

Avortement provoqué : Mise à jour des lignes directrices en cas de pandémie et de périodes de bouleversements sociaux

Dustin Costescu, Edith Guilbert, Marie-Soleil Wagner, Sheila Dunn, Wendy V. Norman, Amanda Black, Regina Renner, Jeanne Bernardin, Brian Fitzsimmons, Konia Trouton

Introduction

En 2020, la pandémie de COVID-19 a mis peu de temps à profondément perturber la société, tant par la maladie en soi que par les mesures de distanciation physique. Afin d'assurer une capacité de soins maximale, la plupart des établissements ont réduit leurs services cliniques et de nombreuses interventions chirurgicales déjà planifiées ont été reportées indéfiniment. En outre, des perturbations dans la chaîne d'approvisionnement et des pénuries de médicaments sont attendues.

La prévention des grossesses non planifiées et l'accès à l'avortement pourraient se complexifier pendant la pandémie de COVID-19. En fait, la demande pour ces services pourrait même dépasser la demande normale. Par conséquent, la contraception et les soins en avortement demeurent des services essentiels pour lesquels le délai d'intervention est un facteur important.

Ainsi, nous souhaitons présenter des directives cliniques provisoires pour énoncer les meilleures pratiques et, en cas de données probantes limitées, fournir un consensus d'experts sur les stratégies visant à maintenir l'accès à l'avortement pendant la pandémie de COVID-19 ou lors d'autres périodes de bouleversements sociaux majeurs, tels que les catastrophes naturelles, les conflits armés et les interruptions importantes de la chaîne d'approvisionnement.

Recommandations et déclarations sommaires

AVORTEMENT PROVOQUÉ

1. L'avortement provoqué est un service médical essentiel pour lequel le délai d'intervention est un facteur important et dont l'accès doit être maintenu en cas de pandémie ou de périodes de bouleversements sociaux.

L'avortement provoqué est un service médical et un droit de la personne¹. Le coût personnel d'une grossesse non planifiée est élevé, tout comme les coûts assumés par le système de santé pour prendre en charge les femmes vivant une grossesse non planifiée². Cela dit, toute réduction des services d'avortement amplifierait les risques médicaux et imposerait un fardeau supplémentaire au système de santé³. L'avortement est le plus sécuritaire lorsqu'il est pratiqué tôt dans la grossesse. Ainsi, tout délai d'attente pour accéder à l'avortement augmente les risques médicaux pour les patientes^{4,5}. Comme l'avortement est aussi plus sécuritaire qu'un accouchement, le fait de ne pas avoir accès à l'avortement provoqué augmente les risques pour les femmes qui souhaitent en obtenir un^{6,7}. Dans les pays où l'avortement sécuritaire n'est pas disponible, l'avortement non médicalisé est un facteur majeur de mortalité maternelle¹.

La pandémie actuelle perturbe l'accès aux services de santé en matière de contraception et d'avortement, ce qui fait augmenter la demande pour les services existants, qui doivent non seulement être maintenus, mais aussi s'adapter pour répondre aux besoins locaux.

2. Les cliniciens et les patientes doivent choisir la méthode d'avortement la plus appropriée. Les

cliniciens doivent soupeser les risques et les bénéfices de l'avortement chirurgical et de l'avortement médicamenteux, ce dernier pouvant aussi être offert dans un cadre virtuel.

En début de grossesse, l'avortement médicamenteux (AM) et l'avortement chirurgical sont des options de première ligne en matière d'interruption de grossesse^{8,9}. Bien que l'avortement chirurgical, par rapport à l'avortement médicamenteux, soit légèrement plus efficace et présente un taux de complications moins élevé, il exige au moins une consultation en personne dans un établissement de soins⁸⁻¹⁰. Par ailleurs, en raison des changements en matière de ressources médicales, il peut s'avérer difficile de faire les évaluations en personne généralement conseillées avant l'AM, conformément aux directives cliniques précédemment en vigueur.

Tous les cliniciens qui offrent des services d'avortement doivent exercer une saine gestion des ressources, peu importe le mode d'avortement choisi. L'AM peut être offert en toute sécurité par télémédecine ou consultations virtuelles¹¹. Plusieurs protocoles d'AM « sans contact » ou « sans examens » ont récemment été mis au point. Ils guident les cliniciens dans la prestation de soins d'avortement sans examens (ou en cas d'impossibilité d'examens).¹²

Il est essentiel que les patientes qui optent pour l'AM aient accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à un clinicien compétent qui puisse leur fournir les soins appropriés. Étant donné que bien des visites à l'urgence peuvent être évitées par un simple triage téléphonique, les cliniciens capables de fournir un soutien d'urgence aux patientes ayant choisi l'avortement (directement ou par un modèle de couverture téléphonique) doivent être le premier point de contact pour les patientes qui ont des questions ou des inquiétudes.

3. Les patientes et les cliniciens doivent se conformer aux règles et stratégies locales de prévention des infections, y compris le report du rendez-vous d'une patiente qui présente un syndrome d'allure grippale ou qui s'avère un cas soupçonné ou confirmé de COVID-19.

Bien que l'avortement soit une situation médicale urgente, la sécurité des autres patientes et des travailleurs de la santé est également importante. Comme la plupart des patientes peuvent retarder un avortement pour permettre la tenue d'une période d'isolement de deux semaines, sans augmentation considérable de leurs risques d'issues défavorables, il y a lieu de respecter les politiques locales de prévention des infections.

Si une patiente est malade ou qu'elle s'avère un cas soupçonné ou confirmé de COVID-19, l'avortement chirurgical en milieu hospitalier est l'option recommandée. Cette option limite le risque d'exposition à une seule visite et l'intervention doit être pratiquée par des travailleurs de la santé formés et compétents qui portent l'équipement de protection individuelle nécessaire pour prendre en charge les personnes infectées au SARS-CoV-2. En définitive, l'approche individualisée est inévitable pour de tels scénarios.

4. Lorsque des fournisseurs compétents et des équipements de protection sont disponibles, les hôpitaux et les établissements qui offrent des services d'avortement devraient repousser de deux semaines l'âge gestationnel maximal auquel ils fournissent ce service afin d'assurer un accès continu à l'avortement du premier et du deuxième trimestre.

La plupart des hôpitaux ont une politique interne concernant la limite supérieure d'âge gestationnel à laquelle un avortement est permis. L'âge gestationnel maximal devrait être déterminé, dans la mesure

du possible, en fonction de la compétence du fournisseur et des ressources disponibles. Par conséquent, si les ressources le permettent, les hôpitaux devraient repousser de deux semaines la limite supérieure d'âge gestationnel à laquelle un avortement est permis afin d'assurer un accès continu aux patientes dont l'avortement a été reporté en raison de la pandémie de COVID-19.

En raison des contraintes hospitalières pouvant limiter aux clientèles locales les services d'avortement du deuxième trimestre, les hôpitaux dotés de fournisseurs qualifiés devraient augmenter la limite supérieure d'âge gestationnel à 24 semaines pour offrir ces services.

AVORTEMENT CHIRURGICAL

1. L'avortement chirurgical avec bloc paracervical et sédation-analgésie N'EST PAS une intervention médicale générant des aérosols. La sédation-analgésie doit être fortement envisagée avant de recourir à l'anesthésie générale lors d'un avortement chirurgical.

Par rapport à l'anesthésie générale, l'anesthésie locale avec sédation-analgésie est associée à moins de douleurs et à un plus faible taux de complications⁹. De plus, la sédation-analgésie légère qui préserve la respiration spontanée et évite l'utilisation d'une ventilation au masque N'EST PAS considérée comme une intervention médicale générant des aérosols. De ce fait, le port du masque N-95 n'est pas requis. Par rapport à une intervention en salle d'opération traditionnelle, l'intervention sous sédation-analgésie peut nécessiter moins de membres du personnel et améliorer les conditions de distanciation physique¹³. Il est injustifié pour les hôpitaux de limiter l'accès à l'avortement en raison du risque d'aérosolisation ou du besoin de conservation des respirateurs étant donné qu'un appareil d'anesthésie et de ventilation n'est pas requis.

2. Le protoxyde d'azote NE DOIT PAS être utilisé pendant l'avortement chirurgical en raison du risque de contamination par le SRAS-CoV-2.

Compte tenu des récentes données probantes relativement aux porteurs asymptomatiques et de l'incertitude quant à l'intégrité du circuit de protoxyde d'azote et d'oxygène, l'utilisation du protoxyde d'azote (ex. : Entonox) peut présenter un risque pour la santé des patientes et des travailleurs de la santé. De plus, comme le protoxyde d'azote est peu efficace pour soulager la douleur pendant l'avortement chirurgical, il n'y a pas lieu d'y avoir recours⁹.

3. Il N'EST PAS nécessaire de refaire une vérification du facteur Rhésus (Rh) avant l'avortement chirurgical.

Étant donné le faible risque d'allo-immunisation Rhésus, il n'est pas nécessaire de revérifier le facteur Rh. La décision d'administrer des immunoglobulines anti-D (IgRh) peut être prise en fonction des résultats antérieurs.

4. L'avortement par induction doit être envisagé pour les patientes qui ne sont pas en mesure d'accéder aux services d'avortement chirurgical du deuxième trimestre.

L'avortement par induction demeure une option pour les patientes qui ne peuvent pas accéder aux services d'avortement du deuxième trimestre (dilatation et évacuation). La préparation cervicale au moyen de 200 mg de mifépristone par voie orale 24 à 48 heures avant l'administration du misoprostol

permet de réduire la durée d'hospitalisation. Un schéma posologique de misoprostol est décrit dans la directive clinique de la SOGC sur l'avortement provoqué.⁹ Pour limiter la durée d'hospitalisation, la première dose de misoprostol (qui est fournie avec la combinaison mifépristone-misoprostol) peut être prise à la maison. La patiente est ensuite admise à l'hôpital lorsque les contractions commencent ou qu'une deuxième dose s'avère nécessaire.

AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX (AM)

1. L'avortement médicamenteux pratiqué à l'aide de la combinaison mifépristone et misoprostol devrait être offert comme méthode de première ligne pour l'avortement provoqué d'une grossesse de 70 jours ou moins.

La combinaison mifépristone-misoprostol est indiquée jusqu'à 63 jours de gestation. La directive existante de la SOGC stipule que cette combinaison peut être utilisée jusqu'à un âge gestationnel de 70 jours⁸. Nous continuons de recommander ces âges gestationnels maximums pour la majorité des fournisseurs d'AM.

2. Pour les fournisseurs expérimentés qui peuvent assurer une surveillance étroite, l'avortement médicamenteux au moyen de la combinaison mifépristone et misoprostol peut être offert en remplacement de l'avortement chirurgical jusqu'à un âge gestationnel de 77 jours.

Les nouvelles données probantes et les consensus d'experts soutiennent l'utilisation de l'avortement médicamenteux jusqu'à un âge gestationnel de 77 jours (11 semaines), à l'aide de la mifépristone et de l'administration de doses répétées de misoprostol¹⁰. Toutefois, cette méthode doit être réservée aux fournisseurs expérimentés qui peuvent fournir une surveillance adéquate et assurer des soins opportuns en cas d'urgence médicale. Les patientes doivent être informées que le recours à la mifépristone après 63 jours constitue une utilisation hors indication (« off-label »). Elles doivent également savoir qu'elles vont probablement expulser et voir un fœtus intact et que le risque de complications est accru. Pour ces raisons, et en raison du risque accru de visites à l'urgence, nous continuons de recommander l'avortement chirurgical pour la plupart des cas où l'âge gestationnel excède 70 jours.

3. Le schéma posologique constitué de 200 mg de mifépristone administrée par voie orale suivie de 800 mcg de misoprostol par voie buccale ou vaginale représente la méthode privilégiée d'avortement médicamenteux. Si la mifépristone n'est pas disponible, les services d'avortement chirurgical doivent être rétablis ou augmentés pour répondre à la demande.

Dans bien des territoires, les services d'avortement chirurgical diminuent à mesure que la proportion d'avortements provoqués par voie médicamenteuse augmente. En cas de pénurie de mifépristone, les services chirurgicaux doivent être restaurés et/ou élargis pour assurer l'accès à l'avortement pour des raisons humanitaires.

4. Les cliniciens devraient prescrire une dose supplémentaire de 800 mcg de misoprostol (buccal ou vaginal) à utiliser sur recommandation d'un fournisseur de soins de santé en cas de soupçon d'un avortement incomplet ou d'un échec de l'avortement.

Afin de limiter les visites de patientes en pharmacie et de réduire les complications, les ordonnances

d'AM devraient inclure une dose supplémentaire de 800 mcg de misoprostol afin que les patientes aient déjà le médicament sous la main s'il s'avérait nécessaire. En général, une deuxième dose de misoprostol est administrée en cas d'âge gestationnel avancé, de soupçon d'échec de l'AM (saignement ou expulsion minimales) ou de prise en charge d'un avortement incomplet ou une poursuite de grossesse⁸.

Dans le respect des pratiques exemplaires, l'ordonnance initiale devrait également inclure la prescription d'une méthode contraceptive à débiter au moment de l'AM. Le clinicien peut prescrire des analgésiques supplémentaires et/ou une prophylaxie contre les infections transmissibles sexuellement (ITS) en fonction de son jugement clinique et des demandes de la patiente.

5. L'avortement médicamenteux peut être fourni sur la seule base d'un test de grossesse à domicile et de la date de la dernière menstruation si la patiente ne présente aucun facteur de risque de grossesse ectopique, qu'elle est raisonnablement certaine de la date de sa dernière menstruation, qu'elle ne prend aucun contraceptif hormonal, qu'elle a des cycles menstruels réguliers et qu'elle ne présente aucune autre contre-indication.

Cette déclaration concorde avec la directive sur l'AM actuellement en vigueur⁸. Les patientes sans facteur de risque qui sont raisonnablement certaines de la date de leur dernière menstruation et qui ont des cycles menstruels réguliers sont généralement capables d'indiquer l'âge gestationnel de leur grossesse avec précision. Aucune autre analyse n'est nécessaire.

6. Avant l'avortement médicamenteux, il y a lieu d'effectuer une évaluation échographique chez les patientes ayant une datation incertaine de la grossesse, des facteurs de risque de grossesse ectopique ou des signes et symptômes suggestifs de grossesse ectopique.

L'échographie demeure la norme de référence en matière d'évaluation de la grossesse, quelle que soit l'intention de la grossesse. Étant donné que les risques de grossesse ectopique non détectée sont faibles mais graves en période de ressources médicales limitées, il est important de se rappeler que les patientes présentant des facteurs de risque (comme des antécédents de grossesse ectopique ou d'intervention chirurgicale tubaire) ou manifestant des signes ou symptômes de grossesse ectopique devraient subir une échographie. Les patientes qui sont incertaines de l'âge gestationnel de leur grossesse (date de la dernière menstruation ou datation de la conception incertaines) devraient avoir une évaluation supplémentaire de l'âge gestationnel⁸.

7. Il est nécessaire d'exercer une surveillance étroite et d'assurer un suivi rigoureux jusqu'à l'avortement complet si l'échographie n'a pas été utilisée avant l'avortement médicamenteux.

Toute grossesse soumise à un AM sans échographie préalable est considérée, par définition, comme une grossesse de localisation indéterminée. Bien que le risque de grossesse ectopique non détectée soit faible, un suivi étroit est nécessaire pour assurer l'AM complet⁸. Si les cliniciens estiment que leur disponibilité est incertaine (directement ou par couverture téléphonique) pour fournir une évaluation rapide jusqu'à la confirmation d'un avortement complet, ils ne doivent pas débiter un AM

8. La vérification du facteur Rh et l'administration d'immunoglobulines anti-D (IgRh) ne sont pas nécessaires pour un avortement médicamenteux avant 70 jours.

Les données probantes actuelles indiquent que la vérification du facteur Rh et l'administration

d'IgRh ne sont pas nécessaires dans le cadre d'un AM pratiqué à un âge gestationnel de 56 jours (8 semaines) ou moins étant donné le très faible risque d'expression de l'antigène Rh sur les cellules fœtales.

Pour l'AM à un âge gestationnel entre 56 et 70 jours, seuls des consensus d'experts indiquent la conduite à adopter relativement au facteur Rh^{14, 15}. Conformément à d'autres directives nationales, comme le risque d'allo-immunisation est faible et que les analyses sanguines et l'administration d'IgRh exigent une ou deux visites supplémentaires de la patiente, nous recommandons de suspendre la vérification du facteur Rh et l'administration d'IgRh dans le cadre d'un AM pendant la pandémie de COVID-19.

Nous recommandons de recommencer à suivre les directives cliniques en vigueur concernant le facteur Rh lors d'AM dès la fin de la pandémie de COVID-19⁸. Des orientations supplémentaires seront fournies lors du renouvellement de cette directive clinique.

9. L'avortement médicamenteux peut être fourni selon une stratégie progressive (ressources minimales, ressources limitées et prestation selon les directives approuvées (« on label ») lors de ressources complètes). La décision d'offrir un avortement médicamenteux doit être prise en fonction de la compétence du clinicien, de la disponibilité des ressources et des préférences de la patiente.

La prestation selon les directives approuvées (« on label ») de l'AM avec la mifépristone nécessite plus de ressources (ex. : échographie, examens de laboratoire) en comparaison des protocoles basés sur les données probantes⁸. Toutefois, la disponibilité des ressources telles que l'imagerie et les examens de laboratoire peuvent grandement varier et être présente de manière imprévisible au cours d'une pandémie ou d'une période de bouleversements sociaux. Les cliniciens doivent exercer une saine gestion des ressources dans la mesure du possible et savoir reconnaître lorsqu'un manque de ressources est présent ou que leur degré de confort ne permet pas la prestation d'un AM de façon sécuritaire.

Plusieurs nouvelles directives cliniques sur l'AM ont été publiées pour offrir aux fournisseurs expérimentés des protocoles de prise en charge de l'AM à des âges gestationnels avancés ou selon une démarche « sans contact » ou « sans examens »¹². Ces orientations provisoires déterminent les examens qui peuvent sécuritairement être omis, tout en maintenant un haut niveau d'innocuité pour les patientes. Les fournisseurs doivent tenir compte de leur propre compétence et de leur expérience en matière d'AM avant d'utiliser ces protocoles. Ils doivent également informer les patientes qu'il s'agit de nouveaux protocoles en raison de la faible disponibilité des ressources et qu'il s'agit d'une utilisation hors indication des médicaments (« off-label »). Si un clinicien ne croit pas que la disponibilité des ressources permet la prestation sécuritaire de l'AM, il est recommandé de pratiquer un avortement chirurgical ou d'orienter la patiente vers un clinicien plus expérimenté.

Références :

1. Organisation mondiale de la Santé. Abortion. Accessible : <https://www.who.int/health-topics/abortion>. Consulté le 13 avril 2020.
2. Black AY, Guilbert É, Hassan F, et coll. The Cost of Unintended Pregnancies in Canada: Estimating Direct Cost, Role of Imperfect Adherence, and the Potential Impact of Increased Use of Long-Acting Reversible Contraceptives. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(12):1086-97.
3. Organisation mondiale de la Santé. Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, 2e éd. Accessible : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78413/1/9789242548433_fre.pdf?ua=1. Consulté le 13 avril 2020.
4. Grimes DA, Creinin MD. Induced abortion: an overview for internists. *Ann Intern Med.* 2004;140:620-6.
5. White K, Carroll E, Grossman D. Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature. *Contraception.* 2015;92:422-38.
6. Joseph KS, Liu S, Rouleau J, et coll. Severe maternal morbidity in Canada, 2003 to 2007: surveillance using routine hospitalization data and ICD-10CA codes. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010;32:837-46.
7. Raymond EG, Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstet Gynecol.* 2012;119:215-9.
8. Costescu D, Guilbert É, et coll. Medical Abortion. *J Obstet Gynecol Can.* 2016. 38(4):366-89.
9. Costescu D, Guilbert É, et coll. No 360 - Avortement provoqué : avortement chirurgical et méthodes médicales au deuxième trimestre. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018;40(6):784-821.
10. Ireland LD, Gatter M, Chen AY. Medical compared with surgical abortion for effective pregnancy termination in the first trimester. *Obstet Gynecol.* 2015;126(1):22-8.
11. Grossman D, and Grindlay K. Safety of medical abortion provided through telemedicine compared with in person. *Obstet Gynecol.* 2017;130(4):778-82.
12. Raymond E, Creinin MD, et coll. Protocol for No-Test Medication Abortion. *Contraception.* Soumission. Accessible : <https://escholarship.org/uc/item/02v2t0n9>
13. Dobson G, Chong MA, Chow L, et coll. Sédation procédurale : exposé de principe de la Société canadienne des anesthésiologistes. *J Can Anesth.* 2018 : <https://doi.org/10.1007/s12630-018-1230-z>
14. Organisation mondiale de la Santé. Utilisation des médicaments dans le cadre d'un avortement. Accessible : <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/fr/>. Consulté le 13 avril 2020.

15. Mark A, Foster AM, Grossman D, et coll. Foregoing Rh testing and anti-D immunoglobulin for women presenting for early abortion: a recommendation from the National abortion Federation's Clinical Policies Committee. *Contraception*. 2019;99 :265-266.