

ÉNONCÉ DE PRINCIPE SUR L'INTERRUPTION DE GROSSESSE PRATIQUEE PAR LES SAGES-FEMMES

ÉNONCÉ

L'accès à une l'interruption de grossesse (IG) sécuritaire et légale est un droit fondamental¹ et la pratique de l'IG et le suivi post-IG font partie du rôle des sages-femmes au Canada.

Le sexisme, le colonialisme, la pauvreté, le racisme, le capacitisme, l'hétérosexisme et le cissexisme créent des inégalités d'accès à l'IG au Canada². Le manque d'accès en zones rurales, les barrières linguistiques et la perception du risque par les professionnels réduisent également l'accès rapide à l'IG³⁻⁵.

L'Association canadienne des sages-femmes (ACSF) soutient les sages-femmes canadiennes qui offrent déjà l'IG et des soins post-IG de même que celles qui travaillent à intégrer ces soins dans leur pratique^{6,7}; elle appelle les sages-femmes et tous les professionnels en santé reproductive à travailler pour assurer l'accès à l'IG au Canada.

CONTEXTE

Une proportion importante de la population en mesure de procréer au Canada aura recours à l'IG au cours de sa vie². Il est prouvé que l'accès légal et abordable à l'IG pratiquée par des professionnels de la santé qualifiés élimine pratiquement la mortalité et la morbidité qui y sont associées⁸⁻¹². Les sages-femmes autochtones, tant au Canada qu'ailleurs dans le monde, détiennent depuis longtemps les connaissances et les moyens de pratiquer l'IG en tenant compte des besoins, du contexte et des pratiques de leurs communautés¹³. La Confédération internationale des sages-femmes (ICM) inclut l'IG dans sa définition du champ d'exercice des sages-femmes. Des sages femmes du monde entier pratiquent l'IG et offrent des soins post-IG^{14,15}. Le modèle canadien de pratique, le champ d'exercice de la profession ainsi que la formation des sages-femmes sont parfaitement adaptés pour favoriser un meilleur accès à l'IG.

PRINCIPES

Les principes suivants visent à favoriser l'expansion et l'amélioration de l'accès à l'IG grâce à l'intégration des sages-femmes à la prestation des services.

- L'interruption de grossesse est un élément normal des soins de santé sexuelle et reproductive.
- Les soins de santé sexuelle et reproductive font partie des soins prodigués par les sages-femmes.
- Toute personne a droit à des services de proximité en cas d'IG qui tiennent compte de la réalité culturelle, et ce, peu importe la race, le lieu de résidence, l'assurance maladie ou le statut d'immigration. Ce droit est particulièrement important pour les groupes de personnes qui portent un bagage culturel et générationnel de stérilisation forcée et de prise en charge d'enfants, dont les Autochtones, les Noirs, les personnes utilisatrices de drogues, les personnes vivant avec des handicaps ou des problèmes de santé mentale et les personnes 2SLGBTQI.
- Toute personne doit avoir accès à des renseignements à jour sur les pratiques fondées sur des données probantes et pouvoir choisir le lieu et le type d'IG qu'elle préfère, y compris à domicile¹⁶.
- L'accès à une IG précoce rend le processus plus sûr et moins cher. L'ajout des sages-femmes au bassin de professionnels offrant l'IG améliorera l'accès à l'IG médicamenteuse et réduira le nombre d'IG chirurgicale^{17,18}.
- La pratique de l'IG par les sages-femmes fait partie de la continuité des soins. De nombreuses personnes qui ont recours à une IG ont déjà accouché par le passé; les personnes qui ont été suivies par des sages-femmes pourraient préférer retourner voir leur sage-femme pour une IG¹⁹.

RECOMMANDATIONS

L'ACSF fait les recommandations suivantes :

- Le champ d'exercice des sages-femmes inclut la gestion de toutes les formes d'IG, qu'elle soit spontanée, incomplète, manquée ou thérapeutique. Les obstacles réglementaires et financiers existants doivent être supprimés et les sages-femmes doivent avoir accès à tous les moyens et à toute la formation nécessaires pour pouvoir offrir l'IG.
- Les associations de sages-femmes et les intervenants du milieu, y compris les gouvernements, les programmes de formation, la clientèle et les organismes de réglementation, doivent plaider pour que les sages-femmes puissent offrir l'IG.
- La pharmacopée que les sages-femmes peuvent prescrire doit inclure les médicaments pour provoquer l'IG et mettre fin à la grossesse.
- Les sages-femmes doivent avoir la capacité et la formation nécessaires pour offrir l'IG procédurale, au besoin.
- Les sages-femmes doivent travailler avec les autres professionnels de la santé afin d'accroître et d'assurer l'accès à l'IG dans leur collectivité.
- Les programmes d'enseignement de la profession de sage-femme doivent inclure la gestion des avortements spontanés et l'IG dans le curriculum régulier de formation.
- Les gouvernements doivent financer et rémunérer la pratique de l'IG par les sages-femmes, y compris pour la clientèle non assurée.
- Les sages-femmes doivent offrir l'IG à domicile et dans la communauté, si possible, pour les personnes qui le choisissent.

RÉFÉRENCES

1. Office of High Commissioner for Human Rights. International Safe Abortion Day- Friday 28 September 2018. Geneva: United Nations; 2018. Disponible ici: <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23644>
2. Shaw D, Norman W. When there are no abortion laws: A case study of Canada. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2020 62:49-62. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31281015/>
3. Norman W V, Soon JA, Maughn N, Dressler J. Barriers to Rural Induced Abortion Services in Canada: Findings of the British Columbia Abortion Providers Survey (BCAPS). PLoS One. 2013 8(6): e67023. Disponible ici: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067023>
4. Sethna C, Doull M. Far from Home? A pilot study tracking women's journeys to a Canadian abortion clinic. J Obstet Gynaecol Can. 2007 29(8): 640-647. Disponible ici: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17714617/>
5. Norman WV, Guilbert ER, Okpaleke C, Hayden AS, Lichtenberg ES, Paul M et al. Abortion health services in Canada: results of a 2012 national survey. Can Fam Physician. 2016 62(4):e209-17. Disponible ici: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28192276/>
6. Handa M, Rosenberg S. Ontario Midwives' Attitudes About Abortion and Abortion Provision. Canadian Journal of Midwifery Research and Practice. 2016 1(15):8-35. Disponible ici: <https://www.cjmrp.com/articles/volume-15-2016/ontario-midwives-attitudes-about-abortion-and-abortion-provision>
7. Contraception and Abortion Research Team. Planning Canada's Midwifery Abortion Implementation Study. Vancouver: University of British Columbia.; 2018 Disponible ici: <https://med-fom-cart-grac.sites.olt.ubc.ca/files/2018/07/Planning-Canadas-Midwifery-FINAL.pdf>
8. World Health Organization. Preventing unsafe abortion. World Health Organization. November 25, 2021. Disponible ici: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

9. Haddad L B, Nour N M. Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality. Reviews in Obstetrics and Gynecology. 2009 2:122-126. Disponible ici: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2709326/>
10. Raymond, E G, Grossman D, Weaver M A, Toti S, Winikoff B. Mortality of induced abortion, other outpatient surgical procedures and common activities in the United States. Contraception. 2014 90(5): 476-479. Disponible ici: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25152259/>
11. Schummers L, Darling E K, Dunn S, McGrail K, Gayowsky A, Law M R, et al. Abortion Safety and Use with Normally Prescribed Mifepristone in Canada. N Engl J Med. 2022 386(1):57-67. Disponible ici: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34879191/>
12. Raymond E G, Grimes D A. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. Obstet Gynecol. 2012 119(2 Pt 1): 215-219. Disponible ici: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22270271/>
13. Anderson, K. Life Stages and Native Women: Memory, Teachings, and Story Medicine. Winnipeg : University of Manitoba Press; 2011.
14. Fullerton J, Butler M M, Aman C, Reid T, Dowler M. Abortion-related care and the role of the midwife: a global perspective. Int J Womens Health. 2018 10:751-762. Disponible ici: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6260173/>
15. Tillman S, Levi A J. Midwives in Abortion Care: A Call to Action. J Midwifery Womens Health. 2020 65(2):195-198. Disponible ici: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31710170/>
16. Ngo T D, Park M H, Shakur H, Free C. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. Bull World Health Organ. 2011 89(5) 2011:360-370. Disponible ici: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21556304/>
17. Costescu D, Guilbert E, Bernardin J, Black A, Dunn S, Fitzsimmons B et al. Avortement médical. J Obstet Gynaecol Can. 2016 38(4):366-389. Disponible ici: [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)39086-7/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)39086-7/fulltext)
18. Costescu D, Guilbert É. No. 360- Avortement provoqué: avortement chirurgical et méthodes médicales au deuxième trimestre. J Obstet Gynaecol Can. 2018 40(6): 750-783. Disponible ici: [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(18\)30368-2/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(18)30368-2/fulltext)
19. Institut canadien d'information sur la santé. Avortements provoqués déclarés au Canada en 2018 (mise à jour). Ottawa, ON : CIHI; 2019/2020. Disponible ici : <https://www.cihi.ca/fr/avortements-provoques-declares-au-canada-en-2018>