

# Le RU 486 en Guadeloupe

Quelles leçons  
pour le Sud ?

Jean-Pierre Guengant

Jacques Bangou

L'interruption d'une grossesse correspond pour beaucoup de femmes à un échec personnel et cette décision constitue un choix délicat. Les femmes ayant décidé de recourir à un avortement devraient toujours être reçues, dans les centres de santé, comme toutes les autres patientes, et pouvoir être assurées de bénéficier d'un environnement et de soins médicaux adéquats. Le RU 486 est une méthode qui permet l'interruption de grossesse – sous certaines réserves – dans les conditions les moins traumatisantes pour la femme et avec le maximum de garanties médicales.

La prescription du RU 486 se développe en Guadeloupe, entre juin 1991 et octobre 1993, période au cours de laquelle 607 cas d'administration de cette méthode ont été enregistrés. Après avoir présenté les principes de fonctionnement du RU 486 et ses conditions de prescription, nous analyserons le résultat d'une étude menée auprès de femmes ayant utilisé cette méthode.

## Le RU486 : une méthode d'interruption des grossesses

### *Historique de la méthode*

L'anti-progestérone RU486 a été découverte au début des années 1980 (Beaulieu et Ulmann, 1985). Elle a été testée dans quelques pays, dont la France, la Grande-Bretagne, et la Chine. L'utilisation du RU486 a été autorisée en France en septembre 1988, et elle se fait dans le cadre de loi française sur l'interruption volontaire de grossesse. Elle a commencé effectivement en France métropolitaine en 1990, et en Guadeloupe en juin 1991.

L'addition d'une faible dose de prostaglandine est nécessaire pour obtenir des interruptions de grossesses précoces avec un taux de réussite satisfaisant (Swahn *et al.*, 1989; Avrech *et al.*, 1991). Au départ des injections de Sulprostone (Nalador) étaient combinées avec la prise du RU 486. Mais la peur d'éventuelles complications graves a conduit à l'abandon de cette prostaglandine en juillet 1992 (Mignot et Cesbron, 1993). Une nouvelle combinaison, associant des comprimés de Misoprostol (Citotec) avec ceux du RU 486 (MyféGINE) a commencé à être appliquée, sous un protocole simplifié en septembre 1992 en Guadeloupe.

### *Conditions de prescription*

Afin de se conformer à la loi française sur l'interruption volontaire de grossesse, quatre étapes ont été définies en Guadeloupe pour les interruptions précoces de grossesse par le RU 486/Misoprostol.

Tout d'abord, la patiente indique à un médecin son intention de recourir à une interruption volontaire de grossesse. Celui-ci vérifie alors que la durée de la grossesse – ou plus exactement de l'aménorrhée – est inférieure à sept semaines. Si tel est le cas, la patiente dispose d'une semaine de réflexion – toujours à l'intérieur de la limite des sept semaines – pour confirmer ou infirmer son intention. Au cours de cette semaine, la patiente doit s'entretenir avec une conseillère

conjugale qui, après confirmation de l'intention de la patiente, lui délivre un certificat d'entretien, tel que requis par la loi.

La deuxième étape est une visite dans un centre agréé pour pratiquer des interruptions volontaires de grossesse. Avant d'obtenir du médecin les comprimés de RU 486/Misoprostol, la patiente doit lire une notice de deux pages sur les effets secondaires éventuels du traitement, et par signature, indiquer son consentement. La patiente peut prendre alors trois comprimés de RU 486 (MyféGINE) en présence du médecin, qui lui remet trois comprimés de Misoprostol (Citotec) pour prise ultérieure à la maison.

La troisième étape consiste, 48 heures après la visite dans le centre, en la prise de deux de ces comprimés. Si la terminaison de la grossesse n'intervient pas dans les heures qui suivent, la patiente doit prendre le troisième comprimé de Misoprostol (Citotec) douze heures plus tard.

La quatrième et dernière étape est une visite de contrôle, qui intervient entre dix et quinze jours plus tard, pour vérifier que tout s'est bien déroulé.

## Le RU 486 en Guadeloupe

La prescription du RU 486 intervient en Guadeloupe dans un contexte où la fécondité a baissé très rapidement.

### *Contexte démographique*

En 1994, la population de la Guadeloupe était estimée à environ 420 000 habitants. Le nombre annuel de naissances au début des années 1990 était de l'ordre de 7 500, et l'indice synthétique de fécondité de 2,2 enfants par femme. Comme la quasi totalité des pays voisins de la Caraïbe, la Guadeloupe a connu une transition de la fécondité particulièrement rapide, puisque son indice synthétique de fécondité est passé d'environ 6 enfants par femme au milieu des

années 1960 à guère plus de 2 enfants au milieu des années 1980, soit en une vingtaine d'années.

L'avortement a été légalisé en Guadeloupe en 1975, alors qu'il était déjà largement pratiqué. La pratique d'avortement hors du cadre imposé par la loi a cependant continué après sa légalisation, et on estime aujourd'hui que les avortements légaux – en augmentation au détriment des avortements illégaux – correspondent environ aux deux tiers du total des avortements pratiqués dans l'île. En 1992, près de 2 000 avortements légaux ont été enregistrés, représentant près de 25 % des naissances vivantes. Si l'on ajoute les avortements illégaux, c'est donc environ 3 000 avortements qui auraient été pratiqués, représentant 40 % des naissances vivantes.

### *Méthodologie de l'enquête*

Une enquête a été menée auprès de 345 femmes qui ont eu recours au RU 486/Misoprostol en Guadeloupe entre septembre 1992 et octobre 1993. Cette étude s'est déroulée dans deux établissements : l'hôpital public de Pointe à Pitre<sup>1</sup> (253 femmes) et dans une clinique privée<sup>2</sup> (92 femmes).

Pour chaque femme, le médecin a rempli un questionnaire simple comportant des informations sur l'âge de la patiente, sa gestité, sa parité, le type de son union. Les raisons de la demande d'IVG, et l'utilisation éventuelle ou non de la contraception au moment de l'IVG ont permis de mieux comprendre les motivations des femmes voulant interrompre leur grossesse. Enfin des informations sur l'efficacité et les éventuelles complications de la méthode ont été collectées : la date et la durée des saignements après prescription de la méthode et les effets secondaires éventuels que la femme a pu avoir.

<sup>1</sup> Service de Gynécologie-Obstétrique du professeur Eustase Janky, Pointe-à-Pitre.

<sup>2</sup> Clinique Saints Joseph-Marie, Service de Gynécologie-Obstétrique, Pointe-à-Pitre.

## Une méthode efficace

Pour l'ensemble des femmes, l'efficacité de la méthode a été de 95 %, sans différence notable entre les femmes de l'hôpital public et celles de la clinique privée. Ce résultat est similaire à ceux trouvés dans d'autres études réalisées dans le monde (Beaulieu, 1992 ; Mignot et Cesbron, 1993).

Pour 22 % des patientes, les saignements ont commencé avant la prise des comprimés de Misoprostol (Citotec), c'est-à-dire au cours des 48 heures suivant la prise du RU 486 (MyféGINE). Pour 68 % des patientes les saignements se sont produits entre moins d'une heure et 5 heures au plus après la prise des comprimés de Misoprostol (Citotec). Finalement, pour 4 % des patientes seulement, les saignements n'ont été enregistrés qu'après la prise du troisième comprimé de Misoprostol (Citotec ; figure 1).

Des méno-métrorragies importantes ont été mentionnées par les femmes et indiquées par les médecins dans 30 % des cas, avec cependant une forte différence entre le public et le privé due, peut-être, à une différence d'appréciation des médecins (figure 2).

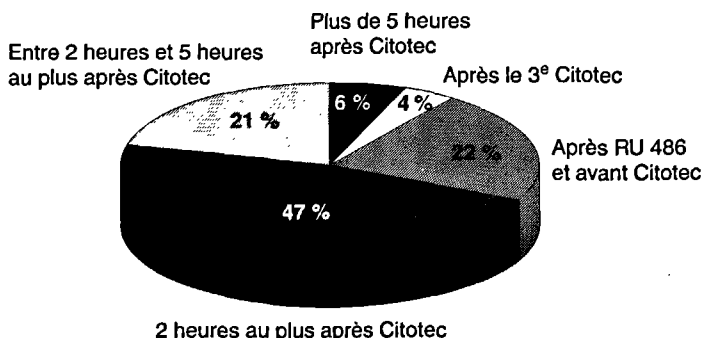


Figure 1  
Moment d'arrivée des règles après la prise du RU 486.

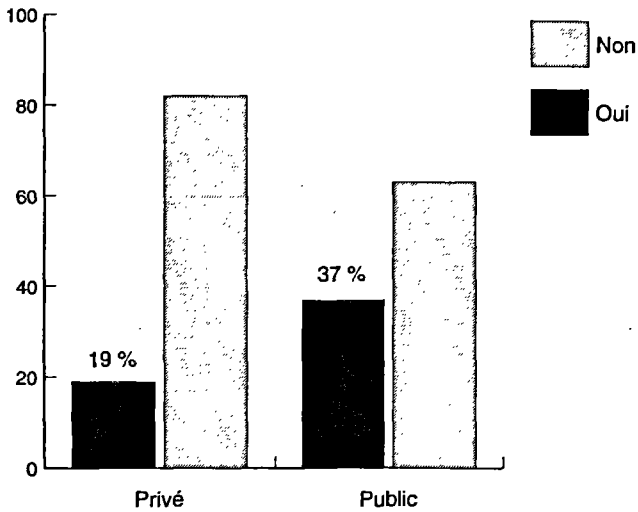


Figure 2  
Fréquence des métrorragies après la prise du RU486.

La structure par âge des femmes qui recourent à cette méthode d'interruption de grossesse est très voisine de celle des naissances vivantes selon l'âge de la mère (Insee, 1993) : elles sont plus nombreuses en début et milieu de vie féconde (27 % à 20-24 ans, 29 % à 25-29 ans ; figure 3).

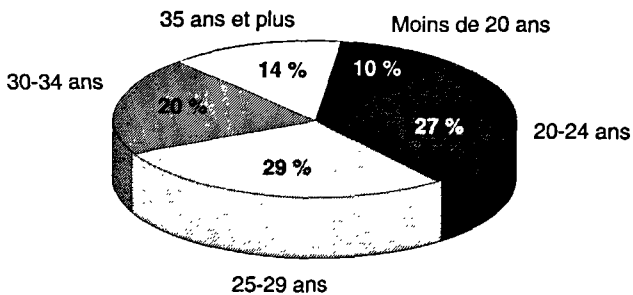
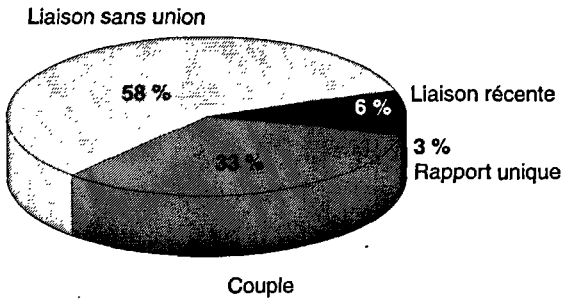


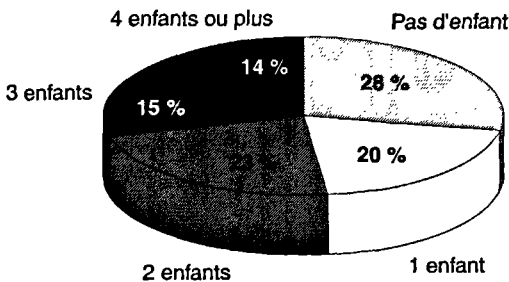
Figure 3  
Répartition des femmes selon leur âge  
au moment de l'interruption de grossesse.



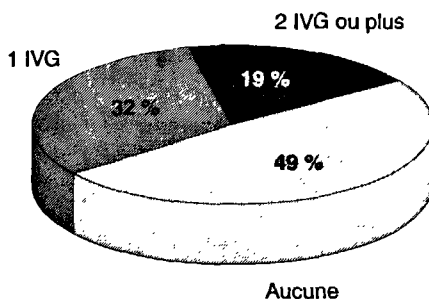
**Figure 4**  
Répartition des femmes selon leur exposition au risque de grossesse au moment de l'interruption de grossesse.

Comme on pouvait s'y attendre dans un contexte caraïbéen, la majorité des patientes (58 %) étaient en union sans cohabitation (*visiting union*) depuis au moins 6 mois, et un tiers seulement était en union plus « stable » avec cohabitation, mariées ou en concubinage (figure 4). Une certaine précarité dans l'union explique certainement ce recours à l'interruption de grossesse.

Les femmes qui recourent au RU 486 sont surtout en début de vie féconde : 28 % des patientes n'avaient encore jamais eu d'enfants, 20 % avait un enfant, 23 % deux enfants, 15 % 3 enfants, et 14 % avaient déjà 4 enfants ou plus (figure 5). Ces chiffres, soulignent le caractère quasi post transitionnel du recours à l'interruption volontaire de grossesse aujourd'hui. Aussi, l'indice synthétique de fécondité relativement bas atteint aujourd'hui semble être le résultat à la fois d'une pratique de la



**Figure 5**  
Répartition des femmes selon leur nombre de naissances vivantes au moment de l'interruption de grossesse.



**Figure 6**  
Répartition des femmes selon leur nombre d'IVG antérieures  
au moment de l'interruption de grossesse.

contraception importante, mais aussi d'un recours non négligeable à l'avortement. De fait, la moitié des patientes (51 %) ayant recouru au RU 486/Misoprostol avait déjà eu une interruption volontaire de grossesse auparavant : 32 % avait eu une seule interruption volontaire de grossesse et 19 % en avaient eu deux ou plus (figure 6).

L'étude de l'utilisation antérieure de la contraception et les raisons invoquées pour cette l'interruption volontaire de grossesse permettent de comprendre pourquoi les femmes recourent au RU 486; ces données n'ont été collectées que pour les 92 patientes interrogées dans le privé. Parmi ces femmes, 11 % n'avaient jamais utilisé de méthode contraceptive. Pour 23 % d'entre elles, la grossesse était la conséquence d'un échec de la contraception (d'abord du condom, ensuite de la pilule). Enfin 66 % des patientes avaient utilisé une méthode de contraception auparavant, mais l'avaient abandonnée depuis plusieurs mois, quelquefois plusieurs années, parce que n'ayant plus de rapports, ou parce qu'ayant des rapports trop irréguliers, ou encore par lassitude de la méthode – la pilule en particulier.

Les raisons invoquées pour le recours à l'interruption volontaire de grossesse révèlent un besoin de planification familiale pour espacer les naissances ou ne plus avoir d'enfants : 40 % des patientes ont déclaré ne plus vouloir d'enfants, 9 % ont mentionné avoir eu un enfant récemment et donc ne pas en vouloir un autre tout de suite, et 47 % ont déclaré ne pas vouloir d'enfant « maintenant », parce que la relation correspondante était trop récente, ou mal assurée, pour des raisons économiques, etc. Cette pratique révèle donc un besoin non satisfait de planification familiale.



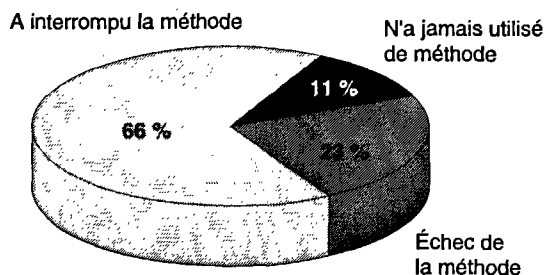


Figure 7  
Répartition des femmes selon leur utilisation de la contraception avant de l'interruption de grossesse (pour les femmes de la clinique privée seulement).

## Conclusion

L'utilisation du RU 486/Misoprostol en Guadeloupe s'est révélée aussi efficace qu'attendue. La méthode est simple, non traumatisante, et ne requiert aucune hospitalisation dans le protocole adopté. Son coût est peu élevé. Le coût d'approvisionnement pour les pharmacies agréées est de l'ordre de 50 francs. Mais, le coût pour la patiente est plus élevé de l'ordre de 250 francs, à cause du forfait avortement qui est appliqué au RU 486 comme aux autres méthodes. Aucune infection, aucun accident, et aucun traumatisme de l'utérus n'ont été notés. Cependant, les méno-métrorragies sont fréquentes, ce qui ne constitue pas une réelle surprise, mais elles sont plus ou moins bien acceptées. L'attente de ces saignements ou leur importance suscitent chez nombre de femmes des réactions d'anxiété et souvent l'avis du médecin est demandé à ce sujet.

À partir de cette expérience, il paraît évident, comme cela a déjà été souligné par divers auteurs (Beaulieu, 1992; Berer, 1992; Senderowitz, 1992; Mignot et Cesbron, 1993), que le RU 486/Misoprostol est une méthode nettement préférable à l'aspiration, à la dilatation et au curetage, et que c'est un moyen efficace de faire face aux nombreux avortements illégaux, pratiqués dans des conditions d'hygiène douteuses et donc dangereuses pour la santé de la mère, dans nombre de pays.

Ceci dit, le RU 486 tel qu'il est utilisé actuellement est bien un procédé abortif. Son utilisation requiert donc un cadre législatif approprié, qui fait encore souvent défaut dans nombre de pays du Sud. Son coût est peu élevé en comparaison du prix demandé aux patientes pour des avortements illégaux, y compris lorsque ceux-ci sont pratiqués par des personnes non qualifiées. Le prix d'achat du RU 486 est aussi peu élevé en comparaison des coûts importants qu'entraîne l'hospitalisation des femmes ayant des complications suite à des avortements illégaux pratiqués dans des conditions douteuses. Cependant, les conditions d'approvisionnement semblent exclure toute possibilité d'utilisation illégale de la méthode du RU 486. Aussi, il doit être clair que l'utilisation du RU 486 doit se faire dans un environnement et avec un suivi médical adéquat.

Le développement rapide de l'utilisation de la méthode en Guadeloupe souligne l'intérêt qu'y trouvent les femmes ayant décidé de recourir à l'avortement. Le contexte correspondant à ce développement est, rappelons-le, un contexte de quasi fin de transition de la fécondité et donc de maîtrise de la fécondité, ou du moins de désir de contrôle de la fécondité par une grande partie de la population. Le recours au RU 486 est plus facilement envisageable dans un tel contexte, ou dans des pays où la transition de la fécondité, est déjà bien avancée, que dans les pays où elle n'en est encore qu'à ces débuts.

On pourrait penser que la « facilité » de la méthode est un encouragement à l'avortement au détriment de la contraception. En fait rien n'est moins sûr. Les méthodes modernes de contraception les plus efficaces, et actuellement disponibles, semblent mieux convenir à des couples stables. Or, les utilisatrices du RU 486 sont plutôt des femmes ayant des rapports épisodiques ou irréguliers qui ne justifient pas selon elles le recours à des méthodes telles que la pilule ou le stérilet. En ce sens, le RU 486 constitue en cas d'échec d'une contraception mal appliquée, ou d'une grossesse inattendue, un recours pour nombre de femmes dans des situations personnelles encore instables – adolescentes, femmes séparées ou divorcées – ou encore se croyant à tort infécondes. Ceci ne devrait pas empêcher, au contraire, qu'après toute application du RU 486, une méthode de contraception soit proposée à ces femmes.

## Bibliographie

AVRECH O. M., GOLAN A.,  
WEINRAUB Z., BUKOWSKY I.,  
CASPI ELIAHU, 1993 —

« Mifepristone (RU 486) Alone or  
in Combination with a Prostaglandin  
Analogue for Termination of Early  
Pregnancy : a Review », *Fertility and  
Sterility*, September 1991, Vol. 56,  
n° 3 : 385-393.

BEAULIEU E. E., 1992 —

« Updating RU 486 Development »,  
*Law Medicine and Health Care*,  
Fall 1992, Vol. 20, n° 3 : 154-156.

BEAULIEU E. E., ULMANN A., 1985 —

« Anti-hormone stéroïde. L'activité  
anti-progestérone du RU 486 et  
ses applications contraceptives  
et autres », *Bull. Acad. Natle Med.*  
séance du 19 novembre 1985,  
169, n° 8 : 1191-1199.

BERER M., 1992 —

« "Inducing a Miscarriage".  
Women – Centered Perspectives  
on RU 486/Prostaglandin as an Early  
Abortion Method », *Law Medicine*

*and Health Care*, Fall 1992, Vol. 20,  
n° 3 : 199-208.

INSEE, 1993 —

*Données Statistiques de l'État Civil,*  
*année 1991, Guadeloupe, Martinique,*  
*Guyane, Insee Antilles-Guyane,*  
janvier 1993.

MIGNOT G., CESBRON P., 1993 —

« Évolutions récentes dans l'IVG  
médicamenteuse », *Prescrire*,  
avril 1993, t. 13, n° 128 : 209-210,

SENDEROWITZ J., 1992 —

« Are Adolescents Good Candidates  
for RU 486 as an Abortion Method? »,  
*Law Medicine and Health Care*,  
Fall 1992, Vol. 20, n° 3 : 209-214.

SWAHN M. L., UGOSCAI G.,  
BYGDEMAN M., KOVACS L., BELSEY E.,  
VAN LOOK P. F. A., 1989 —

« Effects of Oral Prostaglandin E2  
on Uterine Contractility and Outcome  
of Treatment in Women Receiving  
RU 486 (Mifepristone) for Termination  
of Early Pregnancy », *Human Repro-*  
*duction* Vol. 4, n° 1 : 21-28, 1989.