



MYTHES ET STÉRÉOTYPES

AVORTEMENT PROVOQUÉ ET AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX

Les Canadiennes qui font face à une grossesse non planifiée peuvent maintenant obtenir un avortement soit chirurgical, soit médicamenteux. Depuis juillet 2015, Santé Canada a approuvé l'utilisation d'une combinaison thérapeutique à base de mifépristone et de misoprostol pour interrompre les grossesses de 63 jours ou moins (70 jours ou moins selon les données probantes).

Plusieurs mythes et stéréotypes NON soutenus par les données scientifiques sont transmis à la population. Ce feuillet vise à rapporter les faits et mettre ces mythes et stéréotypes en perspective. Il a pour but de soutenir les professionnel-le-s de la santé lors du counseling de personnes qui s'inquiètent de l'avortement provoqué.

#	Mythes and stéréotypes	Faits
1	"L'avortement peut provoquer un cancer du sein."	L'avortement n'augmente pas le risque d'une personne de sexe féminin de développer subséquemment un cancer du sein.
2	"L'avortement peut rendre infertile. Le risque de devenir infertile est plus élevé après un avortement médicamenteux."	L'avortement tant médicamenteux que chirurgical n'a pas d'impact sur la fertilité future. Les infections transmissibles sexuellement sont les responsables numéro un de l'infertilité et doivent être dépistées avant toute procédure gynécologique.
3	"L'avortement est plus dangereux que l'accouchement."	L'avortement est de 10 à 14 fois plus sécuritaire que l'accouchement tant au regard de la mortalité que de la morbidité. L'avortement est très sécuritaire quand il est pratiqué par un-e professionnel-le de la santé autorisé-e.
4	"L'avortement cause de la détresse émotionnelle qui mène à une maladie mentale, le syndrome post-avortement."	Aucun syndrome de la sorte n'est reconnu scientifiquement ou médicalement. Depuis 1989, les communautés de médecins et de psychologues n'ont trouvé aucune évidence de l'existence d'un "syndrome post-avortement".
5	"Les femmes utilisent l'avortement comme contraceptif."	Une Canadienne sur trois aura un avortement d'ici l'âge de 45 ans. On n'a pas besoin d'être "irresponsable" pour avoir besoin d'un avortement. Le nombre annuel d'avortement au Canada a diminué depuis les 20 dernières années. Les études montrent qu'un meilleur accès aux méthodes contraceptives et à une éducation adéquate en matière de sexualité sont des facteurs-clés pour réduire le nombre de grossesses non planifiées.
6	"Les risques associés à l'avortement médicamenteux sont significativement plus élevés que ceux associés à l'avortement chirurgical."	L'avortement médicamenteux est aussi sécuritaire que l'avortement chirurgical pour les grossesses du premier trimestre, comme le démontrent les études réalisées durant les 30 dernières années.
7	"Le fœtus ressent de la douleur lors de l'avortement qu'il soit médicamenteux ou chirurgical."	Les études démontrent que le fœtus est incapable de ressentir de la douleur avant le troisième trimestre de la grossesse. Près de 90% des avortements sont pratiqués durant le premier trimestre de la grossesse, quand le fœtus est incapable de ressentir de la douleur.
8	"L'avortement médicamenteux peut être renversé."	L'avortement qu'il soit médicamenteux ou chirurgical est irréversible.

9	“Les femmes peuvent avorter quand elles le désirent et tuer un bébé en parfaite santé. ”	Les arrêts de grossesse tardifs, au troisième trimestre de la grossesse (28 semaines et plus) sont réalisées pour des raisons médicales (viabilité menacée de la grossesse, risques pour la santé de la femme).
---	------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tandis que l’avortement chirurgical est réalisé dans un établissement de santé spécialisé à l’aide d’instruments médicaux, l’avortement médicamenteux est provoqué par deux médicaments. C’est un processus similaire à un avortement spontané, que la femme peut vivre dans la discrétion de son foyer. Ces médicaments sont la mifépristone et le misoprostol. La mifépristone bloque la progestérone qui soutient la grossesse à son début. Elle est administrée par voie orale. Puis, 24 à 48 heures plus tard, le misoprostol est administré par voie buccale entre les gencives et l’intérieur des joues. Le misoprostol stimule les contractions utérines et provoque l’expulsion des produits de conception.

Il existe peu de contre-indications à cette combinaison thérapeutique; elles doivent être vérifiées par une-e professionnel-le de la santé avant de l’utiliser. Son efficacité est de 95% à 98% jusqu’à 63 jours de grossesse. Les effets secondaires les plus fréquents sont des saignements et des crampes de courte durée. Les complications comme une hémorragie ou une infection sont rares. Elles peuvent nécessiter des soins urgents. L’avortement médicamenteux peut être obtenu au niveau des soins de première ligne et il est remboursé par tous les plans d’assurance santé des gouvernements provinciaux.

Vous pouvez obtenir plus d’information sur l’avortement provoqué, l’avortement médicamenteux et la grossesse non planifiée aux sites suivants :

- <https://www.sexandu.ca/fr/pregnancy/unplanned-pregnancy/>
- <https://www.arcc-cdac.ca/etudiant/?lang=fr>

Références

Abortion Rights Coalition of Canada. “Statistics – Abortion in Canada”, 2019, Online: <http://www.arcc-cdac.ca/backrounders/statistics-abortion-in-canada.pdf>

American Congress of Obstetricians and Gynecologists. “Facts Are Important: Medication Abortion ‘Reversal’ Is Not Supported by Science”, Press Release, 2017, Online: <https://www.acog.org/-/media/Departments/Government-Relations-and-Outreach/FactsAreImportantMedicationAbortionReversal.pdf>

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Gynecologic Practice. ACOG Committee Opinion, No. 434: “Induced Abortion and Breast Cancer Risk”, *Obstet Gynecol*; 2009, 113: 1417-1418.

Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. American Psychological Association Task Force on mental Health and Abortion. 1989. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>

Grossman D & al. “Continuing Pregnancy After Mifepristone and ‘Reversal’ of First-Trimester Medical Abortion: A Systematic Review,” *Contraception*; 2015, 92 : 206–11.

HSia JK, Lohr PA, Taylor J, Creinin MD. Medical abortion with mifepristone and vaginal misoprostol between 64 and 70 days’ gestation. *Contraception*; 2019;100 :178-81.

Raymond EG & Grimes DA. “The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States”, *Obstetrics and Gynecology*; 2012, 119: 215-19.

Royal College of Obstetricians and Gynecologists. “Fetal Awareness: Review of Research and Recommendations for Practice”, *Report of a Working Party*; 2010, Online: <http://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/rcogfetalawarnesswpr0610.pdf>

Lee SJ & al. “Fetal Pain: A Systematic Multidisciplinary Review of the Evidence”, *Journal of American Medical Association*; 2005, 294 (8): 947-954.

Steinberg J.R., McCulloch C.E., & Adler N.E. “Abortion and Mental Health: Findings from the National Comorbidity Survey-Replication”, *Obstetrics & Gynecology*; 2014, Volume 123: 263–270.

Virk J, Zhang J & Olsen J. “Medical Abortion and the Risk of Subsequent Adverse Pregnancy Outcomes”, *The New England Journal of Medicine*; 2007, 357: 648-653.

Auteurs :

Pronovost V, Doctorante en sociologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada.
 Guilbert E, Médecin conseil, Institut national de santé publique du Québec, Québec, Canada.