrêt respiratoire peut survenir à des doses plus faibles que si chaque médicament était utilisé seul. Par conséquent, lorsqu'il combine ces médicaments, le clinicien doit choisir soigneusement les dosages et surveiller de près pour détecter tout signe de dépression respiratoire.

L'injection IM devrait se donner environ 30 minutes avant la procédure pour permettre au médicament de faire effet; l'infusion IV fait effet presque immédiatement. (Voir le **Tableau E-1** pour des informations sur les dosages et les modes d'administration.) Il faudrait disposer de personnel formé et de soutien en cas d'urgence si on utilise l'analgésie par IV ou par IM.

Complications de l'analgésie

Les analgésiques non-narcotiques en dose unique produisent rarement des complications. Mais les analgésiques narcotiques peuvent ralentir ou même stopper la respiration. Si la patiente est en dépression respiratoire grave, le clinicien doit assister sa respiration avec un sac à ventilation (Ambu) et de l'oxygène. (La Pethidine[®] ainsi que le Fentanyl[®] peuvent être réversés avec du Naloxone; 0,4 mg IV.)

Tableau E-1
Médicaments analgésiques pour l'AMIU

Type d'analgésique	Nom (générique) du médicament	Dose et moment habituels	Durée de l'effet	Effets secondaires courants	Commentaires
Narcotique	Démero [®] Pethidine [†] (mépéridine)	25-50 mg IV ^{††} 50-100 mg IM 30 minutes avant la procédure 100-150 mg par voie buccale 30 à 60 minutes avant la procédure	2 heures	Somnolence, étourdissements, faiblesse, euphorie, bouche sèche	Réverser avec 0,4 mg de naloxone [†] en IV. Dose orale de mépéridine beaucoup moins efficace que IM ou IV.
Narcotique	Sublimaze [®] (fentanyl)	0,05-0,06 mg IV ^{††}	30 à 60 minutes	Somnolence, étourdissements, faiblesse, euphorie, bouche sèche	Réverser avec naloxone [†] tel que ci-dessus
Narcotique en combinaison	Paracétamol (acétaminophène avec codéine)	300/30 mg par voie buccale 1 heure avant la procédure	3 à 6 heures	Somnolence, étourdissements, faiblesse, bouche sèche	
Non-narcotique (AINS)	(ibuprofène) [†]	400-800 mg par voie buccale 30 à 60 minutes avant la procédure	Jusqu'à 5 heures	Possibilité de malaise gastro-intestinal	Effet antiprostaglandine
Non-narcotique	Paracétamol (acétaminophène) [†]	500-1000 mg par voie buccale 30 à 60 minutes avant la procédure	Jusqu'à 4 heures		

[†] Apparaît dans la liste des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la Santé.³

^{††} Tous les analgésiques donnés par intraveineuse devraient être administrés lentement et en petites doses. Il faudrait les donner juste avant de commencer la procédure en gardant à l'esprit que s'ils font effet rapidement, l'effet n'est quand même pas immédiat et, qu'en combinaison, ils sont plus susceptibles de produire des effets secondaires (dépression respiratoire). L'addition répétée de petites doses est une manière sûre d'administrer ces médicaments puissants pour en obtenir les effets importants sans avoir à faire face aux problèmes des effets secondaires.

85

SEDATIFS

Des doses légères à modérées de sédatifs tels que le diazépam amèneront la patiente à un état de relaxation, lui permettront d'avoir moins peur et diminueront sa mémoire de la procédure (voir le **Tableau E-2** pour les dosages spécifiques). Ils sont utiles lorsqu'une femme a très mal ou est très angoissée mais que son état physique est stable par ailleurs. Le midazolam a également un effet amnésique (modifie la mémoire des événements récents) qui peut être bénéfique.

On peut administrer les sédatifs par voie buccale ou parentérale. Il est important de ne **pas** donner de **doses trop élevées** car une forte sédation peut prolonger la récupération de la patiente et déprimer sa fonction respiratoire. Lorsqu'on administre des sédatifs, en particulier le midazolam, par voie intraveineuse, il est important de donner de petites doses sur une période de plusieurs minutes, tout en suivant de près la réaction de la patiente.

Le diazépam ainsi que le midazolam sont des sédatifs efficaces. Le midazolam fait effet plus rapidement et son effet dure moins longtemps; par conséquent, il faudrait le donner juste avant la procédure, pourvu que l'antidote (flumazénil) soit disponible en cas d'urgence. Si les femmes doivent attendre un certain temps avant le traitement, le diazépam est peut-être un bon choix.

Complications des sédatifs

La dépression respiratoire est une des complications causées par les sédatifs tels que le diazépam et le midazolam. Lorsqu'ils sont combinés à des narcotiques, la dépression respiratoire peut survenir avec des petits dosages. Ces médicaments peuvent être réversés avec 0,2 mg de flumazénil (Mazicon ou Reversed) donnés par voie intraveineuse. Répéter dans 1 minute si nécessaire. Un équipement d'assistance respiratoire (oxygène, conduit aérien et matériel de réanimation) doit être disponible et utilisé lorsque nécessaire.

136

Tableau E-2					
Sédatifs à employer avec un analgésique et/ou une anesthésie pour l'AMIU					
Type de sédatif	Nom (générique) du médicament	Dose et moment habituels	Durée de l'effet	Effets secondaires courants	Commentaires
Dépresseur du système nerveux central; benzo-diazépine	Valium® (diazépam) [†]	5-10 mg IV ^{††} 10 mg par voie buccale 30 à 60 minutes avant la procédure	2 heures	Vision trouble, vertige, maux de tête, nausée, rougeur/douleur au site de l'injection, engourdissement/fourmillement/douleur aux mains ou aux pieds	La benzodiazépine peut être réversée avec 0,2 mg de flumazénil (Mazicon® ou Reversed®) en IV. Répéter après 1 minute si nécessaire. Le diazépam a un léger effet amnésique.
	Versed® (midazolam)	0,5-1,0 mg IV ^{††}	30 à 60 minutes	Vision trouble, vertige, maux de tête, nausée, rougeur/douleur au site de l'injection, engourdissement/fourmillement/douleur aux mains ou aux pieds	Pareil que ci-dessus. Le midazolam a un effet amnésique modéré.

[†] Apparaît dans la liste des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la Santé.³

^{††} Tous les analgésiques et sédatifs donnés par voie intraveineuse devraient être administrés lentement et de façon intermittente. Il faudrait les donner juste avant de commencer la procédure en gardant à l'esprit que s'ils font effet rapidement, l'effet n'est quand même pas immédiat et, qu'en combinaison, ils sont plus susceptibles de produire des effets secondaires. L'addition répétée de petites doses est une manière sûre d'administrer ces médicaments puissants pour en obtenir les effets importants sans avoir à faire face aux problèmes des effets secondaires.

REFERENCES

1. Suprpto K et Reed S: Naproxen Sodium for Pain Relief in First-Trimester Abortion, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 150(8): 1000-1001, 1984.
2. Abramowicz M (éd): Drugs for Pain. *The Medical Letter on Drugs and Therapeutics* 35, 1993.
3. Organisation mondiale de la Santé. *L'utilisation des médicaments essentiels—quatrième rapport du comité d'experts de l'OMS.*(The Use of Essential Drugs). Genève, OMS, 1990.¹

¹ N.B. Il y a une version mise à jour de ce document: *L'utilisation des médicaments essentiels - sixième rapport du comité d'experts.* Série de rapports techniques No. 850m OMS 1995.

EQUIPEMENT ET FOURNITURES NECESSAIRES POUR L'AMIU

Voici les instruments et les fournitures fongibles de base pour pratiquer l'AMIU:

- Spéculum à double valve (petit, moyen ou grand)
- Tenaculum utérin ou pince vulsellum
- Pince à éponge ou à anneau (2)
- Seringue de 10-20 ml et aiguille No. 22 (pour l'anesthésie paracervicale)
- Instruments de l'AMIU
 - seringues à vide AMIU à une ou à deux valves
 - canules flexibles de différentes tailles
 - adaptateurs (dans le cas d'une seringue à deux valves)
 - silicone pour lubrifier le joint (l'Anneau O) de la seringue AMIU
- Source de lumière (pour voir le col et inspecter les tissus)
- Coton/Compresse de gaze
- Solution antiseptique (de préférence un iodophore tel que l'iode de povidone)
- Gants, gants chirurgicaux stériles ou désinfectés à haut niveau ou gants d'examen neufs
- Gants de ménage
- Passoire (pour l'examen des tissus)
- Loupe simple (x 4-6 agrandissement) (facultatif)
- Récipient ou bac transparent (pour l'examen des tissus)

Articles qui devraient être à portée de main, mais qui ne sont pas nécessaires pour toutes les procédures AMIU:

- Anesthésique local (par exemple, lidocaïne à 1% sans adrénaline)

- Curettes, tranchantes
- Dilatateurs mécaniques effilés (Pratt [métallique] ou Denniston [plastique])

Les médicaments essentiels dont on a besoin pour les soins d'urgence postavortement et qui devraient être disponibles aux niveaux primaire et d'aiguillage sont énumérés dans l'**Annexe G**.

Mobilier et équipement

Avant de commencer la procédure AMIU, s'assurer que l'équipement et les fournitures donnés ci-après se trouvent dans la salle de traitement et en bon état de fonctionnement:

- Table d'examen avec étriers
- Lumière forte (par exemple, lampe articulée)
- Siège ou tabouret pour le clinicien (facultatif)
- Seaux en plastique pour la solution de décontamination (chlore à 0,5%)
- Récipient qu'on ne peut pas percer pour jeter les objets pointus (aiguilles)
- Récipient étanche pour jeter les déchets infectieux

Pour la désinfection à haut niveau ou la stérilisation des instruments

Les articles qui suivent devraient être disponibles pour le traitement des instruments:

- Récipients non métalliques (en plastique)
- Détergent
- Eau propre
- Solution chlorée (solution concentrée ou poudre)
- Désinfectant de haut niveau ou agent de stérilisation (facultatif)
- Grand pot pour faire bouillir les canules (facultatif)
- Marmite à vapeur pour passer à la vapeur les gants chirurgicaux, les canules et les instruments chirurgicaux
- Autoclave (vapeur) ou four à convection (chaleur sèche)

116

**Pour la réanimation
d'urgence**

Ces articles sont rarement requis pour les évacuations utérines mais on en aura besoin en cas d'urgence:

- Sels d'ammoniaque (ampoules)
- Atropine
- Équipement et liquides pour les intraveineuses (tels que la solution injectable de Ringer-DSW ou une solution Dextrose/Saline-D/S)
- Sac Ambu avec oxygène (réservoir avec débitmètre)
- Conduit aérien

MEDICAMENTS ESSENTIELS POUR LES SOINS D'URGENCE POSTAVORTEMENT†

ANESTHESIQUES, LOCAUX^{††}

Atropine
Diazépam
Lignocaïne à 1% sans adrénaline

ANALGESIQUES

Acide acétylsalicylique
Ibuprofène
Mépéridine (ou produit de remplacement approprié)

ANTIBIOTIQUES

Antibiotiques polyvalents tels que:
Ampicilline
Benzylpénicilline
Pénicilline cristalline
Chloramphénicol
Métronidazole
Sulfaméthoxazole
Sulfaméthoxazole-trimétroprime
Tétracycline

PRODUITS SANGUINS^{††}

Plasma humain séché

ANTISEPTIQUES

Chlorhexidine^{†††} à 4% (Hibitane, Hibiscrub)
Préparations à base d'iode à 1-3%
Iodophores (Bétadine)

DESINFECTANTS

Hypochlorite de sodium à 5-10% (solution décolorante de chlore du commerce)
Formaldéhyde à 8% (Formalin)
Glutaraldéhyde à 2% (Cidex)

ANATOXINE TETANIQUE^{†††}

OCYTOXIQUES^{††}

Ergométrine en injection
Ergométrine en comprimés
Ocytocine en injection

SOLUTIONS INTRA VEINEUSES^{††}

De l'eau pour les injections
Lactate de sodium (de Ringer)
Solution de glucose à 5% et 50%
Solution de glucose salée avec isotonique
Chlorure de potassium
Chlorure de sodium

† Adapté de: Organisation mondiale de la Santé, *Éléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours (Essential Elements of Obstetric Care at First Referral Level)*. Genève, OMS, 1991.

†† Devraient être disponibles dans tous les établissements secondaires ou d'aiguillage.

††† Le Savlon, qui contient de la chlorhexidine, n'est pas nommé ici car la concentration de chlorhexidine varie d'un pays à l'autre d'aussi peu que 1% à 4%. (Passer en revue les produits locaux pour leur concentration approximative avant l'emploi.)

†††† Si elle est disponible, il faudrait donner de l'immunoglobuline anti-tétanos D lorsque cela est indiqué.

PRECAUTIONS POUR EFFECTUER L'AMIU

Pendant l'évaluation initiale, on peut découvrir des conditions indiquant qu'il faut **retarder** la procédure AMIU, **démarrer** un autre traitement avant de commencer l'AMIU ou **employer** une technique différente pour vider la cavité utérine. Les **précautions** et le **bien-fondé** de chacune de ces conditions sont donnés ci-après.

Condition	Précaution/Prise en charge	Bien-fondé
<p>Etat de choc (dû à une hémorragie ou à une septicémie)</p> <ul style="list-style-type: none"> • pouls rapide, faible (> 110) • tension artérielle basse (diastolique < 60) • pâleur (Hb < 7 g/dl) • transpiration • respiration rapide (> 30) • nervosité, confusion • perte de connaissance 	<p>Stabiliser la patiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oxygène • liquides intraveineux • antibiotiques (s'il y a des signes de choc septique) • transfusion sanguine si nécessaire <p>Retarder l'AMIU jusqu'à ce que la prise en charge de l'état de choc ait commencé.</p> <p>Exécuter l'AMIU sans tarder dès que la condition de la patiente est stabilisée.</p>	<p>L'état de choc est une condition qui comporte un danger de mort. Il faut le prendre en charge et stabiliser la patiente avant d'effectuer l'AMIU.</p>
<p>Saignement vaginal grave</p> <ul style="list-style-type: none"> • fort saignement rouge vif, avec ou sans caillots • bandes, serviettes, vêtements trempés de sang • pâleur (Hb < 7 g/dl) 	<p>Evaluer toutes les causes du saignement.</p> <p>Les sources de saignement autres que les PRC (par exemple, lacération vaginale/cervicale, traumatisme génital, lésion intra-abdominale, perforation utérine) devraient être prises en charge en premier.</p> <p>Si l'on peut voir des tissus par l'orifice du col, les retirer.</p> <p>Evacuer les PRC en utilisant l'AMIU après que la condition de la patiente est stabilisée.</p>	<p>Un saignement grave peut aussi être dû à une blessure intra-abdominale, une lacération cervicale ou vaginale ou une perforation utérine et peut mettre la vie en danger.</p> <p>Quelquefois le simple fait de retirer les tissus permettra à l'utérus de se contracter et ralentira le saignement.</p>
<p>Lésion intra-abdominale (y compris si on soupçonne une grossesse extra-utérine ou s'il y a perforation utérine)</p> <ul style="list-style-type: none"> • abdomen distendu • moins de bruits abdominaux • abdomen rigide (tendu et dur) • sensibilité à la palpation appuyée • nausée, vomissements, douleur, fièvre, douleur abdominale, crampes 	<p>Immédiatement évaluer et prendre en charge la lésion intra-abdominale possible (liquides intraveineux, antibiotiques ou transfusion sanguine s'il y a des signes d'état de choc).</p> <p>Effectuer la chirurgie (laparoscopie ou laparotomie tel que nécessaire).</p> <p>Evacuer les PRC en utilisant l'AMIU après que la condition de la patiente est stabilisée.</p>	<p>Un abdomen rigide ou une douleur abdominale très forte peut indiquer la possibilité d'une lésion intra-abdominale sérieuse et le besoin de faire immédiatement une évaluation chirurgicale.</p>

Condition	Précaution/Prise en charge	Bien-fondé
<p>Avortement septique (infection localisée ou généralisée venant de l'avortement)</p> <ul style="list-style-type: none"> • frissons ou suées • fièvre (> 38°C) • écoulement vaginal mal odorant ou purulent (comme du pus) • abdomen distendu • sensibilité à la palpation appuyée • antécédents d'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses • saignement prolongé • douleur abdominale • malaise général; symptômes ressemblant à ceux de la grippe 	<p>Donner des antibiotiques (de préférence par voie intraveineuse) et des liquides IV.</p> <p>S'il y a risque d'exposition au tétanos et si les antécédents de vaccination de la patiente sont incertains, donner un vaccin antitétanique ou un sérum antitétanique</p> <p>Evacuer les PRC en utilisant l'AMIU dès que la couverture antibiotique est établie.</p>	<p>Infection/Septicémie (tétanos et gangrène), choc septique, septicémie et péritonite peuvent se développer à cause des PRC. De telles infections peuvent mettre la vie en danger et doivent être traitées immédiatement.</p> <p>Exécuter l'AMIU sans démarrer d'abord un traitement antibiotique peut aggraver l'infection.</p>
Antécédents médicaux		
<p>Antécédents de troubles sanguins qui pourraient mener à de la coagulopathie (saignement excessif)</p>	<p>L'AMIU devrait être exécutée avec beaucoup de prudence et là où tout l'équipement de soutien en cas d'urgence est disponible, y compris du sang frais et des facteurs de coagulation.</p>	<p>La possibilité de saignement excessif pendant et après l'AMIU exige que tout l'équipement de soutien en cas d'urgence soit disponible immédiatement.</p>
<p>Anémie grave (Hb < 7 g/dl)</p>	<p>Exécuter l'AMIU avec beaucoup de prudence là où tout l'équipement de soutien en cas d'urgence est disponible, en particulier des liquides IV et peut-être des succédanés du plasma sanguin.</p>	<p>Les saignements résultant de l'AMIU pourraient aggraver l'anémie et mener à un état de choc.</p>
Examen clinique/gynécologique		
<p>Utérus plus grand que ne le ferait penser la date des dernières règles</p>	<p>Passer les antécédents en revue en recherchant des causes possibles de l'écart de taille.</p> <p>Refaire l'examen gynécologique après que la patiente a vidé sa vessie.</p> <p>S'assurer que l'agrandissement n'est pas dû à une masse rectale ou annexielle.</p> <p>Demander à un prestataire plus expérimenté d'examiner la patiente.</p> <p>Procéder avec précaution et là où tout l'équipement de secours en cas d'urgence est disponible.</p>	<p>Peut indiquer que la grossesse est plus avancée que ne le ferait penser la date des dernières règles, des grossesses multiples, une grossesse molaire (maladie du trophoblaste), que la cavité utérine est remplie de caillots sanguins (syndrome postavortement) ou des fibromes utérins.</p>

Condition	Précaution/Prise en charge	Bien-fondé
Taille de l'utérus est incertaine	<p>Si on n'est pas sûr de la taille de l'utérus, procéder comme si l'utérus était plus grand que ne l'indiquent les antécédents.</p> <p>Suggestions pour obtenir une meilleure évaluation de la taille de l'utérus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen rectovaginal permet de mieux évaluer un utérus rétroversé • Un prestataire plus expérimenté pourra peut-être donner une évaluation plus exacte • Les ultrasons, si on en dispose, peuvent donner une évaluation exacte de la taille de l'utérus. 	<p>La possibilité d'un saignement excessif ainsi que les compétences cliniques requises augmentent avec la taille de l'utérus. Il est impératif que le clinicien qui exécute l'AMIU soit aussi sûr que possible de la taille de l'utérus avant de commencer la procédure.</p>
Fibromes utérins	<p>Si des fibromes utérins empêchent d'évaluer la taille de l'utérus, exécuter l'AMIU en prenant des précautions extrêmes. Tout l'équipement de secours en cas d'urgence devrait être disponible.</p> <p>Voir "Taille de l'utérus est incertaine" ci-dessus.</p>	<p>La présence de fibromes augmente le risque d'évacuation incomplète. Il est important que tout l'équipement de secours en cas d'urgence soit disponible.</p>
Taille de l'utérus par examen gynécologique au-delà du premier trimestre (d'après le nombre de semaines depuis la date des dernières règles)	<p>S'assurer que les instruments et le personnel en mesure d'évacuer un utérus de grande taille sont présents. Cela demandera peut-être des canules à grand diamètre ou de grandes curettes/pinces capables de retirer des fragments placentaires/fœtaux retenus.</p>	<p>Dans le cas de gestations plus avancées que le premier trimestre, un simple équipement d'aspiration par le vide ne sera peut-être pas suffisant pour retirer les PRC retenus de manière sûre et efficace.</p>

ANNEXE I

PREPARER LES INSTRUMENTS POUR L'AMIU

ETAPES DE LA PREPARATION DES INSTRUMENTS DE L'AMIU

Sur un plateau stérile ou DHN, placer plusieurs canules de tailles appropriées. Pour pouvoir transférer de façon effective le vide de la seringue à l'utérus, la canule devrait juste tenir dans le col sans qu'il ne reste d'espace. L'évaluation de la taille la plus appropriée pour la canule se fonde sur la taille réelle de l'utérus ainsi que sur la dilatation cervicale présente, telles que déterminées par l'examen gynécologique. Il est recommandé d'avoir des canules de différentes tailles à portée de main.

Tableau I-1. Canule appropriée selon la taille de l'utérus

Taille approximative de l'utérus (En semaines après la date des dernières règles)	Taille approximative de la canule
6-8	6 mm
> 8	égale à la taille normale selon le nombre de semaines depuis la date des dernières règles

Source: IPAS, 1994.

Préparer les seringues AMIU et les adaptateurs (si nécessaire) en se référant au tableau suivant. Il est préférable d'avoir deux seringues AMIU à portée de main avant de commencer la procédure car il est difficile de savoir à l'avance combien de sang et de tissu restent dans l'utérus. Noter que les points de couleur sur les canules correspondent à la couleur de l'adaptateur approprié.

Tableau I-2. Pièces d'instrument compatibles

Taille de la canule	Couleur de l'adaptateur	Type de seringue
4, 5, 6 mm	Pas besoin d'adaptateur	Simple
4, 5, 6 mm	bleu	Double
7 mm	marron clair	Double
8 mm	beige	Double
9 mm	marron foncé	Double
10 mm	vert foncé	Double
12 mm	Pas besoin d'adaptateur	Double

Source: IPAS, 1994.

125

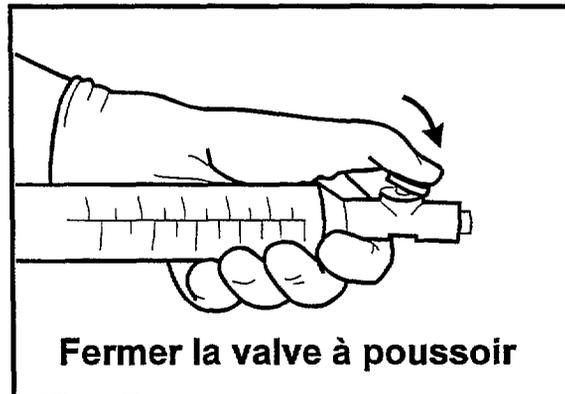
Inspecter les seringues et les canules. Pour être efficace, une seringue doit pouvoir retenir le vide. Jeter toute seringue présentant des fissures ou des défauts visibles ainsi que les seringues qui ne retiennent pas le vide. Jeter toutes les canules comportant des fissures ou d'autres signes d'usure.

Attacher l'adaptateur (si nécessaire) au bout de la seringue ou de la canule. Une fois que le bout de la canule a été inséré par le col, elle sera attachée à la seringue avec l'adaptateur.

Vérifier le piston et la valve. Le piston devrait être tout entier dans le corps de pompe et la valve à pousoir devrait être ouverte avec le ou les pousoir(s) sorti(s).

Fermer la valve à pousoir en enfonçant le(s) bouton(s) vers le bas et l'avant, vers le bout de la seringue. On peut sentir que la valve se verrouille en place.

Figure I-1. Fermer la valve à pousoir

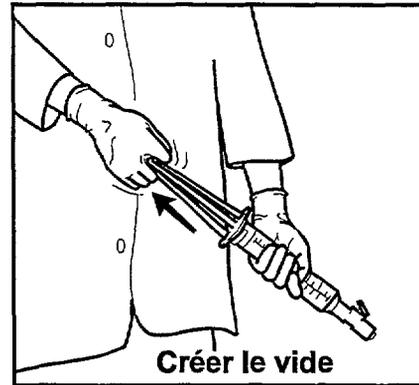


Source: IPAS, 1994.

Préparer la seringue en tenant le corps de pompe et en tirant sur le piston jusqu'à ce que les bras du piston sortent au bout du corps de pompe de la seringue. Une fois que le piston est en place, vérifier que les bras du piston sont en position stable, entièrement déployés sur les côtés et en sécurité au-dessus du bord du corps de pompe. Avec les bras dans cette position, le piston n'avancera pas vers l'avant et le vide sera maintenu. Si les bras sont placés de manière incorrecte, ils pourraient glisser dans l'intérieur du corps de pompe, repoussant peut-être les contenus de la seringue ou de l'air dans l'utérus. Ne jamais tenir la seringue par les bras du piston.

1-2

Figure I-2. Préparer la seringue



Source: IPAS, 1994.

Vérifier que la seringue retient le vide avant de l'utiliser. Laisser la seringue pendant quelques minutes une fois le vide établi. Ouvrir la valve à poussoir en relâchant le(s) bouton(s). On peut entendre une aspiration d'air dans la seringue, indiquant qu'il y avait bien le vide dans la seringue. Si on n'entend pas cette aspiration de l'air, suivre les instructions données dans le **Chapitre 8** pour lubrifier le joint (l'Anneau O) avec du silicone et tester à nouveau le vide. Remplacer le joint ou utiliser une autre seringue si la seringue ne retient pas le vide.

Rétablir le vide au moment de la procédure.

EVALUATION DU GUIDE PRATIQUE SUR LES SOINS APRES AVORTEMENT

Veuillez indiquer votre opinion des chapitres suivants sur une échelle de 1 à 5.

5-Excellent 4-Très bon 3-Satisfaisant 2-A besoin d'améliorations[†] 1-Non satisfaisant[†]

CONTENUS	Facile à lire	Contient l'information à connaître	Les figures et les tableaux sont une aide	Utile pour la résolution de problèmes
Evaluation générale du guide: Soins après avortement				
CHAPITRE				
1. Soins après avortement				
2. Parler avec les patientes				
3. Bilan initial				
4. Prévention des infections				
5. Prise en charge de la douleur				
6. Traitement de l'avortement incomplet				
7. Prise en charge des problèmes et des complications pendant l'AMIU				
8. Traitement du matériel et des autres fournitures AMIU				
9. Planification familiale postavortement				
10. Organiser et gérer les services				

[†] Si vous avez noté un des chapitres moins que satisfaisant (2 ou 1), merci de noter vos commentaires au dos.

REMARQUES SUPPLEMENTAIRES

1. Quels sujets (le cas échéant) devraient **comporter plus de détails** pour améliorer le présent guide?
2. Quels sujets (le cas échéant) devraient **comporter moins de détails** pour améliorer le présent guide?
3. Quels sujets (le cas échéant) devraient être **ajoutés** (et pourquoi) pour améliorer le présent guide?
4. Quels sujets (le cas échéant) devraient être **retirés** (et pourquoi) pour améliorer le présent guide?
5. Avez-vous reçu le présent guide en participant à un stage de formation? Dans la négative, dans quelles circonstances l'avez-vous reçu?

198

