

Déclaration de l'IMAP sur l'importance de garantir des soins d'avortement après 13 semaines de gestation

Introduction

Cette déclaration a été préparée par le Comité consultatif médical international (IMAP) et approuvée en novembre 2024.

L'avortement après 13 semaines de gestation est un élément clé des soins d'avortement complets. Également appelés avortements du deuxième trimestre ou avortements tardifs, les avortements après 13 semaines constituent 10 à 15 % de tous les avortements provoqués dans le monde, bien que les taux puissent atteindre 40 % dans certains contextes [\(1,2\)](#). Bien que moins fréquents, deux tiers de toutes les complications majeures liées à l'avortement surviennent après 13 semaines, et sont responsables de près de la moitié de tous les décès liés à l'avortement.

La majorité de ces décès liés à l'avortement et complications associées surviennent dans les pays où les restrictions légales sont les plus sévères et où la prévalence des avortements à risque est élevée [\(3\)](#).

La Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) soutient le droit des femmes et des autres personnes enceintes à mettre fin à leur grossesse, ainsi que leur droit à pouvoir accéder à des soins d'avortement sécurisés en cas de besoin, y compris à des stades de gestation plus avancés. La grossesse peut être interrompue en toute sécurité dans la majorité des cas, quelle que soit la durée de la gestation, bien que les risques associés aux complications de l'avortement augmentent à mesure que la

REMARQUE : Ce document s'applique aux femmes et aux filles ainsi qu'à toutes les personnes susceptibles de tomber enceintes, y compris les personnes intersexuées, les hommes et garçons transgenres et les personnes ayant d'autres identités de genre qui peuvent avoir la capacité de procréer et avorter. Aux fins du présent document, les références aux « femmes et aux filles » désignent toutes les personnes qui ont la capacité de tomber enceintes.

Déclaration de l'IMAP sur l'importance de garantir des soins d'avortement après 13 semaines de gestation

grossesse avance, en particulier si la procédure d'avortement est dangereuse.. Les limites gestationnelles prévues par les politiques et les lois restreignent l'accès aux soins, obligeant souvent les femmes et les personnes enceintes à recourir à un avortement non sécurisé.

Objet de cette déclaration

Cette déclaration est destinée à soutenir et à guider les associations membres de l'IPPF et les autres organisations de santé sexuelle et reproductive et de femmes, y compris celles qui fournissent des informations et des services, qui s'engagent dans le plaidoyer et/ou qui s'associent aux gouvernements et à d'autres parties prenantes clés. Elle est conçue pour sensibiliser à l'importance des soins d'avortement après 13 semaines de gestation et pour fournir aux prestataires de services et aux défenseurs des informations et des outils pour soutenir la prestation de services d'avortement au-delà de 13 semaines.

Pourquoi l'avortement après 13 semaines est nécessaire

Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles les clientes peuvent demander un avortement au-delà de 13 semaines [\(4-7\)](#). Ces facteurs incluent :¹

- des lois et politiques restrictives en matière d'avortement
- des contraceptifs qui interrompent les cycles menstruels, qui occultent l'absence de règles et retardent la détection de la grossesse
- des risques pour la santé de la personne enceinte
- des anomalies fœtales graves qui peuvent ne pas apparaître et/ou être diagnostiquées avant 13 semaines
- des grossesses plus tardives, avec un risque plus élevé d'anomalies fœtales ou d'autres complications de santé

- des obstacles financiers et logistiques qui retardent la recherche de soins
- une détection tardive de la grossesse
- un avortement infructueux à un stade antérieur de la grossesse
- hésitation et/ou difficulté à décider d'avorter
- l'obésité, qui a été associée à des retards dans la reconnaissance de la grossesse
- des déplacements causés par les crises humanitaires avec rupture des approvisionnements, destruction d'infrastructures et absence du personnel de santé
- un manque de prestataires disponibles et formés
- une préférence des prestataires et/ou une hésitation à proposer des avortements tardifs
- une objection de conscience des prestataires
- des prestataires refusant ou retardant l'orientation.

Alors que la plupart des avortements ont lieu avant 13 semaines, les avortements à risque au-delà de 13 semaines sont une cause importante de décès maternel. Près de la moitié de tous les décès liés à l'avortement et deux tiers de toutes les complications majeures liées à l'avortement sont causés par un avortement non médicalisé après 13 semaines [\(3\)](#). Les facteurs contribuant à ces taux comprennent les lois et politiques restrictives sur l'avortement qui n'autorisent l'avortement qu'avant 13 semaines et/ou pour des indications spécifiques. Dans les pays où les lois sur l'avortement sont moins restrictives, les périodes d'attente obligatoires inutiles, les conseils ou l'exigence de visites multiples constituent également des obstacles et ajoutent des délais supplémentaires contribuant à la nécessité d'un avortement après 13 semaines [\(8,9\)](#).

¹ Cette déclaration ne précise pas de limite gestationnelle supérieure au-delà de 13 semaines, car le besoin d'avortement peut varier, notamment parce que les anomalies fœtales peuvent n'être détectées qu'à différents stades tardifs de la grossesse

Les personnes qui cherchent à avorter après 13 semaines sont souvent les plus marginalisées et les moins bien desservies, comme les jeunes, les adolescentes et les victimes de violences sexuelles et sexistes. Il existe peu de différences démographiques entre les personnes qui cherchent à avorter avant et après 13 semaines en termes d'ethnicité, de nombre d'avortements antérieurs ou de nombre d'enfants existants ([2,10–16](#))

Comment l'avortement après 13 semaines est pratiqué : options de soins

Les méthodes chirurgicales et médicales sont toutes deux recommandées pour l'avortement à 13 semaines de gestation ou après. L'avortement médicamenteux et la dilatation et l'évacuation (D&E) pratiqués à l'aide de méthodes fondées sur des données probantes et recommandées par l'OMS sont à la fois sûrs et efficaces pour provoquer un avortement tardif. Les deux ont été introduites avec succès dans des programmes dans des contextes à faibles ressources, mais les environnements logistiques et réglementaires peuvent faire en sorte que l'une soit plus facile à étendre ou à introduire que l'autre ([17](#)).

Lorsque cela est possible, l'accès aux deux méthodes doit être disponible et proposé aux clientes, car beaucoup ont de fortes préférences pour une modalité par rapport à une autre.

Pour des informations détaillées sur les schémas et techniques décrits ci-dessous, veuillez consulter le chapitre 5 des directives cliniques de l'IPPF qui sont axées sur la cliente ([26](#)).

Méthodes médicales d'avortement après 13 semaines :

- Schéma combiné d'avortement médicamenteux : mifépristone orale suivie de doses répétées de misoprostol ; ou
- Misoprostol seul, en doses répétées (lorsque la mifépristone n'est pas disponible).

L'induction de l'asystolie foetale par injection intra-amniotique ou intrafoetale est recommandée avant un avortement médicamenteux lorsqu'il existe une possibilité de viabilité foetale après expulsion ([18](#)). Si d'autres problèmes de santé/médicaux (par exemple, des comorbidités ou des anomalies utérines) sont détectés et qu'ils peuvent causer ou aggraver des complications, les clientes doivent être orientées vers un établissement de soins de santé de niveau supérieur approprié pour la procédure d'avortement et/ou pour d'autres services, selon les besoins. Des mécanismes d'orientation clairs doivent être mis en place pour orienter les clientes vers un établissement de santé de niveau supérieur en cas de complications pendant la procédure ou pendant la convalescence. La contraception post-avortement doit être fournie immédiatement à celles qui le souhaitent, ou orientée vers ces services, si elle n'est pas disponible sur place.

Avortement chirurgical à partir de 14 semaines de gestation : dilatation et évacuation (D&E)

La dilatation et évacuation (D&E) est actuellement la méthode chirurgicale recommandée pour les grossesses à partir de 14 semaines de gestation. L'aspiration manuelle intra-utérine peut également être utilisée seule jusqu'à 14-16 semaines par des prestataires expérimentés ; cependant, après 15-16 semaines, elle est principalement utilisée pour évacuer le liquide et le placenta tandis que les forceps sont nécessaires pour les tissus foetaux ([19,20](#)). Des prestataires formés et compétents et un équipement spécifique doivent être disponibles pour pratiquer la D&E en toute sécurité. La D&E doit être pratiquée dans un établissement de santé et peut être pratiquée en ambulatoire. La D&E est plus douloureuse et prend plus de temps que l'aspiration en début de gestation. Elle nécessite également une préparation cervicale et une combinaison d'aspiration et de forceps émoussés.

Déclaration de l'IMAP sur l'importance de garantir des soins d'avortement après 13 semaines de gestation

Considérations relatives à la mise en œuvre :

- Pour tous prestataires, des compétences et une formation plus avancées sont nécessaires pour la pratique de la D&E que pour une aspiration intra-utérine pratiquée plus tôt dans la grossesse.
- La D&E comprend l'utilisation de l'aspiration intra-utérine ; par conséquent, l'équipement et compétences permettant de réaliser une aspiration à vide sont essentiels.
- Les agents de santé qui pratiquent l'avortement ou qui soignent les femmes qui subissent un avortement à un âge gestationnel \geq 13 semaines peuvent avoir des besoins supplémentaires en matière de soutien professionnel et de mentorat, comme des ateliers de partage d'expériences par les prestataires (21,22).

NOTE : La dilatation et le curetage (D&C) étant plus douloureux et potentiellement plus compliqués que l'aspiration et/ou la dilatation et l'évacuation, ils ne sont pas recommandés par l'OMS. L'OMS déclare que son utilisation doit être remplacée par des méthodes d'avortement sans risque (aspiration utérine/D&E ou avortement médicamenteux). De plus, elle est considérée comme incompatible avec de nombreux droits humains, notamment le droit à la santé (15).

Qui peut pratiquer l'avortement après 13 semaines

Les prestataires ont besoin de compétences et d'équipements supplémentaires pour l'avortement à des âges gestationnels plus élevés. Les médecins généralistes et spécialistes sont le personnel cadre recommandé de prestataires de services selon les directives mises à jour de l'OMS pour offrir à la fois la prise en charge médicale de l'avortement provoqué et la dilatation et l'évacuation (D&E) pour l'avortement chirurgical. Cependant, des preuves émergent que les

prestataires de niveau intermédiaire et les sages-femmes peuvent être formés pour fournir des soins d'avortement en toute sécurité au-delà de 13 semaines (17).

D'autres prestataires de services tels que les professionnels de la médecine traditionnelle et complémentaire, les sages-femmes et les cliniciens associés peuvent être formés pour fournir des D&E. Les agents de santé qui pratiquent la D&E devraient être impliqués dans d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive et à la gestion médicale de l'avortement provoqué avec un accès facile à un soutien chirurgical approprié et lorsque l'infrastructure appropriée est disponible pour traiter l'avortement incomplet ou d'autres complications (23).

Soins post-avortement et contraception

Toutes les options contraceptives peuvent être envisagées après un avortement après 13 semaines de gestation tout en dotant les clientes des outils, des connaissances et des ressources nécessaires pour prendre des décisions qui correspondent à leurs diverses expériences de vie (24). L'ovulation peut reprendre dès 8 à 10 jours après un avortement et revient généralement dans un délai d'un mois, ce qui expose la cliente à un risque de grossesse si la contraception n'est pas adoptée. Des conseils en matière de contraception doivent être proposés avant l'avortement pour permettre une mise en route immédiate. S'il n'y a aucune preuve d'infection, les dispositifs intra-utérins peuvent être insérés dès l'expulsion de la grossesse ou à la fin d'un avortement chirurgical (25). La contraception hormonale peut être initiée dès la première dose du régime d'avortement médicamenteux ou immédiatement après la fin d'un avortement chirurgical. La mise en place d'un diaphragme nécessite un délai jusqu'après les premières règles suivant l'avortement. Si la contraception n'est pas initiée au moment de l'avortement, il est essentiel que les femmes soient bien informées du retour rapide de l'ovulation (et d'une éventuelle grossesse) et de la manière

d'accéder à la contraception si/quand elles le souhaitent.

Le conseil et l'information font partie intégrante de la prestation de services d'avortement et de toute prise de décision éclairée, et ils doivent être fournis de manière centrée sur le client. Pour plus de conseils sur le conseil et la prise de décision éclairée, veuillez vous référer aux Lignes directrices cliniques de l'IPPF qui sont axées sur le client (CCCG, Chapitre 3 : Conseil et Chapitre 5 : Avortement, 2.3 : Information, conseil et consentement éclairé [\(26\)](#).

Recommandations pour les associations membres de l'IPPF et d'autres organisations sur la manière de soutenir l'avortement après 13 semaines [\(27\)](#)

Pour la prestation de services

- Les soins liés à l'avortement après 13 semaines de gestation doivent être accessibles et facilités pour celles qui en ont besoin, y compris pour les soins post-avortement ou tout traitement nécessaire aux clientes qui ont tenté de provoquer elles-mêmes un avortement.
- Les prestataires et les responsables des établissements doivent suivre les recommandations cliniques de l'OMS pour la prestation de soins liés à l'avortement, y compris pour les soins post-avortement et l'initiation de la contraception.
- La dilatation et le curetage (D&C) sont considérés comme une méthode obsolète d'évacuation utérine et doivent être remplacés par des méthodes recommandées par l'OMS telles que la dilatation et l'évacuation ou des méthodes médicales.
- La formation et le soutien institutionnel pour la prestation de soins liés à l'avortement après 13 semaines doivent être étendus aux cliniciens qualifiés en soins liés à l'avortement précoce.
- Réduire les obstacles logistiques et financiers aux services d'avortement au début de la grossesse afin de faciliter et d'améliorer

l'accès, ce qui diminue le besoin de services ultérieurs.

- Un environnement favorable doit être créé dans les établissements en proposant ou en orientant vers des services et en réduisant la stigmatisation entourant les services d'avortement tardif, tant pour les prestataires que pour les clientes.

Pour les politiques et le plaidoyer

- Plaider pour la suppression des lois et autres politiques et réglementations qui interdisent l'avortement en fonction des limites d'âge gestationnel.
- Plaider en faveur de l'élargissement du personnel de santé devant fournir des services d'avortement, conformément aux recommandations de l'OMS.
- Soutenir la dépénalisation de l'avortement, y compris l'avortement autogéré.
- Élaborer des messages de plaidoyer et des supports de communication qui dissipent la désinformation sur l'avortement après 13 semaines, en utilisant un langage et des images positifs et déstigmatisants. Voir, par exemple, le Guide de l'IPPF Comment parler de l'avortement : Guide pour des messages non stigmatisants (28) et How to report on abortion - A guide for journalists, editors and media outlets [\(29\)](#).

D'autres lacunes de recherche ont été recommandées pour élargir la base de données probantes sur l'avortement après 13 semaines :

- Améliorer les schémas de gestion de la douleur.
- Gestion des échecs d'avortements médicamenteux après 24 heures de traitement
- Sécurité et gestion des schémas d'avortement médicamenteux chez les femmes présentant une cicatrice utérine.
- Lutte contre la stigmatisation, l'épuisement professionnel et soutien aux prestataires de services d'avortement.
- Soutenir les besoins et les préférences des personnes qui gèrent elles-mêmes ou accompagnent les avortements à des stades

de gestation plus avancés, en particulier leurs interactions avec le système de santé.

- Incidence, besoins et obstacles à l'avortement après 13 semaines parmi les groupes marginalisés tels que les travailleurs du sexe, les personnes handicapées et les populations LGBTQI+.
- Méthodes et modèles de formation efficaces pour que les prestataires de soins de santé apprennent à pratiquer des avortements après 13 semaines.

Références

1. Harris LH, Grossman D. Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *Int J Gynecol Obstet*. 2011 Oct;115(1):77–9.
2. Constant D, Kluge J, Harries J, Grossman D. An analysis of delays among women accessing second-trimester abortion in the public sector in South Africa. *Contraception*. 2019 Sep;100(3):209–13.
3. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. 2009 Dec;31(12):1149–58.
4. Lyus R, Robson S, Parsons J, Fisher J, Cameron M. Second trimester abortion for fetal abnormality. *BMJ*. 2013 Jul 3;347(jul03 1):f4165–f4165.
5. Foster DG, Jackson RA, Cosby K, Weitz TA, Darney PD, Drey EA. Predictors of delay in each step leading to an abortion. *Contraception*. 2008 Apr;77(4):289–93.
6. Kerns JL, Turk JK, Corbetta-Rastelli CM, Rosenstein MG, Caughey AB, Steinauer JE. Second-trimester abortion attitudes and practices among maternal-fetal medicine and family planning subspecialists. *BMC Womens Health*. 2020 Dec;20(1):20.
7. Beasley AD, Olatunde A, Cahill EP, Shaw KA. New Gaps and Urgent Needs in Graduate Medical Education and Training in Abortion. *Acad Med*. 2023 Apr;98(4):436–9.
8. De Londras F, Cleeve A, Rodriguez MI, Farrell A, Furgalska M, Lavelanet A. The impact of mandatory waiting periods on abortion-related outcomes: a synthesis of legal and health evidence. *BMC Public Health*. 2022 Dec;22(1):1232.
9. Lindo JM, Pineda-Torres M. New Evidence on the Effects of Mandatory Waiting Periods for Abortion. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021 Dec;80:102533.
10. Baum S, DePiñeres T, Grossman D. Delays and barriers to care in Colombia among women obtaining legal first- and second-trimester abortion. *Int J Gynecol Obstet*. 2015 Dec;131(3):285–8.
11. Swanson M, Karasek D, Drey E, Foster DG. Delayed pregnancy testing and second-trimester abortion: can public health interventions assist with earlier detection of unintended pregnancy? *Contraception*. 2014 May;89(5):400–6.
12. Foster DG, Kimport K. Who Seeks Abortions at or After 20 Weeks? *Perspect Sex Reprod Health*. 2013 Dec;45(4):210–8.
13. Kimport K. Is third-trimester abortion exceptional? Two pathways to abortion after 24 weeks of pregnancy in the United States. *Perspect Sex Reprod Health*. 2022 Jun;54(2):38–45.
14. Foster DG, Gould H, Taylor J, Weitz TA. Attitudes and Decision Making Among Women Seeking Abortions at One U.S. Clinic. *Perspect Sex Reprod Health*. 2012 Jun;44(2):117–24.
15. Jones RK, Finer LB. Who has second-trimester abortions in the United States? *Contraception*. 2012 Jun;85(6):544–51.
16. Ipas. Who has second trimester abortions? [Internet]. 2015. Voir : <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/07/2TRIFSE16-WhoHas2ndTrimAbortions.pdf>
17. Kapp N, Dijkerman S, Getachew A, Eckersberger E, Pearson E, Abubeker FA, et al. Can mid-level providers manage medical abortion after 12 weeks' gestation as safely and effectively as physicians? A non-inferiority, randomized controlled trial in Addis Ababa, Ethiopia. *Int J Gynecol Obstet*. 2024 Jun;165(3):1268–76.
18. Diedrich J, Goldfarb CN, Raidoo S, Drey E, Reeves MF. Society of Family Planning Clinical Recommendation: Induction of fetal asystole before abortion Jointly developed with the Society for Maternal-Fetal Medicine ☆☆☆. *Am J Obstet Gynecol*. 2024 Sep;S0002937824009037.
19. Castleman LD, Oanh KTH, Hyman AG, Thuy LT, Blumenthal PD. Introduction of the dilation and evacuation procedure for second-trimester abortion in Vietnam using manual vacuum aspiration and buccal misoprostol. *Contraception*. 2006 Sep;74(3):272–6.
20. Todd CS, Soler ME, Castleman L, Rogers MK, Blumenthal PD. Manual vacuum aspiration for second-trimester pregnancy termination. *Int J Gynecol Obstet*. 2003 Oct;83(1):5–9.
21. Hassinger J, Seewald M, Martin L, Harris L. The providers share workshop: a tool for reducing stigma in Latin America. *Contraception*. 2016 Oct;94(4):401.
22. Mosley, Martin, Seewald, Hassinger, Blanchard, Baum, et al. Résoudre le stigmate du prestataire de l'avortement : Mise en œuvre pilote de l'atelier de partage Providers Share Workshop en Afrique subsaharienne et en Amérique latine *Int Perspect Sex Reprod Health*. Numéro spécial de 2020.
23. Kapp N, Edelman A, Gomperts R, Srinivasan K, Dabash R. Addressing the urgent global need for later abortion care during COVID-19 and beyond. *BMJ Sex Reprod Health*. 2021 Oct;47(4):e15–e15.
24. Castro A, Kabra R, Coates A, Kiarie J. Successful strategies that address gender-related barriers and promote bodily autonomy within efforts to scale up and sustain post-pregnancy

Déclaration de l'IMAP sur l'importance de garantir des soins d'avortement après 13 semaines de gestation

contraception: A scoping review [Internet]. Public and Global Health; 2024 [cited 2024 Nov 13]. Voir : <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2024.06.21.24309318>

25. Korjamo R, Mentula M, Heikinheimo O. Immediate versus delayed initiation of the levonorgestrel-releasing intrauterine system following medical termination of pregnancy – 1 year continuation rates: a randomised controlled trial. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2017 Dec;124(13):1957–64.

26. Fédération internationale pour la planification familiale. Client Centred Clinical Guidelines for Sexual and Reproductive Health. Fédération internationale pour la planification familiale ; 2022.

27. Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique. Déclaration de la FIGO Améliorer l'accès à l'avortement au-delà de 12 semaines de grossesse FIGO ; 2021. Disponible sur le lien suivant : <https://www.figo.org/fr/resources/figo-statements/improving-access-abortion-beyond-12-weeks-pregnancy>

28. Fédération internationale pour la planification familiale. Comment parler de l'avortement : Guide pour des messages non stigmatisants [Internet]. Fédération internationale pour la planification familiale ; 2023. Voir : https://www.ippf.org/sites/default/files/2023-04/ippf_abortion_messaging_guide-2023_french_final.pdf

29. Fédération internationale pour la planification familiale, Campagne internationale pour le droit des femmes à l'avortement sécurisé. How to report on abortion - A guide for journalists, editors and media outlets (29). Fédération internationale pour la planification familiale ; 2017. Disponible en anglais sur le lien suivant : <https://www.ippf.org/resource/how-report-abortion-guide-journalists-editors-and-media-outlets>

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à ceux qui ont rédigé, édité et approuvé la déclaration : Melissa Cockroft, Dr Nathalie Kapp, Dr Chipso Gwanzura, Dr Raffaella Schiavon Ermani, Dr Gail Knudson, Dr Zozo Nene, Dr Metin Gülmezoglu, Dr Michalina Drejza, Dr Paul D. Blumenthal, Dr Arachu Castro, Dr James Kiarie et Manuelle Hurwitz.

Qui sommes-nous ?

La Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) est un fournisseur de services mondial et un défenseur de premier plan de la santé et des droits sexuels et reproductifs pour tous. Nous sommes un mouvement mondial d'organisations nationales travaillant avec et pour les communautés et les individus.

IPPF

4 Newhams Row
London SE1 3UZ
Royaume Uni

tel: +44 20 7939 8200
fax: +44 20 7939 8300
email: info@ippf.org
www.ippf.org

Organisme Caritatif agréé au Royaume-Uni
N° 229476

Publié en novembre 2024