

**Rédaction spéciale:**

Beverly Winikoff  
Présidente, Gynuity Health Projects

**Rédaction:**

Diane Bushley

**Conception graphique:**

Leslie Byrd

**Président actuel du Consortium des SAA:**

IntraHealth International, Inc.,  
www.intrahealth.org

**Equipe spéciale des Communications:**

**Coprésidents:**

David Nelson, IntraHealth International  
Laura Raney, Population Council



SAA-Action est une publication du Consortium des Soins Après-Avortement, réalisée par IntraHealth International, Inc. Pour tous commentaires, questions ou suggestions sur le bulletin, prière de contacter:

IntraHealth International  
6340 Quadrangle Drive, Suite 200  
Chapel Hill, NC 27517  
T: 919-313-9100  
E: info@pac-consortium.org

**Conseil de rédaction:**

Jessica A. Cohen, PATH  
Maureen Corbett, IntraHealth International  
Gwyn Hainsworth, Pathfinder International  
Ron Magarick, JHPIEGO  
Joseph Ruminjo, EngenderHealth  
Kirsten Sherk, Ipas  
Elizabeth Westley, Family Care International

Venez nous visiter sur notre site Web:  
[www.pac-consortium.org](http://www.pac-consortium.org)

## Interruption d'une grossesse et misoprostol: le moment est venu d'évoluer

Beverly Winikoff, MD, MPH

Réimprimé avec l'autorisation du *New England Journal of Medicine*; 25 août 2005; 353(8):834-836; [www.nejm.org](http://www.nejm.org)

© 2005 Massachusetts Medical Society

L'interruption d'une grossesse au cours du premier trimestre constitue chez les femmes l'une des raisons les plus fréquentes de consultation des services médicaux d'urgence. En effet, les curetages pour cette indication représentent jusqu'aux trois quarts des interventions gynécologiques d'urgence réalisées de nuit.<sup>1</sup> L'appellation "interruption d'une grossesse" n'est cependant pas clinique à proprement parler, puisqu'elle recouvre diverses situations dans lesquelles un ovule fécondé et implanté cesse de se développer sans avoir atteint la limite de viabilité. La catégorie des interruptions précoces de grossesse englobe l'avortement spontané (aussi bien complet lorsque tous les produits de la conception ont été évacués, qu'incomplet lorsqu'il en reste), l'oeuf clair (lorsqu'aucun embryon ne s'est développé), et l'avortement manqué (mort embryonnaire ou foetale occulte qui a mis fin à la grossesse, mais sans qu'aucun symptôme évident n'annonce cet évènement).

On peut soutenir que la cause la plus fréquente des interruptions précoces de grossesse est la grossesse non désirée et l'avortement provoqué qui s'ensuit. En l'absence de services médicaux de bonne qualité pour l'interruption volontaire de grossesse, les femmes qui consultent pour recevoir des soins suite à des actes "de charcutage" ou incomplets sont souvent classées par erreur comme présentant des complications consécutives à une fausse couche spontanée. Il se peut que les femmes ayant subi des interventions clandestines ou répréhensibles répugnent à l'admettre, et dès lors, les causes de l'interruption de la grossesse (et la fiabilité

des diagnostics) varient en fonction des endroits où des services d'interruption volontaire de grossesse sont disponibles et ceux où ils sont limités. Après l'adoption de la loi de libéralisation de l'avortement par l'État de New York en 1970 par exemple, les taux d'avortements spontanés enregistrés ont chuté de 20% dans l'hôpital municipal de Brooklyn et dans les hôpitaux affiliés.<sup>2</sup> Les taux de classifications erronées sont susceptibles d'être encore plus élevés là où l'avortement est fortement stigmatisé ou illégal. En Roumanie, les taux d'avortements spontanés enregistrés ont baissé de plus de 40% après la légalisation de l'avortement en 1990.<sup>3</sup>

Le traitement le plus communément proposé aux femmes dans ces situations est l'évacuation chirurgicale du contenu de l'utérus, par un curetage abrasif ou par une aspiration manuelle ou électrique, selon les normes locales de la pratique. La prise en charge attentiste (qui consiste à attendre que le processus de fausse couche finisse de se produire spontanément) est quelquefois aussi proposée aux femmes dont l'état clinique n'est pas compliqué. Mais l'attente est un chemin plus long jusqu'à la résolution du problème, et certaines femmes auront quand même besoin d'une chirurgie. Pourtant, nombre d'entre elles sont prêtes à accepter ces désagréments pour éviter un geste invasif.

La dernière décennie a vu la suggestion du recours au misoprostol, un analogue de la prostaglandine E1, en tant qu'alternative disponible, sûre et relativement peu onéreuse pour la prise en charge des interruptions précoces de

grossesse.<sup>4</sup> À l'origine, ce médicament a été autorisé par la Food and Drug Administration pour la prévention des ulcères gastriques, lors de la prise au long cours d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. En fait, le misoprostol a été proposé (et dans certains endroits largement utilisé) pour toute une variété d'autres indications obstétricales et gynécologiques: déclenchement du travail, préparation du col pour des interventions chirurgicales, prévention ou traitement de l'hémorragie de la délivrance et inter-

ruption de grossesse. Même si le recours au misoprostol dans ces situations est devenu de plus en plus fréquent à travers le monde, de telles utilisations sont restées "hors indications", et l'industrie pharmaceutique a dans une large mesure détourné les yeux des affaires de développement de médicament et d'enregistrement de produit pour ces utilisations potentielles. En conséquence, beaucoup d'études ont été limitées par un faible nombre de sujets, ainsi que par l'application de schémas posologiques

idiosyncrasiques et de définitions non normalisées ou vagues de cas et de résultats.

Dans ce numéro du Journal, Zhang et coll. présentent un compte rendu des résultats concernant 652 femmes ayant connu une interruption précoce de grossesse et qui ont été assignées par randomisation (dans un rapport de 3 pour 1), soit à recevoir le misoprostol (une ou deux doses de 800 µg par voie vaginale) soit à subir une évacuation par aspiration;<sup>5</sup> les femmes assignées au misoprostol étaient soumises à une évacuation par aspiration si le traitement médical s'avérait sans succès. Les résultats démontrent de façon convaincante l'efficacité, la sécurité et l'acceptabilité du misoprostol pour traiter une interruption de grossesse (principalement l'avortement manqué et les oeufs clairs). Ces résultats indiquent que ce traitement peut constituer une option préférable à la chirurgie pour certaines femmes. D'ailleurs, dans cette série, plus de 80% des femmes sous traitement médical n'ont eu aucun besoin d'une intervention chirurgicale. Globalement, des scores similaires et hautement favorables ont été obtenus dans les deux groupes, médicaux et chirurgicaux.

Les résultats de ce rapport, et ceux de rapports précédents,<sup>6,7,8,9,10,11,12</sup> fournissent aux cliniciens les informations dont ils ont besoin pour utiliser ce médicament de façon responsable pour la prise en charge de l'interruption précoce de grossesse. Pourtant, certaines questions restent sans réponse.

Les études existantes démontrent que le recours au misoprostol est plus efficace que la prise en charge attentiste (non interventionniste), c'est-à-dire l'autre principale alternative au traitement chirurgical immédiat, en cas d'interruption précoce d'une grossesse.<sup>6,7,8</sup> Il semble que l'avortement manqué soit un peu moins facilement résolu par la prise de misoprostol que ne l'est l'avortement incomplet, et avec un peu moins de réussite.<sup>5,13</sup> Comme cette constatation le laisse supposer, il se peut que le traitement médical ne soit pas une

## Note de rédaction:

Chaque année, dans le monde, 585 000 femmes meurent suite aux complications de la grossesse et de l'accouchement. Tout effort visant à faire reculer cette mortalité demande que l'on traite l'hémorragie, l'infection, l'avortement à risques, l'éclampsie et le travail dystocique qui sont les principales causes de la mortalité maternelle. Le misoprostol, prostaglandine analogue à celle enregistrée dans plus de 60 pays pour le traitement et la prévention des ulcères gastriques causés par l'utilisation prolongée de médicaments anti-inflammatoires, est de plus en plus utilisé "hors indications" pour les affections liées à la santé de la reproduction, dont la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum, l'avortement provoqué, le traitement de l'avortement incomplet, la rétention foetale et le décès foetal in utero ainsi que pour la préparation du col lors des interventions chirurgicales gynécologiques. L'utilisation accrue du misoprostol pour ses indications en santé de la reproduction pourrait nettement améliorer la santé maternelle dans le monde puisque ce comprimé est facile à stocker, peu cher, stable dans diverses températures et d'administration facile. Ces traits en font un moyen idéal dans les contextes aux ressources modiques.

Les progrès dans les soins de santé ne demandent pas toujours que soient inventés de nouvelles technologies ou de nouveaux médicaments. Parfois, on peut arriver à de nettes améliorations dans les soins de santé tout simplement en adaptant la technologie existante ou en changeant la manière dont les médicaments sont utilisés. Il est plus économique et plus rapide de chercher de nouveaux emplois de ce qui existe déjà plutôt que de chercher à inventer de nouvelles technologies en partant de zéro. De fait, c'est exactement ce qui se passe actuellement avec le misoprostol, médicament qui suscite un réel enthousiasme dans la communauté de santé maternelle au vu de son efficacité pour de nombreuses affections graves—et parce que le médicament est largement disponible à l'échelle internationale.

Par ailleurs, ce médicament doit être enregistré officiellement pour son utilisation dans de nouvelles circonstances si l'on veut qu'il soit largement utilisé dans les programmes officiels. C'est en effet l'un des obstacles à l'expansion des programmes offrant ce médicament. Pendant que nous mettons au point et nous anticipons de nouveaux produits destinés tout particulièrement aux problèmes de santé maternelle, la diffusion d'information permettra à un plus grand nombre de prestataires de soins d'utiliser le médicament commercialisé actuellement "hors indications" Si les systèmes sanitaires nationaux, les organisations professionnelles internationales et nationales, ainsi que les experts de santé se joignent pour endosser des protocoles spécifiques pour l'utilisation de ce médicament, la promesse que détient le misoprostol pourra être concrétisée plus rapidement et à plus grande échelle.

Ce numéro de SAA-Action présente plusieurs ressources utiles sur l'emploi du misoprostol dans les services de soins après avortement. Nous espérons qu'en communiquant cette information à un plus grand nombre de prestataires de soins de santé, systèmes sanitaires et à tous ceux qui défendent la santé de la femme, ce numéro aidera à réaliser le potentiel d'une nouvelle approche pour sauver la vie des femmes.

*Beverly Winikoff, Présidente, Gynuity Health Projects*  
[www.gynuity.org](http://www.gynuity.org)

proposition “universelle” pour traiter une interruption précoce de grossesse, contrairement à la chirurgie. En outre, la dose efficace la plus faible de misoprostol adaptée à chaque situation n’est pas encore clairement établie. Cette dose peut s’avérer différente selon les catégories de fausses couches.<sup>5,7</sup> Des doses répétées de misoprostol ont-elles une efficacité plus grande qu’une dose unique suivie d’un délai suffisant pour qu’elle puisse agir, nous l’ignorons également.<sup>9</sup>

La voie d’administration reste également sujette à interrogation, quasiment chaque variante imaginable ayant été utilisée (les utilisations orale, vaginale, rectale, buccale et sublinguale ont été rapportées). Certaines études donnent à penser que l’application vaginale de misoprostol augmente le taux de succès et réduit les effets secondaires par rapport aux voies orale et autres, tandis que les résultats d’autres études indiquent que les diverses voies sont équivalentes en termes d’efficacité et de taux d’effets secondaires.<sup>10,11,12</sup> De nombreuses études sur l’administration vaginale ont eu recours à des comprimés de misoprostol développés et enregistrés pour une utilisation orale. Pour autant, les procédures normales d’enregistrement d’un médicament empêchent une société pharmaceutique d’enregistrer un comprimé oral pour une utilisation vaginale sans qu’elle ait à engager des dépenses supplémentaires considérables en études et, peut-être, au niveau de la composition du comprimé. À ce jour, aucune société n’a effectué un tel investissement, en partie parce qu’il serait quasi impossible pour un

produit de la sorte de l’emporter sur les comprimés de misoprostol bon marché, actuellement disponibles.

Bien que l’étude de Zhang et coll. ait été menée aux États-Unis, il se peut que ce soit hors de ce pays que le développement des traitements non chirurgicaux des interruptions précoces de grossesse revête l’importance la plus grande. Dans les environnements sous contraintes de ressources, les soins chirurgicaux de grande qualité ne sont pas facilement accessibles à tous. On estime que les conséquences des avortements sans précautions comptent pour environ 13% de tous les décès maternels dans le monde, la quasi-totalité survenant dans les pays en voie de développement.<sup>14</sup> Où qu’il ait été testé, le traitement par misoprostol en tant qu’alternative à la chirurgie apparaît comme étant particulièrement acceptable pour les femmes,<sup>5,10</sup> Des preuves établies récemment montrent clairement que le recours au misoprostol, pour remplacer l’aspiration dans un cadre ambulatoire, réduit le coût du service.<sup>15</sup> Il est probable que les femmes auxquelles le misoprostol est proposé puissent être traitées et quitter l’environnement médical plus promptement que celles qui subissent une intervention chirurgicale.<sup>5</sup> De plus, un traitement par pilules ne nécessite pas la disponibilité immédiate d’un équipement stérilisé, de salles d’opération ou de personnel qualifié pour la chirurgie.

En dépit de son caractère prometteur, le recours au misoprostol pour l’interruption précoce de grossesse dans des pays à faibles ressources peut

avoir à surmonter des obstacles non négligeables. Là où les services médicaux sont prodigués selon des normes fixées par des gouvernements, l’utilisation de médicaments hors indications est souvent non autorisée. Dans d’autres cas, les médecins peuvent s’inquiéter de sanctions ou de carences dans les remboursements, suite à l’utilisation d’un médicament hors indications. Il est aussi possible que les gouvernements hésitent à adopter officiellement un traitement qui n’a pas été enregistré ou approuvé par leur propre organisme réglementaire ou par un autre organisme reconnu sur le plan international.

Pour l’avenir, les secteurs public et privé peuvent travailler à augmenter la mise à disposition de conditionnements de misoprostol destinés aux femmes. Pour l’heure, les cliniciens ont l’opportunité d’améliorer les soins prodigués aux femmes en substituant les traitements non chirurgicaux aux actes de curetage ou d’aspiration, mais ils doivent être prêts à effectuer cette transition dans le contexte de l’utilisation hors indications d’un médicament. Ceci étant dit, le rapport de Zhang et coll., appuyé par une littérature antérieure revue par les pairs et par le large assentiment de la communauté, contribue à promouvoir une telle transition.

Le Dr Winikoff est présidente de Gynuity Health Projects, une organisation qui conduit des recherches et d’autres initiatives en rapport avec les techniques de reproduction humaine, indépendamment du soutien de l’industrie pharmaceutique.

1. Mckee M, Priest P, Ginzler M, Black N. Can out-of-hours operating in gynaecology be reduced? Archives of Emergency Medicine 1992;9:290-298.

2. Lanham JT, Kohl SG, Bedell JH. Changes in pregnancy outcome after liberalization of the New York State abortion law. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1974;118:485-492.

3. Johnston WR. Historical Abortion statistics, Romania. Johnston’s archive. Avril 2005. (Accès le 4 août 2005, at <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-romania.html>.)

4. Goldberg AB, Greenberg MB, Darney PD. Misoprostol and pregnancy. New England Journal of Medicine 2001;344:38-47.

5. Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, Creinin MD, Westhoff C, Frederick MM. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. New England Journal of Medicine 2005;353:761-769.

6. Chung TKH, Cheung LP, Leung TY, Haines CJ, Chang AMZ. Misoprostol in the management of spontaneous abortion. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1995;102:832-835.

7. Bagratee JS, Khullar V, Regan L, Moodley J, Kagoro H. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. Human Reproduction 2004;19:266-271.

8. Ngai SW, Chan YM, Tang OS, Ho PC. Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. Human Reproduction 2001;16:1493-1496.

9. Blanchard K, Taneepanichkul S, Kiriwat O, et al. Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. Obstetrics and Gynecology 2004;102:860-865.

10. Ngoc NTN, Blum J, Westheimer E, Quan TTV, Winikoff B. Medical treatment of missed abortion using misoprostol. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 2004;87:138-142.

11. Pang MW, Lee TS, Chung TKH. Incomplete miscarriage: a randomized controlled trial comparing oral with vaginal misoprostol for medical evacuation. Human Reproduction 2001;16:2283-2287.

12. Tang OS, Lau WNT, Ng EHY, Lee SWH, Ho PC. A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal and sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. Human Reproduction 2003;18:176-181.

13. Demetroulis C, Saridogan E, Kunde D, Naftalin AA. A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. Human Reproduction 2001;16:365-369.

14. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. 4e éd. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2004.

15. Graziosi GCM, van der Steeg JW, Reuwer PHW, Drogtop AP, Bruinse HW, Mol BWJ. Economic evaluation of misoprostol in the treatment of early pregnancy failure compared to curettage after an expectant management. Human Reproduction 2005;20:1067-1071.

# Misoprostol pour les soins après avortement

Sheila Raghavan et Beverly Winikoff, Gynuity Health Projects

## Introduction

Le misoprostol est un médicament d'un grand potentiel pour faire progresser la santé des femmes, dû partiellement à sa promesse d'être une technologie d'évacuation utérine pour les soins après avortement (SAA). Il existe un grand besoin dans le monde pour des services de SAA sans risques, efficaces et complets. Environ 15% des grossesses reconnues cliniquement se terminent spontanément pendant le premier et le second trimestre.<sup>1</sup> De plus, d'après les estimations, 20 millions d'avortements sont provoqués chaque année dans des conditions dangereuses.

Des femmes dans plusieurs circonstances cliniques différentes ont besoin des services de SAA. Certaines femmes peuvent souffrir d'un avortement incomplet après un avortement soit spontané, soit provoqué. Sous l'angle clinique, le diagnostic est établi en fonction des symptômes de saignement, de la perte possible de tissus et souvent, suite à l'ouverture du col. L'avortement incomplet est particulièrement courant dans des pays où il n'existe pas de services d'avortement sans risques. D'autres femmes connaîtront une rétention foetale, généralement sans symptômes visibles, mais qui peut être diagnostiquée sur la base de l'absence de l'activité cardiaque du fœtus ou d'un sac gestationnel vide et irrégulier. Le diagnostic de la rétention foetale est difficile à établir si on ne dispose pas de moyen de faire une échographie, tel que c'est souvent le cas dans les établissements aux ressources limitées.

Les femmes présentant un avortement incomplet sont généralement traitées par des méthodes chirurgicales, telles que la dilation et le curetage (D&C), l'aspiration électrique (AE) et l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU). Le misoprostol est une autre option que le traitement chirurgical. C'est un moyen simple, non invasif et que les femmes auront tendance à préférer.<sup>2</sup> Parfois, c'est également la seule possibilité de traitement dans des services qui ne disposent pas d'un personnel qualifié et qui n'ont pas accès à un matériel chirurgical. Ce dernier avantage du misoprostol revêt une importance particulière vu la possibilité offerte ainsi au traitement pour celles en ont le plus besoin—les femmes qui souffrent de complications liées à des avortements provoqués clandestins. Les femmes avec des avortements spontanés sont généralement traitées par un prestataire de soins prénatals ou dans un service d'urgence et celles qui connaissent des complications imputables aux avortements réalisés sont généralement traitées par les prestataires originaux des soins. En revanche, les femmes souffrant de complications liées à l'avortement provoqué clandestin sont probablement celles qui sont les plus vulnérables aux conséquences à long terme de ces complications sur la santé. Ces femmes ont un accès limité et parfois, une connaissance limitée des services de santé pour leurs problèmes, à savoir l'hémorragie, l'infection et les lésions physiques du système de reproduction. L'infection pelvienne et la perforation utérine peuvent entraîner une morbidité à long terme.<sup>1</sup>

## Données générales

Le misoprostol est une prostaglandine analogue E1 approuvée pour la prévention et le traitement des ulcères gastriques causés par l'utilisation de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdes. Les prostaglandines sont des lipides composés d'acides gras modifiés. Il existe environ 20 composés se présentant naturellement dans cette classe et ils agissent d'une manière analogue aux hormones. Un analogue est une forme synthétique de la prostaglandine.<sup>2</sup> Outre son utilisation pour le traitement de l'avortement incomplet, le misoprostol est utilisé pour toute une gamme d'affections liées à la santé de la reproduction qui entrent dans trois grandes catégories: travail, accouchement et post-partum, évacuation de l'utérus après interruption de grossesse et avortement provoqué.<sup>4</sup>

Le médicament cause des contractions des muscles de l'utérus, diminuant ainsi le saignement et favorisant l'évacuation du contenu de l'utérus. Sa capacité à évacuer sans risques l'utérus après une interruption de grossesse, conjuguée à sa grande disponibilité et à son faible coût, en font une option attirante dans un grand nombre de pays en développement. Par ailleurs, puisqu'il ne demande aucun équipement chirurgical ni formation en intervention chirurgicale, le misoprostol peut être administré à divers niveaux du système de soins de santé par divers types de personnel soignant

## Résultats de recherche

Un certain nombre d'études ont évalué l'innocuité et l'efficacité du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet et ont déterminé qu'il était acceptable, tant pour les femmes que pour les prestataires de soins. Les niveaux élevés d'innocuité, d'efficacité et de satisfaction exprimés par les femmes (plus de 90% des femmes en moyenne indiquent qu'elles ont été 'satisfaites' ou 'très satisfaites' par la méthode) suscitent suffisamment de confiance pour encourager l'intégration du misoprostol dans les programmes de SAA. Une recherche continue préparera le terrain de l'expansion et de l'intégration de cette méthode dans les services de SAA du monde entier.

Les premières études sur le misoprostol se sont penchées sur la posologie indiquée et la voie d'administration. Par la suite, les travaux ont comparé le misoprostol aux divers traitements chirurgicaux. Des études comparant 600 microgrammes (mcg) à 1 200 microgrammes de misoprostol par voie orale, faites en Thaïlande et au Vietnam, n'indiquent aucune différence dans l'efficacité des deux schémas thérapeutiques.<sup>5,6</sup> De plus, une étude comparant le misoprostol à l'AMIU pour le traitement de l'avortement incomplet en Ouganda met à jour un taux de réussite élevé, aussi bien pour le misoprostol par voie orale (96,3%) que pour l'AMIU (91,5%). L'acceptabilité des deux méthodes pour les clientes était également élevée (94,2% pour le misoprostol et 94,7% pour l'AMIU). Ces résultats nous indiquent partiellement l'acceptabilité des effets secondaires les plus courants du misoprostol, dont le



saignement, la douleur, les frissons, la fièvre, les nausées, les vomissements et la diarrhée.

L'étude de l'Ouganda indique qu'une grande majorité de femmes qui ont reçu 600 mcg de misoprostol par voie orale ont pu éviter ainsi l'évacuation chirurgicale. Le profil des effets secondaires était tel que prévu (22% des femmes qui ont reçu du misoprostol et 10,9% des femmes qui ont subi une AMIU ont indiqué un ou plusieurs effets secondaires) et il n'a fallu que rarement faire appel à l'échographie pour confirmer l'évacuation complète de l'utérus. L'étude constate qu'une formation complète donne davantage confiance au prestataire et, partant, rehausse l'efficacité de la méthode. Les auteurs ont également conclu que les SAA faisant appel au traitement par misoprostol n'ont besoin que de compétences techniques minimales et c'est donc un choix idéal pour les dispensaires ruraux avec un équipement limité.<sup>1</sup>

### **Mode d'emploi**

En juin 2004, un groupe de professionnels dans le domaine épidémiologique, clinique et programmatique ont participé à une réunion d'un jour à New York et ont recommandé un protocole standard pour l'emploi du misoprostol en fonction de la recherche. "Mode d'emploi—misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet et des fausses couches"<sup>7</sup> offre des directives aux cliniciens et au personnel médical sous forme d'une étiquette figurant sur le produit avec les indications et l'utilisation, les contre-indications, les effets et les effets secondaires, la posologie et l'administration du misoprostol pour l'avortement incomplet, la fausse couche et l'avortement provoqué. Les instructions sont données dans huit langues et peuvent être consultées électroniquement (disponibles à [http://www.gynuity.org/pub\\_b.html](http://www.gynuity.org/pub_b.html) ou [http://www.gynuity.org/documents/ifu\\_abortion\\_eng.pdf](http://www.gynuity.org/documents/ifu_abortion_eng.pdf) pour la version anglaise), ainsi que dans le cadre de formations cliniques sur les sites Web et figurent également dans des articles scientifiques.

Le misoprostol est indiqué pour le traitement de l'avortement incomplet et de la fausse couche pour les femmes avec une taille de l'utérus inférieure ou égale à 12 semaines après les dernières règles. Les taux de réussite se situent entre 66%-100% (plus proches du chiffre supérieur, d'après des études récentes) utilisant la dose recommandée pour l'avortement incomplet (dose unique de 600 mcg de misoprostol par voie orale). Pour la rétention foetale, les taux de réussite vont de 60% à 93% en utilisant la dose recommandée (800 mcg de misoprostol par voie vaginale). L'utilisation du misoprostol pour évacuer les produits restants de la conception ne sera pas efficace à 100% et, par conséquent, un petit nombre de femmes auront quand même besoin d'une évacuation chirurgicale. Il n'en reste pas moins que le misoprostol possède un énorme potentiel pour le traitement de l'interruption de la grossesse.<sup>8</sup>

### **Passer de la recherche à la pratique**

Malgré les résultats prometteurs de la recherche sur le misoprostol, l'intégration du misoprostol dans les programmes de SAA se heurte encore à certains obstacles.

Il faudra avant tout partager l'information pour que les femmes demandent cette forme de traitement et pour que les prestataires offrent la méthode. Ces derniers doivent être convaincus de l'innocuité et de l'efficacité de la méthode avant qu'ils ne soient prêts à l'offrir. Par ailleurs, très peu de prestataires ont été formés en ce qui concerne l'utilisation du misoprostol pour les SAA et, par conséquent, il est d'importance critique d'élargir la formation en la matière. Cette formation devra préparer les prestataires à conseiller et à traiter adéquatement les femmes qui les consultent pour un avortement incomplet puisque le misoprostol n'est pas toujours la technologie indiquée pour l'évacuation utérine dans tous les cas. En effet, une grave hémorragie avec des signes vitaux instables exclut l'utilisation du misoprostol car l'intervention chirurgicale doit se faire immédiatement dans ce cas et d'autres situations d'urgence. Le personnel offrant le misoprostol doit également être en mesure de détecter les cas d'infection et de procéder à l'intervention chirurgicale ou d'orienter immédiatement la patiente vers les services compétents.

La disponibilité et la formation en technologie d'ultrasons est un autre aspect important lié à l'utilisation du misoprostol pour les SAA. L'échographie est utilisée pour confirmer l'évacuation complète de l'utérus, mais une trop grande dépendance de cette technologie et l'interprétation erronée des résultats de la part d'un personnel ne disposant pas des qualifications nécessaires entraînent parfois le recours inutile à l'intervention chirurgicale. Point besoin de former tous les prestataires à l'utilisation de l'échographie, mais les centres de référence et le personnel médical et technique concerné devra comprendre ces utilisations et ces limitations.

Le troisième obstacle réside au niveau du suivi. Une visite de suivi est recommandée, mais les femmes qui sont "guéries" et qui se sentent bien souvent ne se prennent pas le temps de revenir au centre de santé. La visite de suivi est pourtant l'occasion d'apporter des conseils en matière de contraception, de faire un bilan final du statut de traitement de la femme et d'élargir l'accès à d'autres services de santé de la reproduction. Aussi, les femmes doivent-elles comprendre les avantages de cette visite et les prestataires doivent-ils les souligner.

Si les trois obstacles susmentionnés sont de nature davantage clinique, il n'en reste pas moins très important de convaincre également les planificateurs des programmes de la valeur du misoprostol pour les programmes de SAA. Les programmes existants des SAA renforcés par l'intermédiaire des partenariats entre la communauté et les prestataires de soins représentent une occasion unique pour l'introduction du misoprostol. Par exemple, une grande partie des travaux concernant le misoprostol en Afrique de l'Ouest a été facilitée par les activités importantes en matière de SAA qui existaient déjà dans la région.

Dans les contextes où il n'existe pas de programmes de SAA, les réunions avec les experts locaux, les représentants officiels du Ministère de la Santé et des prestataires de

soins de la région représentent un forum important pour promouvoir l'utilisation du misoprostol. Sous l'angle programmatique, les réunions nationales et régionales sont des moments opportuns de communiquer les résultats de la recherche et d'influencer les directives et politiques nationales concernant les SAA. Ces contacts permettent de forger des partenariats avec des prestataires dans les zones périurbaines et rurales où l'accès aux SAA est souvent limité. L'engagement des pouvoirs locaux à la recherche facilite également l'intégration à long terme et l'expansion des nouvelles méthodes

### Recherche future

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour promouvoir et optimiser l'utilisation du misoprostol pour les SAA. Des analyses des coûts-avantages qui comparent le misoprostol aux méthodes chirurgicales renforcent l'enthousiasme des décideurs quant à l'introduction de la technologie. Par ailleurs, des protocoles plus nouveaux—et peut-être moins chers—sont en train d'être étudiés, utilisant la voie sublinguale (sous la langue) et buccale (dans la joue). Des questions supplémentaires pourront également être traitées par cette recherche quant aux niveaux acceptables de saignement et à la durée et au risque d'infection pour certains groupes de femmes

### Enregistrement du médicament

Le statut réglementaire et la disponibilité du médicament sont parmi les obstacles les plus grands à l'utilisation plus répandue du misoprostol pour les SAA et, partant, à la mise en place de modèles de prestation durables. À l'heure actuelle, le misoprostol est enregistré et disponible dans plus de 80 pays, mais dans presque tous les cas, il n'est commercialisé que pour ses indications gastro-intestinales. Le misoprostol n'étant pas enregistré pour les SAA, son utilisation dans les programmes de SAA est souvent entravée par la résistance du MS et le manque de

marketing formel du produit. Dans le meilleur des cas, les programmes auront accès à un produit enregistré et commercialisé pour les indications des SAA, disponible par le biais de canaux normaux, commerciaux et subventionnés. Il n'est pas possible de créer un programme de misoprostol sans le produit et, par conséquent, garantir la disponibilité du produit sera forcément l'une des premières étapes de la mise en oeuvre du programme.

Dans les endroits où il n'existe pas de produit enregistré pour les SAA, les groupes intéressés peuvent s'engager dans des activités de plaidoyer et de diffusion de l'information. Des manières novatrices permettant aux hôpitaux de s'approvisionner en médicaments peuvent également être utilisées dans le cadre d'un programme pilote. De petites sociétés prêtes à prendre les risques peuvent faire avancer l'enregistrement du misoprostol pour les SAA, surtout si elles sont épaulées par des partenariats publics-privés.

### Conclusions

D'un point de vue réaliste, des services efficaces et sans risques sont nécessaires pour prévenir les complications de l'avortement, pas simplement pour les traiter. Aussi, les SAA ne remplacent-ils pas l'accès à des services d'avortement sans risques. Pour les femmes qui ont besoin de SAA, le misoprostol ne devrait pas remplacer l'accès à un traitement chirurgical sans risques puisque ce traitement sera parfois nécessaire au vu de l'état de la femme ou comme recours. De fait, ce sont des programmes complets de SAA qui renforceront la qualité des services dispensés aux femmes en leur fournissant toute une gamme d'options de traitement et les soins les plus adéquats.

1. Weeks A, Alia G, Blum J, Winikoff B, Ekwaru P, Durocher J, Mirembe F. A randomized trial of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion. *Obstetrics & Gynecology* 2005;106(3):1-8.
2. Misoprostol: An emerging technology for women's health. Report of a seminar. Edited by Caitlin S. Shannon and Beverly Winikoff. 2004. Population Council.
3. Bagratee JS, Khullar V, Regan L, Moodley J, Kagora H. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. *Human Reproduction* 2004;19:266-271.
4. Blanchard K, Clark S, Winikoff B, Gaines G, Kabani G, Shannon C. Misoprostol for women's health: a review. *Obstetrics & Gynecology* 2002;99(2):316-322.
5. Blanchard K, Taneepanichskul S, Kiriwat O, Sirimai K, Svirirojana N, Mavimbela N, Winikoff B. Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Obstetrics and Gynecology* 2004;103:860-865.

6. Ngoc NTN, Blum J, Durocher J, Quan TTV, Winikoff B. A randomized controlled study comparing 600 versus 1200 mcg oral misoprostol for medical management of incomplete abortion. *Contraception* 2005;72:438-442.
7. Consensus Statement: Instructions for Use—Misoprostol for Treatment of Incomplete Abortion and Miscarriage. Expert Meeting on Misoprostol sponsored by Reproductive Health Technologies Project and Gynuity Health Projects. June 9, 2004. New York, NY.
8. Winikoff B. Pregnancy failure and misoprostol—Time for a change. *New England Journal of Medicine*;353(8):834-836.

## Calendrier

30 mai-2 juin 2006

33e Conférence annuelle Global Health Council (GHC), Excellence, innovation et influence: le chemin vers les "résultats." Washington, D.C., hôtel Omni Shoreham.

30 mai 2006 (13h00-18h00)

Réunion du Consortium des SAA à la Conférence Global Health Council, "Planification familiale après avortement: droits, réalités et recommandations." Washington D.C., hôtel Omni Shoreham.

## Renouveau de l'Initiative francophone régionale pour les Soins Après Avortement

Maureen Corbett, IntraHealth International, Holley Stewart, Population Reference Bureau et Amadou Hassane Sylla, CEFOREP

Relancer l'Initiative SAA francophone régionale, tel était le thème d'une réunion entre les organismes collaborateurs de l'USAID et les bailleurs de fonds partenaires, qui s'est tenue les 1er et 2 mars 2006, à Dakar, au Sénégal. L'Initiative avait été démarrée en mars 2002, lors d'une conférence régionale également à Dakar, à laquelle assistaient des délégations de 12 pays, ainsi que des bailleurs de fonds et des organismes collaborateurs. Depuis, plusieurs pays ont créé et/ou renforcé la disponibilité, l'acceptabilité, la qualité et l'utilisation des services après avortement, bien qu'il reste du chemin à parcourir pour traiter le problème de l'avortement incomplet et de l'avortement à risques, une des grandes causes de la morbidité et mortalité maternelles dans la région.

Le Secrétariat de l'Initiative, l'institut africain régional, Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP), a accueilli la réunion de mars 2006, rassemblant des représentants du Ministère de la Santé sénégalais, du FNUAP, de l'USAID, de l'OMS et de l'UNICEF, ainsi que des représentants d'organismes collab-



Des équipes de divers pays ont formulé des plans d'action pour les SAA lors de la conférence de 2002. Ici, les participants revoient le plan de la Côte d'Ivoire.



Participants à la conférence francophone sur les SAA de 2002 à Dakar2

orateurs et de divers projets, dont Africa's Health in 2010, IntraHealth, Population Council/Frontiers, Projet d'information pour le Dialogue de la Politique (PDI), Projet Expansion de Service (ESD), MSH/Sénégal, AWARE RH et Ipas.

Les discussions lors de cette réunion de deux jours se penchaient sur quatre domaines prioritaires pour relancer les activités et programmes des SAA au niveau des pays : (1) soins obstétricaux d'urgence ; (2) PF après avortement et repositionnement de la PF pour prévenir les grossesses non souhaitées ; (3) mobilisation et engagement communautaires ; et (4) prestataires au niveau intermédiaire et agents communautaires. Le groupe a fait le point des plans d'action nationaux, a retenu diverses pratiques contribuant aux progrès et facteurs qui ont créé des obstacles, puis s'est penché sur la manière dont ces obstacles pouvaient être surmontés en adaptant les meilleures pratiques.

La réunion a également permis d'introduire l'Initiative Mise en Œuvre de meilleures Pratiques (IBP), dirigée par un consortium de 23 organisations, dont l'OMS, l'USAID et le FNUAP dont le but est de diffuser et de mettre en œuvre les meilleures pratiques en santé de la reproduction. Des discussions concrètes se sont penchées sur la manière dont le Consortium IBP pouvait concourir au suivi de l'Initiative régionale francophone des SAA.

Un rapport de la réunion sera disponible en juin. Pour obtenir une copie de ce rapport ou plus d'informations sur l'Initiative régionale francophone des SAA, prière de contacter **Amadou Hassane Sylla**, CEFOREP, [ahsylla@sentoo.sn](mailto:ahsylla@sentoo.sn)



# Planification familiale après avortement: un maillon essentiel dans la chaîne pour faire reculer la morbidité et la mortalité maternelles

Diane Bushley

Le présent numéro de *SAA-Action* traite du potentiel d'utilisation du misoprostol pour l'évacuation utérine dans le cadre des services de SAA. Le misoprostol est une possibilité pour réaliser l'un des cinq Éléments essentiels des SAA—traitement de l'avortement incomplet et à risques. Par ailleurs, quelle que soit la technologie utilisée pour l'évacuation utérine dans les services de SAA, ces services devraient inclure tous les Éléments essentiels, dont la planification familiale après avortement (PFAA). En effet, la planification familiale après avortement joue un rôle très important pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles suite aux complications liées à l'avortement, en fin de compte, le but de tous les programmes de SAA. Le présent article souligne l'importance de la PFAA et les meilleures pratiques en ce domaine et fait une description de la manière dont la PFAA peut être intégrée au protocole de traitement par misoprostol pour les services de SAA.

## Impact de la planification familiale après avortement

Nombreux sont les avantages de la PFAA—pour la santé de la femme, les familles et les systèmes de santé des pays. La planification familiale après avortement peut prévenir des grossesses non souhaitées qui peuvent aboutir à des avortements répétés, diminuant ainsi dans le temps le besoin pour des services de SAA. Une étude réalisée par l'Ipas au Zimbabwe montre que la PFAA a permis de réduire les incidences tant des grossesses non souhaitées (15% sur le site d'intervention versus 34% sur le site témoin) que des avortements répétés (2,5% contre 5,3%, respectivement) sur une période de 12 mois après les services de SAA (Johnson et al. 2002). La différence dans le nombre de grossesses non souhaitées entre les sites témoins et d'intervention était significative du point de vue statistiques alors que la différence dans les avortements répétés ne l'était pas. Ce résultat est corroboré par une pléthore de données prouvant la

relation en sens inverse entre l'accès à la planification familiale et l'avortement—généralement, les taux d'avortement sont les plus faibles lorsque l'accès à la planification familiale et l'utilisation de la PF sont les plus élevés (Gillespie 2004).

Une étude plus récente met également en avant des raisons sanitaires fort convaincantes pour l'espacement de la prochaine grossesse après un avortement. C'est particulièrement important pour les femmes qui souhaitent tomber enceintes à nouveau, dès que possible, comme c'est le cas pour l'avortement spontané. Une recherche faite par Conde-Agudelo et al. (2005) indique qu'en attendant au moins cinq mois jusqu'à la prochaine conception, utilisant pour cela la PFAA, l'issue maternelle et néonatale était nettement meilleur lors de la grossesse suivante.

Peu importe qu'elle soit utilisée pour prévenir une grossesse non souhaitée ou pour remettre à plus tard une grossesse ultérieure planifiée, la PFAA, à l'instar de toute la PF, aide à réduire la mortalité maternelle. Des données provenant de 15 pays en Afrique de l'Ouest montrent que les taux de mortalité maternelle étaient les plus faibles dans les pays où la prévalence contraceptive était la plus élevée (IPPF, 2006). Selon l'Institut Alan Guttmacher, si on traite le besoin actuel non satisfait de contraception (201 millions de femmes dans le monde), on arriverait à prévenir 52 millions de grossesses chaque année, évitant ainsi 142 000 décès liés à la grossesse, dont ceux causés par un avortement à risques.

## Meilleures pratiques pour la prestation de la planification familiale après avortement

À l'évidence, la planification familiale après avortement joue un rôle dominant dans la réussite des initiatives SAA et Maternité Sans Risques, vérifiant que les clientes des SAA disposent de la connaissance et des ressources dont

elles ont besoin pour éviter de futures grossesses non souhaitées ou pour espacer une future grossesse désirée. Ces 10 dernières années, divers projets de recherche, ainsi que l'expérience dégagée par les programmes de SAA ont mis en relief certaines des meilleures pratiques importantes au niveau de la fourniture de la PFAA. Les études cliniques montrent que la fécondité peut revenir dès le 11<sup>e</sup> jour après l'avortement et, par conséquent, les services PFAA devraient être dispensés aussi proches que possible du moment des services de SAA, soit dans le service même des SAA, soit en orientant la cliente vers un établissement de PF accessible.

Plusieurs études ont également montré que l'acceptation contraceptive parmi les clientes des SAA est la plus élevée lorsque les services de PF sont fournis sur les lieux mêmes des services des SAA. Une étude de recherche opérationnelle faite par Solo et al. (1999) a comparé trois modèles de prestation de la PFAA et a montré que les femmes qui reçoivent directement des services contraceptifs de la part de leur prestataire des SAA dans le service gynécologique (Modèle 1) étaient plus susceptibles d'accepter la contraception que celles qui reçoivent ces services de la part d'un prestataire de PF dans le service gynécologique (Modèle 2) ou qui ont été orientées vers un centre de PF (Modèle 3). Malgré ces meilleures pratiques documentées, il existe encore de nombreuses barrières entravant l'accès à la PFAA. Dans un grand nombre de pays, les normes socioculturelles veulent que les femmes nécessitent l'approbation du partenaire masculin pour utiliser la PF. Parfois, les prestataires soutiennent cette pratique, alors même que les politiques nationales stipulent explicitement que l'approbation du partenaire pour l'utilisation de la PF n'est pas demandée.



## Prestation de la planification familiale après avortement dans le protocole de traitement à base de misoprostol

Conformément au protocole de traitement utilisé dans la recherche de Gynuity sur le misoprostol et les SAA au Burkina Faso, au Ghana, en Tanzanie et en Ouganda, les clientes des SAA se rendent généralement à deux reprises dans l'établissement. Lors de la première visite, elles reçoivent des conseils et informations sur le traitement à base de misoprostol, notamment sur les effets secondaires et l'efficacité. Après l'administration du misoprostol, elles sont en

observation pendant quelques minutes puis peuvent quitter l'établissement une fois autorisées par le prestataire et doivent revenir pour une visite de suivi sept jours plus tard. Si l'évacuation utérine n'est pas complète au moment de la visite de suivi, les clientes peuvent choisir soit entre l'intervention chirurgicale, soit revenir sept jours plus tard pour un contrôle, moment auquel l'évacuation sera généralement complète.

Les clientes des SAA qui sont traitées avec le misoprostol passent probablement moins de temps en général dans l'établissement que celles traitées par AMIU ou D&C, bien qu'on leur apporte

des conseils en PF et contraception ou qu'on les oriente vers ces services conformément à la politique de l'établissement. Le protocole de deux visites est également une autre occasion pour donner des conseils en PF et leur remettre une méthode contraceptive. Les clientes peuvent commencer à utiliser la plupart des contraceptifs (contraceptifs oraux, condoms, gelées et mousses contraceptives, cape cervicale, diaphragme, injectables et implants) de suite après la première visite dans l'établissement mais devraient attendre que l'évacuation utérine soit complète avant l'insertion d'un DIU

### Références citées:

Conde-Agudelo A, Belizan JM, Breman R, Brockman SC, Rosas-Bermudez A. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005;89(S1):S34-40.

Gillespie D. Making abortion rare and safe. *The Lancet* 2004;363:74.

International Planned Parenthood Federation. Death and Denial: Unsafe Abortion and Poverty. January 2006. Electronic document, <http://content.ippf.org/output/ORG/files/13490.pdf>, accessed March 31, 2006.

Johnson BR, Ndhlovu S, Farr SL, Chipato T. Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception. *Studies in Family Planning* 2002;33(2):196-202.

Soto J, Billings DL, Obunga CA, Ominde A, Makumi M. Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya. *Studies in Family Planning* 1999;30(1):17-27.

Winikoff B, Sullivan M. Assessing the role of family planning in reducing maternal mortality. *Studies in Family Planning* 1997;18:128-143.

## Mises à jour programmatiques

### Information générale sur les programmes

**La Fédération internationale de Planification familiale d'America-International® et los Centros Médicos de Orientación y Planificación Familiar Centres médicaux pour le Counseling et la Planification familiale ou CEMOPLAF), un des plus importants prestataires privés de l'Equateur pour les services de santé de la reproduction, démarrera, en juillet 2006, un programme de SAA.** Actuellement, CEMOPLAF gère 29 établissements sanitaires sur l'ensemble de l'Equateur, dispensant des services contraceptifs, des soins de santé communautaires, des soins obstétricaux et de maternité, prévention des IST/VIH, programmes de santé de la reproduction des adolescents, soins hospitaliers et programme intégré en santé de la reproduction. Au vu des faits de plus en plus nombreux prouvant que le misoprostol à lui seul est sûr et efficace pour le traitement de l'avortement incomplet, les services de SAA utiliseront l'AMIU et les protocoles avec seul misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet et à risques. Pendant la première année,

un groupe de prestataires choisis des deux centres CEMOPLAF recevront une formation portant sur la prestation de services de SAA. Ces prestataires constitueront l'équipe de formation de CEMOPLAF qui formera par la suite des prestataires dans deux centres de santé supplémentaires, pendant la première année. Le but de CEMOPLAF dans les six ans à venir est d'intégrer les services de SAA à leur panoplie de services—utilisant tant le misoprostol que l'AMIU—dans tous les 29 centres. Pour de plus amples informations, prière de contacter **Heather Sayette** à [heather.sayette@ppfa.org](mailto:heather.sayette@ppfa.org)

### Equipment

**IEn 2005, l'Ipas a publié *Planning for a Sustainable Supply of Manual Vacuum Aspiration Instruments: A Guide for Program Managers* (par Marian Abemathy) comme outil visant à aider les responsables de programme à planifier des instruments AMIU durables pour les soins après avortement et les services de soins liés à l'avortement.** D'abord publié en anglais et à présent disponible en français et en espagnol, c'est l'un des premiers outils guidant

le personnel chargé de mettre au point une offre durable d'instruments AMIU.

Ce Guide repose sur les efforts faits par l'Ipas et autres organismes pour mettre au point des fournitures durables, d'après des discussions avec le personnel sur place dans diverses organisations et l'assistance d'un groupe d'experts de la formation, de la prestation de services et de la logistique/approvisionnement—dont un grand nombre viennent du Consortium des SAA. Chaque pays étant unique, le Guide ne présente pas une méthodologie standard qui pourra être appliquée dans chaque situation. Il aide davantage les planificateurs de programme à (1) penser en termes de fournitures durables pour l'AMIU; (2) reconnaître les principales caractéristiques du système ou de la chaîne d'approvisionnement ou système de logistique (telles que le financement ou la gestion budgétaire et l'environnement réglementaire dont il faudra tenir compte); et (3) déterminer les types d'assistance nécessaire. De plus, le Guide présente six études de cas avec des approches possibles pour des fournitures durables.

Jusqu'à présent, l'Ipas a intégré certains éléments du Guide dans ses programmes de formation et de prestation de services. Par ailleurs, le Programme péruvien de Pathfinder International a utilisé le Guide pour faire une évaluation de son programme de SAA achevé récemment dans 50 établissements du secteur public de l'ensemble du pays et prévoit de mettre au point un plan de pérennisation.

L'Ipas aimerait prendre connaissance d'autres applications du Guide.

Prière d'envoyer vos suggestions ou votre feedback à [training@ipas.org](mailto:training@ipas.org). Une seule copie papier peut être obtenue gratuitement pour les personnes dans les pays en développement et des versions électroniques gratuites peuvent également être téléchargées à partir du site Web

**Anglais:** [http://www.ipas.org/publications/en/PLANMVA\\_E05\\_en.pdf](http://www.ipas.org/publications/en/PLANMVA_E05_en.pdf)

**Français:** [http://www.ipas.org/publications/fr/PLANMVA\\_F05\\_fr.pdf](http://www.ipas.org/publications/fr/PLANMVA_F05_fr.pdf)

**Espagnol:** [http://www.ipas.org/publications/es/PLANMVA\\_S05\\_es.pdf](http://www.ipas.org/publications/es/PLANMVA_S05_es.pdf)

### Recherche et évaluation

**En collaboration avec TAHSEEN, projet de population financé par l'USAID et le Ministère égyptien de la Santé et de la Population, le Programme Frontiers in Reproductive Health (FRONTIERS), du Population Council, réalise une recherche opérationnelle dans six hôpitaux publics égyptiens pour examiner la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de deux modèles d'intégration de la planification familiale (PF) aux services après avortement.** Le Modèle I consiste à fournir des conseils en PF aux patients après avortement dans le service d'obstétrique gynécologie et ensuite, à les envoyer vers un centre de PF séparé alors que, dans le Modèle II, les méthodes de PF sont fournies dans le service même. Les deux modèles sont appliqués en tandem. Jusqu'à présent, l'évaluation du Modèle I est achevée, l'évaluation du Modèle II est en cours.

Les résultats de l'étude finale prévus pour septembre 2001, aideront le MSP à formuler une politique reliant la PF aux services curatifs pour les patientes après avortement. Pour de plus amples

informations, prière de contacter **Hala Yousef** at [hyoussef@pccairo.org](mailto:hyoussef@pccairo.org)

### FRONTIERS et le projet ACQUIRE d'EngenderHealth sont en train de réaliser un projet de recherche opérationnelle pour examiner la faisabilité des services de SAA dans des milieux décentralisés (centres de santé et dispensaires) dans les zones rurales de la Tanzanie

La recherche au Sénégal a montré qu'il était possible de fournir des soins après avortement intégrés (SAA) dans des établissements de niveau inférieur tels que les postes de santé, mais que le manque de qualité des soins et les problèmes logistiques entravent encore l'accès aux services.<sup>1</sup> Le projet actuel permettra de tracer l'introduction des services des SAA et de déterminer l'acceptabilité, l'impact et le coût des services, surtout l'efficacité des réseaux d'orientation mis en place dans le cadre du processus des SAA. De plus, le projet traitera certains des problèmes identifiés par l'expérience sénégalaise dont (1) améliorer le caractère privé et confidentiel, tant audio que visuel, en créant une pièce séparée pour les interventions d'AMIU dans tous les établissements, (2) diminuer le retard dans l'accès aux services en sensibilisant tout le personnel et, chaque fois que possible, en vérifiant qu'il existe plus d'un prestataire pouvant exécuter les services AMIU dans chaque établissement grâce à une formation en cours d'emploi, et (3) améliorer la prévention des infections grâce à une formation accrue et à des aides professionnelles. Pour de plus amples informations, prière de contacter

**Monica Wanjiru** at [mwanjiru@pcnairobi.org](mailto:mwanjiru@pcnairobi.org)

### Documents

Les documents suivants de la Fondation Hesperian sont à présent disponibles sur le Web. Pour de plus amples informations, prière de contacter **Hesperian** at [lisa@hesperian.org](mailto:lisa@hesperian.org) or (888) 729-1796.

Hesperian Foundation. 2006. Women's Health Exchange Issue #12. Berkeley, CA: Hesperian Foundation.

Le nouveau numéro de Women's Health Exchange de Hesperian sur les soins après avortement comprend un

guide de formation qui traite des barrières que rencontrent les prestataires de soins (de l'accès aux ressources en passant par les attitudes) lorsqu'ils dispensent des soins d'importance cruciale pour les femmes souffrant de complications liées à une fausse couche ou à un avortement incomplet. Il présente également des informations sur l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) avec des exemples d'expériences de sages-femmes qui apprennent à fournir l'AMIU et d'autres soins d'urgence, relatant les avantages découlant de la formation des agents de santé communautaires portant sur ces compétences et précisant les ressources pour en apprendre davantage sur les causes de l'avortement à risques et la prestation de soins efficaces après avortement, y compris la PF après avortement. Version en ligne sur notre nouveau site Web: [www.hesperian.org](http://www.hesperian.org)

Klein, Susan, Suellen Miller and Fiona Thomson. 2005. A Book for Midwives: Care for Pregnancy, Birth, and Women's Health. Berkeley: Hesperian Foundation.

Ce manuel, primé par "American College of Nurse-Midwives Notable Book 2006," s'est avéré une ressource vitale pour les sages-femmes du monde entier. D'un langage clair, d'une grande exactitude médicale et axé sur des traitements simples, à faibles coûts, la nouvelle édition est réorganisée et revue pour mieux guider les soins pendant le travail et la prise en charge des urgences obstétricales. L'ouvrage inclut également de nouveaux chapitres sur les soins après avortement et l'aspiration manuelle intra-utérine. [www.hesperian.org](http://www.hesperian.org)

Les ressources SAA suivantes sont à présent disponibles en arabe sur le site Web du Population Council. Prière de contacter **Laura Raney** at [lraney@pcdc.org](mailto:lraney@pcdc.org) or pour de plus amples informations: Améliorer le counseling et les soins médicaux des patientes après avortement en Egypte <http://www.popcouncil.org/pdfs/arabic/ImprovingCounselingPacEgypt.pdf>

Conseiller les maris des patients après avortement en Egypte: effets sur l'engagement du mari, la récupération de la patiente et l'utilisation de la contraception <http://www.popcouncil.org/pdfs/arabic/CounsellingHusbandPAC.pdf>

Etendre à plus grande échelle les soins après avortement améliorés en Egypte: introduction au CHU et aux hôpitaux du Ministère de la Santé et de la Population <http://www.popcouncil.org/pdfs/arabic/ScalingUpPac.pdf>

Etude sur les cas après avortement dans des hôpitaux du secteur public en Egypte <http://www.popcouncil.org/pdfs/arabic/PACStudyEgPSHosp.pdf>

1 EngenderHealth. 2003. Taking postabortion care services where they are needed: An operations research project testing PAC expansion in rural Senegal. FRONTIERS Final Report. Washington, DC: Population Council. [http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR\\_FinalReports/Senegal\\_PAC.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Senegal_PAC.pdf)

## Mises à jour sur les groupes de travail

### Equipe spécial des communications

Coprésidents: **David Nelson**, IntraHealth, [dnelson@intrahealth.org](mailto:dnelson@intrahealth.org) et **Laura Raney**, Population Council, [LRaney@pcdc.org](mailto:LRaney@pcdc.org)

Les membres de l'Equipe spéciale des Communications ont fait des commentaires positifs sur les nouvelles couleurs et la nouvelle maquette du bulletin de novembre 2005. Ils prévoient également d'encourager une distribution plus grande du bulletin par le biais de leurs propres organisations et autres contacts. On encourage les membres du Consortium des SAA à faire des suggestions pour des listes à David Nelson pouvant servir à la distribution du bulletin. Les membres de l'Equipe spéciale ont également indiqué qu'il serait fort utile d'avoir une traduction en portugais du bulletin et étudient cette possibilité.

Autre thème de conversation: la nécessité de mettre à jour et de réorganiser le site Web du Consortium des SAA. Les participants de la réunion ont décidé d'avoir un appel en conférence pour discuter des catégories supplémentaires, des nouveaux liens et de la nouvelle présentation de la page d'accueil pour vérifier que le site répond à sa mission—être un centre de documentation et d'information. Une fois le site Web mis à jour, les participants ont discuté de la possibilité de sensibiliser davantage à ce site Web en créant un CD-ROM qui sera distribué à Global Health et lors d'autres conférences. Enfin, le groupe a discuté de la manière d'encourager une utilisation plus active de la liste de diffusion comme ressource de communication sur les questions se rapportant au Consortium, entre les réunions semi-annuelles. Les mem-

bres de la liste de diffusion sont encouragés à présenter des actualités de leurs organisations respectives aux coprésidents, entre les numéros de SAA-Action aux fins de distribution par l'intermédiaire de la liste de diffusion ou du site Web

### Equipe spéciale des Eléments essentiels

Coprésidents: **Inés Escandón**, EngenderHealth/Project ACQUIRE, [iescandon@engenderhealth.org](mailto:iescandon@engenderhealth.org) et **Kiyomi Tsuyuki**, Ancien chercheur CATALYST/Population [ketsuyuki@gmail.com](mailto:ketsuyuki@gmail.com)

Les membres de l'Equipe spéciale des Eléments essentiels ont procédé à plusieurs changements dans le cadre pour le suivi et l'évaluation (S&E) des Eléments essentiels des SAA, ajoutant notamment des indicateurs et des résultats pour les partenariats entre la communauté et les prestataires de services et ont défini davantage l'indicateur pour la stigmatisation. L'avant-projet actuel de ce cadre sera ajouté au site Web du Consortium des SAA. L'Equipe spéciale suggère une révision du cadre S&E au début de 2007 pour (1) ajouter des indicateurs qui démontrent l'impact de la mobilisation communautaire sur les SAA; (2) élargir les indicateurs sur les références et contre-références; (3) inclure des indicateurs qualitatifs; et (4) intégrer des indicateurs pour des populations spéciales (jeunes et personnes déplacées). A présent que la Stratégie SAA de l'USAID est distribuée à grande échelle, l'Equipe spéciale prévoit également d'inclure les indicateurs SAA-USAID dans le cadre. Enfin, les membres de l'Equipe spéciale ont insisté sur l'importance d'obtenir un feedback du terrain sur ces indicateurs pour étayer

la mise au point d'autres directives et outils de S&E.

Le groupe a discuté de la manière de renforcer la communication entre les membres de l'Equipe, entre les réunions bisannuelles et a proposé d'inclure un ou deux indicateurs du cadre S&E dans chaque bulletin SAA en demandant aux lecteurs de relater leurs expériences d'utilisation de ces indicateurs. Ils ont également proposé de réunir une information par le biais du Système de Communications électroniques (ECS), de l'Initiative Mise en oeuvre des meilleures Pratiques (IBP) et réaliseront un petit test pilote pour déterminer dans quelle mesure cette approche pourrait être efficace.

### Equipe spéciale des Technologies SAA

Coprésidents: **Nancy Harris**, John Snow International, [nharris@jsi.com](mailto:nharris@jsi.com) et **Sheila Raghavan**, Gynuity Health Projects, [sraghavan@gynuity.org](mailto:sraghavan@gynuity.org)

C'est le misoprostol qui constitue le thème de la plénière du Consortium des SAA et, par conséquent, l'Equipe spéciale des Technologies SAA s'est concentrée sur d'autres technologies, essentiellement l'AMIU. Les membres de l'Equipe spéciale ont discuté de la nécessité de faire des rapports d'évaluation des principaux pays SAA pour mieux suivre les progrès et cerner les barrières entravant l'expansion et la pérennisation des services de SAA.

Ces rapports comprendraient une information récente sur les SAA, dont la prestation de l'AMIU et le statut/la disponibilité du misoprostol. Les membres de l'Equipe spéciale ont proposé des pays comptant des programmes actifs de SAA pour les premiers rapports, dont le Bangladesh, la Bolivie,



l'Inde, le Kenya, le Malawi, le Népal, le Nigeria, le Pérou, la Russie, le Sénégal, la Tanzanie, l'Ouganda, la Zambie et le Zimbabwe.

Lors des étapes suivantes pourra être finalisée une liste de pays, puis formulées les présentations des rapports d'évaluation. Une collecte d'information sera également faite par des partenaires nommés du Consortium dans chaque pays.

Au titre des questions soulevées par les membres de l'Equipe spéciale se prêtant à une discussion plus approfondie: (1) disponibilité de l'AMIU par le biais des canaux publics, privés et commerciaux et comment arriver à des systèmes d'approvisionnement durables; (2) qualité de l'équipement; (3) transparence dans les barèmes de prix au niveau des pays; et (4) disponibilité des aspirateurs MVA Plus à valve unique et valve double. Les membres de l'Equipe pensent que les organismes du Consortium des SAA devraient défendre la question des fournitures durables. Ils ont également retenu le besoin d'attirer plus de groupes (organisations non gouvernementales et autres organismes tels que les universités et les organisations confessionnelles) ainsi que des projets de pays financés par l'USAID pour participer à cette Equipe spéciale.

Les organisations intéressées sont priées de contacter les coprésidents de l'Equipe spéciale.

### **Equipe spéciale SAA et de la Maternité sans Risques**

Coprésidents: **Koki Agarwal**, JHPIEGO, [kagarwal@jhpiego.net](mailto:kagarwal@jhpiego.net) et **Elizabeth Westley**, Family Care International (FCI), [ewestley@fcimail.org](mailto:ewestley@fcimail.org)

Koki Agarwal et Elizabeth Westley, coprésidents du groupe, ont parlé du passé de l'Equipe spéciale SAA et de la Maternité sans Risques. Le groupe a convenu qu'il restait important de continuer à organiser un forum pour la discussion des questions liées aux SAA et à la maternité sans risques, même s'il n'existe pas de "programme" bien défini pour le groupe, car ces questions sont étroitement reliées au niveau de la prestation de services. Aussi, ce groupe a-t-il décidé de continuer à se rencontrer et à discuter de questions pertinentes deux fois par an en envisageant la possibilité d'entreprendre de nouvelles tâches entre les réunions si le besoin s'en présente. Les coprésidents cherchent à obtenir une participation plus active de la part de personnes engagées aux SAA et à la maternité sans risques. Prière de contacter l'un ou l'autre pour une information supplémentaire

### **Groupe de Travail SAA amis-des-jeunes**

Président: **Gwyn Hainsworth**, Pathfinder International, [ghainsworth@pathfind.org](mailto:ghainsworth@pathfind.org)

Le Groupe de Travail SAA amis-des-jeunes s'est rencontré avant la réunion du Consortium des SAA. Les membres ont cherché à finaliser l'avant-projet de directives techniques sur les SAA amis-des-jeunes. Ces directives s'inspirent des Eléments essentiels des SAA et se destinent aux responsables de programme et prestataires de services. Elles seront distribuées par le biais de la liste de diffusion du Consortium des SAA afin d'obtenir des commentaires puis seront présentées officiellement aux fins d'approbation lors de la prochaine réunion du Consortium.

Un récapitulatif des directives préliminaires a également été présenté lors de la conférence APHA. Pour de plus amples informations sur les adolescentes et les SAA, prière de se rendre sur le site Web du Consortium des SAA à l'adresse suivante: [www.pac-consortium.org](http://www.pac-consortium.org)

Une liste des ressources sur les adolescentes et les SAA est disponible à <http://www.pac-consortium.org/Pages/resources.html>

## **Améliorer l'accès aux services de SAA et la qualité de ces services au Kenya, grâce au fonds renouvelable de prêts**

*Joyce Kinaro, Fédération de Planification familiale America-Internationale: Bureau régional africain*



**Jackson Mworia devant sa clinique.**

Les complications de l'avortement sont parmi les grandes causes de la mortalité maternelle en Afrique et la stratégie de la Fédération de Planification familiale d'America-Internationale (PPFA-I) vise à améliorer la qualité des services de SAA pour réduire la mortalité maternelle dans la région. Au Cameroun, au Kenya, au Nigeria et au Soudan, PPFA-I dispense une formation en SAA pour des médecins et prestataires de niveau intermédiaire des secteurs public et privé, soutient les réseaux de praticiens et distribue des trousseaux d'AMIU.

La situation au Kenya est à l'exemple de celle d'autres pays de la région. "L'évaluation nationale de l'ampleur et des conséquences de l'avortement à risques au Kenya," faite en 2004 par l'Association médicale de ce pays, le Ministère de la Santé, la Branche kenyane des Femmes Avocatesses et l'Ipas, indiquent qu'environ 300 000 avortements sont réalisés chaque année. Sur ce chiffre, on estime que 20 000 femmes et filles souffrant de complications liées à l'avortement sont hospitalisées et que 2 600 femmes meurent de ces complications.

Depuis 1996, PPFA-I collabore avec Kisumu Medical Educational Trust (KMET) pour améliorer la santé et le bien-être des femmes dans les zones rurales du Kenya en leur assurant un accès aux services de santé de la reproduction. Le projet KMET lutte contre les taux élevés de morbidité maternelle en apportant une formation à des praticiens et

à des prestataires de niveau intermédiaire du secteur privé dans les zones rurales à l'Ouest du Kenya, portant sur les techniques de santé de la reproduction, dont la distribution de contraceptifs et la prestation de services de SAA et en leur fournissant l'équipement et les fournitures AMIU nécessaires.

Les 96 médecins et 25 prestataires de niveau intermédiaire qui ont reçu une formation en matière de SAA, y compris sur l'AMIU pour le traitement de l'avortement incomplet et de l'avortement à risques de la part de KMET ont créé un Réseau des Prestataires SAA. Grâce à un fonds renouvelable mis en place en 2004, les membres du réseau peuvent faire des prêts allant jusqu'à 300 000 shillings kenyans (4 000\$US) pour rénover leurs cliniques privées, les aidant ainsi à élargir les services de SR qu'ils dispensent. Jusqu'à présent, environ un quart des membres du réseau ont bénéficié de ce fonds.

Jackson Mworja est un infirmier de santé communautaire qui dirige une petite clinique privée dans une communauté rurale du district de Meru, à l'Est du Kenya. En mai 2004, il a participé à une formation en matière de SAA parrainée par PPFA-I et il est un membre du Réseau des Prestataires SAA. En juin 2005, il a obtenu un prêt 250 000 shillings kenyans (3 378\$US) qu'il a utilisé pour rénover sa clinique, acheter un stock de médicaments essentiels et améliorer la prévention des infections.

Vu l'espace plus grand grâce aux travaux de rénovation, la clinique peut à présent servir plus de clients. Une augmentation de 10 à 50 clients par jour, de juin à novembre 2004, a aidé Monsieur Mworja à effectuer ses remboursements mensuels du prêt. Avant de devenir un prestataire du Réseau SAA, Monsieur Mworja envoyait la plupart de ses clientes des SAA dans d'autres centres. Mais, depuis la formation, le nombre de clientes des SAA a progressivement augmenté, passant d'une moyenne de quatre clientes par mois en juin 2004 à 20 en mai 2005.

Monsieur Mworja a noté que le fonds renouvelable de prêt lui a permis de répondre à des besoins fondamentaux et d'améliorer la qualité générale des soins.

"...Je n'avais pas les moyens [financiers] de garantir la prévention des infections et c'est une condition que posait le gouvernement pour renouveler ma licence..."

Une fois qu'il aura remboursé son prêt, Monsieur Mworja espère en obtenir un autre pour ajouter une salle d'opération à sa clinique. Intervenant par le biais du Réseau des Prestataires KMET, PPFA-I renforce la capacité des prestataires privés des SAA dans des communautés reculées de l'Afrique, permettant à ceux qui habitent dans des communautés pauvres et peu desservies d'avoir accès à des services de qualité de santé de la reproduction, tels que les soins après avortement.

Pour de plus amples informations, prière de contacter **Joyce Kinaro** at [joyce.kinaro@ppfa.or.ke](mailto:joyce.kinaro@ppfa.or.ke)



IntraHealth International  
6340 Quadrangle Drive  
Suite 200  
Chapel Hill, NC 27517

## Visiter [www.pac-consortium.org](http://www.pac-consortium.org)

- Numéros précédents de *SAA-Action*
- Ressources et liens SAA
- Groupes de travail du Consortium des SAA

### Disponibles à présent:

- Liste des ressources adolescentes et SAA
- Foire aux questions sur les adolescentes et les SAA

### Se joindre à la liste de diffusion du Consortium des SAA:

[PAC-CONSORTIUM-request@lists.ibiblio.org](mailto:PAC-CONSORTIUM-request@lists.ibiblio.org).

# Annotated Bibliography on Misoprostol for Treatment of Incomplete Abortion and Miscarriage

**1.** Agostini A, Ronda I, Capelle M, Romain F, Bretelle F, Blanc B. Influence of clinical and ultrasound factors on the efficacy of misoprostol in first trimester pregnancy failure. *Fertility and Sterility* 2005;84(4):1030-1032.

Cette étude observationnelle prospective a recruté 276 femmes avec une interruption de début de grossesse. Toutes les femmes ont reçu 800 mcg de misoprostol par voie vaginale suivi par un examen clinique et une échographie 24 heures plus tard. Le taux de réussite général était de 65,2% (180/276). Une analyse à multiples variables a démontré que le taux de réussite était inversement proportionnel à la parité: 70,9% pour les femmes nullipares (73/103), 73,7% pour les femmes primipares (45/61), 56,6% pour les femmes par 2 (30/53) et 54,2% pour les femmes avec par >2 (32/59) (P=0,03)..

**2.** Bagratee JS, Khullar V, Regan L, Moodley J, Kagoro H. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. *Human Reproduction* 2004;19(2):266-271.

On a choisi aléatoirement 104 femmes avec des interruptions de grossesse, soit pour l'administration de 600 mcg de misoprostol, soit d'un placebo, par voie vaginale. Des doses répétées ont été données si l'évacuation n'était pas complète le jour suivant. Le 7e jour, les femmes qui n'avaient pas une évacuation complète des contenus de l'utérus ont subi une évacuation chirurgicale. Le taux de réussite dans le groupe misoprostol était de 88,5% comparé à 44,2% dans le groupe placebo. Il n'existait aucune différence significative dans les taux de réussite entre les deux groupes pour les femmes avec un avortement incomplet (100% contre 85,7%). Par contre, les femmes avec une rétention foetale avaient un taux de réussite nettement plus élevé avec le misoprostol (87%) comparées au placebo (29%).

**3.** Blanchard K, Taneepanichskul S, Kiriwat O, Sirimai K, Svirirojana N, Mavimbela N, Winikoff B. Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Obstetrics and Gynecology* 2004;103:860-865.

Cette étude aléatoire a recruté 169 femmes avec un avortement incomplet. Les femmes ont reçu soit une seule dose, soit une dose répétée de 600 mcg de misoprostol par voie orale. Un suivi a été assuré deux semaines après l'administration de misoprostol. Aucune différence n'a été notée dans l'efficacité entre les deux traitements: 66% des femmes dans le groupe dose unique et 70% des femmes dans le groupe dose répétée ont eu une expulsion complète sans recours à l'intervention chirurgicale.

**4.** Chung TK, Cheung LP, Leung TY, Haines CJ, Chang AM. Misoprostol in the management of spontaneous abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1995;102(10):832-5.

Cette étude observationnelle prospective a recruté 252 femmes avec un avortement incomplet. Toutes les femmes ont d'abord été traitées par une prise en charge abstentionniste. Deux semaines après le diagnostic initial, les femmes qui avaient encore des produits retenus de la conception ont reçu 400 mcg de misoprostol par voie orale toutes les 4 heures, pour un total de 3 doses. Elles ont été réévaluées le lendemain matin pour voir si l'évacuation était complète. 141 femmes avaient des produits retenus lors du suivi de deux semaines et ont été traitées avec du misoprostol. Parmi ces femmes, 88 (62%) n'ont pas eu besoin d'intervention chirurgicale.

**5.** Chung TK, Lee DT, Cheung LP, Haines CJ, Chang AM. Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparing surgical evacuation with conservative management using misoprostol. *Fertility and Sterility* 1999;71(6):1054-9.

635 femmes ont été recrutées dans cet essai aléatoire comparant l'efficacité du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet à l'efficacité de l'évacuation chirurgicale. Les femmes dans le groupe misoprostol ont reçu 400 mcg de misoprostol par voie orale toutes les 4 heures pour une dose totale de 1200 mcg. Le taux de réussite a été évalué le lendemain matin. Sur les 321 femmes qui ont reçu le misoprostol, 159 (50%) avaient expulsé les produits de la conception et n'avaient pas besoin d'intervention chirurgicale.

**6.** Creinin MD, Moyer R, Guido R. Misoprostol for medical evacuation of early pregnancy failure. *Obstetrics and Gynecology* 1997;89:768-772.

Vingt femmes ont été choisies aléatoirement pour recevoir 400 mcg de misoprostol par voie orale ou 800 mcg de misoprostol par voie vaginale

pour le traitement d'interruption précoce de grossesse. La dose a été répétée 24 heures après si le sac gestationnel était encore présent. Après 24 heures, les femmes qui n'avaient pas expulsé les produits de la conception ont subi une évacuation chirurgicale. 12 femmes ont reçu du misoprostol par voie orale et 8 femmes ont reçu du misoprostol par voie vaginale. L'expulsion réussie a été notée chez 3 des 12 femmes (25%) dans le groupe par voie orale et 7 des 8 femmes (88%) dans le groupe par voie vaginale. (25%) in the oral group and 7 of 8 women (88%) in the vaginal group.

**7.** Davis AR, Robilotto CM, Westhoff CL, Forman S, Zhang J; National Institute of Child Health Human Development (NICHD) Management of Early Pregnancy Failure Trial. Bleeding patterns after vaginal misoprostol for treatment of early pregnancy failure. *Human Reproduction* 2004;19 (7):1655-8.

77 femmes avec interruption précoce de grossesse ont été recrutées dans cette étude prospective de cohorte et ont été choisies aléatoirement soit pour recevoir 800 mcg de misoprostol sec par voie vaginale, soit du misoprostol par voie vaginale avec 2 ml de solution salée. L'auto-indication de saignement et d'utilisation de serviettes hygiéniques a été notée par les femmes dans un journal quotidien sur une période de deux semaines. Le taux d'hémoglobine a été évalué au moment du recrutement et 2 semaines plus tard. Les femmes ont noté chaque jour les saignements ou saignements pour les 14 jours de l'observation. L'utilisation de serviettes hygiéniques était très variable (moyenne 30,5, fourchette de 2-125 serviettes hygiéniques sur la période de 2 semaines) et n'était pas liée aux changements dans le taux d'hémoglobine. Les jours de saignement abondant notés par les femmes étaient rares (médiane 3) et se présentaient généralement de suite après le traitement. L'expulsion complète sans dilation et curetage (D&C) s'est présentée chez 85% de femmes. La diminution moyenne de l'hémoglobine était de 0,5 g/dl (ET 1,2)

**8.** Demetroulis C, Saridogan E, Kunde D, Naftalin AA. A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Human Reproduction* 2001;16(2):365-9.

Cette étude prospective a choisi aléatoirement 80 patientes pour soit l'évacuation chirurgicale, soit la prise en charge médicale avec 800 mcg de misoprostol par voie vaginale pour l'interruption précoce de grossesse. Cette étude comprenait des femmes avec avortement incomplet et rétention foetale. Le suivi a été assuré 10 jours après l'administration du traitement. Le taux d'échec du groupe misoprostol était de 7% chez les femmes avec avortement incomplet et de 23% chez les femmes avec rétention foetale. Aucune des patientes assignées au groupe chirurgical n'a eu besoin d'évacuation répétée. Toutes les patientes avec traitement réussi dans le groupe misoprostol se sont montrées satisfaites par le traitement, comparées à 58% seulement des femmes dans le groupe chirurgical.

**9.** Graziosi GCM, Mol BW, Ankum WM, Bruinse HW. Management of early pregnancy loss. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2004;86:337-346.

Une méta-analyse a été réalisée de 13 essais cliniques aléatoires faisant la comparaison entre le misoprostol et le curetage, le misoprostol et la prise en charge abstentionniste, ou prise en charge abstentionniste et curetage pour interruption précoce de grossesse. Les données combinées chez les femmes avec rétention foetale, prise en charge de manière abstentionniste ou traitées avec misoprostol indiquent des taux d'évacuation complète de 28% respectivement (49/173; fourchette 14%-47%) et 81% (242/298; fourchette 60%-83%). Chez les femmes avec avortement incomplet, ces taux étaient respectivement de 94% (31/33; fourchette 80%-100%) et de 99% (75/76; fourchette 99%-100%). Tant la prise en charge abstentionniste que le traitement avec le misoprostol ont diminué la nécessité d'avoir recours au curetage pour l'interruption précoce de grossesse, mais par contre, chez les femmes avec rétention foetale, le misoprostol semble avoir été bien plus efficace que la prise en charge abstentionniste.

**10.** Gronlund L, Gronlund AL, Clevin L, Anderson B, Palmgren N, Lidagaard A. Spontaneous abortion: Expectant management, medical treatment or surgical evacuation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;Aug 81(8):781-2.

Cette étude compare le traitement de l'avortement spontané par prise en charge abstentionniste, l'administration de 400 mcg de misoprostol par



voie vaginale et l'évacuation chirurgicale. 78 femmes ont été recrutées. Après le traitement, les femmes ont été réévaluées le 8e et le 14e jour. On note une évacuation réussie de l'utérus chez 14/17 (82%) femmes dans le groupe de prise en charge abstentionniste, chez 28/31 (90%) des femmes traitées avec du misoprostol et chez 29/30 (97%) des femmes avec évacuation chirurgicale.

**11.** Henshaw RC, Cooper K, El-Refaey H, Smith NC, Templeton AA. Medical management of miscarriage: non-surgical uterine evacuation of incomplete and inevitable spontaneous abortion. *British Medical Journal* 1993;306:894-5.

Cette étude ouverte a évalué les résultats chez 44 femmes traitées avec du sulprostone ou 400 mcg de misoprostol par voie orale pour avortement incomplet ou inévitable. Les auteurs ont combiné les données des deux groupes suite au manque de différence dans les résultats dans les deux groupes. Le traitement a échoué chez 2 des 43 patientes évaluées et les 41 femmes restantes ont eu une évacuation complète après 12-18 heures.

**12.** Herabutya Y, O-Prasertsawat P. Misoprostol in the management of missed abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1997;56:263-6.

Cette étude a comparé l'efficacité du misoprostol par voie vaginale (200 mcg) au placebo utilisé avant la dilatation et le curetage pour la rétention foetale. 84 femmes ont été choisies aléatoirement pour recevoir le traitement un jour avant l'intervention chirurgicale. 83,3% des femmes dans le groupe misoprostol ont expulsé spontanément les produits de la conception avant la chirurgie. Cette proportion était nettement plus élevée que les 17,14% qui ont expulsé les produits de la conception dans le groupe placebo.

**13.** de Jonge ET, Makin JD, Manefeldt E, De Wet GH, Pattinson RC. Randomised clinical trial of medical evacuation and surgical curettage for incomplete miscarriage. *British Medical Journal* 1995;311(7006):662.

Cet essai a recruté 50 femmes avec une fausse couche incomplète. Les femmes ont été réparties aléatoirement soit pour la prise en charge médicale avec administration d'une dose unique de 400 mcg de misoprostol par voie orale, soit pour le curetage chirurgical. Les résultats ont été évalués 12 heures après l'administration du misoprostol. Après 12 heures, seules 3 (13%) des femmes dans le groupe misoprostol avaient une évacuation complète de l'utérus.

**14.** Moodliar S, Bagrattee JS, Moodley J. Medical vs. surgical evacuation of first-trimester spontaneous abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005;91:21-26.

94 femmes avec avortement incomplet ont été réparties aléatoirement, soit pour recevoir

600 mcg de misoprostol par voie vaginale, soit pour le curetage chirurgical. Le taux de réussite de la prise en charge médicale était de 91,5%; 1/3 des femmes (15 sur 47) avaient des avortements complets après une dose seulement de misoprostol et 8,5 nécessitaient une évacuation des produits retenus de la conception après une semaine à cause de l'échec du traitement. Le taux de réussite dans le groupe chirurgical était de 100%. Les femmes dans le groupe médical ont eu des saignements sur une durée plus longue et avaient davantage besoin d'analgésie. Un plus grand nombre de femmes qui avaient reçu un traitement médical le recommanderaient ou choisiraient d'être dans ce groupe à l'avenir plutôt que dans le groupe chirurgical.

**15.** Muffley PE, Stitely ML, Gherman RB. Early intrauterine pregnancy failure: a randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;187(2):321-5; discussion 325-6.

50 femmes ont été réparties aléatoirement pour recevoir soit un traitement chirurgical, soit un traitement médical pour interruption précoce de grossesse. Le protocole médical consistait à administrer 800 mcg de misoprostol par voie vaginale, administration répétée après 24 et 48 heures s'il restait des produits de la conception dans l'utérus. Le résultat a été mesuré 72 heures après l'administration du misoprostol. 15/25 femmes dans le groupe médical (60%) ont eu une évacuation utérine réussie et n'ont pas eu besoin de curetage.

**16.** Ngai SW, Chan YM, Tang OS, Ho PC. Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. *Human Reproduction* 2001;16(7):1493-6.

Cet essai aléatoire a recruté 60 femmes avec interruption de grossesse. Les femmes dans le groupe médical ont reçu 400 mcg de misoprostol par voie vaginale le 1er, 3e et 5e jour. Le groupe témoin a été traité uniquement par prise en charge abstentionniste. Le résultat final a été

évalué le 15e jour. 83% des femmes dans le groupe misoprostol ont évité l'évacuation chirurgicale, alors que ce chiffre était de 48% dans le groupe témoin.

**17.** Ngoc NTN, Blum J, Durocher J, Quan TTV, Winikoff B. Medical management of incomplete abortion using 600 versus 1200 mcg of misoprostol. *Contraception* 2005;72(6):438-42.

Cet essai aléatoire a recruté 300 femmes avec avortement incomplet. Les femmes ont reçu soit une seule dose orale de misoprostol (600 mcg) soit une dose orale répétée (600 mcg). L'évaluation finale a été faite le 10e jour. Aucune différence significative n'a été notée dans les taux de réussite pour les deux groupes de traitement. Le misoprostol a permis d'évacuer l'utérus chez pratiquement toutes les femmes (94,6%).

**18.** Ngoc NTN, Blum J, Westheimer E, Quan TTV, Winikoff B. Medical termination of missed abortion using misoprostol in Vietnam. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2004;87 (2):138-42.

200 femmes avec rétention foetale confirmée par échographie ont été réparties aléatoirement soit dans le groupe 800 mcg de misoprostol par voie orale, soit dans le groupe 800 mcg de misoprostol par voie vaginale. Toutes les femmes sont revenues pour des soins de suivi deux jours plus tard. L'efficacité était élevée dans les deux groupes et ne présentait aucune différence significative du point de vue statistique (oral=89%, vaginal=92,9%).

**19.** Pandian Z, Ashok P, Templeton A. The treatment of incomplete miscarriage with oral misoprostol. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001;108(2):213-4.

Il s'agit d'une étude rétrospective de 112 femmes qui ont eu une prise en charge médicale pour fausse couche incomplète. Le protocole consistait à administrer 600 mcg de misoprostol par voie orale suivi par deux doses de 400 mcg toutes les deux heures. Une évacuation complète de l'utérus était notée chez 95 (85%) femmes, avec un petit nombre de femmes recevant un protocole répété de misoprostol.

**20.** Pang MW, Lee TS, Chung TK. Incomplete miscarriage: a randomized controlled trial comparing oral with vaginal misoprostol for medical evacuation. *Human Reproduction* 2001;16(11): 2283-7.

201 femmes ont été réparties aléatoirement dans le groupe misoprostol par voie orale ou dans le groupe misoprostol par voie vaginale pour le traitement de la fausse couche incomplète. 800 mcg de misoprostol ont été administrés, soit par voie orale, soit par voie vaginale et répétés 4 heures plus tard si les produits de la conception n'avaient pas été expulsés. Le résultat final a été évalué le lendemain. Le taux de réussite était analogue dans les deux groupes: 61,1% dans le groupe vaginal et 64,4% dans le groupe oral. L'incidence de la diarrhée était légèrement plus élevée dans le groupe oral.

**21.** Tang OS, Lau WN, Ng EH, Lee SW, Ho PC. A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal and sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. *Human Reproduction* 2003;18: 176-181.

Cet essai aléatoire d'administration de misoprostol par voie vaginale versus sublinguale (600 mcg) a recruté 80 femmes avec une fausse couche asymptomatique. La dose a été répétée toutes les trois heures pour un maximum de trois doses. Le taux de réussite dans les deux groupes était de 87,5%. Le taux final de réussite a été déterminé le 7e et le 43e jour.

**22.** Tang OS, Ong CY, Tse KY, Ng EH, Lee SW, Ho PC. A randomized trial to compare the use of sublingual misoprostol with or without an additional 1 week course for the management of first trimester silent miscarriage. *Human Reproduction* 2006; 21(1):189-92.

180 femmes avec fausse couche asymptomatique (<13 semaines) recevant 600 mcg de misoprostol par voie sublinguale toutes les trois heures pour un maximum de trois doses ont été réparties aléatoirement dans le groupe (i) pas de traitement prolongé de misoprostol ou (ii) traitement prolongé de 400 mcg de misoprostol par voie sublinguale tous les jours pendant une semaine. Les taux de réussite pour fausse couche complète étaient analogues dans les deux groupes: dans le groupe 1, 92,2% (95% IC: 86,1% - 97,5%) et dans le groupe 2, 93,3% (95% IC: 84,6% - 96,8%). Le traitement d'une semaine supplémentaire de misoprostol par voie sublinguale n'a pas amélioré le taux de réussite et n'a pas raccourci la durée du saignement vaginal. De fait, cela augmentait l'incidence de la diarrhée (P < 0,01). Les autres effets secondaires étaient analogues dans les deux groupes de traitement.

**23.** Weeks A, Alia G, Blum J, Ekwaru P, Durocher J, Winikoff B, Mirembe

F. A randomised trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in Kampala, Uganda. *Obstetrics and Gynecology* 2005;106(3):540-7.

330 femmes avec avortement incomplet d'après le diagnostic clinique ont été réparties aléatoirement, soit pour l'aspiration manuelle intra-utérine, soit pour l'administration de 600 mcg de misoprostol par voie orale pour achever l'avortement. Un suivi a été assuré le 14e jour. Le misoprostol a permis une évacuation complète dans 96,3% des cas évalués. Mais il est important de noter que presque 30% des femmes dans les deux groupes ne se sont pas présentées au suivi.

**24.** Wood SL, Brain PH. Medical management of missed abortion: a randomized clinical trial. *Obstetrics and Gynecology* 2002;99:563-566.

50 femmes avec rétention foetale ont été réparties aléatoirement, soit pour l'administration de deux doses de 800 mcg doses de misoprostol par voie vaginale, soit pour un placebo. Les résultats ont été évalués une semaine après l'administration du misoprostol. 80% des femmes dans le groupe du misoprostol et 16% des femmes dans le groupe placebo ont eu une expulsion réussie des produits de la conception et n'ont pas eu besoin d'intervention chirurgicale.

**25.** You JHS, Chung TKH. Expectant, medical or surgical treatment for spontaneous abortion in first trimester of pregnancy: a cost analysis. *Human Reproduction* 2005; 20(10):2873-2878.

Une analyse conçue pour simuler le résultat clinique et l'utilisation des ressources sanitaires pour l'évacuation chirurgicale, l'administration de misoprostol et la prise en charge abstentionniste chez les femmes présentant un avortement spontané sans complications pendant le premier trimestre de la grossesse a été réalisée en utilisant des apports cliniques de la littérature scientifique et des analyses de coût dans l'optique d'un prestataire public de soins de santé à Hong Kong. Les résultats ont montré que le misoprostol était l'option la moins chère par patiente (1 000\$US), suivi par les soins abstentionnistes (1 172\$) et l'évacuation chirurgicale (2 007\$).

**26.** Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, Creinin MD, Westhoff C, Frederick MM; National Institute of Child Health Human Development (NICHD) Management of Early Pregnancy Failure Trial. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *New England Journal of Medicine* 2005; 353(8):761-769.

652 femmes dont le diagnostic établissait une interruption de grossesse du premier trimestre ont été choisies aléatoirement, soit pour l'administration de 800 mcg de misoprostol par voie vaginale, soit pour l'aspiration (norme de soin) pour un rapport de 3 à 1. Le groupe misoprostol a reçu un traitement le 1er jour, une seconde dose le 3e jour si l'expulsion était incomplète et une aspiration le 8e jour si l'expulsion était encore incomplète. Parmi les femmes qui ont terminé l'essai suivant le protocole, 84% (95% IC:

81%- 87%) traitées avec du misoprostol et 97% (95% IC: 94%- 100%) traitées par aspiration ont eu un avortement complet au 8e jour.