



CAM ACSF

Midwives for everyone, everywhere
Des sages-femmes pour tous, partout

STRATÉGIE NATIONALE SUR LA PRESTATION DE SOINS LIÉS À L'INTERRUPTION DE GROSSESSE PAR DES SAGES-FEMMES





Copyright © 2024 Association canadienne des sages-femmes

Publié par
Association canadienne des sages-femmes
2330, rue Notre-Dame O., Bureau 300
Montréal, Québec
H3J 1N4 Canada
www.canadianmidwives.org

Pour citer ce document : Association canadienne des sages-femmes. Stratégie nationale sur la prestation de soins liés à l'interruption de grossesse par des sages-femmes. Montréal : ACSF; 2024.

Le siège social de l'Association canadienne des sages-femmes (ACSF) se trouve sur le territoire traditionnel et non cédé de la Nation Kanien'kehá:ka Nation, membre de la confédération Haudenosaunee. Nous reconnaissons la Nation Kanien'kehá:ka comme gardienne des terres et des eaux de Tiohtiá:ke (Montréal), longtemps un lieu de rassemblement pour diverses Premières Nations, notamment les Algonquins-Anishinaabe, les Atikamekw et les Hurons-Wendat.

Nous reconnaissons la violence causée par la colonisation et nous nous engageons à apprendre et à œuvrer en faveur de la réconciliation par des relations bilatérales, respectueuses et collaboratives avec les communautés et les organismes autochtones.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à toutes les sages-femmes qui ont participé aux entretiens, aux discussions de groupe et à d'autres séances de discussion guidée. Merci d'avoir pris le temps et l'espace nécessaires pour partager avec nous vos témoignages, vos points de vue et vos expériences de la prestation de soins liés à l'interruption de grossesse. Vos voix et vos témoignages ont joué un rôle central dans la préparation de cette *Stratégie nationale sur la prestation de soins liés à l'interruption de grossesse par des sages-femmes*.

Nous aimerions également remercier le Comité directeur du projet pour son engagement à intégrer les soins liés à l'interruption de grossesse prodigués par des sages-femmes au Canada. Nous vous remercions pour votre expertise technique, vos conseils et votre engagement sans faille tout au long de ce projet. Votre contribution inestimable a joué un rôle essentiel dans la trajectoire et les résultats du projet.

Vos efforts collectifs ont non seulement enrichi la teneur de notre travail, mais ils ont aussi préparé le terrain pour rendre le secteur des soins de santé sexuelle et reproductive plus complet et plus accessible au Canada.

Le Projet d'accès CART-GRAC a été financé par le Fonds pour la santé sexuelle et reproductive de Santé Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Contribution financière :



Santé
Canada

Health
Canada

OBJECTIFS

La *Stratégie nationale sur la prestation de soins liés à l'interruption de grossesse par des sages-femmes au Canada* a été élaborée par l'Association canadienne des sages-femmes (ACSF) pour servir d'outil de plaidoyer fondé sur des données probantes aux associations de sages-femmes, aux sages-femmes, aux ordres professionnels, aux programmes d'enseignement de la profession et aux professionnel-le-s de la santé partenaires afin de revendiquer des changements.

Nous avons recueilli des témoignages de sages-femmes exerçant partout au Canada afin de mieux comprendre les besoins des collectivités en matière de soins de santé sexuelle et reproductive et les besoins des sages-femmes en tant que professionnel-le-s de la santé. Des revues de littérature, une analyse juridictionnelle et la participation des membres ont également contribué à l'élaboration de la stratégie nationale.

À l'heure actuelle, les systèmes de santé au Canada ne répondent pas aux besoins des femmes et des personnes trans et non binaires en matière de soins de santé sexuelle et reproductive. Beaucoup se heurtent encore à d'importants obstacles qui les empêchent d'obtenir des soins liés à l'interruption de grossesse (IG) qui sont culturellement sécurisants, adéquats et dispensés en temps opportun.

Nous estimons que les sages-femmes sont une composante fondamentale d'un mouvement plus large visant à atteindre la justice reproductive. Nous plaidons pour une intégration des sages-femmes en tant que prestataires de soins liés à l'IG dans toutes les provinces et tous les territoires, et nous pensons que cela nous permettra de tendre un peu plus vers la justice reproductive au Canada.

L'INTERRUPTION DE GROSSESSE EST UN SOIN DE SANTÉ

L'Association canadienne des sages-femmes (ACSF) estime que les soins liés à l'IG sont une composante essentielle et fondamentale des soins de santé, et elle appuie la déclaration de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) selon laquelle « le manque d'accès à des soins d'avortement sécurisés, en temps opportun, à un coût abordable et respectueux constitue un problème majeur de santé publique et une question de droits humains¹. »

Les soins complets liés à l'IG comprennent le partage d'informations, le counseling, la prise en charge de l'IG et les soins post-IG. Ce sont des soins que les sages-femmes dispensent partout au monde, comme l'affirme l'International Confederation of Midwives (ICM)¹⁻³. Le document Compétences canadiennes pour les sages-femmes du Conseil canadien des ordres de sages-femmes (CCOSF) stipule également que les sages-femmes peuvent offrir des conseils en matière d'avortement et des services connexes, en reconnaissant que la réglementation varie selon l'autorité compétente⁴. Le terme « soins liés à l'interruption de grossesse » s'applique aussi bien aux grossesses planifiées^{1*} qu'aux grossesses non planifiées et comprend les soins relatifs aux éléments suivants⁵ :

- › perte de grossesse précoce (fausse couche, avortement spontané et avortement manqué);

- › interruption de grossesse provoquée (interruption de grossesse par médicaments ou par procédure);
- › interruption de grossesse incomplète (passage incomplet des produits de la conception); et
- › mort fœtale¹.

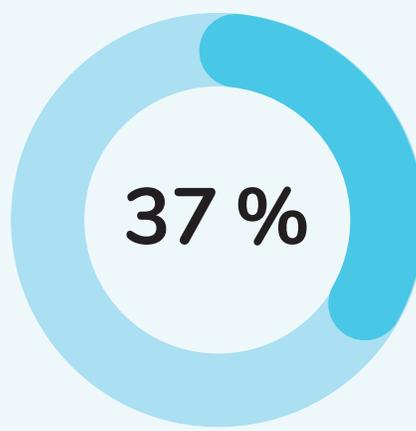
Le recours à l'IG fait partie des soins entourant la grossesse. Par exemple, les pertes de grossesse précoces concernent 15 à 25 % de toutes les grossesses au Canada⁶. Les grossesses ectopiques concernent environ 1 à 2 % de toutes les grossesses confirmées, et le taux de mort fœtale (mortinaissance) en 2022 était de 8,9 pour 1 000 naissances totales au Canada^{6,7}.

^{1*} Plusieurs termes sont actuellement utilisés en lien avec l'interruption de grossesse (IG). Par exemple, certaines expressions sont employées pour associer l'intention et la grossesse⁵. Nous estimons que les soins liés à l'IG peuvent être nécessaires pour toutes les grossesses, et pas seulement pour les grossesses non planifiées. Beaucoup de grossesses non planifiées ne se terminent pas par une IG, et beaucoup de personnes choisissent l'IG pour une grossesse planifiée.

Par ailleurs, les termes *interruption volontaire de grossesse (IVG)* et *avortement* sont couramment utilisés. Plusieurs expressions sont également utilisées pour décrire la méthode employée lorsque l'IG est provoquée. Quand l'IG utilise des médicaments pour la provoquer, on utilise souvent *médical*, *médicamenteux* ou *par médicaments* pour la qualifier. Lorsque l'IG utilise une intervention, *chirurgical* ou *par instruments* sont fréquemment utilisés pour la décrire. Dans ce document, suite à la consultation d'expert.e.s, nous avons choisi d'employer surtout l'expression *interruption de grossesse (IG)* pour décrire l'arrêt d'une grossesse, que ceci soit planifié ou non planifié. Nous avons conservé le mot *avortement* lorsque celui-ci était utilisé par la référence citée. En outre, nous avons choisi de privilégier les expressions *IG par médicaments* (au lieu de *IG médical, médicamenteux ou par médicaments*) et *IG par procédure* (au lieu de *chirurgical ou par instruments*).



De 2015 à 2019, 46 % de toutes les grossesses au Canada étaient non planifiées.



De ces grossesses non planifiées de 2015 à 2019, 37 % se sont terminées par une interruption de grossesse.

Guttmacher Institute. Unintended pregnancy and abortion in Northern America. Washington: Guttmacher Institute: 2022.

L'IG (par procédure et par médicaments) est légale au Canada et prise en charge par les régimes provinciaux, territoriaux et fédéraux d'assurance maladie pour les citoyen-ne-s et les résident-e-s permanent-e-s⁸. En revanche, beaucoup de personnes vivant au Canada ne bénéficient pas d'une prise en charge des frais d'IG (par exemple, les étudiant-e-s internationaux-ales, les migrant-e-s et les personnes sans papiers)^{9, 10}.

Au Canada, le taux de grossesses non planifiées a augmenté de 22 % entre 1990-1994 et 2015-2019¹¹. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, en 2021, un total de 87 595 IG provoquées ont été signalées au Canada¹². De ce nombre, 63 % (55 214) étaient des IG par procédure et 37 % (32 210), des IG par médicaments¹². La majorité des soins liés à l'IG au Canada sont dispensés par des médecins¹³, ce qui reflète les barrières réglementaires et financières actuelles qui empêchent d'autres types de professionnel-le-s de la santé de prodiguer ces soins.

Pour garantir un accès équitable aux soins de santé sexuelle et reproductive au Canada, il est essentiel d'améliorer la manière dont les soins liés à l'IG sont dispensés. Bien que les services d'IG soient considérés comme médicalement nécessaires en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*¹⁴, il subsiste d'importantes inégalités d'accès sur les plans géographique et social, en particulier pour les personnes qui rencontrent déjà le plus d'obstacles dans l'accès aux soins. À titre d'exemple, les femmes autochtones et les personnes 2ELGBTQI+ sont particulièrement affectées, notamment sur le plan logistique (distances importantes) ou en raison de mauvais traitements infligés par des professionnel-le-s de la santé en milieu médical, de stigmatisation dans la société ou la communauté et d'un manque de soins de suivi adéquats^{15, 16}.

Les soins liés à l'IG ne sont pas répartis uniformément au Canada, étant concentrés dans les grands centres urbains et le long de la frontière avec les États-Unis. Dans certaines provinces et certains territoires, les services ne sont disponibles que jusqu'à 12 semaines de grossesse^{17, 18}. Cette situation oblige de nombreuses personnes à quitter leur région et à faire plusieurs heures de route ou d'avion, à prendre des congés supplémentaires, à faire garder leurs enfants et à porter un lourd fardeau financier pour obtenir les soins de santé nécessaires^{17, 19}.

Les sages-femmes possèdent les aptitudes, les connaissances et les compétences requises pour fournir des soins liés à l'IG au Canada. Par ailleurs, le Modèle canadien de la pratique sage-femme²⁰, leur champ d'activités et leur formation sont uniques parmi les autres professions de la santé, et leur approche et leur philosophie font des sages-femmes des professionnel-le-s de la santé idéales et idéaux pour favoriser un accès équitable à l'IG². Comme l'a souligné Action Canada pour la santé et les droits sexuels dans un récent document de politique sur l'amélioration de l'accès à l'avortement grâce aux soins dispensés par les sages-femmes, ces dernières sont bien positionnées pour plusieurs raisons :

- › elles prennent déjà en charge des pertes de grossesse non compliquées, un processus cliniquement semblable à l'avortement médical (par médicaments);

- › elles collaborent avec les prestataires de soins de santé d'autres secteurs pour offrir des soins centrés sur la personne;
- › elles peuvent offrir un counseling de qualité avant et après l'avortement; et
- › les soins d'avortement s'inscrivent dans la philosophie de la profession, prônant notamment la continuité des soins, le choix éclairé et les soins centrés sur la personne²¹.

Les sages-femmes offrent également du soutien dans les situations d'IG complexes, notamment pour les personnes méfiantes à l'égard de la médecine.

Bien que les sages-femmes soient un élément essentiel pour améliorer l'accès aux soins liés à l'IG, des barrières réglementaires, dont leur pouvoir de prescription, et des obstacles financiers limitent actuellement leur capacité à fournir ces soins²². Cette stratégie nationale se veut un guide pour aider les décisionnaires des systèmes de santé provinciaux et territoriaux à élaborer des politiques qui intègrent pleinement les sages-femmes à titre de prestataires de soins liés à l'IG.

JUSTICE REPRODUCTIVE

La justice reproductive est un mouvement social et un cadre contemporain intersectionnel de revendication^{23, 24}. Le cadre de la justice reproductive a émergé dans les années 1990 en s'appuyant sur le travail de plaidoyer des femmes de couleur et des organismes communautaires en santé aux États-Unis²⁵. Le SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective est un réseau du Sud des États-Unis qui s'intéresse aux politiques et aux systèmes qui ont une incidence sur la vie reproductive des personnes qui se heurtent à des obstacles systémiques et courants aux soins²⁵. Le mouvement reconnaît que l'accès inéquitable aux soins liés à l'IG n'est que l'une des manifestations des inégalités en matière de soins de santé. Le travail de justice reproductive inclut l'affirmation des droits aux

soins et les appels à l'action pour améliorer l'accès de toutes et tous à des soins de santé sexuelle et reproductive complets, ce qui comprend la contraception, une éducation sexuelle complète, du counseling sur les options disponibles, la reconnaissance de la violence familiale et l'intervention, et les soins périnataux²⁵.

La justice reproductive combine les mouvements politiques en faveur des droits reproductifs et de la justice sociale²⁴. Le mouvement pour la justice reproductive est régi par quatre principes fondamentaux.

“ **Le droit fondamental de disposer de son corps et de contrôler son avenir**
Le droit fondamental d'avoir des enfants
Le droit fondamental de ne pas avoir d'enfants, et
Le droit fondamental d'élever les enfants que nous avons au sein de collectivités sûres et viables. ”

(traduit de Visioning New Futures for Reproductive Justice Declaration, SisterSong, 2023)

OPPRESSION REPRODUCTIVE

Pour se rapprocher de la justice reproductive, il faut d'abord reconnaître les violences passées et actuelles infligées aux corps reproductifs des femmes et des personnes trans et non binaires²⁴.

Les cas d'oppression reproductive au Canada comprennent, entre autres :

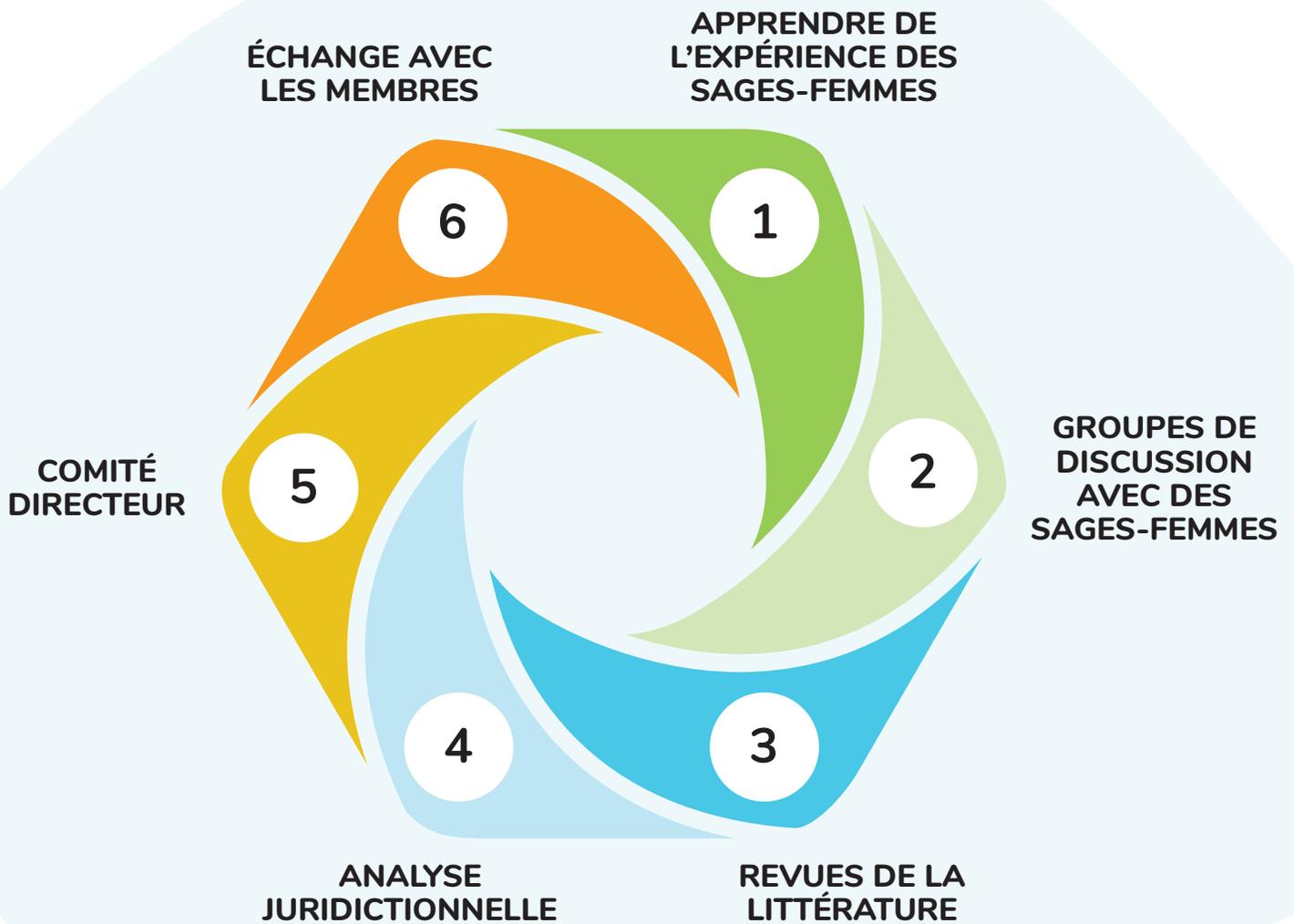
- › les effets antérieurs et actuels du racisme et de la colonisation, notamment le colonialisme médical, les violences obstétricales, le racisme actuel envers les Autochtones tant au niveau individuel (p. ex., le refus de prodiguer des soins de santé ou la violence de la part de professionnel-le-s de la santé) que structurel, par des politiques qui retirent les soins reproductifs et la naissance aux communautés autochtones (p. ex., les priver des ressources de santé tout en appliquant des politiques d'évacuation systématique et généralisée des personnes enceintes)^{22, 27, 28};
- › la stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada par des lois et des politiques gouvernementales qui ciblent les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, les communautés noires et certaines personnes dont l'identité se situe à l'intersection du genre, de la race, de la pauvreté et du handicap²⁹;
- › l'imposition forcée de la contraception;
- › la prise en charge par la Protection de la jeunesse d'enfants et de nouveau-nés en raison de préjugés systémiques qui maintiennent la surveillance des nouveau-nés et des enfants de personnes autochtones, noires et de couleur (PANDC)^{30, 31};
- › les IG forcées et contraintes, ce qui comprend un large éventail de comportements pour contrôler la reproduction, y compris des lois et des politiques^{32, 33};
- › des communautés qui ne sont ni sûres, ni saines, ni viables (p. ex., la crise du logement abordable, la brutalité policière, l'insécurité alimentaire et le manque d'accès à l'eau potable, qui sont le résultat de politiques visant à créer et à maintenir délibérément des inégalités)³⁴;
- › les nombreux obstacles à l'obtention de soins reproductifs complets auxquels sont confrontées les personnes handicapées, notamment l'accessibilité des installations et des ressources, l'accessibilité des transports et l'accès à l'ensemble des services de santé nécessaires;
- › la discrimination et les obstacles systémiques qui entravent l'accès des personnes 2ELGBTQI+ à des soins reproductifs inclusifs, surtout les services sécuritaires d'IG³²; et
- › l'absence de couverture d'assurance pour certaines personnes, y compris les personnes sans papiers, les travailleur-euse-s migrant-e-s et les étudiant-e-s internationaux-ales, avec pour conséquence des frais excessivement élevés et d'importants obstacles financiers à l'accès aux soins¹⁷.

“ **L'oppression reproductive est le résultat de l'intersection de multiples oppressions et est intrinsèquement liée à la lutte pour la justice sociale et les droits fondamentaux.** ”

([trad.] Ross & Solinger, 2017, page 69)

PLAIDOYER FONDÉ SUR LES DONNÉES PROBANTES

Six sources de données ont été utilisées pour éclairer la Stratégie nationale sur la prestation de soins liés à l'interruption de grossesse par des sages-femmes au Canada.



1

APPRENDRE DE L'EXPÉRIENCE DES SAGES-FEMMES

Nous avons reçu l'approbation du Community Research Ethics Board pour interviewer les sages-femmes et recueillir leur témoignage. Le Community Research Ethics Board est un organisme communautaire qui aide les chercheurs et chercheuses communautaires à bénéficier de soutien en matière d'éthique et d'un processus d'évaluation. Entre septembre et novembre 2023, nous avons recueilli le témoignage de 25 sages-femmes travaillant dans des collectivités à travers le Canada. Les sages-femmes rencontré.e.s étaient directement impliqué.e.s dans la prise en charge de l'IG ou étaient en train de l'intégrer.

Nous avons recueilli le point de vue de sages-femmes représentant 10 des 13 provinces et territoires. Ces dernières et ces derniers travaillaient dans de nombreuses collectivités, y compris des collectivités urbaines, rurales et éloignées et des communautés autochtones. Elles et ils accompagnaient une clientèle mal desservie ayant des besoins divers (p. ex., des personnes immigrantes nouvellement arrivées, des personnes non assurées, des personnes utilisatrices de drogues, des personnes itinérantes ou mal-logées, des personnes à

faible revenu, des personnes queers et trans et des jeunes). Parmi les participant-e-s aux entrevues figuraient des sages-femmes racisé.e.s, des sages-femmes 2ELGBTQI+, des sages-femmes vivant avec un ou des handicaps, des sages-femmes ayant immigré au Canada et des sages-femmes formé.e.s à l'étranger.

Nous avons demandé à chaque sage-femme de nous faire part de ses réflexions sur les soins liés à l'IG prodigués par les sages-femmes et de nous raconter pourquoi elles et ils fournissent ces soins (ou pourquoi elles et ils travaillent à fournir ce type de soins). Nous leur avons également demandé d'expliquer comment elles et ils ont intégré les soins liés à l'IG dans leur pratique, de même que les éléments facilitants et les obstacles rencontrés.

En plus des entrevues de recherche, nous avons rencontré des intervenant-e-s des systèmes de santé qui étaient susceptibles d'apporter un éclairage supplémentaire sur la question des soins liés à l'IG dispensés par des sages-femmes au Canada. Parmi ces intervenant-e-s figuraient le personnel d'associations de sages-femmes et d'ordres professionnels et des enseignant-e-s en pratique sage-femme.

2

GROUPES DE DISCUSSION AVEC DES SAGES-FEMMES

En septembre et octobre 2023, nous avons organisé trois groupes de discussion en ligne avec des sages-femmes qui n'offraient pas encore de soins liés à l'IG, mais qui souhaitaient le faire. Nous avons recruté les participant-e-s au moyen de l'infolettre hebdomadaire envoyée aux membres de l'ACSF. Nous leur avons demandé de nous

faire part des besoins en matière de soins liés à l'IG des collectivités dans lesquelles elles et ils travaillent. Nous leur avons également demandé d'expliquer pourquoi les soins liés à l'IG les intéressaient et quelle était leur vision du rôle des sages-femmes entourant ces soins au Canada.

3

REVUES DE LA LITTÉRATURE

Nous avons entrepris une revue de la littérature évaluée par des pairs et de la littérature grise. Nous avons consulté les bases MEDLINE, Cochrane Library, Health Systems Evidence et Embase afin de repérer les données de recherche pertinentes (revues systématiques et études originales) concernant des sages-femmes qui dispensent des soins liés à l'IG dans les systèmes de santé au Canada ou dans des systèmes de santé comparables où les soins sont financés et organisés de façon similaire et où la profession est réglementée et exercée (p. ex. Royaume-Uni, Australie, Nouvelle-Zélande)³⁵. Nous avons

également recherché dans la littérature grise des rapports pertinents, des documents d'orientation internationaux et des publications d'organismes canadiens pour les droits et la santé sexuelle et reproductive. Ces sources incluent l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'International Confederation of Midwives (ICM), le Fonds des Nations Unies pour la population, la White Ribbon Alliance, SisterSong, la Fédération nationale de l'avortement (Canada), le Fonds d'action et d'éducation juridique pour les femmes (FAEJ) et Action Canada pour la santé et les droits sexuels.

4

ANALYSE JURIDICTIONNELLE

Nous avons analysé les ressources accessibles au public dans les systèmes de santé au Canada afin de mieux comprendre le contexte politique de la profession en matière de soins liés à l'IG. Nous avons consulté le site Web d'organisations fédérales (p. ex. Santé Canada, National Council of Indigenous Midwives [NCIM], ACSF,

Conseil canadien des ordres de sages-femmes [CCOSF], etc.) et la page Web des ministères de la santé provinciaux et territoriaux et des conseils de santé autochtones, et nous avons examiné les réglementations des provinces et territoires relatives à la profession.

5

COMITÉ DIRECTEUR

Un comité directeur a été mis sur pied pour conseiller et guider l'équipe du projet. Celui-ci s'est réuni régulièrement pour fournir des commentaires essentiels sur les versions préliminaires de la stratégie nationale. Le comité était composé de représentant-e-s de diverses parties prenantes et d'associations

de sages-femmes, notamment du NCIM, de la Canadian Alliance of Racialized Midwives (CARM), du Comité canadien des sages-femmes queers et trans (Comité SFQT), du CCOSF, d'Action Canada pour la santé et les droits sexuels et de la Fédération nationale de l'avortement (Canada).

6

ÉCHANGE AVEC LES MEMBRES

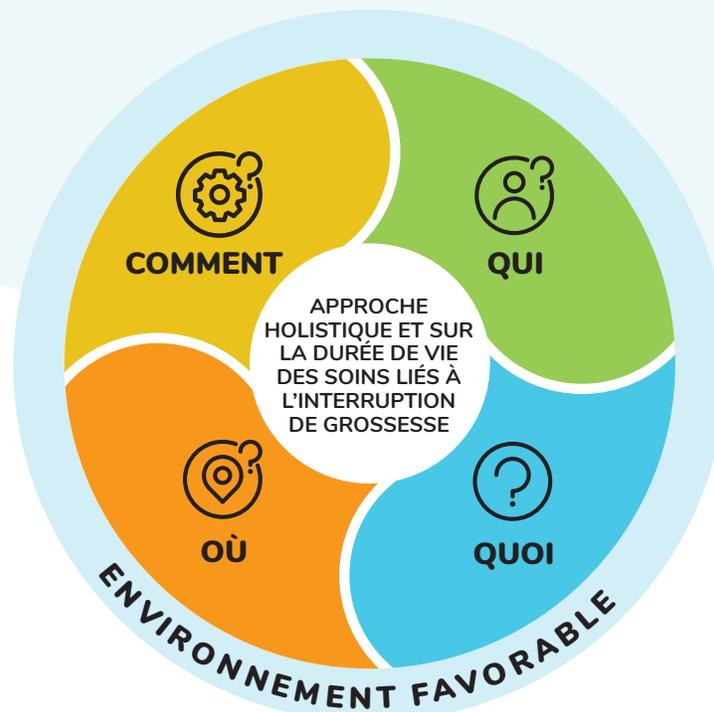
Il était essentiel, dans le cadre de la stratégie nationale, d'échanger avec les membres de l'ACSF afin de définir leurs besoins, leurs valeurs et leurs préférences en matière de soins liés à l'IG. Le 5 octobre 2023, nous avons organisé une séance de discussion guidée d'une heure pendant le congrès annuel de l'ACSF, lors duquel nous avons présenté les concepts initiaux de la stratégie nationale. Nous nous sommes réparti-e-s en petits groupes pour une discussion guidée

sur leur vision des soins liés à l'IG prodigués par des sages-femmes dans leur collectivité, afin de déterminer les éléments facilitants et les obstacles aux soins et de discuter des aspects uniques que les sages-femmes y apportent. Les discussions de groupe en ligne ont été organisées en complément de la séance en personne afin d'offrir aux sages-femmes qui ne pouvaient pas assister au congrès la possibilité de participer.

CRÉER UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE POUR LA PRESTATION DE SOINS LIÉS À L'INTERRUPTION DE GROSSESSE PAR DES SAGES-FEMMES

Les sages-femmes sont des spécialistes de la prestation de soins de santé sexuelle et reproductive et, si elles et ils bénéficient d'un soutien approprié, peuvent jouer un rôle essentiel pour faire avancer la justice reproductive au sein des collectivités canadiennes. Nous présentons un modèle pour la création d'un environnement favorable aux soins liés à l'IG prodigués par des sages-femmes, qui sous-tend notre stratégie nationale. Cette approche est en phase avec les documents d'orientation internationaux, plus particulièrement le cadre conceptuel de l'OMS présenté dans les lignes directrices sur les soins liés à l'avortement^{36,37}. Nous avons employé les mêmes catégories conceptuelles pour organiser notre approche et avons adapté le contenu au contexte canadien. Le modèle décrit 1) les composantes d'un environnement favorable aux soins liés à l'IG dispensés par des sages-femmes; 2) qui dispense ces soins; 3) quels soins sont dispensés; 4) où ces soins sont dispensés; et 5) comment ces soins sont dispensés.

Au cœur du modèle : **une approche des soins liés à l'interruption de grossesse qui est holistique et sur toute la durée de la vie.** Une telle approche reconnaît que les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive s'étendent sur toute la durée de la vie et ne se limitent pas qu'à la grossesse, à l'accouchement et à la période postnatale de six semaines. Les sages-femmes transmettent leurs connaissances d'une manière qui favorise l'autonomie corporelle. En considérant que les soins prodigués par les sages-femmes reposent sur une approche holistique qui s'étend sur toute la durée de la vie, nous reconnaissons que la clientèle peut solliciter les soins de sages-femmes à différents moments de la vie, ce qui inclut les soins liés à l'IG.



COMPOSANTES D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE

L'environnement favorable constitue la base qui permet l'intégration de soins de qualité en matière d'IG dispensés par des sages-femmes. Cet environnement comprend dix composantes indispensables qui, une fois combinées, créent un milieu propice à la prestation de ces soins dans les systèmes de santé du Canada et dans les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Ces composantes exigent l'engagement et des actions de la part de tout un éventail de parties prenantes des systèmes de santé, y compris les décideurs politiques, les associations de sages-femmes, les ordres professionnels, les programmes d'enseignement de la profession et les sages-femmes. Nous notons toutefois qu'il n'est pas nécessaire que chaque composante soit respectée dès le départ pour que les sages-femmes puissent fournir ces soins dans leurs collectivités.

1. Reconnaître le leadership des sages-femmes autochtones et racisé.e.s et 2ELGBTQI+ au sein des mouvements de justice reproductive et dans la prestation des soins liés à l'IG, et placer les besoins et les points de vue de ces sages-femmes et des communautés qu'elles et ils représentent au cœur des décisions politiques et de financement.
2. Honorer et mettre de l'avant de multiples modes d'acquisition du savoir, y compris les apprentissages en justice reproductive qui sont expérientiels, adaptés sur le plan culturel et/ou fondés sur des données probantes³⁸.
3. Des associations de sages-femmes proactives qui disposent de solides capacités techniques et organisationnelles pour plaider en faveur de la mise en œuvre de soins liés à l'IG dispensés par des sages-femmes.
4. Des leaders fort.e.s de la profession grâce à des investissements dans le leadership et la gouvernance de la pratique sage-femme, notamment en créant des postes de sages-femmes seniors et en renforçant la capacité des sages-femmes à piloter des politiques pertinentes³⁹.
5. Intégrer les sages-femmes à tous les niveaux des systèmes de santé au Canada et dans les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Cela comprend la réglementation, la participation des leaders de la profession aux décisions en matière de politiques de santé, les mécanismes de paiement et les ententes de prestation des services qui prévoient comment et où les sages-femmes exercent leur profession. Cela implique également de respecter et de reconnaître les sages-femmes autochtones qui travaillent à l'intérieur et à l'extérieur des clauses d'exemption.
6. Des structures réglementaires favorables qui renforcent le pouvoir de prescription des sages-femmes et optimisent le champ d'exercice.
7. L'équité salariale pour les sages-femmes avec une rémunération appropriée et des modèles de financement flexibles qui permettent de répondre à l'évolution des besoins de la collectivité.
8. Des programmes gouvernementaux arrimés pour améliorer l'accès à la santé sexuelle et reproductive et la volonté politique de mettre en place des politiques de santé qui incluent les sages-femmes comme prestataires de soins liés à l'IG.
9. Des parcours accessibles d'apprentissage et de formation pour les sages-femmes en matière de soins liés à l'IG tout au long de leur carrière.
10. Poursuivre la mobilisation du public et les campagnes nationales pour lutter contre la stigmatisation et faire en sorte que l'IG soit considérée comme un soin de santé de base.

MODÈLE DE PRESTATION DE SOINS LIÉS À L'INTERRUPTION DE GROSSESSE PAR DES SAGES-FEMMES

POURQUOI

- › L'IG fait partie intégrante des soins de santé, et il concerne les grossesses planifiées et non planifiées.
- › Les systèmes de santé au Canada ne répondent pas aux besoins en IG.
- › Les sages-femmes sont des prestataires de soins de santé idéales et idéaux. Elles et ils ont l'expérience pour réduire les barrières d'accès actuelles.

QUI

Les sages-femmes fournissent des soins liés à l'IG de manière à répondre aux besoins et aux priorités des communautés tout en améliorant la continuité des soins et en garantissant un modèle basé sur le choix éclairé et les besoins de la clientèle. Les sages-femmes offrent du soutien par les pairs, du mentorat et des communautés de pratique en matière de soins liés à l'IG. Les sages-femmes entretiennent d'étroites collaborations interprofessionnelles et consultent des médecins et d'autres professionnel-le-s de la santé au besoin.

QUOI

La prise en charge des soins liés à l'IG par les sages-femmes repose sur les principes d'autonomie professionnelle, de choix éclairé et de la pratique fondée sur des données probantes. Le terme « soins liés à l'interruption de grossesse » englobe les pertes de grossesse précoce (c.-à-d. les fausses couches ou les avortements spontanés).

- › Pré-IG – information, évaluation clinique, counseling sur les options disponibles et soutien à la prise de décisions
- › IG – par médicaments, par procédure et prise en charge expectative
- › Post-IG – suivi, évaluation et gestion des complications, et planification des naissances

OÙ

Les sages-femmes qui dispensent des soins liés à l'IG encouragent le choix du lieu de l'IG lorsque possible. Les sages-femmes aident leur clientèle à gérer leur IG par médicaments à domicile, au moyen de la télémédecine et d'autres formes de soins à distance, ou alors offrent des soins dans une clinique de sages-femmes, une maison de naissance, une clinique d'évaluation de grossesse au 1^{er} trimestre, une clinique communautaire, une clinique de soins de première ligne (CLSC) et à l'hôpital.

COMMENT

Les soins liés à l'IG prodigués par les sages-femmes favorisent l'équité, la sécurité culturelle et les soins de proximité. Des environnements sécurisants peuvent inclure les éléments suivants : accès à des pratiques culturelles/traditionnelles locales, à la médecine traditionnelle, à des enseignements en lien avec la guérison et à des connaissances¹⁵. Toute personne a le droit de bénéficier d'une couverture universelle en matière de contraception et d'IG. La formation sur les soins liés à l'IG est intégrée aux programmes d'enseignement de la profession, ce qui comprend le temps et l'espace nécessaires pour intégrer de nouvelles compétences dans le programme d'études et développer de nouveaux cours de formation continue pour les sages-femmes en exercice. Les associations de sages-femmes soutiennent l'IG en proposant de la formation sur le sujet. Les sages-femmes ont accès aux outils diagnostiques et aux médicaments nécessaires pour fournir des soins liés à l'IG et ont des mécanismes de paiement permettant une rémunération adéquate. Finalement, les sages-femmes jouent un rôle pivot dans le système et ont accès à d'autres services sociaux et de santé pour leur clientèle.



POURQUOI

- › L'interruption de grossesse (IG) fait partie intégrante des soins de santé, et il concerne les grossesses planifiées et non planifiées
- › Les systèmes de santé au Canada ne répondent pas aux besoins en IG
- › Les sages-femmes sont des prestataires de soins liés à l'IG idéales. Les sages-femmes ont l'expérience pour réduire les barrières d'accès actuelles

QUI

- › Sages-femmes répondant aux besoins et aux priorités des communautés dans un modèle basé sur le choix éclairé et sur les besoins de la clientèle
- › Soutien par les pairs et collaboration entre les sages-femmes
- › Collaboration interprofessionnelle et consultation avec des médecins ou autres professionnels.e.s de la santé, au besoin

QUOI

- › Pré-IG* - information, évaluation clinique, counseling sur options disponibles, et soutien à la prise de décision
- › IG* - par médicaments, par procédure, et prise en charge expectative
- › Post-IG* - suivi, évaluation et gestion des complications, et planification des naissances

OÙ

- › Domiciles, télémédecine et autres soins à distance, cliniques de sages-femmes, maisons de naissance, cliniques d'évaluation de grossesse au 1^{er} trimestre, cliniques communautaires, cliniques de soins de première ligne (CLSC), et hôpitaux

COMMENT

- › IG offertes dans des environnements équitables, culturellement sécurisants et communautaires
- › Accès universel à la contraception et à l'IG
- › Intégration des soins liés à l'IG dans tous les types de formations en pratique sage-femme
- › Associations de sages-femmes offrant des formations reliées à l'IG
- › Accès pour les sages-femmes aux outils diagnostiques et aux médicaments nécessaires
- › Mécanismes de paiements permettant une rémunération équitable pour les sages-femmes
- › Sages-femmes bien intégré.e.s dans les systèmes de santé et de services sociaux

ENVIRONNEMENT FAVORABLE

- › Reconnaît le leadership des sages-femmes autochtones et racisé.e.s et 2ELGBTQI+ dans les mouvements de justice reproductive, ainsi que dans la prestation de soins liés à l'IG
- › Honore et met de l'avant de multiples façons d'acquérir des connaissances
- › Associations de sages-femmes proactives
- › Leaders sages-femmes fort.e.s
- › Intègre les sages-femmes dans tous les niveaux des systèmes de santé
- › Structures réglementaires favorables qui renforcent le pouvoir de prescription des sages-femmes et optimisent le champ d'exercice
- › Équité salariale pour les sages-femmes et des modèles de rémunération flexibles
- › Agendas gouvernementaux arrimés à une volonté politique
- › Accès à la formation et à des parcours éducatifs sur les soins liés à l'IG
- › Continue de mobiliser le public pour normaliser l'IG en tant que partie intégrante des soins de santé

* Les soins liés à l'interruption de grossesse (IG) incluent les grossesses planifiées et non planifiées (ex., perte de grossesse précoce, fausse couche, ou avortement spontané)

UNE ACTION CONCERTÉE : INVESTIR EN FAVEUR DES SAGES-FEMMES

Cette section présente les prochaines étapes concrètes qui permettront d'intégrer les sages-femmes comme prestataires de soins liés à l'IG dans les systèmes de santé au Canada et dans les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Nous soulignons que la principale limite de ce travail au niveau national réside dans le fait que les soins de santé au Canada sont surtout organisés et dispensés par les provinces et les territoires. Cependant, les soins de santé peuvent également inclure ceux dispensés par le niveau fédéral, ainsi que ceux dispensés par le niveau provincial/territorial tel que décrit par des ententes historiques ou modernes. Par conséquent, le déploiement de la profession de sage-femme varie d'une province, d'un territoire et parfois même d'une région à l'autre, et les mesures doivent être adaptées à chaque contexte, y compris au niveau de la mobilisation de la collectivité, afin de garantir des effets positifs sur la prestation de soins au niveau fédéral. Nous invitons les décideurs politiques, les associations de sages-femmes, les ordres professionnels, les programmes d'enseignement de la profession, les sages-femmes et les professionnels-le-s de la santé qui collaborent avec nous à demander des changements dans les cinq domaines prioritaires suivants :

1 OFFRIR DES SOINS COMPLETS

Dans le cadre de notre engagement à développer les soins liés à l'IG dispensés par des sages-femmes, nous exhortons les décideurs politiques à privilégier les investissements dans les soins de santé sexuelle et reproductive complets. Cela suppose d'intégrer les sages-femmes dans des systèmes de santé qui soutiennent la profession afin qu'elles et ils puissent fournir des services de santé sexuelle et reproductive

holistiques et axés sur la clientèle qui dépassent le cadre de l'IG, comme la planification familiale, les conseils en matière de contraception et les soins post-IG. En fournissant les ressources et le soutien nécessaires, nous pouvons renforcer la capacité des sages-femmes à offrir des soins reproductifs inclusifs et axés sur la clientèle et ainsi contribuer au bien-être général des personnes et des collectivités à travers le Canada.

2 SOUTENIR LES ASSOCIATIONS DE SAGES-FEMMES

Les associations de sages-femmes, les organismes qui représentent la profession, sont des vecteurs de changement. Les associations de professionnel-le-s de la santé améliorent l'accès aux soins de santé en sensibilisant le public, en soutenant leurs membres, en proposant des formations de qualité, en plaidant auprès des gouvernements et en coordonnant des projets collaboratifs en matière de soins de santé⁴⁰. Bien que les associations de sages-femmes jouent un rôle crucial dans la promotion de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, elles se butent à d'importants obstacles qui les empêchent de rester viables et de participer aux décisions politiques, en raison d'un ensemble complexe d'héritage et de facteurs genrés^{40, 41}.

Pour rendre plus équitable l'accès aux soins liés à l'IG dispensés par des sages-femmes au Canada, nous devons commencer par améliorer le financement et la capacité des associations de sages-femmes. Beaucoup d'entre-elles sont gérées par des bénévoles et ne bénéficient pas des investissements nécessaires pour soutenir pleinement la profession. Il est essentiel de renforcer les associations au pays afin d'assurer l'intégration des sages-femmes dans les systèmes de santé, la formation continue sur les soins liés à l'IG et la promotion de soins de santé sexuelle et reproductive adaptés à la culture et au lieu, coordonnés, sensibles, équitables et durables⁴⁰.

3

OPTIMISER LE CHAMP D'EXERCICE

Afin d'exploiter pleinement le potentiel des sages-femmes dans les soins liés à l'IG, nous demandons une optimisation stratégique de leur champ d'exercice. Cela implique de reconnaître et d'exploiter leurs compétences uniques et de les aider à fournir des services liés à l'IG de manière indépendante. L'optimisation du champ d'exercice nécessite également une contribution stratégique

des sages-femmes à la planification des services de santé primaires au niveau provincial et territorial. La suppression des restrictions et des barrières réglementaires provinciales et territoriales inutiles permettra d'accroître leur contribution aux soins de santé sexuelle et reproductive et d'améliorer l'accès de toutes les femmes et des personnes trans et non binaires au Canada à ces soins.

4

ACCROÎTRE LE POUVOIR DE PRESCRIPTION

Pour que les sages-femmes puissent fournir des soins liés à l'IG efficaces et en temps opportun, il est indispensable d'accroître leur pouvoir de prescription. Nous demandons la suppression des restrictions provinciales et territoriales actuelles, qui ne correspondent pas aux messages du fédéral entourant le Mifegymiso, et qui limitent souvent le pouvoir de prescription des sages-femmes à une liste de médicaments désignés, ce qui engendre des lacunes dans les soins^{42, 43}. Il faut permettre aux sages-femmes de prescrire

de manière indépendante les médicaments nécessaires aux soins liés à l'IG, y compris les contraceptifs, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et aux orientations mondiales^{36, 37}. Le renforcement du pouvoir de prescription permet non seulement d'accroître l'autonomie des sages-femmes, mais aussi de simplifier la fourniture de soins liés à l'IG sécuritaires et accessibles, contribuant ainsi à l'amélioration générale des soins de santé sexuelle et reproductive au Canada.

5

METTRE EN PLACE DES MÉCANISMES DE PAIEMENT

Nous demandons la mise en place de mécanismes de paiement équitables et durables pour les sages-femmes, qui incluent les soins liés à l'IG. Cela implique notamment de demander le remboursement équitable des services de sages-femmes et de veiller à ce que leur contribution aux soins liés à l'IG soit reconnue et rémunérée de façon adéquate. La mise en

place de structures de paiement accessibles et adaptées et de modèles de financement flexibles permettra aux sages-femmes de répondre aux besoins changeants des collectivités. Ces mécanismes sont essentiels pour reconnaître l'expertise des sages-femmes et créer un cadre durable qui encourage leur participation continue aux soins de santé sexuelle et reproductive.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la Santé. Avortement. Genève : OMS; 2021 [cité le 16 novembre 2023]. Accessible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.
2. Association canadienne des sages-femmes. Énoncé de principe : IG pratiquée par les sages-femmes. Montréal : ACSF; 2022.
3. International Confederation of Midwives. Position statement : Midwives' provision of abortion-related services. La Haye : ICM; 2014 [cité le 16 novembre 2023]. Accessible à : <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/midwives-provision-of-abortion-related-services-eng.pdf>.
4. Conseil canadien des ordres de sages-femmes. Compétences canadiennes pour les sages-femmes. Toronto : CCOSF; 2020.
5. Barrett G, Wellings K. What is a 'planned' pregnancy? Empirical data from a British study. *Social Science & Medicine*. 2002;55(4) :545-57.
6. Agence de la santé publique du Canada. Chapitre 7 : Perte et deuil dans Agence de la santé publique du Canada. Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales. Ottawa : Santé Canada; 2020 [cité le 22 janvier 2024]. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/infographie-deces-perinatal-canada.html>.
7. Statistique Canada. Tableau : 13-10-0428-01. Naissances vivantes et morts fœtales (mortinaissances), selon le type de naissance (simple ou multiple). Ottawa : Statistique Canada; 2023 [cité le 22 janvier 2024]. Accessible à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310042801&request_locale=fr.
8. Fonds d'action et d'éducation juridique pour les femmes (FAEJ). Le droit à l'avortement au Canada : une chronologie. Toronto : FAEJ; 2022.
9. Action Canada. Statut pour tout le monde et accès à l'avortement pour tous-tes! Ottawa : Action Canada; 2022 [cité le 22 janvier 2024]. Accessible à : <https://www.actioncanadashr.org/fr/nouvelles/2022-07-12-statut-pour-tout-le-monde-et-acces-lavortement-pour-tou-te-s>.
10. Fonds d'action et d'éducation juridique pour les femmes (FAEJ). Aller au-delà de la complaisance : Les défis (et les opportunités) de la justice reproductive au Canada. Toronto : FAEJ; 2022. Rapport n° : 9240062408.
11. Guttmacher Institute. Unintended pregnancy and abortion in Northern America. Washington : Guttmacher Institute; 2022 [cité le 28 novembre 2023]. Accessible à : <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/unintended-pregnancy-and-abortion-northern-america>.
12. Institut canadien d'information sur la santé. Avortements provoqués au Canada en 2021 : mise à jour. Ottawa : ICIS; 2023.
13. Renner RM, Ennis M, Contandriopoulos D, Guilbert E, Dunn S, Kaczrowski J, et al. Abortion services and providers in Canada in 2019 : results of a national survey. *CMAJ Open*. 2022;10(3) :E856-E64.
14. Coalition pour le droit à l'avortement au Canada. Canadian regulation of abortion. Vancouver : Coalition pour le droit à l'avortement au Canada; 2023 [cité le 5 décembre 2023]. Accessible à : <https://www.arcc-cdac.ca/media/position-papers/61-Canadian-abortion-regulation.pdf>.
15. Monchalin R, Jubinville D, Pérez Piñán AV, Paul W, Wells M, Ross A, et al. "I would love for there not to be so many hoops..." : recommendations to improve abortion service access and experiences made by Indigenous women and 2SLGTBQIA+ people in Canada. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2023;31(1) :2247667.

16. Monchalin R, Piñán AVP, Wells M, Paul W, Jubinville D, Law K, et al. A qualitative study exploring access barriers to abortion services among Indigenous Peoples in Canada. *Contraception*. 2023;124 :110056.
17. National Abortion Federation Canada. Trends in barriers to abortion care. Victoria : NAF; 2023 [cité le 5 décembre 2023]. Accessible à : <https://nafcanada.org/trends-in-barriers-to-abortion-care/>.
18. National Abortion Federation Canada. Abortion coverage by region. Victoria : NAF; 2023 [cité le 5 décembre 2023]. Accessible à : <https://nafcanada.org/abortion-coverage-region/>.
19. Sethna C, Doull M. Spatial disparities and travel to freestanding abortion clinics in Canada. *Women's Studies International Forum*. 2013;38 :52-62.
20. Association canadienne des sages-femmes. Énoncé de principe : le modèle canadien de pratique sage-femme. Montréal : ACSF; 2015.
21. Action Canada. Améliorer l'accès à l'avortement au Canada grâce aux soins de sage-femme. Ottawa : Action Canada; 2023.
22. Association of Ontario Midwives. Midwives and abortion care – Q&A. Toronto : AOM; 2022 [cité le 28 novembre 2023]. Accessible à : <https://www.ontariomidwives.ca/sites/default/files/2019-1/Midwives%20and%20Abortion%20Care%20Q&A%20-%20Feb%202019.pdf>.
23. Mosley EA, Ayala S, Jah Z, Hailstorks T, Dixon Diallo D, Hernandez N, et al. Community-led research for reproductive justice : exploring the SisterLove Georgia Medication Abortion project. *Frontiers in Global Women's Health*. 2022;3 :969182.
24. Ross L, Solinger R. Reproductive justice : An introduction. Berkeley : University of California Press; 2017.
25. SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective. About. Atlanta : SisterSong 2023 [cité le 28 novembre 2023]. Accessible à : <https://www.sistersong.net/about-x2>.
26. SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective. Visioning RJ 2023. Atlanta : SisterSong 2023 [cité le 28 novembre 2023]. Accessible à : <https://www.sistersong.net/visioningnewfuturesforj>.
27. Action Canada. Abortion access and Indigenous peoples in Canada. Ottawa : Action Canada; 2021 [cité le 28 novembre 2023]. Accessible à : <https://www.actioncanadashr.org/resources/factsheets-guidelines/2021-05-21-abortion-access-and-indigenous-peoples-canada>.
28. Shaheen-Hussain S, Lombard A, Basile S. Confronting medical colonialism and obstetric violence in Canada. *The Lancet*. 2023;401(10390) :1763-5.
29. Comité sénatorial permanent des droits de la personne. Les cicatrices que nous portons : La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada. Ottawa : Rapport du Comité sénatorial permanent des droits de la personne; 2022.
30. National Council of Indigenous Midwives. Position statement on Indigenous child apprehensions. Montréal : NCIM; 2020 [cité le 1^{er} décembre 2023]. Accessible à : <https://indigenoumidwifery.ca/wp-content/uploads/2019/05/PS-IndChildApp.pdf>.
31. Commission ontarienne des droits de la personne. Enfances interrompues : Surreprésentation des enfants autochtones et noirs au sein du système de bien-être de l'enfance de l'Ontario. Toronto : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2018 [cité le 1^{er} décembre 2023]. Accessible à : <https://www.ohrc.on.ca/fr/enfances-interrompues>.

32. Rowlands S, Walker S. Reproductive control by others : Means, perpetrators and effects. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. 2019;45(1) :61-7.
33. Association canadienne des libertés civiles. Communiqué de presse : Les décès impliquant la police sont en hausse partout au Canada. Toronto : ACLC; 2023 [cité le 22 janvier 2024]. Accessible à : <https://ccla.org/press-release/press-release-police-involved-deaths-on-the-rise-across-canada/>.
34. Statistique Canada. L'insécurité alimentaire chez les familles canadiennes. Ottawa : Statistique Canada; 2023 [cité le 22 janvier 2024]. Accessible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00013-fra.htm>.
35. Organisation mondiale de la Santé. Health system reviews (HiT series). Genève : OMS; 2023 [cité le 23 janvier 2024]. Accessible à : <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/health-systems-reviews>.
36. Organisation mondiale de la Santé. Towards a supportive law and policy environment for quality abortion care : evidence brief. Genève : OMS; 2022. Rapport n° : 9240062408.
37. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement. Genève : OMS; 2022. Rapport n° : 9240062408.
38. Eaton AA, Stephens DP. Reproductive Justice Special Issue Introduction "Reproductive Justice : Moving the Margins to the Center in Social Issues Research". *Journal of Social Issues*. 2020;76(2) :208-18.
39. Fonds des Nations Unies pour la population. L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021. New York : UNFPA; 2021.
40. Mattison C, Bourret K, Hebert E, Leshabari S, Kabeya A, Achiga P, et al. Health systems factors impacting the integration of midwifery : An evidence-informed framework on strengthening midwifery associations. *BMJ Global Health*. 2021;6(6) :e004850.
41. Renfrew M, Ateva E, Dennis-Antwi JA, Davis D, Dixon L, Johnson P, et al. Midwifery is a vital solution : What is holding back global progress ? *Birth*. 2019;46(3) :396-9.
42. Association of Ontario Midwives. Prescribing powers. Toronto : AOM; 2023 [cité le 28 novembre 2023]. Accessible à : <https://www.ontariomidwives.ca/prescribing-powers>.
43. Santé Canada. Santé Canada met à jour les renseignements sur la prescription et la distribution de Mifegymiso. Ottawa : gouvernement du Canada; 2017 [cité le 29 janvier 2024]. Accessible à : <https://recalls-rappels.canada.ca/fr/avis-rappel/sante-canada-met-jour-renseignements-sur-prescription-et-distribution-mifegymiso>.



CAM ACSF

Midwives for everyone, everywhere
Des sages-femmes pour tous, partout