

ANCIC

**Journée Nationale d'Etudes sur l'Interruption de Grossesse et la Contraception
TROYES, 15 novembre 2019**

AVORTEMENT PAR ASPIRATION OU PAR MEDICAMENT LES CRITERES SOCIAUX DU "CHOIX"

Gail Pheterson

Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris, CNRS/Université Paris 8

**Réseau d'Afrique centrale pour la santé reproductive des femmes :
Gabon, Cameroun, Guinée équatoriale – GCG**

Initiative Caraïbe sur l'avortement et la contraception

Critères de choix de méthode pour les femmes

La méthode la plus...

sûre, accessible, simple, rapide, efficace, confidentielle

Avec le moins...

**de douleur, de coût, de stigmatisation, de risque de :
arrestation, incarcération, invalidité, décès**

Avortement instrumental ou pharmacologique

Les deux méthodes sont sûres...

**lorsqu'elles sont effectuées selon les protocoles expérimentés
dans de bonnes conditions**

Il est rare, cependant, que les femmes aient un choix non-biaisé

Soit...

Une méthode est disponible immédiatement et l'autre avec un délai d'attente,
ou bien :

Une méthode est préférable pour son médecin ou pour le centre médical,

Une méthode est accessible près de chez elle,

Ou est moins chère, ou est légale,

Ou est accessible hors de l'hôpital et/ou sans anesthésie générale

Ces choix asymétriques peuvent être interprétés

– FAUSSEMENT –

comme les avantages inhérents à l'une ou l'autre méthode

Critères de choix de méthode pour les femmes

Simplicité, rapidité, efficacité, confidentialité

Simplicité

Pour elles, la procédure de l'aspiration elle-même est plus simple – selon les protocoles recommandés – que la procédure de l'avortement pharmacologique.

Pour les praticiens (spécialiste ob-gyn, sage-femme, médecin généraliste, infirmière), les aspirations nécessitent des compétences cliniques exigeant une formation initiale de 2 à 15 jours.

Pour elles, un avortement pharmacologique peut être plus simple à organiser :

L'aspiration n'est pas toujours disponible (selon les protocoles optimaux) pour des raisons politiques ou juridiques. Obtenir une ordonnance d'un médecin pour les pilules ou acheter les pilules sur internet, au marché ou à la pharmacie peut être plus simple, ou la seule option.

Comment les rapports de pouvoir entre professionnels de soins et entre eux et les femmes enceintes complicquent l'affaire

Citation d'un médecin-chercheur spécialiste ob-gyn s'adressant aux internes :

« Avec l'avortement pharmacologique, c'est vous qui êtes les responsables et qui êtes payés, mais c'est votre personnel infirmier qui fait le travail. »

Citation d'un spécialiste ob-gyn, chef de service d'orthogénie :

« Dans un avortement pharmacologique, la femme connaît habituellement des contractions, des saignements, une attente et, en fin de compte, assiste à l'expulsion. Elle participe.

Alors que dans un avortement chirurgical, c'est terminé en deux minutes et elle n'a rien fait d'autre que de se soumettre au médecin – c'est moi qui le réalise. Dans notre centre, la plupart des femmes éligibles – à l'exception des adolescentes pour lesquelles c'est trop traumatisant – pratiquent un avortement médicamenteux. Ce dernier favorise la responsabilité. »

Simplicité, rapidité, efficacité, confidentialité

Rapidité

Pour les femmes et pour les praticiens, l'aspiration est plus rapide (avec les bons protocoles)
10 minutes pour l'aspiration, brève période de repos, environ 2 heures en tout
3 à 15 jours pour la procédure médicamenteuse

Les délais liés aux avortements :

la décision de la femme ; attente imposée par l'institution, la clinique ou le praticien ;
l'idée fausse que l'avortement pharmacologique peut être effectué plus précocement qu'un avortement
chirurgical ; anesthésie générale (non recommandée par les scientifiques)

Simplicité, rapidité, efficacité, confidentialité

Comparaisons techniques (temps de gestation, type d'anesthésie)

Directives OMS : les deux méthodes peuvent se faire dès que la grossesse est confirmée :
jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée par médicaments (7 semaines en France)
jusqu'à 16 semaines par aspiration (14 en France).

Directives OMS : l'anesthésie générale (versus locale) impose des délais, des coûts, l'usage de personnel, d'équipement, de bloc opératoire – le tout inutile et médicalement contre-indiqué.

Directives OMS : les sages-femmes et infirmières doivent être formées pour pratiquer l'IVG instrumentale ;
Les recherches démontrent des résultats égaux entre ces praticiens et les ob-gyn et les généralistes formés.

Conclusion : l'aspiration est techniquement la méthode la plus rapide.
Si l'avortement pharmacologique est disponible avant une aspiration,
c'est dû au contexte institutionnel ou à une faute de protocole.

Simplicité, rapidité, efficacité, confidentialité

Comparaisons techniques

Efficacité

Les deux méthodes sont efficaces, mais les processus sont différents : un avortement pharmacologique est systémique et individuel (ainsi la variabilité du temps) tandis qu'un avortement instrumental est une procédure locale et prévisible.

Les deux méthodes sont efficaces pour les avortements du 1^{er} semestre de grossesse. L'aspiration d'une grossesse précoce s'accompagnant d'une inspection soigneuse des tissus peut être au moins autant, sinon plus efficace et sûre qu'un avortement pharmacologique (OMS).

Simplicité, rapidité, efficacité, confidentialité

Qu'est-ce qui est le plus confidentiel :
un centre médical ou sa propre maison ?

Cela dépend
des conditions du centre et des conditions au domicile

Ce critère du choix est 100% social

Critères négatifs de choix

Douleur — 10 minutes, peu douloureux pour l'aspiration ; très variable pour l'IVG pharmacologique

Coût — couvert par la Sécurité Sociale pour les deux méthodes en France ;
ailleurs, méthode médicamenteuse souvent moins chère

Stigmate — un défi partout !

Arrestation, incarcération — pas en France, mais risque majeur ailleurs

Invalidité, décès — approx. 47.000 femmes meurent par an dans le monde

470 décès/100,000 avortements en Afrique centrale ;

1 décès/300,000 en France, le plus grand risque étant lié à l'anesthésie Générale (Nisanc

Contexte international et « choix » de méthode

Sous les régimes réglementés, les fonctions des professionnels de soins sont surtout de l'ordre de conseils et d'accompagnement aux femmes pour l'avortement pharmacologique et de l'ordre de l'intervention clinique par le praticien pour l'avortement instrumental.

Sous les régimes criminalisants, les fonctions des professionnels de soins sont surtout de terminer les avortements incomplets (souvent déclenchés par le misoprostol) ou de traiter les complications par voie médicamenteuse ou, bien plus efficace, par aspiration.

**Les critères sociaux du « choix » de méthode d'avortement
relèvent de la politique
du contrôle de l'État et de la société sur les femmes**

France

« Choix » asymétrique de méthode

Souvent plus de disponibilités d'avortement pharmacologique qu'instrumental

67,5 % des IVG sont médicamenteuses en métropole ; 76,1 % dans les DROM

Les avortements instrumentaux se font le plus souvent sous anesthésie générale :

79% en métropole, 98% dans les DROM (www.data.drees.sante.gouv.fr)

Gynécologue et militante Joëlle Brunerie :

« C'est honteux d'utiliser une anesthésie générale pour un geste aussi anodin. »

Québec : Centre de Santé pour les Femmes de Montréal (CSFM)

Directrice générale Lorena Garrido: « **Nous sommes à 10% de femmes qui optent pour l'avortement par médicaments.** Il arrive que les femmes qui voulaient au départ prendre l'option 'par médicaments' changent d'avis sur place. Cela parce que c'est logistiquement plus simple par aspiration ; le tout se fait en un seul RDV et assez rapidement. »

France

Protocole pour les aspirations non-conformes aux directives scientifiques fixées par l'OMS

Qui – sages-femmes et infirmières ne sont pas autorisées (donc, moins de praticiens et moins d'accessibilité) (ref. Gabon)

Comment – le plus souvent sous anesthésie générale

Où – pas autorisées dans les cabinets médicaux

Quand – souvent évitées pour les grossesses très précoces

Pourquoi – manque de formation, hiérarchisation du personnel, attitudes punitives envers les femmes, orientation institutionnelle de tel ou tel service pour des raisons administratives, parfois rationalisées par un déni des démonstrations scientifiques

Un petit historique de l'aspiration (manuelle) en France

L'AMIU (Aspiration Manuelle Intra-Utérine), la méthode « Karman »
(nommée d'après le **co**-fondateur de la méthode, Harvey Karmen) :

introduite en France en 1972, avant la loi Veil,

avec une démonstration organisée par Delphine Seyrig dans son appartement à Paris,
suivie par une pratique hors la loi aux cabinets des médecins du GIS (Groupe Information Santé)

Pendant ces années, début 1970, j'ai moi-même travaillé avec Harvey dans sa clinique hors la loi
à Los Angeles, « The Women's Community Service Center »

Le contexte socio-juridique détermine le « choix » de méthode

**Approx. 42% des femmes vivent aujourd'hui
dans les 125 pays qui criminalisent la pratique de l'avortement**

Pour ces femmes, le misoprostol, en général sans mifépristone, est la méthode
la plus sûre d'auto-induction de l'avortement
quand elles peuvent compter sur les praticiens qualifiés en cas de complication.

Pour les praticiens contraints par les interdictions juridiques contre l'avortement,
le traitement des urgences médicales est toujours légal.

Misoprostol permet aux femmes de démarrer leur avortement et, si nécessaire,
d'aller aux urgences hospitalières pour compléter la tâche avec des doses répétitives de
misoprostol ou, plus efficace, avec une aspiration.

Des échanges internationaux nous aident à façonner
les stratégies globales, féministes et scientifiques
pour optimiser la qualité et l'accessibilité
de l'avortement et de la contraception

Les avortements légalisés et sécurisés médicalement par l'État
ne sont pas forcément les plus simples, rapides, efficaces, confidentiels :
La structure institutionnelle risque de surmédicaliser l'avortement,
comme l'accouchement.

Les femmes luttant pour leur autonomie dans les États qui criminalisent l'avortement ont été les pionnières de l'avortement pharmacologique (Brésil) et de l'aspiration manuelle (États-Unis).

Ces méthodes sont maintenant les meilleurs protocoles reconnus par les scientifiques,
quand pratiquées sous bonnes conditions.

Sans ces conditions et sans disponibilité de praticiens expérimentés en cas de complication :
risque d'invalidité ou de décès

Conclusion

Les femmes partout préfèrent un avortement sûr,
accessible, simple, rapide, efficace et confidentiel,
avec le moins de
douleur, frais, stigmata, et risque d'injures.

Quelques Références

Pour l'élaboration de cet exposé : Pheterson, Gail. 2001. « Avortement pharmacologique ou chirurgical : les critères sociaux du 'choix'. » *Cahiers du Genre*, n° 31 - p. 221-247. Paris, CNRS. ; Pheterson, Gail & Azize, Yamila, 2001. Avortement sécurisé hors la loi dans le Nord-Est des Caraïbes. *Sociétés Contemporaines*, no. 61, pp. 19-40.

Pour les lignes directives de l'OMS sur les méthodes d'avortement : OMS, 2013. *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* – 2ème édition ; World Health Organization, 2014. *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion*.

Pour les études comparatives des résultats cliniques des médecins et des sages-femmes/infirmières :

I.K. Warriner, O. Meirik, M. Hoffman, et al. "Rates of complications in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomized controlled equivalence trial". *Lancet*, 368 (2006), pp. 1965-1972.

T. D. Ngo, M.H. Park MH and C. Free, "Safety and effectiveness of termination services performed by doctors and midlevel providers: a systematic review and analysis," *International Journal of Women's Health*, 5 (2013), pp. 1-10.

WHO. *Worker Roles in Providing Safe Abortion Care and Post Abortion Contraception*, 2015.

Pour les données à travers le monde : Singh S et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, New York: Guttmacher Institute, 2018.