



HAL
open science

Place de la sage-femme dans la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse en Isère : étude épidémiologique descriptive

Carole Delaforge

► **To cite this version:**

Carole Delaforge. Place de la sage-femme dans la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse en Isère : étude épidémiologique descriptive. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01367263

HAL Id: dumas-01367263

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01367263>

Submitted on 15 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE
DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

PLACE DE LA SAGE-FEMME DANS LA PRISE EN
CHARGE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE
GROSSESSE EN ISERE

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DESCRIPTIVE

Mémoire soutenu le mardi 21 juin 2016

Par DELAFORGE Carole

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2016

Mots clés

Interruption volontaire de grossesse
Sage-femme
Orthogénie

RESUME

Objectifs : Déterminer combien de sages-femmes iséroises pensent intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique. Déterminer les arguments favorables et les freins à la pratique de l'IVG par les sages-femmes, leur besoin de formation en orthogénie et leur position quant à l'intégration de l'IVG chirurgicale à leurs compétences.

Matériels et méthode : Etude descriptive, prospective, réalisée par questionnaire auprès de sages-femmes en Isère.

Résultats : Parmi les 412 questionnaires distribués, 157 ont été inclus dans cette étude. 28,2% des sages-femmes iséroises pensent intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique. 66,9% des sages-femmes pensent que leur permettre de réaliser des IVG améliorerait l'accès aux soins pour les femmes. Pour 54,8% d'entre elles, l'appréhension de gérer les complications d'une IVG serait un frein à leur pratique. 77% des sages-femmes pensent que des stages pratiques seraient nécessaires à l'exercice de l'orthogénie, 64,7% souhaitent l'ajout de stages à la formation initiale. 92% des sages-femmes ne pensent pas que l'IVG chirurgicale puisse faire partie de leurs compétences.

Conclusion : Un tiers des sages-femmes iséroises semble prêtes à intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique. Au travers d'une revalorisation de la place de la sage-femme dans la régulation des naissances, l'évolution de ses compétences pourrait amener un changement des mentalités et faire des sages-femmes des acteurs de soins identifiés dans les domaines de l'IVG.

Key words

Abortion
Midwife
Birth control

ABSTRACT

Objectives : Determine how many midwives of Isere think to integrate medical abortion into their practices. Determine the arguments for and obstacles against the practice of abortion by midwives, their needs for formation about birth control practicing and their position as for an integration of surgical abortion to their skills.

Materials and methods : Study carried out by questionnaire with midwives of Isere.

Results : Among the 412 distributed forms, 157 included in the study. 28,2% of midwives of Isere think to integrate medical abortion into their practices. 66,9% of midwives think that enable them to provide abortions improve access to care for women. For 54,8 % of them, the apprehension to manage the complications of an abortion would be an obstacle to their practice. 77,3% of midwives think that in-service training must be necessary to practice birth control, 64,7% want an addition of these training at the initial formation. 92% of midwives don't think that surgical abortion could be doing part of their skills.

Conclusion : A third of midwives of Isere seems ready to integrate medical abortion into their practices. Through a reevaluation of the role of the midwife in birth control, the evolution of her skills could bring a modification of mentalities and make midwives actors of care identified in the abortion's domains.

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury :

Mme Chantal SEGUIN, Sage-Femme Directrice du Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Présidente du Jury ;

Mme le Pr Pascale HOFFMANN-CUCUZ, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Co-Présidente du Jury ;

Mme Marion OUIDIR, Sage-Femme Doctorante à l'Institut Albert Bonniot de l'Université Grenoble Alpes, Membre Invité du Jury ;

Mme le Dr Marie SICOT, Médecin au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, Directrice de ce mémoire ;

M Lionel DIMARCO, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, co-Directeur de ce mémoire ;

Je remercie plus particulièrement :

Mme le Dr Marie SICOT, Médecin au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, Directrice de ce mémoire ;

Pour sa disponibilité, ses précieux conseils et son investissement dans ce mémoire.

M. Lionel DIMARCO, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble ;

Pour son accompagnement et son soutien sans relâche tout au long de ces études.

L'ensemble des sages-femmes iséroises ;

Pour avoir pris le temps de répondre au questionnaire.

Je remercie à titre personnel :

Ma famille et mes amis ;

Pour votre soutien et vos encouragements durant ces quatre années d'études.

Mes camarades de promotion ;

Pour tous ces moments partagés.

Clara ;

Pour ta présence, ta bonne humeur et ton amitié depuis toutes ces années.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	1
I. INTRODUCTION	2
II. MATERIELS ET METHODES	4
1. Type d'étude	4
2. Population	4
3. Objectifs de l'étude	4
4. Critères de jugement	5
5. Recueil des données	5
6. Analyse statistique	7
III. RESULTATS	8
1. Caractéristiques de la population	9
2. Objectif principal	11
3. Objectifs secondaires	12
3.1 Arguments favorables et freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes	12
3.2 Besoin de formation des sages-femmes	13
3.3 IVG chirurgicale	14
IV. DISCUSSION	15
1. Limites de l'étude	15
2. Objectif principal	17
3. Objectifs secondaires	20
V. CONCLUSION	24
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	26
ANNEXES	29

ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CIR : Conseil Inter-régional

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SA : Semaines d'Aménorrhée

I. INTRODUCTION

En 2015^[1], 203 500 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France métropolitaine, dont 22 655 en région Auvergne-Rhône-Alpes. Le nombre d'IVG est stable depuis 2006 et a présenté une légère baisse en 2015 faisant suite à une hausse en 2013. 43% des IVG réalisées sont chirurgicales et 57% sont médicamenteuses. Concernant les IVG médicamenteuses, 68% ont été effectuées en milieu hospitalier, 29% en cabinet médical de ville, 2,7% en CPEF (Centre de Planification et Education Familiale), centre de PMI (Protection Maternelle et Infantile) et centres de santé.

Le cadre législatif de l'IVG évolue depuis la fin du XX^{ème} siècle. La loi Veil^[2] de 1975 légalise l'IVG et autorise sa réalisation jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée (SA) par un médecin. En 2001, la loi Aubry^[3] autorise sa réalisation jusqu'à 14 SA par un médecin et dans un centre hospitalier. Par un décret de 2010^{[4][5]}, les sages-femmes sont habilitées à réaliser les entretiens psychosociaux, néanmoins la clause de conscience^[6] leur permet de ne pas participer aux IVG, comme les autres professionnels de santé. La loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire^[7] (HPST) vient élargir les compétences de la sage-femme en leur permettant de réaliser le suivi gynécologique de prévention et du suivi contraceptif des femmes.

Un rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques^[8] (DREES) montre qu'en 2007, 1 600 sages-femmes ont réalisé 20,4% des entretiens psychosociaux dans le cadre d'une IVG, sous la délégation (c'est à dire après validation par la Haute Autorité de Santé) ou non d'un médecin. Près d'un tiers du personnel intervenant dans la pratique des IVG sont des sages-femmes. En effet, avant 2016, « des sages-femmes réalisaient sous délégation les consultations pré-IVG et post-IVG, la délivrance de la mifépristone, la surveillance lors des hospitalisations, les consultations post-IVG... »^[9]. Depuis 2001^[4] il était précisé dans le Code de la Santé Publique qu'une sage-femme pouvait participer à la prise en charge d'une IVG, de part la réalisation des entretiens psychosociaux.

Le 26 janvier 2016 a été promulguée la nouvelle Loi Santé^[10], basée sur la stratégie nationale de santé lancée par le gouvernement en 2013. L'article L2212-2 du Code de la Santé Publique^[11] traitant de l'interruption volontaire de grossesse se voit ainsi modifié : « L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin ou, pour les seuls cas où elle est réalisée par voie médicamenteuse, par une sage-femme. (...) ». La sage-femme acquiert donc une nouvelle compétence jusque-là réservée aux médecins.

Aujourd'hui^[12], les sages-femmes acquièrent leurs compétences en orthogénie au cours de leur formation initiale. Il convient de rappeler que le domaine de compétences actuel des sages-femmes est celui de la physiologie. Néanmoins une grossesse non désirée n'en fait pas une grossesse pathologique^[9], la prise en charge des demandes d'IVG est donc bien en accord avec les compétences des sages-femmes.

En sachant qu'en France au 1er janvier 2015, 27 116 sages-femmes étaient inscrites au Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes, leur permettre de pratiquer l'IVG médicamenteuse pourrait améliorer l'accès des femmes à l'IVG. La nouvelle loi de santé s'inscrit-elle alors dans la réalité des pratiques actuelles des sages-femmes? Nous avons choisi de nous interroger sur la place des sages-femmes dans la prise en charge d'une IVG médicamenteuse, émettant l'hypothèse que celles-ci pourraient accueillir positivement l'exercice de cette nouvelle compétence. L'objectif principal de l'étude est de déterminer la proportion de sages-femmes en Isère pensant intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique. Les objectifs secondaires sont de déterminer quels sont les arguments favorables et les freins à la réalisation des IVG médicamenteuses par les sages-femmes iséroises, de déterminer leur besoin de formation dans le domaine de l'orthogénie et de déterminer quelle serait leur position quant à une éventuelle intégration de l'IVG chirurgicale à leurs compétences.

II. MATERIELS ET METHODES

1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive.

2) Population

L'échantillon est constitué de sages-femmes exerçant en Isère. 412 sages-femmes ont été contactées, dont 175 libérales, 17 territoriales et 220 salariées.

Le critère d'éligibilité est l'exercice de la profession en Isère.

Le critère d'inéligibilité est l'exercice de la profession dans un département autre que l'Isère.

Le critère d'exclusion est la détention d'un diplôme étranger.

3) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de déterminer la proportion de sages-femmes iséroises pensant intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique.

Les objectifs secondaires sont :

- déterminer les arguments favorables et les freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes iséroises
- évaluer le besoin de formation en orthogénie des sages-femmes iséroises
- déterminer la position de ces sages-femmes quant à une éventuelle intégration de l'IVG chirurgicale à leurs compétences

4) Critères de jugement

Le critère de jugement principal est le pourcentage de sages-femmes pensant intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique et les caractéristiques selon leur mode d'exercice.

Les critères de jugement secondaires sont :

- les proportions d'arguments favorables et de freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes iséroises
- le pourcentage de sages-femmes trouvant nécessaire d'améliorer la formation en orthogénie par la réalisation de formations complémentaires, de stages pratiques ou par la modification de la formation initiale
- le pourcentage de sages-femmes estimant que l'IVG chirurgicale pourrait faire partie de leurs compétences

5) Recueil des données

Les données ont été recueillies de manière prospective, par l'intermédiaire d'un questionnaire (cf. annexe I). La liste des sages-femmes libérales et territoriales contactées a été établie après croisement des annuaires des Pages-Jaunes et du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Le questionnaire papier leur a été adressé par courrier postal. Concernant les sages-femmes hospitalières, le questionnaire informatisé leur a été transmis au travers d'un mail commun envoyé par le biais des cadres de maternités. Ont donc été contactées les sages-femmes des établissements suivants :

- Centre Hospitalier Pierre Oudot à Bourgoin-Jallieu (38 317), établissement public de niveau 1
- Clinique des Cèdres à Echirolles (38 130), établissement privé de niveau 1
- Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble (38 028), établissement de Santé Privé

d'Intérêt Collectif (ESPIC) de niveau 1

- Hôpital Couple Enfant de La Tronche (38 700), établissement public de niveau 3
- Clinique Belledonne de Saint Martin d'Hères (38 400), établissement privé de niveau 2
- Hôpital Lucien Husel de Vienne (38 200), établissement public de niveau 2
- Centre Hospitalier Pierre Bazin de Voiron (38 506), établissement public de niveau 2

Seule la Clinique Saint Vincent de Paul de Bourgoin Jallieu, pour des régions religieuses (maternité catholique), n'a pas souhaité transmettre le questionnaire à ses équipes, soit 12 sages-femmes.

Les données ont été recueillies sur la période du 15 octobre 2015 au 31 décembre 2015, lorsque la Loi Santé n'était pas encore promulguée.

Le questionnaire (cf. annexe I) est composé de 23 questions, certaines ouvertes, d'autres à choix multiples. Pour chaque question, lorsqu'aucun item n'est coché, la réponse n'est pas comptabilisée.

Les 13 premières questions permettent de définir les caractéristiques de la population. Une question relative aux compétences de la sage-femme nous permet de déterminer combien de sages-femmes savent que la réalisation des IVG médicamenteuses sous délégation d'un médecin en fait actuellement partie.

Quatre questions permettent de répondre à l'objectif principal. Deux d'entre elles établissent le nombre de sages-femmes pensant intégrer l'IVG médicamenteuse. Les deux autres déterminent les arguments favorables et les freins à cette pratique.

Deux questions permettent de répondre à l'objectif secondaire relatif aux arguments favorables et aux freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes.

Trois questions permettent de répondre à l'objectif secondaire relatif au besoin de formation des sages-femmes. Deux s'adressent uniquement aux diplômés de 2015 et évaluent la qualité de la formation initiale. Une troisième ouverte à tous les répondants détermine le type de formation ou de modification de la formation initiale jugés nécessaires au bon exercice de

l'orthogénie.

Enfin, une question permet de répondre à l'objectif secondaire concernant l'IVG chirurgicale et détermine le nombre de sages-femmes favorables à une éventuelle intégration de cette activité à leurs compétences.

Une phase test a été réalisée au mois de septembre 2015. Un questionnaire papier a été distribué à 21 sages-femmes (15 libérales et 6 salariées). Six sages-femmes libérales et trois sages-femmes salariées ont répondu. Des ajustements ont été réalisés à partir de leurs réponses. Les items de deux questions ont été reformulés et la question 23 a été ouverte à tous. Les questionnaires de ces sages-femmes ont été exclus de l'échantillon.

6) Analyse statistique

Les données ont été saisies informatiquement et l'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Statview.

L'ensemble des variables de l'étude, à l'exception d'une, sont des variables qualitatives alors décrites par des effectifs et des proportions.

L'année d'obtention du diplôme (question 4, cf. annexe I) est une variable discrète, décrite par une médiane.

Les analyses comparatives ont été faites en utilisant le test du Khi². La probabilité exacte de Fisher est utilisée lorsque les conditions de validité du test de Khi² ne sont pas respectées. L'ensemble des résultats ont été résumés dans des tableaux de contingence. Le seuil de signification statistique retenu est fixé à 0,05.

III. RESULTATS

Un total de 157 sages-femmes a été inclus dans cette étude. (Diagramme d'inclusion)

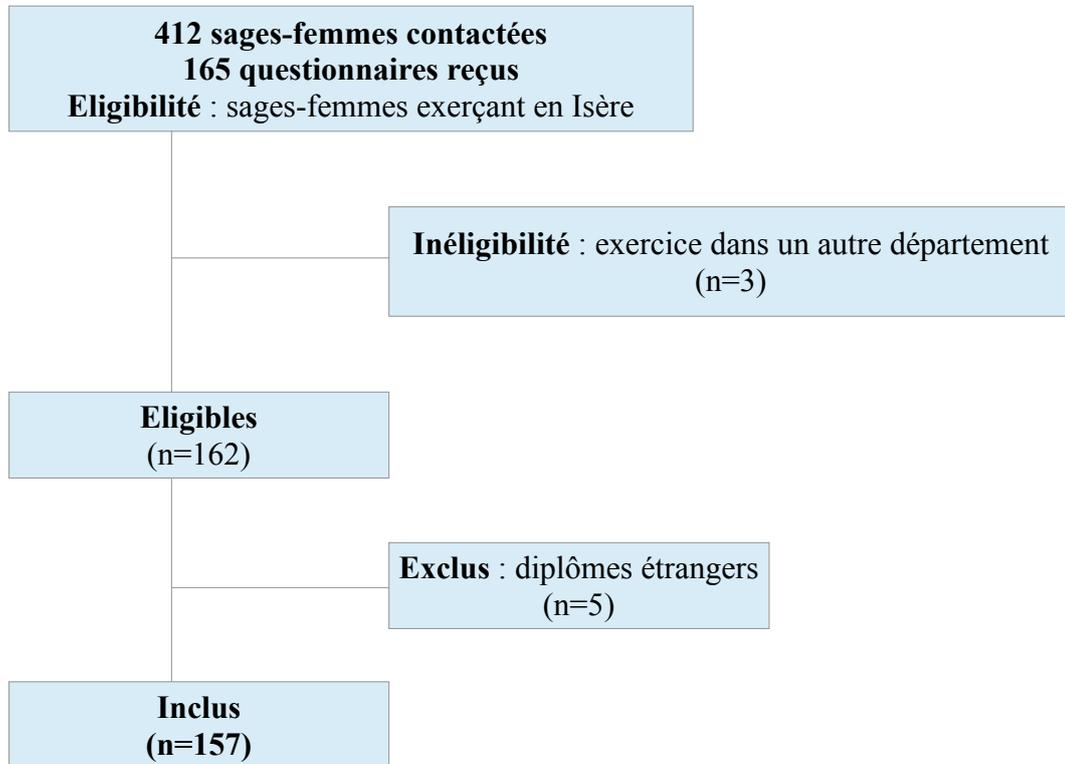


Figure 1 : sélection des participants à l'étude

1) Caractéristiques générales de la population

Tableau I : Caractéristiques de la population.

	N = 157	
	Effectif (n)	Proportion (%)
<u>Sexe :</u>		
Féminin	152	96,8
Masculin	5	3,2
<u>Age :</u>		
20-30 ans	30	19,1
31-40 ans	54	34,5
41-50 ans	40	25,5
51-60 ans	32	20,4
60 ans et +	1	0,6
<u>Année du diplôme :</u>	154*	98,10%
1973 – 2001	86	55,8
2002 – 2015	68	44,2
>= 2013	7	4,5
Médiane de l'année d'obtention du diplôme : 1999		
<u>Mode d'exercice :</u>		
Libéral	52	33,10%
Salarié	85	54,10%
Mixte	13	8,30%
PMI	5	3,20%
Recherche d'emploi	2	1,30%
<u>Exercice en centre d'orthogénie :</u>	28	17,8
Dans le passé	17	60,70%
Actuellement	11	39,30%
<u>Formation complémentaire en orthogénie :</u>	31	19,70%
<u>Oui</u>	31	19,70%
<u>Non</u>	126	80,30%
DU	12	38,70%
DIU	3	9,70%
Conférences	8	25,80%
Certificats	10	32,30%
Autre(s)	6	19,40%
<u>Prise en charge d'une IVG médicamenteuse dans le passé :</u>	156**	99,40%
<u>Oui</u>	52	33,30%
Sous délégation	51	98,10%
Seul(e)	1	1,90%

* 3 non réponse

Parmi les 85 (54,1%) sages-femmes salariées, 5 (6%) exercent actuellement dans un centre d'orthogénie.

Tableau II : Connaissance de leurs compétences par les sages-femmes

	N = 157	
	Effectif (n)	Proportion (%)
Compétences de la sage-femme :	156*	99,40%
Préparation à la naissance	132	84,60%
Echographies obstétricales et de surveillance de la grossesse non pathologique	130	83,30%
Rééducation du périnée	132	84,60%
Participation à la réalisation d'une IVG (sous délégation d'un médecin)	138	88,50%
Prise en charge d'une grossesse pathologique	39	25,00%

* 1 non réponse

2) Objectif principal : combien de sages-femmes iséroises pensent intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique ?

Le critère de jugement principal est le pourcentage de sages-femmes pensant intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique.

Tableau III : Intégration de l'IVG médicamenteuse à la pratique.

	N = 157	
	Effectif (n)	Proportion (%)
Intégration de l'IVG à la pratique :	156*	99,4
Oui	44	28,2
Pratique de l'IVG médicamenteuse :	40	90,9
Conseil conjugal	14	35
Consultations pré-IVG	33	82,5
Prescription	30	75
Réalisation	28	70
Surveillance	32	80
Consultations post-IVG	36	90
Autre(s)	3	7,5

* 1 non réponse

99,4% des sages-femmes de l'étude ont répondu à la question 14 (cf. annexe I) visant à répondre à l'objectif principal. Celui-ci montre que 28,2% des sages-femmes de l'échantillon pensent intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique.

Tableau IV : Intégration de l'IVG médicamenteuse à la pratique des sages-femmes selon leur mode d'exercice.

Mode d'exercice	Intégration de l'IVG médicamenteuse à la pratique			P-value
	Oui	Non		
Libéral	20 (45,5%)	32 (28,6%)	52	0,03
Salarié	16 (36,4%)	69 (61,6%)	85	
Mixte	6 (13,6%)	7 (6,3%)	13	
PMI	0 (0%)	4 (3,6%)	4	

3) Objectifs secondaires

3.1) Arguments favorables et freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes iséroises.

Le premier critère de jugement secondaire est la proportion d'arguments favorables et de freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes iséroises.

Tableau V : Arguments favorables et freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes iséroises

	N = 157	
	Effectif (n)	Proportion (%)
Arguments favorables :		
Diversification des compétences	48	30,60%
Complémentarité avec le suivi contraceptif	80	51,00%
Meilleure accessibilité aux soins pour les femmes	105	66,90%
Promotion de la sage-femme auprès des femmes	51	32,50%
Création de postes	19	12,10%
Compensation du manque croissant des gynécologues	51	32,50%
Meilleur accès des femmes à l'IVG médicamenteuse	102	65,00%
L'IVG est un droit à défendre	82	52,20%
Autre(s)	1	0,60%
Freins :		
L'IVG n'est pas un acte physiologique	42	26,80%
L'arrêt d'une grossesse devrait relever du médecin	8	5,10%
La sage-femme est tournée vers la naissance et la vie	13	8,30%
Appréhension de gérer les complications	86	54,80%
Acte peu valorisant	13	8,30%
Convictions personnelles	36	22,90%
Disponibilité	32	20,40%
Autre(s)	6	3,80%

3.2) Besoin de formation des sages-femmes

Le second critère de jugement secondaire est le pourcentage de sages-femmes trouvant nécessaire de modifier la formation initiale en orthogénie, de réaliser des formations complémentaires ou des stages pratiques pour le bon exercice des activités s'y rattachant.

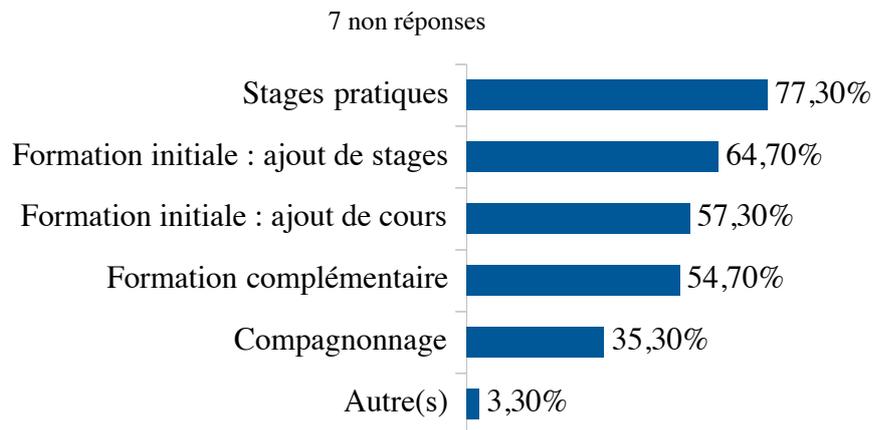


Figure 2 : propositions pour l'amélioration de la formation en orthogénie

95,5% des sages-femmes de l'étude ont répondu à la question 23 (cf. annexe I) relatant la formation en orthogénie. L'objectif secondaire montre que 116 (77,3%) pensent que des stages pratiques seraient nécessaires à l'exercice de l'orthogénie et 97 (64,7%) pensent que l'ajout de ces stages à la formation initiale le serait.

3.3) L'IVG chirurgicale pourra-t-elle faire partie des compétences de la sage-femme ?

Le dernier critère de jugement secondaire est le pourcentage de sages-femmes estimant que l'IVG chirurgicale pourrait faire partie de leurs compétences.

Tableau VI : IVG chirurgicale

	N = 157	
	Effectif (n)	Proportion (%)
<u>L'IVG chirurgicale pourrait-elle éventuellement faire partie des compétences de la sage-femme ?</u>	151*	96,20%
Oui	12	7,90%
Non	139	92,00%
<u>Pourquoi ?</u>	153**	97,50%
Acte chirurgical	45	29,40%
Risques et complications	20	13,10%
Acte relevant d'un médecin	31	20,30%
Hors compétences	32	20,90%
Formation insuffisante	14	9,20%
Mode d'exercice	9	5,90%
Cohérent avec les nouvelles compétences	5	3,30%
Acte non physiologique	5	3,30%
Reconnaissance de la profession	2	1,30%
Sans justification	40	26,10%
Autre(s)	10	6,50%

* 6 non réponses

** 2 justifications sans réponse à la question 18

96,2% des sages-femmes de l'étude ont répondu à la question 18 (cf. annexe I) portant sur l'IVG chirurgicale. L'objectif secondaire montre que 139 (92%) sages-femmes ne pensent pas que l'IVG chirurgicale puisse faire partie de leurs compétences. 97,5% de ces sages-femmes ont justifié leur réponse ; notons que 2 sages-femmes ont apporté une justification sans répondre à la question : celles-ci ont répondu être sans avis. 45 (29,4%) sages-femmes justifient leur réponse négative par le fait que l'IVG chirurgicale est justement un acte chirurgical.

IV. DISCUSSION

1) Limites de l'étude

La principale limite de cette étude est le fait que les données recueillies soient déclaratives. 165 sages-femmes iséroises sur 412 contactées ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 40%. Le coût d'envoi des questionnaires n'a pas permis de réaliser une relance des sages-femmes libérales contactées par courrier postal, mais les sages-femmes hospitalières ont été sollicitées une seconde fois par courrier électronique durant la période de recueil de données. Ont répondu au questionnaire 46% des sages-femmes libérales iséroises et 28% des sages-femmes salariées. Or 45% des sages-femmes qui pensent intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique sont libérales et 36% sont salariées. Les sages-femmes ayant répondu au questionnaire semblent majoritairement être celles étant les plus intéressées par le sujet, puisque malgré une relance les sages-femmes hospitalières ont moins répondu au questionnaire que les sages-femmes libérales. Les non réponses peuvent donc s'expliquer par un défaut d'intérêt pour le sujet ou au contraire par un sujet n'ayant pas trouvé réponse auprès des sages-femmes contactées.

La nouvelle Loi Santé^[10] promulguée le 26 janvier 2016 permet aux sages-femmes de réaliser les IVG médicamenteuses, toutefois celles-ci doivent attendre les décrets d'application spécifiant les modalités de leur pratique. Le cadre légal de mise en application de cette nouvelle compétence n'étant donc pas encore bien posé au moment de notre étude, nous pouvons nous demander si les sages-femmes étaient en mesure de se projeter dans la pratique de l'IVG lorsqu'elles répondaient au questionnaire.

Un biais de formulation de question est probable, puisque plusieurs sages-femmes n'ont coché aucun item à certaines questions, nous conduisant à ne pas comptabiliser leurs réponses. Nous pouvons nous demander si ces sages-femmes étaient sans avis sur la question,

n'y trouvaient aucun intérêt ou bien s'il s'agissait d'un oubli de leur part. L'ajout d'un item « sans avis » ou « ne sait pas » aux questions aurait certainement évité ce biais.

Un second biais de formulation de question est possible concernant la question 13 relative aux compétences de la sage-femme. Une sage-femme peut prendre en charge une grossesse pathologique sous délégation d'un médecin (dans les services de grossesse à haut risque ou en hospitalisation à domicile par exemple), mais cette nuance volontairement absente dans l'item peut porter à confusion. L'ajout du terme « seule » à l'item aurait peut-être pu éviter ce biais.

D'autre part, l'emploi du terme « direction » plutôt que « délégation » dans l'item rapporté à l'IVG aurait peut-être été plus judicieux. Par ailleurs, l'énonciation de l'article du projet de loi Santé concernant l'IVG médicamenteuse à la suite de cette question a pu induire en erreur les sages-femmes interrogées.

Le sujet de notre étude étant nouveau et d'actualité, la littérature traitant de l'IVG pratiquée par les sages-femmes est encore pauvre. Plus particulièrement, aucune étude concernant les arguments favorables et les freins à cette pratique n'a été trouvée. La discussion de l'objectif secondaire « déterminer les arguments favorables et les freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes iséroises » est donc limitée.

Sur les 157 sages-femmes ayant répondu au questionnaire, seules 3 étaient diplômées de 2015. Or deux questions leurs étaient exclusivement destinées. Nous n'avons donc pu conclure quoi que ce soit quant à la qualité de la formation initiale en orthogénie. Cet objectif secondaire ne sera donc pas discuté par la suite.

2) Objectif principal : déterminer combien de sages-femmes iséroises pensent intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique

L'étude a permis de déterminer que 44 (28,2%) des 157 sages-femmes iséroises ayant répondu au questionnaire pensent intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique. Une différence statistiquement significative ($p=0,03$) est mise en évidence selon le mode d'exercice des sages-femmes. La majorité des sages-femmes pensant intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique sont libérales. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'en libéral la décision de prendre en charge une IVG médicamenteuse relève de la sage-femme elle-même, alors que pour une sage-femme salariée celle-ci dépendrait de l'organisation de l'établissement et du rôle qu'il octroie aux sages-femmes autour de cette activité. Parmi les 85 (54,1%) sages-femmes salariées, 5 (6%) exercent dans un centre d'orthogénie et sont donc susceptibles d'avoir à prendre en charge une IVG médicamenteuse, il s'agit là d'une minorité.

L'article L2212-2 du Code de Santé Publique^[11] établit qu'une interruption volontaire de grossesse ne peut être réalisée par un médecin de ville que dans le cadre d'une convention passée avec un établissement hospitalier. En 2007^[8] en France, 25% des établissements privés et 41% des établissements publics ont conclu des conventions avec des médecins pour la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville qui représentaient 9% du total des IVG réalisées. Selon l'article L2212-4 du Code de Santé Publique^[4], les sages-femmes sont habilitées à réaliser les entretiens psychosociaux proposés avant et après la réalisation de l'IVG. Le rapport de la DREES^[8] établit qu'en 2007, en milieu hospitalier, un tiers des professionnels réalisant les IVG sont des sages-femmes. Dans les petits établissements réalisant moins de 250 IVG chaque année, elles sont 42% à y participer et 10% dans les établissements réalisant plus de 1 000 IVG par an. Toujours dans ce rapport de la DREES^[8], il est précisé que trois quarts des sages-femmes réalisant les IVG le font sous délégation d'un médecin : 85% dans les petits établissements contre 61% dans les établissements plus importants. Notre étude montre que 33% des sages-femmes iséroises ont déjà participé à la prise en charge d'une IVG

médicamenteuse, dont 98% sous délégation d'un médecin. Trente quatre pour-cents des sages-femmes salariées ont déjà participé à la réalisation d'une IVG médicamenteuse, dont 97% sous délégation d'un médecin. Ces résultats sont assez représentatifs des données de la DREES^[8].

Cette nouvelle loi de santé a notamment pour objectif de faire évoluer le rôle et la place de la sage-femme^[13] dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse. L'augmentation de la part des IVG médicamenteuses ces dernières années, en sachant qu'elles restent majoritairement effectuées en milieu hospitalier, demandera probablement une réorganisation des services et du rôle des sages-femmes afin que puissent s'appliquer ces nouvelles compétences.

Le nombre^{[14][15]} de médecins généralistes et de gynécologues médicaux en Isère va tendre à diminuer d'ici 2018. Au niveau national, 78% des gynécologues et 57% des médecins généralistes ont plus de 50 ans alors que seulement 18% des SF ont plus de 50 ans^[1]. En ville, si 45,5% des sages-femmes libérales pensent effectuer des IVG médicamenteuses, cela permettrait peut-être de compenser l'évolution démographique du nombre de médecins pratiquant actuellement les IVG et d'assurer ainsi le recours à l'IVG en ville pour les femmes. Les objectifs de la nouvelle loi de santé seraient donc atteignables.

Au niveau mondial, afin d'améliorer l'accès à l'IVG dans un contexte de démographie médicale difficile, l'OMS^[16] recommande que les avortements puissent être réalisés par les acteurs de soin de niveau intermédiaire, comme les sages-femmes. Elle propose également la formation des sages-femmes à la réalisation des IVG chirurgicales par aspiration et des IVG médicamenteuses dans le but d'augmenter l'accès des femmes à un avortement plus sécurisé. Plusieurs études^{[17][18][19][20]} ont été menées dans le monde ces dernières années pour évaluer l'efficacité et la sécurité d'un avortement mené par une sage-femme formée aux différentes méthodes d'IVG.

En Suède, une étude d'équivalence comparant un groupe de deux sages-femmes (expérimentées dans le domaine de l'IVG et formées à l'échographie) et de 34 médecins, a mis

en évidence la supériorité du groupe des sages-femmes. Les résultats montrent que l'intégration de sages-femmes à un protocole spécifique, si elles sont formées aux différents actes associés à la réalisation d'une IVG, est efficace et peut être mise en œuvre en toute sécurité avec une grande acceptabilité chez les femmes. Cependant cette étude n'a pas été menée en aveugle et l'acceptabilité des femmes a pu être influencée par la motivation des deux sages-femmes.

Nous pouvons donc nous demander si la formation initiale des sages-femmes françaises est suffisante pour réaliser des IVG médicamenteuses ou s'il serait nécessaire d'en améliorer le contenu concernant cette activité.

Au regard des études menées à l'étranger, la nouvelle loi de modernisation du système de santé en France s'inscrit dans les directives de délégation des gestes spécialisés préconisés par l'OMS^[16]. N'ayant pas étudié la sécurité d'une IVG médicamenteuse réalisée par une sage-femme sur notre territoire, nous ne pouvons toutefois conclure ni à l'absence de risque, ni à la meilleure efficacité de celle-ci. L'étude réalisée auprès des sages-femmes iséroises montre qu'elles accueillent de façon différente cette nouvelle compétence selon leur mode d'exercice, mais que la proportion de sages-femmes qui pensent intégrer cette activité à leur pratique semble suffisante pour assurer l'accès à l'IVG pour les femmes qui le souhaitent. Cette nouvelle compétence demandera bien sûr des aménagements (décrets d'application en attente et organisation des services).

3) Objectifs secondaires

Notre premier objectif secondaire montre que la meilleure accessibilité aux soins pour les femmes est un argument favorable pour 66,9% des sages-femmes iséroises et que le meilleur accès des femmes à l'IVG médicamenteuse en est un pour 65% d'entre elles. Ces résultats viennent renforcer les conclusions de l'objectif principal.

Pour 54,8% des sages-femmes iséroises, l'appréhension de gérer les complications d'une IVG médicamenteuse est un frein à cette pratique par les sages-femmes. Ces résultats rejoignent ceux de la question concernant la formation en orthogénie, puisqu'un besoin de formation pratique est ressenti par les sages-femmes iséroises. D'autre part, seulement 5,1% des sages-femmes iséroises pensent que l'arrêt d'une grossesse devrait relever du médecin. Les sages-femmes iséroises ne semblent donc pas être contre cette pratique et nous pouvons donc nous demander si le frein majoritairement avancé n'est pas le reflet d'un manque de formation pratique en orthogénie.

Notre deuxième objectif secondaire relatif au besoin de formation en orthogénie montre que 19,7% des sages-femmes iséroises ont réalisé une formation complémentaire pour l'exercice de cette activité. Les réponses à la question relative au besoin de formation montrent que les sages-femmes iséroises trouveraient nécessaires pour l'exercice de l'orthogénie la réalisation de stages pratiques (77,3%) ou la modification de la formation initiale par ajout de stages pratiques (64,7%). Le besoin de formation ressenti par les sages-femmes iséroises vient peut-être du fait de l'ajout encore récent des enseignements relatifs à l'orthogénie dans la formation initiale.

Les études de maïeutique ont évoluées au rythme des nouvelles compétences acquises par les sages-femmes. En 2001^[21] la réforme des études a renforcé la formation en gynécologie et en contraception. De l'arrêté du 11 mars 2013^{[12][22]} découle le nouveau programme des études qui s'adapte à la loi HPST^[7] et aux nouvelles compétences qu'elle offre aux sages-femmes. Une unité d'enseignement « Gynécologie, santé génésique des femmes et aide médicale à la

procréation » est créée. Elle comporte 4 à 8 ECTS (1 ECTS représente 25 à 30 heures de cours) de théorie ayant entre autre pour objectifs « informer et conduire une consultation de contraception et péri-conceptionnelle », « pouvoir répondre aux demandes liées au désir d'enfant, à la contraception ou à l'IVG » et « informer et participer à la prise en charge des femmes ayant recours à l'IVG ». Elle comporte également 8 à 14 ECTS (1 ECTS correspond à 30 heures) de stages pratiques. Dès 2010, l'école de sages-femmes de Grenoble a rapidement adapté son programme d'études à la suite de la mise en place de la loi HPST. Toutefois nous ne pouvons pas tenir compte de ces ajustements dans la mesure où toutes les sages-femmes iséroises n'ont certainement pas été formées à Grenoble. Nous pouvons donc considérer que les sages-femmes diplômées de 2013 et plus (qui représentent 4,5% de notre échantillon) ont une formation adaptée aux nouvelles compétences acquises en 2009. 71% de ces sages-femmes trouveraient nécessaire une amélioration de la formation théorique et 43% trouveraient nécessaire la réalisation de stages pratiques. Le nouveau programme des études de maïeutique ne semble donc pas leur apporter une formation théorique en orthogénie suffisante alors que la formation pratique semble l'être.

Une étude^[23] menée auprès d'étudiants sages-femmes d'Ile de France diplômés en 2012 visait à déterminer si l'enseignement dispensé lors de la formation initiale en matière de régulation des naissances correspondait aux exigences actuelles de compétences sur le terrain. Elle montre que la formation aux pratiques médicales de prescription semble plus satisfaisante que la formation à l'accompagnement d'une IVG. Les étudiants sont satisfaits de l'enseignement théorique mais le sont moins de l'enseignement dirigé. Seulement 27% des étudiants étaient satisfaits de leur expérience clinique en stage concernant la pose de dispositifs intra-utérins. L'étude confirme qu'il est nécessaire d'améliorer la formation initiale et de l'adapter aux exigences de l'exercice professionnel. Cette étude ayant été menée en Ile de France et le contenu des formations différant peut-être légèrement d'une école à une autre, il aurait été intéressant de connaître le lieu de formation des sages-femmes pour évaluer l'origine du besoin exprimé de formation. Il apparaît néanmoins que quelle que soit l'école d'origine des sages-femmes, le rôle important qu'elles ont à jouer dans la santé gynécologique des femmes

demande à ce que leur formation initiale répondent à leurs besoins dans ce domaine. Il serait intéressant d'évaluer l'impact du nouveau programme des études de maïeutique sur la satisfaction des étudiants diplômés à partir de 2013 quant aux enseignements théoriques et pratiques.

Rappelons que les sages-femmes iséroises prescrivent plus de dispositifs intra-utérins qu'elles n'en posent. Nous pouvons nous demander si ce faible taux de pose est corrélé au besoin de formation technique qu'elles expriment. Le principal frein à la réalisation des IVG médicamenteuses avancé par les sages-femmes est l'appréhension à en gérer les complications (54,8%). Nous pouvons nous interroger sur la source de cette appréhension. Le programme de gynécologie des études de maïeutique inclut des enseignements relatifs à la prise en charge des IVG. Il semble donc que d'un point de vue théorique les sages-femmes soient formées à cette activité. Connaître les complications d'une IVG ne signifie pas forcément savoir les gérer, la question de la formation pratique se pose alors. L'installation progressive de stages cliniques en gynécologie dans le cursus des études de sages-femmes et les réticences exprimées par les structures d'accueil pourraient expliquer le besoin de formation ressenti par les étudiants.

Notre étude montre donc que les sages-femmes iséroises ressentent un besoin de formation, notamment pour la gestion des complications d'une IVG médicamenteuse, expliqué par la modification encore récente de leurs compétences et de leur formation initiale en orthogénie. Cependant, elle ne permet pas d'évaluer la qualité de la formation actuelle.

Notre dernier objectif secondaire montre que 7,9% des sages-femmes iséroises seraient favorables à l'intégration de l'IVG chirurgicale à leurs compétences. En 2012^[24] en Isère, 1 747 (62,6%) IVG chirurgicales ont été réalisées. A l'heure actuelle, la majorité des IVG instrumentales se font dans le service public, il s'agit donc d'un exercice salarié en majorité.

Lorsque leurs réponses sont justifiées, 29,4% répondent que l'IVG chirurgicale est un acte chirurgical, 20,9% la considère comme hors compétences et pour 20,3% il s'agit d'un acte

relevant d'un médecin. Il apparaît donc que dans l'esprit des sages-femmes l'IVG chirurgicale reste un acte médical non dénué de risques.

Rappelons que plusieurs études^{[17][18][19][20]} ont montré qu'une IVG chirurgicale réalisée par une sage-femme formée à cette technique, dans le cadre d'un protocole comprenant la réalisation d'échographies, ne présente pas plus de risque d'échec ou de complications que lorsqu'elle est réalisée par un médecin. Le rapport de l'OMS^[16] préconise que les sages-femmes puissent réaliser des IVG instrumentales. Les sages-femmes pourraient alors réaliser les IVG médicamenteuses et par aspiration jusqu'à 14 SA. La HAS^{[25][26]} a publié un cahier des charges en 2016 encadrant la réalisation des IVG chirurgicales hors établissement de santé, ainsi qu'un second encadrant leur réalisation en centre de santé.

Par ailleurs, la loi de modernisation du système de santé prévoit la réalisation des IVG chirurgicales en centre de santé. Un protocole^[27] d'expérimentation d'IVG instrumentales par les sages-femmes au Centre IVG de la Pitié Salpêtrière en Ile de France est actuellement en cours d'étude à la HAS. La mise en place de ce protocole viserait à améliorer l'accès au soin tout en assurant la qualité et la sécurité des soins. Il permettrait à la sage-femme d'élargir son champ d'activité, au médecin de libérer du temps médical pour les cas plus complexes et au médecin spécialiste d'augmenter son temps chirurgical et obstétrical. Cependant, il convient d'abord que les sages-femmes s'approprient, au travers de formations adaptées, l'IVG médicamenteuse avant d'envisager l'intégration de l'IVG chirurgicale à leurs compétences.

Les sages-femmes iséroises se montrent actuellement peu disposées à prendre part activement à cette évolution de la pratique de l'IVG chirurgicale par les sages-femmes. Les multiples études réalisées dans le monde et les projets de réalisation d'IVG chirurgicales par les sages-femmes dans certains établissements comme le Centre IVG de la Pitié Salpêtrière montrent qu'un nouvel enrichissement des compétences de la sage-femme nécessiterait une évolution des mentalités et une formation adéquate des acteurs de soins de niveau intermédiaire (sages-femmes).

V. CONCLUSION

Après l'intégration du suivi contraceptif et gynécologique de prévention aux compétences des sages-femmes en 2009, la nouvelle Loi Santé^[10] vient faire évoluer leur champs de compétences en matière d'orthogénie et de santé gènesique des femmes avec l'IVG médicamenteuse. Au travers de cette étude nous nous sommes demandé si les intentions des sages-femmes iséroises quant à la pratique de l'IVG médicamenteuse s'inscrivaient dans les objectifs de cette loi Santé.

Cette étude montre que 28,2% des sages-femmes iséroises pensent intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique, avec une différence statistiquement significative selon le mode d'exercice. Les sages-femmes libérales sont les plus favorables à cette nouvelle compétence. Bien que reçue de façon très différente selon le mode d'exercice des sages-femmes, cette nouvelle compétence permettrait un meilleur accès aux soins et à l'IVG pour les femmes. Le principal argument favorable à cette nouvelle compétence avancé par les sages-femmes iséroises est la meilleure accessibilité aux soins et à l'IVG médicamenteuse pour les femmes, mais l'appréhension d'en gérer les complications semble être un frein non négligeable pour elles. Les sages-femmes de cette étude expriment un besoin de formation dans le domaine de l'orthogénie. La réalisation de stages pratiques au cours de la formation initiale ou continue leurs paraît nécessaire au bon exercice professionnel. L'amélioration de la formation en orthogénie permettrait alors un enrichissement de leurs pratiques.

L'intégration de l'IVG médicamenteuse aux compétences de la sage-femme s'inscrit dans la démarche d'amélioration de l'accès à l'IVG de l'OMS^[16] qui recommande que les avortements médicamenteux et instrumentaux puissent être réalisés par d'autres acteurs de soins comme les sages-femmes. Toutefois les sages-femmes iséroises ne semblent pas être prêtes à ce que l'IVG chirurgicale vienne s'ajouter à leurs compétences, puisque seulement 7,9% d'entre elles y seraient favorables. Les arguments justifiant ce refus étant qu'il s'agit d'un acte chirurgical, relevant de la compétence d'un médecin, dont les risques et complications

sont importants.

Au travers d'une revalorisation de la place de la sage-femme dans la régulation des naissances, l'évolution de ses compétences pourrait amener un changement des mentalités et faire des sages-femmes des acteurs de soins identifiés dans les domaines de l'IVG. Les sages-femmes libérales en Isère semblent être les plus intéressées par la pratique de l'IVG médicamenteuse. Devant l'accélération croissante depuis 2004^[28] des effectifs de sages-femmes libérales, une formation initiale répondant aux exigences professionnelles semble indispensable pour favoriser la bonne application de l'ensemble de leurs compétences par les sages-femmes. Leur permettre de réaliser un suivi global des femmes pourrait les amener à devenir des praticiens de premier recours pour ces femmes. Il serait alors intéressant d'évaluer l'impact de la modification du programme des études de maïeutique sur les pratiques des sages-femmes en matière de régulation des naissances.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] VILAIN A.

Les interruptions volontaires de grossesse en 2015.
Etudes et Résultats. Numéro 0968. Juin 2016. DRESS.

[2] Loi no 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse (loi Veil).

JORF du 18 janvier 1975 page 739.

Consulté le 07 mai 2016, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

[3] Loi no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (loi Aubry).

JORF n°156 du 7 juillet 2001 page 10823.

Consulté le 07 mai 2016, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

[4] Article L2212-4, modifié par Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 1

JORF 7 juillet 2001

Consulté le 07 mai 2016, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

[5] Article R2311-9

Modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 75

Consulté le 07 mai 2016, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

[6] Article L2212-8 du Code de Santé Publique, modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 127

Consulté le 07 mai 2016, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

[7] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST).

JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184.

Consulté le 07 mai 2016, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

[8] VILAIN A.

Les établissements et les professionnels réalisant des IVG.
Etudes et Résultats. Numéro 712. Décembre 2009. DRESS.

[9] RAYR C.

Le rôle des sages-femmes dans la prise en charge des IVG médicamenteuses.

J GynecolObstetBiolReprod 2012; 41 (HS3) : 14-15.

[10] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 127 modifiant l'article L2212-2 du Code de la Santé Publique.

Consulté le 19 avril 2016, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

[11] Article L2212-2 du Code de Santé Publique, modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 127.

Consulté le 19 avril 2016, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

[12] Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme.

JORF n°0074 du 28 mars 2013 page 5288, texte n° 32.

Consulté le 17 mai 2016, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

- [13] La Loi Santé.
Mis à jour le 30 mai 2016. Projet porté par Marisol Touraine.
Consulté le 9 mai 2016, disponible sur <http://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>
- [14] LE BRETON-LEROUVILLOIS G.
La démographie médicale en région Rhône-Alpes. Situation en 2013.
Ordre National des Médecins.
- [15] Etat des lieux démographique des gynécologues médicaux et des gynécologues-obstétriciens en région Rhône-Alpes.
Juin 2014. ARS.
- [16] Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement. OMS, 2016.
- [17] BARNARD S, KIM C, PARK MH, NGO TD.
Doctors or mid-level providers for abortion.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD011242.
- [18] THOAI D NGO, MIN HAE PARK, CAROLINE FREE.
Safety and effectiveness of termination services performed by doctors versus midlevel providers: a systematic review and analysis.
Int J Womens Health 2013; 5 : 9-17.
- [19] KOPP KALLNER H, GOMPERTS R, SALOMONSSON E, JOHANSSON M, MARIONS L, GEMZELL DANIELSSON K.
The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial.
BJOG 2015; 122 : 510–517.
- [20] IK WARRINER, DUOLAO WANG, NT MY HUONG, KUSUM THAPA, ANAND TAMANG, IQBAL SHAH, DAVID T BAIRD, OLAV MEIRIK.
Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal.
The Lancet 2011; 377 (No. 9772) : 1155–1161.
- [21] Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme.
JORF n°294 du 19 décembre 2001 page 20115, texte n° 21.
Consulté le 17 mai 2016, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [22] Circulaire DGOS/RH1 no 2012-39 du 24 janvier 2012 relative aux modalités de mise en œuvre de la réforme LMD au sein des écoles de sages-femmes visées à l'article L. 4151-7 du code de la santé publique.
Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. 24 janvier 2012.
- [23] FLANDIN-CRETINON S., DREYFUS J-F
Place de la régulation des naissances dans la formation initiale des sages-femmes : enquête en Ile-de-France en 2012.
La Revue Sage-Femme; 12 (Issue 4) : 174-182.
- [24] Avortements suivant la région, le département où a été pratiquée l'intervention et la technique employée.
Statistiques de l'avortement en France.
INED 2016.
Disponible sur http://www.ined.fr/Xtrados/statistiques_ivg/2012/T3_2012.html

[25] Cahier des charges pour la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale hors établissement de santé.
HAS 2016.

[26] Cahier des charges pour la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale dans les centres de santé.
HAS 2016.

[27] GIRAUD D.

Protocole d'expérimentation d'IVG instrumentales par les sages-femmes à la Pitié Salpêtrière.
21èmes journées de L'ANCIC 6 et 7 novembre 2015.

[28]Compte-rendu de l'audition des sages-femmes du 7 avril 2010.
Observatoire Nationale de la Démographie des Professions de Santé.
Consulté le 17 mai 2016, disponible sur <http://social-sante.gouv.fr/>

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire

QUESTIONNAIRE « PLACE DE LA SAGE-FEMME DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'IVG MEDICAMENTEUSE »

Nom, Prénom :

1) Age :

- 20 – 30 ans
- 31 – 40 ans
- 41 – 50 ans
- 51 – 60 ans
- Plus de 60 ans

2) Sexe :

- Féminin
- Masculin

3) Nationalité du diplôme :

4) Année d'obtention du diplôme :

5) Mode d'exercice :

- Libéral
- Salarié
- Mixte
- Autre :

6) Lieu d'exercice (code postal) :

7) Avez-vous déjà exercé dans un centre d'orthogénie* ou dans un centre de planification ?

- Oui
- Non

8) Exercez-vous actuellement dans un centre d'orthogénie* ou dans un centre de planification?

- Oui
- Non

* L'orthogénie est l'ensemble des méthodes médicales et non médicales de planification et de régulation des naissances : interruption volontaire de grossesse, information sur la contraception, dépistage anonyme des maladies sexuellement transmissibles, réalisation d'entretiens conjugaux, sociaux et psychologiques, consultations gynécologiques, comme le dépistage du cancer du col de l'utérus.

9) Avez-vous réalisé une formation complémentaire (type Diplôme Universitaire, Diplôme Inter-Universitaire, conférences, certificats...) pour la pratique de l'orthogénie ?

- Oui
- Non

10) Si oui à la question 9, quel type de formation complémentaire avez-vous réalisé ?

Plusieurs réponses peuvent être cochées.

- Diplôme universitaire
- Diplôme inter-universitaire
- Conférences

- Certificats
- Autre(s) :

11) Avez-vous déjà participé à la prise en charge d'une IVG médicamenteuse ?

- Oui
- Non

12) Si oui, était-ce seule ou sous délégation d'un médecin ?

- Seule
- Sous délégation

13) Parmi les affirmations suivantes, laquelle ou lesquelles répondent à une compétence de la sage-femme ?

Plusieurs réponses peuvent être cochées.

- Préparation à la naissance
- Echographies obstétricale et de surveillance de la grossesse non pathologique
- Rééducation du périnée
- Participation à la réalisation d'une interruption volontaire médicamenteuse de grossesse (sous délégation d'un médecin)
- Prise en charge d'une grossesse pathologique

L'article 31 du projet de Loi Santé prévoit que l'IVG médicamenteuse fasse partie des compétences de la sage-femme.

« L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin ou, pour les seuls cas où elle est réalisée par voie médicamenteuse, par une sage-femme. (...)»

14) Pensez-vous intégrer l'IVG médicamenteuse à votre pratique?

- Oui
- Non

15) Si oui à la question 14, comment pensez-vous participer à cette activité?

Plusieurs réponses peuvent être cochées.

- Conseil conjugal
- Consultations pré-IVG
- Prescription de l'IVG médicamenteuse
- Réalisation de l'IVG médicamenteuse
- Surveillance post-IVG
- Consultations post-IVG
- Autre(s) :

16) Pour vous, quels seraient les arguments favorables à la pratique de l'IVG médicamenteuse par la sage-femme ?

Plusieurs réponses peuvent être cochées.

- Diversification des compétences
- Complémentarité avec le suivi contraceptif
- Meilleure accessibilité aux soins pour les femmes
- Promotion de la sage-femme auprès des femmes / meilleure intégration de la sage-femme dans la vie des femmes
- Création de postes
- Compensation du manque croissant de gynécologues
- Meilleur accès des femmes à l'IVG médicamenteuse
- L'IVG est un droit à défendre
- Autre(s) :

17) Pour vous, quels seraient les freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par la sage-femme ?

Plusieurs réponses peuvent être cochées.

- L'IVG n'est pas un acte physiologique
- L'arrêt d'une grossesse devrait relever de la décision d'un médecin
- La sage-femme est tournée vers la naissance et la vie
- Appréhension de gérer les complications de l'IVG médicamenteuse
- Acte peu valorisant
- Convictions personnelles
- Disponibilité
- Autre(s) :

18) Dans la mesure où l'IVG médicamenteuse fera partie des compétences de la sage-femme, pour vous l'IVG chirurgicale pourrait-elle venir élargir ces compétences ?

- Oui
- Non
- Pourquoi ?

19) Le suivi contraceptif des femmes fait-il partie de votre pratique quotidienne ?

- Oui
- Non

20) Si oui, dans quel domaine ?

Plusieurs réponses peuvent être cochées.

- Information sur la contraception
- Prescription de contraceptifs locaux
- Prescription de contraceptifs hormonaux
- Prescription de contraceptifs intra-utérins (diaphragmes et capes y compris)
- Insertion, surveillance et/ou retrait du diaphragme ou de la cape
- Insertion, surveillance et/ou retrait des contraceptifs intra-utérins
- Autre(s) :

Les questions 21 et 22 ne s'adressent qu'aux sages-femmes diplômées de 2015.
Pour les autres, passer directement à la question 23.

21) Votre formation initiale sur la contraception vous paraît-elle suffisante pour la pratique du suivi contraceptif des femmes ?

- Oui
- Non
- Si non, pourquoi ?

22) Si non à la question 21, ressentez-vous le besoin de réaliser une formation complémentaire en orthogénie pour pratiquer le suivi contraceptif des femmes ?

- Oui
- Non

23) Parmi ces propositions, laquelle ou lesquelles vous paraîtraient nécessaires à l'exercice de l'orthogénie par les sages-femmes?

Plusieurs réponses peuvent être cochées.

- Modification de la formation initiale : ajout de stage(s)
- Modification de la formation initiale : ajout de cours théoriques
- Formation complémentaire : diplôme universitaire et/ou inter-universitaire
- Stages pratiques
- Compagnonnage
- Autres(s) :

Mots clés

Interruption volontaire de grossesse
Sage-femme
Orthogénie

RESUME

Objectifs : Déterminer combien de sages-femmes iséroises pensent intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique. Déterminer les arguments favorables et les freins à la pratique de l'IVG par les sages-femmes, leur besoin de formation en orthogénie et leur position quant à l'intégration de l'IVG chirurgicale à leurs compétences.

Matériels et méthode : Etude descriptive, prospective, réalisée par questionnaire auprès de sages-femmes en Isère.

Résultats : Parmi les 412 questionnaires distribués, 157 ont été inclus dans cette étude. 28,2% des sages-femmes iséroises pensent intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique. 66,9% des sages-femmes pensent que leur permettre de réaliser des IVG améliorerait l'accès aux soins pour les femmes. Pour 54,8% d'entre elles, l'appréhension de gérer les complications d'une IVG serait un frein à leur pratique. 77% des sages-femmes pensent que des stages pratiques seraient nécessaires à l'exercice de l'orthogénie, 64,7% souhaitent l'ajout de stages à la formation initiale. 92% des sages-femmes ne pensent pas que l'IVG chirurgicale puisse faire partie de leurs compétences.

Conclusion : Un tiers des sages-femmes iséroises semble prêtes à intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique. Au travers d'une revalorisation de la place de la sage-femme dans la régulation des naissances, l'évolution de ses compétences pourrait amener un changement des mentalités et faire des sages-femmes des acteurs de soins identifiés dans les domaines de l'IVG.

Key words

Abortion
Midwife
Birth control

ABSTRACT

Objectives : Determine how many midwives of Isere think to integrate medical abortion into their practices. Determine the arguments for and obstacles against the practice of abortion by midwives, their needs for formation about birth control practicing and their position as for an integration of surgical abortion to their skills.

Materials and methods : Study carried out by questionnaire with midwives of Isere.

Results : Among the 412 distributed forms, 157 included in the study. 28,2% of midwives of Isere think to integrate medical abortion into their practices. 66,9% of midwives think that enable them to provide abortions improve access to care for women. For 54,8 % of them, the apprehension to manage the complications of an abortion would be an obstacle to their practice. 77,3% of midwives think that in-service training must be necessary to practice birth control, 64,7% want an addition of these training at the initial formation. 92% of midwives don't think that surgical abortion could be doing part of their skills.

Conclusion : A third of midwives of Isere seems ready to integrate medical abortion into their practices. Through a reevaluation of the role of the midwife in birth control, the evolution of her skills could bring a modification of mentalities and make midwives actors of care identified in the abortion's domains.