

Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes

Pourquoi l'ANSFO défend l'extension de la pratique instrumentale, de l'IVG par les sages-femmes, sans restriction.

La profession de sage-femme se définit comme « une profession médicale à compétences spécifiques. »

Cette limitation professionnelle « autonome », est circonscrite par les notions de physiologie et de pathologie. Cette « autonomie » s'étend à la physiologie obstétricale et gynécologique tout en incluant le diagnostic de pathologie.

La question est donc : l'IVG est-elle un acte physiologique ou pathologique ?

Les rapports de la médecine mais aussi de la société, aux mécanismes « d'expulsion » du contenu utérin, sont essentiels pour répondre à cette question.

On peut dire que quelque-soit le terme de la grossesse, (de la conception à 41SA), il s'agit du même processus d'ouverture progressif du col de l'utérus consécutif aux contractions utérines. Toutefois deux éléments vont modifier la perception que nous avons de ce mécanisme : *Le désir de la femme et la viabilité fœtale**.

- Pour exemple les « chagrins » qui accompagnent les « fausses couches » sont majorés par l'importance du désir d'enfant mais aussi par l'investissement progressif dans le temps, des grossesses.
- La viabilité fœtale : entre 22 SA et 36 SA le déclenchement du travail spontané dans cette fourchette de termes est appelé « menace d'accouchement prématuré ». Plus le curseur se situe tôt dans la grossesse plus la pathologie qu'est la prématurité est grave. Pourtant si tous, (parents et professionnels de santé) s'accordent sur la cette notion de gravité de la prématurité, ce sont bien les sages-femmes qui prennent en charge l'ensemble du processus **voie basse** qu'est la naissance d'un enfant prématuré.

Ces exemples n'ont pas tant pour but de montrer qu'une subjectivité rend poreuse ces notions de physiologie et de pathologie, mais que la finalité est toujours la même : **maintenir dans le silence les compétences effectives des sages-femmes.**

Ce qui fait obstacle à l'entrée des sages-femmes n'est donc pas l'IVG (elles sont d'ailleurs tout à fait présentes et reconnues dans leur pratique de l'IVG médicamenteuse jusqu'à 14 SA) ; mais la pratique instrumentale elle-même.

Les trois objections ordinaires soulevées sont :

- Leur formation initiale, leur pratique instrumentale et l'aspect chirurgical de l'acte.

Si l'on compare le nombre d'heures théoriques d'enseignement dans leurs formations initiales respectives (contraception et IVG), les sages-femmes ont 20 heures de cours magistraux contre 2 à 4 pour les médecins. Quant à la formation clinique pratiquement l'ensemble des stages des étudiantes sages-femmes concerne la sphère pelvienne, contre une pratique généraliste pour les étudiants médecins, donc forcément plus diluée.

Quant aux « actes chirurgicaux », seuls les spécialistes en ont la légitimité.

Les praticiens de médecine générale ne sont pas formés, par exemple, à pratiquer une césarienne. L'IVG instrumentale étant considérée, pour eux, **comme une pratique instrumentale par voie basse donc « non chirurgicale »**.

- Les instruments utilisés quotidiennement par les deux professions en gynécologie-obstétrique sont : pince Museux, pince à griffe, pince de Pozzi, pince Kocher (avec ou sans griffe), pince Péan, pince à hémostase, pince à disséquer (avec ou sans griffe), porte aiguille, ciseaux, spéculum, hystéromètre... Seules les sondes de dilatation et les canules d'aspiration sont, à ce jour exclusivement utilisées par les médecins.

La dernière objection concerne le geste endo-utérin. Les obstétriciens insinuent que les sages-femmes n'en n'ont pas la pratique. C'est, de fait un déni de compétences. En effet, les sages-femmes ont une grande habitude du geste endo-utérin grévide avec la délivrance artificielle et la révision utérine. Quant à leur pratique sur utérus non grévide, la pose des DIU et l'hystérométrie qui la précède font partie des gestes usuels dans la pratique gynécologique des sages-femmes.

Enfin concernant l'offre de soins, force est de constater le non-remplacement des postes laissés par le départ de la génération des médecins engagés dans l'avortement. L'IVG médicamenteuse a été la réponse donnée à cette situation de pénurie en personnel, modifiant de fait l'objectivité en matière de choix de la méthode pour les femmes.

Interdire la pratique de l'IVG instrumentale aux sages-femmes est sans raison technique et a des conséquences péjoratives pour les femmes en matière de possibilités de choix entre IVG instrumentale et IVG médicamenteuse.

Il est utile de rappeler ici que, concernant l'interruption médicale de grossesse (IMG) et les morts fœtales in utéro (MFIU) (à tous les termes de la grossesse), les heures d'accompagnement des femmes et les gestes techniques qui les accompagnent sont pratiquement exclusivement assumés par les sages-femmes. Pourtant celles-ci restent peu conviées, (malgré le nouveau texte de loi de bio éthique) dans les commissions collégiales à l'initiative de la décision d'IMG !

Il s'agit donc bien d'un débat sociétal et non technique qui implique forcément un engagement égalitaire des sages-femmes et des médecins. C'est donc avec les médecins que les sages-femmes doivent assumer l'acte de l'IVG, quel que soit le mode et quel que soit le terme.

Articles et publications internationaux montrant que la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes dans les pays où elle existe, est aussi fiable que celle des médecins :

Renner R-M., Brahmi D., Kapp N. - Who can provide effective and safe termination of pregnancy care? BJOG, janvier 2013; 120(1), p.23-31
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22900974>

Tracy A. Weitz, PhD, Diana Taylor - Safety of Aspiration Abortion Performed by Nurse Practitioners, Certified Nurse Midwives, and Physician Assistants Under a California Legal Waiver - American Journal of Public Health | March 2013, Vol 103, No. 3
<https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2012.301159>

Kim Dickson-Tetteh and Deborah L. Billings - Abortion Care Services Provided by Registered Midwives in South Africa - International Family Planning Perspectives, 2002, 28(3):144–150
https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/2814402.pdf

Mafanato Constance Sibuyi - Provision of Abortion Services by Midwives in Limpopo Province of South Africa - *African Journal of Reproductive Health* 2004; 8[1]:75-78
<https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/3885>

Berer M. - Provision of abortion by mid-level providers: international policy, practice and perspectives. *Bulletin of the World Health Organization* 2009; 87, p.58-63 <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/1/07-050138/en/>

Organisation mondiale de la santé 2016 - Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204495/9789242549263_fre.pdf;jsessionid=EED1153B1765022DCE3F12F4AE9D2EA2?sequence=1

Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS: Médecins ou personnel de niveau intermédiaire pour l'avortement: Résumé de la BSG (dernière mise à jour: 8 février 2016). La Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève: Organisation mondiale de la Santé

<https://extranet.who.int/rhl/fr/topics/fertility-regulation/induced-abortion/doctors-or-mid-level-providers-abortion>

Par ailleurs, certains pays dans le monde autorisent déjà la pratique de l'IVG instrumentale par des professionnels de santé autres que des médecins et notamment: certains états des Etats Unis, l'Afrique du Sud et le Vietnam

http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201320140AB154&search_keywords=
<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/1/07-050138/en/>

*Critères OMS de viabilité (1977) : non viable si terme inférieur à 22SA ou PN inférieur à 500g.

Circulaire de la DHOS de 2001 sur état civil enfant né sans vie :

Circulaire DHOS/E 4/DGS/DACS/DGCL n° 2001-576 du

30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance