



HAL
open science

Analyse des pratiques des professionnels de santé autour du déroulement de l'entretien pré-interruption volontaire de grossesse

Charline Didier

► To cite this version:

Charline Didier. Analyse des pratiques des professionnels de santé autour du déroulement de l'entretien pré-interruption volontaire de grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01936840

HAL Id: dumas-01936840

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01936840v1>

Submitted on 27 Nov 2018

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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

***MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
PROMOTION 2018***

***ANALYSE DES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTE
AUTOUR DU DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN
PRE-INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE***

Mémoire présenté par :

Madame Charline DIDIER

Née le 9 Février 1993

Sous la direction de :

Madame Isabelle ASSELIN,

Praticien Hospitalier service gynéco-obstétrique et médecine de la reproduction

Au CHU de Caen,

Référente de l'unité d'orthogénie (jusqu'au 31/12/2017)

***ANALYSE DES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTE
AUTOUR DU DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN
PRE-INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE***

REMERCIEMENTS :

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire :

Madame Asselin, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité et ses conseils,

Madame Mahieu, sage-femme enseignante, pour sa guidance, son aide et sa touche cartésienne,

Aux professionnels de santé ayant participé à l'enquête,

A ma promotion, pour ces quatre années de folies,

A mes proches, pour leurs encouragements et leur soutien, tout au long de ces années d'études.

SOMMAIRE :

INTRODUCTION :	1
REVUE DE LA LITTERATURE :	2
I/ L'acheminement antérieur à une décision d'IVG	2
I.1 Une norme contraceptive :	2
I.2 Une norme procréative :	3
I.3 La grossesse imprévue :	5
I.3.1 Définition	5
I.3.2 Épidémiologie	5
I.3.3 Grossesse non prévue chez les Adolescentes	6
I.3.4 Grossesse non prévue à tous les âges	7
II . La psychologie de la femme enceinte	8
II.1 Les différents schémas psychanalystes	8
II.1.1 Faure-Pragier	8
II.1.2 Mélanie Klein	8
II.1.3 Bydlowski	8
II.2 Processus psychologique de la maternité	9
II.2.1 Phénomène de maternité	9
II.2.2 L'identification maternelle	9
II.3 Le désir	9
II.3.1 Définitions	9
II.3.2 De nos jours	10
III La Prise en charge de l'IVG	10
III.1 Définition :	10
III.2 Épidémiologie :	11
III.3 Législation :	12
III.4 Les motifs de demande d'IVG :	13
III.5 Place de l'homme :	15
III.6 Quels professionnels de santé concernés ?	16
III.7 L'entretien pré-IVG :	16
III.7.1 Déroulement d'une consultation pré-IVG	16
III.7.2 Lieux possibles pour réaliser une IVG	18
III.8- Formation initiale et continue	18
III.8.1 Généralités	18
III.8.2 Analyse de la formation médicale autour de l'IVG	20
III.8.3 L'accompagnement et le soutien des professionnels	22
III.9. Les limites de la logistique de l'IVG médicamenteuses :	23

METHODOLOGIE :.....	25
RESULTATS	29
DISCUSSION :.....	57
CONCLUSION :.....	69
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

GLOSSAIRE :

- IVG : interruption volontaire de grossesse
- Ined : Institut national d'études démographiques
- Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
- FCS : fausse couche spontanée
- MFIU : mort fœtale in utero
- IMG : interruption médicale de grossesse
- AMP : Assistance Médicale à la Procréation
- GNP : grossesse non prévue
- SA : semaine d'aménorrhée
- DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- DOM : Département d'Outre-Mer
- IST : infection sexuellement transmissible
- ECN : Epreuve Classante Nationale
- UE : Unité d'Enseignement
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français
- RPC : Recommandations des Pratiques Cliniques
- DPC : Développement Professionnel Continu
- DU : Diplôme Universitaire
- IGAS : Inspection générale des affaires sociales
- ANSFO : Association Nationale des Sages-Femmes d'Orthogénie
- ANCIC : Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception
- RPVO : Réseau Périnatalité Val d'Oise
- HPST : loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires
- MOOC : Massive Open Online Course

INTRODUCTION :

De nos jours, les couples se forment sans obligation d'engagement, d'éternité. Le premier rapport sexuel n'est plus le début d'une union symbolisée par le mariage dans le but de se reproduire, mais un rapprochement entre deux individus désirant prendre du plaisir sans pour autant avoir envie de fonder une descendance. Cette nouvelle vision s'est offerte grâce à l'accès à la contraception. En 2013, 37% des femmes déclarent « la pilule permet aux femmes d'avoir une sexualité plus épanouie » (1).

Les femmes, ainsi que certains hommes, cherchent à évoluer vers l'égalité des hommes et des femmes. Et pourtant, dans le domaine de la procréation, l'égalité n'est pas perceptible. Les moyens contraceptifs sont majoritairement adaptés à la femme notamment pour les méthodes médicales. Concernant la contraception, d'après les études, dans la grande majorité des cas c'est la femme qui l'assume. Dans le cas d'une interruption volontaire de grossesse, c'est aussi la femme qui subit la pression sociale, psychologique. C'est l'idée qui ressort d'une enquête CSF 2006 : « 91% des femmes et des hommes âgés de 18 à 69 ans déclarent qu'«avec toutes les méthodes de contraception qu'il existe, les femmes devraient être capables d'éviter une grossesse dont elles ne veulent pas » (2).

Légalement le délai de réflexion n'est plus obligatoire pour les femmes majeures souhaitant une interruption volontaire de grossesse. Cette évolution de la loi rend la consultation pré-IVG d'autant plus importante.

Ce qui nous amène à nous poser la question suivante : est-ce qu'une grossesse imprévue amenant à une interruption volontaire de grossesse nécessite un entretien personnalisé par le professionnel de santé ? Nous faisons une première hypothèse que la formation médicale initiale n'est pas adaptée aux nouvelles normes sociales. De plus, nous supposons que les consultations traitant une demande d'interruption volontaire de grossesse sont principalement axées sur le versant médical de la prise en charge et pas assez sur la réflexion de la patiente.

REVUE DE LA LITTÉRATURE :

I/ L'acheminement antérieur à une décision d'IVG

I.1 Une norme contraceptive :

La France est l'un des pays les plus consommateurs de contraceptifs. D'après l'enquête Fécond en 2013 (3), 97% des femmes de 15 à 49 ans ne souhaitant pas de grossesse ont déclaré utiliser un moyen contraceptif. La pilule contraceptive est le moyen le plus utilisé depuis la légalisation des méthodes médicales, en 1967 avec la loi Neuwirth ; avec 42,7% de consommatrices (3) ; suivie par le stérilet avec 25,4% et le préservatif avec 12,5%.

Depuis 2000, de nouvelles méthodes contraceptives sont apparues sur le marché telles que l'implant contraceptif, l'anneau vaginal et le patch contraceptif.

L'ère contraceptive va être remise en question dans les années 2012-2013 avec la « crise des pilules contraceptives de 3e et 4e générations ». La population découvre via les médias, les conséquences que peut provoquer la prescription de pilule de troisième et/ou de quatrième générations à des patientes avec des facteurs de risque cardiovasculaire par exemple tension artérielle limite, tabagisme, surpoids. À la suite de cet événement, la HAS recommande en 2013 de prescrire en première attention des pilules de deuxième génération. Depuis cette crise, une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode contraceptive, ce qui provoque une diminution de 18% de la consommation de pilules contraceptives (1).

Ces femmes se sont tournées vers les nouvelles méthodes des années 2000 : comme l'implant contraceptif (2,6%). Les méthodes naturelles sont de nouveau utilisées tel que le retrait avec une augmentation de 3,4 points.

La proportion de femmes n'utilisant pas de contraceptif reste constante : environ 3%. Nous pouvons donc en conclure que la crise n'a touché que les femmes concernées par les méthodes hormonales.

Cette crise a permis de diversifier le schéma contraceptif français qui était plutôt stéréotypé : le préservatif pour le début des relations sexuelles, la pilule quand la relation devient plus stable puis le stérilet quand la femme a eu au moins un enfant (4).

Ce schéma formaté de l'utilisation de la contraception est influencé par la formation des professionnels et les idées préconçues de la société.

Prenons l'exemple du stérilet : dans l'esprit de la population, ce moyen est peu utilisé par peur de devenir stérile. Quant aux professionnels de santé, alors que les recommandations de la Haute Autorité de Santé depuis 2004 (5) autorisent l'utilisation du stérilet chez les nullipares, ils pensent, pour la grande majorité, que ce n'est pas indiqué. C'est le cas pour 69% des gynécologues et 84% des médecins généralistes (4). Pourtant, l'utilisation du stérilet chez les 15-29 ans a augmenté de 1,3% en 2005 pour passer à 5,9% en 2010 (6). Ceci s'explique par une demande des femmes elles-mêmes faisant suite à la campagne de 2007 « La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit » (6).

I.2 Une norme procréative :

La contraception a chamboulé la « *norme procréative* ». Nous passons dans une ère où la maternité n'est plus une « *maternité subie mais une maternité volontaire* » (7). Nous pouvons noter que le taux de naissances dites programmées est passé de 59% en 1970 à 83% en 1995 (8). Ce qui nous permet de constater que l'envie d'avoir « *un enfant si je veux, quand je veux* » (8) n'est pas nouvelle.

Le moment idéal pour avoir un enfant est recherché. Différents facteurs sont énoncés (7,8), notamment : l'âge maternel, le nombre d'enfants souhaité, l'écart d'âge entre les enfants, le projet parental, les enjeux professionnels.

97% des femmes désirant avoir un enfant dans le futur estiment qu'il est important de s'assurer que leur couple soit stable (8). Pour la question du travail, 90% des femmes et 84% des hommes pensent qu'il est très important qu'au moins un des parents travaille de manière stable (8). Une enquête « Famille et employeurs » en 2005 de Ined indique que dans 70% des cas, le couple a une activité professionnelle, contre 3% de foyers sans activités.

Les couples à la recherche du moment idéal pour avoir un enfant n'est pas qu'un euphémisme. Il existe un phénomène de calendrier des naissances de plus en plus précis (8).

Tout a commencé par le désir de contrôler le nombre d'enfants et l'écart d'âge idéal entre les naissances qui est, d'après la population, de 3 ans. Mais, par la suite, le désir du moment parfait s'est affiné en période beaucoup plus précise comme une saison de l'année ou encore une préférence pour la fin de l'année. Un couple sur 5 déclare avoir calculé le mois d'arrêt de la contraception par anticipation de l'accouchement dans le but que l'enfant naisse à une période précise (9).

Voici quelques exemples de réflexion parentale de période idéale (8) :

- La météo : le printemps, serait une saison idéale pour avoir un enfant.
- Le calendrier professionnel : l'enseignement est une profession qui illustre parfaitement ce phénomène. Un accouchement en avril permettrait de profiter des vacances d'été. Par contre un accouchement entre juin et août perdrait tout l'intérêt des vacances. Pour les cadres ou professions indépendantes, l'été est idéal puisqu'il y a un phénomène de creux au niveau de l'activité économique.
- La fin de grossesse est plus facile en hiver en raison d'œdèmes moindres par exemple.
- La fin de l'année serait aussi idéale dans le but d'avoir un enfant « en avance scolaire ». Ainsi qu'au niveau fiscal, ce serait plus avantageux.
- D'autres anecdotes sont aussi retrouvées comme le signe astrologique ou une préférence pour un mois de naissance différent du premier enfant.

Le « bon moment de la maternité » n'est pas seulement une envie du couple mais un phénomène culturel. Nous constatons que, dans l'esprit de la population, l'âge socialement valorisé pour la venue d'une grossesse se situe entre 25 ans et 35 ans (7). Une grossesse avant cette tranche d'âge est qualifiée de précoce, à risque notamment socialement, et une grossesse après 35 ans est considérée comme tardive, à risque d'un point de vue médical. Malgré les nouvelles normes sociales et contraceptives, ce phénomène persiste.

L'ambition féminine d'une carrière professionnelle retarde l'âge socialement acceptable de la grossesse. Il fût un temps où les femmes arrêtaient toute activité professionnelle pour être mère à temps plein. De nos jours, un autre schéma apparaît : profiter de la vie, avoir une situation stable avant de faire un projet d'enfant et, bien souvent, avoir une grossesse vers la trentaine. D'après Insee, en 2015, l'âge moyen de la première maternité est de 28.5 ans.

Toutefois, la contraception n'est pas sûre à cent pour cent et une grossesse imprévue peut survenir et ainsi nécessiter le recours à l'interruption volontaire de grossesse.

I.3 La grossesse imprévue :

I.3.1 Définition

Avant de commencer, précisons qu'il y a une différence entre grossesse imprévue et grossesse non désirée. Alors que l'amalgame est souvent fait, une grossesse imprévue, comme son nom l'indique, débute à un moment inopiné. Elle peut être désirée ou non. C'est là toute la complexité de la reproduction humaine.

Une grossesse imprévue peut être définie de différentes manières en fonction de la situation relationnelle du couple. Elle peut être le fruit d'une relation sexuelle occasionnelle, d'un couple dans une situation émotionnelle stable, au moment d'une rupture.

I.3.2 Épidémiologie

En 2013, 24% des grossesses étaient non désirées ou imprévues (IVG et naissances mélangées) (8).

Plus spécifiquement, une étude s'est penchée sur les grossesses non désirées ou imprévues des femmes entre 15 et 29 ans (6). Dans les cinq dernières années, 12,2% des femmes âgées de 15 à 29 ans déclarent avoir eu une grossesse non désirée. C'est le cas de 15,2%, pour les femmes âgées de 20-24 ans. Nous n'avons pas de données pour les 15-17 ans. Les principales raisons données sont l'absence de contraception dans 46% des

cas, l'oubli de pilule pour 44% dont un quart pensait ne pas être à risque d'une grossesse et 9% ont eu un problème avec le préservatif.

Cette étude nous permet de soulever un problème lié à l'éducation sexuelle. Ces GNP seraient principalement dues au manque ou à une mauvaise information sur la contraception et le fonctionnement du corps de la femme.

1.3.3 Grossesse non prévue chez les Adolescentes

À la suite de ce constat, nous allons nous questionner sur les grossesses imprévues chez les adolescentes (10).

Contrairement aux idées reçues, les interruptions volontaires de grossesse chez les adolescentes (15-19ans) sont en décroissance depuis 2010. En 2016, il a été ressourcé que le taux d'IVG chez les 15-17 ans était de 6,7 IVG pour 1000 femmes. (11)

Il peut être difficile d'évaluer le conscient et l'inconscient dans cette situation, quel que soit l'âge de la femme. Mais, les études distinguent cinq types de grossesse chez les adolescentes (10) : « grossesse comme rite d'initiation » ; « grossesse SOS » ; « grossesse d'insertion » ; « grossesse d'identité » ; « grossesse accidentelle, imprévue, involontaire ». Dans ces différents cas, la grossesse permet à l'adolescente de trouver une identité, un statut social, d'être reconnue dans la société et d'accéder à une autonomie. Un profil d'adolescente a été identifié. Généralement, les jeunes filles qui acceptent la grossesse imprévue ont souvent un contexte socio-économique et psychologique précaire. Les adolescentes n'ayant pas d'ambition sur le plan scolaire accepteraient plus facilement leur grossesse alors que celles ayant des projets d'avenir opteraient pour une IVG (2,7,10).

Les études montrent aussi que les jeunes filles ayant eu une grossesse non prévue avaient des connaissances erronées au sujet de la contraception, de la reproduction, de leur corps ainsi qu'une mauvaise utilisation des moyens contraceptifs (10). Nous pouvons citer comme exemple l'utilisation du préservatif chez les adolescentes. Certaines adolescentes expriment être mal à l'aise à l'idée de demander à leur partenaire d'utiliser un préservatif. D'autres expliquent que sur le moment, pris dans l'action, elles et leur partenaire n'y ont pas pensé (12).

L'implication de l'éducation parentale au sujet de la vie sexuelle a aussi été soulignée. Les adolescentes dont les parents ne souhaitent pas discuter de sexualité sont plus à risque de grossesse. Toutefois il faut rappeler que depuis 2001 une loi impose trois séances par an d'éducation à la sexualité dès le CP jusqu'en terminal.

Les adolescentes expriment l'idée que la grossesse n'est pas nécessairement due à un accident contraceptif mais serait plutôt liée à un moment de leur vie où elles ressentent l'envie d'émancipation. La grossesse leur permettrait d'obtenir une valorisation sociale (10).

Les grossesses non désirées dans cette catégorie de la population restent un problème dit de santé publique. Des auteurs soulignent le fait que si la grossesse est un moyen d'obtenir un statut social, il serait peut-être préférable de renforcer le soutien de ces jeunes filles (10,13).

1.3.4 Grossesse non prévue à tous les âges

Les grossesses imprévues ne concernent pas seulement les adolescentes. D'après les statistiques sur l'IVG (3,14), les femmes âgées de 20 à 24 ans, représentent le plus grand nombre de demandes d'IVG, avec 27 IVG pour 1000 femmes.

Les grossesses imprévues sont susceptibles d'arriver à tous les âges pour des raisons plus ou moins similaires : pas de contraception, défaut de contraception, mauvaise explication du professionnel, légendes urbaines. Toutefois, le phénomène social est différent en fonction de la situation familiale. Le recours à l'IVG est propre à chaque histoire. Pour la nullipare, il s'agirait plutôt de retarder la parentalité, alors que pour la multipare plutôt d'y mettre un terme (7). Pour les primigestes et les multipares avec un projet d'enfant dans un futur plus ou moins proche, la grossesse imprévue serait plus facilement acceptée.

II . La psychologie de la femme enceinte

II.1 Les différents schémas psychanalystes

Dans toutes ces situations, différents auteurs soulèvent l'implication de l'inconscient. D'après des psychanalystes, le désir inconscient d'enfant provoquerait un relâchement de vigilance face à la contraception (15).

II.1.1 Faure-Pragier

D'après S. Faure-Pragier, une grossesse accidentelle serait « porteuse de sens » en fonction du vécu de chaque femme (16).

II.1.2 Mélanie Klein

D'après Mélanie Klein, le désir d'enfant serait un désir archaïque. Dès la naissance, la femme commence son « formatage » maternel au travers du mimétisme de son modèle maternel. Une deuxième période, l'adolescence, permet de poursuivre le processus afin d'acquérir le désir sexuel archaïque, c'est-à-dire le besoin de reproduction, le besoin d'être mère à son tour.

II.1.3 Bydlowski

Selon Bydlowski, le désir d'enfant commence chez la jeune fille. Il est nécessaire de combiner trois composantes et il expose cela comme une charade :

Mon premier est le désir d'être identique à la mère du début de la vie ; mon second est un autre vœu, celui d'obtenir comme elle un enfant du père ; mon troisième est la rencontre adéquate de l'amour sexuel pour un homme actuel. Mon tout est la conception et la naissance d'un enfant qui va me transformer de jeune femme en mère. Ce tout est éphémère et laissera ensuite place à de nouveaux désirs, celui d'un second enfant par exemple ou d'une carrière (17).

Pour cet auteur, toute aptitude à la maternité doit rassembler ces trois éléments dont la jeune femme n'a pas conscience.

II.2 Processus psychologique de la maternité

II.2.1 Phénomène de maternité

La découverte d'un début de grossesse enclenche le « phénomène de maternité ». Ce phénomène provoque des conflits internes chez la femme enceinte, que ce soit une grossesse désirée ou non. Ces conflits sont des images d'un enfant imaginaire confrontées à des images inconscientes du passé. Ce besoin d'être mère lui vient de son envie d'être meilleure que son modèle : soit faire totalement différemment soit suivre l'exemple parental tout en l'améliorant (15).

II.2.2 L'identification maternelle

L'identification maternelle passe par l'acceptation de l'évolution corporelle de femme à mère. Ceci n'est pas toujours accepté par la femme enceinte parce qu'elle n'est pas prête à voir son corps changer et sa psyché évoluer vers la maturité parentale. Ceci peut amener à un rejet de la grossesse par le corps et l'esprit. Ce rejet se traduirait par une FCS ou une MFIU, et donc la grossesse menée à terme serait l'approbation de l'évolution de la vie, c'est-à-dire l'approche implicite de la mort (18).

Dans la mythologie : « le jugement de Salomon » [Annexe II] démontre la capacité de la mère à penser avant tout au bien-être de son enfant, même si cela nécessite le renoncement à celui-ci. Nous pouvons faire le parallèle avec l'IVG, la grossesse sous X, l'abandon. La femme sait qu'elle ne sera pas une « bonne mère » et prend une décision dans ce sens. (21)

II.3 Le désir

II.3.1 Définitions

Le désir d'une grossesse doit être différencié du désir d'enfant. Ces deux désirs peuvent ne pas coïncider. Le souhait d'une grossesse peut être le reflet d'une femme qui veut s'assurer du bon fonctionnement de sa fertilité, de son corps pour le moment venu. Le désir d'enfant, qui serait inconscient chez toutes les femmes, est à différencier du besoin d'enfant. Ce besoin fait souvent suite à un deuil (FCS, MFIU, IMG, ou deuil parental), à une souffrance dépressive. L'enfant à venir jouerait le rôle de réparateur, il comblerait un manque (18).

II.3.2 De nos jours...

De nos jours, le désir d'enfant est majoritairement une démarche consciente, raisonnable, délibérée et programmée (15).

On parle de projet d'enfant quand il est partagé dans le couple. Ce projet est le reflet d'une envie de créer quelque chose à l'image de l'amour du couple, afin de laisser une trace de leur passage sur terre. Le désir d'enfant est la source d'une envie de prolonger sa vie au travers de sa descendance.

Cette idée est vérifiable depuis tout temps à travers les noms de famille. Pour le père, c'est très important d'avoir des enfants : cela permet de transmettre son nom. Toutefois, il est intéressant de faire remarquer que dans la génération actuelle, et dans certains pays, l'enfant peut porter les deux noms de famille et ainsi faire perpétuer les deux branches de l'arbre généalogique. Ceci montre bien le besoin humain de créer sa descendance, la chair de sa chair afin de laisser une trace de son existence.

Le désir est aussi la capacité d'affirmer ses choix (15).

Comme nous l'avons vu précédemment, le processus de procréation serait, dans un premier temps, naturel, inconscient, comme chez toutes espèces animales dont le but est de se reproduire. Mais, dans l'espèce humaine, ce processus est bien plus complexe. Prenons l'exemple des couples qui suivent un parcours d'assistance médicale à la procréation (AMP). L'AMP est une solution acceptée par les couples, afin de connaître eux-aussi la parentalité.

Parfois, ce processus ne fonctionne pas. Alors, les couples passent par l'adoption. Pendant ce parcours, une grossesse spontanée imprévue peut survenir. Ceci n'est pas un cas particulier et peut illustrer la part importante du psychique dans la procréation (16).

III La Prise en charge de l'IVG

III.1 Définition :

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un avortement provoqué pour des raisons non médicales, à la demande d'une femme ou d'un couple. Cette procédure médicale est encadrée par la loi.

III.2 Épidémiologie :

En France, on constate un certain « paradoxe » pouvant faire penser qu'il n'y a pas de changement par rapport à la pratique contraceptive et le taux d'IVG (18). Ce « paradoxe » représente un taux d'IVG stable alors que le taux de consommation de contraceptifs augmente (la France est le pays qui en consomme le plus). En effet, il y a bien moins de GNP qu'autrefois (grâce à la contraception). Par ailleurs, les femmes se dirigent plus facilement vers l'IVG dans le cas d'une GNP. Ce sont deux phénomènes qui évoluent parallèlement.

D'après la DREES (11), en 2016, il y a eu 211 900 IVG dont 197 800 en métropole. La DREES comptabilise 6100 IVG de moins au cours de l'année 2016 par rapport à celle de 2015 ; soit 2,88% d'IVG en moins en une année. Le nombre d'IVG est en diminution depuis trois ans.

Le taux d'IVG est plus important dans les DOM. En effet, pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans le taux d'IVG en métropole est de 13,9 contrairement aux DOM où il est de 25,2.

Chez les jeunes femmes de moins de 20 ans, le taux décroît fortement avec 6,7 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 17 ans et 17,8 IVG pour 1000 femmes âgées de 18 à 19 ans.

17% des IVG médicamenteuses sont réalisées en ville (25% dans les DOM). Ce pourcentage pourrait augmenter avec l'extension des compétences des sages-femmes selon la loi santé de 2016. Les IVG médicamenteuses représentent environ 56% des IVG face à 47% en 2015 (11). La technique d'IVG instrumentale dans les milieux hospitaliers est en diminution avec 44%. Les 2/3 des établissements de santé prenant en charge les IVG sont des établissements publics.

III.3 Législation :

L'IVG est un droit obtenu en France par la loi Veil de 1975. Depuis cette date, la loi a connu différentes évolutions. Actuellement, la loi est la suivante (19) : « **La loi (article L.2212-1 du Code de la santé publique) permet à toute femme enceinte, majeure ou mineure, qui ne veut pas poursuivre une grossesse de demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Seule la femme concernée peut en faire la demande.** »

Avec une dernière modernisation en 2016 (20) : la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, supprime le délai obligatoire de réflexion de 7 jours et autorise les sages-femmes à pratiquer les IVG médicamenteuses.

L'IVG est un acte médical encadré par la loi. Elle est possible jusqu'à 14 SA. Deux techniques s'offrent à la patiente :

- La technique médicamenteuse, possible dans les cabinets de ville, du gynécologue, du médecin généraliste et de la sage-femme, ayant suivi une formation théorique et pratique, jusqu'au terme de 7 SA.
- Les établissements de santé, pratiquent la méthode médicamenteuse ainsi que la chirurgicale jusqu'au terme légal.

La loi impose un certain nombre de consultations dans le parcours de l'IVG :

- Une première étape : La consultation pré-IVG : La patiente exprime sa demande d'IVG au professionnel de santé de son choix. Au cours de cette consultation, celui-ci confirme la grossesse, lui donne les informations nécessaires (les différentes méthodes d'IVG, les avantages et les inconvénients de chacune, les risques, les effets secondaires, les lieux de réalisation). Le professionnel devra remettre le guide IVG de l'ARS à la patiente ainsi qu'un certificat de demande d'IVG. A cette étape de la démarche, il est obligatoire de proposer une consultation psycho-sociale (qui est obligatoire pour les patientes mineures). Le professionnel est habilité à prescrire des bilans sanguins ainsi qu'une échographie de datation qui sont nécessaire pour la suite de la prise en charge. Il est aussi conseillé de discuter des IST et de la contraception (une notion particulièrement complexe).

➤ Une deuxième étape : Au cours de cette étape, la patiente confirme son choix de réaliser une IVG en donnant son consentement écrit. Le choix de la méthode est discuté. En cas de méthode médicamenteuse, l'organisation de la prise des comprimés est expliquée à la patiente et planifiée. En cas de technique chirurgicale, une consultation d'anesthésie est à planifier ainsi que la programmation de l'intervention. Dans les deux situations, il est nécessaire de faire attention au délai de réflexion de 48h dans le cas où la patiente aurait bénéficié d'une consultation avec une conseillère conjugale. [Annexe III].

➤ Une troisième étape : La consultation de contrôle. Pour l'IVG médicamenteuse, un dosage de bêta-HCG sera prescrit à J14 en général, une consultation et/ou une échographie seront à réaliser trois semaines après la prise des médicaments. Il peut être nécessaire d'aborder à nouveau le sujet de la contraception, d'ailleurs HAS a mis à jour sa fiche mémo en octobre 2017.

Les patientes mineures ne sont plus obligées d'être accompagnées d'un représentant de l'autorité parentale. Toutefois, il est nécessaire qu'elles soient accompagnées d'une personne majeure de leur choix [Annexe IV].

L'IVG est soumise à une déclaration obligatoire à l'Agence Régionale de Santé. L'anonymat est respecté [Annexe V].

III.4 Les motifs de demande d'IVG :

L'IVG a toujours fait partie de la vie des femmes, bien qu'elle fût à une époque une pratique clandestine. De nos jours, « *l'IVG ne remplace pas un enfant, mais en retarde la venue* » (18), comme dit précédemment, c'est la norme procréative qui crée ce phénomène. Pourtant, une partie de la société n'accepte pas cet acte, ce qui peut provoquer, chez la femme faisant le choix d'une IVG, un sentiment de culpabilité, de honte.

Toute IVG n'est pas synonyme de drame (18). Une sociologue disait qu'« *il y a des grossesses qui ne débutent que pour être interrompues* ». Ceci signifie que la GNP peut avoir une signification et l'IVG peut y apporter une aide.

D'après M. Apied, « l'IVG est un choix qui se pose à un moment donné d'une vie, par rapport à un enfant et par rapport à un homme » (21). Il explique cette impossibilité de devenir mère à ce moment précis par les enjeux psychiques du « phénomène maternel » dont nous parlions précédemment :

Une femme ne se trouve jamais enceinte par hasard, et la demande d'IVG est l'aveu d'un désir d'enfant impossible à réaliser, soit pour des raisons extérieures soit pour des motivations psychologiques. Refuser une maternité, c'est refuser qu'un homme et une femme, ayant eu un plaisir sexuel, puissent donner naissance à un être, même s'il y a eu désir d'enfant séparément ou en commun.

La loi du 4 juillet 2001 recule le délai légal de l'IVG à 14 SA. Certains auteurs redoutent une augmentation du taux d'IVG suite à cette extension de terme (22). Une étude montre que les motivations des femmes réalisant une IVG entre 12 SA et 14 SA pouvaient être le reflet de la confrontation entre le réel et l'irréel de la grossesse. En effet, 40% de la population étudiée exprime le besoin de ces 15 jours pour réfléchir, 26%, ayant eu un diagnostic tardif de la grossesse, explique la nécessité de ce temps pour obtenir leur IVG et 8% de cette population justifie ce délai par une question d'emploi du temps (22).

Précédemment, nous parlions de la « crise de la contraception orale » de 2012 (25). Suite à cette période, 4,2% des IVG sur une période de deux mois et demi étaient dues à un arrêt de la contraception dont 67% de patientes âgées de 20 à 29 ans. Certaines femmes ont expliqué une perte de confiance envers leurs prescripteurs et n'ont donc pas désiré reprendre de contraceptif.

Contrairement à certaines idées reçues, l'IVG n'apporte pas de complications psychologiques à long terme (24). Quand une femme fait une IVG en toute connaissance de cause, elle est bien acceptée (15). S'il y a des difficultés d'acceptation, nous pouvons envisager que la femme n'ait pas pu exprimer son ambivalence ou la véritable raison de cet acte. D'où l'importance de l'écoute du professionnel de santé dont nous reparlerons plus tard.

III.5 Place de l'homme :

Et l'homme dans tout ça ? Pour parler de fécondité, il est nécessaire de s'intéresser à l'homme (25). Il est vrai que c'est la femme qui enfante. Cependant, l'homme est autant donateur que sa partenaire (26).

La place de l'homme dans la contraception, ainsi que dans le domaine de l'avortement, est en adéquation avec le type de relation avec la femme, éphémère ou stable, ainsi que son implication dans celle-ci (27). À l'époque de la pratique du retrait au moment de l'éjaculation, l'homme avait un rôle essentiel dans le phénomène de l'infécondité. Avec la contraception chimique, la femme, dans la majorité des cas, se retrouve seule face à cette responsabilité. De nos jours, il est courant d'entendre « je ne mets pas de préservatif parce que tu prends la pilule », ceci montre d'autant plus le désinvestissement de l'homme dans la contraception (et dans la prévention des IST).

Dans le domaine de l'avortement, l'homme est peu présent au moment des consultations (27,28). Il est difficile de savoir si c'est par choix de la femme, ou bien par manque d'implication de l'homme.

D'après certains auteurs, l'homme ressentirait moins de culpabilité à demander une IVG. Ceci s'expliquerait par le développement de l'identité paternelle plus tardive, au moment de la naissance de son enfant (26).

Selon une enquête de 2006, un certain nombre d'hommes aurait des difficultés à parler de l'IVG et du produit d'expulsion. Ceci s'expliquerait par un sentiment de culpabilité parce qu'ils se sentent souvent à l'origine de la situation. Pourtant, ils voudraient être des piliers pour leur partenaire (28).

Une étude soulève tout de même l'implication de l'homme dans la décision de l'IVG. Même si la décision revient à la femme d'après la loi, nous savons que la femme informe son partenaire.

Nous constatons que l'homme a une réelle place dans la fécondité. Cependant, il laisse volontiers la femme gérer la contraception. Mais peu, voire pas d'études, s'intéressent au ressenti de la gente masculine face à une décision d'IVG.

III.6 Quels professionnels de santé concernés ?

La santé de la femme est prise en charge par trois spécialités médicales :

- Le médecin généraliste est souvent en première ligne. En effet, les femmes consultent leur généraliste 3,6 fois par an pour un motif gynécologique, contraceptif (29).

- Le gynécologue-obstétricien est aussi sollicité par les femmes. Il est le médecin spécialisé dans la prise en charge des femmes.

- La sage-femme, depuis la loi de 2016 peut réaliser des IVG médicamenteuses. Elle est spécialiste de la physiologie de la femme, avec un élargissement de ses compétences dans le suivi gynécologique depuis 2009. Elle peut être aussi sollicitée par ses patientes.

III.7 L'entretien pré-IVG :

III.7.1 Déroulement d'une consultation pré-IVG

Rappelons les fondamentaux de l'IVG. Elle est légale jusqu'à 14 SA. Il y a deux possibilités d'interruption, soit :

- Médicamenteuse : jusqu'à 7 SA à domicile ou jusqu'à 9 SA en hospitalisation
- Chirurgicale : jusqu'au terme légal.

Dans la consultation pré-IVG, le professionnel a un rôle important. Il doit accompagner la femme dans l'élaboration de sa décision sans jugement donc sans idée préconçue, il faut savoir, pouvoir entendre la patiente. Cela permettra une meilleure acceptation de la décision, quand bien même la femme dit être sûre de son choix (28).

Le CNGOF a rédigé des recommandations pour la pratique clinique de l'IVG (30). La cinquième partie de ces RPC traite l'aspect psychologique de l'IVG. Il précise que cette consultation est un « temps d'information, d'échange et d'écoute de la femme ».

D'après la loi, il n'est plus nécessaire que la femme soit en situation de détresse pour obtenir une IVG. Toutefois, certaines femmes se sentent obligées de justifier leur décision (18). Nous pouvons nous demander si ce sentiment de justification peut être provoqué par des difficultés de communication entre le praticien et la patiente.

Toutefois, les femmes expriment que plus le délai de réflexion est long, plus la décision est douloureuse même si raisonnable et réfléchie (12).

La femme informe son conjoint de sa grossesse après un temps de réflexion, d'imagination d'un avenir proche avec son enfant. Quand elle l'informe de sa décision, le plus souvent, celle-ci est déjà prise (22).

Ce constat renforce la pertinence de la suppression de l'entretien obligatoire. Une femme qui fait les démarches change rarement d'avis. Toutefois, le professionnel doit mentionner que c'est la patiente qui décide de l'intervention et qu'à tout moment elle peut changer d'avis (28).

La consultation pré-IVG est un temps d'information. Le praticien informera la femme, le couple sur les différentes techniques d'interruption, les avantages, les inconvénients de chacune d'elles et le déroulement des différentes consultations en fonction de la méthode choisie.

Le choix de la technique revient à la patiente, en fonction de la possibilité du terme et des habitudes du service.

Ils discuteront aussi de l'après IVG. Le praticien informe la patiente sur les différentes disponibilités contraceptives (si la GNP est intervenue suite à un défaut contraceptif). La femme doit choisir le moyen contraceptif qui s'adaptera le plus facilement à son mode de vie. Ce moment est également propice pour l'information sur les IST. Un test de dépistage est proposé à la patiente. Il est important de proposer un dépistage au(x) partenaire(s). Concernant les sages-femmes, pour le moment elles doivent informer leur patiente de la nécessité de faire réaliser un dépistage d'IST à leur(s) partenaire(s) chez leur médecin traitant. L'ANSFO propose la possibilité de prescrire des dépistages d'IST au partenaire (35). Par la suite, il est aussi nécessaire de prévoir une consultation pour expliquer les résultats du dépistage

La consultation pré-IVG est un moment d'échange et d'écoute de la femme. Le professionnel doit informer la femme qu'il est possible de consulter une conseillère conjugale ou une psychologue, qu'il est possible à tout moment de changer de décision, non pas pour la culpabiliser mais pour lui laisser « toutes les cartes en main ».

III.7.2 Lieux possibles pour réaliser une IVG

L'IVG médicamenteuse en ville est possible depuis la loi de 2004 pour les médecins généralistes et les gynécologues, et pour les sages-femmes depuis 2016.

Les médecins généralistes et les sages-femmes doivent justifier d'une expérience professionnelle dans la pratique de cet acte. Deux parcours sont possibles pour justifier sa pratique de l'IVG : l'obtention d'un diplôme universitaire en gynécologie médicale ou la validation d'un stage dans un établissement de santé pratiquant des IVG médicamenteuses.

Les professionnels exerçant en ville, autorisés à prendre en charge les demandes d'IVG, doivent impérativement obtenir une convention avec un établissement de santé. Celle-ci implique une localisation du cabinet dans un périmètre prédéfini de la structure hospitalière.

La réalisation d'une IVG est donc possible, dans un cabinet en ville (d'un gynécologue, d'un médecin généraliste ou d'une sage-femme), dans un centre de planification et/ou dans un centre hospitalier.

III.8- Formation initiale et continue

III.8.1 Généralités

Les médecins généralistes et les gynécologues-obstétriciens suivent le même parcours initial. Pendant le second cycle d'études médicales, les étudiants en médecine étudient l'IVG dans l'unité d'enseignement 2 : « De la conception à la naissance – Pathologie de la femme – Hérité – l'enfant – l'adolescent » (31). Tous les étudiants suivent le même programme dans l'objectif de valider le second cycle, le tronc commun, via l'ECN.

Dans cette UE, l'IVG est traitée dans un cours de deux heures « Contraception et IVG ». Les objectifs sont :

- Préciser les modalités réglementaires
- Argumenter les principales techniques proposées
- Préciser les complications possibles et les répercussions de l'IVG
- Identifier les facteurs de risque de récurrence d'IVG.

Après l'ECN, l'internat commence. Les internes en médecine générale doivent choisir entre un stage de gynécologie ou de pédiatrie. Par la suite, ils ont accès à des diplômes universitaires en gynécologie, contraception, IVG. Des DPC sur le sujet sont proposées par la suite.

Les internes en gynécologie-obstétrique ont eux aussi accès à des formations continues et des diplômes universitaires sur le thème de la contraception et de l'IVG.

Une réforme de l'internat est mise en place depuis la rentrée 2017. Dans le cas de la médecine générale, des formations liées à la prise en charge psychologique sont intégrées au cursus ainsi que la possibilité de réaliser un stage en gynécologie. Dans la maquette du cursus de l'internat en gynécologie-obstétrique, l'orthogénie n'est pas mentionnée au programme contrairement à la gynécologie médicale (44,45,46).

Les sages-femmes suivent une formation divisée en niveau licence/master avec une alternance théorique et pratique. Depuis 2009, dans le niveau master, au programme il existe l'UE « Santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation ».

Parmi les objectifs, voici ceux ciblant l'IVG :

- Pouvoir répondre aux demandes liées au désir d'enfant, à la contraception ou à l'interruption volontaire de grossesse (IVG)
- Informer et participer à la prise en charge des femmes ayant recours à l'IVG
- Accompagner ou orienter les femmes dans les périodes pré, per et post-IVG
 - Entretien pré-IVG, analyse de l'échec de contraception
 - Techniques d'IVG
 - Surveillance et contraception post-IVG

En quatrième année, dans le département des études de sages-femmes de Rouen, les étudiants ont eu sept heures d'enseignement traitant : les médicaments utilisés, le déroulement des consultations pour obtenir une IVG et l'entretien pré-IVG, la législation de l'IVG, la prise en charge globale autour de l'IVG et les recommandations.

Par ailleurs, les étudiants en science maïeutique doivent réaliser un stage de : « planification familiale et de gynécologie ». Lors de ce stage, ils suivent des consultations de suivi gynécologique de prévention, de contraception et de planification. Ils vont également au bloc opératoire assister à des IVG chirurgicales. De plus un stage en PMI permet d'assister à nouveau à de la planification. En dernière année de maïeutique, les étudiants peuvent également réaliser des IVG médicamenteuses au cours de leur stage intégré.

Les sages-femmes diplômées et tout particulièrement celles avant 2009, ont eu aussi accès à des diplômes universitaires sur le thème de la gynécologie, contraception et IVG et aux DPC.

En complément des cours théoriques et des stages pratiques, des cours de communications sont mis en place dès le début du cursus (mise en scène d'entretien, jeux de rôle filmés puis étudiés)

III.8.2 Analyse de la formation médicale autour de l'IVG

➤ Analyse de Maud Gelly

Gelly M. a réalisé une enquête dont l'hypothèse était la suivante : « *La formation actuelle des médecins ne répond pas aux objectifs de santé publique en matière de maîtrise de fécondité [...]* » (32). À partir de son analyse, on constate que la formation médicale accorde beaucoup d'importance à la législation de l'avortement. En revanche, elle délaisse d'autres aspects, notamment le versant psychologique, contrairement à d'autres enseignements comme l'AMP, où celui-ci est mieux pris en compte. Elle émet l'idée que « *De ce qu'il n'est jamais obligatoire par un médecin de pratiquer un avortement, l'institution universitaire semble déduire qu'il n'est pas obligatoire d'en parler.* » (32). Ici, l'auteur fait notamment référence à la clause de conscience que les gynécologues-obstétriciens à l'époque de la Loi Veil évoquaient pour interdire l'IVG.

Au travers d'entretiens avec des étudiants en médecine, elle constate qu'il leur est difficile d'accepter l'idée que le médecin soit sollicité par une patiente saine. En arrivant dans le cursus, ils se font une idée utopique du monde médical, comme par exemple l'idée de pouvoir sauver le monde en contrôlant toute maladie. Or, la contraception n'est pas une maladie.

Une citation d'Annie Bureau-Roger, gynécologue, permet de bien rappeler ce qu'est la médecine de la femme : « *Une femme dans sa globalité, c'est une femme qui accouche, qui se contracepte, qui fait l'amour, qui fait des IVG et qu'on soigne ; l'IVG fait partie de sa vie.* » (32).

L'auteure met aussi le doigt sur le fait que les étudiants en médecine connaissent les risques de l'avortement et les complications (stérilité, traumatismes psychologiques), qui leur sont souvent transmis via les craintes de nombreux médecins. En revanche, ils ont peu de notions sur la communication avec la patiente, ainsi que les conseils pratiques à donner à celle-ci.

Le rapport IGAS de 2009 aborde le sujet de la formation initiale de l'IVG. Ils signalent un manque de formation initiale mettant en difficulté les futurs professionnels de santé et valorise la mise en place de DU dans différentes universités pour permettre l'accompagnement à travers le DPC (54).

➤ *Vision de P. Faucher*

Une fois lancés dans l'internat, d'après Faucher P, les internes se retrouvent délégués aux « basses œuvres », faisant « *des IVG comme la corvée du matin* » (24). Les propos de l'auteur, qui peuvent être choquants, mais encore d'actualité dans certains centres où nous avons pu le constater, illustrent un manque d'investissement de certains médecins séniors. D'après l'auteur, le fait que certains médecins séniors se sentent si peu concernés par l'IVG mettrait en danger la pratique de ce droit. En effet, un manque d'encadrement et d'enseignement met les internes en difficulté dans la prise en charge de ces patientes. Leur enseignement théorique ne leur permet de s'intéresser qu'aux explications liées aux types de méthodes, aux complications sans pouvoir prendre en compte le côté psychologique puisque non étudié dans le tronc commun.

III.8.3 L'accompagnement et le soutien des professionnels

D'après l'article 18 du conseil national de l'Ordre des médecins qui fait référence à l'article R. 4127-18 du code de la santé publique (33) : « *Un médecin ne peut pratiquer une interruption volontaire de grossesse que dans les cas et les conditions prévus par la loi ; il est toujours libre de s'y refuser et doit en informer l'intéressée dans les conditions et délais prévus par la loi.* »

Cet article est plus connu sous le nom de clause de conscience. Il permet une protection du professionnel en fonction de ses convictions personnelles. (34)

Certains auteurs soulèvent la difficulté psychologique pour les soignants dans la prise en charge de l'IVG à long terme (28).

A Strasbourg, le CHU a créé un staff d'orthogénie une fois par semaine. Ce staff rassemble tous les professionnels en contact avec les femmes en demande d'IVG.

Ce staff pluridisciplinaire permet un échange médical concernant les patientes afin de personnaliser la prise en charge. La psychologue peut apporter certaines notions aux dossiers toujours dans l'optique d'améliorer l'accompagnement de la patiente et de supprimer les préjugés possibles des praticiens. Le staff permet un accompagnement, un soutien pour les professionnels.

C'est un lieu d'échange ouvert, où ils peuvent exprimer leurs sentiments tels que : « *l'incompréhension face à des patientes qui reviennent* », « *la colère devant le non-respect des consignes du personnel et l'indiscipline de certaines* », et « *le besoin de détachement pour se préserver et ne pas porter de jugement* » (28).

En 2013, une étude française s'est intéressée aux médecins généralistes d'Île-de-France. Elle souligne la nécessité de créer des réseaux dans le but d'éviter l'isolement du médecin libéral. Le réseau île de France s'est fortement développé et est devenu un véritable soutien dans l'organisation de la prise en charge de l'IVG ainsi que pour le professionnel de santé. (35)

Les professionnels restent des humains avant tout et ont, eux aussi, besoin d'un temps de parole, d'un espace protégé par le secret professionnel. Ceci est nécessaire pour le bien être du professionnel mais aussi pour la prise en charge des demandes des femmes.

Les sages-femmes auraient fait remarquer en 2003 que si l'IVG était réalisée par leur profession, cela permettrait de « dédramatiser » l'avortement et de le replacer dans la physiologie de la femme (32). Avant la loi de 2016, dans les centres réalisant moins de 250 IVG par an, 42% des professionnels pratiquant des IVG étaient des sages-femmes. Il a été ressourcé que sous la délégation des médecins, un grand pourcentage de sages-femmes était au centre de la prise en charge d'IVG médicamenteuse que ce soit dans l'entretien ou dans la PEC médicale. (35) .

Pourtant deux propositions de lois « IVG médicamenteuse et sages-femmes » ont été rédigées en 2009 et 2011 mais n'ont pas abouti. La création d'un groupe « sage-femme de demain » aurait tenté d'influencer la profession pour ne pas tendre vers cette nouvelle compétence. À la suite de ces polémiques, en 2009 l'association nationale des sages-femmes orthogénistes est née avec l'optique de rassembler les sages-femmes dans la lutte pour les droits des femmes. (35 ; 39)

III.9. Les limites de la logistique de l'IVG médicamenteuses :

L'accessibilité à l'IVG est une question qui revient souvent même si nous sommes à quarante ans de la loi de Simone Veil. Différents articles parlent de « menace sur l'IVG », notamment un de 2011 où il est écrit « L'IVG reste un acquis extrêmement fragile » (37). De nombreux centres d'IVG ferment leurs portes en France pour des raisons budgétaires, ou encore face aux départs en retraite de médecins. On note de forte disparité entre les régions.

L'activité de l'IVG n'est pas valorisée. Les nouveaux professionnels ne souhaitent pas poursuivre l'engagement de leur prédécesseur (53). Nous pourrions nous demander si c'est par manque de formation, d'intérêt, ou de conviction.

Un article « le droit à l'avortement est-il en danger en France » (37), évoque la responsabilité de l'Etat de ne pas créer assez de postes pour répondre dans les délais aux demandes d'IVG.

Le haut conseil de l'égalité (38) signale des obstacles à différents niveaux dans l'accès à l'IVG : juridique, formation, information, matériel.

L'information sur l'IVG est un projet que le ministère de la santé a fortement amélioré en 2015. (38) Toutefois, on peut noter une hétérogénéité qui existe également entre les régions à ce niveau aussi. (35)

L'élargissement des compétences des sages-femmes est lié au contexte socio-économique actuel. (35). Le manque d'accès à l'IVG pourrait être solutionné par l'arrivée des sages-femmes libérales. Hélas, de nombreux obstacles s'annoncent. Commençons par leurs formations. Comment amener la preuve d'une pratique qui n'était pas légale ? Cela oblige les sages-femmes à se former et à réaliser un stage. Ce qui pose un second problème, l'accessibilité à cette formation. Tous les réseaux de périnatalité ne sont pas organisés de la même manière et n'offre pas toutes les mêmes possibilités.

Les réseaux de périnatalité sont importants, notamment, dans le cadre de l'IVG. Ils permettent une harmonisation à la fois des pratiques, des formations ainsi qu'un lien entre les libéraux et les hospitaliers et peuvent être un soutien pour les professionnels. (40)

METHODOLOGIE :

- Problématique : Est-ce qu'une grossesse imprévue amenant à une interruption volontaire de grossesse nécessite un entretien personnalisé par le professionnel de santé ?
- Hypothèses :
 - La formation médicale initiale n'est pas adaptée aux nouvelles normes sociales
 - Les consultations traitant une demande d'interruption volontaire de grossesse sont principalement axées sur le versant médical de la prise en charge et pas assez sur le versant psycho-social.
- La population ciblée :

Notre étude cible **les professionnels de santé libéraux** pouvant être sollicités pour un **premier entretien pré-IVG** : Les médecins généralistes, les gynécologues médicaux et les sages-femmes.

Pour éviter un biais de sélection, les professionnels pratiquant dans un centre de planification, PMI sont volontairement exclus de l'étude. En effet, ces derniers sont plus sensibilisés sur la prise en charge psycho-sociale et possède une forte activité d'entretien d'IVG.

L'étude est réalisée dans **le département de la Seine-Maritime**. Pour une question de représentativité, nous avons sélectionné des communes rurales et urbaines.

Les médecins généralistes et les gynécologues ont été sélectionnés sur le site des pages jaunes avec les mots clés « médecin généraliste » et « gynécologue », de manière aléatoire.

Les sages-femmes étant moins nombreuses ont été sélectionnées sur tout le département du 76 via le site : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/annuairesflib/> .

- La réalisation du questionnaire :

Le questionnaire a été réalisé **sur Google formulaire**, afin de respecter l'anonymat au moment de l'envoi des réponses.

Il est divisé en **quatre parties** : Le profil, la formation, le déroulement de l'entretien pré-IVG et le contexte psychologique du premier entretien pré-IVG.

Ce questionnaire comprend trente-huit questions dont : onze questions liées, une question ouverte non obligatoire, cinq questions à choix multiples, trois questions courtes et les autres questions sont à choix unique.

Le questionnaire a été testé par dix sages-femmes ayant obtenu un diplôme universitaire en contraception/IVG et exerçant en dehors des départements de l'enquête.

- Distribution des questionnaires :

Nous avons choisi de diffuser notre questionnaire via les **adresses mail** des professionnels de santé sélectionnés.

Nous avons réalisé un premier contact téléphonique entre le mois de septembre et d'octobre. Cette étape nous a permis d'obtenir l'adresse mail des différents professionnels de santé donnant leur accord pour participer.

Une fois les adresses mails ressourcées, l'enquête a pu débuter le 19 octobre 2017. Chaque professionnel a reçu un mail : (annexe)

« Chers professionnels de santé,

Dans le cadre de mon mémoire sage-femme, je réalise une enquête concernant les professionnels de santé libéraux.

Suite à notre premier contact téléphonique, je vous envoie le lien pour y participer [LIEN]. Le questionnaire est anonyme. Il prendra seulement quelques minutes de votre temps.

Il y aura trois relances possibles entre novembre et fin janvier; si vous avez déjà répondu n'en tenez pas compte.

Je vous remercie par avance de votre participation.

Bien cordialement.»

Il y a eu trois relances : le 19 Novembre 2017, le 14 décembre 2017 et le 12 janvier 2018.

La fin de l'enquête avait comme date butoir : 31 Janvier 2018.

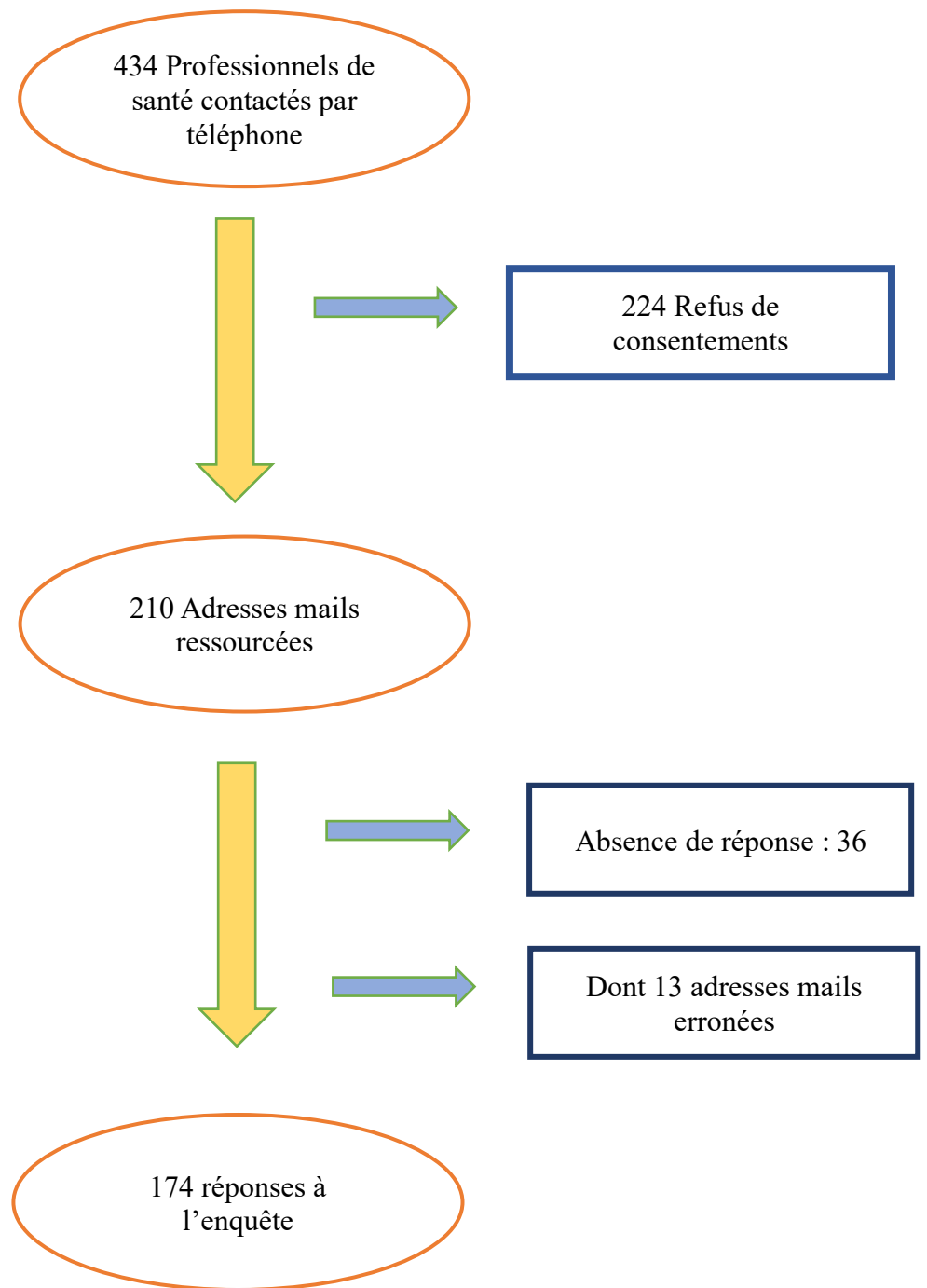
Pour notre étude nous avons sélectionné **434 professionnels de santé** pouvant être sollicités pour le premier entretien pré-IVG dans le département du 76.

Au moment du lancement de l'enquête nous avons **un effectif de 210 professionnels de santé**. En effet nous avons comptabilisé **224 refus de participation**.

- Outils statistiques :

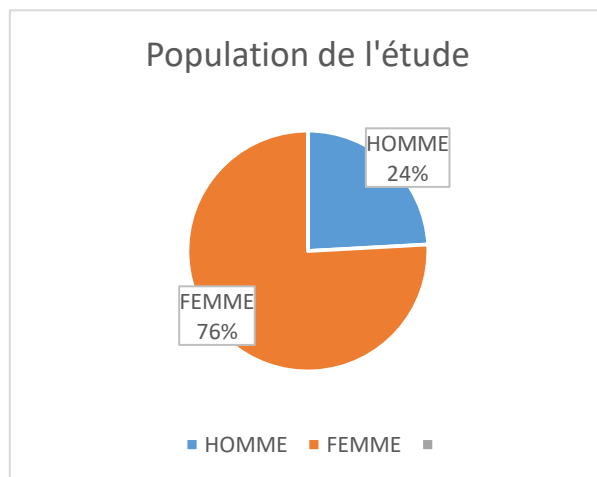
Les résultats de l'enquête ont été répertoriés dans un tableau EXCEL. Les croisements de données ont été réalisés via le logiciel statistique SPHINX .

FLOW CHART :

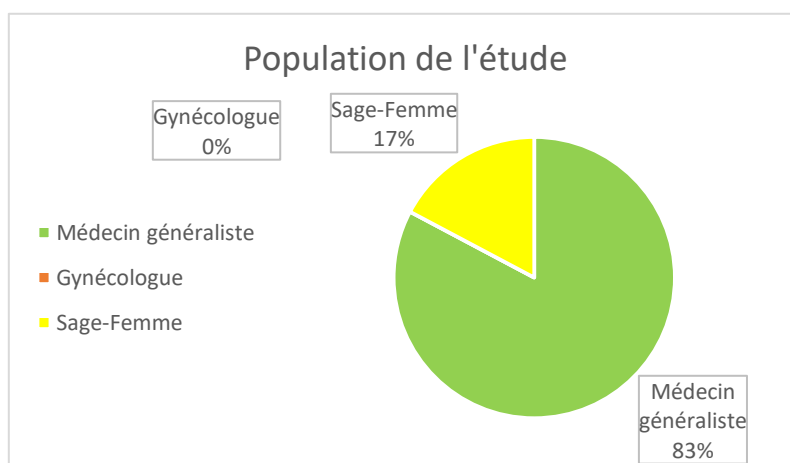


RESULTATS : Les résultats seront exposés dans la logique du questionnaire.

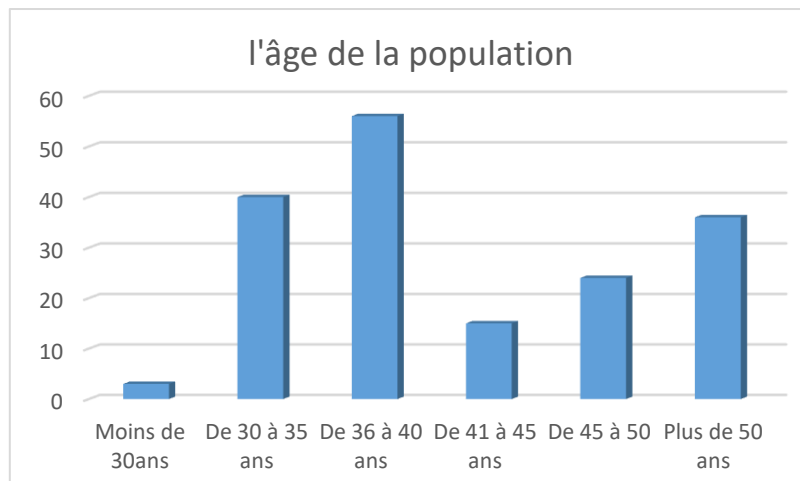
PROFILS :



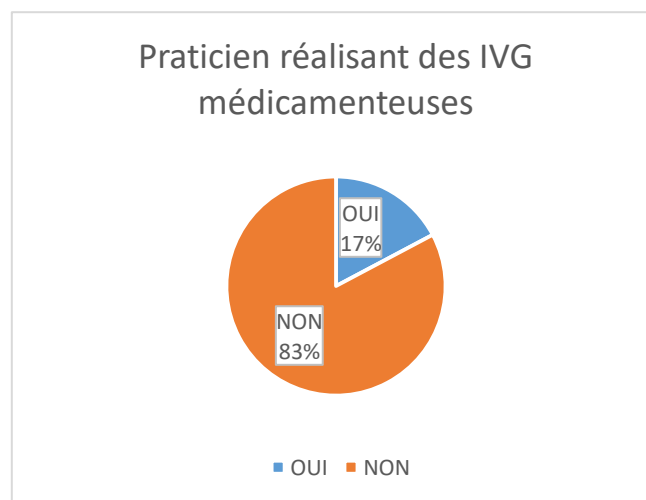
La population de notre étude est constituée majoritairement de femmes (76%) et de médecins généralistes (83%).



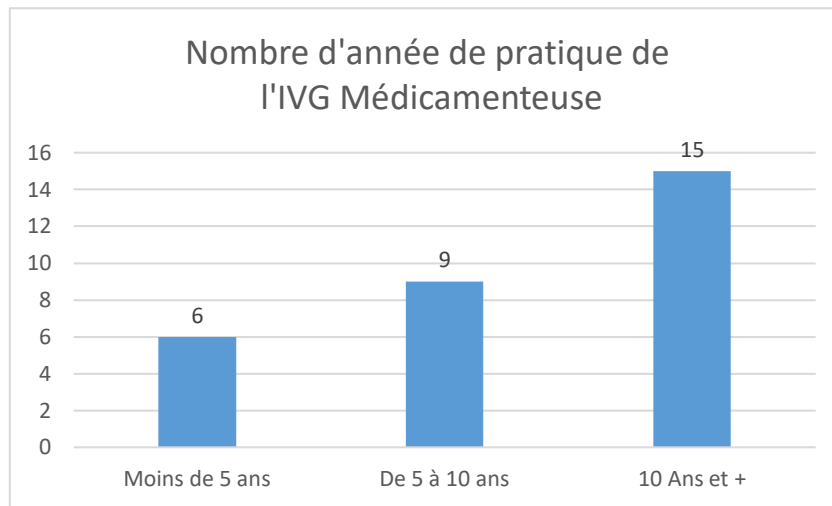
Il est important de signaler qu'aucun gynécologue n'a répondu à l'enquête (22 praticiens contactés).



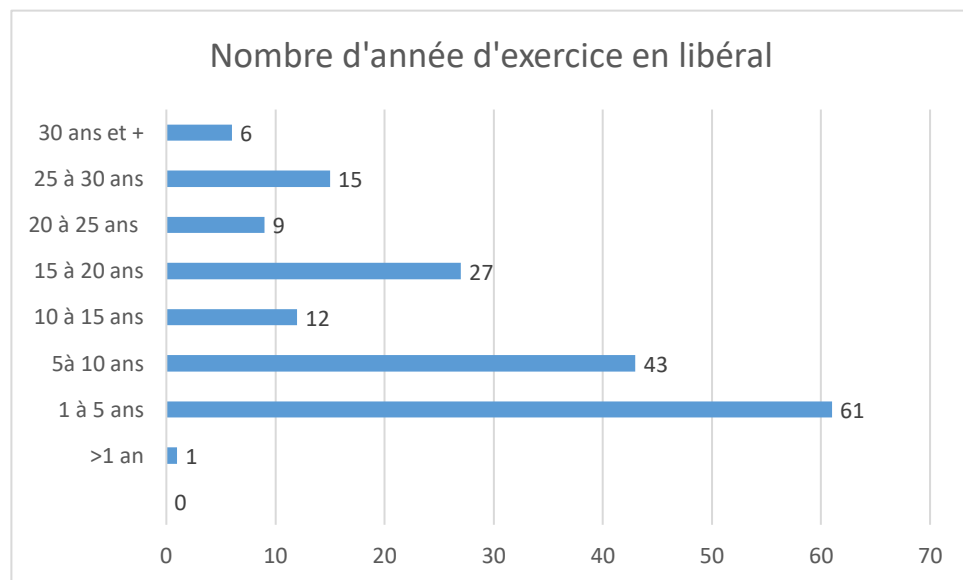
Les classes d'âges ont été réalisées de manière arbitraire au vu des réponses données. Notre population est donc majoritairement représentée dans la classe d'âge des 36-40 ans avec un minimum de 28ans et un maximum de 62 ans.



Dans notre étude, 17% des praticiens interrogés pratiquent les IVG médicamenteuses.



Nous obtenons une moyenne de professionnels de santé pratiquant des IVG médicamenteuses depuis 7 ans avec un minimum de 3 ans et un maximum de 13 ans. Concernant ce graphique, les années ont été regroupées en trois catégories afin d'obtenir un graphique visuellement compréhensible, au vu des réponses libres des participants.



Pour le graphique « Nombre d'années d'exercice en libéral », ici aussi, nous avons regroupé les réponses, afin d'obtenir des classes harmonieuses et visuellement compréhensibles. Dans notre étude la classe la plus représentative est celle entre 1 et 5 ans de libéral suivi de près par la classe 5 - 10 ans.

Pour quelles raisons, ne pratiquez-vous pas d'IVG médicamenteuses ?

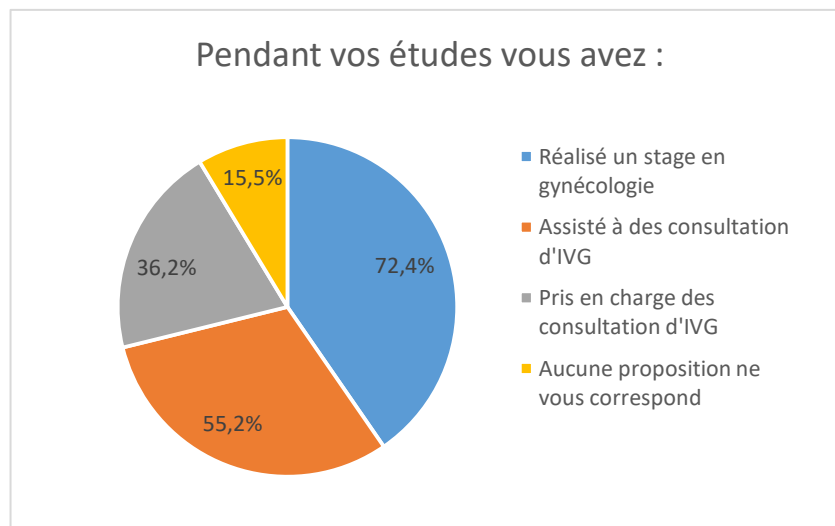
	NOMBRE	%
Je n'ai pas de formation	96	55,2%
Pas de demandes	37	21,3%
Trop de temps administratif	12	6,9%
Trop éloigné d'un centre hospitalier	7	4%
J'utilise ma clause de conscience	13	7,5%
Autres	31	17,8%

Les différentes réponses à « autres » :

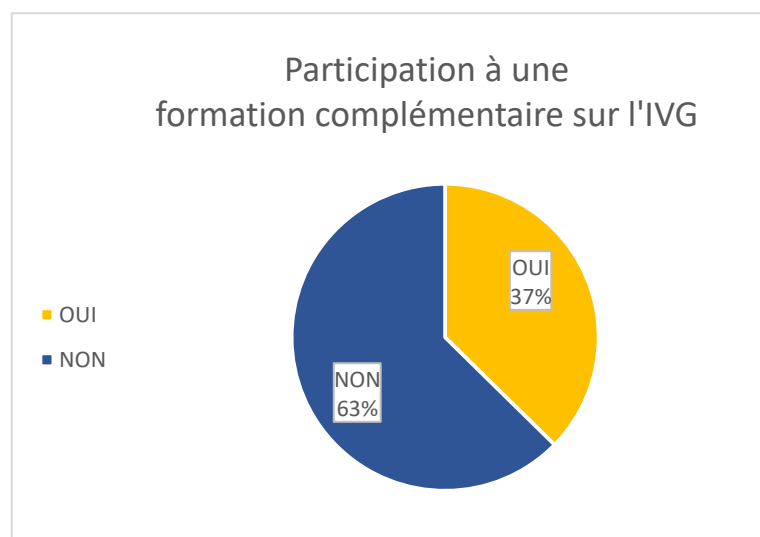
- « Je suis récemment formée mais pas encore accréditée »
- « Manque de temps, je réalise entre 40 et 50 actes de médecines générales par jour »
- « Trop de travail par ailleurs et peu de demandes »
- « Je n'ai pas envie »
- « En cours de demande de convention »
- « J'ai fait la formation, je dois la valider auprès d'un établissement de santé »
- « Je ne souhaite pas effectuer des consultations non dédiées à ma patientèle »

Dans cette étude, les professionnels de santé ne souhaitant pas pratiquer des IVG médicamenteuses répondent pour plus de la moitié que c'est par absence de formation et 21% pour absence de demande.

VOTRE FORMATION :



Nous constatons que 72% de la population interrogée a réalisé un stage en gynécologie, plus de la moitié ont assisté à des consultations d'IVG, moins d'un tiers ont pris en charge des consultations IVG et 15% n'ont pas eu l'occasion de réaliser ces stages.



Une grande proportion, soit 63% de notre population d'étude n'a pas réalisé de formation complémentaire concernant l'IVG.

La population de l'étude ayant réalisé une formation complémentaire liée à l'IVG, soit 37%, ont répondu avoir suivi au moins une formation dont 6% de manière régulière depuis 2004. Au sujet des congrès, 68,3% d'entre eux n'ont jamais assisté à un congrès face à 9,6% de manière annuelle.

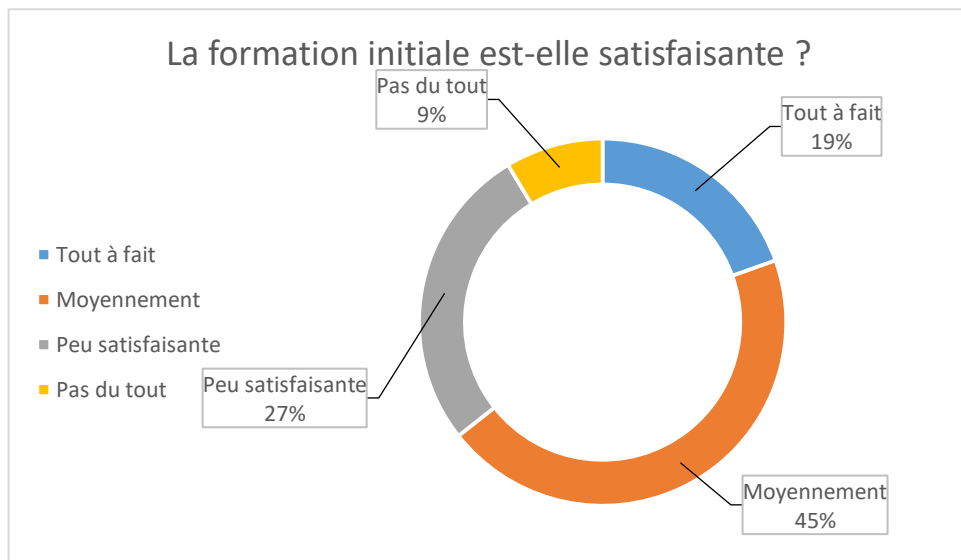
Votre pratique a-t-elle été enrichie par les formations complémentaires ? 64,6% ont répondu « tout à fait » ; 21,5% « moyennement » et 13,8% « un peu ».

Pour quelle(s) raison(s) vous n'avez pas suivi de formation complémentaire ?

	NOMBRE	%
Manque de temps	42	24,1%
Manque d'information	12	6,9%
Ma formation initiale me suffit	22	12,6%
Autres	33	19%

- « Pas de proposition de formation en dehors du DU gynéco »
- « manque d'intérêt »
- « formation annulée »
- « pas de demande, peu intéressée »
- « manque d'intérêt parce que pas de demande depuis 12ans (SF) »
- « Formation 2017 annulée »
- « Pas de proposition lors du cursus »
- « pas intéressée pour le moment »
- « pas eu l'occasion »
- « non motivée »
- « manque de motivation »

Concernant les formations complémentaires, 24% n'ont pas le temps de suivre une formation complémentaire et 12% estiment que leur formation initiale est suffisante. 19% ne se sont pas reconnu dans les propositions : les arguments étaient principalement l'absence de motivation et des formations annulées.

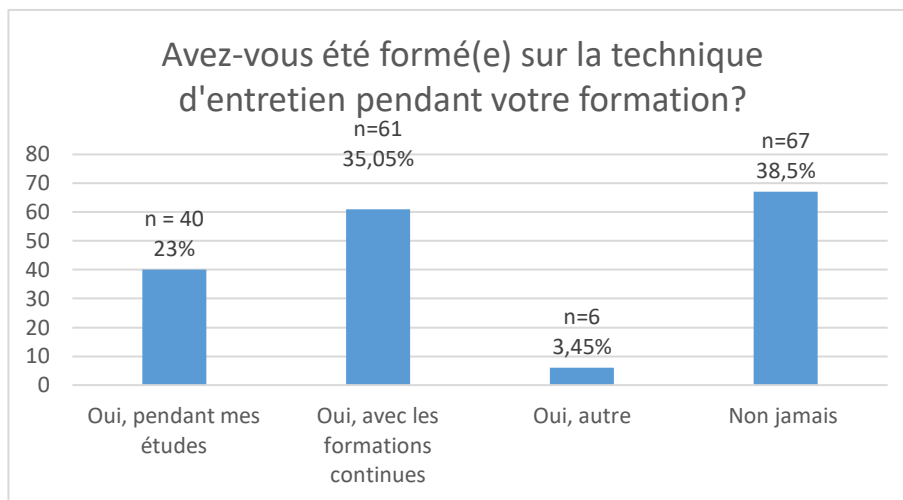


Au sujet de la formation initiale, 45% de notre population sondée estiment qu'elle est moyennement satisfaisante face à 9% qui considèrent qu'elle n'est pas du tout satisfaisante.

Pensez-vous être formé(e) pour prendre en charge le versant psychosocial de l'entretien pré-IVG ?

	NOMBRE	%
TOUT A FAIT	63	36,2%
MOYENNEMENT	69	39,7%
UN PEU	30	17,2%
PAS DU TOUT	12	6,9%

39,7% de professionnels estiment être moyennement préparés pour réaliser le versant psychosocial de l'entretien pré-IVG. 36,2% estiment l'être tout à fait face à 6,9% qui estiment ne pas l'être du tout.

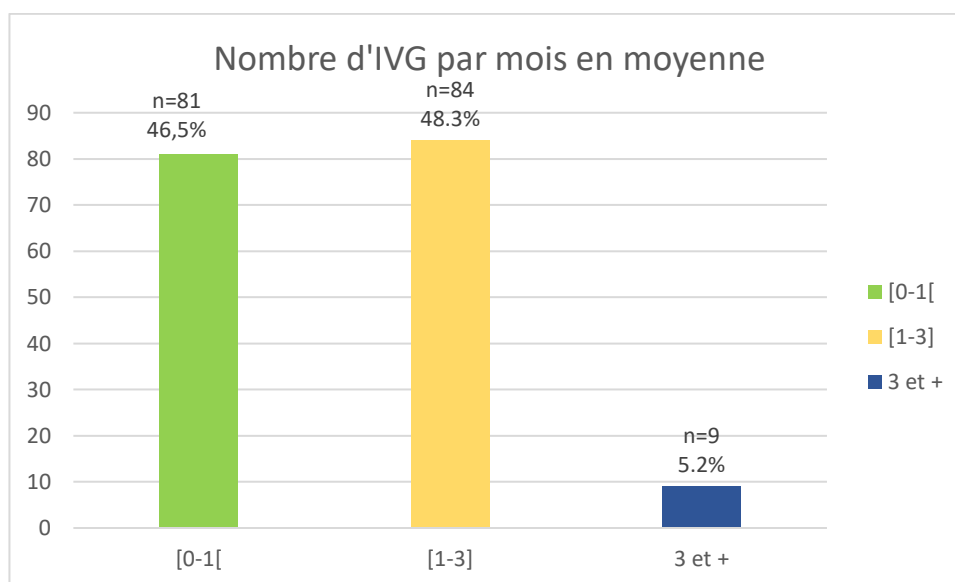


Oui, autre :

- formation par la pratique et non théorie
- par le métier

Pour cette question, 38% n'ont jamais eu de formation à la technique d'entretien face à 35% qui l'ont été au moment des formations continues. Et 3% précisent avoir acquis cette technique sur le terrain. 77% de la population étudiée n'encadre pas d'étudiant sur la prise en charge d'une consultation d'IVG.

DEROULEMENT DU PREMIER ENTRETIEN PRE-IVG :



Pour cette question, certains praticiens ont répondu en mois et d'autres en année. Pour cette raison, tous les résultats ont été remis en année (par ex : 6 consultations d'IVG par an est égal à 0,5 consultation d'IVG par mois). Puis les résultats ont été assemblés en classe.

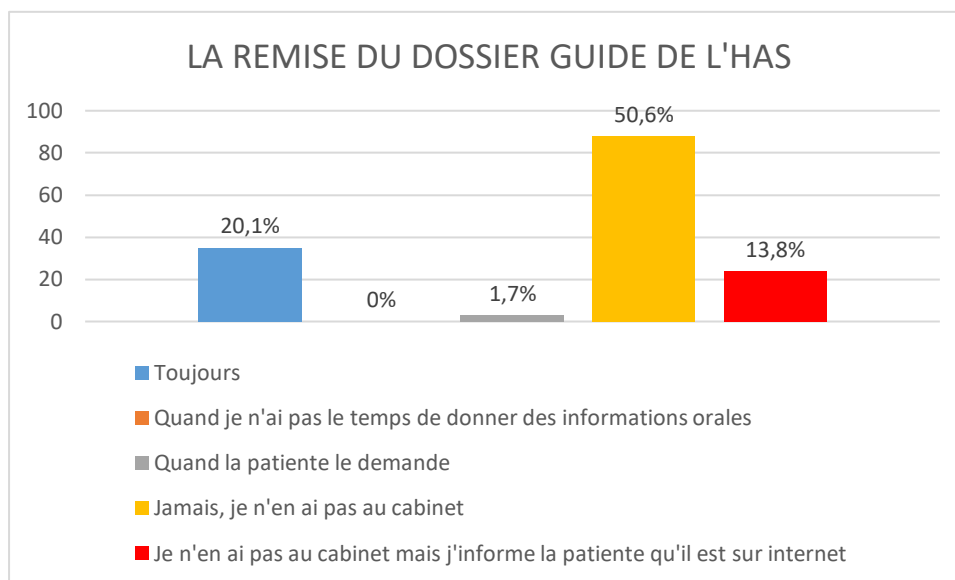
Nous constatons que 46% de notre population réalise entre 0 et 1 IVG par mois et 48% ont entre 1 et 3 IVG par mois.

Le conjoint est-il présent ?

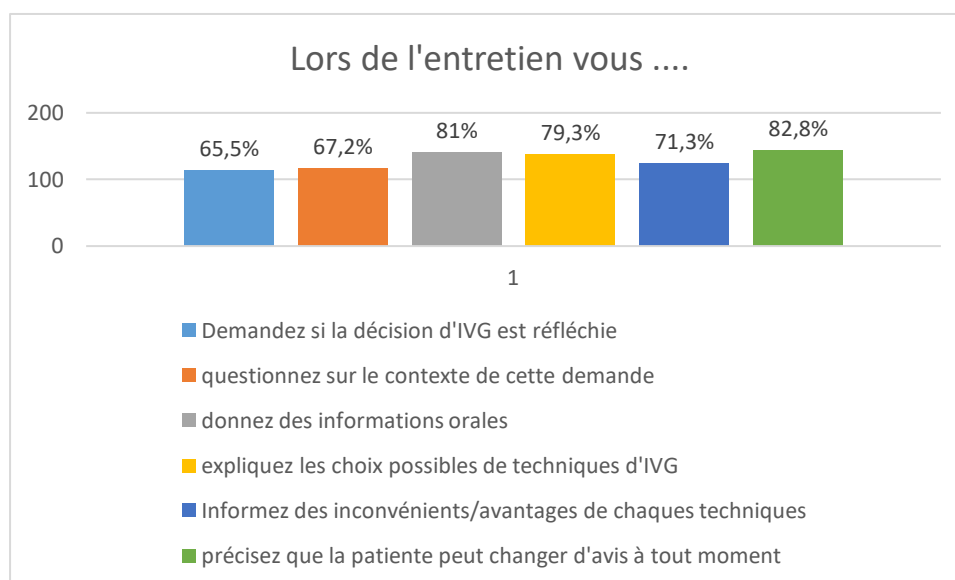
	NOMBRE	%
Souvent	7	4,7%
Parfois	28	18,7%
Rarement	77	51,3%
Jamais	38	25,3%

Concernant le conjoint, d'après notre étude, la moitié considère que le conjoint est rarement là face à 5% qui considèrent qu'il est souvent là.

Au cours de cet entretien vous :



Au cours de l'entretien, 20% donnent systématiquement le guide IVG de l'ARS et la moitié signale ne pas le donner parce qu'ils n'en ont pas dans leur cabinet.



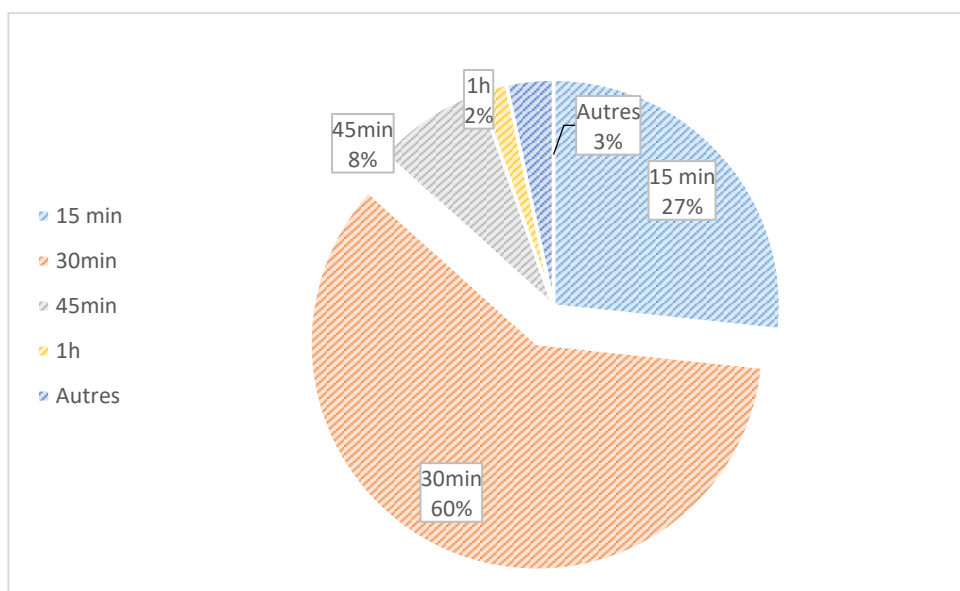
Pour cette question, les propositions obtiennent un résultat presque identique. Toutefois « précisez que la patiente peut changer d'avis à tout moment » et « donner des informations orales » sortent du lot avec un résultat autour de 80%. « Demandez si la décision d'IVG est réfléchie » est la proposition la moins cochée avec 65%.

SYSTEMATIQUE AU CAS PAR CAS JAMAIS
CAS

Vous proposez l'entretien psychosocial	47,3%	40,5%	12,2%
Vous parlez du dépistage d'IST	23,5%	62,4%	14,1%
Vous abordez la contraception	93,3%	6,7%	0%
Vous réalisez un certificat de 1^{er} Cs	54%	22%	24%

Pour cette question, nous constatons que moins de la moitié propose l'entretien psychosocial de manière systématique ; plus de la moitié avec 62% évoque le dépistage d'IST au cas par cas ; la contraception est abordée de manière systématique avec 93% et le certificat de première consultation est donné de manière systématique dans 54% des entretiens.

Le Temps d'écoute pendant l'entretien pré-IVG :



Le temps d'écoute pendant l'entretien pré-IVG est estimé, par notre population d'étude, à 30min pour plus de la moitié d'entre eux. 3% ayant répondu « autre » estiment que 20min sont nécessaires.

Les freins au bon déroulement de l'entretien sont :

	NOMBRE	%
Vous manquez de formation pour cet entretien spécifique	70	40,2%
Vous estimez que les patients ont déjà pris leur décision en venant consulter	27	15,5%
Vous trouvez que l'organisation de la PEC de l'IVG est chronophage	65	37,4%
Vous estimez qu'il y a une mauvaise reconnaissance financière par rapport au temps nécessaire	50	28,7%
Autre	35	20,1%

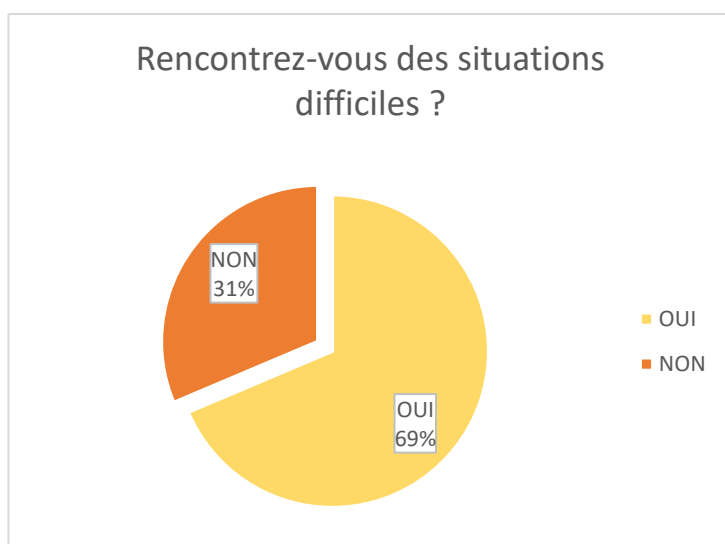
Autre :

- « Pas de freins : « je ne vois pas de frein, je réponds à une demande de soin »
- « pas de freins » : (7 fois)
- « Plus d'encadrement (ex : consultations 30min avec conjoint) »
- « les freins viennent du contexte et de la patiente »
- « La plupart des femmes ont déjà réfléchi et veulent une action rapide. C'est difficile quelque fois de leur parler, et alors cela est difficile de faire une espèce de marche arrière, c'est comme cela qu'elle le ressent. »
- « Manque de temps »

40% estiment manquer de formation. Presque la même proportion (37%) estiment que la prise en charge de l'IVG est chronophage. 20% ont répondu « autre » où une majorité des réponses données expriment l'absence de frein.

LE CONTEXTE PSYCHOLOGIQUE DU PREMIER ENTRETIEN

PRE IVG :



69% des professionnels de notre étude réalisant des IVG répondent avoir rencontré des situations difficiles.

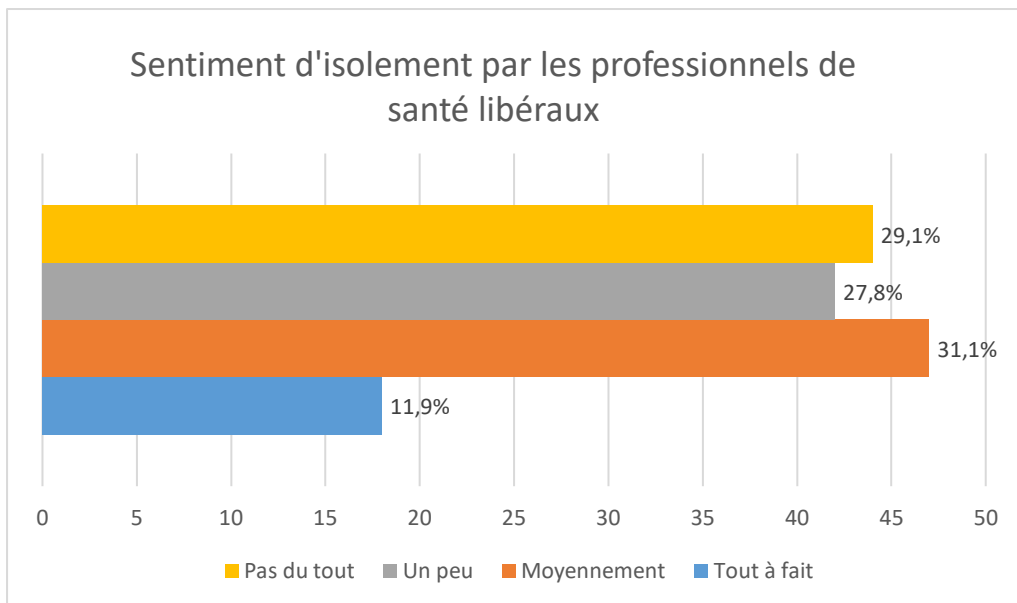
	NOMBRE	%
HISTOIRE COMPLEXE	88	50,6%
DEMANDE D'IVG HORS DELAIS	62	35,6%
SENTIMENTS PERSONNELS	14	8%
AUTRE	24	13,8%

Oui, la (les) quelles ?

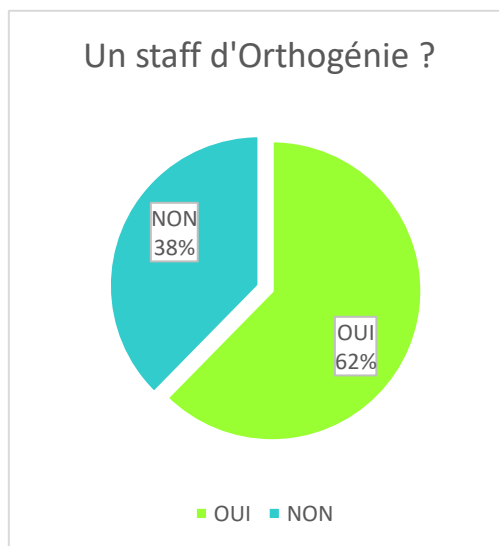
Autres :

- *Mineure : « Place des parents de la jeune fille ; faire respecter le choix de la jeune fille »*
- *« Indécision de la patiente »*
- *« IVG forcée par l'époux, non souhaitée par la femme »*
- *« difficulté à organiser les examens complémentaires dans des délais brefs »*
- *« Influence d'un parent sur la jeune fille ou pression familiale, entourage »*
- *« secret / famille, problème culturel »*
- *« Mineure » (3fois)*

La moitié des praticiens réalisant des IVG ont répondu que les situations complexes auxquelles ils devaient faire face sont liées à des histoires complexes. Et 13% ont répondu « autres » où la complexité de la patiente mineure est souvent soulignée.



1/3 des praticiens sondés se sentent moyennement isolé face à 11% qui se sentent tout à fait isolé.



62% de la population de l'étude souhaiterait un staff d'orthogénie.

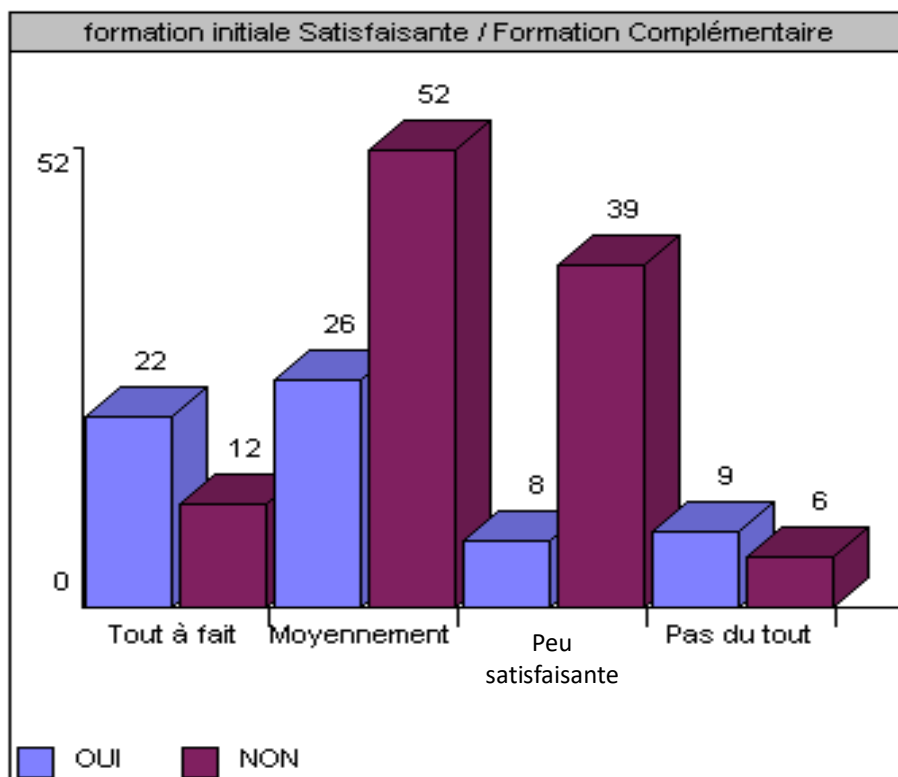
Avez-vous des suggestions afin d'améliorer la qualité de l'entretien pré-IVG ?

- « Importance du travail d'équipe »
- « Staff est une bonne idée mais rémunération ?? »
- « Formation rapide et pragmatique »
- « Plus de formations, plus de supports papiers distribuables, plus de valorisation de l'acte, réseaux d'accompagnement facilement disponibles »
- « PEC remboursée de conseillère conjugale »
- « Séminaire ou cours dédié à l'IVG en médecine générale dans le cadre de notre formation car tous les internes ne font pas de stage en gynéco »
- « Avoir une formation aux entretiens »
- « Pas de manière évidente »
- « Des formations, un numéro de tel joignable mais j'envoie systématiquement au planning familial elles ont donc 2 consultations »
- « Améliorer la formation »
- « Davantage de formation initiale, plus de réseau avec d'autres professionnels (gynéco, sf) »
- « Staff d'orthogénie organisé par le réseau périnatal, pas de staff chu qui n'a aucun intérêt dans notre pratique libérale »
- « Avoir un seul numéro pour organiser la PEC »
- « Respecter la demande, réduire le délai »
- « J'ai répondu à ce questionnaire en considérant la consultation précédant la vraie consultation pré ivg puisque je n'en fais pas, je n'ai pas la formation officielle »
- « La formation annuelle serait la bienvenue »
- « Plus de temps, plus de formation »
- « Importance du travail d'équipe, constitution nécessaire d'un réseau de débriefing pour les libéraux isolés »

TABLEAUX DES DONNEES CROISEES :

Les graphiques suivants sont le reflet des données croisées de notre enquête qui seront analysées par la suite.

Graphique 1 : La formation initiale est-elle satisfaisante versus réaliser une (ou des) formation(s) complémentaire(s).



Légendes :

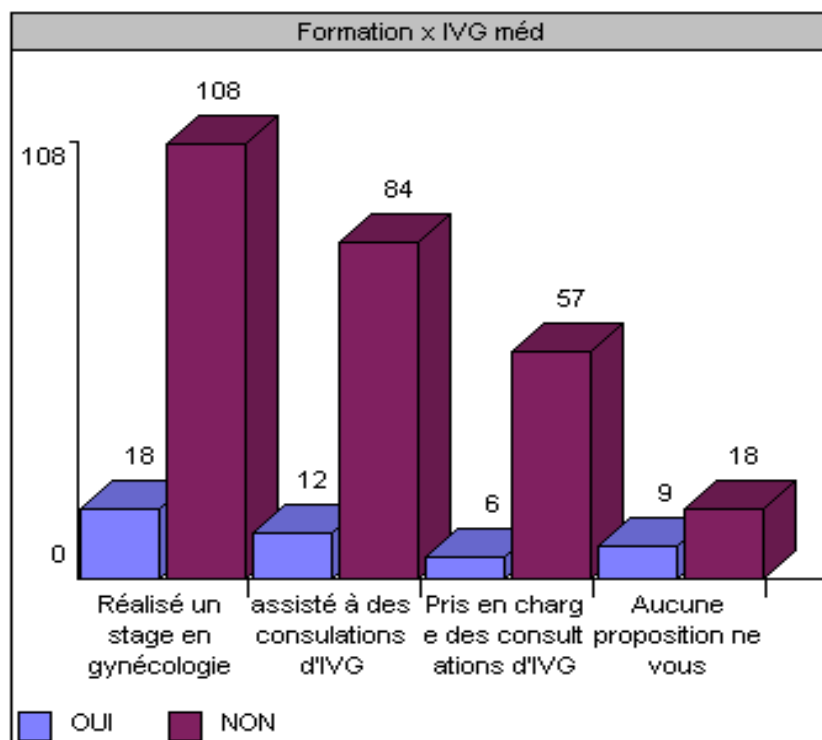
Sur l'axe horizontal : « la formation initiale est-elle satisfaisante ? »

Sur l'axe verticale : Avez-vous réalisez une formation complémentaire ? (oui ou non)

Avec ce graphique nous constatons que de manière générale les professionnels, même s'ils estiment que la formation initiale n'est pas suffisante, ne réalisent pas nécessairement de formation complémentaire.

Et d'après le test du χ^2 , nous obtenons un $p = 0.999$ soit supérieur au seuil de significativité.

Graphique 2 : La formation initiale en pratique versus pratiquer l'IVG médicamenteuse



Légendes :

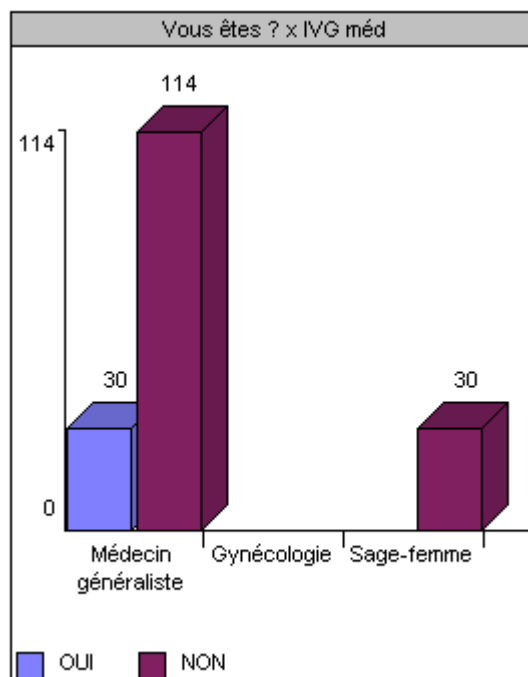
Axe horizontal : Le parcours en orthogénie pendant les études.

Axe vertical : Réalisez-vous des IVG médicamenteuse ? (Oui ou non)

Avec ce graphique, nous pouvons constater que les professionnels de notre étude ayant eu l'occasion de suivre un stage en orthogénie pratiquent moins l'IVG médicamenteuse que les autres .

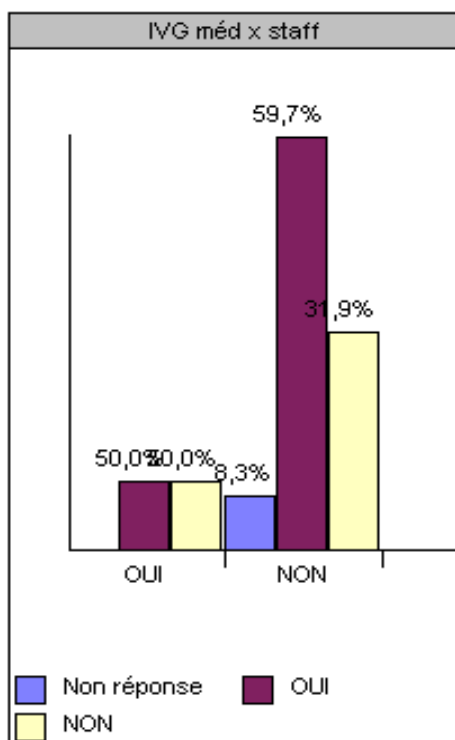
D'après le test de Fisher, nous obtenons un $p = 0.043$ soit inférieur au seuil de significativité ce qui implique une dépendance entre le fait de réaliser un stage en orthogénie et de pratiquer l'IVG médicamenteuse par la suite.

Graphique 3 : Les professionnels de l'étude réalisant des IVG médicamenteuses



Concernant le profil de la population de notre étude, Nous constatons qu'aucune sage-femme réalise actuellement d'IVG médicamenteuse face à 20% des médecins généralistes. D'après le test de Fisher, $p=0.0277$ ce qui est inférieur du seuil de significativité ($p = 0.05$). Ce qui implique, dans notre étude, une dépendance entre la spécialité et la pratique de l'IVG médicamenteuse.

Graphique 4 : Les professionnels réalisant des IVG médicamenteuses et souhaitant un staff.



Légendes :

Axe horizontal : Pratiquer des IVG médicamenteuses (oui ou non)

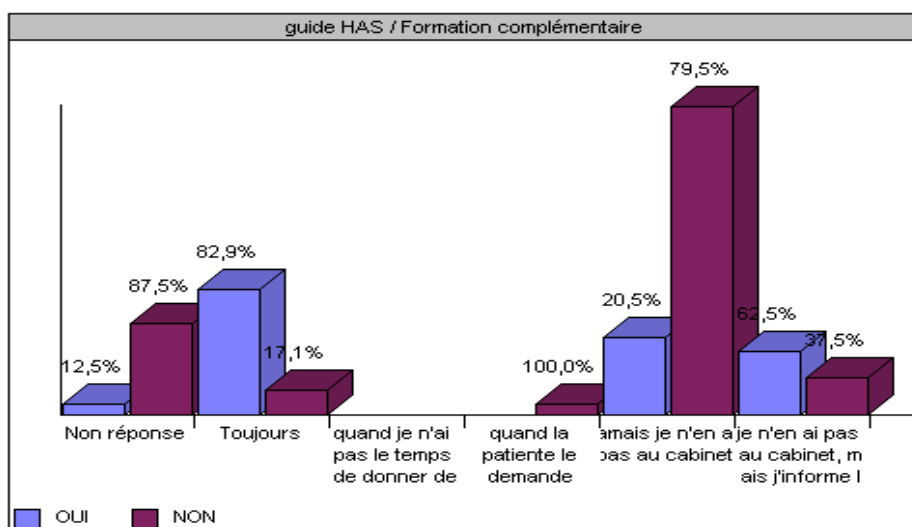
Axe vertical : Le souhait d'un staff d'orthogénie

Nous pouvons constater que parmi les professionnels pratiquant des IVG médicamenteuses, le souhait d'un staff d'orthogénie les sépare de manière équitable. Alors que parmi les professionnels ne réalisant pas (ou pas encore) d'IVG médicamenteuse 60% souhaiteraient un staff.

8% de praticiens ne réalisant pas d'IVG n'ont pas répondu à cette question.

D'après le test de Fisher, nous obtenons un $p = 0.0804$ soit supérieur au seuil de significativité.

Graphique 5 : Ayant réalisé une formation complémentaire versus donner le guide l'ARS :



Légendes :

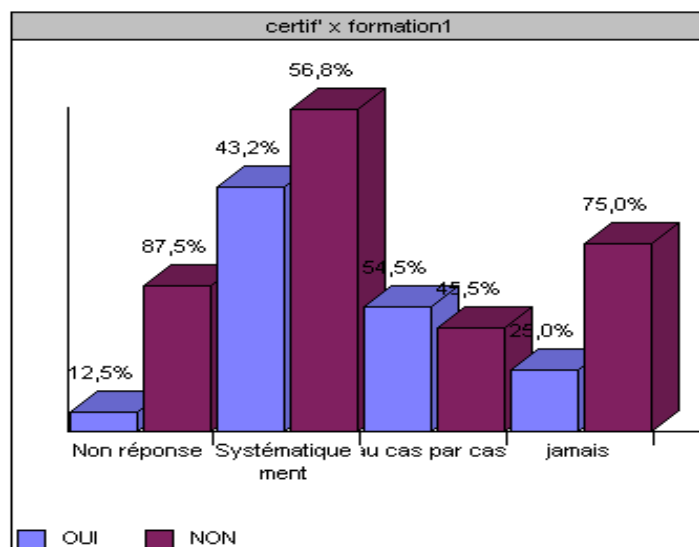
Axe horizontal : Donnez-vous le guide de l'ARS ?

Axe vertical : Avez-vous suivi une formation complémentaire ? (Oui ou non)

83% de professionnels ayant suivi une formation complémentaire sur l'IVG donnent le guide de l'ARS de manière systématique. 20% d'entre eux n'en ont pas au cabinet alors qu'ils ont eu la formation et 60% signalent qu'il est sur internet.

D'après le test de Fisher, nous obtenons un $p = 3.17.10^{-12}$, soit inférieur au seuil de significativité ce qui implique une dépendance entre le fait de donner le guide l'ARS et avoir suivi une formation complémentaire.

Graphique 6 : Réaliser une formation complémentaire et donner un certificat à la fin de consultation pré-IVG



Légende :

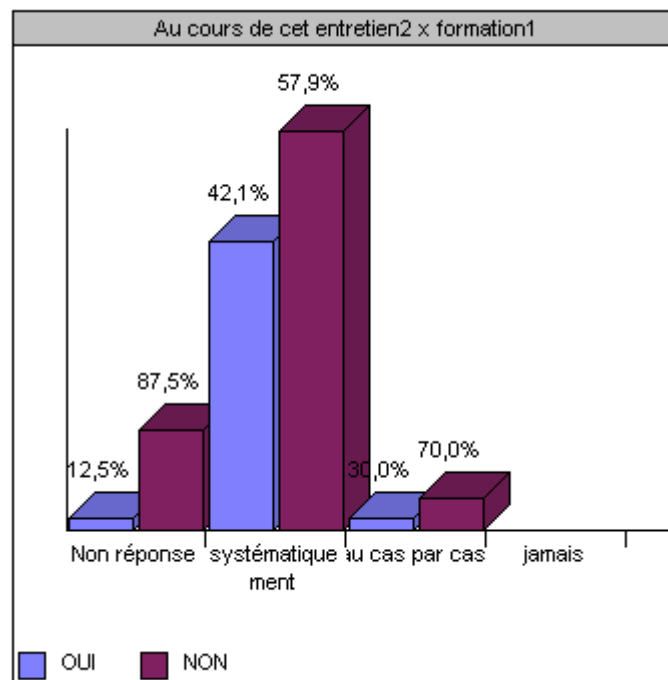
Axe horizontal : Donnez-vous le certificat d'attestation de la demande d'IVG ?

Axe vertical : Avez-vous suivi une formation complémentaire ? (oui ou non)

D'après ce graphique, nous pouvons constater que les professionnels ayant suivi une formation complémentaire donneraient moins le certificat d'attestation de demande d'IVG.

D'après le test de Fisher, nous obtenons un $p = 0.0028$ inférieur au seuil de significativité ce qui implique une dépendance entre suivre une formation complémentaire et remettre le certificat d'attestation.

Graphique 7 : Réaliser une formation complémentaire et aborder la contraception :



Légende :

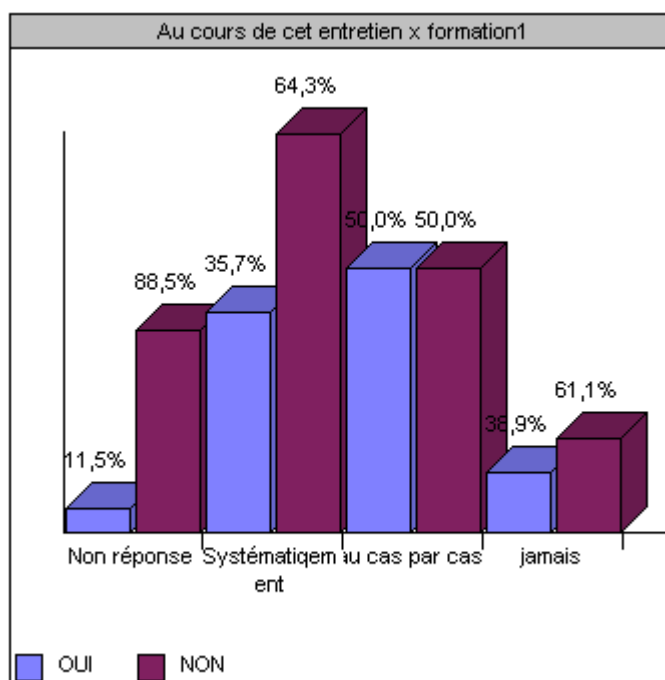
Axe horizontal : Abordez-vous le sujet de la contraception ?

Axe vertical : Avez-vous réalisé une formation complémentaire ? (Oui ou non)

D'après le graphique, la contraception serait moins souvent abordée de manière systématique dans le cas où le professionnel de santé aurait suivi une formation complémentaire.

D'après le test de Fisher, nous obtenons un $p = 0.0131$, inférieur au seuil de significativité.

Graphique 8 : Réaliser une formation complémentaire ou non et proposer l'entretien psychosocial :



Légende :

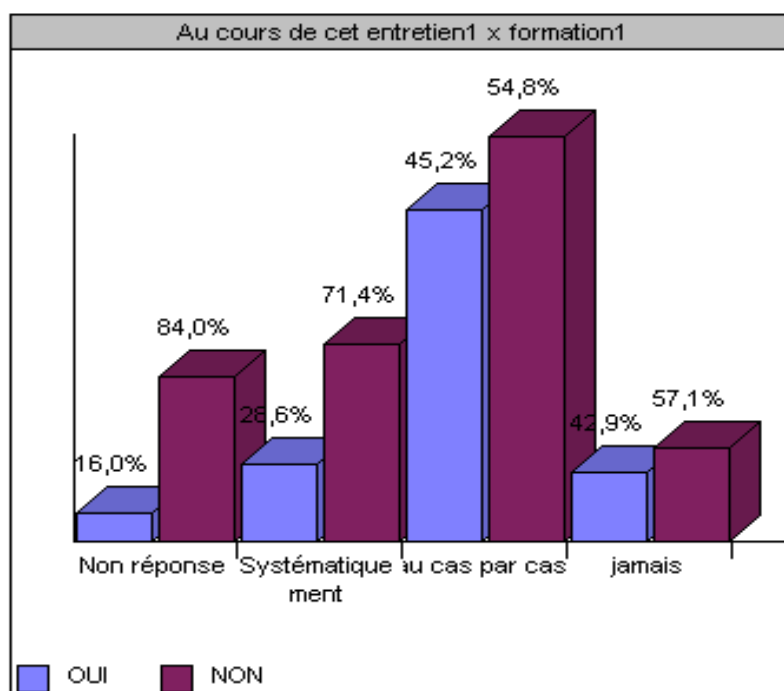
Axe horizontal : Proposez-vous l'entretien psycho-social ?

Axe vertical : Avez-vous suivi une formation complémentaire ? (oui ou non)

64% des professionnels n'ayant pas suivi de formation complémentaire sur l'IVG proposeraient de manière plus systématique l'entretien psycho social.

D'après le test de Fisher, nous obtenons un $p = 0.0062$, soit inférieur au seuil de significativité.

Graphique 9 : Réaliser une formation complémentaire ou non et parler du dépistage d'IST :



Légende :

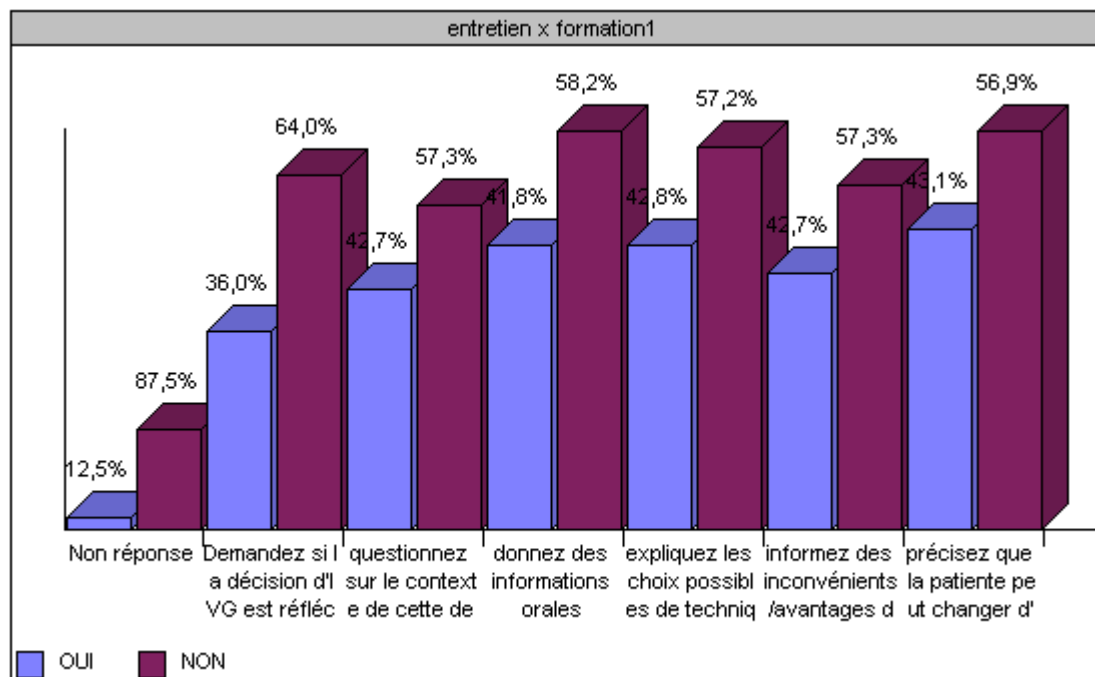
Axe horizontal : Abordez-vous le sujet des IST ?

Axe vertical : Avez-vous suivi une formation complémentaire ? (oui ou non)

Le dépistage des IST est proposé de manière systématique majoritairement (71%) chez les professionnels n'ayant pas suivi de formation complémentaire. Dans la catégorie « au cas par cas », il y a moins de différence.

D'après le test de Fisher, nous obtenons un $p = 0.0307$, soit inférieur au seuil de significativité.

Graphique 10 : Réaliser une formation complémentaire et l'entretien pré-IVG :



Légende :

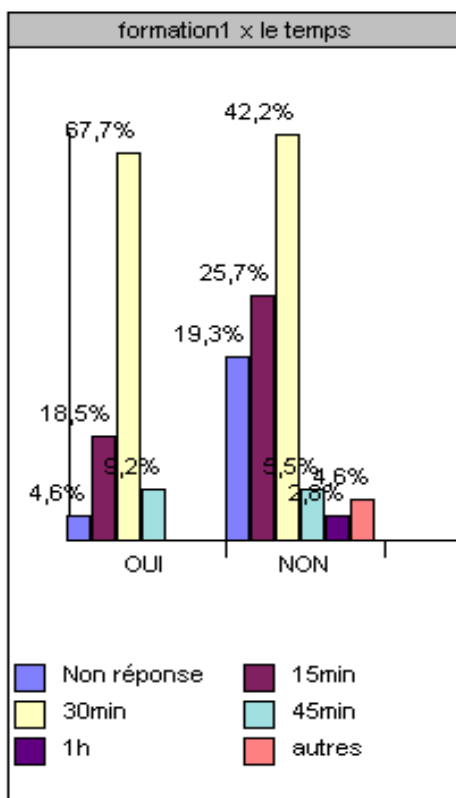
Axe horizontal : Le déroulement de l'entretien pré-IVG

Axe vertical : Avez-vous réalisé une formation complémentaire ? (Oui ou non)

D'après le graphique, on constate que la population de l'étude ayant suivi une formation complémentaire sur l'IVG tourne autour de 40% pour toutes les propositions du questionnaire liées aux questions posées au cours de l'entretien alors que la population n'ayant pas suivi de formation a des résultats proches de 60% pour les différentes propositions.

D'après le test de chi², nous obtenons un $p = 0,873$, soit supérieur au seuil de significativité.

Graphique 11 : Réaliser une formation complémentaire et la durée d'une consultation pré-IVG



Légende :

Axe horizontal : Avez-vous suivi une formation complémentaire ? (Oui ou non)

Axe vertical : la durée de l'entretien pré-IVG

D'après le graphique, que le professionnel ait suivi ou non une formation, le temps moyen de l'entretien pré-IVG est de 30min de manière majoritaire avec 67% de réponses pour les professionnels ayant suivi une formation face à 42%.

D'après le test de Fisher, nous obtenons un $p = 0.00172$, soit inférieur au seuil de significativité.

TEST DU Chi2 :

1^{er} test :

Nous avons élaboré les hypothèses suivantes :

H0 (hypothèse nulle) : Suivre une formation complémentaire et donner le guide de l'ARS sont indépendantes l'une de l'autre.

H1 : Suivre une formation complémentaire et donner le guide de l'ARS sont dépendante l'une de l'autre.

<u>Donner le guide de l'ARS</u> <i>Formation complémentaire</i>	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	TOTAL
<i>OUI</i>	22.04 (44)	42.96 (21)	65
<i>NON</i>	36.96 (15)	72.04 (94)	109
TOTAL	59	115	174

Nous obtenons : $\chi^2 = 52.85$, $ddl=1$ et un $p = 0.998$.

Donc $p > 0.05$ **soit pas de différence significative, Ho validée.**

2^{ème} test :

Nous avons élaboré les hypothèses suivantes :

H0 : Il n'existe pas de différence significative entre le fait de trouver sa formation initiale insuffisante et suivre une formation complémentaire.

H1 : Il existe une différence significative entre le fait de trouver sa formation initiale insuffisante et suivre une formation complémentaire.

<u>Formation initiale</u> <i>Formation complémentaire</i>	<u>Tout à fait satisfaisant</u>	<u>Moyennement satisfaisant</u>	<u>Peu satisfaisante</u>	<u>Pas du tout satisfaisant</u>	TOTAL
<i>OUI</i>	12.70 (22)	29.14 (26)	17.58 (8)	5.60 (9)	65
<i>NON</i>	21.30 (12)	48.86 (52)	29.44 (39)	9.40 (6)	109
TOTAL	34	78	47	15	174

Nous obtenons : $\chi^2 = 23$, $ddl=3$, $p=0.999$

Donc $p > 0.05$ **soit pas de différence significative, H0 validée.**

PROFILS DE L'ETUDE :

Nous avons élaboré l'hypothèse que le sexe du professionnel de santé et la pratique de l'IVG sont indépendants.

	▽	▽	
IVG méd	OUI	NON	TOTAL
Vous-êtes ?			
▷ Homme	6,9% (12)	17,2% (30)	24,1% (42)
▷ Femme	10,3% (18)	65,5% (114)	75,9% (132)
TOTAL	17,2% (30)	82,8% (144)	

Nous pouvons constater que dans notre étude, 10.3% des professionnels réalisant des IVG médicamenteuses sont de sexe féminin.

Nous obtenons $p=0.0345$. Donc $p < 0.05$ (seuil de significativité), l'hypothèse est rejetée. Il existe une **significativité** statistique.

	▽	▽	▽	
Vous êtes ?	Médecin généraliste	Gynécologie	Sage-femme	TOTAL
Vous-êtes ?				
▷ Homme	24,1% (42)	0,0% (0)	0,0% (0)	24,1% (42)
▷ Femme	58,6% (102)	0,0% (0)	17,2% (30)	75,9% (132)
TOTAL	82,8% (144)	0,0% (0)	17,2% (30)	

Dans notre étude, Il y a une majorité de femme dont 58.6% sont des médecins généralistes. Aucun homme de l'étude n'est sage-femme.

Nous obtenons un $p = 0.00012$. Il existe une différence significative entre le sexe du professionnel de santé et la spécialité médicale.

DISCUSSION :

1) **Profil type du professionnel de l'étude :**

Dans notre étude, les sages-femmes sont minoritaires. Elles représentent 17% de notre population d'étude. Ceci s'explique par une activité libérale inférieure à celle des médecins généralistes ainsi qu'à la récente évolution de leur compétence.

Nous avons pu constater que notre population d'étude est majoritairement féminine. Notamment avec les sages-femmes où aucun homme n'a été ressource mais aussi avec les médecins généralistes où 58% sont des femmes.

L'activité de l'IVG, d'après notre étude, est principalement, même uniquement, pratiquée par les médecins généralistes. Ceci est sûrement lié à l'élargissement de compétence depuis la loi de 2004.

Avec nos résultats, nous avons pu constater que la pratique de l'IVG était majoritairement réalisée par des médecins traitant de sexe féminin. Est-ce dû à une solidarité féminine inconsciente ? Se sentent-elles plus concernées ? Est-ce plus « *une affaire de bonnes femmes* » pour reprendre les propos de Jacques Chirac ?

2) **Généralités de l'IVG et son évolution :**

En France le droit à l'IVG a été difficile à obtenir, et il reste toujours, aujourd'hui, un droit à protéger (35, 34). La génération de la loi Simone Veil a été militante pour la liberté des femmes sur les thèmes de la contraception, de la fécondité, de la sexualité. Elle a lutté contre l'avortement clandestin et la surmortalité maternelle engendrée. Les médecins qui réalisaient des IVG, par conviction, le faisaient en souvenir de l'histoire. Mais aujourd'hui, les praticiens de cette génération partent à la retraite et leurs remplaçants ne reprennent pas forcément cette activité (35).

Si nous faisons le lien avec notre enquête, nous pourrions supposer que le système universitaire ne permet pas de cultiver et de transmettre l'histoire de la lutte pour l'acquisition du droit à l'IVG.

Cette supposition a été soulevée dans un article (41) : « *Il est étonnant de constater qu'aucun cours n'est délivré aux étudiant(e)s en médecine ou soins infirmiers sur un fait de société qui touche la moitié de la population : rien sur les luttes des femmes pour obtenir le droit à la contraception, à l'avortement ; rien sur les logiques sociales et les répercussions socio-économiques des lois qui régissent la vie sexuelle des femmes et sur les stéréotypes sexistes qu'ils véhiculent.* ».

L'avortement a une histoire politique et socio-culturelle lourde et une pratique peu valorisée par le monde médical. Cependant, quelques professionnels nous ont répondu « *Je ne vois pas de frein, je réponds à une demande de soin.* » ; ce témoignage s'inscrit sans doute dans une volonté de davantage démocratiser l'avortement pour certains, tout comme cette citation qui a été citée plus haut : « *Une femme dans sa globalité, c'est une femme qui accouche, qui se contracepte, qui fait l'amour, qui fait des IVG et qu'on soigne ; l'IVG fait partie de sa vie.* » (32).

En 1975 pour introduire la loi de l'IVG, Simone Veil avait ajouté l'intitulé de clause de conscience. Elle se définit par la possibilité de « *refuser la réalisation d'un acte médical pourtant autorisé par la loi mais que le soignant estimerait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques* »(50). Cette définition renforce l'idée que l'IVG est une pratique ouverte aux convictions personnelles du praticien. Certains auteurs pensent que « *cette clause de conscience renforce la stigmatisation de l'avortement* » (41) ce qui pourrait nous amener à la réflexion suivante : un soignant devrait-il refuser de prendre en charge l'IVG ? Certes la loi autorise la clause de conscience mais cela est-il en accord avec les nouvelles normes sociales ?

Dans notre étude, à la question « *pour quelles raisons ne pratiquez-vous pas d'IVG médicamenteuse ?* » 7,5% des participants ont répondu utiliser leur clause de conscience. Nous pouvons supposer que la proportion de professionnels utilisant cette clause est sous-estimée. En effet, nous avons sollicité 434 professionnels au début de notre étude. Or 224 professionnels ont refusé de participer. Ceci réalise un biais dans notre étude mais en même temps, il peut être le constat de la réalité face à la pratique de l'IVG.

Par ailleurs, nous avons pu constater que les sages-femmes de Seine-Maritime de notre étude ne réalisaient pas encore d'IVG. Cela s'expliquerait par des compétences en santé génésique récentes depuis la loi HSPT en 2009 et d'un manque d'organisation de la formation sur le terrain. De même, les sages-femmes de l'étude ont répondu ne pas être formées à cause d'une suppression de formation en 2017. Ces constatations s'opposent à ce qui est observé dans d'autres réseaux plus développés comme RPVO, où deux formations ont été organisées et maintenues (40). Le réseau de périnatalité Calvados Manche et l'Orne réalise une formation DPC par an sur le thème de l'IVG médicamenteuse depuis 2015. Cette formation est programmée sur deux jours où l'IVG médicamenteuse est abordée de manière théorique avec une approche globale de la thématique à savoir la santé sexuelle, des tables rondes, des ateliers et des mises en situation. Le dépistage des violences faites aux femmes ainsi que la cyber sexualité ont également été abordés. De plus une demi-journée à six mois de cette formation est programmée afin de faire le point et d'échanger sur les pratiques et éventuels obstacles.

Dans notre étude, nous avons aussi pu remarquer que les sages-femmes n'étaient pas toutes parfaitement informées du champ de compétences que leur octroie la loi. En effet voici une réponse : « *J'ai répondu à ce questionnaire en considérant la consultation précédant la vraie consultation pré-IVG puisque je n'en fais pas, je n'ai pas la formation officielle* ». Or, les sages-femmes sont toutes habilitées à réaliser un entretien pré-IVG. Ce n'est que pour effectuer la seconde consultation que la sage-femme doit remplir certaines conditions telles que l'obtention d'une formation complémentaire concernant l'IVG et établir une convention avec un établissement de santé. De plus, une autre remarque est à souligner : la vraisemblable méconnaissance de la population générale concernant les compétences des sages-femmes, comme l'atteste le fait que certains professionnels n'ont jamais reçu de demande d'IVG.

Néanmoins, malgré tous ces obstacles persistants à ce jour, l'ouverture de l'activité IVG à la profession sage-femme est une preuve de démocratisation et d'adaptation aux nouvelles normes sociales.

Il serait donc intéressant de réitérer cette étude auprès des sages-femmes dans quelques années afin d'observer l'évolution de l'activité.

3) Déroulement de l'entretien : analyse de pratiques professionnelles :

Nous avons supposé que les consultations traitant une demande d'IVG étaient principalement axées sur le versant médical de la prise en charge et pas assez sur le versant psycho-social.

Les questions de cette étude suivent la logique des recommandations de la HAS et du dossier guide de l'ARS. Nous avons voulu établir un état des lieux des pratiques professionnelles. Bien sûr les résultats ne concernent que les professionnels ayant accepté de participer. Nous sommes donc conscients que cela crée des limites à l'interprétation générale des résultats obtenus.

D'après la HAS, le professionnel de santé au cours d'un entretien pré-IVG doit informer la patiente sur les différentes méthodes d'IVG, les risques et les effets secondaires de chacune et préciser que le choix revient à la patiente. Cette information doit être orale et à la fin de la consultation le guide de l'ARS doit être remis ainsi qu'une attestation de consultation pour la suite de la prise en charge. Le professionnel doit aussi proposer une consultation psycho-sociale avec une conseillère conjugale, qui est obligatoire pour les mineures.

Tous ces critères ont été évalués dans notre étude à la question 26 qui englobe différentes propositions concernant l'entretien pré-IVG. Nous avons constaté que tous les professionnels ne respectaient pas les recommandations de l'entretien pré-IVG. Le pourcentage de réponses positives pour les différentes propositions se situe entre 65% et 82%.

Effectivement, notre étude montre que les efforts restent à faire pour améliorer le premier entretien pré-IVG. Nous pouvons émettre une supposition : les résultats obtenus en matière de qualité du déroulé de cet entretien auraient pu être encore moins satisfaisants si tous les professionnels sollicités au début de l'enquête avaient participé.

- **En ce qui concerne la remise du guide de l'ARS à la patiente**, seuls 20% des professionnels le font, et 50,5% n'en ont pas à disposition dans leur cabinet. Nous pouvons supposer un problème logistique qui relève de l'ARS. En effet c'est au professionnel de commander les guides à l'ARS. Nous avons réfléchi à ce problème. Le professionnel est-il informé de l'existence du guide ? Toutefois

d'après notre étude 14% des professionnels informent que le guide est disponible sur internet. Ou bien serait-il plus judicieux que l'ARS fasse des envois systématiques de guide de l'IVG à chaque professionnel ?

- Concernant le fait de **proposer de manière systématique un entretien avec une conseillère conjugale**. Trop peu de professionnels suivent les recommandations de la HAS. 12% ne le proposent jamais et un peu moins de la moitié le proposent au cas par cas. Nous nous interrogeons : peut-être que ce pourcentage est en baisse depuis la suppression de l'obligation du délai de réflexion ?

- Au sujet de **la remise de l'attestation de la demande d'IVG** : les professionnels de santé ont déclaré pour 24% d'entre eux ne jamais la remettre. Or, le fait de ne pas rédiger l'attestation d'une demande d'IVG provoque un obstacle dans la suite de la prise en charge de l'IVG. L'obstacle est d'autant plus délétère si le terme de la grossesse est avancé. Cette attestation est une preuve datée, c'est ce qui permet d'accéder à la deuxième étape et qui permet ainsi d'accélérer la prise en charge quand la fin du délai légal approche. Le fait de ne pas rédiger cette attestation pourrait être interprété comme un geste freinant l'IVG de la part du professionnel ou bien la preuve d'un manque de connaissances.

- **Les formations complémentaires permettent-elles d'améliorer les pratiques ?**

Nous avons procédé au croisement de certaines données et réponses de notre questionnaire. Cela nous a permis de soulever quelques remarques. Ainsi nous avons pu constater, d'après un test du chi² que le fait d'avoir suivi une formation complémentaire à l'IVG ne permettait pas aux professionnels de santé de respecter les recommandations de la HAS concernant le déroulé de l'entretien. Par exemple, 79% des professionnels ayant réalisé une formation n'auraient pas le dossier guide de l'ARS dans leur cabinet. Et d'après notre étude, les professionnels ayant suivi une formation complémentaire concernant l'IVG, remettraient moins que les autres le certificat de première consultation de manière systématique. Ce constat est identique pour toutes les questions concernant la contraception, le dépistage d'IST ainsi que l'entretien psychosocial.

Nous pouvons donc conclure sur ce constat en disant que la formation continue ne permet pas d'améliorer les pratiques professionnelles.

- Concernant **le versant médical de l'entretien pré-IVG**, la contraception est un sujet abordé dans la grande majorité des cas. Aucun participant n'a répondu ne jamais l'aborder lors d'une demande d'IVG. En revanche, le dépistage des IST n'est pas abordé de manière systématique. D'après les réponses des participants de l'étude, c'est un sujet qui est abordé au cas par cas, dans 62,4%, en fonction de la patiente ou de son histoire.

La contraception et le dépistage des IST touchent à un registre identique : l'éducation à la santé sexuelle. Cela comprend trois champs de connaissances et de compétences, à savoir biologique, psycho affectif et social, dans une approche globale, positive et bienveillante [Annexe VI]. Tous les professionnels de santé ne sont pas formés pour discuter de sexualité avec la patiente, comme nous allons l'illustrer.

Lors de la demande d'IVG, deux versants devraient être abordés : la sexualité reproductive avec le cycle menstruel, la durée de vie du spermatozoïde et la contraception, les IST, mais aussi la sexualité « plaisir » et les conséquences psycho-affectives.

4) *La formation médicale initiale et complémentaire* :

Nous avons supposé que la formation médicale initiale ne soit pas adaptée aux nouvelles normes sociales.

Dans notre enquête, 55% des professionnels ont répondu ne pas pratiquer l'IVG médicamenteuse par manque de formation. Seulement 19% estiment la formation initiale satisfaisante et 45% ont répondu qu'elle était « moyennement » satisfaisante.

➤ **La formation initiale :**

Pour rappel :

- La formation théorique :
 - Les étudiants en médecine, dans le tronc commun, ont 2h de cours théorique « contraception et IVG ». Les étudiants en maïeutique ont 7h de cours théorique sur le sujet.
 - Concernant la sexualité, dans le tronc commun des études de médecine, c'est abordé dans son versant pathologique avec les troubles sexuels ainsi que dans la physiologie de la reproduction. En maïeutique, c'est aussi abordé dans son versant physiologique de la reproduction et est complété avec des cours de sexologie plus axés sur le « plaisir ».

- La formation pratique :
 - En maïeutique, différents stages obligatoires sont organisés en « planification familiale et de gynécologie » et en PMI, sur les deux années de master. Concernant les étudiants en médecine, ils ont la possibilité de réaliser un stage dans le service de gynécologie-obstétrique, pendant leur externat.
 - Des simulations de communication sont organisés dans les deux filières.

Au cours de leur formation, plus de la moitié des professionnels de l'étude ont assisté à des consultations d'IVG, et plus d'un tiers en ont pris en charge. Précédemment nous avons constaté qu'au cours du cursus médical, les étudiants assistaient à un certain nombre d'heures de cours théoriques ainsi qu'à des heures pratiques en stage concernant l'enseignement de l'IVG (44,45,46). S'ils ne se sentent pas assez formés alors qu'ils ont eu l'occasion d'assister à des consultations, nous pouvons nous amener à nous demander si les professionnels sur le terrain sont assez formés ou sensibilisés à l'enseignement pratique dans le champ des IVG.

Nous avons demandé aux professionnels de santé de notre étude s'ils se sentaient formés pour prendre en charge le versant psychosocial de l'entretien pré-IVG. « *Moyennement* » a remporté le plus de réponse avec 40%. La plupart d'entre eux avec 38% a ensuite répondu n'avoir jamais été formés.

Certains ont précisé qu'ils s'étaient formés avec l'expérience. Ce qui nous interpelle le plus dans ces résultats est le fait que certains disent avoir été formés pendant leurs études (23%), et d'autres pendant les formations continues (35%). Ceci pourrait renforcer l'idée que les cursus sont très hétérogènes, ou que les programmes concernant la technique de communication sont en train d'évoluer? Isabelle Asselin dans son mémoire « La demande d'IVG attitudes des médecins » démontre l'importance du langage verbal et non verbal dans le cadre de l'entretien, en précisant « [...] *globalement les médecins ne sont pas formés à l'entretien alors que c'est leur outil de travail essentiel.* ». Tout au long de ce mémoire, avec l'aide du schéma de Becker, il est démontré l'importance d'une attitude chaleureuse et permissive qui autorisera des paroles libres de la patiente et qui pourrait amener jusqu'à exprimer le vécu sexuel (48).

➤ **Les formations complémentaires :**

Il est toutefois nécessaire de souligner que 36% des participants ont répondu que les formations complémentaires sur l'IVG étaient « *moyennement* » à « *un peu* » enrichissantes sur le plan professionnel. Ceci devrait nous faire réfléchir sur le contenu de ces formations : sont-elles conformes aux attentes et besoins des professionnels ?

Nous remarquons que 63% des praticiens de notre étude n'ont pas participé à des formations complémentaires sur l'IVG. Ce pourcentage est assez conséquent ; notamment quand on le met en parallèle avec celui des praticiens répondant manquer de formation. D'après un test de χ^2 , il n'existe pas de différence significative entre le fait de trouver la formation initiale insuffisante et réaliser une formation complémentaire. En d'autres termes, ne pas pratiquer l'IVG n'est pas seulement lié au ressenti de manquer de formation initiale puisque les professionnels ne souhaitent pas combler leur manque de connaissance concernant l'IVG.

Quand nous leur avons demandé pour quelles raisons ils ne souhaitaient pas suivre de formation complémentaire, certains d'entre eux ont répondu « *manque d'intérêt* », « *pas de demande* », « *peu intéressé* », « *formation annulée* » ou encore « *pas de proposition de formation en dehors du DU gynéco* ». L'organisation des formations complémentaires est-elle suffisante sur le terrain ? Les professionnels se sentent-ils investis dans la prise en charge de l'IVG ? Pour rappel, le DPC est obligatoire tous les trois ans depuis la loi de modernisation de la santé de 2016.

5) *Le ressenti des professionnels de santé libéraux face à la demande d'IVG :*

Via notre étude, nous avons également voulu connaître le ressenti des professionnels de santé libéraux face à la demande d'IVG. Ce n'était pas l'idée première de ce mémoire mais nous trouvons qu'il existe un lien certain entre la pratique des professionnels et leurs ressentis.

Concernant les freins au bon déroulement de l'entretien pré-IVG, plus d'un tiers trouve que **l'organisation de la prise en charge de l'IVG est chronophage**, soit 37,4% et un peu moins d'un tiers juge qu'il y a **une mauvaise reconnaissance financière** à cet acte. Il faut toutefois préciser que l'entretien pré-IVG est codée comme une consultation classique.

Cet entretien ne peut pas être comparé à une consultation classique. Il nécessiterait peut-être une valorisation financière.

Dans notre étude, question 30, à la proposition « autre », « *pas de frein* » est une réponse que l'on retrouve de nombreuses fois. D'autres ont répondu : « *les freins viennent du contexte de la patiente* » ou encore « *La plupart des femmes ont déjà réfléchi et veulent une action rapide. C'est difficile quelques fois de leur parler, et alors cela est difficile de faire une espèce de marche arrière, c'est comme cela qu'elles le ressentent* ». Ce dernier témoignage nous permet de supposer que certains professionnels essaient de personnaliser l'entretien pré-IVG mais que les patientes peuvent s'y opposer, peut-être de crainte que leur interlocuteur veuille les faire changer d'avis ? Ce ressenti pourrait venir soit d'un problème de communication entre les deux personnes, soit d'un problème de représentation que la société se fait de l'IVG, ou soit d'un phénomène de transfert des sentiments du professionnel vers le patient : « *l'avortement est largement considéré, entre autres par les soignants, comme un acte nécessairement pénible [...]. De ce fait, l'encourager à parler, à libérer ses émotions apporterait forcément une aide. [...]* » (41).

Au cours d'un entretien, il existe un équilibre essentiel entre l'intellect et l'émotionnel. Lors d'un problème la part émotions envahit la part de l'intellect ce qui déséquilibre l'entretien, l'écoute permet de retrouver l'équilibre normal (48).

Personnaliser l'entretien pourrait simplement représenter le fait de laisser de la place au cours de la consultation afin que la patiente s'exprime librement, si elle le souhaite, sur ses raisons, comme le préconise la méthode Gordon (47,48). La méthode Gordon date des années 1950, elle est connue pour être une démarche de la

communication dite non -violente (C.N.V). Cette méthode utilise comme outils l'écoute active donc « accepter l'autre et le reconnaître dans son intégralité » et l'affirmation de soi qui permet de « s'attribuer les choses et de ne plus faire porter à l'autre la seule responsabilité d'un problème. » (53).

D'après notre étude, nous avons pu constater que 67% des praticiens demandent à la patiente le contexte de la demande. Des formations de simulations d'entretien permettraient peut-être aux professionnels d'avoir des outils pour réaliser l'entretien pré-IVG de manière plus aisée.

Plus de la moitié de notre population d'étude signale **rencontrer des situations difficiles** dans leur pratique courante, qui pour la majorité des cas seraient dues à des histoires de vie complexes.

Une étude réalisée en 2013, démontre que les professionnels de santé libéraux d'Ile-de-France se sentent, pour la majorité, isolé face à l'activité de l'IVG (49). Dans notre échantillon un tiers des praticiens ne se sentent « *pas du tout* » isolés et un tiers se sentent « *moyennement* » isolés. Des axes d'améliorations sont nécessaires, les deux tiers de notre échantillon souhaiteraient **participer à un staff d'orthogénie**. Certains professionnels ont précisé que l'idée d'un staff d'orthogénie serait une bonne idée mais seulement si c'est un staff de réseaux périnatalité, afin de mettre en place des débriefings, un travail d'équipe, d'améliorer la formation. Toutefois les professionnels libéraux ont soulevé la question de la rémunération, à laquelle nous n'avons pas de proposition.

Mettre en place **un seul numéro d'appel** pour organiser la prise en charge des IVG a été proposé par un participant de notre étude. Ceci est déjà mis en place dans le réseau de périnatalité d'Île-de-France avec une sage-femme coordinatrice. (40)

6) Limites de l'étude :

Notre étude a le mérite de réaliser un premier état des lieux de l'entretien pré-IVG par les professionnels de santé libéraux en Seine-Maritime. Cependant il existe des limites.

D'abord, notre échantillon n'est pas parfaitement représentatif de la population des professionnels de santé libéraux du département 76. En effet, la participation à l'étude restait libre et il existe par conséquent un biais de sélection en faveur des professionnels

probablement plus intéressés et sensibilisés au sujet de l'IVG. Les professionnels moins formés et se sentant moins concernés pourraient donc tendre à manquer à notre effectif.

De plus, aucun gynécologue n'a répondu au questionnaire, ce qui ne nous permet pas de tirer de conclusion sur cette population de professionnels.

Concernant les sages-femmes, le décret d'application de la loi étant récent, il serait nécessaire de réitérer l'étude dans quelques années, afin d'obtenir un meilleur recul.

Également, un biais de déclaration dit de « désirabilité sociale » semble inévitable dans cette étude basée sur un questionnaire auto-déclaratif, sans vérification des pratiques réelles sur le terrain.

7) Propositions d'actions :

Avec cette étude, nous avons pu nous rendre compte que certains professionnels de santé ne se sentent pas assez formés ni informés sur l'entretien pré-IVG. Nous pourrions travailler sur cet axe.

➤ Il existe déjà des projets afin d'améliorer **la formation initiale** :

La stratégie nationale de santé sexuelle est un projet établi pour la période 2017-2030. Différents objectifs y sont inscrits, parmi eux, nous aborderons seulement la formation en santé sexuelle des professionnels de santé. L'objectif est de permettre aux professionnels de « *disposer d'un socle commun de connaissances scientifiques, psychosociales et juridiques, d'apprendre à communiquer de façon efficace, avec empathie et sans jugement sur les sujets liés à la sexualité, permettant ainsi d'améliorer la communication et d'adapter leurs conseils, leur diagnostic et la prise en charge des usagers.* » (43)

Dès la rentrée scolaire 2018, un service sanitaire sera mis en place pour les étudiants en formation médicale et paramédicale (51). Ce service sanitaire sera intégré dans la maquette de formation et permettra aux étudiants de renforcer leurs compétences professionnelles en travaillant avec d'autres filières auprès de différents publics. Suite à ce projet, il serait intéressant de réaliser une enquête afin de comparer si les futurs professionnels se sentent mieux formés, mieux sensibilisés et plus à l'aise pour réaliser un entretien et aborder des sujets comme la sexualité et notamment l'IVG.

- Nous pourrions continuer à développer **la formation complémentaire**.

Notamment, de nos jours, l'informatique prend beaucoup de place et est souvent utilisée comme outil de formation. Alors pourquoi ne pas proposer des formations virtuelles disponibles à tout moment de la journée et de manière gratuite ? Par exemple, nous pourrions utiliser des capsules vidéo concernant « entretien pré-IVG » ; afin d'illustrer les conseils d'entretien, des techniques de communication. Par ailleurs, nous pourrions créer un MOOC concernant l'IVG avec à la fin un test qui permet d'obtenir une attestation. Enfin, la visioconférence pourrait permettre à tous professionnels de participer à un staff d'orthogénie.

CONCLUSION :

Notre problématique de départ était la suivante : « Est-ce qu'une grossesse imprévue amenant à une interruption volontaire de grossesse nécessite un entretien personnalisé par le professionnel de santé ? ». La réponse est affirmative. Avec notre revue de la littérature nous avons pu constater que la grossesse est un événement déclencheur de processus psychologiques entraînant des conflits internes propres à chaque histoire personnelle.

Dans le but d'analyser les pratiques professionnelles lors de l'entretien pré-IVG, nous avons réalisé une enquête transversale par questionnaire dont l'effectif final était de 174 professionnels de santé libéraux.

Malgré les limites concernant la représentativité de notre échantillon, notre étude a pu montrer que 55% des professionnels de santé libéraux ne pratiquent pas l'IVG médicamenteuse par manque de formation. Toutefois, il est important de souligner que 63% d'entre eux ne souhaitent pas suivre de DPC concernant l'IVG. De plus, notre étude a démontré que le fait de suivre un DPC et le fait d'appliquer les recommandations de l'HAS sont indépendants l'un de l'autre. Concernant l'entretien pré-IVG, nous avons pu constater que 38% de notre population d'étude estiment n'avoir jamais été formés aux techniques d'entretien.

Au vu des résultats de notre étude, il nous paraît donc nécessaire d'améliorer le parcours de formation des professionnels de santé confrontés par la demande d'IVG.

Nous proposons d'adapter le DPC aux nouvelles normes sociales et à la nouvelle génération dite « numérique » ; et d'intégrer dans la formation initiale la formation aux techniques de l'entretien, ce qui pourrait permettre aux futurs professionnels de santé de personnaliser notamment les consultations pré-IVG.

BIBLIOGRAPHIE :

- (1) Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? » Population et sociétés. 2014 ; n°511.
- (2) Bajos N, Ferrand M. « De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement ». Revue française des affaires sociales. 2011 ; n°1, p. 42-60.
- (3) DREES. L'état de santé de la population en France - Rapport 2015 « Contraception-contraception d'urgence-IVG ». [Consulté le 25 Janvier 2017] ; p.153-154. Disponible sur http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf
- (4) Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C et l'équipe Fécond. « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », population et sociétés. 2012 ; n° 492.
- (5) Haute Autorité de Santé, Fiche Mémo : contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG), juillet 2013 mise à jour 2015. [Consulté le 1^{er} Février 2017]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf
- (6) Arnaud Gautier et al. « Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30ans. Entre avancées et inégalités. », Agora débats/jeunesses. 2013 ; n°63, p. 88-101.
- (7) Bajos N, Ferrand M, « l'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative ». Sociétés contemporaines. 200 ; n°61, p. 91-117.
- (8) Régnier-Loilier A, Leridon H. A. « La loi Neuwirth quarante ans après : une révolution inachevée ? ». Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? Population et sociétés. 2007 ; n°439.
- (9) Desjeux C, Régnier-Loilier A, avoir des enfants en France. Désirs et réalités. Recherches et Prévisions ; 2007 ; n°90, p. 115-116. [consulté le 1^{er} Février 2017]. Disponible sur http://www.persee.fr/doc/caf_1149-1590_2007_num_90_1_2339_t13_0115_0000_1
- (10) Greco A, et al. Interrompre ou poursuivre la grossesse à l'adolescence : facteurs de risque psychosociaux, neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2015
- (11) Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, Les interruptions volontaires de grossesse en 2016. Juin, 2017 ; n°1013.
- (12) Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France : pratique, genre et santé : édition La Découverte, Paris, 2008.
- (13) Bajos N, Ferrand M et l'équipe GINE. De la contraception à l'avortement : Sociologie des grossesses non prévues, inserm 2002, p. 79-114.
- (14) Ministère des Affaires sociales et de la Santé, état de santé et recours aux soins 2016 : les interruptions volontaires de grossesse en 2015, [Internet] publié en 29/06/16 [Consulté le 01/03/2017]. Disponible sur <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2015>.

- (15) Lancien-Gut A-S. L'enfant à faire ou à ne pas faire : Le regard des psychiatres sur l'interruption volontaire de grossesse 30 ans après la législation. Thèse de doctorat en médecine. Université de Brest. 2010.
- (16) Faure-Pragier S. Les bébés de l'inconscient, Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui. Paris PUF, 1997.
- (17) Bydlowski M.. Je rêve un enfant : odile jacob, paris, 2000.
- (18) Teboul M. « Pourquoi l'IVG dans la vie des femmes ? », in Que sont les parents et bébés devenus ? : ERES les dossiers de spirales ; 2010, p. 91-96.
- (19) Ministère des affaires sociales et de la santé, toute l'information sur l'interruption volontaire de grossesse : IVG un droit garanti par la loi, [Consulté le 1er Mars 2017]. Disponible sur <http://www.ivg.social-sante.gouv.fr/un-droit-garanti-par-la-loi.html>
- (20) Fournet P. Interruption volontaire de grossesse : le cadre juridique français. Journal Gynécologique obstétrique et biologique de la reproduction, Paris, 2016.
- (21) Vander Borghit M, De Neuter P. « L'abandon à la naissance : entre désir et non désir d'enfant », cahier de psychologie clinique. 2005 ; n°24, P.166-168.
- (22) Vendittelli F, Pereira B, Paccoud G, Lachcar P, Bernard P, Pons J-C. Motifs exprimés par les femmes pour demander une interruption volontaire de grossesse entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée. 2015
- (23) Pozzi-Gaudin S, et al. Enquête concernant le retentissement des alertes médiatiques sur la pilule. Revues sage-femme. 2015
- (24) Faucher P. Comment diminuer le nombre des IVG en France ? : Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2003 ; n° 31 ; p. 499-503.
- (25) Desjeux C, Régnier-Loilier A. Avoir des enfants en France. Désirs et réalités. In : Recherches et Prévisions. 2007 ; n°90, p.115-116.
- (26) Bloch F, Buisson M. La disponibilité à l'enfant : le don et la norme, In : recherches et prévisions, n°57-58, septembre-décembre, 1999, Petite enfance, normes et socialisation : points de vue, p.17-29.
- (27) Divert N. Des hommes et l'expérience de l'IVG. Revue sage-femme, Paris, 2016.
- (28) Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG : Journal Gynécologique Obstétrique et Biologique de la Reproduction, Paris, 2016.
- (29) Baranger-Royer L, Braon C. État des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire. Exercer la revue française de médecine générale, 2011, Vol 22, n°97, p. 90-91.
- (30) CNGOF. Recommandations de pratiques cliniques de l'Interruption volontaire de grossesse, Paris. [consulté le 15 Mars 2017]. Disponible sur <http://ansfl.org/document/cngof-2016-livg-medicamenteuse/>
- (31) Body G, Daraï E, Luton D, Marès P. Les référentiels des Collèges : Gynécologie Obstétrique sous l'égide du CNGOF et de la Conférence Nationale des PU-PH en gynécologie-obstétrique, 3^e édition : Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2015.

- (32) Gelly M. Avortement et contraception dans les études médicales : une formation inadaptée. L'Harmattan, Paris, 2006.
- (33) Conseil national de l'ordre des médecins, Article 18-IVG, [Consulté le 18 mars 2017]. Disponible à l'URL : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-18-ivg-242>
- (34) Picoche C. Dossier, L'IVG, 40 ans après la loi Veil : « Demande d'IVG, le rôle des professionnels de première ligne » : La revue de l'infirmière, n°216, décembre 2015, pages 21-22.
- (35) Le Coutour X, Thibon P, Sentenac H, Accessibilité de l'IVG : où en est-on ? Profession sage-femme, n°224, avril 2016, p.20-26.
- (36) Linet T, Attali L, Dossier L'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse « Interruption volontaire de grossesse de nouveau enjeux pour la sage-femme », Vocation sage-femme, n°125, mars-avril 2017, P.10-15.
- (37) Rocfort-Giovanni B, Vaturi L, « Menace sur l'IVG, des centres vétustes, des effectifs réduits, la mobilisation a sonné », Le nouvel Observateur, n°2451, 27 octobre 2011.
- (38) Synthèse du rapport Haut Conseil à l'Egalité, 2013
- (39) Dutriaux N, Dossier l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse « Mise en place des IVG médicamenteuses dans un cabinet de sages-femmes libérales », Vocation sage-femme, n°125, mars-Avril 2017, pages 23 à 25.
- (40) Cessateur A, Paulard I, Dossier l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse « La valeur ajoutée d'un réseau de périnatalité dans le parcours IVG des patientes » vocation sage-femme, n°125, mars-avril 2017, pages 16 à 18.
- (41) Divay S, « L'avortement : question éthique ou politique ? », Dossier l'IVG, 40 ans après la loi Veil, la revue de l'infirmière, n°216, décembre 2015, pages 19-20
- (43) Ministère des affaires sociales et de la santé, Stratégie nationale de santé sexuelle – objectif 3, 2017, page 18.
- (44) Journal officiel de la république française – 28 avril 2017 – Diplôme d'études spécialisées de gynécologie médicale – texte 29 – page 130 à 134
- (45) Journal officiel de la république française – 28 avril 2017 – Diplôme d'études spécialisées de gynécologie obstétrique – texte 29 – page 53 à 57
- (46) DES – Médecine générale; ISNI ; <http://www.isni.fr/maquettes:des-gynecologie-obstetrique/> consulté le 9 Novembre 2017.
- (47) Aubin C, Jourdain Meninger D, La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication, Octobre 2009.
- (48) Asselin I, « La demande d'IVG attitude des médecins », mémoire pour le diplôme universitaire de formation en éducation sexuelle D.U.F.E.S, Toulouse, 207.
- (49) Pelizzari M, Lazimi G, Ibanez G. interruptions volontaires de grossesse et violences : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Île-de-France : Clin Mediterr 2013, 88, p.69-78.

(50) Conseil national de l'ordre des médecins, Clause de conscience du médecin, 2011, [consulté le 4 janvier 2018], disponible à URL : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/clause-de-conscience-du-medecin-1160>

(51) ministère solidarité santé, dossier presse, Le service sanitaire les formations en santé aux services de la prévention, 26/02/18

(52) Veil S, Les hommes aussi s'en souviennent une loi pour l'histoire, stock, octobre 2004.

(53) Méthode de Gordon : [Consulté le 04/05/2018] disponible sur l'URL : <http://www.communicationorale.com/gordon.htm>

(54) Aubin C, Jourdain Menninger D, Rapport Inspection générale des affaires sociale, La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse, octobre 2009

Bajos N, Ferrand M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? Sciences sociales et santé, Vol. 22, n°3, septembre 2004.

Boltanski L. La condition foetale : une sociologie de l'engendrement et de l'avortement : Gallimard, 2004.

Bozon M. Sociologie de la sexualité, 3e édition : Armand Colin, Paris, 2013.

Cicchelli V. La construction du rôle maternel à l'arrivée du premier enfant [travail, égalité du couple et transformations de soi]. In ; Recherche et Prévisions, n°63, 2001, p.33-45.

Lachowsky M. Abord psychologique des IVG, Paris

Paulard I, Dossier l'IVG, 40 ans après la loi Veil : « Accompagnement et formation des équipes soignantes à l'IVG », la revue de l'infirmière, n°216, décembre 2015, pages 28-29

Magnan G, « Les IVG, en baisse depuis trois ans », Profession Sage-Femme n°238, septembre 2017, Page 11.

Collin A, « Le droit à l'avortement est-il en danger en France ? » [Internet] Nouvelobs.com, 6 novembre 2010, [consulté le 9/11/17] Disponible : <http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20101105.OBS2391/le-droit-a-l-avortement-e>.

Agen M, IVG et sages-femmes : états des lieux, compétences actuelles et perspectives, Profession sage-femme n°22, avril 2016, page 27

Guide de l'IVG 2017 :URL : https://ivg.gouv.fr/IMG/pdf/guide_ivg_2017-3.pdf

Fiche mémo contraception après IVG : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception-post-ivg-060215.pdf

Fiche mémo recommandation HAS de 2013 concernant la prescription de contraceptif chez les femmes à risque cardiovasculaire : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/13e_version_contraception_cardiop1-220713.pdf

ANNEXES:

- ✓ Annexe I : Questionnaire de l'enquête

- ✓ Annexe II : « Le Sage Jugement de Salomon »

- ✓ Annexe III : Article sur l'entretien avec la Conseillère conjugale pour les patientes majeures et mineures.

- ✓ Annexe IV : Article au sujet de l'accompagnant majeur, d'une mineure

- ✓ Annexe V : Article au sujet de la déclaration obligatoire à l'Agence Régionale de Santé.

- ✓ Annexe VI : Définition de l'éducation à la santé sexuelle

Annexe I : Questionnaire de l'enquête :

Mémoire Sage-Femme : Premier entretien pré-IVG

Bonjour, je suis Charline DIDIER, étudiante sage-femme en dernière année à l'école de Rouen. Je réalise mon mémoire sur le premier entretien pré-IVG. Mon enquête permettra de dresser un état des lieux des pratiques professionnelles.

Elle permettra également de recueillir votre ressenti concernant l'accompagnement, le soutien dont vous pouvez bénéficier. L'étude repose sur ce questionnaire anonyme.

Je vous remercie par avance des quelques minutes que vous prendrez pour y répondre.

A l'issue de mon mémoire, je vous communiquerai les résultats.

***Obligatoire**

VOTRE PROFIL :

1.

Vous-êtes ? *

Une seule réponse possible.

- Un homme
 Une Femme

2.

Quel est votre âge ? *

3.

Vous êtes ? *

Une seule réponse possible.

- Médecin généraliste
 Gynécologue
 Sage-femme

4.

Depuis combien de temps exercez-vous en libéral ? *

5.

Pratiquez-vous des IVG médicamenteuses ? *

Une seule réponse possible.

- OUI *Passez à la question 6.*
 NON *Passez à la question 7.*

6.

Depuis combien de temps ? *

Passez à la question 8.

7.

Pourquoi ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Je n'ai pas fait de formation
 Pas de demande
 Trop de temps administratif
 Trop éloigné d'un centre hospitalier
 J'utilise ma clause de conscience
 Autre : _____

Passez à la question 8.

VOTRE FORMATION

8. **Pendant vos études vous avez : ***
Plusieurs réponses possibles.

- Réalisé un stage en gynécologie
 Assisté à des consultations d'IVG
 Pris en charge des consultations d'IVG
 Aucune proposition ne vous correspond

9. **En complément de votre formation initiale avez-vous participé à une ou des formation(s) concernant l'IVG ? ***
Une seule réponse possible.

- OUI *Passez à la question 10.*
 NON *Passez à la question 14.*

OUI - Lesquelles ?

10. **Formation continue : Combien ? Et quand ?**

11. **Congrès : Combien ? Et quand ?**

12. **Diplôme universitaire : Quand ?**

13. **Votre pratique a-t-elle été enrichie ? ***
Une seule réponse possible.

- Tout à fait
 Moyennement
 Un peu
 Pas du tout

Passez à la question 15.

14. **Pour quelle(s) raison(s) ? ***
Une seule réponse possible.

- Manque de temps *Passez à la question 15.*
 Manque d'information *Passez à la question 15.*
 Ma formation initiale me suffit *Passez à la question 15.*
 Autre : _____

15. **Pensez-vous que la formation initiale des professionnels de santé pouvant prendre en charge les IVG (médecins généralistes, gynécologues médicaux, sages-femmes) est satisfaisante ? ***
Une seule réponse possible.

- Tout à fait
 Moyennement
 peu satisfaisante
 Pas du tout

16. **Êtes-vous abonné(e) à une ou des revue(s) médicale(s) ? ***
Une seule réponse possible.

- OUI *Passez à la question 17.*
 NON *Passez à la question 18.*

17. **La (les)quelle(s) ?**

Passez à la question 18.

18. **L'entretien pré-IVG est un moment d'échange, d'écoute, d'information, d'après les recommandations. Pensez-vous être formé(e) pour prendre en charge le versant psychosocial de l'entretien pré-IVG ? ***

Une seule réponse possible.

- Tout à fait
- Moyennement
- Un peu
- Pas du tout

19. **Avez-vous été formé(e) sur la technique d'entretien pendant votre formation ? ***

Une seule réponse possible.

- OUI, pendant mes études *Passez à la question 21.*
- OUI, avec les formations continues *Passez à la question 21.*
- OUI, autre : *Passez à la question 20.*
- NON, jamais *Passez à la question 21.*

20. **Précisez : ***

21. **Avez-vous eu l'occasion d'encadrer des étudiants (sages-femmes, internes), dans la prise en charge d'une consultation d'IVG ? ***

Une seule réponse possible.

- OUI *Passez à la question 22.*
- NON *Passez à la question 23.*

22. **Quand était-ce la dernière fois ? ***

Passez à la question 23.

DEROULEMENT DU PREMIER ENTRETIEN PRE-IVG

23. **Combien de demandes d'IVG avez-vous en moyenne par mois ? ***

24. **Le conjoint de la patiente est présent :**

Une seule réponse possible.

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

25.

Au cours de cet entretien, vous donnez le dossier guide la HAS :

Plusieurs réponses possibles.

- Toujours
- Quand je n'ai pas le temps de donner des informations orales
- Quand la patiente le demande
- Jamais, je n'en ai pas au cabinet
- Je n'en ai pas au cabinet mais j'informe la patiente qu'il est sur internet

26.

Lors de cet entretien vous :

Plusieurs réponses possibles.

- Demandez si la décision d'IVG est réfléchie
- Questionnez sur le contexte de cette demande
- Donnez des informations orales
- Expliquez les choix possibles de techniques d'IVG
- Informez des inconvénients / avantages de chaque technique
- Précisez que la patiente peut changer d'avis à tout moment

27.

Au cours de cet entretien

Une seule réponse possible par ligne.

	Systématiquement	Au cas par cas	Jamais
Vous proposez l'entretien psycho-social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous parlez du dépistage d'IST	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous abordez la contraception	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28.

A la fin de ce premier entretien, réalisez-vous un certificat de première consultation ?

Une seule réponse possible.

- Systématiquement
- Au cas par cas
- Jamais

29.

Si vous deviez évaluer le temps d'écoute au cours de cet entretien, vous diriez :

Une seule réponse possible.

- 15 min *Passez à la question 30.*
- 30 min *Passez à la question 30.*
- 45 min *Passez à la question 30.*
- 1 h *Passez à la question 30.*
- Autre : _____

30.

Les freins au bon déroulement de l'entretien sont :

Plusieurs réponses possibles.

- Vous manquez de formation pour cet entretien spécifique
- Vous estimez que les patientes ont déjà pris leur décision en venant consulter
- Vous trouvez que l'organisation de la prise en charge de l'IVG est chronophage
- Vous estimez qu'il y a une mauvaise reconnaissance financière par rapport au temps nécessaire
- Autre : _____

31. Depuis la loi du 26 janvier 2016, le délai obligatoire de réflexion de 7 jours est supprimé, avez-vous l'impression que votre rôle est d'autant plus important lors du premier entretien pré-IVG ?
Une seule réponse possible.

- Tout à fait
- Moyennement
- Un peu
- Pas du tout

32. Avez-vous modifié votre pratique depuis cette loi ?
Une seule réponse possible.

- Tout à fait
- Moyennement
- Un peu
- Pas du tout

LE CONTEXTE PSYCHOLOGIQUE DU PREMIER ENTRETIEN PRE-IVG

33. Pensez-vous apporter un soutien psychologique aux patientes ?
Une seule réponse possible.

- OUI
- NON
- Peut-être
- Ce n'est pas mon rôle

34. Rencontrez-vous des situations difficiles, particulières, complexes, dans votre activité liée à l'IVG ?
Une seule réponse possible.

- OUI *Passez à la question 35.*
- NON *Passez à la question 36.*

35. Oui, la(les)quelle(s) ?
Plusieurs réponses possibles.

- Histoires complexes : viol, inceste, changement d'avis du partenaire
- Demande d'IVG hors délais
- Sentiments personnels (incompréhension, colère, usure ..)
- Autre : _____

36. Suite à une enquête chez les professionnels de santé libéraux réalisant des IVG ; il en est ressorti qu'ils se sentaient isolés, peu soutenus, est-ce votre cas ?
Une seule réponse possible.

- Tout à fait
- Moyennement
- Un peu
- Pas du tout

37. Un staff d'orthogénie serait-il intéressant à votre avis ?
Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

38. Avez-vous des suggestions afin d'améliorer la qualité de l'entretien pré-IVG ?

Annexe II : « Le Sage Jugement de Salomon »

C'est alors que deux femmes prostituées vinrent chez le roi et se présentèrent devant lui.

L'une des femmes dit: «Pardon! Mon seigneur, cette femme et moi, nous habitons dans la même maison et j'ai accouché près d'elle dans la maison.

Trois jours après, cette femme a aussi accouché. Nous habitons ensemble, il n'y a aucun étranger avec nous dans la maison, il n'y a que nous deux.

Le fils de cette femme est mort pendant la nuit, parce qu'elle s'était couchée sur lui. Elle s'est levée au milieu de la nuit, elle a pris mon fils qui était à côté de moi pendant que moi, ta servante, je dormais et elle l'a couché contre elle. Quant à son fils, qui était mort, elle l'a couché contre moi.

Ce matin, je me suis levée pour allaiter mon fils et voici qu'il était mort. Je l'ai regardé attentivement, le matin venu, et ce n'était pas mon fils, celui que j'ai mis au monde.»

L'autre femme dit: «C'est faux! C'est mon fils qui est vivant et ton fils qui est mort.» Mais la première répliqua: «Absolument pas! C'est ton fils qui est mort et mon fils qui est vivant.» C'est ainsi qu'elles discutèrent devant le roi.

Le roi constata: «L'une dit: 'C'est mon fils qui est vivant et ton fils qui est mort', et l'autre dit: 'Absolument pas! C'est ton fils qui est mort et mon fils qui est vivant.' »

Puis il ordonna: «Apportez-moi une épée.» On apporta une épée devant le roi.

Le roi dit alors: «Coupez en deux l'enfant qui est en vie et donnez-en la moitié à chacune.»

Alors la femme dont le fils était vivant fut remplie de compassion pour son fils et elle dit au roi: «Ah! Mon seigneur, donnez-lui l'enfant qui est en vie, ne le faites pas mourir.» Mais l'autre répliqua: «Il ne sera ni à moi ni à toi. Coupez-le!»

Prenant la parole, le roi dit alors: «Donnez l'enfant qui est en vie à la première femme, ne le faites pas mourir. C'est elle qui est sa mère.»

Tout Israël apprit le jugement que le roi avait prononcé et l'on éprouva de la crainte envers lui. En effet, on avait constaté qu'il bénéficiait de la sagesse de Dieu pour exercer la justice.

Annexe III : Article sur l'entretien avec la Conseillère conjugale pour les patientes majeures et mineures.

Article L2212-4 [En savoir plus sur cet article...](#)

Modifié par [Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 1 JORF 7 juillet 2001](#)

Il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans 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. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

Pour la femme mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation. Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure mentionnée à l'article L. 2212-7 susceptible de l'accompagner dans sa démarche.

Les personnels des organismes mentionnés au premier alinéa sont soumis aux dispositions des articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

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

NOTA :

Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Annexe IV : Article au sujet de l'accompagnant majeur, d'une mineure

Article L2212-7 [En savoir plus sur cet article...](#)

Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 127](#)

Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin ou à la sage-femme en dehors de la présence de toute autre personne.

Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin ou la sage-femme doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures.

NOTA : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V, art. 19 I : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte, ainsi que dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie.

Annexe V : Article au sujet de la déclaration obligatoire à l'Agence Régionale de Santé.

Article L2212-10 [En savoir plus sur cet article...](#)

Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 127](#)

Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin ou la sage-femme et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence ; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.

NOTA :

Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Annexe VI : Définition de l'éducation à la santé sexuelle



(source :http://cache.media.eduscol.education.fr/file/couv_synthese_sante_sociale_20092011/36/7/infographie_education_sexuelle_737367.pdf)

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

**ANALYSE DES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE
SANTÉ AUTOUR DU DEROULEMENT DE
L'ENTRETIEN
PRE-INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE.**

RESUME :

Sujet : Un état des lieux des pratiques professionnelles de l'entretien pré-IVG. Cela nous a permis d'obtenir un avis des professionnels de santé sur leur ressenti, sur leur prise en charge et leur encadrement au travers des formations.

Méthode : Une étude transversale à partir d'un questionnaire auprès de 174 professionnels de santé confronté aux demandes d'IVG, dans le département de la Seine-Maritime.

Résultats et discussion : Nous recensons que 40% des professionnels de notre étude estiment être moyennement préparé au versant psycho-social et 45% que la formation initiale est moyennement satisfaisante. A contrario, 63% d'entre eux ne souhaitent pas réaliser de DPC. L'entretien pré-IVG reste une activité régulière puisque 48% de notre population reçoivent une à trois demandes d'IVG par mois.

Conclusion : L'entretien pré-IVG nécessite une formation initiale et un DPC adapté aux nouvelles normes sociales ainsi qu'à la nouvelle génération « numérique ».

MOTS CLES : Entretien pré-IVG ; IVG médicamenteuse ; Formation initiale ; Développement professionnel et continu ;