

# Le misoprostol sur toutes les bouches : de l'autonomie en 12 comprimés

Depuis les années 1980, dans des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, notamment le Brésil, les femmes issues des secteurs populaires ont fait sur leur propre corps l'expérience de l'utilisation du misoprostol, dès sa mise en vente sur le marché officiel. Selon les récits des professionnel.le.s de la santé, les connaissances des femmes brésiliennes sur les utilisations du misoprostol comme abortif ont été transmises aux femmes paraguayennes par le bouche-à-oreille, puis, par l'intermédiaire des femmes migrantes, à celles vivant dans les quartiers pauvres de l'Argentine.

Ces données ont été recueillies au cours des recherches effectuées dans le cadre de mon mémoire de master et de mon expérience en tant que militante de la Campagne nationale pour le droit à un avortement légal, sûr et gratuit, où j'intervenais, entre autres, comme accompagnatrice d'avortements sûrs via la ligne d'accompagnement Simona. C'est donc sur la base des résultats de la recherche et de mon expérience militante, que je présente ici un essai sur les généalogies de l'utilisation abortive du misoprostol en Argentine.

## Qu'est-ce que le misoprostol ? Comment agit-il ?

Le misoprostol est une prostaglandine synthétisée qui génère des contractions dans les muscles lisses du corps, comme l'estomac, l'intestin ou le myomètre. Les prostaglandines sont naturellement présentes pendant les menstruations, les fausses couches ou l'accouchement dans le cas d'une grossesse à terme. En plus de générer des contractions, celles-ci dilatent le col de l'utérus, ce qui facilite l'expulsion. L'utilisation du misoprostol au cours du premier trimestre de la grossesse (3 doses de 800 mcg pour être exact.e.s, c'est-à-dire, 12 comprimés) génère dans l'utérus des contractions semblables à celles qui se produisent lors d'une fausse couche, expulsant le contenu de l'utérus avec une efficacité de 90%<sup>[1]</sup> Bien que les effets des prostaglandines aient été étudiés et sont connus depuis les années 60 et 70, ce n'est qu'à partir des années 80 que l'on commence à faire connaître leur utilisation abortive à l'intérieur du système de santé mais aussi en dehors<sup>[2]</sup>.

Dans des pays comme la France, les États-Unis ou la Chine, l'utilisation abortive du misoprostol va de pair avec le développement et l'approbation de la mifépristone. Ce médicament est un anti-progestérone qui inhibe la réception de l'hormone responsable de la préparation de l'utérus à une éventuelle grossesse et de son maintien en cas de grossesse (car il ralentit les contractions myométriales et garantit le maintien de l'embryon dans l'utérus). La mifépristone rompt le lien entre l'embryon et l'utérus, interrompt la grossesse et augmente la production de prostaglandines. Des études médicales indiquent que lorsqu'elle est combinée à une dose de prostaglandines synthétisées, en particulier le misoprostol, l'efficacité de l'avortement peut atteindre 98 %<sup>[3]</sup>.

Pour les pays où la mifépristone n'est pas disponible, l'OMS recommande l'utilisation du misoprostol seul. Il est prouvé qu'une plus grande disponibilité du médicament et qu'une diffusion de l'information sur son utilisation dans les centres de santé ainsi qu'en dehors l'extérieur du système sanitaire – où il peut être conseillé par les médecins professionnel.le.s mais aussi par d'autres professionnel.le.s de la santé<sup>[4]</sup> – pourrait réduire considérablement la mortalité maternelle dans les pays ayant des taux élevés de décès par complications liées à un avortement<sup>[5]</sup>.

Le médecin français qui a développé et étudié les effets de la mifépristone et de ses combinaisons avec les prostaglandines a eu l'intuition que son travail entrerait dans l'histoire. Étienne-Émile Baulieu est l'auteur d'un livre, publié en 1990, dans lequel il propose de changer le signe socialement assigné à l'avortement et de parler au lieu de « régulation menstruelle » : interrompre volontairement une grossesse par voie médicamenteuse pendant les premières semaines de gestation et induire une période de règles sont des processus semblables. Pourquoi tant de débats et d'opinions morales sur l'avortement si, sur la base de l'existence de la mifépristone et du misoprostol, nous pouvons arrêter l'effet de l'hormone qui garantit la continuité de la grossesse et/ou générer des contractions similaires à celles d'un avortement spontané ?

# L'Amérique latine, ou l'appropriation populaire d'une technologie médicale

Depuis les années 1980, dans des pays d'Amérique latine tel que le Brésil, où l'avortement ne cesse d'être punissable qu'en cas de viol ou de danger pour la vie de la femme, les femmes des secteurs populaires ont expérimenté l'utilisation du misoprostol sur leur propre corps, dès la mise en vente du médicament sur le marché officiel. Dans des tentatives désespérées de résister à la norme de la maternité obligatoire dans un contexte de clandestinité, les femmes brésiliennes ont fait ce que les femmes faisons depuis des temps immémoriaux : nous transmettre une connaissance de notre corps, forgée entre voisines, amies, en famille, de mère en fille.

La force de cette transmission du savoir est telle que les traditions populaires se superposent et, au Brésil, l'utilisation du misoprostol est combinée avec l'utilisation ancestrale d'herbes considérées comme abortives. Au cours de ces années, le recours aux techniques à risque diminue, mais des études sur l'expérience des femmes montrent la nécessité d'accroître l'accès à l'information sur l'utilisation du misoprostol pour protéger leur santé. A contre-courant, les secteurs qui se prétendent « pro-vie » ont lancé un mouvement de diffamation et le gouvernement a retiré le médicament des pharmacies, que l'on ne trouve désormais que dans les hôpitaux pour usage institutionnel, en plus du marché clandestin<sup>[6]</sup>.

En Argentine, où l'avortement est criminalisé [cet article a été écrit avant la victoire de décembre dernier], sauf en cas de viol ou de risque pour la santé de la femme enceinte, certains témoignages indiquent que le misoprostol était disponible au début des années 1990 avant d'être retiré du marché et remis en circulation vers la fin de cette décennie. Jusqu'à présent, le laboratoire Beta l'a commercialisé sous le nom d'Oxaprost® (après avoir été commercialisé pendant un certain temps également par le laboratoire Casasco, sous le nom Blokium Prost®).

Chaque comprimé contient 200 mcg de misoprostol et 50 ou 75 mg de diclofénac, selon la notice. Il est approuvé par l'Administration Nationale des Médicaments, des Aliments et de la Technologie Médicale (ANMAT) pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et est vendu sous « prescription archivée », c'est-à-dire qu'une double prescription est nécessaire pour suivre sa vente, comme c'est le cas des produits psychopharmaceutiques. Ce n'est qu'en juillet 2018 qu'ANMAT a approuvé un autre laboratoire, le Laboratorio Domínguez S.A., pour une nouvelle présentation du misoprostol en tant que mono-médicament (sans diclofénac) en doses de 200 mcg, sous le nom MISOP 200. Cette présentation nécessite également une recette archivée mais a fait baisser le prix du marché de 25%.

Les récits des professionnels de la santé et des militantes féministes, pionnières dans la diffusion de l'utilisation du misoprostol, indiquent que les connaissances et les expériences des femmes, des médecins et du féminisme national et international se conjuguent pour forger le panorama que nous connaissons aujourd'hui. Certains médecins ont commencé à écouter leurs patientes pour mieux comprendre la situation : les femmes leur parlent d'une pilule qui les fait avorter, tandis que l'utilisation du misoprostol à faible dose pour provoquer l'accouchement est de plus en plus répandue dans les gardes hospitalières.

D'autres professionnel.le.s, en raison de leur proximité avec des espaces féministes, connaissent le médicament et ses indications. Les femmes se partagent leurs savoirs et conseillent l'utilisation du misoprostol, créant un réseau souterrain de résistance à la solitude de l'avortement clandestin et dangereux, et trouvent de plus en plus d'allié.e.s chez les professionnel.le.s de la santé et les militantes féministes qui systématisent, échangent et forgent des connaissances et des modèles d'intervention pour sauver et améliorer des vies.

Depuis 2001, l'Uruguay a mis en œuvre le modèle de « Réduction des risques et des préjudices liés aux avortements pratiqués dans des conditions dangereuses » qui propose – tandis que l'avortement était encore criminalisé dans ce pays dans la majorité des cas – une intervention du système de santé avant et après l'avortement, par le biais d'échographies et de contrôles préliminaires et postérieurs, et en fournissant des informations sur le recours au misoprostol<sup>[7]</sup>.

En même temps, le féminisme, fidèle à ses traditions, partage, transnationalise et adapte des connaissances et des expériences qui complètent mais aussi questionnent le modèle du système de santé. Grâce au soutien et à la promotion de l'ONG néerlandaise Woman on Waves, plusieurs lignes téléphoniques sont en cours de développement en Amérique latine pour fournir des informations sur l'avortement avec pilules. En Argentine, les lesbiennes et les féministes pour la dépénalisation de l'avortement, avec Veronica Marzano en tête, sont pionnières dans ce domaine : elles ont lancé la ligne téléphonique « Plus d'informations, moins de risques » en 2009.

Au cours de ces années, la Campagne nationale pour le droit à un avortement légal, sûr et gratuit a milité en faveur de la légalisation et de la dépénalisation normative et sociale de l'avortement, et a produit des dépliants qui diffusent l'utilisation du misoprostol. L'information a commencé à circuler parmi les féministes. Mais le lancement de la Ligne a marqué un tournant dans la propagation du misoprostol à l'intérieur et à l'extérieur du mouvement féministe pour deux raisons.

D'une part, parce que les présentations et les diffusions de leurs premiers rapports ont démontré que le partage d'informations sur l'avortement parmi les femmes et les lesbiennes, dans le cadre légal et normatif existant à l'époque en Argentine, était non seulement légal mais aussi possible et efficace. D'autre part, parce que le manuel *Comment avorter avec des pilules* a été diffusé lors des Rencontres Nationales des Femmes – où les différents espaces du mouvement féministe, des femmes et de la diversité ont convergé depuis 33 ans – puis diffusé dans tout le pays en format papier et virtuel.

Aujourd'hui, le panorama de l'accès à l'avortement en Argentine semble plus encourageant, mais des progrès sont en voie de stagnation si nous ne garantissons pas un meilleur accès à des avortements sûrs pour les femmes et les personnes ayant la capacité de gestation. En moins de dix ans, le système de santé est passé du « centre de conseil en réduction des risques » à la garantie de l'accès à l'avortement légal, en intégrant dans certaines juridictions la délivrance du médicament et dans d'autres la délivrance de l'ordonnance, sur la base des progrès réalisés grâce à l'arrêt F.A.L.[\[8\]](#) et au protocole pour l'interruption légale de grossesse (ILE).

Le protocole sur l'avortement du Ministère national de la santé stipule que l'accès à l'avortement doit être régi par les principes d'autonomie, d'accessibilité, de non-judiciarisation, de confidentialité, de vie privée, de rapidité et de transparence active. Le texte précise que le risque pour la santé (physique, mental-émotionnel et social) ne doit pas dépasser un certain degré et qu'aucune maladie ne doit avoir été constatée. L'impact potentiel sur la santé est suffisant, et c'est à la personne qui demande l'interruption légale de grossesse de décider du type de danger qu'elle est prête à courir[\[9\]](#).

Dans certains établissements publics et cabinets privés, les femmes peuvent avoir accès à un avortement légal en vertu de ces principes, avec choix de la méthode d'avortement : administration de misoprostol ou accès à l'aspiration endo-utérine manuelle (A.M.E.U.) pendant le premier trimestre, ou bien hospitalisation et utilisation du misoprostol pendant le deuxième trimestre. Mais l'accès à l'avortement et le choix des méthodes d'avortement sont profondément inégaux selon les juridictions, les provinces, les institutions et même selon les professionnels en service.

En même temps, au sein du mouvement féministe, le misoprostol est la base à partir de laquelle les militantes de tout le pays obtenons et politisons nos propres avortements, tout en exigeant un avortement légal, sûr, gratuit et décriminalisé dans le débat public et au Congrès national. Le Réseau de Secouristes (Red de Socorristas) ne cesse de croître, de même que se multiplient les centres de conseil dans les mouvements populaires. Entre 2014 et 2019, Secouristes en Réseau (Socorristas en Red) a accompagné 38.116 avortements réussis dans tout le pays.

Ces accompagnements ont été possibles car le misoprostol était disponible en pharmacie, mais son prix ces dernières années a connu une augmentation significative. En 2014, la boîte de 16 comprimés d'Oxaprost faisait partie du programme de régulation des prix « Tarifs gardés » (Precios Cuidados) de l'État, d'une valeur suggérée de 452 \$, l'équivalent de 56 dollars. En février 2019, la boîte d'Oxaprost avait une valeur approximative de 4 000 \$, soit 105 dollars, doublant son prix international et d'une valeur huit fois supérieure en monnaie locale. La disponibilité du Misop 200 n'a que partiellement amélioré cette situation.

Contrairement à l'Oxaprost contenant du diclofénac, Misop 200 peut être utilisé par voie sublinguale ou vaginale – les voies recommandées pour un avortement provoqué – sans contre-indications. Cependant, bien que sa présentation de 12 comprimés soit 25 % inférieure à celle d'Oxaprost (3 000 \$), elle représente quand même un coût très élevé pour assurer l'accessibilité. Les principaux avantages de la nouvelle présentation du médicament sont sa présentation sous forme de mono-médicament (sans diclofénac), pour usage vaginal, et son autorisation pour usage institutionnel, réduisant le coût d'achat pour les centres de santé et les hôpitaux pour les interruptions légales de grossesse.

L'autorisation de cette nouvelle présentation du médicament a été rendue possible grâce à la demande formelle de Laboratorio Domínguez S.A., mais aussi parce que plusieurs organisations de la société civile ont soumis des demandes et demandé des rencontres avec l'ANMAT pour faire pression à cet égard. Dans le même ordre d'idées, il est nécessaire qu'au sein du mouvement féministe, nous commençons à parler et à exiger la disponibilité de la mifépristone en Argentine. La mifépristone et le misoprostol font partie de la liste des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la santé parce qu'ils sauvent la vie et la santé des personnes, et ceux d'entre

nous qui ont recours à l'avortement en Argentine avons le droit, dans le cadre juridique actuel, d'accéder aux meilleures technologies disponibles pour interrompre une grossesse [\[10\]](#).

L'alliance entre médecins et militantes féministes pour exiger l'avortement légal n'est pas nouvelle. C'était la clé de la légitimation de l'avortement dans le débat public dans de nombreux pays européens, où l'avortement est légal depuis plus de 40 ans. La différence, c'est qu'aujourd'hui, en Amérique latine, nous avons des médicaments abortifs et toutes les preuves de leur utilisation et les réseaux féministes forgent une réalité qui ne peut être inversée.

Nous savons également que dans de nombreux pays, la légalisation de l'avortement a donné à la communauté médicale le monopole des pratiques, ce qui a amené les femmes qui se trouvent en dehors de certaines périodes de gestation ou de certains droits – comme les femmes migrantes – à continuer à recourir à des pratiques clandestines et à être criminalisées, tout en médicalisant une pratique de plus en plus manifeste. On sait à présent qu'elle peut se faire depuis le domicile, efficacement et sans danger, en particulier durant le premier trimestre de la grossesse mais aussi pendant le deuxième trimestre, et ce presque sans avoir recours au système de santé [\[11\]](#).

Celles et ceux d'entre nous qui conseillons aux femmes et aux personnes enceintes d'interrompre une grossesse en toute sécurité le savent bien : il n'y a pas de meilleure méthode qu'une autre, il n'y a pas de moyen unique d'avorter. Chaque expérience mêle des émotions corporalisées à des trajectoires et des biographies uniques. Nous les féministes, nous voulons changer le signe socialement attribué à l'avortement parce que nous savons que l'avortement, contrairement à la stigmatisation et aux mythes qui circulent, n'est pas un événement traumatisant. Le « traumatisme » possible dans les pays où l'avortement est criminalisé vient de la clandestinité et du tabou social, de la peur et de l'exposition de son propre corps aux risques et à l'inconnu.

Pour que ce ne soit pas le cas, pour que cette expérience puisse être vécue de la meilleure façon possible, chaque personne devrait pouvoir choisir comment, où et avec qui elle peut le pratiquer. Celles et ceux d'entre nous qui faisons des recherches et intervenons dans le domaine de l'interruption légale de grossesse, espérons que les professionnel.le.s de la santé connaîtront et appliqueront les techniques chirurgicales recommandées pour l'avortement au premier et au deuxième trimestre. Mais nous avons aussi besoin d'une plus grande disponibilité et accessibilité des médicaments abortifs, à l'intérieur et en dehors du système de santé, pour continuer à modifier les modes d'avortement aujourd'hui, pour insister sur un avortement légal axé sur l'autonomie des femmes et des personnes ayant la capacité de gestation.

Parce que lorsque nous demandons la décriminalisation et la légalisation de l'avortement, nous le faisons parce que la base est une santé publique et une justice sociale féministes, mais aussi parce que nous, les femmes, ne voulons plus être des citoyen.ne.s de seconde classe, sans accès à une citoyenneté effective, en qui on ne fait pas confiance à l'heure de prendre nos propres décisions éthiques. Tant qu'il n'y aura pas d'avortement légal, les femmes continueront d'être considérées comme des citoyennes de seconde classe, avec un rôle social subordonné, ayant pour seul destin la gestation et la maternité. Exiger la dépénalisation et la légalisation de l'avortement, c'est exiger avant tout le respect de notre droit à la pleine autonomie, à tous les pouvoirs existants, y compris l'hégémonie biomédicale. L'expérience des pays où l'avortement est légal depuis des décennies – comme la plupart des États européens – nous apprend que l'avortement devient une pratique médicale nécessairement réglementée par le système de santé et, par conséquent, médicalisée.

D'autre part, dans le contexte actuel des luttes pour l'avortement légal en Amérique latine et particulièrement en Argentine, où l'avortement légal est le cheval de bataille d'un féminisme qui remet tout en question, nous nous demandons comment nous voulons avorter et nous répondons que nous voulons pouvoir choisir comment, où et avec qui le faire. Par conséquent, si nous voulons parler d'avortement légal, nous devons parler d'avortement médicamenteux, si nous parlons d'avortement médicamenteux, nous devons parler d'avortement légal, sûr, gratuit et décriminalisé pour tou.te.s.

## Notes

[\[1\]](#) Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2e éd. OMS: Montevideo, 2012.

[\[2\]](#) Baulieu, E.E. *Génération pilule*. Odile Jacob: Paris, 1990.

- [3] OMS, *Ibid.*
- [4] Skuster, P. *Who can provide abortion care? Considerations for law and policy makers.* Chapel Hill, NC: Ipas, 2015.
- [5] Harper, C., Blanchard, K., Grossman, D., Henderson, J. & Darney, P. Reducing maternal mortality due to elective abortion: Potential impact of misoprostol in low-resource settings. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics.* 98. 66-9. 2007. Labandera, A., Gorgoroso, M. & Briozzo, L. Implementation of the risk and harm reduction strategy against unsafe abortion in Uruguay: From a university hospital to the entire country. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134: S7–S11. 2016.
- [6] Diniz, D. & Medeiros, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.7 [cité 2018-02-14], pp.1671-1681. Arilha, M.M. Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.7 [cité 2018-02-14], pp.1785-1794. Barbosa R.M. & Arilha M.A. A experiência brasileira com o Cytotec. *Estud Fem* 1993;1(2):408-417. Artigo apresentado em 24/03/2010.
- [7] Briozzo, L. *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo.* Sindicato madico del Uruguay: Montevideo, 2002.
- [8] Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina. F. 259. XLVI. F., A. L. s/Medida autosatisfactiva. Buenos Aires, 13 mai 2012.
- [9] Ministerio de salud de la Nación. *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo.* Buenos Aires: Ministerio de salud de la Nación, 2015.
- [10] Organización Mundial de la Salud. *Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.* 15ª lista. Mai de 2007.
- [11] Drovetta, R. I. Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women’s access to safe abortions in Latin America. *Reproductive Health Matters* 23(45), 2015. Zurbriggen, Ruth et al. Accompaniment of second-trimester abortions: the model of the feminist Socorrista network of Argentina. *Contraception*, Volume 97, Issue 2, 108 – 115. Ngo, Thoai D et al. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bull World Health Organ* [online]. 2011, vol. 89, n. 5, pp. 360-370.