

VÈME JOURNÉES DÉMOGRAPHIQUES DE L'ORSTOM

MAÎTRISE DE LA FÉCONDITÉ ET PLANIFICATION FAMILIALE



SÉANCE N° 3

Planification Familiale Et Santé De La Reproduction



**LE RU 486 EN GUADELOUPE :
QUELLES LEÇONS POUR LE SUD ?**

Jean-Pierre GUENGANT, J. BANGOU

Paris, 28-30 septembre 1994

(2) CLINIQUE Sts JOSEPH - MARIE, 97110 Assainissement, Pointe à Pitre, Guadeloupe (Antilles)

Introduction

Dans la plupart des cas l'arrêt d'une grossesse correspond à un échec personnel et la décision correspondante constitue un choix délicat. Les femmes ayant décidé de recourir à l'avortement devraient cependant toujours être reçues comme toute autre patiente, et elles devraient pouvoir être assurées de bénéficier d'un environnement et des soins médicaux adéquats. Le RU 486 permet l'interruption de grossesse --sous certaines conditions -- dans les conditions les moins traumatisantes pour la femme et avec le maximum de garanties médicales.

L'anti-progestérone RU-486 a été découverte au début des années 1980. (1). Elle a été testée dans quelques pays, dont la France, la Grande-Bretagne, et la Chine. L'utilisation du RU-486 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.

Entre juin 1991 et octobre 1993, 607 cas d'administration de RU 486 ont été enregistrés en Guadeloupe.

L'addition d'une faible dose de prostaglandine est nécessaire pour obtenir des interruptions de grossesses précoces avec un taux de réussite satisfaisant. (2, 3). 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 (4). On a alors combiné des comprimés de Misoprostol (Citotec) avec ceux du RU 486 (MyféGINE) et cette nouvelle combinaison a commencé à être appliquée en Guadeloupe sous un protocole simplifiée en septembre 1992.

La population de la Guadeloupe en 1994 est estimée à environ 420.000 habitants. Le nombre annuel de naissances au début des années 1990 était de l'ordre de 7500, ce qui correspond à un indice synthétique de fécondité de 2,2 enfants par femmes. 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'avortements hors du cadre imposé par la loi a cependant continué après la 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 2000 avortements légaux ont été enregistrés, représentant près de 25 % des naissances vivantes. Ils pourraient donc correspondre à environ 3000 avortements, représentant 40 % des naissances vivantes.

Cette communication présente les résultats tirés de 345 cas de RU 486 / Misoprostol appliqués en Guadeloupe entre septembre 1992 et octobre 1993, à l'hôpital public de Pointe à Pitre, et dans une clinique privée.

La méthode

Afin de se conformer à la loi française sur l'interruption volontaire de grossesse, quatre étapes ont été définies pour les interruptions précoces de grossesse par 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 7 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 la 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 (Myféquine) 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) 12 heures plus tard.

La quatrième et dernière étape: la visite de contrôle, intervient entre 10 et 15 jours plus tard, pour vérifier que tout s'est bien déroulé.

Notre étude a concerné 345 cas de RU 486 / Misoprostol appliqués en Guadeloupe entre septembre 1992 et octobre 1993, dans deux établissements, un hôpital public¹ -- 253 cas -- et une clinique privée².-- 92 cas.

Pour chaque cas, le médecin remplissait un questionnaire simple comportant des informations sur l'âge de la patiente, la date et la durée des saignements, les effets secondaires éventuels, la parité, la gestité, le type d'union, les raisons de la demande d'I.V.G., et l'utilisation éventuelle ou non de la contraception. La saisie et l'analyse des données a été faite avec EPI-INFO.

1 Service de Gynécologie - Obstétrique of Professeur Eustase JANKY, 97110 Pointe à Pitre.

2 Clinique Saints Joseph - Marie, Service de Gynécologie-Obstétrique, 97110, Pointe à Pitre.

Résultats

Pour l'ensemble des cas l'efficacité de la méthode a été de 95%, sans différence notable entre les cas du public et ceux de privé. Ce résultat est similaire de ceux trouvés ailleurs dans le monde (4, 5).

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).

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.

Concernant la répartition par âge des patientes, il est intéressant de noter que celle-ci est très voisine de celle des naissances vivantes selon l'âge de la mère (6). En termes de parité, 28% des patientes n'avaient encore jamais eu d'enfants, 20% en avait un, 23% deux, 15% 3, et 14% % avaient déjà 4 enfants ou plus. 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 contraception importante, mais aussi d'un recours non négligeable à l'avortement. De fait, la moitié des patientes -- 51% -- ayant recouru RU 486 / Misoprostol avait déjà eu une interruption volontaire de grossesse auparavant --32% avait eu une interruption volontaire de grossesse et 19% en avaient eu deux ou plus.

Comme on pouvait s'y attendre dans un contexte caraïbéen, la majorité des patientes --58 percent-- 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)

Les informations sur l'utilisation antérieure de la contraception et les raisons invoquées pour le recours à l'interruption volontaire de grossesse, n'ont été collectées que pour les 92 patientes du privé. Parmi celles-ci, 11% n'avaient jamais utilisé de méthode contraceptive. Pour 23%, 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 sont les suivantes: 40% des patientes ont déclaré ne plus vouloir d'enfants, 9% ont déclaré 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.

Conclusions

L'utilisation du RU 486 / Misoprostol en Guadeloupe s'est révélé 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.

A partir de cette expérience, il paraît évident, tel que cela a déjà été souligné (4,5,7,8) que le RU 486 / Misoprostol est une méthode nettement préférable à la succion, 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 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'entraînent 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 les plus efficaces de contraception 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.

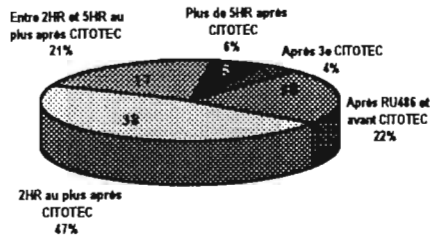
Bibliographie

- (1) Beaulieu E.E, Ulmann A. - Anti-hormone stéroïd. L'activité anti-progestérone du RU 486 et ses applications contragestives et autres - Bull. Acad. Natle Med. 1985, 169, no 8, pp.1191-1199, scéance du 19 novembre 1985.
- (2) Swahn M.L. , Ugoscai G., Bygdeman M., Kovacs L., Belsey E., Van Look P.F.A. - Effects of Oral Prostaglandin E2 on Uterine Contractility and Outcome of Treatment in Women Receiving RU 486 (Mifepristone) for Termination of Early Pregnancy - Human Reproduction Vol. 4, no 1, pp.21-28, 1989.
- (3) Avrech O.M., Golan A., Weinraub Z., Bukowsky I., Caspi Eliahu - Mifepristone (RU 486) Alone or in Combination with a Prostaglandin Analogue for Termination of Early Pregnancy: a Review - Fertility and Sterility, Vol. 56, no 3, pp.385-393, September 1991.

- (4) Mignot G., Cesbron P. - Evolutions récentes dans l' I.V.G. médicamenteuse - Prescrire, Tome 13, no 128, pp.209-210, avril 1993.
- (5) Beaulieu E.E. - Updating RU 486 Development - Law Medicine and Health Care, Vol.20, no 3, pp.154-156, Fall 1992.
- (6) INSEE - Données Statistiques de l'Etat Civil, année 1991, Guadeloupe, Martinique, Guyane - INSEE Antilles-Guyane, janvier 1993.
- (7) Senderowitz Judith - Are Adolescents Good Candidates for RU 486 as an Abortion Method ? - Law Medicine and Health Care, Vol.20, no 3, pp.209-214, Fall 1992.
- (8) Berer Marge - "Inducing a Miscarriage". Women - Centered Perspectives on RU 486 / Prostaglandin as an Early Abortion Method - Law Medicine and Health Care, Vol.20, no 3, pp.199-208, Fall 1992

MOMENT D'ARRIVEE DES REGLES

Privé seulement



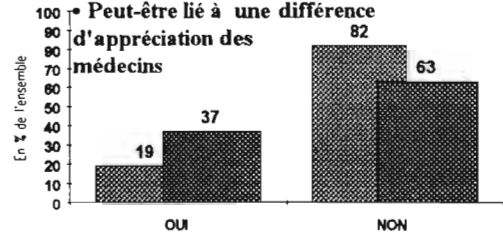
METRORRAGIES

Public

• deux fois plus dans le public,

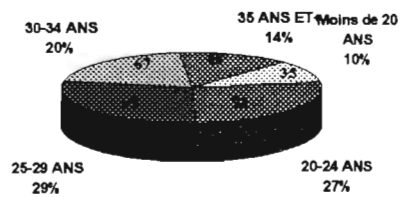
• Peut-être lié à une différence

d'appréciation des médecins



REPARTION PAR AGE DES PATIENTES

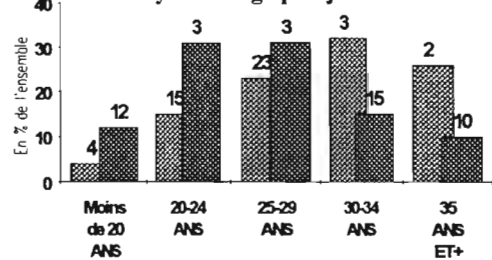
Public et privé



REPARTION PAR AGE DES PATIENTES

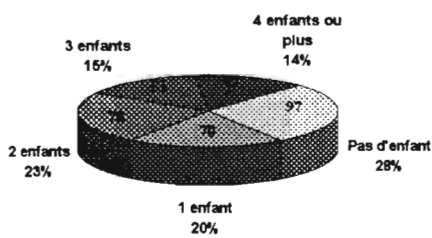
Public

• Une moyenne d'âge plus jeune



PARITE DES PATIENTES

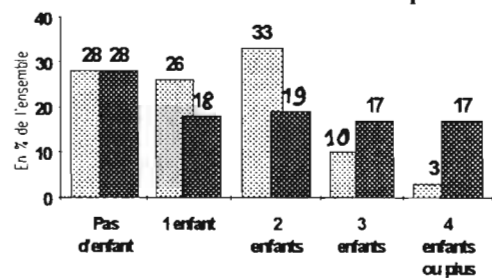
Public et privé



PARITE DES PATIENTES

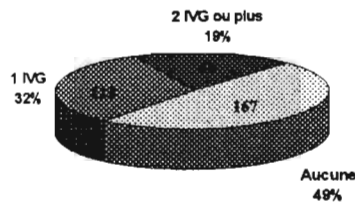
Public

• 34% des femmes ont 3 enfants ou plus



NOMBRE D'IVG ANTERIEURES

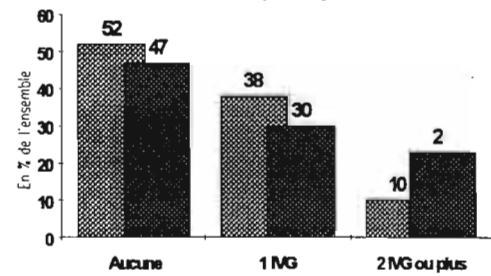
Public et privé



NOMBRE D'IVG ANTERIEURES

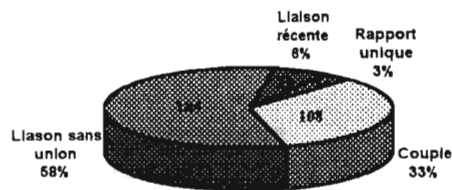
Public

• 1 femme sur 4 a déjà eu plus d'une IVG



TYPE D'EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

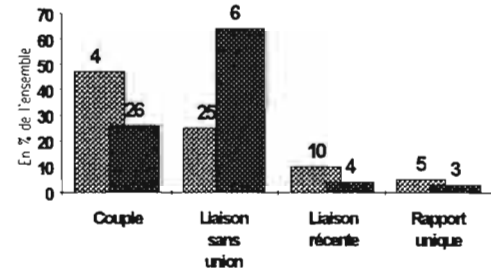
Public et privé



TYPE D'EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

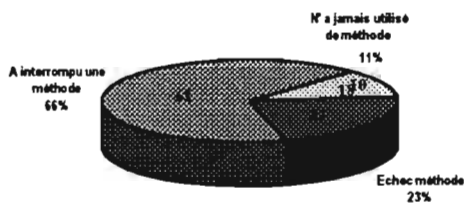
Public

• 2 femmes sur 3 sont en union instable



STATUT VIS A VIS DE LA CONTRACEPTION

Privé seulement



RAISONS DE LA DEMANDE

Privé seulement

