



I. Qu'est-ce que l'avortement médicamenteux?

L'avortement médicamenteux – ou avortement à l'aide de comprimés – est recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme une méthode sûre et efficace pour mettre fin à une grossesse. Les médicaments pour l'avortement ont été approuvés pour la première fois en France en 1980, après la mise au point du médicament mifépristone par des chercheurs français. L'autre médicament, le misoprostol, est utilisé par les femmes pour l'avortement depuis le début des années 1980². En 2003, dans ses premières directives techniques sur l'avortement, l'OMS a inclus l'avortement médicamenteux comme méthode recommandée pour interrompre une grossesse³.

Les médicaments recommandés par l'OMS pour l'avortement provoqué sont la mifépristone et le misoprostol en association ou le misoprostol utilisé seul⁴. Ces deux médicaments figurent sur la liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels, ce qui signifie qu'ils doivent être « disponibles dans le cadre de tout système de santé fonctionnel à tout moment, en quantité suffisante, sous des formes pharmaceutiques appropriées, de qualité garantie et à un prix abordable pour l'individu comme pour la communauté⁵ ». La mifépristone interfère avec les processus hormonaux et la poursuite de la grossesse. Le misoprostol provoque la dilatation du col de l'utérus et la contraction utérine⁶. Les effets secondaires associés à l'avortement médicamenteux peuvent inclure des nausées, des vomissements et des diarrhées⁷. Selon l'OMS, l'avortement médicamenteux joue un rôle crucial dans l'accès à des soins d'avortement sécurisés, efficaces et acceptables⁸. L'OMS a reconnu que l'avortement médicamenteux peut élargir l'accès aux soins, en particulier en début de grossesse, car il peut être pratiqué en ambulatoire et être administré par des prestataires de niveau inférieur tout en donnant aux individus une plus grande autonomie dans la gestion des soins liés à leur propre avortement⁹. Ces caractéristiques se sont avérées d'autant plus importantes dans le contexte de la réponse à la pandémie de COVID-19 qui a eu un impact négatif sur l'accès aux services essentiels de santé sexuelle et reproductive, y compris l'avortement, en raison de la pression exercée sur les systèmes de santé, des restrictions de mobilité, des défis économiques ainsi que de l'exacerbation des inégalités sociales et de genre¹⁰.

II. Dans quelle mesure l'avortement médicamenteux est-il sûr et efficace?

L'avortement médicamenteux est largement considéré comme sûr et efficace, son niveau de sécurité et d'efficacité dépend du régime médicamenteux suivi et de l'âge gestationnel¹¹. En 2015, l'examen systématique de 20 études portant sur des femmes ayant subi un avortement médicamenteux avec de la mifépristone suivie de misoprostol a montré un taux global de réussite de 96,6 %, la réussite étant définie comme la femme n'ayant pas eu besoin de soins médicaux ultérieurs¹². Dans les cas d'avortements pratiqués jusqu'à 10 semaines, 2,3 à 4,8 % des patientes ont eu besoin de soins médicaux pour terminer leur avortement, à l'aide d'une aspiration (une autre méthode courante d'avortement provoqué) alors que les taux des autres types de complications des avortements pratiqués précocement restent inférieurs à 1 %¹³. Dans les cas d'avortements réalisés entre 10 et 13 semaines de grossesses, à l'aide de mifépristone suivie de misoprostol, le taux de complications au-delà de la simple nécessité d'une aspiration ne dépasse pas 3 %¹⁴.

Les données relatives à la sécurité et à l'efficacité du misoprostol utilisé seul sont plus limitées¹⁵. Les différentes études ont rendu compte de taux allant de 78 % à 92 % de succès pour les avortements médicamenteux réalisés à l'aide de misoprostol seul¹⁶. La complication la plus communément citée lors d'avortement médicamenteux réalisé à l'aide de misoprostol seul concerne des avortements incomplets ayant nécessité le recours à une aspiration¹⁷. Le misoprostol est moins coûteux, plus aisément stocké et plus généralement disponible dans le monde que la mifépristone¹⁸.



L'OMS recommande l'auto administration de l'avortement médicamenteux comme méthode d'avortement pour les femmes qui sont enceintes de moins de 12 semaines et qui disposent « d'une source d'informations exactes et précises, et qui ont accès à un professionnel de santé en cas de besoin ou si elles le souhaitent à n'importe quel moment de la procédure ».

L'OMS recommande la répétition des doses de misoprostol lorsque l'avortement n'est pas réussi initialement, mais avertit que la rupture de l'utérus est une complication rare à laquelle les prestataires de soins doivent être préparés si l'avortement est réalisé à un âge gestationnel avancé¹⁹. Pour les avortements tardifs, l'OMS a identifié la nécessité de mener des recherches afin de déterminer l'âge gestationnel limite auquel le recours à l'avortement médicamenteux sans hospitalisation²⁰ reste sûr.

III. Comment l'avortement médicamenteux est-il règlementé ?

L'avortement médicamenteux est généralement règlementé par des lois sur l'avortement rédigées pour encadrer l'avortement chirurgical ou par aspiration, des procédures pour lesquelles une formation et des compétences médicales spécifiques sont requises. La plupart des lois sur l'avortement sont rédigées sous la forme d'une série d'exceptions face à un cadre général de criminalisation de l'avortement et elles exigent la participation d'un professionnel de santé lors de l'avortement pour le rendre légal²¹. Par exemple, quatre-vingt différentes lois dans le monde exigent la participation d'au moins un médecin pour que celui-ci soit légal²². D'autres dispositions criminalisent l'auto-administration de l'avortement en exigeant que la procédure d'avortement ait lieu dans un hôpital ou dans un autre type d'établissement de santé spécifique²³. La légalité et la disponibilité de la mifépristone et du misoprostol dépendent également de l'enregistrement de ces médicaments par le gouvernement²⁴.

Les réglementations et les pratiques indiquant les lieux où les médicaments pour l'avortement peuvent être obtenus et administrés varient. L'autorité américaine de réglementation des médicaments impose des exigences onéreuses quant aux personnes autorisées à délivrer la mifépristone, mais les patientes peuvent prendre le médicament chez elles²⁵. En Écosse et au Pays de Galles, les autorités ont adopté des amendements, en 2017 et 2018 respectivement, qui permettent aux patientes de prendre des médicaments abortifs à domicile dans le cadre de la loi sur l'avortement de 1967²⁶. Jusqu'à un changement récent de politique en réponse à la COVID-19, l'Angleterre exigeait que la première phase du traitement médicamenteux de l'avortement soit administrée dans un hôpital ou un centre de santé agréé²⁷. Au Brésil, où l'avortement n'est légal que dans un nombre limité d'indications, le misoprostol n'est disponible que dans les hôpitaux²⁸.

IV. Qu'est-ce que l'avortement auto-administré ?

On parle d'avortement auto-administré lorsqu'une personne pratique son propre avortement sans la supervision clinique²⁹ qui est exigée par la loi dans la plupart des pays. Sur la base des données existantes, l'OMS recommande l'avortement auto-administré à l'aide de médicaments comme méthode d'avortement pour les personnes qui sont enceintes de moins de 12 semaines et qui « bénéficient d'une source précise et exacte d'information et d'un accès à un prestataire de soins en cas de besoin ou si elles le souhaitent à n'importe quel stade du processus³⁰ ». Les personnes qui cherchent à se faire avorter peuvent se procurer des médicaments abortifs directement dans les pharmacies, auprès de distributeurs de médicaments ou par d'autres voies, vente en ligne ou services de télé-médecine³¹. Les personnes enceintes peuvent gérer de manière autonome différents aspects du processus de leur avortement médicamenteux en s'informant sur les régimes médicamenteux auprès de sources non médicales ou en prenant à domicile les médicaments qui leur ont été prescrits par un médecin.

V. L'avortement auto-administré est-il sûr ?

L'avortement médicamenteux auto-administré est beaucoup plus sûr que d'autres méthodes invasives. Avec l'avènement de l'avortement médicamenteux, la pratique de l'avortement sans supervision formelle d'un professionnel est devenue plus sûre et plus répandue. Dans le cas de personnes enceintes qui auraient cherché auparavant à obtenir un avortement clandestin en ayant recours à des méthodes invasives telles que des baguettes, des produits chimiques ou la force physique³², la disponibilité des médicaments abortifs signifie qu'elles n'ont pas à recourir à ces méthodes dangereuses, ce qui réduit d'autant les risques pour leur santé. C'est à l'auto-administration de l'avortement médicamenteux que les chercheurs ont attribué la baisse mondiale de la mortalité imputable à l'avortement³³.

Les chercheurs continuent de générer des preuves de la sécurité de l'avortement médicamenteux auto-administré malgré les difficultés inhérentes à l'étude de pratiques illégales et stigmatisées³⁴. La sécurité de l'avortement auto-administré dépend des connaissances de la personne concernée, de son accès à des médicaments de qualité et de sa capacité à obtenir des soins de suivi. La sécurité d'une personne peut également dépendre du niveau de risque d'arrestation qu'elle encourt à s'auto-administrer son propre avortement.

L'OMS définit l'auto-administration de soins dans un contexte général comme étant « la capacité des individus, des familles et des communautés à promouvoir la santé, à prévenir les maladies, à se maintenir en bonne santé et à faire face aux maladies et aux invalidités avec ou sans le soutien d'une prestation de soins³⁵ ». Les interventions en auto-administration dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive sont reconnues par l'Organisation mondiale de la Santé « comme faisant partie des approches nouvelles les plus prometteuses et les plus intéressantes d'amélioration de la santé et du bien-être³⁶. L'OMS a reconnu que l'auto-administration de soins est particulièrement importante pour les populations affectées négativement par des dynamiques de genre, politiques, culturelles ou de pouvoir et pour les individus vulnérables³⁷. Dans le même temps, afin de s'attaquer de manière adéquate aux déterminants sociaux de la santé, les États doivent prendre des mesures pour rectifier les normes sociales enracinées, la répartition du pouvoir fondée sur le sexe et réformer les systèmes structurels oppressifs³⁸.

VI. L'avortement auto-administré est-il légal ?

L'auto-administration de l'avortement est une pratique illégale et pénalisée dans de nombreux contextes. Même lorsque les médicaments eux-mêmes sont légaux, il arrive que les lois existantes (voir ci-dessus) réglementent l'avortement médicamenteux en vertu de législations, de politiques ou de directives qui s'appliquent à l'aspiration manuelle ou à l'avortement chirurgical qui ne correspondent pas à son mode d'utilisation et représentent une charge supplémentaire pour les femmes. Il arrive que les personnes qui gèrent seules leur avortement et les personnes qui les y aident enfreignent plusieurs lois et risquent d'être arrêtées et poursuivies en justice, y compris dans des endroits où l'avortement est par ailleurs légal ; toutefois ce phénomène n'a pas fait l'objet de recherches approfondies. Des cas d'arrestations pour s'être auto-administré un avortement ont été documentés en Bolivie³⁹ et au Rwanda⁴⁰, des pays où l'avortement est légal au moins pour certains motifs. Aux États-Unis, où l'avortement est légal jusqu'au deuxième trimestre pour toutes les indications, au moins 21 personnes ont été arrêtées pour s'être auto-administrées leur avortement⁴¹.

Le recueil de données sur un problème de santé stigmatisé est une tâche difficile car l'avortement en dehors du système de soins officiel est illégal dans la plupart des contextes. Par conséquent, les données sur le recours à l'avortement médicamenteux auto-administré restent rares ; les chercheurs ont malgré tout constaté que cette pratique est en augmentation⁴².

VII. Pourquoi les personnes décident-elles de s'auto-administrer leur avortement ?

Les raisons qui poussent les personnes à préférer l'auto-administration de l'avortement sont diverses, notamment dans des contextes où l'avortement est restreint par la loi ou lorsque l'accès à l'avortement dans le cadre du système formel de soins est limité. La disponibilité des soins d'avortement peut être limitée par la pénurie de personnel de santé, le manque de prestataires de soins formés et disposés à pratiquer des avortements, ou par incapacité de se rendre dans des établissements dispensant des soins d'avortement à une distance raisonnable. Certaines exigences procédurales et administratives peuvent aussi limiter l'accès aux soins et celles-ci incluent, entre autres⁴³, l'obligation d'obtenir un consentement parental, des périodes d'attente obligatoire, la nécessité de présenter une autorisation judiciaire. Les femmes sont souvent confrontées à la stigmatisation, aux mauvais traitements et à la violence lorsqu'elles cherchent à obtenir des soins et services d'avortement. Ces mauvais traitements font partie d'un schéma d'abus qui se produit dans un contexte plus large d'inégalité structurelle, de discrimination et de patriarcat⁴⁴.



Les recherches indiquent que la plupart des avortements ont lieu pour des raisons différentes des motifs exceptionnels communément légalisés, et que les exceptions prévues par les cadres juridiques ne garantissent pas un accès effectif suffisant aux services d'avortement dans la pratique, même lorsque les motifs ont été satisfaits (risques pour la santé ou la vie de la personne enceinte, grossesse résultant d'un viol ou d'un inceste ou dans les cas de déficiences fœtales graves).

Un examen systématique des raisons pour lesquelles les femmes se tournent vers le secteur informel pour se faire avorter, même lorsque l'avortement est légal, a révélé que ces raisons comprennent la crainte de mauvais traitements de la part du personnel, la longueur des listes d'attente, les coûts élevés, l'incapacité de respecter la réglementation, les préoccupations relatives au respect de la confidentialité et de la vie privée ou le manque de connaissances sur la légalité de l'avortement et sur les endroits où il est possible d'obtenir un avortement légal et sécurisé⁴⁵.

Les recherches indiquent que la plupart des avortements ont lieu pour des raisons autres que les motifs exceptionnels communément légalisés⁴⁶, de plus les exceptions prévues dans le cadre juridique ne procurent pas un accès effectif suffisant aux soins d'avortement dans la pratique, même lorsque les motifs sont satisfaits (risque pour la santé ou la vie de la personne enceinte, grossesse résultant d'un viol ou d'un inceste ou déficiences fœtales graves⁴⁷).

Même si l'avortement est légalement disponible à la demande, il existe une large éventail d'autres obstacles auxquels les personnes enceintes doivent faire face pour accéder aux services d'avortement, notamment la stigmatisation, le coût élevé, les périodes d'attente obligatoires, les exigences en matière de counseling, l'autorisation de plusieurs prestataires de soins, le consentement d'un tiers, les exigences inutiles imposées aux prestataires et aux établissements de soins, l'absence d'informations scientifiques avérées ou la diffusion d'informations trompeuses⁴⁸.

VIII. Que dit le droit international des droits de l'homme sur l'avortement et sur l'avortement médicamenteux ?

Les organes de surveillance des traités de l'ONU, qui ont pour mission de contrôler le respect par les États des traités de l'ONU sur les droits humains et de les orienter sur la manière dont ils peuvent remplir leurs obligations en la matière, ont constaté que les lois restrictives sur l'avortement violent toute une série de droits humains, notamment le droit à la santé, à la vie, à la vie privée, à ne pas subir de discrimination ou de stéréotypes sexistes et, de ne pas subir de mauvais traitements⁴⁹. Ils ont reconnu à plusieurs reprises la corrélation entre des lois restrictives sur l'avortement et la mortalité maternelle⁵⁰. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a noté que le fait pour un État partie de « refuser de fournir légalement certains services de santé reproductive aux femmes » ou de punir les femmes qui demandent ces services constitue une forme de discrimination fondée sur le sexe⁵¹.

Les organes de surveillance des traités reconnaissent que l'avortement doit être décriminalisé, légalisé au moins pour certaines indications et que les soins doivent être disponibles, accessibles, abordables, acceptables et de bonne qualité⁵². Le Comité des droits de l'homme a déclaré que les États ne peuvent pas réglementer l'avortement d'une manière qui contreviendrait à leur obligation de veiller à ce que les femmes et les jeunes filles n'aient pas à subir d'avortements dangereux, que toute restriction doit être non discriminatoire, et que les États doivent assurer un accès sûr, légal et effectif à l'avortement, notamment « lorsque le fait de mener une grossesse à terme causerait à la femme ou la jeune fille enceinte des douleurs ou des souffrances substantielles⁵³ ». Les organes de surveillance des traités recommandent aux États de libéraliser leurs lois sur l'avortement afin d'améliorer l'accès et de supprimer les obstacles juridiques, financiers et pratiques qui empêchent les femmes et les jeunes filles d'obtenir effectivement des soins d'avortement sécurisés en toute légalité, et cela comprend les obstacles inutiles à l'avortement médicamenteux ainsi que les exigences d'autorisation par un tiers⁵⁴. Les États sont tenus d'éliminer les lois et les politiques qui portent atteinte à l'autonomie, à l'intégrité et au droit à l'égalité et à la non-discrimination dans la pleine jouissance du droit à la santé sexuelle et reproductive⁵⁵.

Le CEDEFa décrit l'interdiction du misoprostol dans un État comme étant « indicative de l'environnement idéologique » et comme « ayant un impact rétrograde », et a exhorté l'État à le réintroduire, afin de réduire les taux de mortalité et de morbidité maternelles dus à des avortements non sécurisés⁵⁶.



La pandémie de la COVID-19 a mis en évidence la nécessité pour les États d'améliorer l'accès à l'avortement médicamenteux et de supprimer les restrictions à la télémédecine, ainsi que d'envisager la réforme des cadres juridiques relatifs à l'auto administration de l'avortement médicamenteux.

L'avortement médicamenteux a été abordé par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESCCR), d'abord indirectement dans le cadre du Commentaire Général n°14 qui interprète et énonce des orientations sur la manière de mettre en œuvre le droit à la santé et stipule que l'accès aux médicaments figurant sur la liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels est une obligation fondamentale du droit de jouir du meilleur état de santé possible⁵⁷. Le Commentaire Général n°22 du CDESC sur le droit à la santé sexuelle et reproductive a renforcé l'obligation de garantir l'accès aux médicaments essentiels et a spécifié l'accès aux « médicaments pour l'avortement⁵⁸ ».

En 2020, dans son Commentaire Général n°25, le Comité sur la science et les droits économiques, sociaux et culturels a déclaré que les États doivent assurer l'accès aux technologies scientifiques modernes nécessaires aux femmes en ce qui concerne le droit à la santé sexuelle et reproductive, en particulier aux médicaments pour l'avortement, sur la base de la non-discrimination et de l'égalité⁵⁹. Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé a exprimé sa préoccupation concernant les restrictions légales qui entravent l'accès aux médicaments essentiels, limitant ainsi l'accessibilité des femmes à la santé sexuelle et reproductive⁶⁰.

Aucun organe de surveillance des traités n'a encore abordé en détail les obstacles juridiques et politiques spécifiques à l'avortement auto-administré, à savoir, l'obligation d'impliquer la participation d'un professionnel de santé lors d'un avortement et d'administrer l'avortement dans un hôpital ou dans un autre établissement de soins spécifié.

IX. Quel est l'impact de la COVID-19 sur l'auto-administration de l'avortement médicamenteux ?

La pandémie de COVID-19 a encore réduit l'accès à l'avortement ; les obstacles se multipliant pour diverses raisons, notamment le manque de prestataires de soins disponibles, la peur de se rendre dans les établissements de santé et le fait que des gouvernements opposés à l'avortement ont exclu l'avortement de la liste des soins et services essentiels à maintenir pendant la pandémie. L'OMS a reconnu que l'accès des femmes et des jeunes filles aux services de santé essentiels, y compris les services de santé sexuelle et reproductive, sera probablement affecté par les restrictions de mobilité et les difficultés économiques rencontrées en raison de la pandémie de COVID-19 et la réponse qui y est apportée⁶¹. L'OMS a noté que de telles restrictions à l'accès aux services constitue une violation des droits humains⁶² et a fourni des orientations opérationnelles provisoires fondées sur les droits pour indiquer comment les États doivent s'y prendre pour maintenir les services de santé sexuelle et reproductive essentiels dans le contexte de la pandémie, et a recommandé⁶³ ce qui suit :

- Lorsque la fourniture de service de santé sexuelle et reproductive en établissement de soins est perturbée, il faut donner la priorité aux services de santé numériques ou de télémédecine et aux interventions auto-administrées, tout en garantissant l'accès à un prestataire formé en cas de besoin.
- Il convient d'envisager la possibilité d'utiliser des méthodes médicales non invasives pour gérer l'avortement sécurisé et l'avortement incomplet, et de prendre toutes mesures utiles pour répondre à l'augmentation prévisible des besoins en matière de méthodes d'avortement médicamenteux.

Pendant la pandémie de COVID-19 certains gouvernements ont assoupli la réglementation sur l'avortement médicamenteux et facilité l'accès par télémédecine, des mesures qui ont été saluées par les experts des droits de l'homme⁶⁴. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence la nécessité pour les États d'améliorer l'accès à l'avortement médicamenteux et de supprimer les restrictions à la télémédecine ainsi que d'envisager la réforme des cadres juridiques relatifs à l'avortement médicamenteux auto-administré. De telles mesures contribueraient à garantir le respect, la protection et la réalisation des droits sexuels et reproductifs de toutes les femmes et de toutes les jeunes filles, en élargissant l'accès à une méthode sécurisée et légalisée d'avortement. Les normes relatives aux droits de l'homme en matière d'avortement doivent évoluer avec les nouvelles réalités dictées par la pandémie de COVID-19 et viser à accroître l'accès aux services d'avortement pour toutes les personnes enceintes, notamment en supprimant les obstacles à l'avortement médicamenteux conformément aux recommandations de l'OMS.



Recommandations

Étant donné la pratique répandue de l'avortement médicamenteux auto-administré et de la criminalisation de l'avortement en dehors du cadre formel des soins de santé, nous recommandons aux États :

- De décriminaliser tous types d'avortement, en supprimant complètement l'avortement et toute réglementation relative à l'avortement des codes pénaux ou criminels et en prenant des mesures pour garantir l'accès à toutes les méthodes d'avortement à toutes les personnes qui en ont besoin.
- De légaliser l'avortement à la demande ; d'éliminer tous les obstacles juridiques, politiques ou pratiques (tels que l'éloignement des établissements de soins, le coût élevé des produits et des services, les périodes d'attente obligatoires, les exigences de counseling biaisé, l'intervention obligatoire d'un professionnel de santé, le consentement d'un tiers et la stigmatisation des personnes souhaitant avorter) ; et de garantir l'accès à des médicaments abortifs et à des informations abordables, acceptables et de qualité.
- De s'assurer que l'avortement médicamenteux auto-administré est légal et que les personnes qui s'administrent elles-mêmes leur avortement et celles qui les y aident ne fassent pas l'objet d'une enquête et qu'elles ne soient ni arrêtées ni poursuivies.

Étant donné l'importance que jouent les organes de traités de l'ONU dans l'interprétation des dispositions relatives aux droits de l'homme et, en conformité avec la définition de l'obligations des États en vertu de ces traités internationaux sur les droits de l'homme, nous les exhortons à :

- Réfléter pleinement le fait que les obstacles et les motifs légaux d'accès à l'avortement sont restrictifs, discriminatoires et qu'ils violent le droit des personnes à leur autonomie corporelle.
- Établir, en vertu des droits de l'homme une obligation pour les États de fournir l'avortement à la demande.
- Recommander aux États de prévenir et supprimer tous les obstacles à l'accès aux soins et services d'avortement de qualité, abordables et acceptables (tels que l'éloignement des établissements de soins, le coût élevé des produits et des services, les périodes d'attente obligatoires, les exigences de counseling biaisé, l'intervention obligatoire d'un professionnel de santé, le consentement d'un tiers et la stigmatisation des personnes souhaitant avorter).

Lors de l'examen périodique universel, à poser aux États les questions suivantes :

- L'avortement médicamenteux est-il légal et disponible dans votre pays ? S'il est légal, est-il réglementé de manière appropriée en fonction de son propre mode d'utilisation et de manière à permettre l'auto-administration de l'avortement, ou est-il réglementé selon des dispositions prévues pour l'aspiration chirurgicale ou manuelle ?
- Les médicaments « misoprostol » et « mifépristone » sont-ils enregistrés et inscrits sur la liste nationale des médicaments essentiels ?
- La loi prévoit-elle des exigences qui entraînent ou risquent d'entraîner la criminalisation des avortements obtenus ou administrés en dehors du cadre formel des soins de santé ?

Novembre 2020

NOTES

1. Eric Schaff, Mifepristone : Ten Years Later 81 CONTRACEPTION 1 (2010).
2. Kinga Jelinska et Yanow, S. Putting Abortion Pills into Women's Hands : Realizing the Full Potential of Medical Abortion 97 CONTRACEPTION 86 (2018).
3. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), AVORTEMENT SÉCURISÉ : DIRECTIVES TECHNIQUES ET STRATÉGIQUES À L'INTENTION DES SYSTÈMES DE SANTÉ 35-39 (2003).
4. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), UTILISATION DES MÉDICAMENTS DANS LE CADRE D'UN AVORTEMENT 1 (2018).
5. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), LISTE MODÈLE DES MÉDICAMENTS ESSENTIELS (2019).
6. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), LISTE MODÈLE DES MÉDICAMENTS ESSENTIELS (2019).
7. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET MÉDICAMENTS : PRINCIPAUX REPÈRES 220 (Vol. 19 (3) 2005).
8. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), UTILISATION DES MÉDICAMENTS DANS LE CADRE D'UN AVORTEMENT supra note 3, p. 1.
9. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), UTILISATION DES MÉDICAMENTS DANS LE CADRE D'UN AVORTEMENT supra note 3, p. 2.
10. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), Prise en compte des droits de l'homme comme élément clé de la réponse à la Covid-19, (21 avril 2020), disponible en anglais : <https://www.who.int/publications-detail/addressing-human-rights-as-key-to-the-covid-19-response>.
11. Voir IPAS, ACTUALITÉS CLINIQUES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE p.72 à 75 (2019).
12. Melissa Chen & Creinin, M. D. Mifepristone with Buccal Misoprostol for Medical Abortion: A Systematic Review 126 OBSTETRICS & GYNECOLOGY 12 (2015).
13. IPAS, ACTUALITÉS CLINIQUES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE 73 (2019) citant Kelly Cleland et al. Significant Adverse Events and Outcomes After Medical Abortion 121 OBSTETRICS & GYNECOLOGY 166-171 (2013); Mary Gatter et al. Efficacy and Safety of Medical Abortion Using Mifepristone and Buccal Misoprostol Through 63 Days 91 CONTRACEPTION 269-73 (2015); Philip Goldstone et al. Efficacy and Safety of Mifepristone-Buccal Misoprostol for Early Medical Abortion in an Australian Setting 57 AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY 366-371 (2017).
14. Haitham Hamoda et al. Medical Abortion at 9-13 weeks' Gestation: A Review of 1076 Consecutive Cases 71 Contraception 327-332 (2005).
15. Ipas, Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive 73 (2019).
16. Josep Carbonell et al. *Vaginal Misoprostol for Late First Trimester Abortion* 57 Contraception 329 (1998); Josep Carbonell et al. *Misoprostol for Abortion at 9-12 weeks' Gestation in Adolescents* 6 EUR. J. CONTRACEPTION AND REPRO. HEALTH CARE 39 (2001); Myriam Fekih et al. *Sublingual Misoprostol for First Trimester Termination of Pregnancy* 109 IJGO 67 (2010); Elizabeth Raymond et al. *Efficacy of Misoprostol alone for first-trimester medical abortion: A systematic review* 133 OBSTETRICS & GYNECOLOGY 137 (2019); Nikolaos Salakos et al. *First-Trimester Pregnancy Termination with 800mcg of Vaginal Misoprostol Every 12 h* 10 EUR. J. OF CONTRACEPTION & REPR. HEALTH 249 (2005); Alejandro Velazco et al., *Misoprostol for Abortion up to 9 Weeks' Gestation in Adolescents* 5 EUR. J. CONTRACEPTION AND REPRO. HEALTH CARE 227 (2000).

NOTES

17. Josep Carbonell et al. Vaginal Misoprostol for Late First Trimester Abortion 57 *Contraception* 329 (1998); Josep Carbonell et al. Misoprostol for Abortion at 9-12 weeks' Gestation in Adolescents 6 *EUR. J. CONTRACEPTION AND REPRO. HEALTH CARE* 39 (2001); Elizabeth Raymond et al. Prophylactic Compared with Therapeutic Ibuprofen Analgesia in First-Trimester Medical Abortion A Randomized Controlled Trial 122 *OBSTETRICS & GYNECOLOGY* 558 (2013); Alejandro Velazco et al., Misoprostol for Abortion up to 9 Weeks' Gestation in Adolescents 5 *EUR. J. CONTRACEPTION AND REPRO. HEALTH CARE* 227 (2000); Helena von Hertzen et al. Efficacy of two Intervals and two Routes of Administration of Misoprostol for Termination of Early Pregnancy: A Randomized Controlled Equivalence Trial 369 *LANCET* 1938 (2007).
18. GYNUITY HEALTH PROJECTS, MAP OF MISOPROSTOL APPROVALS (2015), disponible (en anglais/espagnol ou russe) : <https://gynuity.org/resources/map-of-misoprostol-approvals>; GYNUITY HEALTH PROJECTS, MAP OF MIFEPRISTONE APPROVALS (2019), disponible : <https://gynuity.org/resources/map-of-misoprostol-approvals>.
19. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), UTILISATION DES MÉDICAMENTS DANS LE CADRE D'UN AVORTEMENT 1 (2018) xi.
20. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), UTILISATION DES MÉDICAMENTS DANS LE CADRE D'UN AVORTEMENT 1 (2018) 30.
21. BASE DE DONNÉES SUR LES POLITIQUES EN MATIÈRE D'AVORTEMENT DE L'OMS (2017).
22. Voir Patty Skuster, Legal Epidemiology for Clearer Understanding of Abortion Law and its Impact, 92 *TEMP. L. REV.* 922 (2020).
23. Voir Patty Skuster, Legal Epidemiology for Clearer Understanding of Abortion Law and its Impact, 92 *TEMP. L. REV.* 922 (2020).
24. CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, LAW AND POLICY GUIDE: MEDICAL ABORTION (2019).
25. Mifeprex REMS Study Group Sixteen Years of Overregulation: Time to Unburden Mifeprex 376 *N ENGL J MED* 790-794 (2017).
26. Jonathan Lord et al. Early Medical Abortion: Best Practice now Lawful in Scotland and Wales but not available to Women in England 44 *BMJ SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH* 155-158 (2018).
27. Jonathan Lord et al. Early Medical Abortion: Best Practice now Lawful in Scotland and Wales but not available to Women in England 44 *BMJ SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH* 155-158 (2018).
28. Silvia De Zordo The Biomedicalisation of Illegal Abortion: The Double Life of Misoprostol in Brazil 23 *HISTÓRIA, CIÊNCIAS, SAÚDE – MANGUINHOS* 19-35 (2016).
29. Heidi Moseson, et al. Self-Managed Abortion: A Systematic Scoping Review 63 *BEST PRACTICE & RESEARCH CLINICAL OBSTETRICS & GYNAECOLOGY* 87 (2020).
30. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), UTILISATION DES MÉDICAMENTS DANS LE CADRE D'UN AVORTEMENT 1 (2018); ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), LIGNE DIRECTRICES CONSOLIDÉES DE L'OMS SUR LES INTERVENTIONS D'AUTOPRISE EN CHARGE EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET DROITS CONNEXES (2019), at 54.

NOTES

31. Ilana G. Dzuba et al., Medical Abortion: A Path to Safe, High-Quality Abortion Care in Latin America and the Caribbean, 18 EUR. J CONTRACEPTION & REPRODUCTIVE HEALTH CARE 441, 441–50 (2013); Rebecca Gomperts et al. Provision of Medical Abortion Using Telemedicine in Brazil, 89 CONTRACEPTION 129, 129-133 (2014); Rebecca Gomperts et al., Using Telemedicine for Termination of Pregnancy with Mifepristone and Misoprostol in Settings Where There is no Access to Safe Services, 115 BJOG 1171, 1175-8; Katharine S. Wilson et al., Misoprostol Use and its Impact on Measuring Abortion Incidence and Morbidity, in *METHODOLOGIES FOR ESTIMATING ABORTION INCIDENCE AND ABORTION-RELATED MORBIDITY: A REVIEW* 191, 191–201; Katharine Footman, et al. Assessing the Safety and Effectiveness of Medical Abortion Medications Purchased from Pharmacies: Methodological Challenges and Emerging Data. Paris: International Union for the Scientific Study of Population (working paper) (2017); Nathalie Kapp et al., A Research Agenda for Moving Early Medical Pregnancy Termination over the Counter, 124 BJOG 1646, 1646–52 (2017).
32. David Grimes, et al. Unsafe Abortion: The Preventable Pandemic 368 LANCET 1908, 1912 (2006).
33. Bela Ganatra, B, et al. Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model 390 LANCET 2372, 2373 (2017).
34. Farideh Aghaei et al. A Systematic Review of the Research Evidence on Cross-Country Features of Illegal Abortions 7 Health Promotion Perspectives 121 (2017).
35. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), LIGNE DIRECTRICES CONSOLIDÉES DE L'OMS SUR LES INTERVENTIONS D'AUTOPRISE EN CHARGE EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET DROITS CONNEXES (2019), at x.
36. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), LIGNE DIRECTRICES CONSOLIDÉES DE L'OMS SUR LES INTERVENTIONS D'AUTOPRISE EN CHARGE EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET DROITS CONNEXES (2019), at x and 4.
37. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), LIGNE DIRECTRICES CONSOLIDÉES DE L'OMS SUR LES INTERVENTIONS D'AUTOPRISE EN CHARGE EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET DROITS CONNEXES (2019), at 12.
38. CESCR Observation générale no 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative (2016), paras. 8, 35.
39. Gillian Kane et al., WHEN ABORTION IS A CRIME: THE THREAT TO VULNERABLE WOMEN IN LATIN AMERICA, IPAS (2013).
40. Gillian Kane et al., WHEN ABORTION IS A CRIME: RWANDA, IPAS (2015).
41. THE SELF-INDUCED ABORTION LEGAL TEAM. ROE'S UNFINISHED PROMISE: DE-CRIMINALIZING ABORTION ONCE AND FOR ALL. (2018).
42. GYNUITY HEALTH PROJECTS, MAP OF MISOPROSTOL APPROVALS (2015), disponible : <https://gynuity.org/resources/map-of-mifepristone-approvals>.
43. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), AVORTEMENT SÉCURISÉ : DIRECTIVES TECHNIQUES ET STRATÉGIQUES À L'INTENTION DES SYSTÈMES DE SANTÉ 35-39 (2003).
44. Report de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences concernant l'adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligées aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales, Dubravka Šimonovic, U.N. Doc A/74/137 (2019) paras. 9, 16.
45. Salim Chemlal et Russo, G. Why do They Take the Risk? A Systematic Review of the Qualitative Literature on Informal Sector Abortions in Settings Where Abortion is Legal, 19 BMC WOMEN'S HEALTH 55 (2019).

NOTES

46. GUTTMACHER INSTITUTE, *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, disponible : <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>.
47. L.C. c. Pérou, Communication No. 22/2009, UN Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011); K.L. c. Pérou, Communication No. 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, (2005); R.R. c. Pologne, No. 27617/04, Eur Ct. H.R. (2011), para. 210; P. et S. c. Pologne, No. 57375/08, Eur Ct. H.R. (2013); Tysi c c. Pologne, No. 5410/03 Eur Ct. H... (2007); Voir  galement, GUTTMACHER INSTITUTE, disponible : <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>.
48. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *AVORTEMENT (2020)*, 25 Septembre 2020, disponible : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>; OMS, *AVORTEMENT SÉCURISÉ : DIRECTIVES TECHNIQUES ET STRATÉGIQUES   L'INTENTION DES SYSTÈMES DE SANTÉ* Deuxième édition (2012), disponible : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1.
49. Voir, e.g., K.L. c. Pérou, Human Rights Committee, Communication No. 1153/2003, U.N. Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005); L.C. c. Pérou, CEDAW/CEDEF, Communication No. 22/2009, para. 8.15, U.N. Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011); CRC, Observation générale n  15 (sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible), para. 70, U.N. Doc. CRC/C/GC/15 (2013).
50. CESCR, Observation générale n  22, paras. 10, 28, U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (2016); Comité des droits de l'homme, Observation générale n  36, para. 8 U.N. Doc. CCPR/C/GC/36 (2018); Voir  galement, Comité des droits de l'homme, Observations finales : Nigeria, para. 22, U.N. Doc. CCPR/C/NGA/CO/2 (2019).; CEDAW, Observations finales : Paraguay, paras. 30, 31, U.N. Doc. CEDAW/C/PRY/CO/6 (2011).; CEDAW/CEDEF, Observations finales : Sierra Leone, para. 32(d), U.N. Doc. CEDAW/C/SLE/CO/6 (2014); CESCR, Observations finales : Argentine, para. 55, 56, U.N. Doc. E/C.12/ARG/CO/4 (2018); CEDAW, Observations finales : Paraguay, para. 31(a), U.N. Doc. CEDAW/C/PRY/CO/6 (2011); CEDAW/CEDEF, Observations finales : Chili, para. 20, U.N. Doc. CEDAW/C/CHI/CO/4 (2006); CESCR, Observations finales : Philippines, para. 31, U.N. Doc. E/C.12/PHL/CO/4 (2008).
51. CEDAW/CEDEF, Recommandation générale n  24: Article 12 de la Convention (Les femmes et la santé), (1999), para. 11 &14, U.N. Doc. A/54/38/Rev.1, chap. I.
52. CESCR, Observation générale n  22, paras. 11- 21 U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (2016).
53. Comité des Droits de l'homme, Observation générale n  36, para. 8 U.N. Doc. CCPR/C/GC/36 (2018).
54. Comité des droits de l'homme, Observation générale n  36 (Droit à la vie) para. 8, U.N. Doc. CCPR/C/GC/36 (2018); Comité des droits de l'homme, Observation générale n  28 ( galit  des droits entre hommes et femmes), paras. 10-11, U.N. Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 (2000); CESCR, Observation générale n  22 (Sur le droit à la santé sexuelle et procréative), paras. 28, 34, 40, 41, 45, 49(a), 49(e), 57, U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (2016); CEDAW/CEDEF, Recommandation générale n  24 (Les femmes et la santé), para. 14, U.N. Doc. A/54/38/Rev.1 chap. I (1999); CEDAW/CEDEF, Recommandation n  35 (Sur la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre, actualisant la Recommandation générale n  19), (2017), para. 29(c)(i), U.N. Doc. CEDAW/C/GC/35 (2017); CEDAW/CEDEF, Recommandation n  34 (Sur les droits des femmes rurales), para. 39(c), U.N. Doc. CEDAW/C/GC/34 (2016); CRC, Observation générale n  20 (Sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence), para. 60 U.N. Doc. CRC/C/GC/20 (2016); CRC, Observation générale n  15 (Sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible), paras. 31, 70, U.N. Doc. CRC/C/GC/15 (2013); Comité des droits de l'homme, Observations finales : Angola, paras. 21-22, U.N. Doc. CCPR/C/AGO/CO/2 (2019); CESCR, Observations finales : Cameroun, para. 59, U.N. Doc. E/C.12/CMR/CO/4 (2019); CEDAW/CEDEF, Observations finales : Colombie, paras. 37-38, U.N. Doc. CEDAW/C/COL/CO/R.9 (2019); CRC, Observations finales : Bahreïn, para. 38, U.N. Doc. CRC/C/BHR/CO/4-6 (2019).

NOTES

55. CESCR, Observation générale n°22, para 34, U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (2016); CESCR, Observations finales, Équateur, para 52(f), U.N. Doc. E/C.12/ECU/CO/4 (2019).
56. CEDAW/CEDEF, Résumé de l'enquête sur les Philippines (Article 8 du protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes), paras. 9, 52(v), U.N. Doc. CEDAW/C/OP.8/PHL/1 (2014).
57. CESCR, Observation générale n°14, Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (Vingt-deuxième session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), réimprimée dans, Compilation des observations et commentaires généraux adoptés par les organes des traités relatifs aux droits de l'homme, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 à 85 (2003), para 43(d).
58. CESCR, Observation générale n° 22 (2016) Sur le droit à la santé sexuelle et reproductive (article 12 du Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels), para. 12, U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (2016).
59. CESCR, Observation générale n°25 (2020) Sur la science et les droits économiques, sociaux et culturels (article 15 (1) (b), (2), (3) and (4) du Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels. 33, U.N. Doc. E/C.12/GC/25.
60. Rapport du Rapporteur spécial du Conseil des droits de l'homme, Anand Grover, Sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale, sur l'accès aux médicaments. U.N. Doc. A/HRC/23/42, para. 45 (2013).
61. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), Prise en compte des droits de l'homme comme élément clé de la réponse à la Covid-19, (21 avril 2020), disponible (en anglais) : <https://www.who.int/publications-detail/addressing-human-rights-as-key-to-the-covid-19-response>.
62. Ibid., voir également FNUAP. EXPOSÉ COVID-19 : Une optique sexospécifique, disponible : <https://www.unfpa.org/resources/covid-19-gender-lens>.
63. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), Guide opérationnel pour le maintien des services de santé essentiels dans le contexte de la pandémie de COVID-19, disponible (en anglais) : <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1279080/retrieve>, see, in particular, section 2.1.4 SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH SERVICES, p. 29. [<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1279080/retrieve>, voir, en particulier la section 2.1.4 SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE, p. 29].
64. Center for Reproductive Rights, Access to Comprehensive Sexual and Reproductive Health Care in a Human Rights Imperative During the Covid-19 Pandemic (2020); ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), Guide opérationnel pour le maintien des services de santé essentiels dans le contexte de la pandémie de COVID-19, disponible (en anglais) : <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1279080/retrieve>, voir, en particulier, section 2.1.4 SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE, p. 29.