

Bulletin médical de l'IPPF

Sommaire

Déclaration de l'IMAP sur l'éducation sexuelle intégrée 1
Interruption volontaire de grossesse avec misoprostol seul au cours du premier trimestre Oi Shang Tang, Marcel Vekemans, Helena von Hertzen, Pak Chung Ho 3

Déclaration de l'IMAP sur l'éducation sexuelle intégrée

La présente déclaration a été établie par le Groupe consultatif médical international (IMAP) en octobre 2007.

L'IPPF en est consciente, il est nécessaire qu'une éducation sexuelle intégrée (ESI) de qualité, respectueuse de leurs droits et de la parité des sexes soit accessible à tous les jeunes.¹ Elle s'est d'ailleurs fixé pour objectif, dans son cadre stratégique pour les adolescents/jeunes, « d'accroître l'accès à l'éducation sexuelle intégrée ».

Aujourd'hui, l'ESI est abordée de nombreuses manières à l'école, à l'université, dans les autres établissements éducatifs et dans de multiples instances spécialisées. Chaque approche est conçue et mise en oeuvre en fonction des valeurs culturelles de l'endroit où l'ESI est dispensée, sachant que dans certains environnements, elle suscite la controverse.

On définit l'ESI comme « l'acquisition d'informations et l'adoption d'attitudes, de convictions et de valeurs touchant l'identité, les relations avec les autres et l'intimité, et ce tout au long de la vie. Sont englobés le développement sexuel, la santé reproductive, les relations interpersonnelles, l'affectivité, l'intimité, l'image du corps et les rôles liés au genre. L'ESI envisage les dimensions biologique, socioculturelle, psychologique et spirituelle de la sexualité dans une optique qui tient compte des processus cognitifs, psychologiques et comportementaux, sans négliger les compétences nécessaires pour communiquer efficacement et prendre des décisions responsables ». Les approches qui n'incluent pas toutes ces caractéristiques sont considérées comme moins complètes ou moins efficaces.

La présente Déclaration apporte une réponse aux Associations membres qui ont de plus en plus besoin d'être orientées et de voir émerger un consensus à ce sujet. Etant donné que les Indicateurs mondiaux de l'IPPF montrent que presque toutes les Associations membres font de l'éducation sexuelle sous une forme ou une autre, la Déclaration vise aussi à assurer que l'organisation continue à améliorer la qualité et l'efficacité de tels programmes.

Pourquoi l'ESI?

Le droit des jeunes à l'information et à l'éducation – éducation sexuelle comprise – est inscrit dans plusieurs traités et conventions internationales, notamment la Convention relative aux droits de l'enfant, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Ce droit à l'éducation sexuelle a été entériné par des experts internationaux des droits sexuels, qui en ont donné la définition suivante : « (...) le droit de toute personne, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, de jouir du meilleur état de santé sexuelle possible grâce notamment à l'accès à des services médicaux spécialisés en matière de santé sexuelle et reproductive; de demander, d'obtenir et de transmettre des informations ayant trait à la sexualité; de recevoir une éducation sexuelle; de voir son intégrité physique respectée; de choisir son partenaire; de décider d'avoir une vie sexuelle active ou non; d'avoir des relations sexuelles de plein gré; d'épouser le conjoint de son choix; d'avoir ou non des enfants, quand elle le décide; d'avoir une vie sexuelle satisfaisante, agréable et sans risque. Si les jeunes ont le droit de recevoir une éducation sexuelle efficace, il est aussi essentiel de les aider à mener une vie saine et épanouissante. Une information de haute qualité et une éducation à la sexualité intégrée les dotent des informations, compétences nécessaires – et attitudes nécessaires pour faire des choix en toute connaissance de cause, aujourd'hui et dans le futur. Elles renforcent chez eux l'indépendance et l'estime de soi et

les aident à vivre leur sexualité et leurs relations de façon positive et agréable.

Les jeunes se familiarisent avec la sexualité ou deviennent sexuellement actifs très tôt, aussi l'éducation sexuelle intégrée, adaptée en fonction de l'âge, doit-elle les cibler avant le premier rapport, sachant que l'âge de celui-ci s'abaisse dans de nombreuses parties du monde. Elle est nécessaire en ce qu'elle permet de répondre aux préoccupations et aux questions liées à la prévention des IST et à la transmission du VIH/sida et de conseiller les jeunes qui éprouvent une crainte face au risque potentiel de grossesse non désirée.

Souvent, les jeunes reçoivent des messages contradictoires sur le sexe et la sexualité : certains sont négatifs, qui leur associent culpabilité, peur et maladie ; d'autres, véhiculés par les médias et par d'autres jeunes, les décrivent en général comme positifs et désirables. L'impact de ces messages sur les jeunes varie selon qu'ils ont ou non conscience de leurs droits et de leurs responsabilités, des attentes vis-à-vis de chaque sexe et de leur niveau de maturité cognitive et émotionnelle. Grâce à l'éducation sexuelle intégrée, ils acquièrent les compétences voulues pour dissiper les idées fausses liées à la sexualité, ce qui contribue à réduire la discrimination, l'opprobre et la violence auxquels les jeunes sont exposés, y compris les violences sexuelles de la part d'un intime ou d'un membre de la famille.

Il est important de comprendre que l'ESI présente aux jeunes toutes les méthodes qui favorisent une sexualité sans risque, abstinence comprise. Contrairement à ce qu'on entend souvent dire, l'éducation à la sexualité et à la santé reproductive n'a pas pour but de remplacer les valeurs familiales traditionnelles : elle aide les jeunes à déterminer leurs valeurs propres et les choix dont ils disposent en fonction de leurs besoins.

Éléments d'appréciation

Il est prouvé que l'ESI retarde le début de l'activité sexuelle, réduit sa fréquence et celle des rapports non protégés, ainsi que le nombre de partenaires sexuels, et entraîne une utilisation accrue des méthodes contraceptives modernes. Contrairement à ce qui est parfois affirmé, à savoir qu'une information d'ensemble sur les rapports sexuels sans risque encouragerait les jeunes à devenir sexuellement actifs et à adopter un comportement sexuel irresponsable, les résultats des recherches montrent que le fait d'aider les jeunes à prendre des décisions librement et en connaissance de cause au sujet de la contraception n'entraîne pas la multiplication des comportements sexuels à risque ni une précocité accrue de l'activité sexuelle. Des textes scientifiques de plus en plus nombreux démontrent que l'ESI accroît les connaissances en matière de sexe et de sexualité et exerce un impact direct sur le comportement sexuel des jeunes – début plus tardif des rapports sexuels, diminution de leur fréquence et du nombre de partenaires, utilisation accrue du préservatif et d'autres contraceptifs.

Dans les pays développés comme dans les pays en développement, l'étude des programmes d'éducation sexuelle – en milieu scolaire ou en groupe – et au VIH a également montré qu'ils étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir un effet positif que des conséquences négatives sur le comportement sexuel et que, plus l'approche retenue était globale, plus elle entraînait une modification positive des comportements. Cette constatation est renforcée par les données de plus en plus nombreuses recueillies dans divers pays, attestant que si l'on prend en compte les normes liées au genre et les disparités en termes de pouvoir qui y sont associées et que l'on appréhende l'expérience sexuelle de manière plus positive, cela peut avoir des retombées bénéfiques en matière de santé. Plusieurs études l'ont démontré, une plus grande ouverture d'esprit et une meilleure acceptation de la sexualité des adolescents mettent les jeunes en position plus favorable pour négocier et prendre des décisions concernant la sexualité et la contraception.

Caractéristiques d'une éducation sexuelle efficace

En donnant aux jeunes les moyens de mener une existence plus saine, les programmes d'ESI peuvent améliorer leur qualité de vie. De récentes

études consacrées aux programmes d'éducation sexuelle efficaces ont répertorié celles de leurs caractéristiques communes qui présentent des avantages en termes de santé sexuelle des jeunes :

- accent mis sur la prévention des comportements à risque
- compréhension claire de ce qui influence les choix et le comportement sexuel des individus
- messages clairs, adaptés à chaque âge et continuellement étoffés, au sujet du comportement sexuel et de la réduction des risques – transmission de connaissances, de compétences, de valeurs, de normes, mais aussi promotion des bonnes attitudes, et l'amélioration de la communication
- informations précises sur les risques associés à l'activité sexuelle, la contraception et le contrôle des naissances, ou encore sur les différents moyens d'éviter ou de retarder les rapports sexuels
- conseils au sujet des pressions exercées sur les jeunes par leurs pairs et autres pressions sociales ; possibilités offertes de perfectionner les compétences en matière de communication, de négociation et d'affirmation de soi
- diversité des approches de l'enseignement et de l'apprentissage, qui impliquent les jeunes et les aident à adapter à leur propre cas l'information qu'ils reçoivent
- approches de l'enseignement et de l'apprentissage diversifiées en fonction de l'âge, de l'expérience et des valeurs culturelles des jeunes
- liens efficaces avec les services spécialisés en contraception et IST, dont le VIH/sida.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié une étude intitulée « *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries* », dans laquelle sont examinés divers éléments d'appréciation des politiques et programmes axés sur la prévention du VIH/sida parmi les jeunes dans les pays en développement : les résultats obtenus sont similaires dans tous les pays. Cette étude a également souligné une corrélation marquée entre l'éducation sexuelle dispensée à l'école, la diminution de la toxicomanie par voie intraveineuse et une augmentation du nombre des renvois en consultation dans des services de santé. Elle a aussi établi que la promotion de l'enseignement de certains types de compétences au plan local entraînait un recul des rapports sexuels non protégés (actes de violence sexiste compris).

De plus en plus, les recherches démontrent la faible protection que les programmes d'éducation sexuelle uniquement axés sur l'abstinence assurent aux jeunes contre le VIH/sida, les IST et la grossesse non désirée. Ils conduisent certes à l'adoption de comportements sexuels plus sûrs parmi certains groupes (notamment les très jeunes gens ayant des valeurs et des contextes religieux et traditionnels affirmés). Toutefois, on ne dispose pas de données suffisantes pour affirmer que les programmes qui prônent seulement l'abstinence retardent l'âge du premier rapport ou entraînent une diminution du nombre des grossesses d'adolescentes. En réalité, ils sont souvent contre-productifs, car ils ont une incidence négative sur la santé et sur la qualité de vie : la proportion de très jeunes gens qui font vœu de virginité et utilisent la contraception ou sollicitent un traitement pour les IST lorsqu'ils deviennent sexuellement actifs est inférieure d'un tiers à celle des autres. Les jeunes ont aussi tendance à croire que l'abstinence ne s'applique qu'aux rapports vaginaux, mais n'ont pas conscience des risques que présentent d'autres types d'activité sexuelle, tels que les rapports anaux. De plus, le fait de présenter le mariage hétérosexuel comme la seule option acceptable pour des relations sexuelles peut susciter un rejet parmi les jeunes qui ne se reconnaissent pas dans cette norme.

Mise en œuvre par l'IPPF de l'éducation sexuelle intégrée

Compte tenu des éléments mentionnés plus haut, l'IPPF promeut une approche de l'éducation sexuelle qui enseigne des attitudes et des comportements respectueux des droits fondamentaux et de l'égalité des sexes, intègre la prévention du VIH/sida et la promotion du bien-être sexuel et s'adresse aux groupes les plus vulnérables et mal desservis.

Droits en matière de sexualité et de reproduction

L'ESI est respectueuse des droits fondamentaux, qui reposent sur des principes et des lois garantissant la dignité humaine et l'égalité de traitement pour tous. Elle met aussi l'accent sur la réflexion critique, qui permet aux jeunes d'adopter un comportement responsable et en fait des citoyens à part entière qui comprennent le fonctionnement des institutions et des lois dans la société.

Egalité des genres

Les objectifs de l'ESI sont la réduction des inégalités entre les genres et l'élimination des stéréotypes ; elle doit être proposée dès que possible.

Intégration du VIH/sida

L'éducation sexuelle est souvent envisagée distinctement des programmes de prévention du VIH/sida, car elle se concentre principalement sur la prévention des grossesses non désirées et des IST. Cependant, les deux types de programmes sont étroitement liés. L'information et la prévention en matière de VIH/sida font partie intégrante de l'ESI. La communication de ce type d'information est le meilleur moyen d'empêcher la propagation du VIH parmi les jeunes, car elle leur fournit une vision d'ensemble de la question du VIH/sida; en outre, les compétences dont ils ont besoin, notamment pour utiliser correctement et systématiquement le préservatif et prendre des décisions positives en matière de santé, leur sont enseignées, tout comme sont examinées les normes sociales et les inégalités entre les sexes susceptibles de rendre certains groupes de la population (par exemple, les femmes) plus vulnérables face à la coercition et moins bien armés pour négocier des pratiques sans risques.

Bien-être sexuel

Il convient également de noter que le sexe est généralement présenté comme positif et agréable par les médias et par la *vox populi*, mais que les éducateurs et les services de santé se concentrent souvent sur les aspects négatifs de la sexualité et sur les problèmes qu'elle peut engendrer. Afin de remédier à cette dichotomie, l'éducation sexuelle doit accorder une plus large part au rôle que joue le plaisir et à l'acceptation d'une sexualité positive. Il importe donc de présenter les relations physiques d'une manière positive et respectueuse tout en transmettant aux jeunes, sexuellement actifs ou abstinents, les éléments d'information et les compétences dont ils ont besoin pour prendre des décisions en connaissance de cause et mener une vie sexuelle saine et agréable, en se prémunissant contre les grossesses non désirées, les IST et le VIH/sida.

Groupes vulnérables

Si on envisage l'ESI dans son acception la plus large possible, on peut espérer de meilleurs résultats en matière de santé auprès d'un plus grand nombre de jeunes. En effet, on cible alors aussi ceux qui sont le plus exposés, vulnérables ou marginalisés et ceux qui sont souvent exclus des programmes d'éducation sexuelle conventionnels, tels que les jeunes non scolarisés, les toxicomanes qui se droguent par voie intraveineuse, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et les femmes qui en ont avec d'autres femmes. En outre, l'ESI reconnaît à tous les individus, y compris les handicapés mentaux et physiques, le droit à une bonne santé sexuelle et reproductive et les autres droits y afférents.

Souvent, l'éducation sexuelle en elle-même est aussi importante que les résultats obtenus. Tout ceux qui la planifient doivent adopter une méthodologie appropriée qui encourage la participation et facilite l'acquisition de nouvelles connaissances, compétences et comportements. Une telle démarche doit s'inscrire dans un processus continu d'apprentissage et de modification du comportement, en liaison étroite avec des services de santé sexuelle reproductive adaptés aux jeunes.

Cadre de l'IPPF pour une éducation sexuelle intégrée

L'IPPF a conçu un cadre pour une éducation sexuelle intégrée, qui donne un aperçu général de ce qu'elle considère comme le modèle le plus efficace d'éducation sexuelle aux fins de l'amélioration de la santé et du bien-être sexuel des jeunes. Elle y expose son approche de l'ESI, qui repose sur le respect des droits et des spécificités de chaque sexe : l'objectif est l'acquisition par les jeunes de connaissances, de compétences, de comportements et de valeurs qui leur permettent de déterminer leur sexualité et de la vivre de façon épanouissante – sur un plan physique, affectif, individuel et social. Ce cadre envisage la « sexualité » de façon globale et la replace dans le contexte du développement émotionnel et social. L'IPPF reconnaît que l'information ne suffit pas et qu'il faut donner aux jeunes la possibilité d'acquérir des compétences pratiques essentielles, mais aussi d'adopter des attitudes et des valeurs positives.

Que peuvent faire les Associations membres ?

Les Associations membres de l'IPPF peuvent dispenser et promouvoir l'ESI à plusieurs niveaux.

Dans le cadre de leurs propres programmes et services :

- En concevant et en exécutant des programmes d'éducation sexuelle ou en actualisant des programmes existants d'éducation (par les pairs), de sorte qu'ils abordent tous les domaines mentionnés dans le Cadre de l'IPPF pour une éducation sexuelle intégrée, ainsi que les directives en vigueur s'agissant d'éducation sexuelle

- En concevant des documents d'information, d'éducation et de communication dans le respect des droits des jeunes, sans porter de jugement, en abordant un grand nombre de questions (et non pas seulement la santé reproductive) et en utilisant des méthodes novatrices pour transmettre les messages relatifs à l'ESI, qui doivent prôner l'utilisation du préservatif et les rapports sexuels sans risque
- En formant les prestataires de services, notamment les professionnels de santé et les pairs éducateurs, au principe de l'ESI axée sur les droits, et notamment à un certain nombre de méthodes participatives²
- En liant étroitement leurs programmes d'éducation sexuelle et leurs services de santé adaptés aux jeunes
- En s'assurant la participation des jeunes aux stades de la conception, de l'exécution et de l'évaluation des programmes d'ESI
- En assurant une formation destinée aux parents et groupes de discussion sur la manière d'aborder ouvertement la sexualité avec leurs enfants et en stimulant une communication positive entre parents et enseignants sur cette question.

Au sein du système scolaire :

- En formant et en appuyant les enseignants afin qu'ils soient mieux à même d'assurer l'ESI dans les écoles
- En s'assurant que l'ESI est une matière obligatoire, tant dans le primaire que dans le secondaire, assortie de normes et d'objectifs d'enseignements minimaux, et que les ressources et les documents nécessaires, appropriés pour des jeunes, sont fournis ; l'éducation à la sexualité doit faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation
- En surveillant de quelle manière les programmes d'éducation sexuelle, tant en milieu scolaire qu'à l'extérieur, sont appliqués aux niveaux local, régional et national.

Auprès des groupes vulnérables

Les Associations membres devraient consentir des efforts particuliers pour fournir information et éducation, dans le cadre de campagnes de sensibilisation ou de programmes ayant pignon sur rue, aux groupes vulnérables marginalisés, à savoir les jeunes sortis du système scolaire, les enfants des rues, les jeunes qui vivent avec le VIH, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les femmes qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes, les jeunes exposés à la traite des êtres humains, les jeunes filles soumises aux mutilations génitales féminines et les jeunes souffrant d'un handicap : auprès de ces groupes, il faut user de démarches flexibles et créatives, faisant l'objet d'une planification et d'un suivi minutieux.

Au niveau national et auprès des responsables politiques

- En forgeant des partenariats avec les parents et les collectivités qui assurent la promotion de l'ESI elles peuvent établir de solides réseaux de partisans convaincus de l'ESI parmi leurs partenaires gouvernementaux/non gouvernementaux et internationaux, afin d'obtenir qu'elle se développe
- En constituant des réseaux viables chargés de promouvoir l'ESI et de mener des campagnes de sensibilisation au niveau national
- En faisant pression sur les médias et sur le secteur de la publicité pour obtenir que les messages qu'ils diffusent au sujet de l'éducation sexuelle abordent tous les aspects de la question, soient complets et sans préjugés
- En appuyant la réalisation de recherches plus poussées sur l'efficacité de l'ESI, en particulier les programmes qui ont une approche généraliste des droits, de la sexualité et des questions de parité des sexes – les Associations membres doivent ensuite de recueillir scrupuleusement les résultats de ces recherches et les faire connaître
- En prenant acte des perceptions et des stéréotypes locaux en matière d'éducation sexuelle et en s'efforçant de les surmonter au moyen de messages crédibles, informatifs et fondés sur des données vérifiées.

On trouvera une liste de ressources et des informations complémentaires sur l'ESI dans le Cadre de l'IPPF pour une éducation sexuelle intégrée³.

L'IMAP se réserve le droit de modifier la présente déclaration si des éléments nouveaux se font jour dans le domaine considéré.

1 Le terme « jeunes » désigne le groupe d'âge composite des 10-24 ans, ce qui correspond à la définition qu'en donne l'Organisation mondiale de la santé.

2 Les méthodes participatives impliquent activement les participants et les rendent autonomes ; l'objectif est de faire en sorte qu'ils soient pleinement informés et participent à la prise de décisions qui ont des répercussions sur leur vie. Parmi ces méthodes, on peut citer les discussions de groupe, l'explicitation de certaines valeurs afin d'éclaircir et

d'explorer attitudes et valeurs personnelles, ainsi que la réflexion sur soi-même destinée à développer l'esprit critique.

3 <http://www.ippf.org/en/Resources/Guides-toolkits/Framework+for+Comprehensive+Sexuality+Education.htm>.

Interruption volontaire de grossesse avec misoprostol seul au cours du premier trimestre

Oi Shan Tang, Marcel Vekemans, Helena von Hertzen, Pak Chung Ho

L'aspiration est actuellement la méthode d'interruption volontaire de grossesse (IVG) la plus couramment utilisée jusqu'à 12 semaines révolues. Elle est efficace, puisque le taux de poursuite de la grossesse est inférieur à 1 %¹. Toutefois, il s'agit d'une procédure invasive pouvant entraîner des complications majeures jusque dans 1 % des cas, et des problèmes mineurs dans 10 % des cas,² même lorsqu'elle est réalisée par des prestataires compétents dans le respect des règles d'hygiène. Mais la situation est bien pire dans nombre de pays en développement qui ne disposent pas de services d'avortement sûrs : jusqu'à 50 % des cas de décès maternels enregistrés résultent de complications telles qu'avortement incomplet, infection, hémorragie ou lésions intra-abdominales.³ Bien des complications liées à l'avortement chirurgical peuvent être évitées en interrompant la grossesse à l'aide d'une méthode pharmacologique, ce qui est particulièrement important dans les cas où l'évacuation chirurgicale présente des risques.⁴ La méthode médicamenteuse peut aussi être un bon moyen de mettre en place des services d'avortement dans les pays en développement où les ressources nécessaires aux salles d'opération sont limitées : en effet, une aspiration complémentaire n'est indispensable que dans 5 à 10 % des cas.

Protocole normalisé pour l'IVG médicamenteuse au premier trimestre

La découverte en 1980 de l'antiprogéstatif mifépristone a rendu possible la mise au point d'une méthode non chirurgicale d'interruption de grossesse. La mifépristone agit en bloquant les récepteurs à la progestérone et en inhibant l'action de celle-ci. Cela conduit au ramollissement et à la dilatation du col de l'utérus ainsi qu'à une sensibilité accrue de l'utérus aux prostaglandines. Le prétraitement à la mifépristone réduit la quantité de prostaglandine requise pour l'IVG médicamenteuse. Lorsque la prostaglandine est administrée entre 24 et 48 heures après la mifépristone, les contractions de l'utérus entraînent l'expulsion des produits de la conception.

Au cours de la dernière décennie, un analogue de la prostaglandine E1, le misoprostol, a vu le jour : il est désormais préféré aux prostaglandines PGE2 et PGE2 α , car il est efficace, peu coûteux, disponible à grande échelle, et stable à température ambiante, et il donne des résultats positifs en termes d'effets secondaires et de sûreté. Le protocole séquentiel mifépristone-misoprostol a été approuvé par l'Organisation mondiale de la santé pour l'interruption de grossesse précoce (jusqu'à neuf semaines). Il est utilisé dans 36 pays et certaines données permettent d'établir qu'il fonctionne aussi entre neuf et 13 semaines, même si des doses répétées d'analogue de prostaglandine sont requises.

Utilisation du misoprostol seul en cas d'impossibilité de se procurer de la mifépristone

L'utilisation du protocole séquentiel est limitée du fait que, dans de nombreux pays, la mifépristone n'est pas disponible, pour des raisons politiques ou autres. De plus, le coût élevé de la mifépristone interdit parfois son utilisation. En revanche, le misoprostol est homologué dans le monde entier pour le traitement des ulcères peptiques. Afin de rendre l'IVG médicamenteuse accessible à toutes les femmes qui résident dans des pays où la mifépristone n'est pas disponible, les chercheurs ont tenté de mettre au point un protocole n'utilisant que le misoprostol.

Protocoles pour l'IVG avec misoprostol seul (validés par des données probantes)

Ces dix dernières années, une série de rapports ont été publiés au sujet de l'utilisation de misoprostol seul pour provoquer l'avortement au cours du premier trimestre.⁵⁻²¹ Il est cependant impossible de comparer leurs résultats respectifs en raison du manque d'uniformité dans nombre de variables retenues. La plupart de ces études n'étaient pas randomisées et, dans certains cas, des échantillons de petite taille et des âges gestationnels très divers ont été pris pour bases. Les intervalles entre les doses variaient de trois à 48 heures, et le moment choisi pour évaluer les résultats obtenus de quelques jours à quelques semaines. Aussi est-il

difficile de recommander un protocole plutôt qu'un autre.

Il est établi que les protocoles au misoprostol seul exigent souvent la répétition de l'administration du misoprostol, même en début de grossesse. Par conséquent, pour les évaluer, il faut prendre en compte le dosage, l'intervalle entre l'administration des différentes doses, la voie d'administration et le nombre de total de doses nécessaires pour obtenir une efficacité élevée. Si le taux de poursuite de grossesse est inférieur à 1 % dans le cas du protocole séquentiel mifépristone-misoprostol, on associe un taux d'échec compris entre 4 et 9 % aux protocoles au misoprostol seul. Outre le protocole choisi, il semble que le taux de réussite dépende aussi de la durée de la gestation : ainsi, l'efficacité est plus élevée lorsque la grossesse a débuté depuis peu.

Le taux d'avortements complets est plus élevé avec le protocole séquentiel et avec l'aspiration qu'avec le protocole au misoprostol seul. Dans le cas de l'IVG médicamenteuse, ce taux semble dépendre de l'expérience du prestataire²², mais le succès de l'avortement proprement dit (l'interruption de grossesse) est davantage fonction du protocole retenu, de l'âge gestationnel et de facteurs liés à la femme qui subit l'intervention.

Dosage du misoprostol

La plupart des publications ont fait état de l'administration répétée par voie vaginale de doses de 800 µg de produit.¹⁵⁻¹⁹ Les taux d'avortement étaient inférieurs dans le cas de doses plus faibles – entre 200 et 600 µg – avec impossibilité de compenser la diminution de la quantité administrée par la réduction de l'intervalle entre les administrations.^{5, 19-20} On a également utilisé une dose de 1000 µg mais le taux d'avortements complets enregistré n'a pas été supérieur à celui enregistré dans les études prenant pour base des doses de 800 µg⁸ : cette dernière est donc probablement la dose optimale – c'est d'ailleurs la plus utilisée en cas d'utilisation du misoprostol seul.

Voies d'administration du produit

Les effets du misoprostol sur le col de l'utérus et sur la contractilité sont essentiels pour le succès de l'avortement. Environ trois heures après administration de misoprostol, le col se ramollit et se dilate, quelle que soit la voie d'administration. Toutefois, en cas d'administration par voie orale, on n'observe pas de contractions régulières et les taux de succès sont très bas ;¹⁸ aussi cette voie n'est-elle pas recommandée. Lorsqu'une seule dose de misoprostol est administrée par voie vaginale, ses effets persistent plus de six heures²³ et la contractilité utérine continue d'augmenter pendant au moins quatre heures.²⁴ L'administration par voie sublinguale provoque de fortes contractions, qui commencent à diminuer entre deux et trois heures après administration.²⁵

Intervalle entre les doses et nombre de doses

Les données relatives à la pharmacocinétique du misoprostol²⁶ indiquent que la voie d'administration a une influence sur l'efficacité du protocole et sur le choix de l'intervalle optimal entre les doses. Les doses requises en cas d'administration par voie vaginale sont moins nombreuses qu'en cas d'administration sublinguale.

Un essai randomisé récent a permis de comparer l'administration par voie vaginale et par voie sublinguale de trois doses de misoprostol à 800 µg à trois ou 12 heures d'intervalle pour provoquer des avortements jusqu'à neuf semaines de grossesse. On a choisi un intervalle de trois heures, ce qui a été considéré comme plus pratique du fait que les trois doses de misoprostol pouvaient être administrées le même jour. Les résultats montrent que l'administration vaginale est probablement la mieux adaptée à l'utilisation de misoprostol seul : l'avortement a été déclenché chez 96 % des femmes du groupe « intervalle de trois heures » et chez 95 % de celles du groupe « intervalle de 12 heures ». Cette différence n'est pas significative et les taux d'avortement complet sont similaires (85 % et 83 %, respectivement). Il semble donc que l'intervalle entre les prises ne soit pas un facteur déterminant en cas d'administration vaginale et qu'il soit possible de choisir l'intervalle le plus commode entre trois et 12 heures. Selon les études pharmacocinétiques, l'intervalle optimal pourrait être de six heures. Cependant, si le misoprostol est administré par voie sublinguale, son efficacité est nettement supérieure si l'intervalle est de trois heures plutôt que de 12 : un taux de poursuite de la grossesse de 6 % contre 9 %, respectivement, et un taux d'avortement complet de 84 % contre 78 % ont été enregistrés. L'administration du produit à intervalles plus rapprochés présente cet avantage que l'intervalle qui s'écoule entre le déclenchement provoqué et l'avortement proprement dit est plus court ; en revanche, il se peut que la fréquence de certains effets secondaires soit plus élevée.¹⁹

Dans la plupart des études basées sur 800 µg de misoprostol, un maximum de trois doses a été administré. Le nombre de doses nécessaires peut dépendre de l'âge gestationnel, mais en début de premier trimestre, l'administration d'une troisième dose n'a entraîné que très peu d'avortements complets supplémentaires.

Il existe beaucoup moins de données quant à l'efficacité du produit pour les gestations d'une durée supérieure à 63 jours, mais celles dont on dispose suggèrent que les taux d'échec sont plus élevés et les taux d'avortement complet plus faibles que lorsque l'âge gestationnel est moins avancé.⁵⁻⁷

Problèmes associés à l'utilisation du misoprostol seul

Du fait que le misoprostol seul a une efficacité moindre que les protocoles séquentiels, davantage de femmes doivent subir une évacuation chirurgicale pour compléter le traitement. Puisqu'il n'est pas possible de déterminer par avance si le produit sera efficace sur telle ou telle femme, il est vital de suivre de près chacune de celles qui subissent une IVG médicamenteuse, afin de détecter un échec éventuel du traitement. Celles qui continuent de présenter des symptômes de grossesse, et celles chez lesquelles on n'observe qu'un spotting, mais pas de véritables saignements, ont une probabilité plus élevée d'être encore enceintes. Dans bien des cas, il est difficile de confirmer cliniquement que les produits de la conception ont bien été expulsés. Une échographie est utile en cas de doute. Il est donc très important d'assurer un suivi aux femmes qui ont reçu le traitement au misoprostol.

La quantité totale du médicament utilisé dans les protocoles avec misoprostol seul est élevée : on s'attend donc à des effets secondaires plus nombreux qu'à la suite de l'application d'un protocole séquentiel. À dosage normal, le protocole avec misoprostol seul est sûr : il n'a été fait état d'aucune complication grave. Néanmoins, l'utilisation du misoprostol seul pour provoquer l'avortement n'a été homologuée qu'au Brésil.

On associe l'exposition au misoprostol au début de la grossesse à des malformations congénitales, ce qui est une source de préoccupation lorsque la grossesse se poursuit en dépit du traitement. La vasoconstriction pendant de fortes contractions utérines est la cause d'interruptions temporaires de la perfusion placentaire, ce qui entraîne ischémie, hypoperfusion et hypoxie chez le fœtus. Les anomalies les plus fréquentes sont des malformations du système nerveux central ou de membres. On associe également à l'exposition au misoprostol le syndrome de Mobius, caractérisé par une paralysie faciale congénitale, avec ou sans malformation de membres.²⁷ Il a été fait état d'autres anomalies telles que malformations des membres de type transverse, constriction en forme d'anneau aux extrémités, arthrogyrose, hydrocéphalie, holoprosencéphalie et extrophie de la vessie.²⁸ Les malformations sont plus souvent associées à l'utilisation de misoprostol seul qu'à celle du protocole séquentiel mifépristone-misoprostol. Il faut donc indiquer à la femme qu'il doit être mis fin à la grossesse une fois qu'elle a été exposée au misoprostol. En cas d'échec du traitement, il est très important d'assurer un suivi et d'interrompre la grossesse au moyen d'une intervention chirurgicale.

Sur la base de la série d'études susmentionnée, il apparaît que les taux d'avortement complet vont diminuant à mesure que l'âge gestationnel augmente. Il faut conseiller et informer les femmes sur ce point, de sorte qu'elles puissent choisir elles-mêmes la méthode d'avortement la plus appropriée.

Conclusion

Le protocole au misoprostol seul, bien qu'il ne soit pas aussi efficace pour provoquer l'avortement que le protocole séquentiel mifépristone-misoprostol, demeure une solution de substitution pour les femmes qui n'acceptent pas l'évacuation chirurgicale et pour celles qui vivent dans des zones où celle-ci est associée à une morbidité élevée. Cependant, il ne faut pas le considérer comme une méthode propre à remplacer l'évacuation chirurgicale dans les zones où il n'existe pas de services spécialisés : en effet, l'évacuation chirurgicale est toujours requise en cas d'échec du traitement. Néanmoins, dans certaines régions, l'utilisation du misoprostol seul peut être plus sûre que certaines autres techniques auxquelles sont associés de nombreux risques.

Références

On trouvera la liste complète des références dans la version en ligne du *Bulletin médical* de mars 2008, à l'adresse suivante : <http://www.ippf.org/en/Resources/Medical/>.