

Des IVG dans les Unités de Chirurgie Ambulatoire : virage ambulatoire ou sortie de piste ?

En 2018, en France, lorsque les IVG sont pratiquées à l'hôpital, elles sont réalisées dans trois types de structures : des centres d'IVG autonomes, des unités fonctionnelles IVG, et activité IVG intégrée au service de gynécologie-obstétrique.

Les centres autonomes sont les descendants directs des groupes du Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception (MLAC). Dans ces groupes, des militantes féministes, des syndicalistes, des médecins et infirmières du Groupe Information Santé ont pratiqué des avortements par aspiration (par la méthode dite Karman) de 1973 à 1975, afin d'obtenir la légalisation de l'avortement. Après la loi de 1975 (dite loi Veil), la plupart des chefs de service de gynécologie-obstétrique s'opposaient à la pratique de l'IVG dans leurs services. Les infirmières et médecins (pour la plupart généralistes) du MLAC ont donc continué à faire des IVG dans les hôpitaux, dans des centres autonomes, c'est-à-dire distincts du service de gynécologie-obstétrique et placés sous la responsabilité du chef d'un autre service. Dans de nombreux hôpitaux, ce sont les chefs des services d'anesthésie-réanimation qui ont accepté de prendre cette responsabilité, car c'est dans leurs services que les femmes mouraient de complications d'avortement clandestin avant les années 1970, et qu'ils voulaient que cette injustice cesse. Il s'agissait d'une injustice de classe, puisque seules mouraient les femmes qui n'avaient pas les moyens de payer un avortement en Grande-Bretagne ou en Suisse, où l'avortement était légal et sans danger. Quarante ans plus tard, les militant.e.s du MLAC sont à la retraite, mais les équipes travaillant dans les centres autonomes d'IVG ont choisi cette pratique, et font toujours un travail de qualité.

Les années passant, l'opposition des services de gynécologie-obstétrique s'est faite moins forte, et de nombreux hôpitaux ont mis en place des unités fonctionnelles d'IVG ou ont développé une activité IVG au sein de leurs services de gynécologie-obstétrique. Le fonctionnement des unités fonctionnelles est en général très proche de celui des centres autonomes, et garantit une prise en charge de qualité parce qu'il réunit les caractéristiques suivantes :

- personnel dédié ;
- locaux dédiés ;
- budget dédié ;
- ligne téléphonique dédiée.

Il n'en va pas de même lorsque le service de gynécologie-obstétrique assure une activité IVG, car les IVG sont alors réalisées par des internes en fin de bloc opératoire, et car l'activité n'est jamais prioritaire sur les autres activités du service (accouchements, chirurgie, etc.)

Jusqu'à 2017-2018, l'AP-HP a soutenu le développement et le maintien des centres autonomes et unités fonctionnelles, même s'il a souvent fallu une mobilisation des équipes et des associations (Planning Familial, Coordination des Associations pour le Droit à l'Avortement et à la Contraception, Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception). Aujourd'hui, l'AP-HP cherche à développer la chirurgie ambulatoire dans les Unités de Chirurgie Ambulatoire (UCA). Si ce « virage ambulatoire » peut représenter un progrès pour des patient.e.s jeunes en bonne santé et disposant d'un logement personnel, ses conséquences sont parfois plus ambiguës.

Pour ce qui concerne l'IVG, l'intégration des IVG dans les blocs centraux et les UCA représente un net recul pour la qualité des soins et pour les droits des femmes, et ce pour plusieurs raisons :

- les UCA ne représentent pas les mêmes garanties de confidentialité et de discrétion que des locaux dédiés à l'IVG ;
- les conditions de travail au bloc central (nettoyage, brancardage) sont excessives pour des interventions légères comme les IVG (10-15 minutes d'anesthésie, sans intubation), et allongent considérablement le temps de prise en charge alors que les études de satisfaction sur l'IVG montrent que les femmes sont d'autant plus satisfaites que le geste est réalisé rapidement ;
- le personnel du centre d'IVG n'est plus seul en charge des femmes, exposées aux jugements moraux d'équipes n'ayant pas choisi de faire des IVG et désapprouvant cette pratique ;
- les IVG n'ont plus lieu dans des locaux dédiés, ce qui complique les démarches des femmes dans un contexte où elles apprécient la simplicité, la rapidité et la discrétion.

En somme, l'IVG était déjà réalisée en ambulatoire, y compris sous anesthésie générale. Il n'y a donc ici nul « virage ambulatoire », mais un virage à 180° ramenant les centres autonomes et unités fonctionnelles, non à une activité IVG au sein du service de gynécologie-obstétrique, mais à une activité IVG au sein des blocs centraux et UCA, ce qui pose exactement les mêmes problèmes. Il s'agit d'un recul pour les droits des femmes et d'une négation de notre histoire : ce qui a fait la qualité et la pérennité de la pratique de l'IVG à l'hôpital, et à l'AP-HP en particulier, ce sont les centres autonomes et unités fonctionnelles. Que les équipes concernées défendent le maintien des IVG, y compris sous anesthésie générale, dans leurs locaux, ou qu'elles tentent de limiter la casse lorsqu'elles n'ont pu empêcher le transfert des IVG à l'UCA, elles se battent pour que la qualité de la prise en charge réponde aux attentes des femmes !

Rosa WARUM

- - - - -

Commentez cet article, partagez-le sur les réseaux sociaux, discutez-en avec vos collègues