



HAL
open science

Les sages-femmes libérales souhaitent-elles assurer la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses ? Enquête auprès des sages-femmes libérales des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne

Axelle Bulke

► **To cite this version:**

Axelle Bulke. Les sages-femmes libérales souhaitent-elles assurer la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses ? Enquête auprès des sages-femmes libérales des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01548113

HAL Id: dumas-01548113

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01548113>

Submitted on 27 Jun 2017

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.

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES

Université de Caen Normandie

Les sages-femmes libérales souhaitent-elles assurer la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses ?

Enquête auprès des sages-femmes libérales des
départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne.

Mémoire présenté et soutenu par

Axelle Bulke

Née le 13 Juin 1993

Sous la direction de Madame Saïda Bouraï-Bennia

En vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme

Année universitaire 2016 -2017



CAEN · CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE
UNIVERSITAIRE

SANTÉ

CHUCaen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

REMERCIEMENTS

Je remercie Madame Saïda Bouraï-Bennia, directrice de ce mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils avisés et son implication dans ce travail.

Je tiens également à remercier Madame Nathalie Brielle, sage-femme enseignante, pour le temps qu'elle m'a accordé, pour son aide précieuse et ses encouragements.

Merci aux sages-femmes libérales qui ont accepté de répondre à notre enquête.

Merci aux enseignantes de l'École de Sages-femmes de Caen pour ces quatre années passées à leurs côtés.

À ma famille et à mes ami(e)s, merci pour tout.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1. <u>Histoire de l'avortement en France</u>	1
1.1. Au XIXe siècle – Début du XXe siècle	1
1.2. Pendant la seconde moitié du XXe siècle	2
2. <u>Épidémiologie : l'IVG actuellement en France et en Basse-Normandie</u>	6
3. <u>Les sages-femmes et l'orthogénie</u>	8
3.1. Les liens entre les sages-femmes et l'orthogénie	8
3.2. Compétences et pratiques des sages-femmes en orthogénie	10
3.2.1. <i>Avant 2016</i>	10
3.2.2. <i>Depuis la loi de modernisation du système de santé</i>	11
3.3. Formation des sages-femmes en orthogénie	12
3.3.1. <i>Lors de la formation initiale</i>	12
3.3.2. <i>Formation continue</i>	14
4. <u>Le cadre de la pratique de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé</u>	14
4.1. Les textes de référence	14
4.2. Les médicaments	15
4.3. Le suivi de la femme	15
4.4 La rémunération	17

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. <u>Problématique</u>	18
2. <u>Objectifs</u>	18
3. <u>Hypothèses</u>	18
4. <u>Population cible</u>	19
5. <u>Etude</u>	19
6. <u>Outils statistiques, recueil et exploitation des données</u>	19

RÉSULTATS

1. <u>Profil de l'échantillon</u>	20
2. <u>Données en fonction du type d'exercice professionnel libéral</u>	22
3. <u>Données en fonction de la durée d'installation en exercice libéral</u>	23
4. <u>Données en fonction de la formation initiale reçue et de l'expérience dans un service d'orthogénie</u>	23
5. <u>Données en fonction de l'année d'obtention du diplôme de sage-femme</u>	27
6. <u>Données en fonction de l'exercice de suivi gynécologique</u>	27
7. <u>Avis des sages-femmes sur leurs nouvelles compétences</u>	28
8. <u>Profils des sages-femmes souhaitant réaliser dans un futur proche des IVG médicamenteuses et des sages-femmes intéressées par une formation</u>	30

DISCUSSION

1. <u>Forces et limites de l'étude</u>	32
1.1. <u>Forces de l'étude</u>	32
1.2. <u>Limites de l'étude</u>	32
1.2.1. <u>Taille de l'échantillon</u>	32

1.2.2. <i>Biais</i>	33
1.2.3. <i>Sujets non abordés</i>	33
2. <u>Analyse des résultats et discussion</u>	34
2.1. La prise en charge de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes libérales de notre étude	34
2.1.1. <i>Les motivations des sages-femmes qui souhaitent prendre en charges des IVG médicamenteuses</i>	34
2.1.2. <i>Les motivations des sages-femmes qui ne souhaitent pas prendre en charge des IVG médicamenteuses dans un futur proche</i>	37
2.2. Prise en charge de l'IVG : un profil type de sages-femmes libérales ?	38
2.2.1. <i>Enseignement reçu sur l'IVG médicamenteuse</i>	38
2.2.2. <i>Influence de l'année d'obtention du diplôme de sage-femme sur l'envie donnée par les études de s'investir en orthogénie et sur la volonté de pratiquer des IVG médicamenteuses</i>	39
2.2.3. <i>Influence de l'expérience professionnelle en orthogénie sur la volonté de pratiquer des IVG médicamenteuses</i>	40
2.2.4. <i>Influence de la durée d'installation en libéral sur la volonté de pratiquer des IVG médicamenteuses</i>	41
2.2.5. <i>Influence de la pratique du suivi gynécologique sur la volonté de pratiquer des IVG médicamenteuses</i>	41
2.2.6. <i>Influence des conditions d'installation sur la volonté de pratiquer des IVG médicamenteuses</i>	42
2.3. Avis des sages-femmes sur leurs compétences en orthogénie	43
2.4. Formation continue	44
<u>CONCLUSION</u>	
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	
<u>ANNEXES</u>	

GLOSSAIRE

AMP : Aide Médicale à la Procréation

ANSFL : Association Nationale des Sages-femmes Libérales

ANSFO : Association Nationale des Sage-femmes Orthogénistes

ARS : Agence Régionale de Santé

CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPEF : Centres de Planification et d'Éducation Familiale

CSP : Code de la Santé Publique

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DOM : Département d'Outre-Mer

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

HCE : Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

MLAC : Mouvement pour la liberté de l'Avortement et de la Contraception

MLF : Mouvement de Libération des Femmes

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RPBN : Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie

SF : Sage-femme

INTRODUCTION

Le 26 janvier 2016, la loi n°2016-41, dite de « Modernisation du système de santé » portée par Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la Santé, est promulguée ⁽¹⁾.

Il s'agit dans le cadre qui nous intéresse ici, de conférer aux sages-femmes de nouvelles compétences, notamment la réalisation d'Interruptions Volontaires de Grossesses (IVG) médicamenteuses (article L2212-1 du CSP).

Le Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016, qui complète cette loi, précise et encadre les conditions de cette pratique. ⁽¹⁾

Ce changement récent dans les compétences des sages-femmes en orthogénie amène à s'interroger d'une part sur les raisons pour lesquelles cette tâche leur a été confiée, et d'autre part sur leur avis face à cette nouvelle disposition: souhaitent-elles pratiquer des IVG médicamenteuses?

Le but de ce travail aura entre autres pour objectifs de répondre à ces interrogations, à travers une revue des données de la littérature ainsi qu'une étude menée par questionnaire auprès des sages-femmes libérales des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne.

1. Histoire de l'avortement en France

1.1. Au XIXe siècle – Début du XXe siècle

En **1810** est créé le Code pénal, dont l'article 317 condamne sans distinction quiconque provoque l'avortement d'une femme enceinte, avec ou sans son consentement, à la prison.

Dès **1890**, un mouvement, les Néo-Malthusiens, revendique le droit aux contraceptions : limiter les naissances est perçu comme un moyen pour le peuple et pour les femmes de se libérer. Rapidement, ils sont contrés par des mouvements natalistes, soutenus par une Église catholique puissante en France. Puis vient le temps de la première Guerre mondiale, avec une politique fortement militaire et nataliste. En 1920, une nouvelle loi répressive découle de cette politique : elle réprime la complicité et la provocation à

l'avortement ainsi que toute propagande anticonceptionnelle, mais laisse en vente libre les préservatifs.

En **1942**, le régime de Vichy instaure la peine de mort pour les avorteuses, l'avortement étant proclamé « crime contre la sûreté de l'État ». Sous ce régime, le Conseil de l'Ordre des médecins applique des mesures disciplinaires spécifiques aux praticien(ne)s en plus des mesures pénales. Marie-Louise Giraud, « faiseuse d'ange », est guillotinée en 1943. À la libération, la peine de mort pour avortement est abolie. ⁽²⁾

1.2. Pendant la seconde moitié du XXe siècle

A partir de **1955**, est créé le mouvement Maternité Heureuse. Son but est de promouvoir l'harmonie familiale par l'épanouissement sexuel de la femme et d'introduire en France des moyens contraceptifs pour éviter les drames de l'avortement. Ce mouvement prône un contrôle des naissances pour la santé physique et psychologique des familles.

En **1960**, Maternité Heureuse devient le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF), dont le but premier sera de promouvoir la contraception. ⁽³⁾

En **1965**, les femmes peuvent enfin travailler sans l'autorisation de leur mari. Le MFPF croît à grande vitesse : en 1966, des centres sont créés un peu partout en France et sont très fréquentés. Le Conseil de l'Ordre laisse alors la liberté aux médecins de parler de contraception avec les familles. L'Institut National d'Études Démographiques estime que, durant l'année 1966, 250 000 avortements clandestins ont eu lieu, dont 1 pour mille entraînant le décès de la femme. ⁽⁴⁾

En **1967**, sous la pression du MFPF, la loi Neuwirth (député gaulliste) est adoptée : les adultes (plus de vingt et un ans) pourront acheter des contraceptifs, non-remboursés. La contraception moderne ne concerne en 1970 qu'une minorité de femmes (classes moyennes et hautes). L'interdit d'avorter reste intact et l'information comme la publicité pour les contraceptifs restent interdites. ⁽³⁾

En **1971**, 343 femmes célèbres déclarent publiquement avoir avorté : c'est le « *manifeste des 343 salopes* ». La même année, la marche internationale pour l'abolition des lois contre l'avortement est un succès : des milliers de femmes défilent à Paris pour cette première manifestation.

En **1972**, lors du procès « de Bobigny » à l'encontre d'une mineure qui a avorté, Gisèle Halimi, en collaboration avec le Mouvement pour la liberté de l'Avortement et de la Contraception (MLAC), le Mouvement de Libération des Femmes (MLF) et le mouvement *Choisir* (mouvement de lutte créé notamment par Gisèle Halimi, Simone De Beauvoir et Christiane Rochefort) fait acquitter cette jeune femme de 17 ans et sa mère qui l'avait aidée. Cette même année, la méthode dite Karman (avortement par aspiration), est introduite en France par une équipe de médecins grenoblois. Cette méthode est d'une grande importance politique car sa simplicité permet qu'elle soit pratiquée par un personnel non médical, avec un minimum de matériel spécialisé, sans risque pour la vie et la santé gynécologique des femmes.

En **1973**, 331 médecins déclarent qu'ils pratiquent des avortements. ⁽⁵⁾

C'est dans ce contexte de mobilisation et de luttes incessantes que le débat est ouvert à l'Assemblée nationale, très majoritairement masculine, en 1974 ⁽³⁾. Simone Veil, ministre de la santé du gouvernement Giscard d'Estaing, propose un projet ayant pour objectif de réduire les séquelles des avortements clandestins, de réduire le nombre d'avortements et de faire cesser les pratiques illégales. ⁽⁶⁾

En janvier **1975**, face à la pression de la société civile, la proposition de Simone Veil est adoptée pour quatre ans (*Annexe I*). Elle a pour objectif de trouver un consensus entre les différents courants vis-à-vis de l'avortement. Cette loi ne reconnaît le droit à l'IVG que pour des femmes « *en situation de détresse* » (Art. L162-1 du CSP). Les mineures célibataires doivent avoir le consentement écrit d'un de leurs parents. Le remboursement n'est pas prévu. Les étrangères sans papiers ne peuvent pas avorter. Cette loi prévoit une éducation à la contraception, sans lui accorder de réels moyens de mise en œuvre. Cette loi reste donc restrictive et ne répond pas aux demandes des militant(e)s qui défendent l'avortement libre et gratuit. La propagande et la publicité (Art. L.647 du CSP) pour l'avortement restent passibles d'amende et d'emprisonnement : « *En aucun cas l'interruption volontaire de grossesse ne doit constituer un moyen de réguler les naissances* » (Art. L2214-2 du CSP). L'avortement hors structure médicale est toujours passible de prison. ⁽³⁾

La loi organise un parcours pour la femme désirant avorter :

- Elle doit voir un médecin, qui doit l'informer des risques encourus pour elle-même et pour ses maternités futures, des aides familiales et à l'adoption, puis après seulement, des Centres d'IVG (CIVG).

- Elle doit aller consulter un centre d'information et de conseil familial, où l'assistante doit lui proposer des solutions à ses "problèmes sociaux".

- Une semaine après la première consultation, elle doit renouveler sa demande d'interruption auprès de son médecin, par écrit.

- Le médecin peut alors pratiquer l'IVG, dans un hôpital approprié. Cependant, les médecins, le personnel médical et les établissements privés peuvent refuser de pratiquer cet acte.

En **1979**, la loi Pelletier sur l'IVG reconduit définitivement la loi Veil.

En **1982**, la loi Roudy (Ministre des Droits de la femme de 1981 à 1986) permet le remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale (80%, 100% pour les titulaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou les mineures) et la mise en place des CIVG. Les contraceptifs ne sont toujours pas remboursés. C'est en 1987 que la publicité sur les préservatifs n'est plus interdite (Art. L.647 du CSP).

En **1988** la pilule abortive RU 486, permettant d'avorter par jusqu'à cinq semaines de grossesse, est mise sur le marché. Son utilisation est autorisée en milieu hospitalier par un arrêt du Conseil d'État du 21 décembre 1990.⁽⁷⁾

La loi du 27 janvier **1993** dite loi Neiertz réprime « l'entrave à l'IVG », qui devient un délit passible de deux ans de prison et de 2000 à 30 000 francs d'amende. Elle permet aux associations de se porter partie civile en cas d'envahissement des CIVG (cela fait suite aux attaques répétées de centres d'IVG par des commandos anti-IVG). Elle dépénalise l'auto-avortement.

La loi du 4 Juillet **2001** dite « Loi Aubry » légifère de nouveau sur l'IVG et permet de nouvelles avancées concrètes :

- deux semaines sont ajoutées au délai légal : il est permis d'interrompre une grossesse jusqu'à douze semaines de grossesse avec la méthode instrumentale

- les peines pour « *entrave à la pratique des IVG* » sont alourdies.

- la publicité et l'information quant aux Centres autonome d'IVG et aux démarches d'IVG sont permises.
- les femmes étrangères peuvent avorter sur le sol français.
- les mineures doivent toujours faire un entretien social, cependant elles peuvent garder le secret vis-à-vis de leurs parents en se faisant accompagner d'un adulte de leur choix.
- l'entretien social n'est plus obligatoire pour les femmes majeures mais la semaine de réflexion est maintenue. Cependant, elle peut se réduire à quarante-huit heures en cas d'urgence.

La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé convention. Ces IVG peuvent être pratiquées jusqu'à sept semaines d'aménorrhée. ⁽⁸⁾

Depuis le décret du 6 mai **2009**, qui précise les modalités de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 étendant le dispositif relatif à la pratique des IVG par voie médicamenteuse en dehors des établissements de santé, les centres de santé et Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) réalisent également des IVG médicamenteuses. ⁽⁸⁾

Le 17 Janvier **2013**, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes rend gratuite l'IVG pour toutes les femmes, quelle que soit la méthode (instrumentale ou médicamenteuse). Les tarifs des IVG instrumentales sont par ailleurs revalorisés afin de renforcer dans les établissements cette activité, et d'éviter qu'elle ne soit délaissée par les professionnels.

En novembre **2013**, un rapport relatif à l'accès à L'IVG ⁽⁹⁾ sur la demande du Ministre des droits de la femme Najat Vallaud-Belkacem, par le HCE (Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes) fait le constat de difficultés persistantes d'accès à l'IVG et propose de nombreuses mesures correctrices. Le volet n° 2 préconise notamment de développer l'offre de soins, en permettant à des professionnel(le)s qualifié(e)s, non médecins, de réaliser le premier rendez-vous et de délivrer la première attestation (infirmièr(e)s,

conseiller-e-s conjugal et familial, sages-femmes(...). Il propose également d'inscrire les sexualités, la contraception et l'IVG dans les formations en 1er, 2e et 3e cycle de spécialité et de médecine générale, (...), dans les formations initiales de l'ensemble du personnel partie-prenante de l'IVG : sages-femmes, professionnel(le)s des secteurs sanitaire, social (...).

Un projet de loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes aboutit suite à ces recommandations, le 28 janvier 2014. À la première phrase de l'article L.2212-1 du CSP - concernant la femme - les mots : « *que son état place dans une situation de détresse* » sont remplacés par les mots : « *qui ne veut pas poursuivre une grossesse* ». Le 4 août, la promulgation de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes supprime la notion de détresse des conditions de recours à l'IVG et étend le délit d'entrave à l'IVG à l'accès à l'information sur l'IVG.

On remarque donc, à travers cet historique, que de nombreux progrès ont été réalisés depuis 42 ans. Ces dix dernières années, la question d'un accès égal à l'IVG pour toutes et partout a donné suite à de nombreuses recommandations. Certaines d'entre elles ont été intégrées à la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016, que nous détaillerons plus loin.

2. Épidémiologie : l'IVG en France et en Basse-Normandie

Le nombre d'IVG par an en France reste stable, aux alentours de 220 000 depuis les années 1980, malgré un accès à la contraception qui semble libre et disponible pour tous. Le taux de recours est de 15,6 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en France. Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées, avec un taux de 28,8 pour 1000 femmes.⁽⁸⁾

Les IVG médicamenteuses représentent 49 % des IVG réalisées en établissements et 58 % du total des IVG (61 % dans les Département d'Outre-Mer (DOM)⁽⁸⁾). Les IVG pratiquées hors établissement représentent 16 % du total des IVG en Métropole et 25 % dans les DOM⁽⁸⁾. En 2013, 15 % des IVG (25 % dans les DOM) ont été réalisées en cabinet, 1 % (aucune dans les DOM) en centres de santé ou en CEPF (centres de planification ou

d'éducation familiale), soit 34 450 IVG médicamenteuses (hors établissements de santé) en Métropole et 3 100 dans les DOM.

En 2009, 77% des praticiens effectuant des IVG dans leur cabinet en ville sont des gynécologues, les autres sont des généralistes ⁽¹⁰⁾. Il est important de noter également que 37% des gynécologues partiront à la retraite dans les cinq ans, ce qui laisse craindre l'absence d'une relève militante. ⁽¹¹⁾

La prise en charge des IVG hors établissements de santé demeure concentrée dans certaines régions. Si près d'une IVG sur quatre est réalisée hors du secteur hospitalier en Ile-de-France ou en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), cette pratique est quasi inexistante en Limousin, Pays de la Loire et Alsace. Dans les DOM, la pratique en ville concerne près d'une IVG sur 3 sauf en Martinique où seule une IVG sur vingt est concernée. ⁽⁸⁾

Malgré la stabilité du nombre d'IVG, le nombre d'établissements en réalisant ne cesse de diminuer. La majorité d'entre eux (66%) sont des établissements publics. Ils réalisent 77 % des IVG en 2014. Le nombre d'établissements du secteur privé réalisant des IVG a chuté de 17 % entre 2010 et 2014. Par ailleurs, il a été observé une baisse de 21 % du nombre d'IVG en tout ainsi qu'une baisse de 5 % du nombre d'IVG par établissement. Dans le public, on note une diminution de 2 % du nombre de centres réalisant des IVG. Le nombre d'IVG par établissement n'a augmenté que de 1 % entre 2010 et 2014, et le nombre d'IVG total réalisé dans le secteur public a baissé de 1 %. ⁽¹²⁾

D'après une étude réalisée en 2014 intitulée « *Accessibilité de l'IVG : où en est-on ?* » ⁽¹³⁾ des efforts doivent encore être faits pour généraliser l'accessibilité, dans chaque région, des sites et permanences d'information. De plus, « *Le développement de l'IVG médicamenteuse libérale apparaît indispensable pour compenser le désengagement des établissements privés, comme pour garantir une offre de proximité et le choix aux femmes.* ». On peut donc se dire que la réalisation d'IVG médicamenteuse en ville, autorisée depuis 2004, aurait dû permettre de combler le vide laissé par le désengagement du secteur privé de la prise en charge des IVG.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, au niveau national en 2013, la Basse-Normandie se plaçait parmi les régions à faible proportion d'IVG réalisées en ville. En effet, cette proportion était de seulement 7 %, pour une moyenne nationale de 15 % d'IVG

réalisées en ville. A titre de comparaison, sa voisine l'ex Haute-Normandie réalisait 17 % de ses IVG en ville. Concernant les valeurs extrêmes de cette étude, la Guadeloupe réalisait 34 % de ses IVG en ville ; le Limousin, 0 %...⁽⁸⁾

Cette disparité géographique d'accès à l'IVG hors établissement de santé explique l'appel fait aux sages-femmes à pratiquer des IVG médicamenteuses à travers la loi de janvier 2016.

3. Les sages-femmes et l'orthogénie

3.1. Les liens entre les sages-femmes et l'orthogénie

En 2008, devant les difficultés et les inégalités d'accès à l'IVG dans certaines régions, Madame Poletti (Députée de la première circonscription des Ardennes, sage-femme de formation), propose de permettre aux sages-femmes de prescrire l'IVG médicamenteuse dans les établissements de santé, les CPEF et les centres de santé⁽¹⁴⁾. L'IVG n'est valorisée pour les médecins ni sur le plan professionnel en terme de carrière, ni sur le plan de la rémunération ou de l'image sociale. Avec le départ à la retraite des médecins de la génération « militante », la population de praticiens de ville réalisant des IVG tend à s'appauvrir⁽¹¹⁾. Tout ceci peut expliquer l'absence d'un accès correct à l'IVG dans certaines régions – et donc l'appel fait aux sages-femmes à prendre en charge des IVG.

En 2009, un amendement est déposé afin d'expérimenter cette mesure dans une région à fort taux d'IVG. De vives protestations ont lieu face à cette proposition : l'association « *sages-femmes de demain* » se crée, farouchement opposée à la pratique de l'IVG par les sages-femmes, dans le but de recueillir des signatures contre cet amendement. Ces dernières, représentées par Mme Dechelette, défendent la sage-femme dans un rôle d'accompagnement de la naissance et non l'arrêt d'une grossesse. En réponse à ce collectif, l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO) se forme, refusant la stigmatisation des sages-femmes dans un positionnement anti-IVG. L'ANSFO souhaite revaloriser et défendre la profession de sage-femme en orthogénie. Un débat au sénat a lieu après cette proposition, certains doutant des capacités des sages-femmes à prendre en charge des IVG médicamenteuses, d'autres allant jusqu'à remettre en cause l'IVG elle-même⁽¹⁴⁾. Finalement, l'amendement est rejeté par le conseil constitutionnel. Un Sondage de l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) intitulé « *Les Français et la pratique de l'IVG par les*

sages-femmes » ⁽¹⁵⁾ datant de septembre 2008 tire les conclusions suivantes : 56 % des Français estiment que « *Ce n'est pas le rôle des sages-femmes de pratiquer l'interruption volontaire de grossesse* ». En 2011 est de nouveau proposée une expérimentation de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes (projet de loi Fourcade), de nouveau rejeté par le conseil constitutionnel.

On pourrait croire que la profession de sage-femme reste fortement divisée sur la question de la prise en charge de l'avortement. Mais en 2013, une enquête réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes auprès de toutes les instances ordinales avait révélé que 85% d'entre elles étaient favorables à cette mesure. Le conseil de l'Ordre se positionnait également en faveur de cette nouvelle compétence. ⁽¹⁶⁾

Malgré cela, le collectif « sages-femmes de demain », est toujours présent. Dans un communiqué datant du 28 septembre 2015, le collectif déclare sur son site internet : « *Prendre soin de la vie de la femme enceinte et de celui ou celle qui va naître, c'est ce qui rend notre profession unique. En nous faisant supporter la question ultra-sensible de l'avortement médicamenteux (la moitié des IVG actuels), c'est tout l'équilibre de notre profession qu'on prend le risque de bouleverser* » ⁽¹⁷⁾. La porte-parole de ce collectif énonce également que « *Les sages-femmes n'ont pas à se voir imposer un acte qui n'entre pas dans la nature de leur mission et qui mettrait en péril la confiance des femmes* », et que cet acte remettrait en cause « *l'essence de la profession* ». ⁽¹⁸⁾

Il s'agit là peut-être d'une minorité, malgré tout cela montre que persiste un clivage au sein de la profession. Rappelons que la clause de conscience permet à tout professionnel de santé de ne pas pratiquer d'IVG - médecins, sages-femmes comme toute autre personne qui pourrait être amenée à concourir à cet acte - mais l'oblige à rediriger la femme, et ainsi ne pas commettre de délit d'entrave à l'IVG.

3. 2. Compétences et pratiques des sages-femmes en orthogénie

3.2.1. Avant 2016

Avant la loi de 2016, selon les articles L.2212-2 et L.2213-2 CSP, l'IVG médicale ou chirurgicale ne peut être pratiquée que par un médecin. Seul un médecin est habilité à délivrer des comprimés de Mifépristone aux patientes. Selon les articles L.2212-8 et R.4127-324 du CSP, une sage-femme peut participer à une interruption volontaire de grossesse.

Dans la réalité, à l'époque, comme le montre une étude de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) de décembre 2009 (*Études et résultats N°712 : Les établissements et les professionnels réalisant des IVG*), des sages-femmes des établissements publics et privés réalisent déjà des IVG médicamenteuses sous délégation d'un médecin. Elle réalise non seulement les entretiens, mais délivre également les médicaments nécessaires à l'IVG médicamenteuse ^(10, 19). Cette étude indique que « *Même si en vertu des textes en vigueur, les médecins sont les seuls à pouvoir pratiquer des IVG, près d'un tiers du personnel intervenant dans la pratique des IVG sont, selon les déclarations des établissements, des sages-femmes. Ces dernières sont beaucoup plus présentes dans le secteur public, où elles représentent 39% des professionnels concernés (hors anesthésistes-réanimateurs), que dans le secteur privé, où elles représentent 4 %* » ⁽¹⁰⁾. Cette même étude montre que les sages-femmes sont également très présentes dans les petites structures (42 % des professionnels concernés par l'IVG), moins dans les structures réalisant au moins 1000 IVG dans l'année (10 % des professionnels).

Les sages-femmes agissent également dans le cadre de la prévention en CIVG : elles réalisent des consultations de contraception et la prescrivent, informent sur les risques d'IST, etc. Les consultations de gynécologie, grossesse et les entretiens psychosociaux font également partis des rôles d'une sage-femme en CIVG. ⁽¹⁴⁾

3.2.2. Depuis la loi de modernisation du système de santé

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 modifie premièrement plusieurs modalités concernant le recours à l'IVG :

- le délai de réflexion de sept jours obligatoire est supprimé. Deux consultations restent obligatoires.

L'article L2212-5 du Code de Santé Publique ⁽¹⁾ rappelle tout de même: « *Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 2212-3 et L. 2212-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin ou la sage-femme doit lui demander une confirmation écrite. Cette confirmation ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de deux jours suivant l'entretien prévu à l'article L. 2212-4.* ». Ce dernier

article précise notamment que l'entretien préalable à l'IVG est obligatoire pour les femmes mineures non émancipées et doit être systématiquement proposé aux femmes majeures.

- Les IVG instrumentales peuvent désormais être réalisées en centre de santé. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé sont adoptées en mars 2016 ⁽²⁰⁾. A noter que ni l'anesthésie générale, ni la sédation intraveineuse ne peuvent être proposées hors établissement de santé.

- La remise d'un dossier guide réalisé et diffusé par les ARS (Agence Régionale de Santé) est mise en place.

Par ailleurs, cette loi autorise les sages-femmes à réaliser des IVG médicamenteuses. Ainsi, L'article L. 4151-1 du CSP est désormais énoncé ainsi: « *L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.* ». L'article L2212-1 du CSP est également modifié: « *La femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de sa grossesse.* » Globalement, en ce qui concerne l'IVG médicamenteuse, sont ajoutés les mots « *ou la sage-femme* », après « *le médecin* ».

L'extension des compétences des sages-femmes concerne seulement la pratique des IVG médicamenteuses (Article L. 2212-2 CSP): les IVG instrumentales restent de la compétence du seul médecin, et cela concerne également les IVG pratiquées pour motif médical (Article L. 2213-2 CSP).

Les conditions requises pour la pratique de l'IVG médicamenteuse sont fixées par le décret n°2016-743 du 2 juin 2016 : selon l'article R. 2212-11, la sage-femme doit justifier d'une expérience professionnelle adaptée qui est constituée par « *une pratique suffisante et régulière des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans un établissement de santé, attestée par le directeur de cet établissement sur justificatif présenté par le responsable médical concerné* ». (Cela concerne aussi les médecins, sauf s'ils disposent d'une « *qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique* »).

L'ANSFO se déclare, à travers un communiqué du 2 février 2016 en faveur de la promulgation de cette loi. En revanche, elles aimeraient que la loi aille plus loin dans l'élargissement des compétences des sages-femmes en orthogénie que la prise en charge des IVG médicamenteuses : « *L'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes continuera de militer afin que les sages-femmes puissent réaliser toutes les méthodes d'IVG (médicamenteuses et instrumentales), afin de garantir un véritable choix par les femmes.* »

(21)

3.3. Formation des sages-femmes en orthogénie

3.3.1. La formation initiale

P. Breton, ayant réalisé en 2013 son mémoire de fin d'études de sage-femme intitulé « *La place de la sage-femme dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse. Enquête auprès des étudiants de la région Grand-Ouest* », tire les conclusions suivantes de son étude par questionnaire auprès des étudiants sages-femmes :

« Notre étude montre une réelle disparité entre les écoles de la région Grand-Ouest concernant la formation initiale des sages-femmes, tant sur le plan théorique que pratique (...). En effet le nombre d'heures de théorie sur l'IVG est faible (maximum cinq heures à Nantes) alors que les étudiants sont demandeurs de plus de cours notamment sur la législation de l'IVG et la pharmacologie des médicaments utilisés. Côté pratique, la différence entre les écoles est encore plus surprenante. Le stage en orthogénie n'est pas obligatoire dans toutes les écoles et lorsqu'il est réalisé, sa durée est très limitée : un jour par exemple pour Rennes. Cette durée relève plutôt d'un stage d'observation plutôt que de formation. Or les étudiants sages-femmes ont tout à bénéficier d'un vrai stage en orthogénie, au même titre que ceux réalisés durant la formation. Durant ce stage les activités sont diverses et nécessaires à la formation d'une sage-femme : consultations et suivis de la contraception, poses d'implants et de stérilets, prise en charge des IVG, suivis de grossesse...

Ce manque de formation se fait ressentir par les étudiants, demandeurs à l'unanimité d'un stage plus long et obligatoire en orthogénie. » ⁽¹⁴⁾

Au vu de l'élargissement des compétences des sages-femmes voté en 2009, l'accent a été mis sur l'enseignement de la santé génésique, comprenant celui sur l'IVG. À l'École de

sages-femmes de Caen, au moins cinq heures de cours sont dédiées à l'IVG en quatrième année. Un stage en orthogénie est effectué en cinquième année. Ce stage est d'une durée d'une semaine, mais il est partagé avec le stage en Aide Médicale à la Procréation (AMP). Il peut être d'une durée variable en fonction des possibilités des services.

On peut espérer, avec l'extension des compétences des sages-femmes en orthogénie, qu'une harmonisation aura lieu entre les écoles. Ainsi, une fois diplômée, chaque sage-femme pourrait valider les conditions requises pour pratiquer des IVG grâce aux stages effectués en formation initiale, comme le dispose l'article R. 2212-11 cité précédemment concernant les conditions requises pour la pratique des IVG médicamenteuses.

3.3.2. Formation continue à l'IVG médicamenteuse pour les professionnel(le)s

L'École de sages-femmes de Caen a, en 2015 et 2016, organisé deux modules sur le suivi gynécologique et l'IVG destinés aux sages-femmes.

Deux modules ont également été proposés par le RPBN (Réseau de Périnatalité de Basse Normandie), et ce pour les médecins généralistes comme les sages-femmes intéressé(e)s par la prise en charge des IVG en ville.

De plus, plusieurs Diplômes Inter-Universitaires (DIU) et Diplômes Universitaires (DU) de formation complémentaire en « *Gynécologie médicale pour les sages-femmes* », « *Médecine préventive en santé des femmes* » ou encore « *Contraception, IVG, sexualité* » sont organisés par plusieurs universités en France pour les sages-femmes. Elles comprennent un module sur l'orthogénie. Ces formations sont cependant denses et d'une durée d'un an. Elles nécessitent donc une grande disponibilité, contrairement aux formations courtes citées précédemment. Ces diplômes ne sont pas obligatoires pour prendre en charge des IVG.

4. Le cadre de la pratique de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé

4.1. Les textes de référence ⁽²²⁾

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, ainsi que les circulaires qui ont suivi, autorisent cette pratique (article L. 2212-2 du Code de la santé publique).

Le praticien de ville réalisant des IVG médicamenteuses dans le cadre du dispositif d'IVG hors établissement de santé doit passer une convention avec un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG (établissement disposant d'un service de gynécologie obstétrique ou de chirurgie). La fiche de liaison, support des informations essentielles du dossier médical échangées entre le médecin et l'établissement de santé, est définie conjointement par les signataires de la convention.

L'établissement de santé signataire de la convention s'engage à accueillir la femme à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il assure un rôle d'information et de formation des médecins ou sages-femmes concernés par le dispositif. Il veille au respect de la confidentialité des documents adressés par les médecins

Le médecin de ville, la sage-femme ou le centre reçoit de l'établissement avec lequel il a passé convention les bulletins statistiques permettant d'établir les déclarations d'IVG « anonymisées ». Il renvoie ces bulletins remplis au même établissement. Le médecin ou la sage-femme qui a pratiqué l'acte conserve dans le dossier médical les attestations de consultations préalables qui lui ont été remises par la patiente ainsi que son consentement écrit à l'IVG.

4.2. Les médicaments

Les médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG sont la Mifépristone (200 ou 600mg) et le Misoprostol (400µg). Afin de garantir la sécurité d'utilisation des médicaments nécessaires, ces derniers sont vendus exclusivement aux professionnels ayant passé convention avec un établissement de santé. Ils ne peuvent être vendus ni à des médecins ou sages-femmes n'ayant pas conclu de convention, ni à des particuliers. Pour se procurer ces

médicaments, le praticien de ville passe une commande à usage professionnel auprès de la pharmacie d'officine de son choix.

Afin de garantir la bonne administration dans les délais requis des deux médicaments et de permettre un suivi régulier de la patiente, la prise des médicaments (mifépristone et misoprostol) par la femme est effectuée en présence du praticien lors des consultations.

4.3. Le suivi de la femme ⁽²²⁾

La première consultation préalable à l'IVG (non comprise dans le « forfait IVG » établi pour l'IVG hors établissement de santé) est réalisée par tout praticien choisi par la femme. La femme présente une demande d'IVG. Le médecin ou la sage-femme lui délivre une information sur l'IVG portant notamment sur les techniques disponibles et la possibilité d'avoir recours à un entretien psychosocial. Il lui est remis un « *dossier-guide IVG* » édité par le Ministère de la Santé, et une attestation de première consultation. La consultation psychosociale intervient pendant ce délai.

Pour rappel, le mode de tarification forfaitaire applicable à l'IVG exclut tout dépassement d'honoraires. Le suivi de l'IVG hors établissement de santé proprement dite comprend quatre consultations :

- **La première consultation** (c'est-à-dire la première consultation comprise dans le « forfait IVG ») :

La patiente confirme la demande d'IVG et remet son consentement écrit ainsi que l'attestation de première consultation préalable. Le médecin ou la sage-femme vérifie ou prescrit une échographie qui permet de vérifier que la grossesse est bien intra-utérine, que l'âge gestationnel, l'état médical et psychosocial de la patiente permettent la réalisation d'une IVG par mode médicamenteux. Il faut également qu'il s'assure que l'intéressée pourra se rendre dans l'établissement de santé signataire de la convention dans un délai raisonnable (de l'ordre d'une heure). La procédure de l'IVG hors établissement de santé est expliquée et un document explicatif du protocole que l'intéressée devra respecter est remis. Cette consultation constitue un moment privilégié pour proposer à la femme de choisir la méthode contraceptive à mettre en place après l'IVG. Elle peut être l'occasion de proposer un dépistage des infections sexuellement transmissibles.

- La deuxième consultation :

Elle correspond à la première consultation de prise de médicament (Mifépristone) par la patiente, en présence du praticien qui délivre à la femme toutes les informations sur les mesures à prendre en cas de survenue d'effets secondaires, indique les coordonnées précises du service de l'établissement dans lequel elle peut se rendre si nécessaire, remet à la patiente une fiche de liaison contenant les éléments essentiels de son dossier médical. Le praticien assure la prévention de l'incompatibilité Rhésus chez toutes les femmes Rhésus négatif par la prescription et l'administration d'une dose standard de gamma-globulines anti-D. Il prescrit également à la femme un traitement antalgique ainsi qu'une méthode contraceptive.

- La troisième consultation :

Elle correspond à la deuxième consultation de prise de médicament (Misoprostol) par la patiente, de 36 à 48 heures plus tard, en présence du praticien. À cette occasion, la femme est informée des suites normales de l'IVG, des troubles qui peuvent survenir et notamment de la conduite à tenir en cas d'hémorragie importante. Elle est informée de la possibilité de bénéficier d'une consultation psychosociale après l'IVG si elle l'estime nécessaire. Elle est sensibilisée à la nécessité de la visite de contrôle. La contraception hormonale, oestroprogestative ou progestative, est débutée le jour même.

- La consultation de contrôle :

Elle est effectuée au minimum dans les 14 jours et au maximum dans les 21 jours suivant la prise de Mifépristone au cabinet où la femme a reçu les médicaments. Elle est l'occasion de vérifier que la femme dispose du moyen contraceptif qui lui convient et qu'elle ne rencontre pas de difficultés dans son utilisation. Si la femme a choisi un dispositif intra-utérin, la visite de contrôle permet de le poser après contrôle de la vacuité utérine et en l'absence de complication.

4.4. La rémunération

Le « forfait IVG » a été établi par l'assurance maladie à 187,92€. Celui-ci comprend la consultation de recueil de consentement (25€), le forfait lié à la prise de médicaments (137,92€) et la consultation de contrôle (25€).⁽²³⁾

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Problématique

Afin de combattre les inégalités d'accès à l'IVG au sein du territoire français, la loi dite de « Modernisation du système de santé » permet aux sages-femmes depuis janvier 2016 de pratiquer les IVG médicamenteuses. Mais les sages-femmes libérales souhaitent-elles assurer cette prise en charge ?

L'ex Basse-Normandie fait partie de ces régions où la proportion d'IVG réalisées en ville est plus faible que la moyenne nationale ⁽⁸⁾. Il nous a donc semblé pertinent de mener une enquête auprès des sages-femmes libérales des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne. Le questionnaire que nous avons utilisé nous permettra de savoir si les sages-femmes souhaitent s'investir dans cette activité, de dresser leurs profils, leurs motivations, mais aussi les obstacles ou les zones d'ombre éventuellement soulevés. Il permettra de comprendre pourquoi certaines sages-femmes ne souhaitent au contraire pas prendre en charge d'IVG dans leurs cabinets pour le moment.

2. Objectifs

Nos objectifs sont :

- Déterminer combien et dans quelle proportion les sages-femmes libérales se sentent prêtes à pratiquer des IVG médicamenteuses dans les départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne.
- Identifier leurs motivations.
- Identifier les freins qui les empêcheraient de les pratiquer.

3. Hypothèses

- Les sages-femmes libérales sont plutôt favorables à la pratique de l'IVG dans leur cabinet.
- Les sages-femmes qui travaillent dans un cabinet avec d'autres praticiens (sages-femmes ou autres) seraient plus enclin(e)s à pratiquer dans un futur proche des IVG médicamenteuses.
- Plus les sages-femmes sont installées en libéral depuis longtemps, plus elles sont enclines à pratiquer des IVG médicamenteuses dans leur cabinet.

- Les sages-femmes ayant reçu un enseignement à la pratique des IVG médicamenteuses ainsi que celles ayant eu une expérience en orthogénie sont plus enclines à pratiquer dans un futur proche des IVG médicamenteuses que celles n'ayant pas reçu d'enseignement ou n'ayant pas d'expérience en orthogénie.

4. Population cible

Les sages-femmes libérales des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne.

5. Étude

Le questionnaire (*Annexe II*) a été élaboré puis retranscrit sur Google docs et distribué *via* un lien envoyé par e-mail. Il comprenait 14 questions dont la plupart étaient fermées. Certaines questions comprenaient plusieurs réponses possibles. Des réponses libres étaient possibles pour certaines questions à travers la réponse « autres ».

Les adresses e-mail des sages-femmes libérales ont été obtenues *via* la représentante des sages-femmes libérales de Basse-Normandie, après avoir validé le contenu du questionnaire. Ainsi, 93 sages-femmes libérales ont été contactées, les réponses ont été recueillies entre le 21 septembre et le 15 décembre 2016. Une relance a été effectuée. Les réponses étaient anonymisées. 49 sages-femmes ont répondu au questionnaire, soit un taux de retour de 52,7%.

6. Outils statistiques, recueil et exploitation des données

Les données ont été recueillies dans un tableur (Excel).

Les tests statistiques ont été réalisés *via* BiostaTGV. Les tests étaient :

- Le test de Chi² utilisé lors de comparaison de données croisées de deux fois deux groupes, si les effectifs le permettaient (calcul de la p-value).
- Le test de Fisher utilisé lorsque les effectifs ne permettaient pas l'utilisation du Chi².
- L'intervalle de confiance utilisé afin de connaître la significativité d'un pourcentage dans un groupe donné (comparaison d'un pourcentage observé à un pourcentage théorique de 50%).

RÉSULTATS

1. Profil de l'échantillon

Certaines sages-femmes n'avaient pas répondu à toutes les questions. Après échange avec un statisticien pour s'assurer de l'absence d'un biais dû à ces différences d'effectifs, nous avons décidé de ne pas exclure les sages-femmes qui n'avaient pas répondu à toutes les questions. C'est la raison pour laquelle les effectifs varient entre 48 et 49.

Tableau I : Caractéristiques générales de la population de l'étude

	Alternatives	n (%)
Année d'obtention du diplôme d'État n = 49	Avant 1979	3 (6,1)
	1980 -1989	12 (24,5)
	1990 - 1999	12 (24,5)
	2000 – 2009	15 (30,6)
	Après 2009	7 (14,3)
Enseignement initial reçu sur la pratique des IVG médicamenteuses n = 48	Oui	22 (45,8)
	Non	26 (54,2)
Études ayant donné envie de s'investir dans l'orthogénie n = 48	Oui	10 (20,8)
	Non	38 (79,2)
Expérience professionnelle en orthogénie n = 49	Oui	7 (14,3)
	Non	42 (85,7)
Durée d'exercice libéral n = 49	< 5 ans	23 (46,9)
	5 – 10 ans	9 (18,4)
	> 10 ans	17 (34,7)
Structure d'exercice n = 49 (plusieurs réponses possibles)	Cabinet seul(e)	16 (32,7)
	Structure type maison de santé	5 (10,2)
	Cabinet en association de plusieurs sages-femmes	29 (52,9)
	Cabinet + maternité	0 (0)
	Remplaçant(e)	1 (2)
Deux pratiques les plus courantes en consultation n = 49	Suivi de grossesse	6 (12,2)
	Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)	41 (83,7)
	Rééducation	43 (87,8)
	Suivi gynécologique et contraception	5 (10,2)
	Échographie obstétricale	3 (6,1)
	Compétence spécifique	2 (4,1)
Pratique du suivi gynécologique de dépistage et contraception n = 49	Oui	43 (87,8)
	Non	6 (12,2)

Tableau II : Pratique de l'IVG par les sages-femmes de notre population

	Alternatives	n (%)
Connaissance des nouvelles compétences de SF en matière d'IVG depuis Janvier 2016 n = 49	Oui	49 (100)
	Non	0 (0)
Avis sur la compétence des SF en orthogénie n =49	Compétent(e)s	46 (93,9)
	Non compétent(e)s	3 (6,1)
Pratique de l'IVG dans un futur proche n = 48	Oui	21 (43,8)
	Non	27 (56,3)
Intérêt pour une formation à la pratique de l'IVG médicamenteuse n = 49	Oui	35 (71,4)
	Non	14 (28,6)

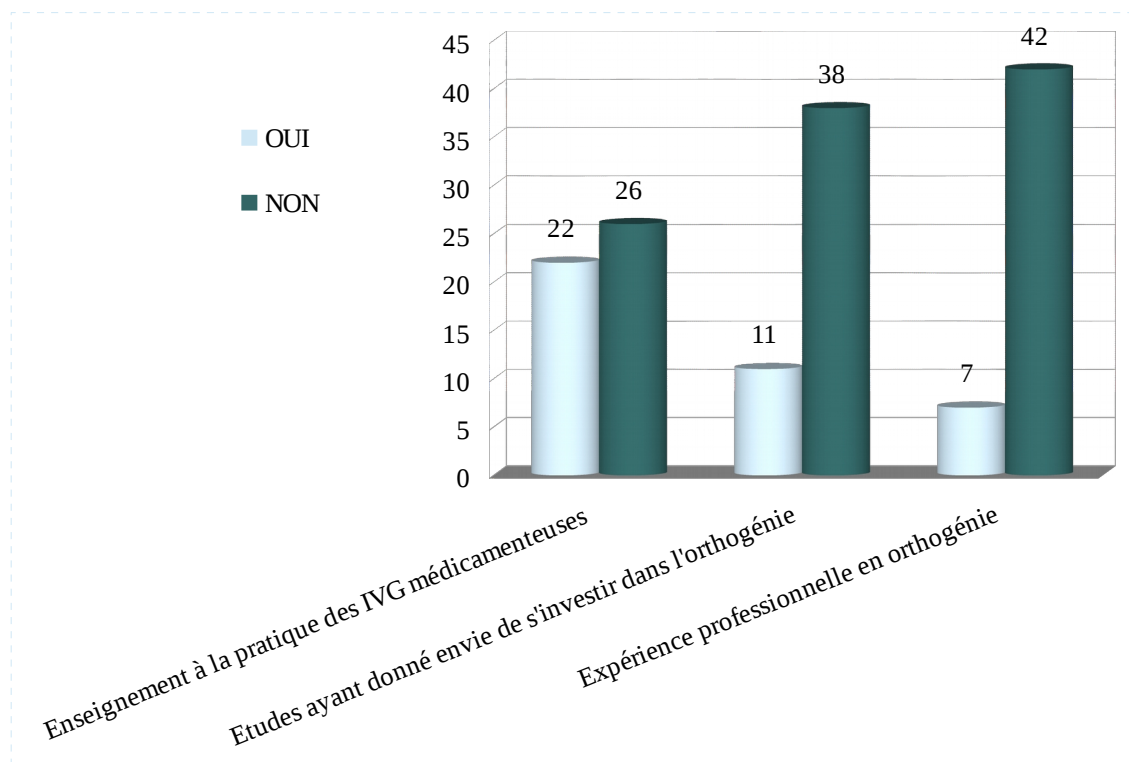


Figure 1 : Formation initiale et expérience en service d'orthogénie de la population de l'étude (en valeurs absolues)

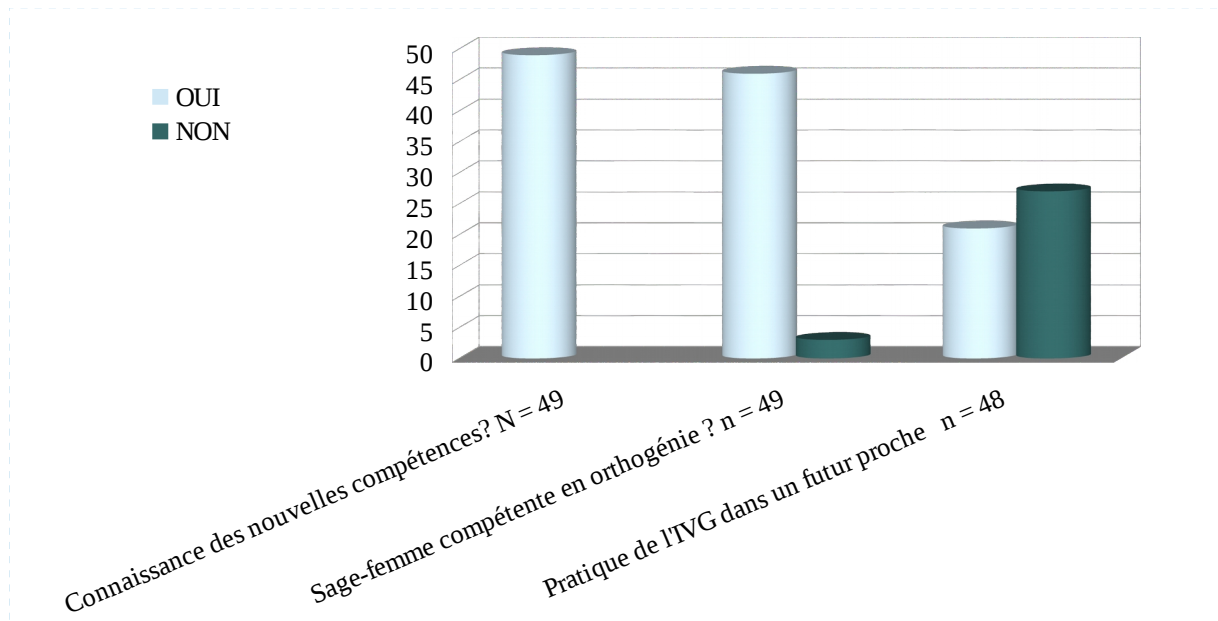


Figure 2 : Connaissances des nouvelles compétences et volonté d'investissement en orthogénie de la population de l'étude (en valeurs absolues)

2. Données en fonction du type d'exercice professionnel libéral

Tableau III : Volonté d'investissement en orthogénie des sages-femmes travaillant seules et de celles travaillant avec d'autres praticiens (n=48)

p-value=0,86	Sages-femmes travaillant avec d'autres praticiens	Sages-femmes travaillant seules
	n (%)	n (%)
Souhaitant réaliser des IVG dans un futur proche	33 (68,8)	15 (31,3)
Ne souhaitant pas réaliser des IVG dans un futur proche	15 (45,5)	6 (40)
	18 (54,5)	9 (60)
	IC = [37,5-71,5]	IC = [28,5-77,3]

Il n'y avait pas de différence significative ($p > 0,05$) entre les groupes (sages-femmes travaillant seules / sages-femmes travaillant avec d'autres praticiens) quant à la volonté de pratiquer dans un futur proche des IVG médicamenteuses dans leur cabinet.

3. Données en fonction du temps d'installation en exercice libéral

Tableau IV : Volonté d'investissement en orthogénie des sages-femmes exerçant en libéral depuis moins de cinq ans et depuis plus de cinq ans (n=48)

p-value = 0,089	Sages-femmes installées depuis moins de cinq ans	Sages-femmes installées depuis plus de 5 ans
	n (%)	n (%)
	23 (47,9)	25 (52,1)
Souhaitant réaliser des IVG dans un futur proche	7 (30,4)	14 (56)
Ne souhaitant pas réaliser des IVG dans un futur proche	16 (69,6)	11 (44)
	IC = [51,1 – 88,7]	IC = [36,5-75,5]

Il y avait une différence à **tendance significative entre les groupes ($p < 0,1$)** : les sages-femmes installées depuis plus de cinq ans avaient plus tendance à souhaiter pratiquer des IVG dans un futur proche que celles installées depuis moins de cinq ans.

De plus, il y avait **significativement plus de sages-femmes qui ne souhaitaient pas pratiquer d'IVG (69,6%)** parmi les sages-femmes installées depuis moins de cinq ans ($n=23$).

4. Données en fonction de la formation initiale reçue et de l'expérience professionnelle dans un service d'orthogénie

Tableau V : Volonté d'investissement en orthogénie des sages-femmes ayant reçu ou non un enseignement sur l'IVG médicamenteuse (en formation initiale) (n=47)

p-value = 0,28	Enseignement reçu en formation initiale	Enseignement non reçu en formation initiale
	n (%)	n (%)
	22 (45,8)	25 (54,2)
Souhaitant réaliser des IVG dans un futur proche	8 (36,4)	13 (52)
Ne souhaitant pas réaliser des IVG dans un futur proche	14 (63,6)	12 (48)
	IC = [43,5-83,7]	IC = [32,4-71,6]

Il n' y avait pas de différence significative ($p>0,05$) entre les groupes (sages-femmes ayant reçu un enseignement sur l'IVG médicamenteuse / sage-femmes n'ayant pas reçu d'enseignement sur l'IVG en formation initiale) quant à la volonté de pratiquer dans un futur proche des IVG médicamenteuses dans leur cabinet.

Il y avait une plus grande proportion de sages-femmes souhaitant réaliser des IVG médicamenteuses parmi celles n'ayant pas reçu d'enseignement (52 % d'entre elles) que parmi celles en ayant reçu (36,4 % d'entre elles).

Tableau VI : Volonté d'investissement en orthogénie des sages-femmes ayant ou non une expérience professionnelle en orthogénie (n=48)

p-value = 1	Expérience en service d'orthogénie	Pas d'expérience en service d'orthogénie
	n (%)	n (%)
	7 (14,6)	41 (85,4)
Souhaitant réaliser des IVG dans un futur proche	3 (42,9)	18 (43,9)
Ne souhaitant pas réaliser des IVG dans un futur proche	4 (57,1)	23 (56,1)
	IC = [20,4-93,8]	IC = [40,9-71,3]

Il n' y avait pas de différence significative ($p>0,05$) entre les groupes (sages-femmes ayant déjà eu une expérience professionnelle en orthogénie / sages-femmes n'ayant pas eu d'expérience en orthogénie) quant à la volonté de pratiquer dans un futur proche des IVG médicamenteuses dans leur cabinet.

A noter que très peu de sages-femmes avaient déclaré avoir eu une expérience professionnelle en orthogénie (14,6% de la population ayant répondu aux deux questions). En revanche, celles qui avaient eu cette expérience s'étaient senties légitimes dans cette activité dans 100 % des cas.

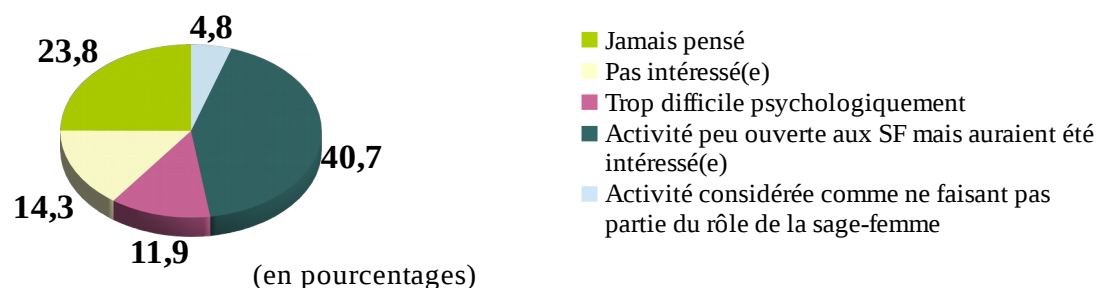


Figure 3 : Raisons exprimées par les sages-femmes sur leur absence d'expérience professionnelle en orthogénie

Tableau VII : Volonté d'investissement en orthogénie des sages-femmes ayant eu envie ou non à la suite de leurs études de s'investir dans une activité d'orthogénie (n=48)

p-value = 0,729	Études ayant donné envie de s'investir en orthogénie	Études n'ayant pas donné envie de s'investir en orthogénie
	n (%)	n (%)
	10 (20,8)	38 (79,2)
Souhaitant réaliser des IVG dans un futur proche	5 (50)	16 (42,1)
Ne souhaitant pas réaliser des IVG dans un futur proche	5 (50)	22 (57,9)
	IC = [19,0-81,0]	IC = [42,2-73,6]

Il n'y avait pas de différence significative ($p > 0,05$) entre les groupes (sages-femmes pour qui les études avaient donné envie de s'investir en orthogénie / sages-femmes pour qui les études n'avaient pas donné envie de s'investir en orthogénie) quant à la volonté de pratiquer dans un futur proche des IVG médicamenteuses dans leur cabinet.

Tableau VIII : Envie donnée par les études ou non de s'investir dans une activité d'orthogénie parmi les sages-femmes qui ont reçu un enseignement initial et celles n'en ayant pas reçu (en formation initiale) (n=48)

p-value = 0,735	SF ayant reçu un enseignement	SF n'ayant pas reçu d'enseignement
	n (%)	n (%)
	22 (45,8)	26 (54,2)
Études ayant donné envie	4 (18,2)	6 (23,1)
Études n'ayant pas donné envie	18 (81,8)	20 (76,9)
	IC = [65,7-97,9]	IC = [60,7-93,1]

Il n'y avait pas de différence significative ($p > 0,05$) entre les groupes (sages-femmes ayant reçu un enseignement sur l'IVG médicamenteuse / sages-femmes n'ayant pas reçu d'enseignement initial sur l'IVG médicamenteuse) quant à l'envie donnée par les études de s'investir en orthogénie.

Il y avait significativement plus de sages-femmes qui avaient déclaré que leurs études ne leur avaient pas donné envie de s'investir dans une activité d'orthogénie (81,8 %) parmi les sages-femmes ayant reçu un enseignement sur l'IVG médicamenteuse (n=22).

Il y avait significativement plus de sages-femmes qui avaient déclaré que leurs études ne leur avaient pas donné envie de s'investir dans une activité d'orthogénie (76,9 %) parmi les sages-femmes n'ayant pas reçu d'enseignement sur l'IVG médicamenteuse (n=26).

Tableau X : Études ayant donné envie ou pas de s'investir dans une activité d'orthogénie : raisons exprimées par les sages-femmes (réponses libres)

Études ayant donné envie (n = 10)	Études n'ayant pas donné envie (n = 38)	
	Problèmes de formation / missions des sages-femmes au moment de la formation initiale	Raisons personnelles
<ul style="list-style-type: none"> - J'avais accompagné une amie pour cette démarche - Des situations individuelles de femmes ou de couples en demande d'IVG m'ont touchée. - Un stage d'une semaine (c'est peu) pendant les études, mais très intéressant - Car j'ai trouvé cette épreuve très violente pour les femmes et en même temps utile, je pense que les compétences d'une sage-femme (écoute, bienveillance), peuvent contribuer à améliorer le vécu des femmes. - Pour le droit des femmes et le suivi de toute femme dans tous les moments de sa vie. - L'activité en orthogénie est humainement enrichissante et les besoins sont importants - Incompréhension du corps médical devant cet événement difficile - Cela a toujours fait partie de notre mission de sage-femme (accompagner les femmes dans leur vie génitale) - La prise en charge psychologique me paraît intéressante. 	<ul style="list-style-type: none"> - N'existait pas - Pas assez informée - Pendant mes études, la formation était essentiellement orientée vers l'obstétrique. - Peu valorisé - A cette époque les centres étaient à leurs balbutiements. - La pratique de la gynécologie en général n'était pas orientée vers les sages-femmes - Cette activité n'était vue que succinctement. Et à l'époque cela ne m'a pas donné plus envie que ça. - A mon époque la sage-femme d'orthogénie était conseillère conjugale, et la présence des sages en consultation de grossesse était juste tolérée ... alors une sage-femme en orthogénie ! - Le stage d'orthogénie avait été supprimé et je n'ai jamais eu l'occasion de pratiquer ni d'observer d'IVG médicamenteuse pendant mes études. - pas de stage fait dans ce service - Pas de possibilité pour les sages-femmes - Quand j'ai fait mes études on parlait peu d'orthogénie. Une seule sage-femme travaillait à temps plein depuis des années dans le service d'orthogénie. - Secteur assez restreint, à l'époque fait unique en hospitalier (même pas médecin traitant). - pas assez de formations - A l'époque ce domaine était peu investi par les sages-femmes. - Manque de compétence dans ce domaine - Je n'ai pas le souvenir que cette question ait été abordée 	<ul style="list-style-type: none"> - Sujet toujours très sensible qui demande une totale implication. - Ce n'est pas un aspect de notre métier qui m'attire, je ne me sens pas suffisamment à l'aise. - ne désire pas en pratiquer pour des raisons éthiques - J'ai fait une clause de conscience sur l'IVG - Orientation en infertilité - Pas dans les objectifs personnels à l'époque - je pense que c'est une question de maturité...pdt mes études et juste après, motivation par les accouchements surtout.

5. Données en fonction de l'année d'obtention du diplôme de sage-femme

Tableau XI : Études ayant donné envie ou pas de s'investir dans une activité d'orthogénie et souhait de pratiquer des IVG dans un futur proche, en fonction de l'année d'obtention du diplôme de sage-femme

(n=49 pour la première partie du tableau, 48 pour la deuxième partie du tableau)

	Avant 1979	1980-1989	1990-1999	2000-2009	Après 2009
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	3	12	12	15	7
n = 49					
Études ayant donné envie	0 (0)	2 (16,7)	4 (33,3)	2 (13,3)	3 (42,9)
Études n'ayant pas donné envie	3 (100)	10 (83,3)	8 (66,7)	13 (86,7)	4 (57,1)
n = 48					
Souhaitant réaliser des IVG dans un futur proche	1 (33,3)	7 (58,3)	4 (33,3)	8 (53,3)	1 (14,3)
Ne souhaitant pas réaliser des IVG dans un futur proche	2 (66,7)	4 (33,3)	8 (66,7)	7 (46,7)	6 (85,7)

6. Données en fonction de l'exercice de suivi gynécologique

Tableau XII : Volonté de pratiquer des IVG médicamenteuses ou non, parmi les sages-femmes pratiquant le suivi gynécologique de dépistage et de contraception et celle ne le pratiquant pas (n=48)

p-value =0,386	Suivi gynécologique	Pas de suivi gynécologique
	n (%)	n (%)
	43 (87,8)	5 (12,2)
Souhaitant réaliser des IVG dans un futur proche	20 (46,5)	1 (20)
Ne souhaitant pas réaliser des IVG dans un futur proche	23 (53,5)	4 (80)
	IC = [38,6-68,4]	IC = [40,8-119,2]

La majorité des sages-femmes interrogées pratiquaient le suivi gynécologique de dépistage et de contraception (87,8 % d'entre elles).

Il n'y avait pas de différence significative ($p>0,05$) entre les groupes (sages-femmes pratiquant le suivi gynécologique de dépistage / sages-femmes ne pratiquant pas le suivi gynécologique de dépistage) quant à la volonté de pratiquer dans un futur proche des IVG médicamenteuses dans leur cabinet.

7. Avis des sages-femmes sur leurs nouvelles compétences

Tableau XIV : Avis des sages-femmes de notre population sur les raisons pour lesquelles les IVG médicamenteuses font désormais partie du champ de compétence des sages-femmes (n=49)

Propositions (plusieurs réponses possibles)	n (%)
Car l'accès à l'IVG est de plus en plus difficile pour les femmes. Il faut donc de nouveaux professionnels pour palier à ce manque de praticiens.	32 (65,3)
Car les médecins (généralistes et gynécologues médicaux) libéraux souhaitent de moins en moins assurer cette mission, il y a donc besoin de nouveaux professionnels pour effectuer ces actes.	9 (18,4)
Car leurs compétences s'élargissent depuis plusieurs années. Il est donc logique que la sage-femme s'inscrive dans un suivi global de la femme	33 (67,3)
Autres	4 (8,2)

Tableau XV : Avis des sages-femmes de notre population sur la compétence des sages-femmes pour la pratique des IVG médicamenteuses : raisons évoquées (n=49)

	Propositions (plusieurs réponses possibles)	n (%)
Sage-femme = professionnel compétent	Car la sage-femme s'inscrit dans le suivi de la femme tout au long de sa vie et de ses grossesses, quelle qu'en soit l'issue.	44 (97,8)
	Car de nombreuses sages-femmes prennent depuis longtemps en charge des IVG sous délégation d'un médecin, il semblait logique qu'elles en acquièrent la compétence.	8 (17,8)
	Car les sages-femmes sont formées à cette pratique et sont donc légitimes à la pratiquer.	3 (6,7)
	Autres	1 (2,2)
Sage-femme = professionnel non compétent	La vocation de la sage-femme n'est pas de pratiquer des IVG	1 (33,3)
	Cette pratique sort du domaine de la physiologie et n'est donc pas du ressort des sages-femmes.	1 (33,3)
	La sage-femme n'a pas les connaissances médicales adaptées à cette pratique.	1 (33,3)
	Autres	1 (33,3)

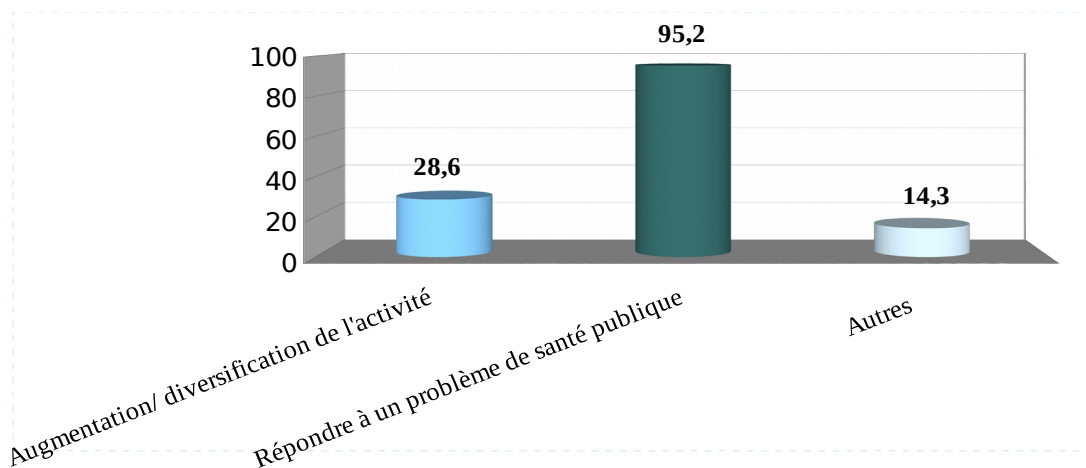


Figure 4 : Motivations des sages-femmes de notre population déclarant vouloir réaliser des IVG médicamenteuses dans un futur proche (en pourcentages, plusieurs réponses possibles) (n=21)

Légende de la figure n°4 Propositions	n (%)
Augmentation/ diversification de l'activité	6 (28,6)
Pour répondre à un problème de santé publique	20 (95,2)
Autres = - Afin d'offrir cette possibilité à mes patientes et de réaliser ce que les sages-femmes ont le droit de faire - Cabinet à 25 km d'un établissement et travail en coordination avec un groupe de médecins généralistes - Pour un meilleur vécu de ce moment difficile	3 (14,3)

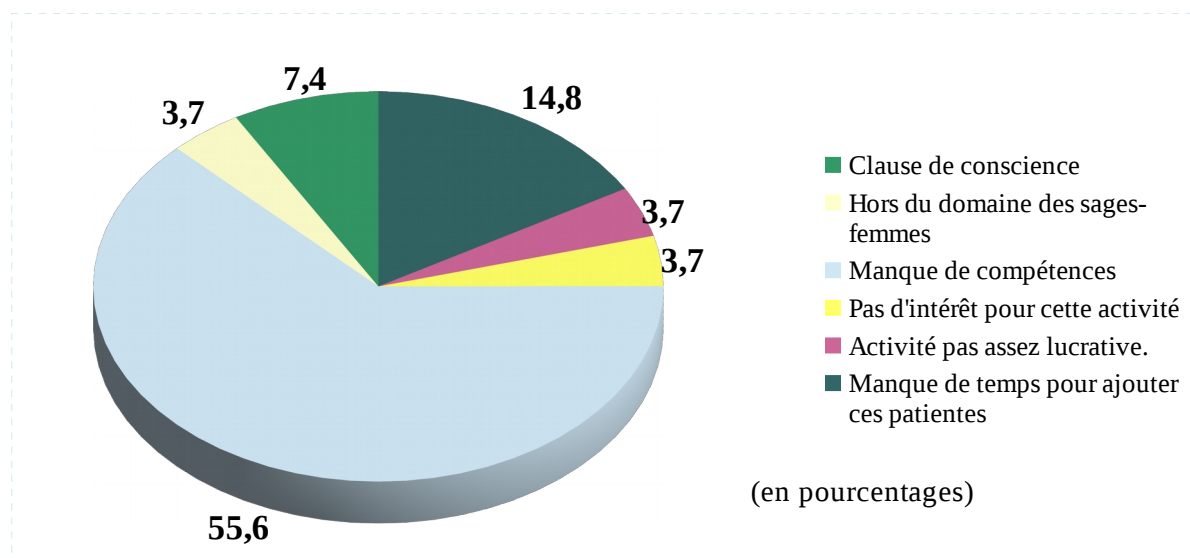


Figure 5 : Arguments des sages-femmes de notre population ne souhaitant pas réaliser d'IVG dans un futur proche (en pourcentages) (n=27)

Légende de la figure n°5 : Propositions	n (%)
Je ne me positionne pas en faveur de l'IVG, pour des raisons personnelles, éthiques, morales ou religieuses. J'invoque la clause de conscience.	2 (7,4)
La vocation de la sage-femme n'est pas de pratiquer des IVG. Cette pratique sort du domaine de la physiologie et n'est donc pas du domaine des sages-femmes.	1 (3,7)
Je ne me sens pas assez compétent(e) médicalement ou dans l'accompagnement psychologique pour assumer la responsabilité de cet acte.	15 (55,6)
Cette activité ne m'intéresse pas	1 (3,7)
Cette activité n'est pas assez lucrative.	1 (3,7)
Je n'ai pas le temps pour ajouter ces patientes à mon emploi du temps.	4 (14,8)

8. Profil des sages-femmes souhaitant réaliser dans un futur proche des IVG médicamenteuses et des sages-femmes intéressées par une formation

Tableau XVI : Population souhaitant réaliser dans un futur proche des IVG médicamenteuses (n=21)

	Pratique du suivi gynécologique		Type d'exercice		Expérience en orthogénie		Enseignement reçu		Durée d'installation	
	Oui	Non	Seule	Avec autres	Oui	Non	Oui	Non	> 5 ans	< 5 ans
	n (%)									
IVG dans un futur proche n = 21	20 (95,2)	1 (0,48)	6 (28,6)	15 (71,4)	3 (14,3)	18 (85,7)	8 (38,1)	13 (61,9)	14 (66,7)	7 (33,3)

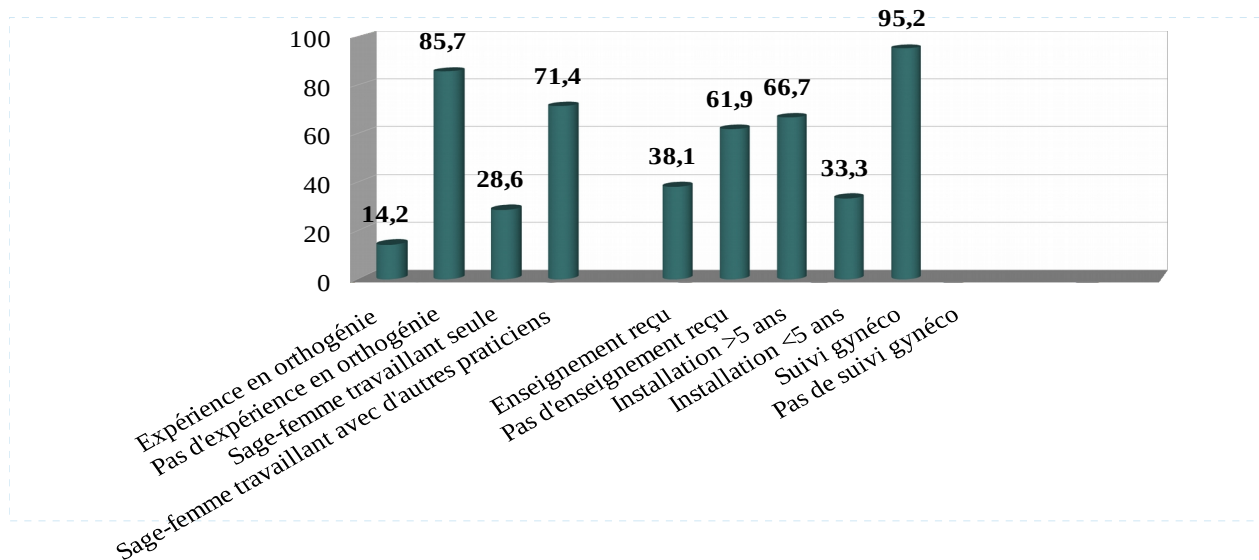


Figure 6 : Profil des sages-femmes de notre population qui souhaitent réaliser dans un futur proche des IVG médicamenteuses (en pourcentages) (n=21)

Tableau XVII : Profil des sages-femmes de notre population intéressées par une formation continue (n=35)

	IVG dans un futur proche	Pas d'IVG dans un futur proche	Expérience en orthogénie	Pas d'expérience en orthogénie	Enseignement reçu sur la pratique de l'IVG médicamenteuse	Pas d'enseignement reçu
	n (%)					
	21	27	7	42 (85,7)	22 (45,8)	26 (54,2)
Intéressé(e) par une formation	21 (100)	14 (51,9)	6 (85,7)	29 (69)	16 (72,7)	19 (73,1)
Pas intéressé(e)	0	13 (48,1)	1 (14,3)	13 (31)	6 (27,3)	7 (26,9)

Concernant la formation continue, parmi les 35 sages-femmes de notre population intéressées, les thèmes qu'elles désiraient voir abordés étaient :

- les modalités administratives de l'IVG en ville (convention avec le centre d'IVG, agrément...) pour 94,2 % d'entre elles.
- la prise en charge médicale de l'IVG (contenu, déroulement des consultations, complications de l'IVG...) pour 94,2 % d'entre elles également.
- la prise en charge psychologique de la patiente en demande d'IVG pour 68,5 % d'entre elles.
- la rémunération pour 42,9 %.

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Forces de l'étude

Le sujet de notre étude était tout d'abord un sujet d'actualité puisqu'il portait sur les nouvelles compétences des sages-femmes acquises en janvier 2016. Mais l'IVG en ville est surtout un sujet traitant d'un problème de santé publique au sein de notre région. Ce travail nous semblait donc pertinent puisqu'il s'agissait de dresser un état des lieux des souhaits des sages-femmes libérales, et ce rapidement après la mise en place de la loi de modernisation du système de santé.

Plus de la moitié des sages-femmes libérales contactées avaient répondu au questionnaire (52,7%). Cela est satisfaisant, et nous pouvons ainsi considérer que notre échantillon était représentatif de la population visée par notre étude (les sages-femmes libérales des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne).

1.2. Limites de l'étude

1.2.1. Taille de l'échantillon

L'échantillon de sages-femmes libérales ayant répondu au questionnaire était de 49 (sur 93 questionnaires envoyés), et représente donc un échantillon de petite taille. Ainsi, peu de tests statistiques ont montré des résultats significatifs. Peut-être qu'un plus grand échantillon aurait permis de conclure sur certains points. Cependant, le but étant de faire un état des lieux en ex Basse-Normandie, région appauvrie en offre de soins pour l'IVG en ville, il semblait difficile d'obtenir un plus grand échantillon en restant en accord avec les raisons qui nous ont poussées à mettre en place cette étude. Parmi les sages-femmes contactées, bien que le taux de retour soit satisfaisant, 47,3% n'avaient pas répondu au questionnaire. Un meilleur taux de réponse aurait déjà permis une meilleure interprétation des résultats.

1.2.2. Biais

Le fait de préciser « dans un futur proche » par rapport au souhait de pratiquer des IVG médicamenteuses était peut-être inapproprié. En effet, cela peut constituer un biais car il s'agit d'une notion subjective. Le but était de cibler les sages-femmes qui se sentaient prêtes à pratiquer des IVG dès qu'elles en auraient l'opportunité. Peut-être aurait-on pu utiliser une échelle de temps afin de savoir plus objectivement combien de sages-femmes et dans quel délai elles comptaient réaliser des IVG dans leur cabinet. Cela nous semblait cependant être une question difficile que de demander un délai précis.

1.2.3. Sujets non abordés

Il aurait pu être intéressant de connaître la répartition géographique des sages-femmes ayant répondu au questionnaire. Ainsi, nous aurions pu demander aux sages-femmes de notre population de renseigner leur département d'exercice, ou bien si elles exerçaient en zone urbaine ou rurale, afin de mettre en lumière d'éventuelles différences de réponses en fonction de ces paramètres. Il n'aurait pas été possible en revanche d'interroger les sages-femmes sur leur lieu exact d'exercice car cela aurait mis en péril l'anonymat du questionnaire.

2. Analyse des résultats et discussion

2.1. La prise en charge de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes libérales de notre étude

2.1.1. Les motivations des sages-femmes libérales qui souhaitent prendre en charge des IVG médicamenteuses dans un futur proche

Nous cherchions à savoir combien et dans quelle proportion les sages-femmes libérales se sentaient prêtes à pratiquer des IVG médicamenteuses dans un futur proche en ex Basse-Normandie. Sur les **48 sages-femmes ayant répondu à la question correspondante, 21 avaient déclaré penser pratiquer dans un futur proche des IVG médicamenteuses, soit 43,8 % d'entre elles.**

Une étude menée en 2014, précédemment citée en introduction et s'intitulant « *Accessibilité de l'IVG : où en est-on ?* »⁽¹³⁾ préconisait un développement de l'IVG médicamenteuse en ville pour compenser le désengagement des établissements privés. Or, peu d'IVG sont réalisées hors établissement de santé dans notre région (7 %) ⁽⁸⁾. On peut se dire que, si 21 sages-femmes prennent effectivement en charge des IVG médicamenteuses dans un futur proche, l'offre de soins en matière d'IVG hors établissement de santé pourrait s'améliorer dans les trois départements concernés par l'étude.

Dans notre population, 65,3 % des sages-femmes pensaient que cette nouvelle compétence avait été confiée aux sages-femmes du fait d'un accès difficile à l'IVG en ville (*Tableau XIV*). Les sages-femmes semblaient avoir bien conscience du manque d'offre de soins en matière d'IVG médicamenteuse en ville et souhaitaient y remédier. En effet, 95,2 % de celles qui souhaitaient prendre en charge des IVG prochainement déclaraient vouloir répondre à un problème de santé publique à travers cette activité (*Figure 5*). Presque un tiers des sages-femmes souhaitant pratiquer dans un futur proche des IVG médicamenteuses souhaitaient ainsi augmenter ou diversifier leur activité. Une demande d'augmentation de l'activité correspond-elle à une baisse de leur activité qui pourrait être due à des installations que l'on sait nombreuses de sages-femmes libérales ces dernières années ? On peut

comprendre également que certaines souhaitent diversifier leur activité puisque parmi les deux pratiques les plus courantes en consultation, on retrouvait 83,7 % de préparation à la naissance et à la parentalité et 87,8 % de rééducation périnéale (*Tableau I*).

P. Breton, dans son mémoire de fin d'études de sage-femme réalisé en 2013 ⁽¹⁴⁾, obtenait les résultats suivants : « 93% des étudiants sages-femmes sont favorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse ; 7% sont défavorables. L'argument favorable avancé majoritairement exprime que ce droit est en accord avec les compétences actuelles des sages-femmes sur le suivi global des femmes. L'argument défavorable défend l'IVG comme un acte pathologique alors que la sage-femme exerce sur la physiologie. »

Ces résultats sont en partie similaires à ceux notre étude. En effet, dans l'étude sus-mentionnée, réalisée auprès des étudiants sages-femmes de la région grand-ouest, l'argument le plus énoncé par les étudiants favorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes était la cohérence avec l'élargissement des compétences des sages-femmes. Dans notre étude, l'argument le plus avancé à la question « *pourquoi pensez-vous que l'IVG médicamenteuse fait désormais partie du champ de compétences des sages-femmes ?* » était à 67,3% « *car leurs compétences s'élargissent depuis plusieurs années, il est donc logique que la sage-femme s'inscrive dans un suivi global de la femme* ». L'argument d'être « *en accord avec les compétences actuelles des sages-femmes dans le suivi global de la femme* » équivalent à celui mentionné par P. Breton était largement majoritaire dans notre étude lorsque nous avons demandé à notre population les raisons pour lesquelles la sage-femme était compétente dans la prise en charge des IVG médicamenteuses (97,8%). Ainsi, il semble que les sages-femmes soient globalement en accord avec les compétences qui leur sont attribuées et qui s'élargissent depuis plusieurs années, allant dans le sens d'un suivi global de la femme.

Dans notre étude, 66,3 % des sages-femmes avaient répondu « *Car l'accès à l'IVG est de plus en plus difficile pour les femmes. Il faut donc de nouveaux professionnels pour palier à ce manque de praticiens.* » lorsque nous leur avons demandé de justifier leur souhait de prendre en charge des IVG.

P. Seiler avait réalisé en 2016 son mémoire de fin d'études de sage-femme à l'université d'Aix-Marseille, intitulé « *Sage-femme et interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Enquête auprès des sages-femmes de la région Provence Alpes Côtes d'Azur* »⁽²⁴⁾. Son étude avait été réalisée auprès des sages-femmes de la région Provence Alpes Côtes d'Azur (PACA), exerçant à l'hôpital (privé ou public), en centre de gynécologie sociale, en centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI), et en cabinet libéral. A la question « *Si cet ajout de compétences était effectif, réaliseriez-vous des IVG médicamenteuses ?* » 62,06% avaient répondu « *Oui* », 37,94 % « *Non* ». Une justification avait été demandée à cette question. Les sages-femmes avaient répondu « *pour améliorer l'accès à l'IVG* » dans seulement 9,84 % des cas, alors que dans notre étude elles étaient 66,3 % à vouloir améliorer l'accès à l'IVG parmi celles qui voulaient prendre en charge des IVG prochainement. Il est important de noter que l'accès à l'IVG en ville dans la région PACA ne semble pas être un problème de santé publique, puisque près d'un quart des IVG dans cette région sont réalisées hors établissement de santé ⁽⁸⁾. Les sages-femmes de sa population avaient déclaré que cela faisait partie du rôle de la sage-femme (en adéquation avec ses compétences) dans 54,21 %. Dans notre étude, 97,8 % des sages-femmes qui considéraient la sage-femme compétente dans la prise en charge des IVG médicamenteuses avaient justifié cette compétence car « *en accord avec les compétences actuelles des sages-femmes dans le suivi global de la femme* ».

Nos résultats semblent donc en cohérence avec ceux de l'étude de P. Breton, et ce malgré deux populations différentes, puisqu'elle s'adressait aux étudiants sages-femmes de la région Grand-Ouest en 2013, et nous nous sommes adressées aux sages-femmes libérales des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne en 2016. Quant à l'étude de P. Seiler, elle concernait toutes les sages-femmes de la région PACA (tous modes d'exercices confondus). Sa population était plus proche de la nôtre car il s'agissait de sages-femmes diplômées, et son étude avait été réalisée en 2015. En revanche, son étude ne visait pas les sages-femmes libérales en particulier. De plus, la région concernée (PACA) n'était pas appauvrie en offre de soins pour l'IVG hors établissement de santé ⁽⁸⁾. Ceci peut expliquer que les sages-femmes de sa population invoquaient moins la réponse à un problème de santé publique pour justifier qu'elles étaient favorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse.

2.1.2. Les motivations des sages-femmes qui ne souhaitent pas prendre en charge des IVG médicamenteuses prochainement

Dans notre étude, **27 sages-femmes (55,1 % des sages-femmes de la population de l'étude) ne souhaitent pas prendre en charge les IVG médicamenteuses dans un futur proche (Tableau II).**

L'argument le plus avancé (55,6%) était un manque de compétences médicales ou un manque de compétences dans l'accompagnement psychologique pour assumer la responsabilité de cet acte (*Figure 5*). Cependant, on retrouvait dans notre étude des résultats qui peuvent sembler contradictoires concernant ce manque de compétences. En effet, 93,9 % de la population de l'étude considérait que la sage-femme est un professionnel compétent pour la prise en charge des IVG médicamenteuses (*Tableau II*). Mais, parmi ces dernières, seulement 6,7 % ont avancé l'argument qu'elles étaient formées à cette pratique en formation initiale et donc légitimes pour la prendre en charge (*Tableau XV*).

Donc, parmi les sages-femmes qui souhaitaient pratiquer dans un futur proche des IVG, la plupart ne considérait pas que la formation initiale soit un point fort pour cette prise en charge par les sages-femmes. Nous préciserons ces éléments plus tard au cours de cette discussion.

D'autres arguments avaient été avancés par les sages-femmes qui ne souhaitent pas prendre en charge prochainement des IVG (*Figure 5*) : 7,4 % invoquaient la clause de conscience sur l'IVG et 3,7 % considéraient que l'IVG n'entrait pas dans le domaine des sages-femmes car « *il ne s'agit pas d'une situation physiologique et que cette pratique n'est pas de la vocation de la sage-femme* ».

Enfin, 3,7 % des sages-femmes ne souhaitaient pas prendre en charge d'IVG dans un futur proche car elles n'éprouvaient pas d'intérêt pour cette activité et 3,7% car cette activité n'est pas assez lucrative.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la clause de conscience sur l'IVG et le fait de considérer qu'il n'est pas du rôle de la sage-femme de prendre en charge des IVG étaient donc minoritaires par rapport au sentiment d'incompétence et les raisons « matérielles » (manque de temps pour ajouter ces patientes à l'emploi du temps (14,8 %)).

Concernant les arguments défavorables, l'argument le plus avancé dans l'étude de P. Breton⁽¹⁴⁾ était que « *l'IVG n'est pas un acte physiologique or la sage-femme exerce sur la physiologie* ». Dans l'étude de P. Seiler⁽²⁴⁾, 14,5 % des sages-femmes de sa population considéraient que la prise en charge de l'IVG était « *inadaptée au rôle de la sage-femme car hors de la physiologie* ». Dans l'étude sus-mentionnée, 28,81 % des sages-femmes qui ne souhaitaient pas réaliser d'IVG si cette compétence leur était confiée, invoquaient des raisons personnelles ou religieuses, et 14,40 % de ces sages-femmes évoquaient « *une absence de motivation pour la réalisation des IVG médicamenteuses* » (contre 3,7 % dans notre population, parmi les sages-femmes ne souhaitant pas prendre en charge d'IVG dans un futur proche). Dans notre étude, seulement 3,7 % des sages-femmes avaient considéré que l'IVG ne faisait pas partie du domaine des sages-femmes. Le manque de compétences sur la prise en charge médicale et psychologique était l'argument le plus avancé (55,6% des sages-femmes ne souhaitant pas pratiquer d'IVG dans un futur proche).

Les sages-femmes de notre population semblent donc plutôt en accord avec les nouvelles compétences conférées aux sages-femmes sur l'IVG médicamenteuse, en comparaison avec les sages-femmes des études sus-citées.

2.2. Prise en charge de l'IVG : un profil type de sages-femmes libérales ?

2.2.1. Enseignement initial reçu sur l'IVG médicamenteuse

Seulement 18,2 % des sages-femmes ayant reçu un enseignement sur la pratique des IVG médicamenteuses et 23,1 % des sages-femmes n'ayant pas reçu cet enseignement avaient déclaré que leurs études leur avaient donné envie de s'investir en orthogénie (*Tableau VIII*). L'hypothèse émise selon laquelle le fait d'avoir reçu un enseignement à la pratique des IVG médicamenteuses ou non influencerait le souhait de réaliser des IVG médicamenteuses n'a donc pas été vérifiée. On observait même en proportion plus de sages-femmes souhaitant réaliser des IVG médicamenteuses parmi celles n'ayant pas reçu d'enseignement (50 % d'entre elles) que parmi celles l'ayant reçu (36,4 % d'entre elles).

De manière étonnante, il semblerait donc selon ces résultats (*Tableau VIII*) que le fait d'avoir reçu ou non un enseignement à la pratique des IVG médicamenteuses n'aurait que

peu ou pas d'impact quant à l'envie de s'investir dans une activité d'orthogénie. Ainsi, on pourrait penser que la formation initiale n'incite pas les sages-femmes à s'investir en orthogénie. Le bagage théorique acquis en formation initiale ne semblerait pas déterminant quant au souhait de prendre en charge prochainement des IVG médicamenteuses.

2.2.2. Influence de l'année d'obtention du diplôme de sage-femme sur l'envie donnée par les études de s'investir en orthogénie et sur la volonté de pratiquer des IVG médicamenteuses

Les diplômées d'après 2009 étaient en pourcentages celles ayant le plus déclaré avoir eu des études leur ayant donné envie de s'investir en orthogénie (42,9 % d'entre elles) (*Tableau XI*). On peut donc se dire que la sensibilisation à l'orthogénie au cours de la formation initiale s'est intensifiée assez récemment. Cependant, elles représentaient le plus faible pourcentage à vouloir réaliser des IVG prochainement (14,3% d'entre elles), et le plus faible nombre (avec les diplômées avant 1979).

Les diplômées entre 1980 et 1989 étaient seulement 16,7 % à avoir déclaré que leurs études leur avaient donné envie de s'investir dans une activité d'orthogénie (*Tableau XI*), alors qu'elles représentaient le plus important pourcentage de sages-femmes (le deuxième groupe en valeur absolue) souhaitant pratiquer dans un futur proche des IVG à leur cabinet (58,3 % d'entre elles).

Celles diplômées entre 2000 et 2009 représentaient le plus grand nombre à souhaiter pratiquer des IVG dans un futur proche (huit sages-femmes soit 53,3 % des diplômées entre 2000 et 2009) (*Tableau XI*). Pourtant, ces dernières étaient seulement deux (13,3 % de ce groupe) à avoir déclaré que leurs études leur avaient donné envie de s'investir en orthogénie.

On peut donc penser que les sages-femmes qui ont de l'expérience se sentent ainsi plus armées pour s'investir dans la prise en charge des IVG médicamenteuses. Malgré la présence d'une sensibilisation en formation initiale, les sages-femmes plus récemment diplômées ne semblent pas prêtes à prendre en charge des IVG. Cependant, nous pouvons supposer que les sages-femmes diplômées après 2009 seraient plutôt enclines à prendre en charge des IVG, une fois l'expérience et l'assurance suffisantes acquises puisqu'elles étaient 42,9 % à avoir déclaré que leurs études leur avaient donné envie de s'investir en orthogénie.

2.2.3. Influence de l'expérience professionnelle en orthogénie sur la volonté de pratiquer des IVG médicamenteuses

Au sein de notre population, très peu de sages-femmes avaient déclaré avoir déjà travaillé en orthogénie (14,3%) (*Tableau I*). Dans son étude, P. Seiler avait fait le même constat (8,36 % de sa population).⁽²⁴⁾

Dans notre étude, 85,7 % des sages-femmes interrogées n'avaient donc pas eu d'expérience professionnelle en orthogénie. Ces sages-femmes semblaient tout de même porter un intérêt à l'orthogénie (40,7% auraient été intéressées par cette activité, mais elle était peu ouverte aux sages-femmes). Il semble donc que les opportunités aient été restreintes dans ce secteur pour les sages-femmes, malgré un intérêt présent pour cette activité. Cependant, 23,8 % n'y avaient jamais pensé, 14,3 % n'étaient pas intéressées par cette activité et 11,9 % trouvaient cela psychologiquement trop difficile (*Figure3*).

Nous avons émis l'hypothèse que les sages-femmes ayant déjà eu une expérience professionnelle en orthogénie souhaiteraient, plus que les sages-femmes n'ayant pas d'expérience dans ce domaine, prendre en charge des IVG médicamenteuses prochainement. D'après nos résultats (*Tableau VII*), l'expérience professionnelle en orthogénie n'avait pas d'influence sur le souhait ou non de pratiquer dans un futur proche des IVG médicamenteuses.

Dans son mémoire de fin d'étude de sage-femme datant de 2013, intitulé « *Où la sage-femme s'inscrit-elle dans le parcours de soins de l'interruption volontaire de grossesse pratiquée avant la fin de la quatorzième semaine d'aménorrhée?* »⁽²⁵⁾, N. Cornu avait interrogé « *des sages-femmes intervenant dans le parcours de soins de l'IVG* ». Parmi ces dernières, 93 % avaient considéré que l'IVG faisait partie intégrante de la profession de sage-femme. Cependant, elles avaient également décrits l'IVG comme « *une activité peu gratifiante d'un point de vue extérieur* » à 61 %. On peut donc penser que malgré nos résultats, le fait de travailler en orthogénie peut faire prendre conscience aux sages-femmes du rôle et de la légitimité qu'elles ont dans cette activité. Pour preuve dans notre population, 100 % des sages-femmes qui avaient travaillé en orthogénie s'étaient senties légitimes dans cette activité.

2.2.4. Influence de la durée d'installation en libéral sur la volonté de pratiquer des IVG médicamenteuses

Les sages-femmes installées en libéral depuis plus de cinq ans étaient plus enclines à pratiquer des IVG prochainement (56%) que celles installées depuis moins de cinq ans (30,4%). Parmi les sages-femmes installées depuis moins de cinq ans, il y avait significativement plus de sages-femmes ne souhaitant pas prendre en charge des IVG dans un futur proche que de sages-femmes qui le souhaitaient (*Tableau IV*). L'hypothèse selon laquelle l'expérience en libéral influencerait le choix de vouloir s'investir ou non dans la prise en charge des IVG médicamenteuses prochainement a été vérifiée (tendance significative, $p=0,089$) : les sages-femmes installées depuis plus de cinq ans étaient plus enclines à prendre en charge des IVG dans un futur proche que celles installées depuis moins de cinq ans.

Les sages-femmes moins expérimentées dans l'exercice libéral semblaient donc moins favorables à cette nouvelle pratique. La durée d'expérience en libéral serait déterminante dans la volonté de pratiquer des IVG dans un futur proche.

2.2.5. Influence de la pratique du suivi gynécologique sur la volonté de pratiquer des IVG médicamenteuses

La majorité des sages-femmes interrogées pratiquaient le suivi gynécologique de dépistage et de contraception (87,8 % d'entre elles). D'après nos résultats, la pratique du suivi gynécologique de dépistage n'influçait pas la volonté de pratiquer dans un futur proche des IVG médicamenteuses dans leur cabinet (*Tableau XII*). Cependant, les effectifs étant très différents (43 versus 5), il semble difficile de conclure sur ce point. En revanche, on remarque que les sages-femmes avaient de manière générale investi leurs « nouvelles compétences » en matière de suivi gynécologique depuis 2009, bien que seulement 10,2 % aient cité cette activité parmi les deux pratiques les plus courantes en consultation (*Tableau I*).

2.2.6. Influence des conditions d'installation sur la volonté de pratiquer des IVG médicamenteuses

Une des hypothèses avancée était que le fait de travailler en collaboration plutôt que seule pour une sage-femme libérale la rendrait plus encline à prendre en charge des IVG médicamenteuses dans un futur proche. Presque aucune différence quant au fait de vouloir prendre en charge des IVG prochainement n'a été retrouvée entre les sages-femmes travaillant seules (40%) et celles travaillant avec d'autres professionnels (sage-femme ou autres professionnels de santé) (45,5 %) (*Tableau III*). Cette hypothèse n'a donc pas été vérifiée par notre étude : le type d'exercice libéral n'influçait pas la décision de prendre en charge ou non des IVG médicamenteuses.

A l'issue de l'analyse de ces résultats, on peut dire que les sages-femmes les plus intéressées, les plus prêtes à prendre en charge des IVG étaient celles dont l'installation datait de plus de cinq ans. Il s'agit donc des sages-femmes que l'on peut supposer plus âgées. Parmi les sages-femmes qui souhaitaient pratiquer des IVG prochainement, 20 sages-femmes sur 21 étaient diplômées avant 2009. Or, l'enseignement dédié à l'orthogénie – inclus dans l'enseignement « santé génésique » - en formation initiale n'est devenu plus conséquent que depuis l'élargissement des compétences des sages-femmes, voté le 21 Juillet 2009. On peut donc se dire que l'enseignement reçu par les sages-femmes diplômées avant 2009 en formation initiale était moins conséquent que celui reçu par les diplômées après 2009. Ceci est donc cohérent avec les résultats obtenus sur l'année d'obtention du diplôme de sage-femme (*Tableau XI*) puisque les sages-femmes diplômées après 2009 avaient plus envie à la suite de leurs études de s'investir en orthogénie (42,1%) que celles diplômées avant 2009. Cependant, en ce qui concerne la prise en charge dans un futur proche de ces IVG, la durée de l'installation en libéral, donc l'expérience, était déterminante, et c'est pourquoi ces jeunes sages-femmes semblent plus réticentes à pratiquer des IVG prochainement. Nous pouvons légitimement supposer que ces jeunes sages-femmes, après avoir acquis une expérience professionnelle suffisante, seront plus enclines à pratiquer des IVG médicamenteuses.

2.3. Avis des sages-femmes sur leurs compétences en orthogénie

Pour la majorité des sages-femmes de notre population, les nouvelles compétences des sages-femmes en matière d'IVG suivaient la logique de l'élargissement de leurs compétences (67,3%). L'argument de réponse à un problème de santé publique était également prédominant (65,3%) (*Tableau XIV*). Parmi notre population, 46 sages-femmes (93,9 %) considéraient la sage-femme comme un professionnel compétent dans la prise en charge des IVG médicamenteuses (*Tableau I*). Parmi ces dernières, 97,8 % avaient justifié leur réponse en choisissant la proposition suivante : « *Car la sage-femme s'inscrit dans le suivi de la femme tout au long de sa vie et de ses grossesses, quelle qu'en soit l'issue.* » (*Tableau XV*).

En revanche, seulement 45,7 % des sages-femmes qui considéraient la sage-femme compétente dans la prise en charge des IVG médicamenteuses souhaitaient prendre en charge ces IVG dans un futur proche. En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, certaines sages-femmes ne se sentaient pas assez compétentes pour assurer prochainement cette prise en charge (55,6 % des sages-femmes ne souhaitant pas pratiquer d'IVG médicamenteuses dans un futur proche).

Les résultats de notre étude semblent soulever un paradoxe : il peut paraître étrange en tant que sage-femme d'affirmer que celle-ci est compétente pour assurer la prise en charge des IVG médicamenteuses et pourtant se déclarer soi-même non compétent(e). Nous pouvons clairement supposer que cela est dû à un manque de formation. En effet, les autres résultats de notre étude renforcent cette idée :

- 100 % des sages-femmes souhaitant prendre en charge des IVG dans un futur proche étaient en demande d'une formation continue, et cela malgré une expérience en orthogénie ou un enseignement reçu sur l'IVG médicamenteuse.
- 51,9 % des sages-femmes ayant déclaré ne pas souhaiter pratiquer d'IVG dans un futur proche étaient tout de même intéressées par une formation (*Tableau XVII*). Nous pouvons supposer qu'il s'agit des sages-femmes qui considéraient ne pas se sentir assez compétentes pour cette activité soit 55,6 % des sages-femmes de ce groupe.

2.4. Formation continue

Comme nous l'avons évoqué en introduction, un module de formation continue sur le suivi gynécologique de deux jours et demi a été mis en place par l'École de sages-femmes de Caen en 2015 et 2016. Ce module s'adressait à toutes les sages-femmes quel que soit leur mode d'exercice. Il comprenait quatre heures sur la prise en charge de l'IVG médicamenteuse en cabinet libéral et les modalités administratives. Il serait donc intéressant que l'École de sages-femmes réitère son offre de formation continue afin de répondre à une demande qui a évolué depuis la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Il en est de même pour les modules proposés par le RPN. En effet, l'intérêt de ces modules est qu'il s'agit de formations de qualité, locales et de courte durée, donc très accessibles aux professionnels exerçant en libéral.

Comme nous venons de le dire, 100 % des sages-femmes souhaitant prendre en charge des IVG dans un futur proche étaient intéressées par une formation continue (*Tableau XVII*). Cela est de toute façon en rapport avec la loi qui précise les conditions requises pour la pratique de l'IVG médicamenteuse : il faut « *Justifier d'une expérience professionnelle adaptée constituée par une pratique suffisante et régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé* ». (Art. R.2212-11 du CSP) ⁽¹⁾

Ces dernières souhaitaient majoritairement recevoir une formation sur les modalités administratives de l'IVG en ville (95,2%). Elles étaient également en demande d'une formation à la prise en charge médicale dans 90,5 % des cas et psychologique pour 66,7 % des sages-femmes de ce groupe. La rémunération était un sujet que 47,7 % d'entre elles souhaitaient voir abordé.

De plus, 100 % des sages-femmes intéressées par la formation mais ne souhaitant pas réaliser d'IVG dans un futur proche souhaitaient que la formation repose sur la prise en charge médicale, et 71,4 % sur la prise en charge psychologique. Cela est donc en cohérence avec les raisons qu'elles avaient exprimées quant à leur souhait de ne pas réaliser d'IVG dans un futur proche (pas assez compétentes pour 55,6 % d'entre elles (*Figure 5*)).

A titre de comparaison, une étude datant 2007 par Kadji C. dans le cadre d'une thèse de Doctorat en Médecine Générale, intitulée « *L'Interruption Volontaire de Grossesse*

médicamenteuse en ville : place du médecin généraliste dans un réseau » ⁽²⁶⁾ menée auprès des médecins généralistes avait également retrouvé comme frein principal un manque de formation (60 % des médecins de la population qui ne pratiquait pas l'IVG).

Si l'on considère que toutes les sages-femmes intéressées par une formation (35 sages-femmes) pourraient - à plus ou moins long terme - prendre en charge des IVG dans leur cabinet, elles seraient alors 35 sur 49, soit 71,4% des sages-femmes de notre population. Cette possibilité d'évolution de la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville par les sages-femmes libérales pourrait modifier de façon importante l'offre de soins dans les trois départements concernés par l'étude. Ainsi, l'offre de soins en matière d'IVG pourrait considérablement s'améliorer pour les femmes en permettant à la fois un meilleur accès à l'IVG, mais aussi un choix dans ses modalités.

CONCLUSION

Le but de ce travail était de déterminer si les sages-femmes libérales souhaitaient ou non prendre en charge les IVG médicamenteuses, dans les départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne. On peut considérer que, grâce à notre étude, un état des lieux des intentions, des motivations et des freins décrits par les sages-femmes en matière d'IVG médicamenteuses a pu être dressé :

- 43,8 % des sages-femmes de notre population souhaitaient prendre en charge prochainement des IVG médicamenteuses. Elles souhaitaient effectuer cette prise en charge principalement pour répondre à un problème de santé publique (95,2%).
- 56,3 % des sages-femmes de notre population ne souhaitaient pas prendre en charge des IVG médicamenteuses dans un futur proche. L'argument le plus avancé par ces dernières était qu'elles ne se sentaient pas assez compétentes.
- 97,8 % des sages-femmes de notre population considéraient que la sage-femme est un professionnel compétent dans la prise en charge des IVG médicamenteuses. Elles le justifiaient par l'inscription de la sage-femme dans le suivi de la femme tout au long de sa vie et de ses grossesses.
- Les sages-femmes ayant une plus longue expérience dans l'exercice libéral (plus de cinq ans) étaient plus enclines à s'investir prochainement dans la prise en charge des IVG médicamenteuses que les sages-femmes installées depuis moins de cinq ans. La durée d'exercice libéral serait donc déterminante dans le souhait de pratiquer des IVG.
- Une demande de formation continue sur l'IVG médicamenteuse a été exprimée par la majorité des sages-femmes (71,4% de notre population).

Il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude à distance de ce travail. Il pourrait être envisagé de faire un état des lieux non plus des intentions des sages-femmes, mais de leur activité réelle dans la prise en charge des IVG médicamenteuses. Les sages-femmes libérales auront-elles réellement investi cette compétence, et auront-elles un impact sur la proportion des IVG réalisées en ville ? Un deuxième axe pourrait être étudié : les femmes se tourneront-elles vers ce professionnel de santé qu'est la sage-femme, dans le cadre d'une demande d'IVG ? L'avis des femmes sur ce point pourrait être recueilli.

Comme nous l'avons énoncé en introduction, selon un sondage IFOP de 2008 ⁽¹⁴⁾ plus de la moitié des français interrogés (56%) considéraient qu'il n'était pas du rôle de la sage-femme de prendre en charge des IVG. On peut alors se demander si, en presque dix ans, l'avis et les connaissances de la population générale ont changé sur les rôles de la sage-femme.

La campagne d'information diffusée en ce moment par le Ministère de la Santé (*Annexe III*) sur les différentes compétences des sages-femmes permettra peut-être une évolution des mentalités, afin que les femmes puissent reconnaître les sages-femmes comme interlocuteurs possibles lors d'une demande d'IVG médicamenteuse.

BIBLIOGRAPHIE

(1) [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>

(2) Brozille P. Vichy, l'avortement et l'opinion. Mémoire de maîtrise. Paris ; 1992.

(3) Collectif IVP. AVORTER : Histoires des luttes et des conditions d'avortement des années 1960 à aujourd'hui. Grenoble, 2008.

(4) Bulletin Mensuel d'Informations Démographiques, Economiques. Le nombre des avortements provoqués. Dans Population et sociétés n°69. Mai 1974.

(5) Prochoix. Droit à l'avortement, état des lieux + état d'urgence. Édité par Prochoix. Toulouse, 2005.

(6) Veil S. Une vie. Paris : Éditions Stocks, 2007.

(7) Le droit à la contraception et à l'avortement. [en ligne] <http://www.emploi.gouv.fr>. Consulté le 3 Janvier 2017

(8) Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) numéro 0924. Juillet 2015.

(9) Rapport relatif à l'accès à l'IVG Volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires. Rapport n°2013-1104-SAN-009. Publié le 7 novembre 2013.

(10) Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), études et résultats N°712. Décembre 2009.

(11) Médecins et IVG : « On n'est pas des parias. On est gynécos, accoucheurs, avorteurs » Reportage vidéo de Cécile Bourgneuf et Cyrielle Balerdi pour Libération. 2014.

(12) Evolution du nombre d'établissements et du nombre d'IVG selon le statut des établissements France entière (hors Mayotte) entre 2010 et 2014. Source SAE (Statistique Annuelle des Etablissements de santé)

(13) Accessibilité de l'ivg : où en est-on ? Xavier Le Coutour, Pascal Thibon, Hadrien Sentenac. Caen, 2014.

(14) Breton P. La place de la sage-femme dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse. . Enquête auprès des étudiants de la Région Grand-Ouest. Mémoire de fin d'études de sage-femme. Université de Tours, 2013.

(15) Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) Sondage : Les Français et la pratique de l'IVG par les sages-femmes. 2008.

(16) Communiqué de presse : L'Ordre des sages-femmes plébiscite la possibilité pour les sages-femmes de pratiquer les IVG médicamenteuse. [en ligne] <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>. Publié le 26 Octobre 2015. Consulté le 30 Décembre Janvier 2016.

(17) Communiqué du 28 septembre 2015. Loi santé-sénat : alerte du collectif sages-femmes de demain. [en ligne] <http://www.sages-femme.info>. Consulté le 30 Décembre 2016.

(18) Collectif sages-femmes de demain. Projet loi santé : décryptage. [en ligne] <http://www.sages-femme.info>. 18 mars 2015

(19) Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL). Colloque et Assemblée Générale « A un carrefour de notre profession ». Marseille, 5 avril 2014.

(20) HAS (Haute autorité de santé). Cahier des charges pour la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale hors établissement de santé. Mars 2016.

(21) ANSFO (Association Nationale des sages-femmes orthogénistes). Communiqué de presse ANSFO du 2 février 2016 suite à la promulgation de la Loi de modernisation de notre

système de santé. [enligne] <http://www.sages-femmes-orthogenistes.org/>. Consulté le 18 Décembre 2016.

(22) Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Guide IVG hors établissement de santé. 2015.

(23) L'IVG médicamenteuse en ville. [en ligne] www.ameli.fr Article mis à jour le 6 février 2017

(24) Seiler P. Sage-femme et interruption volontaire de grossesses médicamenteuse. Enquête auprès des sages-femmes de la région Provence Alpes Côtes d'Azur. Mémoire de fin d'études de sage-femme. Université d'Aix-Marseille, Avril 2016.

(25) Cornu N. Où la sage-femme s'inscrit-elle dans le parcours de soins de l'interruption volontaire de grossesse pratiquée avant la fin de la quatorzième semaine d'aménorrhée ? Mémoire de fin d'études de sage-femme. Faculté Lyon Sud, 2013

(26) Kadji C. L'Interruption Volontaire de Grossesse médicamenteuse en ville : place du médecin généraliste dans un réseau. Thèse de Doctorat en Médecine Générale. Créteil, 2007.

ANNEXES

Annexe I : Loi Veil n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG)

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Conseil constitutionnel a déclaré conforme à la Constitution,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit ;

TITRE Ier

Art. 1er. -

La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi.

Art. 2. -

Est suspendue pendant une période de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'application des dispositions des quatre premiers alinéas de l'article 317 du code pénal lorsque l'interruption volontaire de la grossesse est pratiquée avant la fin de la dixième semaine par un médecin dans un établissement d'hospitalisation public ou un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176 du code de la santé publique.

TITRE II

Art. 3. -

Après le chapitre III du titre Ier du livre II du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III bis intitulé "Interruption volontaire de la grossesse".

Art. 4. -

La section I du chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigé :

SECTION I

Interruption volontaire de la grossesse pratiquée avant la fin de la dixième semaine.

"Art. L. 162-1. - La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse.

"Art. L. 162-2. - L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin.

"Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176.

"Art. L. 162-3. - Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, sous réserve de l'article L. 162-8 :

"1° Informer celle-ci des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures ;

"2° Remettre à l'intéressée un dossier-guide comportant :

"a) L'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères, célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que des possibilités offertes par l'adoption d'un enfant à naître ;

"b) La liste et les adresses des organismes visés à l'article 162-4.

"Un arrêté précisera dans quelles conditions les directions départementales d'action sanitaire et sociale assureront la réalisation des dossiers-guides destinés aux médecins.

"Art. L. 162-4. - Une femme s'estimant placée dans la situation visée à l'article L. 162-1 doit, après la démarche prévue à l'article L. 162-3, consulter un établissement d'information de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé qui devra lui délivrer une attestation de consultation.

"Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés.

"Les personnels des organismes visés au premier alinéa sont soumis aux dispositions de l'article 378 du code pénal.

"Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

"Art. L. 162-5. - Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 162-3 et L. 162-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite ; il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme.

"Art. L. 162-6. - En cas de confirmation, le médecin peut pratiquer lui-même l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article L. 162-2. S'il ne pratique pas lui-même l'intervention, il restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin choisi par elle et lui délivre en outre un certificat attestant qu'il s'est conformé aux dispositions des articles L. 162-3 et L. 162-5.

"L'établissement dans lequel la femme demande son admission doit se faire remettre les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 162-3 à L. 162-5.

"Art. L. 162-7. - Si la femme est mineurs célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis.

"Art. L. 162-8. - Un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci mais il doit informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus.

"Sous la même réserve, aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

"Un établissement d'hospitalisation privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux.

"Toutefois, dans le cas où l'établissement a demandé à participer à l'exécution du service public hospitalier ou conclu un contrat de concession, en application de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, ce refus ne peut être opposé que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.

"Art. L. 162-9. - Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.

"Art. L. 162-10. - Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin inspecteur régional de la santé ; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.

"Art. L. 162-11. - L'interruption de grossesse n'est autorisée pour une femme étrangère que si celle-ci justifie de conditions de résidence fixées par voie réglementaire.

"Les femmes célibataires étrangères âgées de moins de dix-huit ans doivent en outre se soumettre aux conditions prévues à l'article L. 162-7."

Art. 5. -

La section II du chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigée :

SECTION II

Interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique.

"Art. 162-12. - L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître

soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

"L'un des deux médecins doit exercer son activité dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 176 et l'autre être inscrit sur une liste d'experts près la Cour de cassation ou près d'une cour d'appel.

"Un des exemplaires de la consultation est remis à l'intéressée ; deux autres sont conservés par les médecins consultants.

"Art. L. 162-13. - Les dispositions des articles L. 162-2 et L. 162-8 à L. 162-10 sont applicables à l'interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique."

Art. 6. -

Le section III du chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigée :

SECTION III

Dispositions communes.

"Art. L. 162-14. - Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'application du présent chapitre."

TITRE III

Art. 7. - I. -

L'intitulé de la section I du chapitre V du livre II du code de la santé publique est modifié comme suit :

SECTION I

Etablissements d'hospitalisation recevant des femmes enceintes.

II. — A l'article L. 176 du code de la santé publique les mots "une clinique, une maison d'accouchement ou un établissement privé" sont remplacés par les mots "un établissement d'hospitalisation privé".

III. — L'article L. 178 du code de la santé publique est modifié comme suit :

"Art. L. 178. - Le préfet peut, sur rapport du médecin inspecteur départemental de la santé prononcer le retrait de l'autorisation prévue à l'article L. 176 si l'établissement cesse de remplir les conditions fixées par le décret prévu audit article ou s'il contrevient aux dispositions des articles L. 162-6 (2e alinéa) et L. 162-9 à L. 162-11."

IV. — Il est introduit dans le code de la santé publique un article L. 178-1 ainsi rédigé :

"Art. L. 178-1. - Dans les établissements visés à l'article L. 176 le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pratiquées chaque année ne pourra être supérieur au quart du total des actes chirurgicaux et obstétricaux.

"Tout dépassement entraînera la fermeture de l'établissement pendant un an. En cas de récidive, la fermeture sera définitive."

Art. 8. -

Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'avortement volontaire, effectué dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique, ne peuvent excéder les tarifs fixés en application de l'ordonnance n° 45-1483 du 30 juin 1945 relative aux prix.

Art. 9. -

Il est ajouté au titre III, chapitre VII du code de la famille et de l'aide sociale un article L. 181-2 ainsi rédigé :

"Art. L. 181-2. - Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique sont pris en charge dans les conditions fixées par décret."

Art. 10. -

L'article L.647 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art. L. 647. - Sans préjudice des dispositions de l'article 60 du code pénal, seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2 000 à 20 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué à l'interruption de grossesse, même licite, alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effet.

"Seront punis des mêmes peines ceux qui, par un moyen quelconque, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens, auront fait de la propagande ou de la publicité directe ou indirecte concernant soit les établissements dans lesquels sont pratiquées les interruptions de grossesse, soit les médicaments, produits et objets ou méthodes destinés à procurer ou présentés comme de nature à procurer une interruption de grossesse.

"En cas de provocation, de propagande ou de publicité au moyen de l'écrit, même introduit de l'étranger, de la parole ou de l'image, même si celles-ci ont été émises de l'étranger, pourvu qu'elles aient été perçues en France, les poursuites prévues aux alinéas précédents seront exercées contre les personnes énumérées à l'article 285 du code pénal, dans les conditions fixées par cet article, si le délit a été commis par la voie de la presse, et contre les

personnes reconnues responsables de l'émission ou, à leur défaut, les chefs d'établissements, directeurs ou gérants des entreprises ayant procédé à la diffusion ou en ayant tiré profit, si le délit a été commis par toute autre voie."

Art. 11. -

Les dispositions du titre II de la présente loi seront applicables tant que le titre Ier restera en vigueur.

L'application des articles L. 161-1, L. 650 et L. 759 du code de la santé publique est suspendue pour la même durée.

Art. 12. -

Le début du deuxième alinéa de l'article 378 du code pénal est ainsi rédigé :

"Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements pratiqués dans des conditions autres que celles qui sont prévues par la loi, dont elles ont eu connaissance..."

(Le reste sans changement.)

Art. 13. -

En aucun cas l'interruption volontaire de la grossesse ne doit constituer un moyen de régulation des naissances. A cet effet, le Gouvernement prendra toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée, dans les centres de protection maternelle et infantile, de centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information.

Art. 14. -

Chaque centre de planification ou d'éducation familiale constitué dans les centres de protection maternelle et infantile sera doté des moyens nécessaires pour informer, conseiller et aider la femme qui demande une interruption volontaire de grossesse.

Art. 15. -

Les décrets pris pour l'application de la présente loi seront publiés dans un délai de six mois à compter de la date de sa promulgation.

Art. 16. -

Le rapport sur la situation démographique de la France, présenté chaque année au Parlement par le ministre chargé de la population, en application de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967, comportera des développements sur les aspects socio-démographiques de l'avortement.

En outre, l'institut national d'études démographiques analysera et publiera, en liaison avec l'institut national de la santé et de la recherche médicale, les statistiques établies à partir des déclarations prévues à l'article L. 162-10 du code de la santé publique.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 17 janvier 1975.

Annexe II : Questionnaire envoyé aux sages-femmes libérales

I. CRITÈRES GÉNÉRAUX ET FORMATION INITIALE

1. Quand avez-vous obtenu votre diplôme d'état de sage-femme ?

- avant 1979
- entre 1980 et 1989
- entre 1990 et 1999
- entre 2000 et 2009

2. Avez-vous étudié à l'école de sages-femmes de Caen ?

- Oui
- Non

3. Durant votre formation initiale, avez-vous reçu un enseignement sur la pratique des IVG médicamenteuses ?

- Oui
- Non

4. Vos études vous-ont-elles donné envie de vous investir dans une activité d'orthogénie ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

5. Avez-vous déjà travaillé dans une unité d'orthogénie ?

- Oui
- Non

Si oui à la question n°5, vous-êtes-vous trouvé(e) légitime en tant que sage-femme dans cette pratique?

- Oui
- Non

Si non à la question n°5, pourquoi? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Car cette activité est rarement ouverte aux sages-femmes. Bien que cela m'intéresse, je n'en ai pas eu l'occasion.

- Car cette activité ne me semble pas faire partie du rôle de la sage-femme.
- Je n'y ai jamais pensé
- Car cela ne m'intéresse pas.
- Car c'est un exercice professionnel qui me semble trop difficile psychologiquement.

II. EXERCICE PROFESSIONNEL

Concernant votre exercice professionnel actuel :

6. Depuis combien de temps exercez-vous en libéral ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Depuis plus de 10 ans

7. Où exercez-vous en tant que sage-femme libérale?

- Dans un cabinet libéral, seule.
- Dans une structure de type maison de santé avec d'autres professionnels de santé (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, sages-femmes ou autres).
- Dans un cabinet libéral avec d'autres sages-femmes avec lesquelles vous êtes associé(e).
- Au sein d'une maternité et en libéral.
- En tant que remplaçante dans un cabinet de sage-femme.

8. Quelles sont vos 2 pratiques les plus courantes en consultation ?

- Suivi de grossesse
- Préparation à la naissance et à la parentalité
- Rééducation périnéale
- Suivi gynécologique de dépistage et contraception
- Echographie obstétricale
- Activité en rapport avec une compétence spécifique (acupuncture, tabacologie, etc.)

9. Pratiquez-vous le suivi gynécologique de dépistage et les consultations de contraception dans votre cabinet ?

- Oui
- Non

III. PRATIQUE DE L'IVG PAR LES SAGES-FEMMES

A. LA LOI

10. Aviez-vous connaissance des nouvelles compétences conférées aux sages-femmes en matière d'IVG depuis le vote de la loi de modernisation du système de santé, en Janvier 2016 ?

- Oui

- Non

11. Pour quelles raisons pensez-vous que les IVG médicamenteuses font désormais partie du champ de compétence des sages-femmes ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Car leurs compétences s'élargissent depuis plusieurs années. Il est donc logique que la sage-femme s'inscrive dans un suivi global de la femme.
- Car l'accès à l'IVG est de plus en plus difficile pour les femmes. Il faut donc de nouveaux professionnels pour palier à ce manque de praticiens.
- Car les médecins (généralistes et gynécologues médicaux) libéraux souhaitent de moins en moins assurer cette mission, il y a donc besoin de nouveaux professionnels pour effectuer ces actes.
- Autres

Si « autres », précisez votre pensée :

12. Pensez-vous que la sage-femme est un professionnel compétent dans la pratique des IVG médicamenteuses ?

- Oui
- Non

Si oui à la question n°12, pourquoi? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Car la sage-femme s'inscrit dans le suivi de la femme tout au long de sa vie et de ses grossesses, quelle qu'en soit l'issue.
- Car les sages-femmes sont formées à cette pratique et sont donc légitimes à la pratiquer.
- Car de nombreuses sages-femmes prennent depuis longtemps en charge des IVG sous délégation d'un médecin, il semblait logique qu'elles en acquièrent la compétence.
- Autres

Si « autres », précisez votre pensée :

Si non à la question n°12, pourquoi? (une ou plusieurs réponses possibles)

- La vocation de la sage-femme n'est pas de pratiquer des IVG.
- La sage-femme n'a pas vocation à pratiquer les actes que les autres professionnels rejettent.
- La sage-femme n'a pas les connaissances médicales adaptées à cette pratique.
- Cette pratique sort du domaine de la physiologie et n'est donc pas du ressort des sages-femmes.
- Autres

Si « autres », précisez votre pensée :

B. PRATIQUE DE L'IVG DANS VOTRE CABINET

13. Pensez-vous dans un futur proche pratiquer des IVG médicamenteuses dans votre cabinet ?

- Oui
- Non

Si oui à la question n°13, pourquoi? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Car je souhaite augmenter ou diversifier mon activité.
- Pour répondre à un problème de santé publique.
- Autres

Si "autres", précisez votre pensée :

Si non à la question n°13, pourquoi? (une ou plusieurs réponses possibles)

- La vocation de la sage-femme n'est pas de pratiquer des IVG. Cette pratique sort du domaine de la physiologie et n'est donc pas du domaine des sages-femmes.
- Je ne me sens pas assez compétent(e) médicalement ou dans l'accompagnement psychologique pour assumer la responsabilité de cette acte.
- Cette activité ne m'intéresse pas.
- Je n'ai pas le temps pour ajouter ces patientes à mon emploi du temps.
- Cette activité n'est pas assez lucrative.
- Je ne me positionne pas en faveur de l'IVG, pour des raisons personnelles, éthiques, morales ou religieuses. J'invoque la clause de conscience.
- Autres

Si "autres", précisez votre pensée:

14. Êtes-vous intéressé(e) par une formation à la pratique des IVG médicamenteuses?

- Oui
- Non

Si oui à la question n°14, sur quels thèmes en particuliers aimeriez-vous que cette formation repose? (une ou plusieurs réponses possibles)

- La prise en charge psychologique de la patiente en demande d'IVG.
- Les modalités administratives de l'IVG (convention avec le centre d'IVG, agrément...).
- La prise en charge médicale de l'IVG (contenu, déroulement des consultations, complications de l'IVG...)
- La rémunération
- Autres

Si "autres", précisez votre pensée:

Annexe III : « Au moins 6 bonnes raisons de consulter une sage-femme » Campagne du ministère de la Santé, 2016.



**Au moins
6 bonnes raisons de consulter
une sage-femme**

ministère de la Santé - 2016

5 ANS POUR DEVENIR
SAGE-FEMME

UN ENGAGEMENT POUR
LA SANTÉ DES FEMMES

www.social-sante.gouv.fr/sages-femmes



RÉSUMÉ : L'objectif de cette étude était de déterminer, *via* un questionnaire, si les sages-femmes libérales du Calvados, de la Manche et de l'Orne souhaitaient assurer la prise en charge des IVG médicamenteuses. Parmi les 49 sages-femmes ayant répondu, 43,8% ont déclaré vouloir prendre en charge prochainement ces IVG, principalement pour répondre à un problème de santé publique (95,2%). L'argument le plus avancé par les sages-femmes qui ne souhaitaient pas les prendre en charge était qu'elles ne se sentaient pas assez compétentes (55,6%). Enfin, 71,4% des sages-femmes de notre population étaient intéressées par une formation continue sur l'IVG médicamenteuse en ville.

MOTS-CLÉS : Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse – Législation - 2016 - Sage-femme libérale – Calvados – Manche – Orne.

TITRE : Les sages-femmes libérales souhaitent-elles assurer la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses ? Enquête auprès des sages-femmes libérales des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne.

ABSTRACT : The aim of this work was to determinate, using a survey, if liberal midwives in three french departments (Calvados, Manche, Orne) wanted to take care of Voluntary Termination of Pregnancy using drugs. Within the 49 midwives who answered, 43,8 % declared that they wanted to take care of Voluntary Termination of Pregnancy using drugs, mostly in order to respond to a public health problem (95,2%). The mostly advanced argument by midwives who didn't want to take care of these, was that they didn't feel competent enough (55,6%). At last, 71,4 % within our midwives population were interested in a continuing education about Voluntary Termination of Pregnancy using drugs.

KEY WORDS: Voluntary Termination of Pregnancy using drugs – Legislation - 2016 - Liberal midwife – Calvados – Manche – Orne – France

TITLE : Do liberal midwives want to take care of Voluntary Termination of Pregnancy using drugs ? Study with liberal midwives in three french departments (Calvados, Manche, Orne)