

L'approche médicamenteuse change la face de l'avortement

Par Beverly Winikoff et Wendy Sheldon

Beverly Winikoff est présidente et Wendy Sheldon, associée principale au programme, toutes deux chez Gynuity Health Projects (New York).

On peut soutenir que l'avortement médicamenteux (parfois appelé avortement médical) représente le progrès le plus important de la technologie de la santé reproductive depuis la découverte de la contraception orale. Ce simple processus, à base de comprimés plutôt que d'instruments chirurgicaux invasifs, s'est révélé sûr et jusqu'à 98% efficace pour l'avortement en début de grossesse.¹⁻³ Dans les contextes où l'avortement est légal, l'approche médicamenteuse a élargi l'éventail des options efficaces disponibles, améliorant ainsi l'expérience vécue par les femmes qui désirent éviter l'intervention chirurgicale. Dans ceux où l'avortement est illégal ou largement restreint, elle a apporté à de nombreuses femmes la première méthode sûre et discrète d'interruption précoce d'une grossesse non désirée. Et dans tous les contextes où il est disponible, l'avortement médicamenteux a réduit la dépendance des femmes des systèmes médicaux, en leur procurant une plus grande autonomie et maîtrise de leurs décisions reproductive les plus importantes.

L'administration de misépristone, suivie de prostaglandine, est l'étalon de l'avortement médicamenteux. D'abord approuvée en Chine et en France vers la fin des années 1980, la misépristone est depuis utilisée sans risques et avec efficacité par des millions de femmes, partout dans le monde.⁴⁻⁷ La misépristone réduit la disponibilité biologique de progestérone, l'hormone nécessaire au maintien de la grossesse. Elle s'utilise généralement en combinaison avec le misoprostol qui, en provoquant les contractions utérines, aide à vider l'utérus de son contenu.¹

La misépristone n'est cependant pas disponible dans de nombreux contextes en raison des restrictions légales à la prestation de services d'avortement. Elle n'est pas accessible non plus dans de nombreux contextes caractérisés par une faible population de femmes en âge de procréer, car le coût élevé de son homologation réduit l'attrait commercial du marché. Aussi la misépristone n'est-elle homologuée aux fins de l'avortement que dans quelque 50 pays du monde, en majorité dans les régions développées d'Europe.⁸ Deux tiers des 20 pays en développement où le médicament est homologué se trouvent en Asie. À l'heure actuelle, la misépristone n'est homologuée que dans cinq pays d'Afrique (Mozambique, Zambie, Tunisie, Afrique du Sud et Ghana) et deux pays d'Amérique latine (Mexique et Guyana).

Dans de nombreux contextes où la misépristone n'est

pas disponible, le misoprostol est souvent utilisé seul pour interrompre une grossesse en début de gestation. Initialement mis au point vers le milieu des années 1980 pour indications de nature gastrointestinales, le misoprostol est homologué à ces fins dans quelque 90 pays du monde.^{9,10} Peu onéreux et stable à température ambiante, ce médicament convient idéalement pour provoquer l'avortement dans les contextes à faibles ressources. La première généralisation déclarée de l'usage du misoprostol à des fins abortives est apparue au Brésil vers la fin des années 1980.^{11,12} Depuis lors, la connaissance et l'usage du misoprostol seul pour provoquer un avortement en début de grossesse se sont répandus dans toute l'Amérique latine, ainsi que dans d'autres régions où l'avortement est limité par la loi et où la misépristone n'est pas disponible.^{13,14} Bien que moins efficace, le misoprostol seul n'en offre pas moins un mode d'avortement sûr, acceptable et efficace en début de grossesse.^{6,15,16} Dans d'autres contextes encore, les femmes n'ont accès ni au misoprostol, ni à la misépristone. La situation se présente notamment dans une grande partie de l'Afrique septentrionale et occidentale, dans certaines régions d'Afrique centrale, orientale et australie et dans certains pays d'Asie et d'Amérique du Sud.¹⁰ Peut-être n'y a-t-il pas de quoi s'étonner si certaines des législations de l'avortement les plus restrictives et des plus hauts taux de mortalité liés à l'avortement se retrouvent en ces mêmes endroits.^{17,18}

L'acceptabilité de l'avortement médicamenteux parmi les femmes désireuses d'interrompre une grossesse est élevée dans les pays en développement, indépendamment du contexte ou de l'approche considérée.^{5,6,19} La demande de la procédure semble de plus en hausse rapide en de nombreux endroits. Il est difficile de documenter les tendances spécifiques du recours à l'avortement médicamenteux, la misépristone étant rarement disponible et l'usage du misoprostol se pratiquant largement hors indication ou clandestinement. Certaines données n'en révèlent pas moins une croissance récente de la vente des deux produits. Dans une étude de suivi des ventes de misoprostol entre 2002 et 2007, on observe une hausse considérable dans plusieurs pays d'Asie, notamment l'Inde (646%), le Bangladesh (128%) et l'Indonésie (118%), ainsi qu'une hausse régionale de 86% au Moyen-Orient/Afrique du Nord et de 27% en Afrique subsaharienne.²⁰ D'autres données laissent aussi entendre une hausse importante

de la demande récente de l'avortement médicamenteux en Inde, où la mifépristone et le misoprostol sont tous deux homologués et largement disponibles. On sait de sources pharmaceutiques que 100 millions de comprimés de misoprostol ont été vendus en 2011 (par rapport à 34 millions en 2007).²¹ Malgré l'absence de données comparables concernant la mifépristone durant les années antérieures, quelque 20 millions de comprimés ont été vendus dans le pays en 2011.²¹

Le recours accru à l'avortement médicamenteux dans les pays en développement restera vraisemblablement soutenu face à la croissance démographique et au nombre grandissant de femmes en âge de procréer qu'elle implique et face aussi à la généralisation de la connaissance de la procédure. Ainsi, quand les femmes n'ont guère ou pas accès à l'un ou l'autre des médicaments, certaines trouvent le moyen de se les procurer sur internet. Le site Women on Web, établi en 2006 pour aider les femmes des pays sous législation restrictive de l'avortement, assure la prestation de tels services. Après confirmation en ligne de l'admissibilité de la cliente, Women on Web envoie par courrier à l'adresse de la femme un colis contenant la mifépristone, le misoprostol et un test de grossesse. Women on Web a servi des milliers de femmes vivant dans au moins 88 pays d'Europe de l'Ouest et de l'Est, du Moyen-Orient, d'Afrique, d'Asie et Océanie et d'Amérique latine et Caraïbes.²² Les données laissent entendre que le recours à la télémédecine par Women on Web et par d'autres professionnels médicaux peut offrir un mode sûr et efficace de prestation de l'avortement médicamenteux.^{23,24} Les services sur internet ne peuvent cependant pas atteindre les femmes qui n'ont pas accès à un ordinateur, de même que beaucoup de celles qui résident dans les milieux ruraux.

Un autre facteur responsable du recours grandissant à l'avortement médicamenteux dans certains contextes du monde en développement se révèle dans l'implication accrue de prestataires intermédiaires. Ainsi, des cliniciens non médecins assurent ou ont été jugés aptes à assurer la procédure au Vietnam, en Tunisie, en Afrique du Sud et au Népal.²⁵⁻²⁸ Les données indiquent que la prestation par ces cliniciens n'impacte négativement ni la sûreté, ni l'efficacité de la procédure.^{25,28} De plus, de nouveaux modes de simplification des services et d'amoindrissement de la dépendance par rapport au système médical ont été mis au point. Par exemple, un nouveau test de grossesse en cours de développement permettrait aux femmes de suivre la variation de leur taux de gonadotrophine chorionique (HCG) au fil du temps.* Adapté à l'usage à domicile après avortement médicamenteux, ce test offre un potentiel de réduction considérable de la nécessité de visites de suivi en clinique. Aux États-Unis et au Vietnam, le test s'est avéré hautement efficace dans le diagnostic d'une grossesse continue après procédure d'avortement médicamenteux et la majorité des femmes ont déclaré dans ces deux contextes que le test était facile à utiliser.^{29,30}

Cela dit, l'accès à l'avortement médicamenteux reste sujet à de sérieux obstacles dans les pays en développe-

ment. La réforme légale est certes essentielle à la prestation de services à découvert dans les contextes où l'avortement est illégal ou fort limité, mais des obstacles s'y opposent parfois aussi dans ceux où il est légal et accepté. Les choix politiques et réglementaires à tous niveaux du système de soins de santé peuvent avoir un impact prononcé sur le coût et la disponibilité des produits nécessaires à la procédure.

Par exemple, la mifépristone ou le misoprostol peuvent être largement disponibles dans le secteur privé, mais l'accès peut être insuffisant dans le secteur public. Telle est actuellement la situation en Inde, où l'avortement est légal durant les 20 premières semaines de gestation et où la mifépristone et le misoprostol sont homologués à la vente et à la production dans tout le pays depuis 2002. Depuis l'homologation, le nombre de produits abortifs médicamenteux disponibles à l'achat dans le secteur privé a augmenté rapidement et les ventes n'ont pas tardé à exploser. Dès 2009, au moins 20 produits à base de misoprostol générique étaient proposés dans le pays sous diverses formules tandis qu'au moins sept laboratoires commercialisaient sous conditionnement combiné un comprimé de mifépristone et quatre de misoprostol (200 µg chacun). L'avortement médicamenteux n'est cependant toujours guère disponible dans les services du secteur public de la plupart des états et les prestataires de soins de santé ne sont souvent pas suffisamment informés quant à l'usage et aux avantages de la procédure.³¹

Dans d'autres contextes, le secteur public est le principal prestataire de l'avortement médicamenteux, le rôle du secteur privé restant particulièrement faible. La situation se présente notamment dans la ville de Mexico, où l'avortement à la demande est légal jusqu'à la 12^e semaine à compter des dernières règles depuis 2007. En l'espace de quelques mois après l'adoption de la loi, les autorités de Mexico ont approuvé une posologie à base de misoprostol et l'ont incorporée dans les directives cliniques des hôpitaux et centres de santé publics, où la procédure est gratuite pour les résidentes de la ville. Durant la période de 2007 à mars 2012, les établissements du secteur public ont ainsi pratiqué un total de 78.788 avortements, en provoquant 51.747 (66%) par voie médicamenteuse.³² La mifépristone a été homologuée au Mexique en 2011 et a depuis lors été incorporée dans les services d'avortement du secteur public.⁸ Le recours à l'avortement médicamenteux reste en hausse parmi les femmes désireuses de se faire avorter, représentant 75% de la totalité des procédures pratiquées durant les trois premiers mois de 2012.³² Contrairement à la situation observée en Inde, la grande majorité des avortements médicamenteux pratiqués au Mexique le sont par la filière de l'État, plutôt que dans le secteur privé ou non gouvernemental.

Ailleurs, comme dans certaines régions de l'ancienne Union soviétique, le recours à l'avortement médicamenteux

*Les tests de grossesse ordinaires indiquent seulement si la HCG est détectable.

teux est entravé par les exigences inutiles imposées aux femmes ou aux systèmes de soins de santé. Au Kazakhstan, par exemple, le recours est faible, malgré la disponibilité des médicaments, car les femmes qui obtiennent la procédure doivent être hospitalisées, se faire tester pour les IST et revenir à l'hôpital pour une visite de suivi. En Ouzbékistan et dans le Caucase méridional (Arménie, Azerbaïdjan et Géorgie), de lourdes exigences d'homologation médicamenteuse imposent le réenregistrement quinquennal de la mifépristone et du misoprostol, interdisant la pratique de l'avortement médicamenteux dans l'entretemps.³³ De plus, les coûts informels qui font monter le prix ultime de la procédure ne sont pas rares, résultant souvent de la corruption ou de l'inefficacité du secteur commercial. Ainsi, en Ukraine, la femme doit acheter une dose de 600 µg de mifépristone alors que les directives nationales du ministère de la Santé recommandent une posologie standard de 200 µg. Le coût de la mifépristone étant relativement élevé (trois comprimés coûtent environ US\$270), l'achat du médicament en quantité obligatoirement excessive accroît considérablement le coût de l'avortement.

Bien que l'accès à l'avortement médicamenteux reste limité en de nombreux endroits, il a enregistré un progrès considérable en très peu de temps. La conscience de l'avortement médicamenteux est désormais presque universelle; la demande transcende les limites culturelles, géographiques et d'éducation et, partout dans le monde, les femmes sont généralement satisfaites de la procédure.¹⁹ Pour atteindre l'accès universel, il faudra cependant trouver le moyen d'introduire la technologie partout où elle n'est actuellement pas disponible. L'avortement médicamenteux – à l'image de la procédure chirurgicale – est pratiqué dans les pays où l'avortement est illégal ou largement restreint et il continuera à y être recherché dans le futur. Dans ces contextes, l'approche médicamenteuse est vraisemblablement plus sûre, moins invasive et plus acceptable que l'avortement chirurgical. Enfin, toutes les femmes qui désirent obtenir un avortement médicamenteux devraient avoir accès à la combinaison de mifépristone et de misoprostol, dont l'efficacité est la plus grande avec le moins d'effets secondaires. L'avortement médicamenteux représente aujourd'hui une part indispensable des soins abortifs dans les pays développés. L'accès équitable des femmes du monde en développement est le prochain impératif.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la santé (OMS), *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, deuxième éd., Genève: OMS, 2012.
2. Trussell J et Ellertson C, Estimating the efficacy of medical abortion, *Contraception*, 1999, 60(3):119–135.
3. Fjerstad M et al., Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion, *New England Journal of Medicine*, 2009, 361(2):145–151.
4. Shannon C et al., Infection after medical abortion: a review of the literature, *Contraception*, 2004, 70(3):183–190.
5. Winikoff B et al., Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1997, 176(2):431–437.
6. Ngoc NTN et al., Comparing two early medical abortion regimens: mifepristone+misoprostol vs. misoprostol alone, *Contraception*, 2011, 83(5):410–417.
7. Henderson JT et al., Safety of mifepristone abortions in clinical use, *Contraception*, 2005, 72(3):175–178.
8. Gynuity Health Projects, Map of mifepristone approval, <<http://gynuity.org/resources/info/map-of-mifepristone-approval>>, consulté le 10 juillet 2012.
9. Rowlands S, Abortion pills: under whose control? *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2012, 38(2):117–122.
10. Gynuity Health Projects, Map of misoprostol approval, <<http://gynuity.org/resources/info/map-of-misoprostol-approval>>, consulté le 10 juillet 2012.
11. Barbosa RM et Arilha M, The Brazilian experience with Cytotec, *Studies in Family Planning*, 1993, 24(4):236–240.
12. Costa SH et Vessey MP, Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil, *Lancet*, 1993, 341(8855):1258–1261.
13. Billings DL, Misoprostol alone for early medical abortion in a Latin American clinic setting, *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24, Suppl.):57–64.
14. Sayette H et al., Buccal use of misoprostol alone for early abortion: the experience in four Latin American countries, *Contraception*, 2011, 84(3):304.
15. Borgatta L et al., Misoprostol as the primary agent for medical abortion in a low-income urban setting, *Contraception*, 2004, 70(2):121–126.
16. von Hertzen H et al., Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial, *Lancet*, 2007, 369(9577):1938–1946.
17. Khan KS et al., WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review, *Lancet*, 2006, 367(9516):1066–1074.
18. Center for Reproductive Rights, *The World's Abortion Laws Map 2007*, 3 mars 2009, <<http://reproductiverights.org/en/document/the-worlds-abortion-laws-map-2007>>, consulté le 4 août 2012.
19. Swica Y et al., Review of the literature on patient satisfaction with early medical abortion using mifepristone and misoprostol, *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 2011, 6(4):451–468.
20. Fernandez MM et al., Assessing the global availability of misoprostol, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2009, 105(2):180–186.
21. Dalvie S, Secretariat, Asia Safe Abortion Partnership, Mumbai, India, communication personnelle, le 2 juillet 2012.
22. Gomperts R et al., Regional differences in surgical intervention following medical termination of pregnancy provided by telemedicine, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2012, 91(2):226–231.
23. Gomperts RJ et al., Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services, *BJOG*, 2008, 115(9):1171–1178.
24. Grossman D et al., Effectiveness and acceptability of medical abortion provided through telemedicine, *Obstetrics & Gynecology*, 2011, 118(2 Pt. 1):296–303.
25. Warriner IK et al., Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal, *Lancet*, 2011, 377(9772):1155–1161.
26. Hajri S et al., Ten years of medical abortion services and innovations in Tunisia, *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2008, 13(Suppl. 2):25–26.
27. Hajri S, Medical abortion: the Tunisian experience, *African Journal of Reproductive Health*, 2004, 8(1):63–69.

28. Yarnall J, Swica Y et Winikoff B, Non-physician clinicians can safely provide first trimester medical abortion, *Reproductive Health Matters*, 2009, 17(33):61-69.
29. Blum J et al., Can at-home semi-quantitative pregnancy tests serve as a replacement for clinical follow-up of medical abortion: a United States study, *Contraception*, 2012 (à paraître).
30. Blum J, Gynuity Health Projects, New York, communication personnelle, le 1 août 2012.
31. Dalvie S, Secretariat, Asia Safe Abortion Partnership, Mumbai, India, communication personnelle, le 18 février 2010.
32. Sanhueza P, Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Salud del Distrito Federal, Ciudad de Mexico, communication personnelle, le 9 juillet 2012.
33. Tsereteli T, Gynuity Health Projects, Tbilisi, Republic of Georgia, communication personnelle, le 7 août 2012.

Coordonnées de l'auteur: bwinikoff@gynuity.org