



HAL
open science

L'IVG instrumentale, future compétence des sages-femmes ? : positionnement de sages-femmes orthogénistes

Alice Bocquentin

► To cite this version:

Alice Bocquentin. L'IVG instrumentale, future compétence des sages-femmes ? : positionnement de sages-femmes orthogénistes. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02186967

HAL Id: dumas-02186967

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02186967>

Submitted on 17 Jul 2019

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U-S-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'État de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le 19 juin 2019

Par

Alice BOCQUENTIN

Née le 3 septembre 1994

**L'IVG instrumentale, future compétence des
sages-femmes ?**

Positionnement de sages-femmes orthogénistes

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Madame BIRMAN Chantal

Sage-femme libérale, Bagnolet

GUIDE DU MÉMOIRE :

Madame DUQUENOIS Sylvie

Sage-femme enseignante, Baudelocque

JURY :

Madame SALOMÉ Marina

Sage-femme, CIC Port-Royal et Planning Familial

Madame DUQUENOIS Sylvie

Sage-femme enseignante, Baudelocque

Madame RACCIOPPI Aurélie

Sage-femme et Doctorante en sociologie, Necker

Mémoire N° 2019PA05MA07

Remerciements

Mes remerciements vont tout d'abord, et avec beaucoup d'affection, à Chantal, ma directrice de mémoire. Merci pour ton implication, ta patience, tes encouragements tout au long du chemin, et tes précieux conseils. Ton engagement pour le droit des femmes m'inspire et me rend fière d'avoir réalisé ce travail à tes côtés.

Je remercie Madame Duquenois, Madame Raccioppi et Madame Salomé d'avoir accepté d'évaluer mon travail et de l'intérêt que vous lui avez porté.

Je remercie chaleureusement les sages-femmes et les médecins interrogés pour leurs témoignages, dont les propos ont permis la réalisation de mon étude et l'enrichissement de ma pensée. Mes remerciements vont également à Madame Curat, pour nous avoir transmis le point de vue du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, dont elle est la Présidente.

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe enseignante de Baudelocque pour la qualité de notre formation. Merci particulièrement à Madame Mesnil et Madame Delahaye, mes référentes pédagogiques, ainsi qu'à Madame Duquenois, pour son intérêt et son aide à la réalisation de notre projet au Sénégal et de mon mémoire.

Je remercie mes camarades de promotion pour ces quatre belles années passées à leurs côtés. Merci à mes précieuses amies, Barbara, Léa, Camille, Eva et Mélissa, pour tous nos moments partagés et ceux à venir. Tout est tellement joli près de vous...

Merci à Clémence et Solène pour ces beaux souvenirs entre sénégalaises partagés avec Michèle et Guy qui resteront gravés dans ma mémoire. Nio far samay kharit !

Camille, merci pour ton amitié et tes encouragements.

Je remercie Alexandre, Charlotte, Chloé, Manon, Orane, Serkan, Zaïm, pour leur affection.

Évidemment, mes plus grands remerciements, remplis d'amour, vont à ma famille à 5, qui m'a tant aimée et portée depuis toujours. Merci maman pour ton investissement et tes nombreuses relectures, je n'aurais pas réussi sans toi. Merci papa pour la « charge mentale » dont tu m'as soulagée pendant ce dernier mois difficile et pour ton soutien moral.

Marie et Juliette, mes sestras, merci pour notre amour indéfectible, votre soutien et vos relectures. Merci Lucien d'embellir notre famille.

Enfin, une pensée pour ma chère Mamou, toujours enthousiaste dans ses encouragements.

Résumé

Plus de quarante ans après sa légalisation, des difficultés d'accès à l'IVG persistent en France, avec de fortes disparités territoriales. Entre autres, l'offre de soins en matière d'IVG instrumentale s'amenuise, et restreint ainsi le choix de la méthode pour les femmes. L'objectif de cette étude était de s'interroger sur l'ouverture du champ de compétences des sages-femmes à l'IVG instrumentale, en réponse à un problème de santé publique.

Seize entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de sages-femmes orthogénistes, entre octobre 2018 et janvier 2019.

Notre analyse a montré que ces sages-femmes étaient majoritairement favorables à l'intégration de l'IVG instrumentale à leurs compétences. Elles se définissent elles-mêmes comme praticiennes aptes à réaliser ce geste, dans un objectif d'amélioration de l'accès à l'IVG pour les femmes et de prise en charge globale de la femme tout au long de sa vie génésique. Toutefois, des appréhensions techniques, organisationnelles, mais aussi personnelles ont été soulevées.

Accorder cette pratique aux sages-femmes pourrait permettre d'accroître l'offre de soins des IVG instrumentales en constante diminution depuis 2001, et ainsi d'élargir le choix de la méthode pour les femmes. L'introduction d'une profession traditionnellement associée au parcours gestatif pourrait consolider l'image de l'IVG comme faisant partie intégrante de la vie des femmes.

Mots-clés : interruption volontaire de grossesse, IVG, instrumentale, aspiration, sage-femme, compétence, orthogénie, droits des femmes.

Abstract

More than forty years after its legalization and regulation, challenges in accessing abortion endure in France, with significant territorial disparities. Among other things, the offer for instrumental abortion is shrinking, thus limiting the choice of method for women. The objective of this study was to analyze the opening of midwives' area of proficiencies to instrumental abortion in response to this public health problem.

Sixteen semi-directive interviews were conducted with orthogenist midwives between October 2018 and January 2019.

Our analysis shows that most of these midwives were in favor of integrating instrumental abortion into their professional skills. They define themselves as practitioners capable of performing this procedure, with the objective of improving access to abortion for women and providing comprehensive care for women throughout their reproductive lives. However, technical, organizational and personal concerns were raised.

Conferring this practice to midwives would increase the offer of instrumental abortion care, which has been steadily decreasing since 2001, and thus broaden the choice of method for women. The introduction of a stakeholder traditionally associated with gestation could consolidate the image of abortion as an integral part of women's lives.

Keywords: abortion, surgical, aspiration, midwife, professional competence, birth control, women's rights.

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	3
Abstract	4
Introduction	9
Première partie CONTEXTE	10
1.1 L'avortement dans l'histoire	10
1.2 La pratique de l'IVG en France	13
1.2.1 <i>La méthode médicamenteuse</i>	13
1.2.2 <i>La méthode instrumentale</i>	14
1.2.3 <i>Les complications éventuelles de l'IVG</i>	16
1.3 L'IVG de nos jours	16
Deuxième partie MATERIEL ET METHODE.....	18
2.1 La méthodologie retenue.....	18
2.1.1 <i>La problématique</i>	18
2.1.2 <i>Les objectifs</i>	18
2.1.3 <i>Les hypothèses</i>	18
2.2 L'étude	19
2.2.1 <i>La population étudiée</i>	19
Critères d'inclusion.....	19
Critères d'exclusion	19
Le profil des participantes	20
2.2.2 <i>L'outil méthodologique</i>	20
2.2.3 <i>Le déroulement de l'étude</i>	21
2.2.4 <i>Les modalités d'entretien</i>	22
2.2.5 <i>L'analyse des données</i>	22
2.3 Critique de notre étude.....	22
2.3.1 <i>Les forces</i>	22
2.3.2 <i>Les limites</i>	23
Troisième partie ANALYSE ET DISCUSSION	25
3.1 Hypothèse 1 : Les sages-femmes orthogénistes pratiquant des IVG médicamenteuses sont favorables à l'obtention de l'IVG instrumentale comme nouvelle compétence et l'intégreront à leurs pratiques	25
3.1.1 <i>Retour sur l'obtention de l'IVG médicamenteuse</i>	25

Une compétence légalisée.....	25
... mais déjà pratiquée	27
Les raisons de l'engagement des sages-femmes	27
3.1.2 <i>Le positionnement des sages-femmes sur l'obtention de l'IVG instrumentale</i>	30
Les arguments favorables	30
Les arguments défavorables	36
3.1.3 <i>L'intégration à leurs pratiques</i>	40
Selon leurs niveaux de formation.....	40
Selon leurs modes d'exercice	42
Selon leurs lieux d'exercice	44
Selon le type d'anesthésie	44
3.1.4 <i>Pour conclure</i>	46
3.2 Hypothèse 2 : La sage-femme est un personnel médical compétent pour réaliser les IVG instrumentales des femmes en bonne santé	47
3.2.1 <i>La capacité des sages-femmes à réaliser des IVG instrumentales</i>	47
La facilité du geste technique.....	47
La connaissance du corps de la femme	48
3.2.2 <i>Les appréhensions</i>	48
Les appréhensions liées au geste technique	48
La crainte de dérives.....	50
3.2.3 <i>Le positionnement des instances et des politiques</i>	52
L'OMS et la HAS	52
L'Ordre des sages-femmes	53
L'Ordre des médecins.....	54
3.2.4 <i>Pour conclure</i>	56
3.3 Hypothèse 3 : Ouvrir cette compétence aux sages-femmes permettrait un meilleur accès à l'IVG	57
3.3.1 <i>Du personnel supplémentaire, un accès amélioré aux soins</i>	57
Une pénurie de gynécologues médicaux.....	57
Une augmentation du personnel compétent.....	59
Le respect de la clause de conscience.....	60
3.3.2 <i>L'IVG, un droit menacé</i>	61
Par des personnalités publiques	61
Par des partis politiques.....	62
3.3.3 <i>La sage-femme orthogéniste, engagée auprès des femmes</i>	63
Une identité professionnelle particulière	63
Le féminisme	64
3.3.4 <i>Les perspectives d'avenir</i>	65
Du point de vue des femmes	65
Du point de vue des sages-femmes	66

3.3.5 Pour conclure	67
3.4 Paroles de médecins.....	68
Conclusion	72
Bibliographie	73
Annexes	78
Annexe 1 : Texte d’invitation à participer aux entretiens	79
Annexe 2 : Grille d’entretien	80
Annexe 3 : Lettre de soutien de médecins	83
Annexe 4 : Lettre de soutien de REVHO.....	85
Annexe 5 : Entretien avec Élisabeth, médecin généraliste	86
Annexe 6 : Entretien avec Ingrid, gynécologue-obstétricienne.....	90
Annexe 7 : Entretien avec Claire, sage-femme	93

Acronymes

ANCIC : Association nationale des centres d'IVG et de contraception

ANSFO : Association nationale des sages-femmes orthogénistes

ARS : Agence régionale de santé

CIVG : Centre d'interruption volontaire de grossesse

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CPEF : Centre de planification et d'éducation familial

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

HAS : Haute autorité de santé

HCE : Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes

INED : Institut national d'études démographiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IVG : Interruption volontaire de grossesse

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORS : Observatoire régional de la santé

REVHO : Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie

RPC : Recommandations pour la pratique clinique

SA : Semaines d'aménorrhées

SYNGOF : Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France

Introduction

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un droit fondamental de la femme et du couple, inscrit dans le Code de la Santé Publique depuis 1975 (1).

Depuis 2016, les sages-femmes pratiquent les IVG médicamenteuses en toute autonomie (2). Cette ouverture du champ de compétences de la profession avait pour objectif premier de faciliter l'accès à l'IVG pour les femmes en élargissant le personnel compétent.

Si cette mesure a représenté une avancée pour la profession de sage-femme, l'accès à l'IVG demeure encore difficile dans certains territoires, conséquence, entre autres, de la vague de départs à la retraite des médecins la pratiquant et de la fermeture d'un nombre conséquent de centres d'IVG (CIVG).

Ces facteurs participent à la dérive vers le « tout médicamenteux » observée. Selon les chiffres publiés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), 67,5 % des IVG ont été réalisés par voie médicamenteuse en 2017, contre 31 % en 2001 (3) (4) . Ces résultats nous questionnent quant à la liberté du choix de la méthode par les femmes, influencé par une offre de soin déséquilibrée.

Cela nous a amenées à nous interroger sur la place actuelle de la sage-femme dans l'orthogénie et sur la potentielle ouverture du champ de compétences de celle-ci à l'IVG instrumentale, sujet débattu dans les milieux médicaux et politiques, afin de répondre à ce problème de santé publique.

À travers cette étude qualitative, nous avons souhaité comprendre le positionnement de sages-femmes orthogénistes quant à l'éventuelle intégration de l'IVG instrumentale à leur pratique, aussi bien du point de vue de leurs motivations que de leurs réticences.

Première partie

CONTEXTE

La loi sur l'interruption volontaire de grossesse (article L2212-1 du code de la santé publique) permet à toute femme enceinte, majeure ou mineure, qui ne veut pas poursuivre sa grossesse, de demander à un médecin ou une sage-femme son interruption (5). L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un droit fondamental, symbole de liberté et d'émancipation de la femme depuis la promulgation de la Loi Veil en 1975 (1). C'est une étape de vie courante, puisqu'on estime qu'une femme sur trois aura recours à l'IVG dans sa vie (Bajos et al, 2012) (6).

Revenons sur l'évolution historique d'une pratique intimement liée à l'histoire des femmes.

1.1 L'avortement dans l'histoire

Les pratiques de limitation des naissances sont mentionnées à toutes les époques et dans toutes les sociétés : l'avortement, l'infanticide, l'exposition et l'abandon ont été des réponses aux grossesses non-désirées. Des moyens abortifs mécaniques, chimiques ou encore « magiques » sont décrits dès l'Antiquité (7).

Les textes les plus anciens mentionnant l'avortement, gravés sur des stèles ou plaques d'argile, se trouvent dans le code de Hammurabi, roi de Babylone, daté d'environ 1700 av. J.-C. Selon des historiens, ce serait en réalité l'atteinte à la puissance du père ou du mari qui était condamnée, et non l'acte lui-même, la femme n'ayant pas liberté de son corps (8).

Dans la Grèce Antique, l'avortement n'est pas réglementé : les philosophes Socrate, Platon et Aristote préconisaient l'avortement quand une grossesse n'était pas légitime, lorsque le couple était trop âgé ou pour lutter contre une surpopulation des cités (9).

Au Moyen Âge, l'avortement était passible de peine de mort. « L'animation du fœtus » était alors au cœur des débats : Saint Thomas d'Aquin soutenant la thèse selon laquelle l'âme du fœtus est infusée dans le corps embryonnaire à 40 jours, ne condamnant l'avortement qu'après ce stade déterminé de l'ontogénèse (10).

L'avortement est condamné et puni de prison à partir de 1810 dans l'Article 317 du Code Pénal. Les lois encadrant l'avortement se durcissent au cours des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles jusqu'à la loi du 31 juillet 1920, réprimant sévèrement « la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle » (11). Cette loi vise à s'attaquer aux néo-malthusiens qui prônent un contrôle des naissances, et à combattre la dépopulation dans une France affaiblie par la Grande Guerre (12).

Le régime de Vichy fut l'un des plus répressifs contre l'avortement, affichant des valeurs encore plus conservatrices et définissant l'avortement comme une « attaque contre l'unité du pays, l'État et le peuple français ». C'est au cours de cette période sombre que la « faiseuse d'anges » Marie-Louise Giraud et l'avorteur Désiré Piogé sont guillotins pour l'exemple en 1943, pour avoir pratiqué des avortements illégaux (13). Mais selon deux chercheurs de l'INED, Fabrice Cahen et Christophe Capuano, « l'apogée de la répression de l'avortement se situe à la Libération et non sous le régime de Vichy », expliquée entre autres par le natalisme très présent, le contexte social propice à la délation ainsi que par l'acquisition de services de polices efficaces (14).

À partir des années 1950, les femmes se mobilisent pour la légalisation de l'avortement, soulignant les inégalités de recours à cet acte selon les classes sociales. Les femmes de milieux favorisés se rendaient à l'étranger, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas notamment, accès impossible aux milieux les plus modestes, contraints de recourir à l'avortement clandestin dans des conditions d'hygiène et de sécurité déplorables (7). C'est dans ce contexte que naissent des groupes militants, comme la « Maternité Heureuse » qui proposaient des moyens contraceptifs, encore illégaux à l'époque (pilule et dispositif intra-utérin). Cette association deviendra le Mouvement français pour le planning familial (MFPF), plus connu sous le nom de Planning familial de nos jours.

Le combat se poursuit. En 1971, le « Manifeste des 343 salopes » est publié dans le *Nouvel Observateur*. Ces femmes, dont des personnalités publiques, déclarent avoir avorté illégalement afin d'alerter l'opinion publique sur cette pratique répandue, mettant en danger, puisque réalisé dans l'illégalité, près d'un million de femmes en France (7).

Au cours de la même année, l'écrivaine Simone de Beauvoir et l'avocate Gisèle Halimi forment le mouvement Choisir qui revendique la dépénalisation de l'avortement.

Le célèbre procès de Bobigny en 1972, où la mineure Marie-Claire Chevalier, défendue par Gisèle Halimi, est jugée pour avoir eu recours à l'avortement suite à un viol, participe à une prise de conscience de l'opinion publique et permet de relancer les débats à l'Assemblée Nationale à ce sujet (7).

C'est au tour des médecins, principalement des généralistes, de proclamer dans la presse leur engagement vis-à-vis des femmes. Ils sont 330, nombreux à appartenir au Groupe d'information santé (GIS), à assumer leur pratique de l'avortement clandestin. Le Mouvement pour la libération de l'avortement et de la contraception (MLAC) est alors créé et aide les femmes à avorter à l'étranger dans de bonnes conditions.

Après une longue procédure législative et des débats houleux, la Loi Veil est finalement promulguée le 17 janvier 1975, marquant un tournant dans l'Histoire des Femmes et de l'Orthogénie en France (1). Cette loi provisoire, adoptée dans un premier temps pour une durée

de 5 ans, dépénalise l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 12 semaines d'aménorrhées (SA), soit 10 semaines de grossesse, dans des conditions très strictes (7). L'IVG chirurgicale est alors l'unique méthode disponible et seuls les médecins sont autorisés à les pratiquer, les sages-femmes n'ont pas été associées à ce projet de loi, mais ne s'étant pas mobilisées elles-mêmes.

La loi Pelletier de 1979 rend définitives les dispositions de la loi Veil et encadre la clause de conscience en supprimant certaines entraves à la réalisation des IVG (7).

Trois ans plus tard, en 1982, le remboursement de l'IVG par la Sécurité Sociale est permis grâce à la loi Roudy (7).

L'IVG médicamenteuse n'est légalisée en France qu'en 1989, huit ans après la mise au point de la mifépristone, encore appelé RU 486, par Étienne-Émile Baulieu, biologiste français.

La loi Neiertz de 1993 aboutit à diverses mesures d'ordre social en créant notamment un délit d'entrave à l'IVG, à présent condamnable (7).

La loi Aubry-Guigou en 2001 est un tournant dans l'histoire de l'IVG, puisqu'elle reconnaît l'interruption volontaire de grossesse comme une liberté physique et corporelle et s'inscrit dans le Code de la Santé (15). L'IVG est désormais reconnue comme un droit. Cette loi élargit le délai légal de 12 à 14 semaines d'aménorrhée, supprime le caractère obligatoire de la consultation psychosociale, excepté pour les mineures, autorise toutes les étrangères ainsi que les mineures sans autorisation parentale à pouvoir faire une IVG (16).

La loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) de 2009, a permis aux sages-femmes d'assurer le suivi gynécologique de prévention et de contraception auprès des femmes en bonne santé. Cette mesure augmente les compétences des sages-femmes, notamment en matière de prescription d'examens complémentaires et de tous les moyens contraceptifs, autorisées dorénavant à effectuer les poses, surveillances et retraits (17).

C'est en 2016 que la loi de modernisation de notre système de santé accorde la pratique de l'IVG médicamenteuse aux sages-femmes. L'IVG instrumentale peut désormais être pratiquée en centres de santé mais demeure réservée aux médecins. Cette loi supprime aussi le délai minimal de réflexion d'une semaine (18).

1.2 La pratique de l'IVG en France

En France, l'interruption volontaire de grossesse est autorisée jusqu'à la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse, soit 14 semaines d'aménorrhées (19).

Deux consultations, avec un médecin ou une sage-femme, sont obligatoires par la loi avant la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse, que la femme soit majeure ou mineure, que la méthode choisie soit par voie médicamenteuse ou instrumentale (20).

La première permet à la femme de formuler sa demande, de recevoir par le praticien toutes les informations relatives à l'IVG et les réponses à ses questions. Un entretien psycho-social est proposé à toutes, facultatif pour les majeures, obligatoires pour les mineures. La demande d'IVG est confirmée par écrit lors de la deuxième consultation, et la méthode, la date et le lieu de l'intervention sont choisis, en concertation avec le médecin ou la sage-femme (20). En réalité, toutes ces démarches sont souvent entreprises dès le premier entretien, permettant à la femme de réaliser l'IVG lors du second rendez-vous, si tel est son souhait.

Le choix de la méthode doit dépendre du terme de la grossesse, de l'offre de soin disponible et des préférences de la femme, selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (21).

Une consultation de contrôle est obligatoire quelle que soit la méthode choisie, 14 à 21 jours après l'IVG, afin de s'assurer de la réussite de la méthode et de l'absence de complications (20). Cette consultation est également l'occasion de revenir sur le vécu de l'IVG pour la femme, d'échanger avec elle autour de la contraception et de son contexte de vie, à la recherche, entre autres, de difficultés sociales ou de violence. Pourtant, malgré son importance, un quart des femmes n'avaient pas bénéficié de cette consultation de contrôle post-IVG, selon les résultats de l'enquête COCON sur la prise en charge de l'IVG en France, publiée en 2005 (22). Cette inobservance est due, en partie, au manque d'information des patientes sur son intérêt, ainsi qu'à « des freins d'ordre pratique et psychologique » (23).

1.2.1 La méthode médicamenteuse

Le cadre légal

L'IVG médicamenteuse est possible jusqu'à la fin de la 5^{ème} semaine de grossesse, soit 7 SA, dans un établissement de santé (hôpitaux, cliniques...), mais aussi, dans un cabinet de ville depuis 2005, en centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) ou en centre de santé depuis 2009. Si l'IVG est réalisée dans un établissement de santé, ce délai peut s'étendre à 7 semaines de grossesse, soit 9 SA (19) (21). Elle peut être pratiquée par un médecin ou par une sage-femme,

qui doivent justifier d'une expérience professionnelle adaptée et être conventionnés avec un établissement de santé (24).

L'IVG médicamenteuse est remboursée à 100 % par l'Assurance Maladie, sur la base d'un tarif forfaitaire variant de 187,92 euros en médecine de ville, à 257,91 euros en établissement de santé, tarifs en vigueur en 2019 (25).

Le protocole

L'IVG par voie médicamenteuse repose sur la prise de mifépristone (anti-progestérone) 200 mg par voie orale (per os), suivie, 36 à 48 heures après, par la prise de misoprostol (prostaglandine) 400 µg per os, ou bien de géméprost (prostaglandine) 1 ovule de 1 mg par voie vaginale, en cas d'âge gestationnel compris entre 8 et 9 SA (21). Une hospitalisation en ambulatoire est généralement suffisante. La prise de misoprostol à domicile est possible jusqu'à 7 SA, sous certaines conditions sécuritaires (être accompagnée, temps de trajet de moins d'une heure pour se rendre dans un établissement de santé, etc.) (26).

La prévention de la douleur est systématique et indispensable pour le bien-être de la femme. Le protocole antalgique repose principalement sur l'administration d'ibuprofène et de lamaline, antalgique de palier II (27) (28).

Une prophylaxie de l'allo-immunisation Rhésus chez les femmes Rhésus négatif est recommandée, quel que soit l'âge gestationnel (27).

1.2.2 La méthode instrumentale

Le cadre légal

La méthode instrumentale, aussi appelée IVG chirurgicale ou par aspiration, peut être réalisée jusqu'à la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse, soit 14 SA, sous anesthésie générale (AG) ou locale (AL) (19).

Auparavant uniquement autorisée en établissement de santé, la loi de modernisation de notre système de santé a élargi sa réalisation en centre de santé, dans un objectif de renforcer l'offre de soin de proximité et d'élargir le choix de la méthode pour les femmes (29).

Des conditions strictes doivent cependant être réunies pour pouvoir réaliser une IVG instrumentale en centre de santé, notamment un âge gestationnel entre 7 et 14 SA, l'absence de malformation utérine et de troubles de la coagulation ou de traitement anticoagulant, un bon état clinique général et des comorbidités contrôlées et stables. Les mineures y ont accès (30).

De plus, l'IVG instrumentale en centre de santé ne peut se réaliser que sous anesthésie locale ou locorégionale (bloc paracervical), en l'absence de contre-indication. Des conditions sont également nécessaires pour la surveillance post-IVG, et la bonne prise en charge des complications immédiates éventuelles, comme la présence d'un médecin sur le site pendant la surveillance post-interventionnelle, la possibilité d'un transfert rapide, la disponibilité d'un chariot d'urgence, etc. (30).

En établissement de santé, l'IVG instrumentale peut être pratiquée jusqu'à 14 SA, sous anesthésie générale ou locale.

Seuls les médecins sont autorisés à réaliser les IVG instrumentales, que ce soit sous anesthésie générale ou locale (31).

L'IVG instrumentale est remboursée à 100 % par l'Assurance Maladie, sur la base d'un tarif forfaitaire variable de 500,14 euros à 664,05 euros en 2019, dépendant du type d'anesthésie, de l'établissement (hôpital, clinique, centre de santé), et de la durée d'hospitalisation (25).

Le protocole

La méthode d'aspiration du contenu utérin est la technique de référence des IVG instrumentales. Une préparation cervicale à l'aide de mifépristone (anti-progestérone) 200mg per os, 24 à 48 heures avant l'intervention, associée à la prise de misoprostol (prostaglandine) 400 µg per os, 3 à 4 heures avant l'aspiration, est recommandée pour permettre la dilatation du col de l'utérus et diminuer les complications liées au geste (27) (21).

Le geste de l'aspiration en lui-même consiste à introduire par le col de l'utérus, préalablement dilaté, une canule reliée à un dispositif permettant d'aspirer le contenu utérin.

L'intervention dure une dizaine de minutes, et se déroule sous anesthésie générale ou locale selon le souhait de la patiente et l'absence de contre-indication. Une hospitalisation en ambulatoire est généralement suffisante (31) (27). La prescription d'antalgiques de palier I peut être proposée à la femme mais n'est pas systématique (28).

De même que pour les IVG médicamenteuses, une prophylaxie de l'allo-immunisation Rhésus chez les femmes Rhésus négatif est recommandée, quel que soit l'âge gestationnel (27).

1.2.3 Les complications éventuelles de l'IVG

Selon les Recommandations pour la pratique clinique (RPC) de 2016 du CNGOF, les taux de succès, de complications et d'effets secondaires sont très similaires entre l'IVG médicamenteuse et instrumentale (27). Ce rapport rappelle aussi que le risque de décès suite à une IVG est de l'ordre de moins d'une femme pour 100 000, soit largement inférieur au risque de décès en post-partum, estimé à 10 femmes pour 100 000 naissances vivantes par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) en 2017 (27) (32).

Quelle que soit la méthode, l'hémorragie constitue le principal risque, mais reste néanmoins très rare, puisqu'elle survient dans 1 % des IVG. Une aspiration en urgence du contenu utérin est alors nécessaire, quelle que soit la méthode (27).

Les effets indésirables les plus fréquemment décrits après une IVG médicamenteuse sont les douleurs pelviennes, les métrorragies, et les troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhées) (21).

Pour l'IVG par aspiration, le risque de perforation utérine reste « exceptionnel », estimé entre 0,4 et 0,9 % par l'ANAES, et dans ce cas l'utérus n'est pas considéré comme étant cicatriciel (27) (33). L'IVG instrumentale ne semble pas augmenter le risque d'infertilité ultérieure (NP2), le risque d'anomalie d'insertion placentaire ultérieure (NP2), ni le risque d'accouchement prématuré ultérieur (NP3) selon les RPC du CNGOF (27).

NP fait référence au niveau de preuve scientifique fourni par la littérature. NP1 correspond à une preuve scientifique établie, NP2 à une présomption scientifique et NP3 à un faible niveau de preuve scientifique (34).

1.3 L'IVG de nos jours

En 2017, 216 700 IVG ont été réalisées en France, selon la DREES, pour 769 553 naissances (3). Le taux global de recours à l'IVG est en légère diminution depuis quelques années, après avoir connu une augmentation entre 2000 et 2014. Ce taux est disparate selon les régions, plus élevé dans les DROM, en Ile-de-France et dans le Sud (3). Les jeunes femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées par l'IVG (3).

L'IVG par voie médicamenteuse ne cesse de s'accroître et représente 67,5 % des IVG en 2017 en Métropole (76 % dans les DROM), contre 64 % en 2016 (71 % dans les DROM) et 31 % en 2001 (3) (4). Le nombre d'IVG instrumentales réalisées en établissement hospitalier (hôpital, clinique) est en baisse continue depuis 2001, il représente 41 % des IVG qui y sont pratiquées contre 90 % en 1992.

Parmi elles, 79 % sont pratiqués sous anesthésie générale en Métropole, et atteignent même 98 % dans les DROM (3).

Dans son rapport d'enquête publié en février 2019, l'Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France a montré une réduction de l'offre de soins hospitalière et une augmentation de l'offre proposée en ville, associées à des fortes disparités territoriales (plus grande activité à Paris qu'en région parisienne) (35). Ces difficultés d'accès à l'IVG sont encore plus prégnantes dans les autres régions de France (3) (35).

Ces résultats alarmants montrent que l'accès à ce soin reste un véritable enjeu de santé publique, plus de quarante ans après sa légalisation.

Le terme soin se définit comme un : « acte par lequel on veille au bien-être de quelqu'un », et un soin médical est un « acte de thérapeutique qui vise à la santé de quelqu'un et de son corps » (36). Nous l'employons à plusieurs reprises dans notre étude, car, selon nous, la pratique de l'interruption volontaire de grossesse a pour intention principale le bien-être de la femme qui ne souhaite pas poursuivre sa grossesse.

D'où notre questionnement sur la place de la sage-femme dans l'orthogénie et sur son éventuelle pratique de l'IVG instrumentale, afin de répondre, entre autres, à un enjeu de santé publique.

Deuxième partie

MATERIEL ET METHODE

2.1 La méthodologie retenue

2.1.1 La problématique

Notre problématique était la suivante : Quel est le positionnement des sages-femmes orthogénistes pratiquant des IVG médicamenteuses quant à l'intégration de l'IVG instrumentale à leurs compétences ?

2.1.2 Les objectifs

À travers cette étude, nous souhaitons :

- Aborder la potentielle ouverture du champ de compétences des sages-femmes à l'IVG instrumentale,
- Amorcer une réflexion sur les répercussions qu'engendrerait cette mesure au niveau de l'accès à cette méthode pour les femmes.

2.1.3 Les hypothèses

Dans le but de répondre à notre problématique, nous avons formulé puis testé trois hypothèses :

- Les sages-femmes orthogénistes pratiquant des IVG médicamenteuses sont favorables à l'obtention de l'IVG instrumentale comme nouvelle compétence, et l'intégreront à leurs pratiques.
- La sage-femme est un personnel médical compétent pour réaliser les IVG instrumentales des femmes en bonne santé.
- Ouvrir cette compétence aux sages-femmes permettrait un meilleur accès à l'IVG.

2.2 L'étude

Afin de répondre à nos objectifs de recherche, nous avons réalisé une étude qualitative s'appuyant sur des entretiens semi-directifs. Il nous a semblé que ce type d'étude serait le plus pertinent afin de comprendre le positionnement et le ressenti des sages-femmes quant à l'intégration d'une nouvelle compétence, en réponse à un problème de santé publique. Les entretiens semi-directifs ont permis de guider les sages-femmes tout en les laissant répondre librement à nos questions.

2.2.1 La population étudiée

Critères d'inclusion

Les sages-femmes de notre étude devaient être des sages-femmes orthogénistes, réalisant du suivi gynécologique de prévention et pratiquant ou ayant pratiqué des IVG médicamenteuses. Nous avons fait ce choix de restreindre notre population d'étude dans le but d'avoir des réponses plus « pertinentes », de la part de praticiennes impliquées et confrontées au quotidien aux problématiques de l'IVG.

Ces sages-femmes pouvaient avoir des modes d'exercices multiples : centre d'IVG, service d'orthogénie en hospitalier, centre de santé, centre de planification et d'éducation familial (CPEF), cabinet libéral...

Aucun critère de lieu d'exercice ni d'années d'expérience en orthogénie n'a été fixé.

Critères d'exclusion

Ont été exclues de notre étude les sages-femmes n'ayant jamais réalisé d'IVG médicamenteuse ou, dans une proportion si infime, que cela ne constituait pas une pratique régulière notable.

Le profil des participantes

Les prénoms des sages-femmes ont été modifiés afin de garantir l'anonymat de leurs propos.

Sage-femme	Année de diplôme	Début d'exercice en orthogénie	Mode d'exercice actuel
Agnès	1984	2010	CPEF-CIVG
Béatrice	1994	2017	CPEF-CIVG
Claire	2005	2012	CPEF-CIVG
Diane	1995	2012	CPEF-CIVG
Éveline	1990	2004	Hospitalier, CPEF et libéral
Frédérique	1986	2009	CPEF
Gabrielle	2008	2012	Libéral
Hortense	1996	2012	CPEF-CIVG
Inès	2017	2017	Centre de santé
Jeanne	2016	2016	Hospitalier
Katia	2001	2007	Hospitalier
Laurence	1992	2013	Planning familial
Morgane	2006	2015	Hospitalier
Nathalie	1986	2001	CIVG
Odile	2005	2013	CPEF
Paola	2003	2009	Hospitalier et libéral

Il est intéressant de noter que l'âge moyen de notre population d'étude était de 44,25 ans, légèrement supérieur à l'âge moyen des sages-femmes en activité en France qui est de 40,3 ans selon l'Ordre des sages-femmes (37).

2.2.2 L'outil méthodologique

Une grille d'entretien, façonnée par une revue de la littérature préalable, a été élaborée dans le but de répondre à nos axes de recherche et nos hypothèses.

Cinq grandes thématiques se sont dessinées :

- Le parcours professionnel de la sage-femme
- Son ressenti sur l'obtention de la compétence d'IVG médicamenteuse
- L'IVG instrumentale comme potentielle nouvelle compétence
- L'intégration à sa pratique et les difficultés potentielles
- Le militantisme.

La grille d'entretien a été testée auprès d'une sage-femme de notre entourage. Cet entretien n'a pas été inclus dans l'analyse des données, du fait que la sage-femme, par ailleurs très sensibilisée aux problématiques d'orthogénie, ne répondait pas à nos critères d'inclusion. Des modifications mineures ont été apportées à l'issue de cet entretien-test, des formulations ou questions ayant été légèrement modifiées, aboutissant à notre grille d'entretien définitive (*Annexe 2*).

2.2.3 Le déroulement de l'étude

Les entretiens se sont déroulés sur une période de trois mois et demi, de début octobre 2018 à mi-janvier 2019. Pour faciliter le recueil de données, un tableau regroupant l'identité de la sage-femme, son âge, ses modes et lieux d'exercice, son positionnement sur l'IVG instrumentale ainsi que les modalités de l'entretien (date, heure, moyen d'échange) a été élaboré.

Notre recrutement s'est effectué à travers plusieurs méthodes :

- Une annonce (*Annexe 1*) a été envoyée par e-mail aux membres de l'Association nationale des sages-femmes orthogénistes (ANSFO) et de l'Association nationale des centres d'IVG et de contraception (ANCIC). Ce message est resté sans réponse de la part de l'ANCIC malgré une relance. La démarche auprès de l'ANSFO a permis le recrutement de douze sages-femmes, mais seules huit d'entre elles ont été incluses dans notre étude. En effet, après avoir recueilli l'avis de plusieurs personnes ressources (enseignants, sage-femme sociologue), interroger huit sages-femmes appartenant à l'ANSFO sur seize entretiens prévus nous a paru acceptable, les membres de cette association étant plus susceptibles d'être favorables à nos hypothèses d'étude, sans pour autant connaître leurs positions personnelles avant de les interroger.
- L'effet « boule de neige » a permis de recruter six autres participantes.
- Deux sages-femmes rencontrées par l'enquêtrice au cours de ses études font également partie du panel.

L'enquêtrice déclare ne pas avoir de lien de proximité avec les sages-femmes interrogées, ni connaissance de leurs positionnements sur le sujet de l'étude avant l'entretien.

Plusieurs sages-femmes ne répondant pas à nos critères d'inclusions n'ont pas été interrogées, ainsi que celles ayant répondu après la fin de notre recueil de données.

Au total, seize entretiens semi-directifs ont été réalisés, d'une durée moyenne d'une heure (de 35 minutes à 1h38). Nous avons décidé de nous arrêter au seizième entretien car l'effet de saturation nous semblait atteint pour un certain nombre de thèmes.

2.2.4 Les modalités d'entretien

Nous avons rencontré cinq sages-femmes pour des entretiens en face à face, toutes sur leurs lieux de travail respectifs. Cinq entretiens ont été réalisés par l'intermédiaire vidéo Skype® et les six autres par téléphone.

Au début de chaque entretien, nous nous sommes présentées, avons rappelé l'objet de notre étude et les modalités appliquées, comme la confidentialité des propos et le respect de l'anonymat. La possibilité de ne pas répondre à des questions jugées trop personnelles a aussi été évoquée, mais au final, cela ne s'est jamais produit. Toutes les sages-femmes ont accepté d'être enregistrées afin de permettre la retranscription de leurs propos. Ces enregistrements ont tous été détruits par la suite.

À la fin de chaque entretien, nous offrons la possibilité aux sages-femmes de compléter leurs propos sur des éléments qui n'auraient éventuellement pas été abordés. Nous leur demandons également de s'exprimer sur la clarté de nos questions, afin de les améliorer éventuellement pour les échanges à venir.

Toutes les participantes ont accepté avec intérêt l'envoi de notre mémoire finalisé.

2.2.5 L'analyse des données

Nous avons intégralement retranscrit les seize entretiens réalisés. Une analyse qualitative thématique (analyse verticale), puis une analyse horizontale, dans le but de synthétiser les réponses des sages-femmes sur un thème donné, ont été effectuées et ont permis la création de notre base de données et la construction de notre étude.

2.3 Critique de notre étude

2.3.1 Les forces

La principale force de cette étude est son originalité, de par son caractère novateur concernant un sujet sensible et d'actualité. En effet, certaines associations militantes favorables à la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes se sont particulièrement fait entendre courant 2018. Leurs revendications ont été relayées dans les médias et ont ainsi permis la sensibilisation de

l'opinion publique à cette problématique. De plus, le positionnement favorable de l'Ordre des sages-femmes à ce sujet, en mars 2019, a définitivement entériné l'importance de ce sujet.

A travers les témoignages des participantes, nous espérons que ce mémoire sera susceptible d'apporter des éléments de réflexion et des pistes de travail pour l'amélioration de l'accès à l'IVG pour les femmes, entre autres par l'ouverture du champ de compétences des sages-femmes.

La richesse de nos entretiens, dans la diversité des parcours et des réflexions des sages-femmes rencontrées, est à souligner, donnant naissance à une étude qui nous semble approfondie sur la problématique.

2.3.2 Les limites

Cette étude comporte plusieurs faiblesses pouvant être discutées.

La première limite de ce travail d'initiation à la recherche est le biais de sélection, notre recrutement étant basé sur le volontariat. Le thème de notre mémoire était annoncé dans notre annonce de recherche de candidats, et incitait donc d'emblée à participer ou non à notre étude. Toutefois, ce biais a été limité par le recrutement de personnes d'opinions réellement divergentes, chacune voulant exprimer son point de vue sur le sujet.

Le biais d'échantillonnage est également à considérer. Huit sages-femmes sur les seize interrogées étaient membres de l'ANSFO, association militante pour la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes. La proportion qu'elles représentaient dans notre échantillonnage nous a fait beaucoup hésiter, mais, devant la difficulté à recruter d'autres participants et les avis de plusieurs personnes ressources spécialisées dans la recherche qualitative, il nous a paru acceptable que la moitié de notre panel soit susceptible d'avoir un profil « plus engagé ». Le militantisme de certaines sages-femmes nous a d'ailleurs mené plus loin dans notre réflexion et dans notre démarche de recherche. Finalement, des résultats assez similaires ont été retrouvés dans ces deux groupes. Nous ne visions pas un résultat représentatif de l'avis de l'ensemble des sages-femmes orthogénistes de France à l'issue cette étude, mais nous souhaitons comprendre leurs positionnements actuels découlant de leurs vécus professionnels et de leurs convictions.

Enfin, le biais de confirmation d'hypothèses, c'est-à-dire « la tendance naturelle qu'ont les individus à privilégier les informations qui confirment leurs idées préconçues, leurs hypothèses et à accorder moins de poids aux points de vue jouant en défaveur de leurs conceptions » (38), peut être envisagé du fait de l'intérêt profond porté à cette problématique par l'enquêtrice et par son

choix de directrice de mémoire en la personne de Chantal Birman, sage-femme engagée pour la profession et le droit des femmes. Conscientes de ce biais, nous avons été soucieuses d'assurer une neutralité d'opinion dans notre grille d'entretien (*Annexe 2*), et de ne pas la faire apparaître lors de nos échanges.

Troisième partie

ANALYSE ET DISCUSSION

3.1 Hypothèse 1 : Les sages-femmes orthogénistes pratiquant des IVG médicamenteuses sont favorables à l'obtention de l'IVG instrumentale comme nouvelle compétence et l'intégreront à leurs pratiques

3.1.1 Retour sur l'obtention de l'IVG médicamenteuse

Une compétence légalisée...

La compétence de l'IVG médicamenteuse était attendue par l'intégralité des sages-femmes de notre étude. Après leur avoir proposé une gradation (très favorable, favorable, neutre, défavorable, très défavorable) pour décrire leur ressenti, la moitié d'entre elles se disaient « très favorable » et l'autre moitié « favorable » à l'arrivée de cette compétence en 2016.

Pour Frédérique, cela s'est fait dans la « continuité » de l'ouverture du champ de compétences des sages-femmes : « *Moi j'aurais aimé que ça arrive avant mais c'était dans la logique des choses. On a d'abord eu droit au suivi gynéco, à tous les moyens de contraception puis à l'IVG donc, oui dans la logique, c'était normal que ce soit comme ça. Mais c'est toujours la même chose, on aimerait bien que l'évolution elle aille plus rapidement... Au niveau des lois, ils sont toujours un peu en retard par rapport à ce qui se passe dans la société et dans la vie de tous les jours. Mais bon...* »

Les termes « logique », « normal », « suite attendue », sont revenus au cours de nombreux entretiens, les sages-femmes estimant que l'IVG médicamenteuse était le « prolongement cohérent » à l'élargissement de leurs compétences.

Parallèlement, la majorité d'entre elles estime aussi que cette compétence est arrivée « tard » pour la profession. Plusieurs estiment que cette compétence aurait dû être acquise dès 2009, en même temps que l'obtention de la compétence du suivi gynécologique, comme nous l'explique Morgane : « *Elle est arrivée tard cette compétence. Les compétences en gynécologie sont élargies il y a quand même un certain temps, en 2009, cela fait quand même un gros gap entre les deux.* »

Éveline nuance face à la quantité de nouvelles connaissances à acquérir pour les sages-femmes diplômées avant l'obtention du suivi gynécologique de prévention : « *Dans la mesure où on a élargi les compétences des sages-femmes en 2009, c'est sûr que ça aurait pu arriver avant, c'est certain. Mais après, ça a demandé aux sages-femmes de se former, parce que la formation initiale, elle a bougé à ce moment-là, elle s'est enrichie à ce moment-là. Il faut penser à toutes les sages-femmes qui étaient déjà en exercice, qui ne connaissaient rien en gynéco... [...] Donc, leur demander de se former en gynéco et de se former en IVG ça faisait beaucoup à la fois, c'est vrai, mais ça aurait pu arriver avant parce qu'à partir du moment où on donne la compétence gynéco, pourquoi ne pas donner la compétence IVG ?* »

Claire est l'une des rares interrogées à estimer que cette compétence est arrivée « trop tôt » pour la profession et soulève un point intéressant, la perception de cette acquisition par les sages-femmes et les raisons motivant cette loi : « *Pour les sages-femmes en général, je pense... mais bon... faut bousculer les professions, hein, pour qu'il se passe quelque chose... mais je pense que c'était un peu tôt. Je pense que les sages-femmes n'étaient pas prêtes, en fait. Mais bon, après c'est un mal pour un bien parce qu'après ça bouscule, et du coup ça force à se former, à s'intéresser au sujet... Mais les sages-femmes n'étaient clairement pas prêtes. C'était une petite minorité de sages-femmes qui étaient dedans et qui se disaient « C'est super il faut le faire » mais une grande majorité, 90% qui ne connaissaient pas du tout l'orthogénie, se demandaient bien pourquoi on leur donnait ce champ de compétence, et qui l'ont perçu comme le truc « Ah bah oui, personne ne veut le faire, donc on nous le refile » et je trouve que c'est caricatural et rapide comme analyse alors que derrière, c'est tellement énorme pour la santé des femmes enfin... Je pense qu'elles n'ont pas perçu vraiment... Mais quand on n'est pas dedans... Moi, j'aurais été en salle de naissance, je n'aurais pas perçu ça pareil parce que je n'étais pas dedans, mais elles n'ont pas perçu l'intérêt pour la santé des femmes quoi. Enfin je pense que si... c'est un peu dur de dire ça... je pense qu'elles l'ont perçu mais pas autant que les filles qui étaient sur le terrain les mains dans le cambouis dans l'orthogénie... ». L'emploi de cette dernière expression « les mains dans le cambouis », qui signifie « effectuer un travail ingrat ou difficile », souligne les difficultés que peuvent rencontrer les sages-femmes orthogénistes dans leur quotidien professionnel.*

Pour rappel, la loi de modernisation de notre système de santé, portée en 2016 par Marisol Touraine, visait à améliorer l'accès à l'IVG, au travers de trois grands axes : la suppression du délai de réflexion avant une IVG, la possibilité de pratiquer des IVG instrumentales dans les centres de santé et l'ouverture de l'IVG médicamenteuse aux sages-femmes « [...] afin de faciliter l'accès à l'IVG et de réduire ainsi les inégalités dans ce domaine constatées entre les différentes régions en augmentant l'offre existante » (39).

... mais déjà pratiquée

Un autre élément important à souligner est le fait que plusieurs sages-femmes de notre étude pratiquaient déjà des IVG médicamenteuses avant la promulgation de cette loi, certaines depuis de nombreuses années. Cette pratique « sous délégation du médecin » semblait courante dans les CPEF et CIVG comme nous l'explique Claire, qui travaille dans un CIVG : « *Je pratique des IVG médicamenteuses depuis 2012, dès le départ, sous délégation du chef de service. [...] Et je faisais déjà les consultations pré et post IVG instrumentales aussi. En gros, la loi de 2016 n'a rien changé pour nous, c'est juste que dans le protocole, il n'y a plus écrit sous délégation du médecin.* »

Certaines, comme Claire, s'occupaient du parcours de soin d'IVG en toute autonomie, de la consultation pré-IVG à la consultation post-IVG, en passant par l'administration de la mifépristone. D'autres sages-femmes pratiquaient toutes les consultations exceptées celles de la prise médicamenteuse, ce qui était le cas de Frédérique dans son CPEF : « *On avait fait un protocole en interne, on faisait ça sous couvert de la médecin chef. [...] C'était quand même très frustrant de faire tout, et de ne pas avoir le droit... On faisait la consultation pré-IVG, celle post-IVG, mais la seule consultation qu'on ne pouvait pas faire, c'était la consultation IVG et c'était complètement con.* »

Une étude de 2005, soit onze ans avant l'obtention de l'IVG médicamenteuse pour les sages-femmes, mentionnait déjà leur implication dans les consultations d'orthogénie : explications sur le déroulement de la méthode et prise de mifépristone devant la sage-femme formée à la pratique de l'IVG médicamenteuse (40).

Nous pouvons nous interroger sur la raison de cette délégation de compétence, sans doute motivée par l'allègement pour les médecins de leurs tâches quotidiennes, mais qui était tout de même le reflet d'une reconnaissance de l'aptitude des sages-femmes à effectuer ces consultations.

Les raisons de l'engagement des sages-femmes

Concernant les raisons qui leur ont donné envie de se former, puis, de pratiquer des IVG médicamenteuses, trois grandes lignes de réponses se sont dessinées : le souhait de maintenir une mission de santé publique, assurer la prise en charge globale des femmes, et témoigner de leur militantisme pour le droit des femmes à l'IVG.

Une mission de santé publique

La volonté de « maintenir un service de soins », de pérenniser une « mission de santé publique », ou encore de « pallier un manque d'offre de soins » a été la principale raison relevée dans nos entretiens.

Le départ des médecins, non remplacés, obligeant la fermeture des centres d'IVG (CIVG) où elles pratiquaient, a été, pour deux sages-femmes interrogées, l'élément déclencheur. Cela les a incitées à prendre le relais, parfois seules, afin de « faire tourner » ce service qui leur « tenait tant à cœur ». C'est le cas de Béatrice, qui ne pratiquait pas d'acte de gynécologie ni d'IVG médicamenteuse avant 2017 : *« Le départ de la médecin du centre a été ma première motivation. C'était pour pouvoir maintenir un service public au sein de l'hôpital, parce que, franchement, il n'y a aucune de mes collègues qui voulaient s'engager dans l'IVG. Moi, je me suis dit « Ah mais non non non, les IVG, faut que ça continue... » Ça allait mettre fin à un service public. Pour moi, l'accès à l'IVG c'est une mission de santé publique, et puis, on s'adresse à des femmes en détresse, et il ne faut pas que ça s'arrête. Un centre d'IVG qui ferme, on revient au Moyen-Âge ! »*. Portée par son militantisme et sa volonté de continuer à proposer ce soin dans son CPEF, Béatrice s'est alors formée en s'inscrivant à un Diplôme Universitaire (DU) « Sexualité, contraception, IVG » associé à un « compagnonnage » avec la médecin sur le départ.

Il est difficile de trouver dans les publications le nombre de CIVG fermés au cours de ces dernières années. En effet, le dernier rapport officiel évaluant leur effectif date de 2013, rapport publié par le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE). Il précisait la disparition, entre 2001 et 2011, de 130 centres pratiquant des IVG (41).

Cette information a été largement reprise depuis par les médias et les politiques, y compris en 2018, où l'on citait « 130 centres d'IVG fermés ces dix dernières années » de façon erronée, car ne faisant pas référence à la période exacte (42).

Ce nombre considérable de fermetures de CIVG durant cette période s'explique en partie par la restructuration des maternités, ainsi que par l'arrêt d'activité d'un grand nombre de centres privés de santé, l'acte de l'IVG étant jugé à l'époque « non rentable » voire « déficitaire » (41). Tout cela a contribué à accentuer les disparités territoriales d'accès aux soins.

C'est justement l'accessibilité à l'IVG qui a motivé Odile à pratiquer des IVG médicamenteuses. Elle réalisait jusqu'en 2016 dans son CPEF les consultations pré et post-IVG, sous délégation du médecin, mais la mifépristone devait être prise en présence de ce dernier : « Quand on a pu pratiquer les IVG médicamenteuses, cela a donné plus d'accès pour les patientes. Parce que s'il

faut attendre qu'il y ait le médecin, et le médecin n'est pas là à chaque fois, cela fait moins de disponibilité, cela est moins accessible. »

Une prise en charge globale des femmes

Le souhait d'une « prise en charge globale » des femmes et d'un « accompagnement global de qualité » a été plusieurs fois évoqué.

Paola, au sujet de la légalisation de l'IVG médicamenteuse pour les sages-femmes, explique : *« J'étais favorable, carrément. Pour éviter les retards de prise en charge. En plus, on est du réseau de proximité, on connaît bien les femmes. Et puis voilà, c'est la naissance... Pour moi, ça fait aussi partie de ça les IVG, les accompagnements de grossesse... Tout ça, c'est la vie de la femme. Ça fait partie de la prise en charge globale de la femme, des femmes qu'on connaît, qui nous connaissent. Et la prise en charge ne peut être que de meilleure qualité. Elles savent qu'elles vont bien se faire accueillir, ce qui n'est pas le cas à chaque fois. »*

Diane appuie ces propos : *« J'étais très favorable ! D'abord parce qu'on le faisait déjà, c'était juste le médecin qui signait le papier, donc moi je trouvais ça ridicule... Et puis ensuite, la prise en charge des femmes dans leur grossesse, qu'elle la désire ou qu'elle ne la désire pas, ça fait partie de nos compétences, et c'est dans la continuité des soins qu'on propose en tant que sage-femme. Donc, ça me paraissait complètement logique qu'on puisse faire des IVG médicamenteuses. »* Au-delà du ridicule évoqué par Diane, n'est-ce pas décevant d'effectuer le travail de médecins sans plus de reconnaissance ni de valorisation ?

Plusieurs d'entre elles nous ont aussi confié la frustration de ne pas être présentes auprès des femmes à ce moment de leur vie, alors qu'elles participaient au reste de leur suivi gynécologique, sexuel et gestatif. Claire : *« C'est juste que ça allait dans la suite de l'ouverture de nos champs de compétences après la Loi HPST de 2009. Je trouvais ça intéressant qu'on nous ait ouvert notre champ de compétences à la gynécologie, à la contraception, et donc, je m'étais intéressée à me former à ça. Et puis alors, je m'étais dit « Alors là, on peut faire le suivi de grossesse, on peut faire les accouchements, on peut faire la contraception, on peut faire le suivi gynécologique de prévention mais pour l'IVG, on dit « Ah non, là, c'est plus moi », je trouvais ça un peu dommage dans la prise en charge globale des femmes... »*. La prise en charge globale du patient par une même équipe de soins est une approche régulièrement citée dans notre milieu professionnel comme un des éléments participant à son bien-être, que ce soit d'un point de vue physique, mental et/ou social.

Une démarche militante

Deux sages-femmes de notre étude nous ont spontanément fait part de leur féminisme comme moteur d'engagement dans l'activité d'IVG. Elles estiment aussi que la sage-femme a entièrement sa place dans l'accompagnement de cette étape de vie des femmes.

Jeanne : « *Heu, en fait, je suis féministe (rires), donc du coup, je ne sais pas, pour moi c'était normal d'en pratiquer. [...] Pour moi, c'est normal, on accompagne les femmes dans leur vie affective et sexuelle tout au long de leur vie. [...] Donc, je pense que c'est normal d'être présente à ce moment-là et de jouer pleinement notre rôle.* » L'utilisation du mot « normal » à trois reprises souligne par ailleurs l'appropriation de cette compétence par Jeanne, diplômée depuis 2016, au moment de sa légalisation.

C'est aussi le cas de Morgane : « *Moi, j'ai toujours été féministe. J'ai toujours été persuadée que c'était important que les femmes puissent avoir le libre choix de conserver ou non une grossesse quand elle arrive. Donc, pour moi, la place de la sage-femme c'est vraiment d'accompagner les femmes autour de leur vie gynécologique, et l'IVG fait complètement partie de la vie des femmes. C'est un moment, oui, ce n'est pas un moment facile pour les femmes, et je pense que c'est important que l'on puisse être là pour les accompagner et les prendre en charge au mieux. Je trouve que c'est tout à fait la place de la sage-femme d'aider les femmes à ce moment-là. Je crois qu'on a vraiment un rôle important à jouer là-dedans.* »

3.1.2 Le positionnement des sages-femmes sur l'obtention de l'IVG instrumentale

Les sages-femmes interrogées ont développé leurs arguments en faveur et en défaveur de l'élargissement des compétences des sages-femmes à la pratique des IVG par aspiration.

Les arguments favorables

Trois motivations prédominent chez les sages-femmes favorables, qui sont : diversifier l'offre des méthodes d'IVG proposées, assurer une prise en charge de plus grande qualité, et réaffirmer le caractère « non pathologique » de l'IVG, qui devrait ainsi rentrer dans les compétences des sages-femmes, quelle que soit la méthode.

Garantir le choix de la méthode pour les femmes

Jusqu'à 9 SA, les IVG par voie médicamenteuse et par aspiration sont possibles et doivent être laissées au choix de la femme. Après ce terme, la méthode instrumentale doit être pratiquée (19). Cependant, le mode d'anesthésie doit pouvoir être également choisi par la femme, en accord avec le praticien en l'absence de contre-indications.

Pourtant, ce n'est pas toujours le cas. L'enquête COCON sur la prise en charge de l'IVG en France soulevait déjà cette problématique en 2005. Les résultats montraient qu'en cas d'IVG médicamenteuse, seulement une femme sur deux avaient eu le choix de la méthode utilisée, alors qu'elles étaient dans les délais autorisés pour les deux techniques (médicamenteuse ou instrumentale). Pour les IVG instrumentales, à peine une femme sur cinq a pu choisir la méthode. Les résultats précisent cependant que les données ne permettaient pas de savoir si elles auraient pu bénéficier d'une autre technique, compte tenu du terme de leur grossesse. Les femmes auraient cependant pu choisir le mode d'anesthésie, ce qui n'a pas été le cas, puisque que moins d'une sur cinq s'est vue proposée ce choix (22).

La motivation première de Claire à réaliser des IVG instrumentales est de respecter le libre choix des femmes concernant la méthode pour leur IVG : « *Pour le choix des femmes très clairement. Si elles sont à 6 SA mais qu'elles ne veulent pas voir les caillots, qu'elles ne veulent pas sentir la douleur, et qu'elles préfèrent être endormies, bah on les passe au bloc et, si elles vivent mieux leur IVG, tant mieux.* »

En réalité, rares sont les IVG instrumentales pratiquées avant 8-9 semaines d'aménorrhées, pourtant autorisées par la loi (19). Il semblerait, selon nos témoignages et notre propre expérience, que la plus grande difficulté à passer le col de l'utérus et la crainte du praticien de ne pas aspirer la totalité du contenu utérin soient des facteurs déterminants à leur choix, ainsi que l'organisation du service et la difficulté d'avoir des plages horaires de blocs disponibles. « *Les petits termes, dans les chirurgicales, il y a des médecins qui n'ont pas l'habitude, car ils trouvent que le col est plus difficile à passer et tout ça... Donc il y en a qui ne veulent pas faire avant 8 semaines.* » (Agnès)

Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) rappelle cependant, dans ses dernières recommandations pour la pratique clinique (RPC) sur l'IVG datant de 2016, que l'IVG instrumentale « a un taux de succès élevé, quel que soit l'âge gestationnel, y compris avant 7 SA (NP2) » (27).

Les femmes préférant cette méthode à des termes précoces doivent donc accepter l'option médicamenteuse, un choix parfois influencé par les professionnels de santé, ou bien, subir une attente particulièrement difficile d'une à plusieurs semaines d'une grossesse non désirée, souffrance globalement peu prise en compte par le corps médical.

Dans son mémoire de fin d'études, sur le consentement éclairé relatif au choix de la méthode d'IVG, Laureline Bossier faisait le constat, à travers les témoignages reçus, que les femmes adaptaient souvent leur choix de méthode aux possibilités du centre d'orthogénie dans lequel elles s'adressaient en premier lieu (43). Nous pouvons penser que le souhait d'interrompre le plus rapidement possible une grossesse non désirée prime, pour ces femmes, sur le choix de la méthode.

La crainte d'une dérive vers « le tout médicamenteux », déjà d'actualité selon de nombreuses sages-femmes, a été soulevée, notamment par Claire qui continue sur le sujet : « *On passe vraiment dans « le tout IVG médicamenteuse » c'est-à-dire qu'on a beaucoup de professionnels qui font l'IVG médicamenteuse : médecins généralistes de ville, sages-femmes libérales, sages-femmes hospitalières... Et concrètement, qui fait les IVG instrumentales ? Bah c'est juste sur le terrain, les médecins des centres d'IVG hospitaliers, hein, globalement c'est ça... Ça fait qu'il y a un vrai déséquilibre. Et le risque, c'est qu'on oriente les femmes vers l'IVG médicamenteuse parce qu'elles auront un accès plus rapide à [celle-ci] mais que du coup, on ne soit plus dans le choix des femmes au niveau de la méthode. [...] Donc, c'était bien de donner l'IVG médicamenteuse aux sages-femmes, mais d'où l'importance de donner aussi l'IVG instrumentale aux sages-femmes. »*

« *Dans beaucoup d'endroits « le tout IVG médicamenteux » a fait disparaître la pratique des IVG par aspiration, dont les aspirations sous locale. Donc on a réduit l'offre de choix des méthodes »* nous explique Nathalie.

Cette dérive est en effet constatée, au vu des chiffres publiés par la DRESS en juin 2017 sur l'évolution du mode de réalisation des IVG depuis 2001. L'étude montre que la part des IVG instrumentales était de 69% en 2001 en France, contre 36% en 2016. Parallèlement, l'IVG médicamenteuse s'est développée, passant ainsi de 31% en 2001 à 64% en 2016 dont 46% à l'hôpital, 17% en cabinet libéral et seulement 1% en centre de santé et CPEF (4). L'étude la plus récente de la DRESS, datant de septembre 2018, montre que l'écart se creuse : en 2017, l'IVG médicamenteuse représentait 67,5 % des IVG en Métropole (76 % dans les DROM) ; la pratique des IVG médicamenteuses en centre de santé et CPEF a augmenté en passant à 2,2 %, phénomène

expliqué en partie par l'intégration des sages-femmes à la pratique de l'IVG par voie médicamenteuse (3).

Gabrielle soulève un autre problème, celui de la pratique des IVG médicamenteuses à des termes avancés : « *Et puis le CNGOF là... Lui, [en parlant d'un de ses membres] il est absolument à fond pour l'IVG médicamenteuse à tout terme déjà, puisque c'est ce qu'il fait chez lui. Et pour lui, c'est la solution de facilité toute trouvée quoi.* » En effet, dans les dernières recommandations pour la pratique clinique (RPC) concernant l'interruption volontaire de grossesse, le CNGOF se positionne en faveur de l'IVG médicamenteuse jusqu'à 14 SA, après avoir rappelé l'importance du choix de la femme : « Entre 9 et 14 SA, les méthodes instrumentale et médicamenteuse devraient pouvoir être proposées » (27). En juin 2018, la HAS a pourtant réaffirmé sa position pour un terme maximal de 9 SA en cas d'IVG médicamenteuse (21). Ce délai, également inscrit dans la loi, doit être respecté par les praticiens, qui ne peuvent pratiquer une interruption volontaire de grossesse « que dans les cas et les conditions prévus par la loi » comme le stipule l'Article R4127-18 du Code de la santé publique (44).

Cette démarche d'IVG médicamenteuse jusqu'à 14 SA, dans le cas où elle serait légalisée, pourrait participer à l'amélioration du vécu de la femme si tel était son choix de méthode, mais ne devrait pas, selon nous, être utilisée du fait d'un manque de praticiens réalisant l'aspiration, ou comme solution de facilité pour les médecins. En effet, pour les IVG médicamenteuses, la surveillance de la patiente est assurée par une sage-femme ou, le plus souvent, par une infirmière et non par un médecin. De plus, la problématique de l'analgésie est importante, la douleur étant d'autant plus forte que le terme est avancé. Une analgésie efficace, par analgésie péridurale, serait donc nécessaire, mais souvent peu compatible avec l'organisation des services et la disponibilité des lits d'hospitalisation. Un réel accompagnement psychologique serait également indispensable, les femmes ne devraient pas être laissées seules face à la vision d'un embryon à des termes avancés.

La diminution des CIVG, le nombre de plus en plus restreint de praticiens compétents pour l'IVG instrumentale, la simplicité de la pratique de l'IVG médicamenteuse, et l'autorisation morale que s'accordent certains praticiens à pratiquer des IVG médicamenteuses au-delà des délais légaux, sont autant de facteurs qui influencent le choix des femmes et entraînent une offre de soins qui n'est plus adaptée ni à leurs souhaits ni à leurs besoins.

Assurer une prise en charge de qualité

La volonté d'une plus grande qualité de prise en charge des femmes dans leur parcours d'IVG est, pour plusieurs sages-femmes de notre étude, une motivation à s'engager dans l'IVG instrumentale.

Diane, qui travaille dans un CPEF-CIVG, souhaiterait un personnel réellement impliqué dans la pratique de l'orthogénie pour une meilleure qualité des soins : *« Moi, je trouve qu'il y a beaucoup de médecins qui font des aspirations par obligation de service, et pas par choix, et qui préféreraient faire autre chose, et qui ne sont pas forcément toujours attentifs aux femmes. Et moi, je me dis que pour les femmes, ça serait mieux, enfin j'en suis même certaine, que ce soit des personnes, médecins ou sages-femmes, qui aient vraiment envie d'être là pour elles. Enfin moi, j'en ai vu certains [des médecins] qui sont vraiment culpabilisants, et ils n'avancent pas de clause de conscience parce qu'ils savent que ça complique le fonctionnement du service, mais pour autant ils ne sont pas bienveillants. »*

Claire évoque à ce sujet la coutume du « bizutage d'interne » qu'elle « ressent au quotidien » dans son CIVG : *« On refile ça [les aspirations] aux internes de 1^{er} semestre. C'est du bizutage d'interne clairement, du coup, les internes le vivent mal et c'est normal ! On leur dit « tiens, tu y vas, et tu n'as pas le choix ». Donc je pense que si les sages-femmes sont formées, elles le feront mieux qu'un interne de 1^{er} semestre, tant dans la prise en charge médicale pure que dans la prise en charge psycho-sociale, j'ai envie de dire. »* En effet, dans de nombreux centres hospitaliers, pour des raisons organisationnelles de personnel et de gestion du temps, cette intervention est déléguée aux internes, montrant le peu d'intérêt des chefs de service pour cette pratique.

Les internes sont souvent en charge du seul geste d'aspiration, sans avoir rencontré la patiente en consultation (réalisée par les sages-femmes), ce qui peut expliquer leur désintérêt voire « dégoût » pour ce geste, le lien humain n'ayant pas été créé. *« C'est du bizutage parce que les internes qu'on envoie au bloc tous les matins, ils ne les connaissent pas les femmes, ils ne connaissent pas leurs histoires, ils ne les ont pas eues en consultation. Et donc là, on leur demande juste de faire le geste, oui, je comprends que ça les dégoûte après derrière. Parce que tout l'intérêt de l'IVG, c'est de comprendre pourquoi cette IVG elle arrive là, aujourd'hui. »* poursuit Claire.

Ce témoignage est confirmé par Agnès : *« Il y a des internes, ici, qui font des IVG chirurgicales, mais ce n'est pas forcément leur tasse de thé. Alors de leur imposer ça, ça leur permet de peut-être mieux connaître l'IVG, mais en même temps, ils ne connaissent pas la femme. Tu vois, ils arrivent, elle est quasiment endormie... ils ne connaissent rien de son histoire. Tandis que nous ici, on connaît toute l'histoire de la dame, parce qu'elle va être écoutée pendant la consultation, parce qu'on sait pourquoi elles font l'IVG. Donc souvent, les femmes sont jugées dans le domaine*

de l'IVG par l'ignorance. Mais quand tu regardes chaque cas d'IVG, il y a toujours une bonne raison entre guillemets, tu vois. »

Israël Nisand faisait déjà ce constat en 1999, dans un rapport pour le ministère de l'emploi et de la solidarité, et signalait que dans les établissements sans affectation spécifique de locaux ni de personnels à la pratique des IVG, les internes ou stagiaires étrangers se voyaient confier la réalisation des IVG « sans participation réelle des cadres de services ». De plus, il corrélait la rencontre de difficultés pour les femmes lors de leur parcours d'IVG avec l'intérêt porté par le chef de service à cette activité (45).

Nous pouvons alors nous questionner sur la perception de la différence d'expérience entre un interne de premier semestre et une sage-femme. Considère-t-on qu'une aspiration pratiquée par une sage-femme qui serait formée, dédiée et volontaire, puisse être plus risquée que celle réalisée par un interne de premier semestre, novice également pour ce geste et parfois moins investi ?

La sage-femme, praticien de la grossesse, quelle qu'en soit l'issue

Il nous semble que la réalisation de toutes les méthodes d'IVG par les sages-femmes, s'ajoutant à toutes les compétences déjà reconnues, participerait à l'identification de la sage-femme comme praticien de premier plan de la grossesse, quelle qu'en soit l'issue. Cela pourrait également « dédramatiser » l'IVG, encore stigmatisée et considérée comme un geste « à part » de la médecine.

Pour Nathalie : *« Ça fait partie pleinement de nos missions de sages-femmes d'accompagner les parcours d'IVG puisqu'elle fait partie de la vie procréative des gens. »*

Le terme « d'acte physiologique » a été abordé plusieurs fois, notamment par Laurence : *« Je suis pour la pratique de « l'IVG physiologique » par les sages-femmes, c'est-à-dire chez une femme sans antécédents ni pathologie actuelle, que ce soit en centre de santé ou hôpital. »* Paola : *« Pour moi, l'IVG n'est pas une pathologie. On interrompt juste un processus physiologique, mais on n'est pas dans la pathologie. Donc pour moi, on ne dépasse pas nos compétences, puisque ça reste de la physiologie. Dans ces cas-là, on ne pose pas de stérilets, on ne pose pas d'implants... »*

Inès : *« Je pense qu'il faut démocratiser la pratique de l'IVG. Moi, je trouve que les sages-femmes, même si ce n'est pas homogène, c'est quand même une corporation qui se place du côté des patientes, dans le respect de la physiologie, du choix des femmes et tout, à cause de la vision*

de la grossesse. Et que ça, c'est aussi des bons outils pour l'IVG. C'est qu'on n'est pas du côté de la maladie, et l'IVG ce n'est pas non plus une maladie. Donc je pense que ça a du sens. »

Nous pouvons nous demander si inclure les sages-femmes, spécialistes du début de grossesse physiologique, dans l'IVG par aspiration ne participerait pas à replacer l'IVG dans le parcours gestatif et procréatif des femmes, et non pas à le situer dans le domaine du pathologique, qui suggère un geste risqué. La crainte d'une « stérilité » ultérieure est d'ailleurs souvent évoquée par les femmes lors des consultations d'IVG, appréhension sans doute à rapprocher du passif historique des femmes avant la légalisation de l'IVG et aux graves complications qui en découlaient.

Les arguments défavorables

Les sages-femmes de notre étude se déclarant sceptiques ou contre l'obtention de la compétence de l'IVG instrumentale ont évoqué l'évolution du métier de sage-femme vers une activité plus technique, le sentiment d'être « utilisées » pour pallier un manque de praticiens permettant de garantir l'offre de soin, et la confrontation à l'acte lui-même.

Une profession en mutation

Les sages-femmes représentent un corps médical à compétences définies. Spécialistes de la physiologie, elles sont en devoir d'adresser les patientes à un médecin lorsqu'elles dépistent une pathologie. Néanmoins, leur champ d'actions s'est élargi, en particulier depuis la loi HPST de 2009, leur permettant d'assurer des consultations de gynécologie préventive et de contraception, et ainsi de réaliser un plus grand nombre d'actes techniques (46).

Nathalie, diplômée en 1986, est l'une des plus expérimentées de notre panel. Elle partage son ressenti sur l'évolution du métier : *« Je pense qu'il y a un effet générationnel de la profession de sage-femme. Les jeunes sages-femmes, dont vous allez faire partie, se dirigent beaucoup plus vers une volonté d'affirmer le caractère médical de leur profession. Mais nous, dans ma génération en tout cas, notre pratique de sage-femme, notre cœur de métier, c'était le soutien de la physiologie. Et est-ce qu'une aspiration, qui est un acte chirurgical instrumental, est-ce que c'est de l'ordre de la physiologie ? C'est une autre question. En tout cas, je pense que notre façon de voir notre métier de sage-femme a beaucoup changé. C'est un métier en totale mutation, qui quitte un peu ses prérogatives de soutien et d'accompagnement de la physiologie, pour aller vraiment dans de la médecine de l'acte, très technique quoi... C'est peut-être un peu dur ce que je dis, mais je pense qu'il y a de ça. Et je pense fondamentalement que les sages-*

femmes, que la dernière génération de sages-femmes, a besoin de se sentir plus valorisée et reconnue comme des équivalents de médecins à prescrire et à faire des actes. »

Hortense, qui est également contre la pratique d'IVG instrumentale par les sages-femmes, pense que celles qui avaient comme souhait initial de faire médecine sont plus favorables à l'élargissement de compétences de la profession vers des actes plus techniques : « *Vous auriez pu demander si nous avons fait sage-femme par vocation ou par échec de la PACES. Parce que ces personnes-là sont peut-être plus favorables à ce que les sages-femmes fassent de l'IVG chirurgicale, car elles sont plus attirées par les gestes chirurgicaux que les autres.* » Hortense estime aussi que la profession a déjà suffisamment de compétences : « *On a des compétences limitées, et déjà, si on s'en tient à la physiologie, on a déjà assez d'activité sans se rajouter ce genre de choses.* »

Il est intéressant de noter qu'Hortense a débuté en orthogénie suite à une impossibilité de travailler dans les autres services pour raison médicale : « *[...] Et donc du coup, j'ai eu l'opportunité de rentrer dans le centre de planification, et voilà. Mais avant, je ne m'étais absolument pas penché sur la question (de l'orthogénie), à l'époque. Bon maintenant, ça ne me déplaît pas. Bon après, comme toute personne quoi... il y a des fois où on a un petit de mal à accepter que la personne fasse son IVG... Mais je reste neutre... Je suis là surtout pour un apport, pour être un soutien psychologique à la patiente, une aide, plutôt que le geste en lui-même. Je ne peux pas dire que je saute de joie à chaque fois, hein...* ». Les mots employés par Hortense soulignent que la pratique des IVG reste pour elle difficile dans certaines situations.

Les raisons de l'engagement des sages-femmes en orthogénie semblent participer à leurs positionnements au sujet de l'IVG instrumentale.

Le sentiment d'être utilisé

Les deux interviewées les plus âgées ont exprimé leur sentiment d'être « utilisées », considérant l'acquisition de nouvelles compétences comme un moyen de pallier un manque de praticiens permettant de garantir l'offre de soins, et non pour valoriser la profession. Nathalie expose son opinion : « *Pourquoi, là maintenant, on nous dit « on va donner cette compétence autonome aux sages-femmes » ? Pourquoi ? Interrogez-vous sur le pourquoi. C'est relié à ce que je disais tout à l'heure, sur le fait que soi-disant, on ne peut pas recruter de médecins, que les médecins coûtent plus chers que les sages-femmes, que les centres dédiés sont fermés un peu partout et réintégrés aux centres de gynécos. Donc, pour faire gagner du temps aux gynécos, on va aller effectivement donner cette compétence aux sages-femmes, d'accord... Donc c'est le pourquoi, moi je voudrais*

qu'on m'explique, pourquoi maintenant ? Et c'est bien associé pour moi à la dégradation de l'offre de soin de CIVG dédiés que de transférer cette compétence aux sages-femmes. Pourquoi aussi ? C'est que, dans beaucoup d'endroits, le tout IVG médicamenteux a fait disparaître la pratique des IVG par aspiration, dont les aspirations sous locale. Donc, on a réduit l'offre de choix des méthodes, et, pour compenser, ça veut dire là que les sages-femmes viennent boucher les trous. Je m'excuse mais c'est ça, hein, eh bien on va donner cette compétence autonome aux sages-femmes. »

« Moi, ce que j'en pense, c'est qu'on donne des compétences aux sages-femmes parce qu'il n'y a pas suffisamment de médecins qui veulent faire ces... ces consultations-là, point. Donc moi ça me fait un peu râler... Je suis ravie parce que nous, on voit les femmes dans leur globalité, grossesses ou avortements, elles ont des choix, on peut les accompagner dans ces deux choix là puisqu'au départ il y a quand même une grossesse. Mais le fait qu'on ait obtenu ça, moi je pense qu'on nous l'a laissé parce que pénurie à l'horizon de médecins qui s'en occupent. Dans beaucoup de gestes hein... le suivi gynéco c'était un peu ça aussi hein... [...] On ne nous a pas donné les compétences gynéco pour nos beaux yeux hein, on nous les a données parce que « ah mince... » comme dans beaucoup de gestes des sages-femmes. Enfin voilà moi je suis une vieille râleuse... une vieille... (rires) » déclare Agnès.

Il est intéressant de constater à ce sujet la divergence d'opinion de notre groupe. Les mêmes arguments sont utilisés pour défendre au final deux opinions contraires, soit, d'une part, la motivation à s'engager dans l'IVG que suscitent ces problèmes d'accès aux soins pour certaines, et, d'autre part, le sentiment de manque de considération que cela fait naître chez quelques-unes.

La confrontation à l'acte

Plusieurs sages-femmes se sont positionnées en faveur d'une pratique de l'IVG par aspiration par leur profession, et pourtant, ne souhaiteraient pas en pratiquer elles-mêmes. Elles mettent en avant le problème que leur pose le terme généralement « avancé » des IVG par aspiration, mais aussi la confrontation au geste lui-même, responsabilité moins ressentie dans le cas d'une IVG médicamenteuse où la femme s'administre elle-même les comprimés.

Certaines nous ont exprimé leur malaise vis-à-vis de cette méthode, comme Hortense : *« C'est plus le geste chirurgical qui me dérange, en priorité. Je pose des implants, je les enlève, je pose des stérilets, je les enlève, ça il n'y a aucun problème. Ce qui me pose problème, c'est le geste de l'IVG chirurgicale, l'aspiration... qui me déplaît en fait. »*

La notion de « praticien actif » est un des principaux freins pour Odile, en plus de celui des termes avancés, à réaliser des IVG instrumentales : « *Entre l'IVG médicamenteuse et l'IVG par aspiration, il y a une différence de moyen d'action aussi, puisque quand on fait l'IVG médicamenteuse, d'accord, on donne les médicaments, mais c'est la femme, en fait, qui prend les médicaments. Mais là [pour l'IVG instrumentale], c'est l'acte qui est fait par les médecins et par les sage-femmes, du coup, cela change la donne. Pour les IVG médicamenteuses, on leur explique le déroulement, mais on ne voit pas concrètement comment cela se passe, on n'est pas avec elles à ce moment-là. Mais là, c'est vraiment de faire le geste, d'être là, de voir... qui me dérange.* »

Les termes de grossesse plus avancés, notamment entre 12 et 14 SA, sont également des éléments de refus de la possibilité de pratiquer l'IVG instrumentale. « *Je ne cache pas qu'à 14 semaines, ça me ferait mal au ventre... Ça me fait peur, quelque part. Et c'est nous qui faisons vraiment le geste pour le coup.* » explique Hortense. Odile : « *Faire une IVG à 14 semaines, ce n'est quand même pas la même chose qu'à 6-7 semaines.* »

Cette problématique se retrouve également chez certains médecins qui limitent leur pratique de l'aspiration en fonction des termes de grossesses des femmes. Agnès exerce dans un CPEF-CIVG où l'IVG instrumentale est possible jusqu'à 14 SA, mais elle reconnaît la difficulté de certains médecins : « *Enfin bon, vous connaissez une écho' de 14 semaines, vous voyez ce que c'est... Donc il y a pas mal de médecins qui font seulement entre 8 et 12, voire 8 et 10 ! Nous, on a toujours été un centre pas « spécialisé » mais... qui a toujours été étiqueté « ici, on fait les 12-14 ». Donc, ils ont l'habitude de le faire, mais quand tu entends les médecins, ils disent qu'en effet, ça peut être un peu plus délicat. Donc, c'est une expérience à avoir... Tu ne peux pas lâcher un médecin ou une sage-femme en disant « bah là tu fais une 14 », ce n'est pas la même chose qu'une petite aspiration d'une grossesse plus précoce.* »

D'après les derniers chiffres de la DREES, une IVG sur vingt est réalisée entre 12 et 14 SA en France, soit un terme tardif, pouvant signifier des difficultés de parcours et d'accès pour certaines femmes. Ce recours à l'IVG durant les deux dernières semaines du délai légal est très disparate selon les régions. Leur proportion est plus élevée dans les DROM, notamment à Mayotte où 16 % des IVG sont pratiquées à ces termes, ce qui peut laisser supposer une plus grande difficulté d'accès aux soins. En Métropole, les régions des Pays de la Loire et de la Bourgogne-Franche-Comté sont les plus concernées (3). Parallèlement, les Pays de la Loire compte le taux de recours à l'IVG le plus faible de France (3). L'apparente contradiction concernant le recours à l'IVG dans les Pays de la Loire, suggère-t-elle une meilleure prise en charge des IVG entre 12 et 14 SA, dont bénéficieraient les femmes des régions avoisinantes ?

Éveline, quant à elle, nous parle de la dimension éthique que représente pour elle le geste : « *C'est vrai qu'une IVG à 14 semaines, ce n'est pas rien, voilà. Vous serez amené à voir des expulsions à 14 semaines, le fœtus il est bien formé donc euh... malgré que je n'aie aucun problème avec l'IVG, je ne me vois pas faire une IVG à 14 semaines, et je ne me vois pas faire une IVG chirurgicale. C'est le fait d'interrompre la vie qui me soucie un peu... Ce n'est pas anodin comme geste, je ne sais pas comment vous dire... En même temps je vais être la première à dire à une femme qui hésite qu'elle ne tue pas un enfant, qu'elle interrompt un processus qui démarre. C'est toujours pareil, c'est une histoire de mots, c'est une histoire de positionnement. Mais au fond de moi-même, je pense que j'aurais une petite réticence.* » Par les mots qu'elle emploie, Éveline, qui pratique par ailleurs des IVG médicamenteuses avec conviction, nous montre son scepticisme face à cette méthode. Ce récit peut paraître étonnant de la part d'une sage-femme orthogéniste mais permet de souligner la dualité que peut vivre un professionnel médical, parfois tiraillé entre sa réelle adhésion, dans ce cas, à l'IVG et la réalité du geste, qui le renvoie à ses limites.

La véritable problématique soulevée dans ces témoignages, est bien l'appréhension de la vision de l'embryon, déjà formé, à travers le dispositif d'aspiration, et non le geste technique en lui-même, associée au fait d'être le praticien actif de l'intervention.

3.1.3 L'intégration à leurs pratiques

Nous nous sommes demandé si les sages-femmes de notre étude avaient des caractéristiques communes par rapport à leur positionnement sur l'acquisition de cette nouvelle compétence et de son intégration à leurs pratiques. Nous nous sommes intéressées à leurs formations complémentaires ainsi qu'à leurs modes et lieux d'exercice. Nos questionnements étaient les suivants :

- Les sages-femmes favorables à cette compétence sont-elles davantage formées en orthogénie ?
- Le mode d'exercice des sages-femmes influence-t-il leur positionnement ?
- Leurs lieux d'exercice et l'offre de soins proposée sont-ils des facteurs influençant leur avis ?

Selon leurs niveaux de formation

Peu de sages-femmes ont abordé la qualité de la formation initiale concernant l'orthogénie. Pour Jeanne, diplômée en 2016, le tronc commun semble suffisant en enseignement mais trop court pour approfondir cette discipline. Elle n'a pour autant pas ressenti le besoin d'une formation complémentaire, et s'est formée « en interne ».

Une étude, réalisée en 2012, sur la place de la régulation des naissances dans la formation initiale, constatait une inadéquation entre les connaissances transmises et la réalité pratique. L'enseignement théorique mais aussi clinique en matière d'accompagnement d'une patiente en demande d'IVG semblait notamment insuffisant aux étudiants sages-femmes. L'hétérogénéité de l'enseignement dispensé entre les écoles y était également soulignée (47).

La grande majorité des sages-femmes interrogées se sont formées en orthogénie et plus rarement en gynécologie. Les DU d'orthogénie « Régulation des naissances », « Sexualité, contraception et IVG » ou encore « Suivi de la femme et régulation des naissances » ont été les plus cités. Plusieurs d'entre elles ont profité des journées de formations REVHO (Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie).

Le réseau REVHO, créé en 2004, fut le premier réseau consacré à l'IVG médicamenteuse. L'objectif de sa création était de faciliter l'accès à l'IVG médicamenteuse et à la contraception hors établissements de santé. Il organise des journées de formation à l'IVG médicamenteuse pour les professionnels de santé, et assure un lien entre la ville et l'hôpital à travers des conventions, afin de faciliter la prise en charge des patientes en cas de complications (48). En 2018, 256 professionnels (médecins, sages-femmes, internes, personnel soignant et d'accueil en hospitalier et CPEF etc.) ont été formés à l'accueil, et/ou la prise en charge, et/ou la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville. Le réseau comptait, au 31 décembre 2018, 22 sages-femmes libérales conventionnées, soit 10 de plus qu'en 2017 (49). La formation de tous les professionnels impliqués dans le parcours de soin de l'IVG, y compris les non soignants, est indispensable pour la qualité de prise en charge de la femme.

La plupart des sages-femmes nous ont confié que le DU d'orthogénie leur avait semblé suffisant pour leur pratique de cette discipline et des IVG médicamenteuses. Morgane : « *Pour les IVG, je n'ai pas ressenti le besoin d'une formation complémentaire après la formation qu'on a eue sur le DU [Régulation des naissances] parce que, entre le stage et les mises en situation, finalement, c'est très axé sur l'IVG. Donc, autant pour la gynécologie, j'ai ressenti le besoin de me reformer par ailleurs, autant pour les IVG, non.* » Ce DU prévoit 32 heures (h) allouées à l'interruption de grossesse, 38h aux sciences humaines, 44h à la contraception, et 12h à la prévention des risques liés à la sexualité.

Seules deux sages-femmes de notre panel, dont Jeanne citée plus haut, n'ont pas suivi de formation complémentaire ni de journées réseau. Elles n'en ressentent pas le besoin, du fait de la formation par « compagnonnage » dont elles ont bénéficié : « *Ma formation, c'est quinze ans*

de pratique quotidienne. Cette pratique, je l'ai apprise avec les médecins orthogénistes. » nous dit Nathalie.

Contrairement à ce que nous supposions, nous n'avons pas retrouvé de lien entre le positionnement des sages-femmes sur l'IVG instrumentale et leurs formations complémentaires. En réalité, la majorité d'entre elles s'est formée à l'orthogénie, qu'elles soient favorables ou non à l'obtention de cette compétence. Tous les DU ont été validés avant leur implication dans l'IVG médicamenteuse, ou au plus tard l'année suivant celle-ci. Cela montre un réel investissement de la sage-femme orthogéniste dans sa pratique, mais surtout, la nécessité ressentie par ces sages-femmes de se former. En effet, ce n'est que depuis la réforme LMD (Licence Master Doctorat) maïeutique de 2009 et la création d'une unité d'enseignement « planification-gynécologie » qu'un nombre de semaines de stage en CPEF et CIVG est prévu en formation initiale (50) (51). Rappelons que la quasi-totalité des sages-femmes interrogées a été diplômée avant cette réforme, alors que seule une formation théorique était proposée.

Inès, diplômée en 2017, a pu bénéficier, au sein de son école, de deux journées de formation REVHO lors du dernier semestre de Master. Intégrer la formation réseau, nécessaire à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville, à l'enseignement initial semblerait faciliter la formation des sages-femmes, et pourrait par ailleurs susciter un intérêt pour l'orthogénie chez de futurs professionnels.

Claire a un credo, qu'elle a souvent évoqué lors de notre échange, celui de la nécessité d'un personnel « motivé, formé et dédié » en orthogénie. Favorable à la pratique des IVG instrumentales par les sages-femmes, elle insiste cependant sur ces trois points clés, nécessaires selon elle à la bonne utilisation de cette compétence : *« Moi, je pense qu'il faut une formation complémentaire, pour justement, montrer la motivation, et que ce soit vraiment les filles motivées qui feront cette formation complémentaire. Parce que, c'est pareil, dans la formation obligatoire, il y a des trucs qu'on n'écoute pas, parce que ça ne nous intéresse pas, mais c'est obligatoire, donc on le fait. Donc moi, je pense vraiment qu'il faut un truc en plus. »*

Inès, par ailleurs très « motivée » et « dédiée », souhaite suivre rapidement un DU Régulation des naissances afin de se « former » davantage.

Selon leurs modes d'exercice

Nous nous sommes aussi intéressées à la corrélation entre le mode d'exercice de nos interviewées et leur potentielle pratique de l'IVG instrumentale.

Il nous a semblé que les sages-femmes exerçant en libéral et en CPEF étaient moins favorables à en pratiquer elles-mêmes en comparaison avec leurs consœurs travaillant en CIVG ou en milieu hospitalier, leurs modes d'exercice n'étant pas compatibles avec la pratique de cette méthode. Rappelons que la pratique des IVG instrumentales est autorisée uniquement au sein d'un établissement de santé (hôpital, clinique) ou d'un centre de santé habilité, et, de plus, sous certaines conditions, depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016 (30). La pratique de cette méthode en CPEF ou en cabinet libéral n'est pas possible ni même envisagée par les autorités de santé.

Frédérique est responsable du CPEF dans lequel elle exerce. Elle est favorable à l'élargissement des compétences des sages-femmes, mais ne s'imagine pas en pratiquer elle-même, réaction visiblement due en grande partie à son exercice en CPEF : *« Mais ici, ça va vraiment être compliqué. En tant que responsable du centre, je ne veux pas être là quand ça se fera (rires)... Nous, ce n'est pas vraiment au niveau de l'amplitude horaire, mais de l'amplitude des locaux. Mais bon, après, c'est qu'une question organisationnelle de dire « Les IVG, c'est entre telle heure et telle heure ». Mais bon, s'il y en a une qui ne va pas bien, s'il y en a une qui fait un malaise comme quand on leur met leur stérilet... [...] Moi, je pense que c'est surtout une question organisationnelle et quel que soit l'endroit. [A propos de la salle blanche] Nous, on ne pourrait pas avoir une salle réservée pour ça, ou dans ces cas-là, on enlève la PMI et on fait un grand centre de planification. »*

Odile est favorable à l'IVG par aspiration pour les sages-femmes mais ne souhaiterait pas en pratiquer. Elle travaille également dans un CPEF : *« Dans l'état actuel, là, je ne pense pas que cela soit possible en CPEF. Il faudrait que ça soit organisé différemment, aménagé différemment... Du coup, si la patiente est là toute la journée, il faudrait qu'on ait une... je ne sais pas, que cela soit fait autrement. Il faudrait que ça soit fait peut-être à part, une autre organisation, un autre centre. »*

Paola s'est installée en libéral en 2007, et a gardé deux journées de consultation à l'hôpital : *« [À propos de l'IVG instrumentale] Moi, je trouve ça bien que les sages-femmes puissent le faire. Alors, personnellement, je ne pense pas que j'en ferai, parce que j'ai déjà pas mal de trucs. Je pourrais, ça ne me dérangerait pas d'en faire, parce qu'encore une fois, les femmes elles ont droit, au même titre que la grossesse, à un accompagnement de qualité. Sauf que moi, je ne pense pas que je le ferai. Là, mon but, c'est de quitter l'hôpital, mon objectif ce n'est pas dans cette voie-là. »*

Les modes d'exercice incompatibles avec la pratique des IVG instrumentales semblent influencer la motivation des sages-femmes à en pratiquer elles-mêmes.

Selon leurs lieux d'exercice

Notre étude a également mis en lumière une différence d'implication selon les bassins de vie et les offres de soins qui y sont proposées.

Les sages-femmes issues de communes de moins de 25 000 habitants étaient plus enclines à pratiquer des IVG instrumentales comme Béatrice, qui nous racontait précédemment, que la garantie d'un service public au sein de son hôpital l'avait poussée à reprendre la pratique des IVG médicamenteuses dans son CPEF : « *Enfin [nom de la ville] c'est pas un milieu rural hein, mais c'est pas facile d'avoir accès à l'IVG quand même, les femmes, elles font parfois beaucoup de kilomètres pour pouvoir faire leur IVG.* »

Jeanne, qui exerce également dans une petite commune, insiste sur cette problématique : « *En fait, je pense que toi [à l'égard de l'enquêtrice], tu es en région parisienne, et que vous n'avez pas de souci d'accès. Quand on est en zone un peu plus rurale, c'est la merde. En province, on est confronté à la réalité du terrain. Alors que les sages-femmes parisiennes, elles n'ont pas ce souci-là, il y a une prise en charge qui se fait rapidement. En province c'est pas du tout comme ça, il y a des hôpitaux où ils n'en font plus du tout [des IVG]. Quand t'es en zone rurale, déjà t'as l'éloignement géographique.* »

En parallèle, parmi les sages-femmes exerçant dans des agglomérations de plus de 100 000 habitants, la majorité d'entre elles était favorable à ce que les sages-femmes aient la compétence sans vouloir en pratiquer elles-mêmes. Frédérique fait partie de celles-ci : « *Moi perso, je trouve que sur [nom de la ville], on a une offre de soin qui est suffisante. Je comprends très bien pour la province, où c'est la croix et la bannière pour avoir des places, que si on peut mettre l'IVG médicamenteuse et par aspiration dans des centres médicaux et des centres de planification, j'trouve ça très bien. Moi ici, si on me demande d'en mettre en place, j'irai à reculons.* »

D'après les témoignages recueillis, on note une sensibilisation proportionnelle à l'offre de soin. L'engagement personnel semble fonction de la demande locale, ce qui est finalement, chez la sage-femme, un sens du service à la nécessité de santé publique.

Selon le type d'anesthésie

Nos entretiens ont aussi révélé des visions très différentes au sujet du type d'anesthésie que les sages-femmes utiliseraient.

Béatrice, par exemple, serait plus à l'aise si elle pratiquait des IVG instrumentales sous anesthésie générale (AG) : « *Alors, le faire sous locale (AL), peut-être pas. Le faire sous AG, en tout cas, sans problème. Pour plusieurs raisons : pour moi ça serait compliqué, je ne connais pas bien la technique d'anesthésie locale, pour pouvoir anesthésier le col comme il faut pour faire une IVG. Ensuite, une femme sous AG, elle est quand même beaucoup plus détendue, elle n'entend pas le bruit de l'aspiration. C'est un geste qui est rapide, ça dure 10 min, il n'y a pas d'intubation, elle continue de ventiler toute seule, voilà... Après, moi, je trouve ça très bien de faire des IVG sous locale, mais il faut que le praticien soit vachement bien entraîné pour faire une IVG sous locale. Moi, si jamais j'en fais beaucoup, et peut être que si j'apprends, peut être qu'un jour, je pourrais en faire. Mais au début, je préférerais sous AG en tout cas.* »

Au contraire, Morgane serait plus rassurée de pouvoir échanger avec la patiente pendant l'intervention : « *Moi, je pense que je serai plus à l'aise pour le faire sous AL au départ, dans le fait de pouvoir communiquer avec la patiente, voilà. Je sais que techniquement, il n'y a pas une grosse différence, que finalement, cela doit être plus simple sous AG. Mais j'ai l'impression finalement, qu'on est plus guidé par les choses quand on est sous AL. Donc, probablement que si on pouvait le faire, je ferais les deux, mais je pense que je me sentirais plus confortable de le faire sous AL dans un premier temps. Je suis pour que les sages-femmes aient droit aux deux.* »

Les complications chirurgicales post-IVG semblent statistiquement augmenter en cas d'anesthésie générale, constat associé à la moindre douceur des gestes du praticien que sous anesthésie locale selon plusieurs auteurs (33) (52) (53).

Une étude de 1979 de Grimes et al., montrait un taux de complication chirurgicale à 0,3 pour 100 IVG sous anesthésie locale, et légèrement plus élevé, à 0,35 pour 100 IVG sous anesthésie générale. L'anesthésie générale augmenterait les risques d'hémorragie intra-abdominale et de transfusion principalement (53). Une nouvelle étude serait nécessaire pour évaluer l'actualité de ces chiffres.

Pour d'autres, le rôle de la sage-femme est avant tout d'accompagner la femme de façon globale dans ce soin. Inès : « *Pour moi, il y a une petite différence quand même entre IVG sous anesthésie générale, qui font de nous des « petites obstétriciennes », et l'IVG sous anesthésie locale, qui nous donne une place autrement, qui rentre plus dans la dédramatisation de cet acte, l'accompagnement d'un truc physiologique, l'aspect psychologique... Enfin, ça me semble plus doux, moins invasif à cet endroit-là... Alors, je pense quand même que, la loi, plus elle va favoriser toutes les possibilités [...] mieux c'est, je ne suis pas pour que la loi restreigne. Mais je suis pour que du coup en pratique, on n'oublie pas... Peut-être que l'entrée des sages-femmes sur l'IVG instrumentale c'est l'occasion de redévelopper plus les anesthésies locales. Je pense que c'est plus de la portée des sages-femmes, par rapport aux médecins qui font tout comme de la grande*

chirurgie. » Inès souhaite par-là encourager la pratique des IVG sous anesthésie locale, dont l'accès est très difficile dans sa ville d'exercice, qui est pourtant une grande agglomération.

L'anesthésie générale représente, en Métropole, 79 % des IVG instrumentales réalisées en établissements de santé, et jusqu'à 98 % dans les DROM. Il est important de noter que ce taux varie de 18 % à 100 % selon le département de l'établissement, et de 0 % à 100 % selon l'établissement de santé. Ces variations sont révélatrices du choix des femmes mais soulignent aussi la différence de pratique entre les établissements, entre le « tout anesthésie générale » et le « tout anesthésie locale » (3).

Mais limiter la compétence pour les sages-femmes à l'anesthésie locale ne représenterait-il pas un risque de reproduire un déséquilibre dans l'offre de soins proposée ?

Morgane travaille dans une structure hospitalière importante d'une grande agglomération. Elle explique les raisons qui poussent les établissements, selon elle, à privilégier l'anesthésie générale : « *On fait majoritairement, et ça, c'est un gros problème chez nous, on fait beaucoup d'IVG sous anesthésie générale. Et quand les patientes veulent une locale, on leur propose une rachianesthésie. La vraie locale, ils n'en font pas, ou quasiment pas, c'est vraiment anecdotique. C'est un vrai problème qu'on a, et c'est pour cela que l'on voudrait que les sages-femmes puissent faire des IVG instrumentales. En fait, l'IVG sous AL, cela prend quand même plus de temps, parce qu'il faut mettre la patiente en confiance, il faut... en fait, c'est quand même quelque chose de particulier. Faire une IVG sous AL sans avoir rencontré la personne qui va faire l'IVG, c'est un peu compliqué, voilà, et, puis en plus, cela prend du temps, c'est autre chose quand même. C'est une prise en charge complètement différente de la patiente et tout le monde n'est pas capable de s'investir là-dedans.* »

3.1.4 Pour conclure

Ainsi, au regard de ces résultats, nous ne pouvons que partiellement valider notre première hypothèse : « Les sages-femmes orthogénistes pratiquant des IVG médicamenteuses sont favorables à l'obtention de l'IVG instrumentale comme nouvelle compétence et l'intégreront à leurs pratiques ». En effet, les sages-femmes de notre étude sont en grande majorité favorables à la pratique des IVG par aspiration pour leur profession, motivées par le souhait de garantir le choix de la méthode aux femmes et d'améliorer la qualité de leur prise en charge par l'intermédiaire d'un personnel convaincu. Pour autant, elles restent mitigées quant à son intégration à leur pratique personnelle, influencées par leurs modes d'exercice et par l'état de l'offre de soins proposée dans leur zone géographique.

3.2 Hypothèse 2 : La sage-femme est un personnel médical compétent pour réaliser les IVG instrumentales des femmes en bonne santé

3.2.1 La capacité des sages-femmes à réaliser des IVG instrumentales

Toutes les sages-femmes interrogées, qu'elles soient pour ou contre l'obtention de cette compétence, ont admis l'aptitude de leur profession à réaliser le geste d'aspiration, estimé assez « simple », et facilité par leur grande connaissance du corps de la femme.

La facilité du geste technique

La « simplicité » ou « facilité » du geste technique a souvent été reconnue lors de nos entretiens. D'après Morgane : *« Ce n'est pas un geste qui est difficile techniquement. Donc, les sages-femmes ont la compétence de le faire médicalement parlant, et ce serait tout à fait logique finalement que l'on aille au bout des choses, puisqu'on fait les IVG [médicamenteuses], qu'on puisse proposer les deux méthodes. Médicalement, ce n'est pas un acte compliqué par rapport à toutes nos autres compétences. »*

Béatrice en a pratiqué avec un médecin en stage de DU d'orthogénie : *« La technique, elle est assez simple en fait. Il faut être minutieux, il faut être doux, il faut être concentré, mais ce n'est pas quelque chose de compliqué en fait, une fois qu'on a compris la technique, qu'on a compris comment pas perforer un utérus, ça n'a rien de compliqué. »*

Jeanne : *« Je pense que l'IVG chirurgicale, ça reste un acte assez banal entre guillemets, ce n'est pas très compliqué, donc je pense que c'est un geste technique qu'il faudra bien apprendre, si jamais on l'obtient. »*

Malgré leur perception d'un geste « simple », quasiment toutes les sages-femmes ont confirmé l'importance de se former à ce geste, en particulier à la technique de l'aspiration en elle-même, à la pratique des anesthésies locales, mais aussi à la gestion des complications éventuelles. Plusieurs études ont montré que l'expérience de l'opérateur avait un rôle important dans la qualité de réalisation du geste d'aspiration, et plus particulièrement entre 12 et 14 semaines (54) (55) (56). Un geste endo-utérin nécessite évidemment une grande prudence, il faut savoir être attentif aux réactions et aux paroles des femmes, qui doivent, par principe, nous guider lors de ces interventions.

La connaissance du corps de la femme

Les sages-femmes apparaissent comme des praticiennes d'avenir dans les domaines de la gynécologie et de l'orthogénie. On assiste à une hausse de la pratique des IVG médicamenteuses et du suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes libérales. En 2016, selon les données de la base Open Médic, « environ la moitié des 6500 sages-femmes exerçant en libéral proposaient un suivi gynécologique de prévention pour les femmes en bonne santé ». De plus, 2,9 % des actes relatifs au suivi gynécologique (frottis, pose de stérilet) étaient réalisés par des sages-femmes en 2016, en hausse de 52 % par rapport à 2015 selon l'Ordre des sages-femmes (57).

Certaines des sages-femmes de notre étude ont rapproché la technicité du geste d'aspiration à d'autres gestes endo utérins qu'elles pratiquent : « *On connaît les utérus. On fait déjà des délivrances artificielles, des révisions utérines, des poses de stérilets... Enfin, la cavité utérine, ce n'est pas quelque chose d'inconnu pour nous.* » soutient Diane. Elle poursuit à ce sujet : « *A partir du moment où on autorise une sage-femme à mettre une main dans l'utérus pour décoller un placenta, je pense que le geste est suffisamment invasif pour qu'on ait la compétence et la légitimité pour le faire pour une IVG...* »

Cependant, rappelons que la délivrance artificielle ou la révision utérine sont des compétences de la sage-femme pratiquées dans un contexte d'urgence, afin d'éviter ou de contrer une hémorragie la plupart du temps.

3.2.2 Les appréhensions

Des appréhensions ont toutefois été soulevées, notamment celles liées à d'éventuelles complications et à des dérives potentielles dans l'application de cette pratique.

Les appréhensions liées au geste technique

Le risque de perforation utérine

La crainte de « perforer l'utérus » au cours de l'intervention est la complication la plus redoutée par les sages-femmes interrogées. Jeanne : « *Je pense que l'appréhension... je pense que c'est surtout qu'il y a une peur de perforation, de choses comme ça... après, c'est rapide. L'aspi', ça va assez vite en fait, ça prend 5 minutes. Je pense que les sages-femmes, elles ont surtout peur de perforer. C'est comme quand on pose un stérilet, les premières fois, on a toujours peur de perforer. Je ne sais pas pourquoi.* » Cette complication est relevée dans 0,4 à 0,9 % des IVG

instrumentales selon les chiffres de l'ANAES. (33) Ce risque semble toutefois plus élevé sous anesthésie générale (58). Selon l'étude de Kaali *et al.*, il semblerait que « beaucoup de perforations passent inaperçues et soient sans conséquence pour les patientes » (59) (52).

Le risque hémorragique

La crainte d'une hémorragie a été évoquée par plusieurs interviewées. Une revue systématique de la littérature publiée en 2015, incluant 57 études internationales, définit le taux d'hémorragie nécessitant une « intervention mineure » (ré-aspiration, administration d'utéro-toniques) après une IVG par aspiration au 1^{er} trimestre de la grossesse entre 0 et 4 % (évalué à 1% selon les RPC du CNGOF (27)), et le taux d'hémorragie nécessitant une transfusion inférieur ou égal à 0,1% (60). En comparaison, une étude à partir de recherches bibliographiques réalisée en 2014 par l'équipe EPOPé de l'INSERM, détermine l'incidence de l'hémorragie du post-partum (HPP), pertes sanguines supérieures ou égales à 500 mL, autour de 10 % et autour de 2 % pour l'HPP sévère, pertes sanguines > 1000 mL, et enfin, à environ 0,4 % le taux d'HPP nécessitant une transfusion (61). Le risque d'hémorragie semble similaire voire supérieur pour les accouchements.

Les hémorragies survenant majoritairement pendant l'aspiration et dans l'heure qui suit selon le CNGOF (62), une surveillance rapprochée post-intervention permettrait de prendre rapidement en charge cette complication par la sage-femme, ayant les capacités de la diagnostiquer et de débiter l'algorithme de prise en charge, avant l'arrivée du médecin et un éventuel relai, comme lors d'une HPP.

De plus, P. Faucher rappelle que les facteurs de risque d'une hémorragie post-IVG sont « l'âge gestationnel supérieur à 10 semaines d'aménorrhée (SA), l'âge maternel avancé, la multiparité, l'anesthésie générale et les fibromes utérins » (63). Comme relevé par certaines sages-femmes de notre étude, définir des conditions de pratique permettrait de référencer les contre-indications de réalisation pour une sage-femme des IVG instrumentales « à risque élevé », comme cela est déjà le cas des suivis de grossesses estimées « pathologiques ». *« Je pense que c'est comme pour tout le reste d'un suivi. Quand il y a des antécédents lourds ou particuliers [...], par exemple des pathologies autour de l'hémostase, il faut laisser la main à un médecin. »* (Morgane)

Gabrielle estime qu'un cadre doit être défini : *« La différence, elle se pose quand il y a des risques ou des pathologies avérées. En particulier des patientes avec des fibromes, sous anticoagulants etc... Où là, le médecin est quand même plus à même puisqu'en cas d'hémorragie ou de complications, eux peuvent faire des gestes que nous on ne connaît pas : la ligature, l'embolisation, etc. Dans le cas de la physiologie, ni l'un n'est plus habilité que l'autre... Enfin si, aujourd'hui on n'a pas la compétence, donc de toute façon, la question est réglée... (rires). »*

Les autres risques

La crainte d'une rétention ovulaire ou d'un risque infectieux ont été très peu cités. Une sage-femme a malgré tout évoqué la nécessité que serait pour elle la vérification échographique de la vacuité du contenu utérin, geste de sécurité recommandé par la HAS et le CNGOF après une IVG instrumentale (27) (30).

Des appréhensions non spécifiques à l'IVG

Un point important souligné par toutes les sages-femmes de notre étude, qu'elles s'imaginent pratiquer ou non des IVG instrumentales, est le sentiment que ces appréhensions seraient les mêmes que celles ressenties pour un autre nouveau geste endo utérin, et ne seraient pas majorées par le fait que ce soit une IVG. Jeanne : « *Entre poser un DIU et l'IVG par aspi', j'aurais la même appréhension de perforation au début. Mais après, une fois bien à l'aise avec le geste, il n'y en aurait plus.* »

« *Pas plus qu'un autre geste invasif non. Ce n'est pas parce que c'est une IVG que je serais plus ou moins prudente.* » (Béatrice)

La place des médecins

La présence d'un médecin dans la structure, capable d'intervenir en cas de complications, est un facteur capital dans plusieurs de nos témoignages. Pour Jeanne, un climat bienveillant serait nécessaire pour la bonne gestion du service : « *Je pense qu'il faudrait travailler dans un établissement plutôt favorable à ça, et qui nous laisse réellement faire. Avec un chef de service favorable, pour travailler en équipe.* »

La crainte de dérives

La quasi-totalité des interviewées ont affirmé la nécessité d'une « loi cadrée », d'une « limitation claire » des compétences si cette mesure venait à passer. Le risque d'un désinvestissement supplémentaire des médecins, entraînant des délégations de compétences, est la principale dérive envisagée par les sages-femmes.

Un désinvestissement des médecins accentué

Katia craint que la pratique de l'aspiration par les sages-femmes constitue un motif de désintérêt supplémentaire des médecins à la pratique des IVG : « *Ce qui risque d'arriver, et pour moi, c'est*

déjà en cours, donc faut qu'on arrive vite, c'est que les gynécologues obstétriciens se désinvestissent encore plus de la question de l'IVG. Et qu'on se retrouve à imposer à une sage-femme d'être de toute façon d'accord, dès leur embauche [à pratiquer des IVG]. Et que, du coup, il y aura déviance sur les fausses couches spontanées. Admettons, je refais de la salle demain là. Il y a une fausse couche hémorragique qui arrive dans la nuit, j'ai la compétence d'IVG instrumentale, au mieux je me ferai envoyer péter par mes médecins fous en me disant « Bah tu ne sais pas ? T'as qu'à la faire ton aspi ! ». Donc, dans un sens, ça va beaucoup changer la façon de gérer les gestes d'urgence, y compris des sages-femmes. Et il y a de grandes chances que dans la foulée, on rentre aussi dans la prise en charge des fausses couches spontanées. »

En effet, le traitement de référence d'une fausse couche spontanée du premier trimestre est l'aspiration du contenu utérin, même technique que pour l'IVG instrumentale (64).

Cette crainte a été plusieurs fois évoquée. Jeanne : « Je pense qu'il faut bien dissocier la fausse couche de l'IVG, il faut que cela soit bien réglementé. »

« Alors, pour moi, il faut être bien clair toujours sur les limites de nos compétences. Et pour moi quand c'est programmé, une sage-femme peut le faire. Mais quand il y a la notion d'urgence, c'est au médecin de le faire. » (Diane)

Claire rappelle l'importance des instances pour réguler ces potentielles dérives : « Il y aura des dérives, aux urgences, en salle de naissance... Alors c'est facile à dire, mais il faut vraiment, et c'est le job des ARS, d'aller vérifier, de mettre le nez dans l'organisation du chef de service. Alors, les chefs de services, ça ne va pas leur plaire, mais c'est comme ça, on ne fait pas ce qu'on veut dans son service. Et c'est à ça que ça sert nos instances, l'ARS, la HAS, c'est de s'assurer que la loi est bien appliquée, et pas juste en termes d'activité, mais qu'elle est appliquée aussi en termes de qualité des soins. »

Frédérique conclut : « Après, au niveau dérive, tout est possible. Après, ça va dépendre du médecin et de la sage-femme, et de savoir dire non. »

Une régression dans la qualité de prise en charge

Claire craint, entre autres, l'arrivée de certaines sages-femmes en orthogénie par « confort personnel » et non par engagement réel, ce qui pourrait conduire, selon elle, à une régression du service rendu : « J'ai peur... je te le dis, j'ai peur. [...] C'est que, derrière une idée de se dire « on avance pour l'accès aux soins, pour la qualité de prise en charge », j'ai peur que si ça n'est pas bien cadré, et bah du coup, on ait l'effet inverse en fait, et qu'on ait un discours moralisateur

et culpabilisant auprès des femmes. [...] Et c'est pour ça que j'insiste sur un personnel motivé, formé et dédié. J'insiste vraiment, car j'ai peur que derrière, ça soit une régression en fait. [...] Ce que je veux juste dire, c'est qu'on ne se met pas en orthogénie parce qu'on veut un poste de jour et qu'on veut se planquer quoi. Parce que ça, ça ne va rien améliorer, et c'est ça qui est derrière. Donc, c'est pour ça que je pense qu'il faut une formation complémentaire, qui montre que tu es motivé, que tu souhaites te former et être un personnel dédié. Je suis désolée, j'insiste, mais pour moi, c'est hyper important. Parce que l'objectif, c'est quand même que les femmes soient bien prises en charge. »

La réflexion de Claire concerne néanmoins tout professionnel impliqué dans l'activité de l'IVG, et pas seulement les sages-femmes. Un personnel motivé et concerné nous semble indispensable en orthogénie, afin d'assurer une prise en charge de qualité pour les femmes.

3.2.3 Le positionnement des instances et des politiques

L'OMS et la HAS

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande depuis 2013 que la technique de l'IVG instrumentale puisse aussi être réalisée par « un professionnel de santé non médecin mais bien formé au préalable ». Cette recommandation repose sur des études comparatives ayant montré l'absence de différence d'efficacité et de sécurité (survenues de complications comme IVG incomplète, hémorragie, lésions du col ou de l'utérus) des aspirations pratiquées au premier trimestre de grossesse, « qu'elles soient pratiquées par un prestataire de niveau intermédiaire (sages-femmes, infirmières, assistants de médecins) ou un médecin » (65).

En 2016, dans un cahier des charges pour la réalisation des IVG par méthode instrumentale hors établissement de santé, la Haute autorité de santé (HAS), nuance cependant les propos de l'OMS, estimant que les données de la littérature « ne sont pas convergentes, concluant soit à une absence de différence entre les deux groupes [médecin versus prestataire de niveau intermédiaire], soit à l'impossibilité de faire des conclusions au regard des niveaux de preuves insuffisants des études incluses » (66). Ainsi, la HAS n'apporte pas de conclusion quant à la qualification de l'opérateur compétent et rappelle seulement la réglementation qui entoure l'IVG instrumentale en France, qui impose qu'elle soit obligatoirement réalisée par un médecin.

A titre comparatif, au niveau international, la pratique des IVG instrumentales par les sages-femmes est autorisée aux États-Unis, ou bien encore par un autre professionnel de santé non médecin, « sous la direction d'un médecin spécialiste », en Espagne et au Portugal (66).

L'Ordre des sages-femmes

Si le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes ne s'était jusqu'alors pas positionné publiquement sur le sujet, ce fut chose faite dans un communiqué de presse du 14 mars 2019, condamnant l'appel à la « grève de l'IVG » du SYNGOF dont nous reparlerons. Après avoir réaffirmé l'importance de l'accès à l'IVG et le rôle majeur des professionnels de santé dans la sauvegarde de ce droit, le communiqué concluait par ce paragraphe : « Ainsi, dans la perspective de l'examen du projet de loi santé, l'instance plaide en faveur d'une nouvelle extension des compétences des sages-femmes afin que celles-ci, qui pratiquent l'IVG médicamenteuse depuis trois ans, puissent également réaliser les IVG chirurgicales et offrir ainsi aux femmes un meilleur accès à ce droit fondamental. » (67). Cette prise de position publique est un tournant historique pour la profession et pour les débats à venir à ce sujet.

Cependant, le 26 mars 2019, la chambre des députés a rejeté l'amendement du projet de loi santé, porté par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, visant à permettre aux sages-femmes de pratiquer des IVG instrumentales jusqu'à la fin de la 12^{ème} SA. Le texte, adopté en première lecture par l'Assemblée Nationale, a été transmis au Sénat qui pourrait éventuellement réviser ce refus, avant d'être renvoyé devant l'Assemblée Nationale. Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes se dit déterminé à défendre cette proposition devant les sénateurs, qui vise à « étendre les compétences des sages-femmes et à améliorer le parcours de santé des femmes » (68).

Anne-Marie Curat, Présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes nous a fait l'honneur d'apporter son témoignage à notre étude :

« Le Conseil national estime que les sages-femmes sont de véritables partenaires pour les femmes, leur santé et leur choix. C'est notamment cette vision de la profession qui a conduit le Conseil national à plaider en faveur d'une extension des compétences de la profession en matière d'IVG médicamenteuse à l'occasion de la loi du 26 janvier 2016.

Aujourd'hui, le Conseil national se positionne avec détermination en faveur d'une extension des compétences des sages-femmes en matière de pratique de l'IVG chirurgicale. En effet, depuis quinze ans, le nombre de centres d'IVG a fortement diminué en France, créant de fortes disparités et entraînant des difficultés d'accès aux soins pour les femmes. Le droit à l'IVG, qui constitue un droit fondamental essentiel à la liberté, à l'autonomie et à l'émancipation des femmes, se trouve menacé.

Aussi, la possibilité pour les sages-femmes de pratiquer l'IVG chirurgicale pourrait augmenter l'accès à l'IVG, garantirait le choix des femmes quant à la méthode d'interruption de grossesse

qu'elles désirent et permettrait aux sages-femmes d'accompagner les femmes tout au long de leur grossesse, quelle qu'en soit l'issue. »

Nous pouvons remarquer que ces propos rejoignent ceux des sages-femmes de notre étude, illustrant l'actualité et l'importance de ces questions de santé publique.

L'Ordre des médecins

Le Conseil national de l'Ordre des médecins ne s'est quant à lui jamais exprimé publiquement à ce sujet, ni d'ailleurs le Collège national des gynécologues obstétriciens français.

Les sages-femmes interrogées ont des avis très différents sur la réaction des gynécologues et médecins pratiquant des IVG instrumentales face à la potentielle ouverture de compétences des sages-femmes. Nous les avons également questionnées au sujet des médecins anesthésistes, personnel médical indispensable lors des IVG instrumentales sous anesthésie générale.

Une des sages-femmes interrogées, que nous ne nommerons pas ici par souci d'anonymat, est Présidente d'un Conseil départemental. Elle-même favorable à l'IVG instrumentale pour les sages-femmes, elle nous exprime son point de vue sur la position des médecins : *« De toute façon, c'est quelque chose qu'on voit très bien, l'IVG instrumentale, ce n'est pas les médecins qui bloquent. Ils bloquent pour beaucoup de compétences mais pour l'IVG, ils nous déroulent le tapis rouge car ça les arrange, c'est des informations du Conseil de l'Ordre que je donne là. Donc, clairement, je sais que cela pourrait déjà être passé, mais les médecins en tous cas, eux, y sont favorables. Pour une grande partie. Les anesthésistes, c'est une autre paire de manches. C'est comme quand on demande d'endormir une patiente pour une révision utérine ou une délivrance artificielle, ce n'est pas la sage-femme. La sage-femme qui fait une demande d'anesthésie, c'est toujours un peu compliqué pour eux. Je pense que pour eux, il doit y avoir une affaire d'ego, de faire une intervention avec une sage-femme. Cela peut être plus compliqué que pour les gynéco'. »*

L'entrée des sages-femmes dans les blocs opératoires bouleverserait les habitudes et les hiérarchies. En effet, les blocs opératoires sont le domaine des chirurgiens et des anesthésistes, le personnel non médecin présent ayant pour fonction la préparation de l'intervention et l'apport de l'aide opératoire nécessaire au praticien.

Agnès a son idée sur la question : *« Les obstétriciens peut-être qu'ils seraient contents, comme ils n'ont pas envie de les faire... Tu sais, c'est toujours la même chose, pourquoi on envisage de laisser les sages-femmes faire des IVG à ton avis ? Ok, il y a des associations orthogénistes « tout*

pour la femme » ok... Mais moi, je pense que si on nous laisse faire, c'est parce que plus personne ne veut le faire. Voilà la réponse. »

Inès pense que cette ouverture de compétence aux sages-femmes passerait plus facilement que celle pour un autre acte auprès des médecins, du fait de leur désintérêt envers l'IVG : *« Alors, je pense que les gynécos, a priori, réagiraient mal (rires), parce qu'ils n'aiment pas trop qu'on touche à la gynéco. Et en même temps, à cause du fait d'avoir vu à quel point cet acte est souvent dénigré par les chirurgiens, je pense qu'ils seraient quand même contents de se reposer sur le fait qu'il y en a d'autres qui le font. Donc peut-être qu'ils seraient moins virulents que si on revendique d'autres actes comme des ventouses ou des extractions instrumentales. Mais je pense qu'officiellement, ils ne diraient pas ça et s'y opposeraient. »*

Éveline nous a parlé du côté trop « paternaliste » de certains gynécologues-obstétriciens et de leur manque de confiance envers les sages-femmes : *« C'est-à-dire que les gynécologues-obstétriciens, ils ont toujours l'impression d'être un peu responsables de nous. Je pense qu'ils le vivraient mal, parce qu'ils auraient peur qu'on fasse des bêtises, voilà. Ils ne nous font pas confiance pour ça. Mais après, sur le papier, peut-être qu'ils seraient très contents de se débarrasser du geste. »*

Frédérique pense que la surreprésentation féminine de la profession joue pour beaucoup : *« Tu auras toujours, de toute façon, l'idée que « c'est le médecin qui est tout puissant, et nous ne sommes que des sages-femmes ». Peut-être que si c'est un homme sage-femme, ça passera mieux. Il y a des trucs qu'on a du mal à obtenir parce qu'on est une profession majoritairement féminine. Il y a des choses qu'on obtient très lentement, que les autres professions obtiennent beaucoup plus rapidement. »*

Dans une tribune au Parisien de septembre 2018, l'ANSFO et le Réseau de santé sexuelle publique (RSSP) réclament que la pratique de l'IVG instrumentale soit désormais reconnue comme une compétence des sages-femmes (69). Plusieurs syndicats et associations soutiennent cette position en publiant des lettres ouvertes (*Annexes 3 et 4*), comme notamment l'ANCIC, REVHO, le Planning familial, l'Association des centres de régulation des naissances Assistance publique hôpitaux de Paris (A.C.R.N.A.P.), le Syndicat de médecine générale (SMG).

3.2.4 Pour conclure

Notre seconde hypothèse : « La sage-femme est un personnel médical compétent pour réaliser les IVG instrumentales des femmes en bonne santé » est validée. Les témoignages recueillis illustrent formellement que les sages-femmes se considèrent comme compétentes à réaliser le geste technique de par leur connaissance du corps de la femme. De plus, les recommandations de l'OMS et le soutien à cette mesure du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes confortent l'idée que les sages-femmes sont un personnel médical qualifié pour cette pratique.

Néanmoins, les sages-femmes interrogées nous ont fait part de certaines appréhensions liées à d'éventuelles complications et à des dérives potentielles dans la mise en œuvre de cette pratique.

3.3 Hypothèse 3 : Ouvrir cette compétence aux sages-femmes permettrait un meilleur accès à l'IVG

3.3.1 Du personnel supplémentaire, un accès amélioré aux soins

Une pénurie de gynécologues médicaux

Une diminution des spécialistes de la santé des femmes

La France voit décroître son nombre de gynécologues médicaux, déclin qualifié de « pénurie » dans plusieurs de nos entretiens.

Laurence, qui habite dans une petite commune, ressent ce manque de praticiens de l'IVG : « *Dans notre région, il y a une pénurie de gynéco, une difficulté d'accès. Il y a une chose que je sais, qu'il faut que je vous dise quand même : vous connaissez le numéro vert d'IVG.Gouv ? [Notre] planning est mandaté pour répondre à ce numéro. Donc, on a un registre des lieux où on peut faire des IVG en France, de toute la France. On a un registre accessible, et donc on a la liste des médecins généralistes par exemple qui ont les conventions, la liste des sages-femmes qui sont conventionnées pour les IVG. C'est un registre qui nous permet d'orienter les femmes. Et donc nous avec ce registre, on se rend compte qu'il y a des régions où il manque plus que d'autres, dans les coins un petit peu perdus... Et donc du coup, on ne va pas dire qu'il y a une difficulté d'accès à l'IVG, mais parfois c'est loin pour les femmes. Ce que je veux dire par là, c'est que le fait qu'il y ait des sages-femmes et des médecins généralistes qui ont des conventions, ça permet un peu plus d'accessibilité. »*

Dans son Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1^{er} janvier 2016, le Conseil national de l'Ordre des médecins éditait des chiffres alarmants sur la diminution du nombre de gynécologues médicaux. En effet, près de deux tiers d'entre eux (62 %) ont plus de 60 ans, et partiront à la retraite dans les prochaines années. Selon les projections de l'Ordre des médecins, entre 2010 et 2025, la France subirait une perte de plus de mille gynécologues médicaux, passant de manière prévisionnelle, de 1648 en 2010 à 531 en 2025 (57) (70).

De plus, les médecins généralistes, connaîtraient eux aussi une perte inquiétante de leur effectif. Ils étaient 64 778 en 2007, 56 347 en 2016 et ils ne seraient plus que 47 916 en 2025 (70). Rappelons qu'une grande partie des praticiens de l'IVG sont des médecins généralistes, ils réalisent la

majorité des IVG médicamenteuses hors établissements de santé (65 % dans les centres et 43 % en cabinet libéral) (3).

Parallèlement, les gynécologues-obstétriciens verraient eux leur profession s'accroître largement, et passeraient de 3577 à 5452 sur la période 2010-2025 (70).

Ces chiffres révèlent une situation préoccupante pour le suivi et la santé des femmes, qui assistent à une forte diminution du nombre des praticiens spécialisés dans leur santé sexuelle et génésique.

Une majoration des clauses de conscience

Les femmes sont également confrontées à l'augmentation du recours à la clause de conscience de la part des gynécologues, problématique largement reprise par les sages-femmes de notre étude. Pour certaines, cette clause est revendiquée suite à leur propre « ras-le-bol » et face au « désintérêt » exprimé des médecins pour cet acte : *« Le problème, c'est les médecins. Il y a de plus en plus de médecins qui arrêtent les IVG, parce que ce n'est pas intéressant les IVG. Un gynéco, ce n'est pas ce qu'il préfère de faire des IVG, donc il y a de plus en plus de médecins qui arrêtent. La gynéco avec qui je travaille, elle me dit qu'elle veut s'installer en libéral, faire des consult' etc. Mais pas des IVG ! Dès qu'elle peut, elle s'arrête et pourtant, elle est jeune la nana, elle a 35 ans. Et les autres médecins avec qui je travaille à l'hôpital, il n'y en a aucun qui veut faire les IVG ! »* (Béatrice)

Selon D. Bourgault-Coudeville, contrairement à l'effet recherché, qui était une plus grande accessibilité, l'allongement du délai légal de l'IVG à 14 SA a engendré l'arrêt total de l'activité pour certains médecins, « qui s'étaient jusqu'alors résignés » à cette pratique (71).

Des plages horaires de blocs convoitées

Le problème de l'organisation et du manque de plages horaires de bloc dédiées est une réelle difficulté dans certains CIVG où les IVG ne sont pas considérées comme « urgentes », « importantes », ni « prioritaires » par certains médecins, préférant réaliser d'autres interventions. Morgane : *« Entre ceux qui ont leur clause de conscience, mais ça pas de soucis... Mais il y a beaucoup de gynéco' qui n'ont pas leur clause de conscience, qui n'ont rien contre l'IVG, mais qui n'ont pas leurs plages de bloc comme ils voudraient, et finalement entre faire une intervention un peu plus valorisante et faire une IVG... Enfin voilà, pour eux faire une IVG ce n'est pas forcément le but... Donc, nous ici, faire des IVG ce n'est pas forcément le problème. Il a plein de médecins qui voudraient bien en faire, mais comme on n'a pas de place au bloc, voilà... Finalement, ils préfèrent garder leurs plages au bloc pour d'autres interventions. »*

Éveline ressent cette difficulté au quotidien : « *Nous, on est un peu seules, on a perdu des médecins, et on se bat tous les jours pour arriver à récupérer des plages de blocs dédiées.* »

Claire, qui exerce pourtant dans un centre hospitalier reconnu d'une grande agglomération, s'en agace : « *Pour avoir des places au bloc pour l'IVG, faut se battre au quotidien, il ne faut pas croire hein ! Parce que tout le monde défend son activité. Il y a celui qui opère le cancer du sein, qui dit « non non mais attends, c'est le cancer du sein, c'est quand même beaucoup plus urgent qu'une IVG, donc tu ne prends pas le bloc lundi, c'est moi qui opèrerai ».* Les fibromes, les machins, il y a toujours un truc... Ça veut dire qu'au début, on devait avoir, je dis n'importe quoi, 15 places au bloc d'IVG par semaine, et au final, comme on a été sympa à donner à tout le monde, et bah du coup on se retrouve à moins six, moins sept places. Et du coup, ça veut dire quoi concrètement sur l'accès aux soins des femmes ? Ça veut dire délais de prise en charge plus longs, donc, c'est catastrophique pour l'accès aux soins des femmes. »

Cela souligne le peu d'importance qu'accordent certains médecins à l'activité d'IVG, et parfois du manque de considération pour ce soin, pourtant primordial au bien-être des femmes en demande.

Une augmentation du personnel compétent

Face à cette pénurie de gynécologues, augmenter le personnel compétent par l'association des sages-femmes à cette pratique, pourrait permettre une optimisation de l'accès aux soins, du fait d'une offre plus large et de délais d'attente moindres. Claire : « *S'il y a d'autres professionnels de santé qui participent à cette activité, ça permet d'améliorer l'accès aux soins, car l'offre de soin sera plus adaptée à la demande.* »

« *Il y a un manque de praticiens pour l'aspiration, donc pouvoir répondre aux demandes des femmes, ça me paraît évident.* » (Diane)

Les sages-femmes, et en particulier les nouvelles générations, se montrent par ailleurs de plus en plus impliquées dans la pratique de l'orthogénie. En 2017, 3 % des IVG médicamenteuses ont été réalisées par des sages-femmes, leur majorité ayant été pratiquée par des médecins généralistes puis des gynécologues-obstétriciens (3). Ce taux, qui peut paraître négligeable, est à replacer dans son contexte temporel, en effet, l'IVG pour les sages-femmes n'était à l'époque légalisée que depuis un an seulement. Les sages-femmes se sont approprié cette compétence, puisque ce taux était de 1 % en 2016, soit une augmentation de deux points entre ces deux années. Il serait intéressant de suivre l'évolution de ce pourcentage dans les années à venir, reflet de l'engagement des sages-femmes dans l'orthogénie et dans cette nouvelle pratique.

Le respect de la clause de conscience

La clause de conscience des médecins est un débat très présent dans l'actualité. Qu'en est-il de celle de sages-femmes, dont on parle peu ? Une revue de la littérature, publiée en 2018, montrait l'invisibilité des sages-femmes et des infirmiers(ères) dans le débat autour de la clause de conscience pour l'IVG, personnels pourtant aussi essentiels que les médecins dans cette pratique (72).

La majorité des sages-femmes interrogées sont pour le maintien de la clause de conscience, comme Béatrice, qui tient compte des convictions personnelles de chacun « *Imposer à une personne de faire des IVG alors que pour des raisons religieuses ou personnelles, elle n'est pas d'accord avec ça, ça peut être compliqué... Ça peut être traumatisant pour elle je pense.* »

Gabrielle a évoqué la répercussion négative que pourrait, ou peut, avoir la pratique de l'IVG par un personnel opposé à cet acte : « *Moi, je fais partie des gens qui pensent que la clause de conscience est indispensable, parce que je pense que ce n'est pas souhaitable de forcer des professionnels à faire des actes qu'ils n'ont pas envie de faire. Déjà, pour eux, c'est maltraitant. Mais c'est surtout maltraitant pour les femmes, parce qu'ils ne vont pas le faire bien, ou faire ressentir qu'ils n'ont pas envie de le faire, et ce n'est pas souhaitable pour elles.* »

Jeanne, pour la suppression de toute clause de conscience pour l'IVG, s'insurge devant cette idée : « *Il y a des médecins qui disent « il ne faudra pas venir pleurer s'il y a des patientes qui sont maltraitées parce qu'il faut qu'on nous retire cette clause de conscience ». Mais c'est trop facile, c'est trop facile ! Moi, je n'aime pas l'accouchement avec les forceps, j'adore la physio', je déteste la patho', mais ce n'est pas parce que je n'aime pas ça que je ne vais pas le faire ! Et ce n'est pas parce que je n'aime pas ça que je vais maltraiter les patientes. C'est trop facile de répondre comme ça, de faire des menaces en fait.* »

Certaines sont favorables au maintien de la clause de conscience, mais pour la suppression de la clause de conscience « spécifique » à l'IVG. C'est le cas de Laurence : « *Ce qui pose problème avec la clause de conscience des médecins, c'est qu'il existe une clause de conscience pour tout acte. Moi, je ne comprends pas pourquoi il y en a une spécifique pour l'IVG.* »

Jeanne aussi rejette la clause spécifique à ce soin : « *En fait, pourquoi un tel acte serait dévalorisé, et on aurait une clause de conscience juste sur cet acte ? C'est quand même hyper particulier. Il n'y a que sur l'IVG qu'il y a une clause de conscience, pas les autres actes. C'est quand même bizarre. Quand tu regardes bien dans la médecine, il n'y a pas de clause de conscience sur les autres actes.* »

Les propos de Jeanne sont à nuancer. Légalement, le principe de « clause de conscience » n'est applicable qu'à l'IVG, à l'interruption médicale de grossesse (IMG), à la stérilisation et à la recherche sur embryon. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que ce principe se rapporte uniquement à la reproduction et au développement embryonnaire. Toutefois, il existe le droit pour tout médecin de refuser de pratiquer des soins, pour des raisons professionnelles ou personnelles. L'article 47 (art. R. 4127-47) du code de la santé publique ne fait-il pas référence à la clause de conscience sans la nommer explicitement ? (73)

Ainsi, tous les professionnels de santé sont en droit de refuser la pratique d'un soin ou d'un acte médical, à condition de ne pas constituer « un obstacle à la qualité, à la sécurité ou à l'efficacité des soins ». Ils sont en devoir d'en avertir clairement le patient et de le réorienter (74).

3.3.2 L'IVG, un droit menacé

Par des personnalités publiques

En septembre 2018, Bertrand de Rochambeau, président du Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France (SYNGOF), compare l'IVG à un « homicide ». Expliquant son refus de pratiquer cet acte, il déclare que les gynécologues « ne sont pas là pour retirer des vies » (75). Ce discours brutal et décomplexé montre à quel point ce soin reste stigmatisé dans notre société mais aussi au sein du monde médical.

En mars 2019, ce même syndicat, le SYNGOF, comptant 1600 adhérents soit un quart de la profession (76), a lancé un appel à la « grève de l'IVG » en demandant à ses membres de se « tenir prêts à arrêter la pratique des IVG » pour se « faire entendre » du ministère de la santé, espérant ainsi obtenir satisfaction à propos d'une revendication sur les fonds de garantie de la profession (75). Ce chantage inacceptable a provoqué un tollé dans les médias et dans les instances politiques. Agnès Buzyn, ministre de la santé, a dénoncé une « prise en otage des femmes », tandis que l'Ordre des médecins a porté plainte contre trois responsables du syndicat pour « déconsidération de la profession » (75).

Ces propos choquants ne relèvent pas d'un discours déontologique, mais appartiennent au registre des croyances personnelles, qui n'ont pas lieu d'exister dans notre milieu médical laïque.

Jeanne, militante, va plus loin : « *C'était en fait très intéressant, parce que le SYNGOF, c'est un syndicat un peu obsolète, assez paternaliste et assez misogyne. De toute façon, la médecine est assez comme ça en général.* »

Par des partis politiques

Des sages-femmes nous ont fait part de leurs craintes face au positionnement de certaines mouvances politiques « menaçant le droit à l'IVG ». « *Moi ce que je crains, c'est le jour où on interdira l'avortement en France. Avec la montée [de certains partis], partout en Europe, c'est possible ! On ne peut pas être à l'abris d'une remise en cause de ce droit.* » (Katia)

Béatrice s'inquiète des restrictions budgétaires instaurées par une députée de son département : « *Elle a baissé les budgets des CPEF quand même ! Oui, oui ! Donc insidieusement comme ça, elle diminue les budgets, donc il y a moins de consultations, on restreint les budgets et à mon avis ça commence par là quand même, voilà... Ça fait un peu flipper quand même...* » et conclut « *A chaque fois que cette loi est remise en cause, qu'on en parle, c'est qu'elle est fragile, en fait.* »

« *N'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question. Ces droits ne sont jamais acquis. Vous devrez rester vigilantes votre vie durant.* » - Simone de Beauvoir.

Cette déclaration de Simone de Beauvoir trouve malheureusement son écho aux États-Unis où « L'institut Guttmacher, qui défend le droit à disposer de son corps, a recensé plus de 300 mesures restreignant l'avortement adoptées depuis le début de l'année [2019] dans 28 états américains. » peut-on lire dans le quotidien *Le Monde - International* du 9 mai 2019 (77). L'état d'Alabama a même été jusqu'au vote de l'abrogation du droit à l'avortement le 15 mai 2019, suivi de l'État du Missouri le 17 mai 2019 : tout médecin pratiquant ce soin est désormais passible d'emprisonnement, excepté si la vie de la mère est en danger ou en cas d'anomalie létale du fœtus. La stratégie de ces États américains conservateurs est de faire revenir le sujet de l'IVG devant la Cour suprême.

3.3.3 La sage-femme orthogéniste, engagée auprès des femmes

Une identité professionnelle particulière

À la question de ce que pouvait leur apporter, professionnellement ou personnellement, la pratique de l'IVG, les sages-femmes ont mentionné en premier lieu la richesse de l'accompagnement global des femmes : « *Ce n'est pas l'acte en lui-même qui va m'apporter des choses, c'est plus l'accompagnement des femmes à ce moment-là qui va être enrichissant.* » (Morgane) puis la reconnaissance auprès des femmes : « *Quand on fait un accompagnement de qualité et qu'on n'est ni jugeante ni rien, elles sont vraiment hyper contentes la plupart du temps, donc c'est chouette quoi ! En termes de reconnaissance, ça fait plaisir.* » sourit Gabrielle. L'acquisition d'un nouveau geste technique et la valorisation de la profession ont été rarement évoquées.

Concernant ce qui pourrait les pénaliser à travers cette pratique, le peu de considération, au sein même de la profession, envers la sage-femme orthogéniste a été évoqué par quelques-unes d'entre elles, notamment par Claire : « *C'est sûr qu'il faut savoir mettre son ego de côté quand on fait de l'IVG, parce que clairement tu deviens « la sage-femme orthogéniste », vraiment c'est considéré comme pas très noble comme activité.* » En effet, l'aspiration n'est pas considérée comme un geste noble dans la médecine. Pourtant, d'autres gestes comme l'utilisation de forceps ou l'épisiotomie le sont, car souvent utilisés pour sauver la vie du futur nouveau-né. Il ne s'agit donc pas de noblesse du geste mais de la valeur morale qu'on y met.

Nathalie exprime le dénigrement que peut subir une sage-femme pratiquant des IVG : « *Autant sur la question de la maternité, il n'y a pas à se battre, il n'y a pas à être vigilant sur le regard social etc. La maternité c'est très prôné, c'est très valorisé. Autant sur l'IVG, moi j'ai appris une chose en travaillant ici, c'est qu'il faut être vigilant au quotidien sur les « petites attaques », sur les propos malveillants, sur les jugements, ou sur les... les regards négatifs sur cette question. J'ai été traitée de « sous sage-femme » par d'autres sages-femmes parce que je faisais de l'IVG.* »

Katia nous a aussi parlé de ce que cela pouvait susciter chez l'entourage : « *Pour moi, c'est une lutte permanente. Je t'assure que ce n'est pas reconnaissant. Je fais des bides à chaque fois que je dis « oui, je suis sage-femme, mais je pratique surtout l'avortement ». Je t'assure que ça donne une place très particulière. Et après, on ne te repose pas de question derrière. Autant, quand tu dis que tu travailles en salle d'accouchement, on va te poser plein de questions, sur la filière physio', sur l'haptonomie, sur je ne sais pas quoi... Autant sur l'avortement, autant te dire*

que tu plombes l'ambiance direct, même chez tes plus proches amis (rires). Parce que tu déranges. »

Cela souligne, encore une fois, le tabou qui persiste de nos jours autour de l'IVG, si l'évocation de ce droit dérange dans la sphère sociale, familiale et même médicale.

Les sages-femmes que nous avons interrogées expriment le sentiment d'une identité professionnelle « modifiée », du fait de leur pratique en orthogénie, comme constaté par Mélanie Ferey dans son mémoire de fin d'études « IVG médicamenteuse : nouvelle compétence de la sage-femme. » (78).

Le féminisme

La moitié des sages-femmes interrogées se définit comme féministe, comme Katia : « *Je ne conçois pas IVG sans féminisme. Mon engagement, c'est mon moteur tous les jours. »*

« Évidemment que la pratique de l'IVG me semble en rapport avec l'engagement féministe. Ça me paraît évident, le libre choix, la liberté à disposer de son corps. » (Gabrielle)

L'autre moitié, tout en soutenant l'acquisition de cette compétence, ne le voit pas comme une démarche féministe, ne se décrivent pas comme tel, et le perçoivent plutôt comme le complément logique à l'accompagnement des femmes dans leur parcours gynécologique et obstétrical.

Béatrice : « *C'est vrai que le féminisme, il intègre l'IVG quand même. Après, je ne suis pas hyper féministe non plus. Mais oui, quelque part, l'accès à l'IVG ça fait partie du mouvement féministe. Pour la femme, la liberté de disposer de son corps, de garder ou non une grossesse, c'est quand même la base du féminisme. C'est difficilement indissociable IVG et féminisme. »*

Agnès voit autrement les choses, pour elle, la pratique de l'IVG n'implique pas d'être féministe : « *Non, parce que tu peux avoir à faire une IVG... Ok, c'est toi qui décides et qui choisis ce que tu veux faire de ton corps et si tu veux un enfant ou pas, mais pourquoi mettre féministe ? Et moi, je n'ai jamais été très féministe, je suis pour être à fond derrière le droit des femmes et essayer de les développer au maximum, mais je ne mets pas le mot féministe derrière. »*

Claire se sent féministe mais n'aime pas le mot en lui-même, à connotation trop militante pour elle : « *Je n'aime pas trop le terme « féministe », parce que cela fait peur aux gens. Ce qui fait peur dans le côté féministe, c'est les très très militantes qui sont médiatisées et qui disent « On pourrait vivre sans mec ». Et moi, je ne me reconnais pas dans ces milieux très militants. En fait, c'est juste que le mot féministe, il dérange, il fait peur. »*

Le terme « féminisme », chargé de connotations négatives pour certains, est pourtant défini par le Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) comme un « mouvement social qui a pour objet l'émancipation de la femme, l'extension de ses droits en vue d'égaliser son statut avec celui de l'homme, en particulier dans le domaine juridique, politique, économique ; doctrine, idéologie correspondante. »

3.3.4 Les perspectives d'avenir

Du point de vue des femmes

Nous avons demandé aux interviewées d'envisager quelle serait la réaction des femmes à l'annonce de cette nouvelle compétence à leur champ d'action.

Une profession souvent méconnue

Les sages-femmes ont conscience d'une certaine méconnaissance des patientes quant aux prérogatives que leur confère leur activité. La profession, « engluée » dans le cliché de la sage-femme de salle de naissance, a du mal à se démarquer de cette vision obsolète, se limitant pour beaucoup au suivi de grossesse et à la pratique des accouchements.

Béatrice ironise : « *Si on commence à dire que les sages-femmes vont faire des IVG [instrumentales], les gens ne vont pas trop comprendre parce que la sage-femme, c'est la cigogne hein. C'est un peu débile ce que je dis, mais c'est ça : elle s'occupe du bébé, de l'accouchement, de l'allaitement...* »

« *Il y a toujours la réflexion « les sages-femmes, elles accouchent. » Une fois, j'ai reçu une femme, elle venait pour une demande d'IVG. Elle était étonnée que je sois sage-femme et m'a dit « ah bah vous ne donnez pas que la vie ? » » se souvient Agnès.*

Une campagne d'information nationale sur le rôle et les compétences des sages-femmes lancée par Marisol Touraine en 2016, avait pour objectif de mieux faire connaître les missions de la profession, au moment de l'extension de leurs compétences à l'IVG médicamenteuse (79).

Des patientes favorables

D'autres sages-femmes n'ont pas ressenti cette surprise chez les patientes, comme Frédérique, qui revient sur leur désir d'être prises en charge globalement : « *Moi, je n'ai jamais eu de réaction étonnée de la part des femmes. Au contraire, avant [la légalisation] elles ne comprenaient pas pourquoi on ne leur donnait pas les médicaments [de mifépristone].* »

Gabrielle, quant à elle, pense que la profession de sage-femme est en pleine expansion sociale. Formatrice en IVG médicamenteuses pour les sages-femmes qui lui font part des retours des patientes, elle raconte : « *On a une bonne image quand même les sages-femmes auprès de la population. On commence à être de plus en plus connues sur le suivi gynéco, sur l'IVG aussi hein, parce que les patientes, elles se sont aussi emparées de ça. Elles [les sages-femmes] le disent à chaque fois en formation, que comme ça commence à circuler que les sages-femmes font de l'IVG aussi, régulièrement elles ont des appels là-dessus parce « la sage-femme c'est un peu plus « cocoon », « c'est un peu moins médical » comme disent les patientes. »*

Une recherche de soins quel que soit le praticien

Enfin, plusieurs d'entre elles estiment que les patientes n'accordent pas, ou peu, d'importance à la qualification du praticien. « *Pour moi, les patientes, du moment qu'elles ont le droit de faire leurs interruptions, je pense que ça les importe. Que ce soit la sage-femme ou le gynéco, je ne crois pas que ça les bloque plus que ça. »* (Hortense)

Jeanne est du même avis : « *Je pense que les gens, ils s'en foutent, du moment qu'ils ont un accès aux soins. »*

Du point de vue des sages-femmes

Il sera intéressant de connaître le positionnement de la nouvelle génération à venir de sages-femmes, potentiellement plus concernée par la pratique de l'IVG du fait de l'obtention de l'IVG médicamenteuse durant leurs études. Dans le cadre de son DU Régulation des naissances, Rémi Albagli-Curiel réalise une étude quantitative visant à recueillir l'avis des étudiants sages-femmes français en 4^{ème} et 5^{ème} année d'étude sur la potentielle ouverture du champ de compétence des sages-femmes à l'IVG instrumentale. Plus de 600 réponses lui sont parvenues, en cours d'analyse, pour un rendu prévu à la fin de l'année 2019.

Gabrielle espère que l'obtention de l'IVG instrumentale se fera rapidement « *Le plus vite sera le mieux. D'autant que les professionnels de l'IVG, ils ne se posent même pas la question. Au dernier congrès de l'ANCIC, on n'entendait que ça « Quand les sages-femmes feront les aspi'... » Pour eux, c'est une évidence, et ce n'est qu'une question de temps. J'espère qu'ils ont raison. »*

3.3.5 Pour conclure

Notre troisième et dernière hypothèse : « Ouvrir cette compétence aux sages-femmes permettrait un meilleur accès à l'IVG » est validée à travers ces témoignages. L'ajout d'un personnel compétent permettrait théoriquement une diminution des délais de prise en charge et une offre de soins augmentée en matière de choix de la méthode d'IVG. Les sages-femmes orthogénistes perçoivent une certaine discrimination de la part du monde médical et de leur entourage du fait leur activité. Par ailleurs, bien que l'accès à l'IVG semble être acquis, il nous paraît important de rester vigilant à la sauvegarde de ce droit fondamental.

3.4 Paroles de médecins

A l'issue de notre étude, il nous a semblé intéressant de recueillir le point de vue de médecins concernant l'éventuelle pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes. Nous voulions mettre en corrélation leurs propos et les ressentis des sages-femmes.

Nous avons ainsi interrogé Élisabeth*, médecin généraliste, et Ingrid*, gynécologue-obstétricienne, qui pratiquent, entre autres, des IVG médicamenteuses et instrumentales. Les médecins généralistes occupent une place importante dans l'orthogénie, la majorité des IVG médicamenteuses, hors établissements de santé, sont d'ailleurs réalisées par ces derniers (3). Il nous semblait aussi important de recueillir le témoignage d'un gynécologue-obstétricien, profession principalement concernée par l'IVG instrumentale.

Nous les avons rencontrées par effet « boule de neige ». Nous nous sommes entretenues par téléphone avec Élisabeth, et avons rencontré Ingrid sur son lieu de travail. Nous déclarons ne pas avoir avec elles de lien de proximité ni d'intérêt. Voici une analyse rapide de leurs témoignages (*Annexes 5 et 6*). Les prénoms* des médecins ont été modifiés par souci d'anonymat.

Élisabeth est médecin généraliste et titulaire d'un DU de gynécologie. Elle travaille dans un CIVG et dans un centre de santé, où elle y réalise du suivi gynécologique et de contraception, des suivis de grossesse, des IVG médicamenteuses, ainsi que des IVG instrumentales sous anesthésie générale (au CIVG uniquement) et sous anesthésie locale.

Elle se positionne très favorablement pour la pratique des IVG par aspiration par les sages-femmes, et considère que les sages-femmes ont les mêmes compétences que les médecins généralistes et gynécologues médicaux à réaliser ce geste, de par leur formation initiale « non chirurgicale ». Elle met en avant l'expérience et l'expertise qu'ont les gynécologues-obstétriciens pour les gestes chirurgicaux, et donc pour les éventuelles complications, mais insiste, comme la totalité de nos sages-femmes interrogées, sur la « simplicité » du geste, et l'habileté similaire, après avoir été formé, des sages-femmes et médecins généralistes à le réaliser.

Elle rappelle aussi que les sages-femmes ont plus d'expérience que les médecins généralistes sur la prise en charge de certaines complications, notamment des hémorragies, du fait de leur pratique en salle de naissance.

Élisabeth voit cette pratique s'intégrer dans l'organisation de son CIVG et son centre de santé : « *Mais moi, j'attends que vous puissiez faire des aspi', et dès que vous en faites, je vous recrute, en fait ! La sage-femme a toute sa place, pour moi, c'est une évidence.* » Selon elle, la résistance

de certains médecins ne reposerait pas sur des arguments médicaux mais serait « liée à l'histoire de la gynécologie ».

Élisa évoque la pénurie de gynécologues, et regrette que les compétences spécialisées des médecins ne soient pas accordées à des problématiques relevant de la véritable pathologie, argument qui n'a pas été relevé durant nos entretiens : *« Enfin... aujourd'hui, les gynécologues médicaux, ils ne font plus trop de la gynécologie médicale... Ou ceux qui se forment, ils vont faire quoi ? De l'onco', de la PMA, des trucs très spécialisés. Et leur place, elle est là, leur compétence, elle est là. La santé de la femme en bonne santé, c'est des compétences qu'on partage, eux et vous, les sages-femmes, et nous, les médecins généralistes. En fait, on a besoin des compétences des spécialistes sur d'autres choses ! Sur la pathologie ! Et du coup, je pense que le fait qu'il y ait moins de médecins, il faut utiliser leurs compétences de façon... plus réfléchie et plus pertinente. »*

Elle constate, comme les sages-femmes de notre étude, le rejet de cette pratique par un certain nombre de gynécologues et gynécologues-obstétriciens : *« Eux, ils font ça par-dessus la jambe, et c'est juste de la « petite chirurgie », qui est sans importance, et je pense qu'eux-mêmes traitent les femmes comme ça dans ces situations-là. [...] Et puis, c'est aussi, toujours ce truc-là, de ne pas se salir les mains, parce qu'ils « sont trop bien », parce qu'ils vont faire des cancers, parce qu'ils vont faire des trucs de fou et que ces gestes... Ce n'est pas assez valorisant, ce n'est pas assez... Il y a quelque chose qui se joue là-dedans aussi. »*

Le peu de considération par le corps médical de ce soin, a aussi été évoqué : *« L'IVG c'est quand même le « parent pauvre » de la gynécologie hein, personne ne veut s'y coller, personne ne veut se salir les mains, alors que c'est la réalité des femmes. De toutes les femmes. »*

Élisa conclut notre entretien en réaffirmant la compétence des sages-femmes à réaliser ce soin, et espère que cette ouverture de compétence se fera dans les deux ou trois ans à venir.

Nous avons également interrogé Ingrid, gynécologue-obstétricienne, qui travaille dans un hôpital. Elle y réalise une activité variée en service de consultation, de salle d'accouchement, mais aussi au planning familial de sa structure où elle pratique des consultations gynécologiques, des IVG médicamenteuses, et des IVG instrumentales sous anesthésie générale et locale.

Ingrid est mitigée sur la problématique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes. Pour elle, la véritable problématique est le statut même des sages-femmes, *« qui n'est pas clair »*, et qui influence selon elle les relations professionnelles entre les sages-femmes et les obstétriciens dans

un service de maternité, qu'elle qualifie « *d'obscures et compliquées* » dû à une limite « floue » amenant au « *chevauchement* » de leurs compétences respectives.

Ingrid pense notamment que les sages-femmes devraient réaliser l'ensemble des suivis de grossesse, qu'elle soit considérée comme physiologique ou à risque, et s'imagine des consultations supplémentaires avec un obstétricien en cas de grossesse à risque, uniquement portée sur la surveillance de la pathologie en question. Selon elle, les obstétriciens ont tendance à se focaliser sur la maladie, et « occultent un peu ce côté vraiment grossesse ».

Cela est moins évident pour Ingrid concernant la pratique des IVG par aspiration : « *Là, pour le coup, pour asseoir le rôle propre d'un médecin et d'une sage-femme, c'est beaucoup plus flou que pendant la grossesse. Donc, j'ai beaucoup de mal à me positionner sur la question stricte des IVG instrumentales, parce que, est ce qu'on part du principe que ça c'est de la pathologie ? Pas forcément. On peut aussi se dire que c'est le cours... pas normal mais enfin... non pathologique d'une grossesse que de vouloir une interruption de grossesse. Et que le champ strict du médecin serait là s'il y a une complication, si la dame elle a une pathologie médicale surajoutée, dans ce genre de choses...* »

Elle admet une résistance de la part des gynécologues obstétriciens : « *Je ne suis pas sûre que mes collègues partagent mon avis, parce qu'effectivement... euh... ça peut faire peur... C'est pour ça aussi qu'il faut que tout ça soit fait sous contrôle, c'est-à-dire en ayant quelqu'un à appeler.* » L'emploi des termes « ça fait peur » et « sous contrôle » peut renvoyer à un manque de confiance de certains d'entre eux envers la capacité des sages-femmes à réaliser cet acte, qu'Ingrid considère pourtant simple, comme exprimé dans la totalité de nos entretiens.

Pour Ingrid, il faut redéfinir le rôle de des sages-femmes comme accompagnant et praticien des « étapes de la vie d'une femme », et non en compétence médicale. Ingrid nous a semblé évoluer durant son témoignage, elle qui nous confiait avoir beaucoup de mal à se positionner sur la pratique des IVG instrumentales par les sages-femmes en début d'entretien, nous a dit par la suite : « *Je trouve que les sages-femmes devraient plus s'approprier ce côté-là, étapes de vie des femmes, d'accompagner les étapes de vie des femmes, et de laisser la pathologie aux médecins, comme on fait dans toutes les autres spécialités. Pour moi, le rôle de la sage-femme, il faudrait qu'il se concentre sur les étapes de vie des femmes, que ce soit la grossesse, et donc l'interruption de grossesse, le suivi, les frottis etc. Et tout ça, c'est du suivi et de la prévention, pas de la pathologie.* »

Elle estime qu'intégrer les sages-femmes dans cette pratique pour pallier un manque d'offre de soins n'est pas la bonne solution, à l'origine de « conflits » pour d'autres compétences selon elle :

« C'est prendre le problème à l'envers. Moi, je pense qu'il faut vraiment le poser dans l'autre sens, et juste se dire : quel est le rôle de la sage-femme ? Et définir ce rôle-là. A partir du moment où on le définit, on a la réponse à la question. »

Conclusion

À travers cette étude qualitative, nous avons eu l'occasion de recueillir les avis et ressentis de sages-femmes orthogénistes au sujet de l'intégration de l'IVG instrumentale à leurs compétences.

Les sages-femmes interrogées y sont majoritairement favorables, dans une volonté de garantir le choix de la méthode d'IVG, de maintenir une prise en charge de qualité, et considérant leur profession prédisposée à l'accompagnement global des femmes en plus d'être compétente à réaliser le geste technique. Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, ainsi que de nombreuses associations orthogénistes partagent cette position, confortés par les recommandations de l'OMS à ce sujet. Cependant, les sages-femmes de notre étude restent mitigées face à son intégration à leur pratique personnelle, influencées par leurs modes d'exercice, par l'état de l'offre de soins proposée dans leur région et par leurs ressentis liés au geste. Ouvrir la compétence de l'IVG instrumentale à la profession de sage-femme permettrait théoriquement une amélioration de l'accès à l'IVG dans le contexte actuel, par une augmentation du nombre de praticiens, pouvant assurer un élargissement de l'offre de soins en matière de choix de la méthode. Leur sentiment d'une certaine discrimination de cette activité illustre le tabou qui persiste de nos jours autour de cette étape de vie courante des femmes. L'actualité nous rappelle d'autant plus l'importance de rester vigilant à ce droit fondamental, symbole de liberté des femmes.

La principale force de ce travail d'initiation à la recherche est son caractère novateur concernant un sujet sociétal et politique d'actualité. Des limites liées aux biais d'échantillonnage et le positionnement personnel des auteures de cette étude peuvent être soulevées.

Il serait intéressant d'approfondir le ressenti des médecins orthogénistes face à cette problématique, afin de discuter d'une possible collaboration au service des droits des femmes. Une étude quantitative auprès des sages-femmes françaises, tout mode d'exercice confondu, permettrait d'évaluer la perception de la profession à ce sujet, en complément de l'étude en cours auprès des deux promotions à venir de sage-femme. De plus, interroger les femmes concernant le choix du praticien et les difficultés d'accès à l'IVG ressenties pourrait faire avancer les pistes de travail. Enfin, une étude plus organisationnelle, dans l'objectif d'évaluer les potentielles conditions pratiques (postes, financements, procédures, répartition des tâches et des responsabilités au sein des professions...) de cette mesure serait également une suite logique de cette réflexion.

Bibliographie

1. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
2. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 127. 2016-41 janv 26, 2016.
3. Vilain A, Rey S. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques; 2018 sept. (Etudes et résultats). Report No.: 1081.
4. Vilain A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques; 2017 juin. (Etudes et résultats). Report No.: 1013.
5. Code de la santé publique - Article L2212-1. Code de la santé publique.
6. Bajos N, Ferrand M, Moreau C. Evolution du recours à l'IVG en France : de l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative. *Médecine Reprod Gynécologie Endocrinol.* 2012;
7. Nisand I, Araújo-Attali L, Schillinger-Decker A-L. Historique et législation de l'interruption volontaire de grossesse. *Que Sais-Je.* 12 juin 2012;5-20.
8. Le Naour J-Y, Valenti C. Histoire de l'avortement: XIXe-XXe siècle. Paris: Seuil; 2003. 387 p. (L'univers historique).
9. Bernard C, Deleury É, Dion F, Gaudette P. Le statut de l'embryon humain dans l'Antiquité gréco-romaine. *Laval Théologique Philos.* 1989;45(2):179-95.
10. L'embryon au microscope des grands monothéismes. 15 oct 2003;
11. Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle.
12. Bajos N, Ferrand M. De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement. *Rev Francaise Aff Soc.* 22 juin 2011;(1):42-60.
13. CAHEN F, Institut National d'Etudes Démographiques. (I.N.E.D.). Paris. FRA, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. (E.H.E.S.S.). Paris. FRA. De la contraception clandestine à la loi Neuwirth : la France à la traîne ? *Loi Neuwirth Quarante Après Une Révolution Inachevée.* nov 2007;(439):5-8.
14. Cahen F, Capuano C. La poursuite de la répression anti-avortement après Vichy. *Vingtieme Siecle Rev Hist.* 19 août 2011;n° 111(3):119-31.
15. Olier L. Présentation du dossier. La prise en charge de l'IVG en France : évolution du droit et réalités d'aujourd'hui. *Rev Francaise Aff Soc.* 22 juin 2011;(1):5-15.
16. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
17. Décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse - Article 1. 2009-516 mai 6, 2009.
18. IVG : un droit garanti par la loi | IVG.GOUV.FR [Internet]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/ivg-un-droit-garanti-par-la-loi.html>
19. Avortement : quels sont les délais à respecter pour avorter ? | IVG.GOUV.FR - N°Vert 0800 08 11 11 [Internet]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/avortement-quels-sont-les-delais-a-respecter-pour-avorter.html>

20. Avant l'IVG, deux consultations médicales | IVG.GOUV.FR - N°Vert 0800 08 11 11 [Internet]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/avant-l-ivg-deux-consultations-medicales.html>
21. IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter. Haute Autorité de Santé (HAS); 2018. (Bon usage du médicament).
22. Lelong N, Moreau C, Kaminski M. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON. Datarevues0368231500341-C153. 9 mars 2008;
23. Alesi M. Comprendre l'absence à la consultation post-IVG instrumentale : une étude qualitative auprès des femmes concernées en Aquitaine. Université de Bordeaux - U.F.R des sciences médicales; 2017.
24. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. 2016-743 juin 2, 2016.
25. Avortement prix | IVG.GOUV.FR - N°Vert 0800 08 11 11 [Internet]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/avortement-prix.html>
26. IVG médicamenteuse | IVG.GOUV.FR - N°Vert 0800 08 11 11 [Internet]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/ivg-medicamenteuse.html>
27. Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Recommandations pour la pratique clinique - L'interruption volontaire de grossesse. 2016.
28. Extrait des mises à jour en Gynécologie Médicale. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français; 2006 nov.
29. Loi de modernisation de notre système de santé. Ministère des Affaires sociales, de la Santé, et des Droits des femmes; 2016 janv.
30. Cahier des charges pour la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale dans les centres de santé. Haute Autorité de Santé (HAS); 2016 mars.
31. IVG chirurgicale | IVG.GOUV.FR - N°Vert 0800 08 11 11 [Internet]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/ivg-chirurgicale.html>
32. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2012. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM); 2017 sept p. 231.
33. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé; 2001 mars.
34. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Haute Autorité de Santé (HAS); 2013 avr.
35. Matulonga B. Les interruptions volontaires de grossesse en Ile-de-France. Données 2015-2017. Observatoire Régional de Santé (ORS) Ile-de-France; 2019 janv.
36. Larousse É. Définitions : soins - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soins/73237>
37. La démographie de la profession [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>
38. Centre Ministériel de Valorisation des Ressources Humaines (CMVRH). Les principaux biais à

connaître en matière de recueil d'information. 2014.

39. DICOM_Jocelyne.M, DICOM_Jocelyne.M. Les principales mesures de la loi [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/article/les-principales-mesures-de-la-loi>
40. Faucher P, Baunot N, Madelenat P. Efficacité et acceptabilité de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville-hôpital : étude prospective sur 433 patientes.
41. Laurant F, Bousquet D. Rapport relatif à l'accès à l'IVG. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes; 2013 nov p. 101. Report No.: 2013-1104-SAN-009.
42. VIDÉO - L'avortement est-il menacé en France ? [Internet]. RTL.fr. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.rtl.fr/actu/debats-societe/vid-eo-ivg-l-avortement-est-il-menace-en-france-7795474495>
43. Bossier L. Consentement éclairé et méthodes d'IVG : paroles de femmes. 16 avr 2010;
44. Code de la santé publique - Article R4127-18. Code de la santé publique.
45. Nisand I. L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Ministère de l'emploi et de la solidarité; 1999 févr p. 55.
46. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
47. Flandin-Créton S, Dreyfus J-F. Place de la régulation des naissances dans la formation initiale des sages-femmes : enquête en Île-de-France en 2012. Rev Sage-Femme. 1 sept 2013;12(4):174-82.
48. REVHO ? Le Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie [Internet]. Revho. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: <http://revho.fr/qui-sommes-nous/le-revho/>
49. Rapport d'activité 2018. Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie. Agence Régionale de Santé Ile-de-France;
50. Breton P. La place de la sage-femme dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse. Enquête auprès des étudiants de la Région Grand-Ouest. Ecole régionale de sages-femmes de Tours; 2013.
51. Cours LMD maieutique. Conseil de Perfectionnement des écoles; 2009 juin.
52. Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. Am J Obstet Gynecol. août 1989;161(2):406-8.
53. Grimes DA, Schulz KF, Cates W, Tyler CW. Local versus general anesthesia: which is safer for performing suction curettage abortions? Am J Obstet Gynecol. 15 déc 1979;135(8):1030-5.
54. Koskas M, Jerbi M, Boccara J, Trie A, Jannet D, Lejeune V, et al. Particularités techniques de l'IVG instrumentale entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée. /data/revues/03682315/00340004/334/. 9 mars 2008;
55. Induced abortion operations and their early sequelae. Joint study of the Royal College of General Practitioners and the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. J R Coll Gen Pract. avr 1985;35(273):175-80.
56. Child TJ, Thomas J, Rees M, MacKenzie IZ. Morbidity of first trimester aspiration termination and the seniority of the surgeon. Hum Reprod Oxf Engl. mai 2001;16(5):875-8.

57. Consulter un gynécologue : la grande galère. 27 déc 2017; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/12/27/consulter-un-gynecologue-la-grande-galere_5234776_1651302.html
58. Chen L, Lai S, Lee W, Leong K. Uterine perforation during elective first-trimester abortions : a 13-year revue. Singap Med J. 1995;
59. Soulat C, Gelly M. Complications immédiates de l'IVG chirurgicale. /data/revues/03682315/00350002/157/. 10 mars 2008;
60. White K, Carroll E, Grossman D. Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature. Contraception. 1 nov 2015;92(5):422-38.
61. Deneux-Tharoux C, Bonnet M-P, Tort J. Épidémiologie de l'hémorragie du post-partum. /data/revues/03682315/v43i10/S0368231514002671/. 2 déc 2014;
62. Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Item 28 : Interruption volontaire de grossesse (IVG). 2011.
63. Faucher P. Complications de l'avortement provoqué chirurgical légal. 23 juill 2008;
64. Beucher G. Prise en charge des fausses-couches spontanées du premier trimestre. /data/revues/03682315/v39i3sS/S0368231510000517/. 3 mai 2010;
65. Organisation mondiale de la santé. Avortement sécurisé directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. Genève: Ed. de l'OMS; 2013.
66. Cahier des charges pour la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale hors établissement de santé. Haute Autorité de Santé; 2016 mars.
67. L'Ordre des sages-femmes condamne la menace de « grève de l'IVG » lancée par le Syngof [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/lordre-des-sages-femmes-condamne-la-menace-de-greve-de-livg-lancee-par-le-syngof/>
68. Le projet de loi santé. Contact Sages-Femmes. juin 2019;(58).
69. «Les sages-femmes doivent pouvoir pratiquer l'IVG» [Internet]. leparisien.fr. 2018. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/societe/sante/les-sages-femmes-doivent-pouvoir-pratiquer-l-ivg-30-09-2018-7906848.php>
70. Le Breton-Lerouillois G, Rault J-F. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2016. Conseil National de l'Ordre des médecins; 2016 janv p. 326.
71. Bourgault-Coudeville D. L'interruption volontaire de grossesse en 2011. Réflexions sur un acte médical aux implications controversées. Rev Francaise Aff Soc. 22 juin 2011;(1):22-41.
72. Fleming V, Frith L, Luyben A, Ramsayer B. Conscientious objection to participation in abortion by midwives and nurses: a systematic review of reasons. BMC Med Ethics. déc 2018;19(1):31.
73. Code de la santé publique - Article R4127-47. Code de la santé publique.
74. Faroudja J-M. Clause de conscience du médecin. Ordre National des Médecins - Conseil National de l'Ordre; 2011 déc.
75. Grève de l'IVG : l'ordre des médecins porte plainte contre les responsables d'un syndicat de gynécologues. 5 avr 2019;

76. Le Syngof | Syngof [Internet]. Disponible sur: <https://syngof.fr/le-syngof/>
77. Etats-Unis : l'Etat de Géorgie adopte une loi très restrictive sur l'avortement. 9 mai 2019; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/international/article/2019/05/09/etats-unis-l-etat-de-georgie-adopte-une-loi-tres-restrictive-sur-l-avortement_5459888_3210.html
78. Ferey M. IVG médicamenteuse : nouvelle compétence de la sage-femme - Nouvelle place dans la vie gynécologique des femmes. 2018.
79. Touraine M. Lancement de la campagne de communication sages-femmes. 2016.

Annexes

Annexe 1 : Texte d'invitation à participer aux entretiens

Bonjour,

Je m'appelle Alice Bocquentin, je suis étudiante sage-femme en dernière année à l'école Baudelocque.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise des entretiens avec des sages-femmes sur le thème de l'IVG instrumentale et plus précisément sur le positionnement des sages-femmes quant à l'intégration de l'IVG instrumentale à leurs compétences.

Je me permets de vous envoyer ce mail car je recherche des sages-femmes pratiquant ou ayant déjà pratiqué des IVG médicamenteuses et travaillant en hospitalier, en libéral, en centre de santé, en centre de planification ou en centre d'IVG, et acceptant de participer à mon étude.

L'entretien dure environ 1h, est anonyme, et sera enregistré avec votre accord (l'enregistrement sera détruit après la retranscription).

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ce message. N'hésitez pas à me contacter pour toute autre information supplémentaire.

Bien à vous,

Alice Bocquentin

Mail : données personnelles retirées

Annexe 2 : Grille d'entretien

Thème 1 : Présentation et parcours professionnel de l'interviewé

- Quel est votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme de sage-femme ainsi que vos lieux d'exercices ?
- Quels sont vos modes et lieux d'exercice actuels ? (Hospitalier, CPEF, centre de santé, libéral, CIVG...)
 - Avez-vous déjà exercé dans un centre d'IVG dédié et pendant combien de temps ?
- En quelle année avez-vous commencé à pratiquer le suivi gynécologique ?
 - Avez-vous suivi une formation complémentaire pour le suivi gynécologique ? (DU, formation réseaux, stage en rapport...)
- En quelle année avez-vous commencé la pratique des IVG médicamenteuses ?
 - Avez-vous suivi une formation complémentaire pour la pratique des IVG médicamenteuses ?
 - A combien estimez-vous le nombre d'IVG médicamenteuses que vous réalisez par mois ?

Thème 2 : Retour sur l'obtention de l'IVG médicamenteuse pour les sages-femmes

- En 2016, les sages-femmes ont obtenu l'IVG médicamenteuse comme nouvelle compétence
 - Qu'en aviez-vous pensé à l'époque ?
 - Étiez-vous très favorable, favorable, neutre, défavorable, très défavorable à cette mesure ?
 - Pour quelles raisons ?
- Aujourd'hui votre opinion a-t-elle évolué ?
 - Si oui, dans quel sens ?
- L'obtention de cette compétence est-elle arrivée au moment opportun selon vous ?
 - Pourquoi ?
- Vous pratiquez des IVG médicamenteuses, quelles ont été vos motivations pour vous former puis en pratiquer ?

Thème 3 : Pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes

- Actuellement, des sages-femmes et l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO) revendiquent l'obtention de la compétence de l'IVG instrumentale par les sages-femmes.
 - Le saviez-vous ?
- Qu'en pensez-vous ? Expliquez.
 - Si contre : Vous êtes personnellement favorable à l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes et défavorable à la pratique de l'IVG instrumentale par celles-ci, pourquoi ? Quelle est la différence pour vous ?
- En pratiqueriez-vous personnellement ?
 - Faites-vous une différence entre IVG sous AG ou sous AL ?
- Pensez-vous que la population serait favorable ou réticente à cette nouvelle pratique et pourquoi ?

Thème 4 : Faisabilité et intégration à votre pratique quotidienne

Dans l'hypothèse où la pratique des IVG instrumentales serait reconnue comme nouvelle compétence des sages-femmes,

- Auriez-vous des appréhensions par rapport à ce geste ?
 - Si oui, quelles seraient-elles ?
 - Ces appréhensions seraient-elles les mêmes que celles liées à d'autres gestes que vous pratiquez déjà ou seraient-elles différentes et en quoi ?
- Pouvez-vous me citer les actes chirurgicaux ou invasifs que vous pratiquez déjà ?
- Comment voyez-vous cette nouvelle compétence s'intégrer à votre pratique personnelle ?
 - En termes de temps ?
 - En termes de faisabilité ?
 - Voyez-vous autre chose ?
- Craignez-vous des dérives et lesquelles ?
 - Que pensez-vous de la dérive d'aspiration de fausses couches ?
- Comment pensez-vous que les gynécologues-obstétriciens accueilleraient la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes ?
 - Et les anesthésistes ?
 - Comment voyez-vous cette compétence s'intégrer dans un service et aux pratiques ?

- Comment voyez-vous la formation des sages-femmes à cet acte ?
 - Faudrait-il selon vous l'intégrer dans la formation initiale ou par formation complémentaire ?
- Que pensez-vous de la clause de conscience par rapport à l'IVG ?

Thème 5 : Militantisme ?

- Pourquoi pensez-vous qu'au moment de la Loi Veil, les sages-femmes n'ont pas été incluses comme praticiennes dans le projet de loi ?
- Selon vous, y a-t-il une différence d'habilité entre les médecins et les sages-femmes à pratiquer ce geste ?
- Pensez-vous que la pratique des IVG puisse vous apporter quelque chose ?
 - Au contraire, craignez-vous que cette pratique vous pénalise et en quoi ?
- Avez-vous des croyances (familiales, culturelles, politiques, religieuses...) qui pourraient interférer avec cette pratique ?
- Cette pratique vous semble-t-elle en rapport avec l'engagement féministe ?
- Quel âge avez-vous et en quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?

Annexe 3 : Lettre de soutien de médecins

Lettre ouverte des médecins favorables à la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes

Madame, Monsieur,

Nous médecins engagé.e.s pour le droit des femmes à l'IVG, affirmons l'importance que la pratique de l'IVG instrumentale fasse aujourd'hui partie des compétences des sages-femmes.

Le nombre des IVG instrumentales est en régression en France. En 1990, elles représentaient 90% des IVG réalisées contre 36% en 2016. Ce renversement statistique s'explique par :

- de nombreux départs en retraite des médecins engagés depuis des années auprès des femmes,
- la fermeture d'une centaine de Centres d'Interruption Volontaire de Grossesse durant les dix dernières années,
- l'augmentation récente de l'offre de soins concernant l'IVG médicamenteuse en ville (compétence également partagée depuis la loi de santé de 2016 par les sages-femmes).

Ce déséquilibre de l'offre de soins en matière d'IVG est, de fait, une remise en question de la liberté de choix de la méthode pour les femmes (inscrite dans le Code de la Santé Publique second alinéa de l'article L2212-2).

Depuis 2015, l'Organisation Mondiale de la Santé a émis des guidelines sur le rôle des agents de santé qui prodiguent des soins liés à l'avortement et préconisent l'intervention autonome des sages-femmes dans l'IVG instrumentale au premier trimestre de la grossesse.

Les sages-femmes sont nombreuses à se former à l'IVG médicamenteuse depuis l'évolution récente de leurs compétences et les enquêtes de satisfaction auprès des femmes montrent combien cette avancée est positive.

L'IVG n'est pas considérée comme un acte classé dans la pathologie gynécologique, mais plutôt comme faisant partie du parcours d'une femme sur trois en France. En ce sens, les sages-femmes en tant que spécialistes de l'endo-utérin gravide physiologique, ont ainsi toute leur place dans la pratique de l'IVG, qu'elle soit médicamenteuse ou instrumentale.

La pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes en milieu hospitalier et en centres de santé/CPEF permettrait :

- un intérêt financier certain pour la collectivité
 - un recours facilité à l'IVG instrumentale dans les différentes structures
 - une réduction des inégalités en terme d'accès aux soins sur le territoire
 - la garantie de la liberté de choix de la méthode pour les femmes (largement remise en question actuellement)
- l'introduction de l'IVG dans le parcours génésique des femmes, au même titre que la grossesse, l'accouchement et ses suites immédiates, ainsi que le suivi gynécologique physiologique.

Ce projet de pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes a d'ailleurs fait l'objet d'une validation par le comité de pilotage de la stratégie nationale de santé sexuelle du Ministère des Solidarités et de la Santé.

Nous attestons de notre soutien au projet porté par l'ANSFO de donner compétence aux sages-femmes en matière d'IVG instrumentale.

Avec le soutien de :



A.C.R.N.A.P

Association des Centres de Régulation des Naissances
Assistance publique hôpitaux de Paris

Annexe 4 : Lettre de soutien de REVHO



Paris, le 1^{er} mars 2018

Objet : Lettre de soutien à l'ANSFO pour la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes

Madame, Monsieur,

Le réseau REVHO, Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie est un Réseau de santé régional dont l'objectif principal est de faciliter l'accès à l'IVG en Ile-de-France quel que soit la méthode et le lieu de prise en charge. Il a toujours valorisé les compétences des sages-femmes dans le domaine de l'orthogénie en les formant à la méthode médicamenteuse. Fortes de leur expérience dans l'accompagnement des femmes et de leurs connaissances médicales, les sages-femmes ont en effet toute leur place dans la prise en charge des femmes qui font le choix d'interrompre leur grossesse. C'est donc avec beaucoup de satisfaction que nous avons accueilli la loi santé 2016 les autorisant à pratiquer des IVG médicamenteuses.

Cependant, bien qu'étant une réelle avancée, la restriction à la méthode médicamenteuse de cette autorisation pourrait conduire à une offre quasi exclusive en IVG médicamenteuse au détriment du choix des femmes.

En effet, la diffusion rapide et la généralisation de la méthode médicamenteuse a aussi eu pour effet de reléguer la méthode instrumentale au second plan. Au point que la méthode instrumentale n'est plus proposée dans certains territoires. Or la question de la diversification de l'offre d'IVG et du choix de la méthode doivent rester une priorité.

C'est pourquoi nous soutenons pleinement l'ANSFO dans son projet et souhaitons voir évoluer les autorisations et les compétences des sages-femmes à la pratique de l'IVG instrumentale. Leur implication aussi dans cette méthode permettrait d'améliorer l'offre de soin et de réduire ainsi par endroit les délais d'attente.

Dr Philippe FAUCHER
Président de REVHO

Dr Sophie GAUDU
Vice-présidente de REVHO

Siège social : Hôpital Tarnier - 89 rue d'Assas - 75006 Paris
Siret : 48054741300025 – APE : 8899B
Tél : 01 58 41 34 95
contact@revho.fr – www.revho.fr

Annexe 5 : Entretien avec Éliisa, médecin généraliste

Que pensez-vous de la possibilité de l'ouverture du champ de compétences des sages-femmes aux IVG instrumentales ?

« Moi, je suis tout à fait favorable, je trouve ça très très bien.

Déjà, parce qu'il manque de l'offre de soin. Ce n'est quand même pas évident de recruter des orthogénistes là où on travaille. Pour accueillir des étudiantes sages-femmes en stage d'orthogénie, on voit bien qu'il y en a que ça pourrait intéresser. Là, on est à Paris, je pense que ça va hein, on a quand même de l'offre de soin, mais je pense qu'ailleurs, ça serait encore plus utile.

Et aussi, parce que j'ai quand même l'impression que ça relève des compétences des sages-femmes, en fait. Comme ça relève des compétences du médecin généraliste, parce que l'IVG, ça concerne la femme en bonne santé. Je pense qu'elles ont les compétences autant que nous. L'orthogénie aujourd'hui, en Ile-de-France en tout cas, et dans les centres d'IVG en tout cas, il y a quand même beaucoup de médecins généralistes qui font les aspirations, et on n'est pas chirurgiens de formation. C'est un geste qui est quand même très simple, qui est connu depuis longtemps, qui est très sécuritaire et qui s'apprend très bien. Et là, on voit ces derniers temps, depuis qu'on fait des aspirations en centre de santé, il y a des médecins généralistes qui se sont formés à l'aspiration dans le cadre de conventions, et qui n'avaient jamais fait d'aspiration, et qui en font en centre de santé. Donc, comme quoi, c'est tout à fait possible. Et puis, moi, j'ai des étudiantes sages-femmes qui ont fait des aspirations sous ma responsabilité pendant leurs stages. Et qui, évidemment, arrivent à faire le geste. Voilà, je dis tout... heureusement que c'est anonyme (rires)... Je vais me faire taper sur les doigts...

Verriez-vous une différence entre anesthésie générale et anesthésie locale ?

Ah bah, le geste est le même, donc pas de différence entre les deux... La différence, c'est dans l'accompagnement. Et, après, souvent l'accompagnement ce n'est pas forcément la personne qui fait le geste, qui elle est concentrée sur le geste. Et c'est souvent une autre personne qui assure cet accompagnement. Et c'est ça qui est hyper important dans l'anesthésie locale.

Verriez-vous des contre-indications ou conditions à la pratique des aspirations par les sages-femmes ?

Ah, je ne me suis jamais posé la question... Après, c'est comme dans le suivi de grossesse en fait, les femmes qui ont des gros antécédents, elles sont rares. Et finalement, nous aussi, en tout cas là où je travaille, quand il y a des gros antécédents, on a tendance à se mettre en sécurité, et à se faire seconder par un chirurgien ou quoi... Donc, ça me semble cohérent de..., quand il y a une situation délicate sur le plan médical... mais ce qui est le cas pour nous aussi en fait, de pas travailler seul et de reconnaître les situations qui peuvent justifier de, soit passer la main, soit de se faire accompagner.

Et les sages-femmes appelleront en cas de complication, mais comme n'importe qui, en fait. Nous, quand la dame saigne, bah on appelle quelqu'un. Vous gérez autant que nous. Moi il y a des choses, sur des complications d'IVG, je ne peux pas gérer plus que vous, en fait.

Moi je vois vraiment le regard : médecins généralistes et sages-femmes ont des compétences égales, on part des mêmes compétences.

Et faites-vous une différence de compétence avec les gynécologues ou gynécologues-obstétriciens ?

Pour moi, sur le geste, on est aussi compétent qu'un gynécologue médical. Et après, je pense que le chirurgien, il va avoir un autre regard, forcément. Ils sont vachement plus détendus que nous sur les gestes, en fait. Ils ont l'expérience : ils sont plus habitués à une femme sous AG, ils sont moins impressionnables par une hémorragie, alors que moi je me décompose... Je me souviens, une fois c'est arrivé, j'ai appelé la chef de clinique, elle était hyper détendue, alors que moi, j'étais au bout de ma vie... Mais voilà, parce qu'elle a une expertise et une expérience qui fait que, elle, elle est plutôt tranquille et rassurée, et que c'est une situation qu'elle a déjà vue « un million » de fois, et qu'elle saura quoi faire. Alors que moi, c'est quelque chose que je n'ai pas vu souvent et qui, au moins la première fois, m'a vachement impressionnée et inquiétée, oui. Et ça, je pense que pour les sages-femmes, ça sera pareil. Quoique, vous, les hémorragies, vous en voyez plus que nous, médecins généralistes, lors des accouchements ! Donc vous avez probablement des réflexes que nous, on n'a pas.

Verriez-vous cette pratique s'intégrer à votre CIVG et votre centre de santé ?

Mais oui ! Mais moi, j'attends que vous puissiez faire des aspi', et dès que vous en faites, je vous recrute, en fait ! La sage-femme a toute sa place, pour moi, c'est une évidence.

Mais j'ai l'impression que tout ça, c'est lié à l'histoire de la gynécologie... Moi, je pense que les compétences elles sont là, et que s'il y a une opposition, je ne crois pas que ce soit réellement

sur des arguments médicaux. J'ai l'impression que ça se joue ailleurs, ce qui n'est pas très classe d'ailleurs, vous voyez ce que je veux dire (rires)...

Du coup, moi, je ne vois pas en quoi les sages-femmes ne seraient pas compétentes, et je ne sais pas quels sont les arguments des gynéco-obstétriciens qui s'opposent, mais je pense que ces arguments, ils peuvent être totalement déconstruits un à un, en fait. En tout cas, moi qui suis médecin généraliste de formation, je pense qu'une sage-femme est tout à fait aussi compétente que moi à faire ça. Et moi, médecin généraliste de formation, j'ai aussi été confrontée à des oppositions de gynécos ou gynéco-obstétriciens, qui disent que je fais n'importe quoi. Donc, je comprends un peu ce que vous pourriez vivre, et ce que vous vivez parfois.

Mais après, la réalité, c'est que déjà, un, on manque de médecins partout, à cause du numéris clausus et des politiques de santé, et qu'il faut des gens pour faire les gestes.

Moi, je trouve qu'aujourd'hui, la gynécologie médicale, elle n'a plus trop de sens, en fait. Enfin... aujourd'hui, les gynécologues médicaux, ils font plus trop de la gynécologie médicale... enfin... ou ceux qui se forment, ils vont faire quoi ? De l'onco', de la PMA, des trucs très spécialisés. Et leur place, elle est là, leur compétence, elle est là. En fait, la santé de la femme en bonne santé, c'est des compétences qu'on partage, eux et vous, les sages-femmes, et nous, les médecins généralistes. En fait, on a besoin de leurs compétences aux spécialistes sur d'autres choses ! Sur la pathologie ! Je pense que le fait qu'il y ait moins de médecins, bah du coup, il faut utiliser leurs compétences de façon... plus réfléchie et plus pertinente, en fait.

L'arrivée des médecins généralistes et des sages-femmes en orthogénie, je pense que... ce n'est même pas ça, c'est que les gynéco' et les gynécologues-obstétriciens, il y a quand même que « eux, ils sont trop bien pour faire des IVG », quoi. Et puis, quand on entend la parole de certains syndicats de gynéco-obstétrique, c'est bien ce qu'ils disent hein, en fait, malheureusement... C'est terrible, mais c'est ce qu'ils disent. Le SYNGOF, c'est hallucinant, en fait. L'IVG c'est quand même le « parent pauvre » de la gynécologie hein, personne ne veut s'y coller, personne ne veut se salir les mains, alors que c'est la réalité des femmes, en fait. De toutes les femmes. De tous les milieux sociaux, de tous les âges, enfin bon... ça, on le sait tous. On le sait, que c'est une réalité depuis toujours, et que ça le restera toujours. Et de pas l'intégrer à leur pratique de base, c'est hallucinant quoi. Mais c'est un autre débat...

Donc, il y a un truc de manque de médecins, mais il y a aussi un truc de choix des orientations et un truc qui... Un truc qui est cohérent, parce que c'est pertinent que les compétences spécialisées, elles soient utilisées et bien utilisées, et il y a aussi un truc de « Je suis trop bien pour faire de l'IVG ».

En tout cas, quand on voit le discours de comparer l'IVG à un homicide, c'est des croyances... Ce n'est pas déontologique de dire ça. C'est de l'ordre de la croyance en fait, ce n'est pas un discours médical. C'est totalement inadapté, pour tout soignant. Mais il y a ça chez les médecins comme il y a ça partout, finalement.

Des sages-femmes nous ont parlé d'un « bizutage d'internes », qu'en pensez-vous ?

Bah, ça montre bien l'importance que les médecins qui encadrent ces internes donnent à cette activité. Ça montre bien la préoccupation qu'ils ont pour la prise en charge des femmes dans ces cas-là. Qu'eux, ils font ça par-dessus la jambe, et que c'est juste de la « petite chirurgie », qui est sans importance, et qu'en fait, je pense qu'eux-mêmes traitent les femmes comme ça dans ces situations-là. Eux, ils appellent ça de la « petite chirurgie », c'est des gestes qui sont simples pour commencer à faire des trucs. Et puis, c'est aussi, toujours ce truc-là de pas se salir les mains, parce qu'ils « sont trop bien », parce qu'ils vont faire des cancers, parce qu'ils vont faire des trucs de fou et que ces gestes... Ce n'est pas assez valorisant, ce n'est pas assez... Il y a quelque chose qui se joue là-dedans aussi.

Quelles sont vos perspectives d'avenir pour cette mesure ?

En conclusion, moi je suis très favorable. Je suis convaincue que vous avez la compétence, enfin, que c'est un geste qui s'apprend, et que vous pouvez tout à fait le faire. Enfin voilà, tout ce qu'on a dit, de devoir passer la main autant que nous, sur certaines situations...

Moi, je pense que ça va arriver, parce que tout le monde est en train de pousser pour que ça arrive. Tout le monde en parle, toutes les associations en parle, et que ça discute, en fait, dans les gens qui font les lois, c'est venu jusqu'à leurs oreilles. Ça commence à être évoqué de façon... concrète. Et je sais que les gens qui encadrent les stages des étudiants et les études de sages-femmes, se disent « Ok, ça va passer, comment on va l'intégrer ? ». Les gens commencent à se poser des questions vraiment concrètes, donc, je pense ça va vraiment arriver, moi. Et je l'espère, en fait. Et si ça arrive, j'espère que ça sera dans les deux/trois ans. Je ne sais pas, je suis peut-être trop optimiste... Les choses qui sont amenées par la société, pour améliorer la vie des gens et des femmes, ça va finir par faire son chemin. Je pense que les orthogénistes, globalement, ils sont favorables. Et que ceux qui vont s'y opposer, c'est les gynécologues-obstétriciens, pas forcément orthogénistes.

Annexe 6 : Entretien avec Ingrid, gynécologue-obstétricienne

Que pensez-vous de la possibilité de l'ouverture du champ de compétences des sages-femmes aux IVG instrumentales ?

Moi ce que je pense, c'est que le statut même des sages-femmes n'est pas clair en ce moment. Et la relation entre sages-femmes et obstétriciens, elle est compliquée, elle est obscure pendant ce temps. La façon dont ça s'articule, elle n'est pas bonne, que ce soit pendant la grossesse ou en dehors de la grossesse. Et que les choses qui ont été pensées, elles l'ont été dans l'urgence, parce qu'il faut remplacer les gynéco', voilà en gros... mais sans réflexion sur la place de la sage-femme dans le suivi des femmes en général et de la grossesse, et que ça n'a jamais été fait correctement. Et du coup, il y a cette espèce de chevauchement à un moment qui est flou, et qui demanderait à être réfléchi et posé, pour que chacun puisse poser sa place, et d'arrêter d'utiliser les sages-femmes quand on n'a pas de médecins, et d'arrêter d'utiliser les médecins quand on n'a pas de sages-femmes, en gros, c'est ça. Donc, dans une question plus globale que la tienne, cette question-là, elle se poserait aussi.

Donc, par rapport à l'IVG instrumentale par les sages-femmes... autant pour le suivi de grossesse, j'ai un bon avis... En fait, moi je pense que toutes les grossesses devraient être suivies par une sage-femme, de base, et que quand il y a une pathologie, on rajoute le médecin. Mais on n'enlève pas la sage-femme. Parce que la femme enceinte qui a une pathologie, elle a le droit d'être enceinte, et elle a le droit de faire « gouzi-gouzi » comme les autres femmes enceintes, et elle a le droit de se projeter dans sa grossesse, avec son enfant, de préparer l'arrivée de son enfant, malgré le fait qu'elle ait un lupus ou une autre maladie... Et, quand elle est suivie que par un médecin, on occulte un peu ce côté vraiment grossesse, pour se concentrer sur la maladie. Or, cette femme-là, qui en plus est malade, va quand même se retrouver avec un enfant après l'accouchement, elle va se retrouver quand même à faire des nuits blanches alors qu'elle a un traitement, peut-être une césarienne et cetera... Donc ça sera d'autant plus pour elle. Donc ça, il me semble que cette place-là, elle est à trouver pour les sages-femmes. Et ce fonctionnement-là, on devrait l'avoir pour tout le monde, avec la place vraiment de la sage-femme, qui suit la grossesse. Et cette place, elle doit être très claire et tout le temps-là, peu importe que la dame elle ait une pathologie médicale, et avec le médecin qui vient éventuellement se greffer dessus s'il y a une pathologie. Donc, ça, c'est facile comme question (rires)... Maintenant, sur la question du planning et de l'orthogénie...

Trouvez-vous que la sage-femme a sa place en orthogénie en général ?

A partir du moment où elles sont formées pour, bien sûr. Les sages-femmes, elles s'occupent des femmes en général. Donc, qu'elles fassent de la contraception, de la prévention à la sexualité, ces choses-là, c'est parfaitement dans leurs champs de compétences. Il faut évidemment qu'elles soient formées pour, mais il me semble que la nouvelle génération c'est quand même plus le cas qu'avant. Donc, à partir du moment où la formation est là, pourquoi pas ?

Là, pour le coup, pour asseoir le rôle propre d'un médecin et d'une sage-femme, c'est beaucoup plus flou que pendant la grossesse. Donc, j'ai beaucoup de mal à me positionner sur la question stricte des IVG instrumentales, parce que, est-ce qu'on part du principe que ça c'est de la pathologie ? Pas forcément. On peut aussi se dire que c'est le cours... pas normal mais enfin... non pathologique d'une grossesse que de vouloir une interruption de grossesse. Et que le champ strict du médecin serait là s'il y a une complication, si la dame elle a une pathologie médicale surajoutée, dans ce genre de choses...

Au niveau du geste en lui-même, pensez-vous que les sages-femmes seraient compétentes ?

Ce n'est pas un geste très compliqué, hein. Mais si on reste sur cette logique du « ce n'est pas de la pathologie », c'est un accompagnement d'une étape de la vie d'une femme finalement, bah oui, ça rentrerait dans le champ de compétences des sages-femmes. Ce qui ne rentrerait pas dans leur champ de compétences, c'est à partir du moment où ça devient compliqué, alors peut-être les IVG un peu avancées, au bloc opératoire, ce genre de choses, où ça devient... où il y a plus de choses à gérer. Sous AG, je ne sais pas... Ça reste une étape de la vie normale, c'est plutôt comme ça que je le vois, en fait. C'est plutôt une question d'étapes de vie, ce n'est pas une question médicale. Les sages-femmes ont cette chance-là d'avoir une femme qui n'est pas forcément malade en face d'elles, et il faut garder ça. C'est vrai que c'est médical, mais ce n'est pas une pathologie. Une IVG, ce n'est pas une pathologie, c'est une étape de vie, qui n'est pas forcément agréable, mais c'est une étape de vie. Et pour moi, le rôle de la sage-femme, il faudrait qu'il se concentre là-dessus, c'est-à-dire sur les étapes de vie des femmes, que ce soit la grossesse, et donc l'interruption de grossesse, le suivi, les frottis et cetera... Et tout ça, c'est du suivi et de la prévention, pas de la pathologie, c'est un peu le médecin généraliste des femmes. Mais les généralistes s'occupent aussi de la pathologie et ils ont cette compétence. Je trouve que les sages-femmes devraient plus s'approprier ce côté-là, étapes de vie des femmes, d'accompagner les étapes de vie des femmes, et de laisser la pathologie aux médecins, comme on fait dans toutes les autres spécialités.

Donc, à partir du moment où c'est quelque chose de simple, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de problème de coagulation, que la dame n'a pas une malformation utérine, une pathologie, je n'en

sais rien... A partir du moment où il n'y a pas de pathologie, ça relève d'une étape de vie normale... enfin normale... on ne peut pas dire normale, mais d'une étape de vie possible dans la vie d'une femme, et donc ça relève des compétences des sages-femmes. Mais c'est mon avis personnel hein, c'est pas du tout comme ça que les choses sont pensées, et c'est bien ce qui pose problème bien souvent...

Pensez-vous qu'il y aura une résistance de la part des gynécologues-obstétriciens ?

Oui, je pense, mais c'est parce qu'encore une fois, les choses ne sont pas claires entre les champs de compétence sage-femme et obstétricien, pour la bonne raison que quand il n'y a pas assez d'obstétriciens, on trouve que les sages-femmes sont finalement assez bien pour faire le boulot, et inversement. Donc il y a un moment, faut arrêter de réfléchir en termes de personnel disponible pour donner des compétences aux uns et aux autres, mais bien se repenser dans quel champ d'action on se trouve. Donc, comme je te disais, pour moi, la sage-femme elle accompagne les différentes étapes de vie d'une femme, et à partir du moment où ce n'est pas pathologique, et bah on n'a pas besoin de médecin. Mais je ne suis pas sûre que mes collègues partagent mon avis, parce qu'effectivement... euh... ça peut faire peur... C'est pour ça aussi qu'il faut que tout ça soit fait sous contrôle, c'est-à-dire en ayant quelqu'un à appeler, si jamais ça... Parce que, ce qui est difficile à gérer, c'est la gestion des complications, si on perfore l'utérus et cetera... enfin voilà, il faut quelqu'un qui sache gérer les complications. Mais, si on part du principe que pour tout le monde c'est l'accompagnement par une sage-femme, et qu'on rajoute le médecin quand il y a besoin, les choses sont beaucoup plus simples. Un peu comme en salle d'accouchement en fait, où ça ne se passe pas si mal. Là où on a des soucis c'est plutôt pour les consultations, pour les autres choses, mais si on appliquait la même philosophie qu'en salle de naissance, évidemment les choses sont claires, les choses sont bordées, et ça se passe plutôt bien.

Pensez-vous que les sages-femmes seraient une partie de la réponse pour pallier un manque d'offre de soins ?

Bah là, on retombe dans les vieux travers de « il n'y a pas assez de gynécologues », donc, on délègue aux sages-femmes. Moi, je pense qu'il faut vraiment le poser dans l'autre sens, et juste se dire : quel est le rôle de la sage-femme ? Et définir ce rôle-là. A partir du moment où on le définit, on a la réponse à la question. Mon point de vue, c'est celui que j'ai énoncé, mais peut être que la réponse, c'est une autre. Mais, si on dit que les sages-femmes, elles vont pallier aux gynécologues-obstétriciens, on va de nouveau se retrouver dans les conflits, dans les querelles de clocher... Et pour moi, c'est prendre le problème à l'envers.

Annexe 7 : Entretien avec Claire, sage-femme

Nous avons choisi de ne pas inclure la première partie de l'entretien retraçant le parcours professionnel afin de préserver l'anonymat de cette sage-femme.

II. Retour sur l'obtention de l'IVG médicamenteuse pour les sages-femmes

En 2016, les sages-femmes ont obtenu l'IVG médicamenteuse comme nouvelle compétence, qu'en aviez-vous pensé à l'époque ? Étiez-vous très favorable, favorable, neutre défavorable, très défavorable, et pour quelles raisons ?

Très favorable, parce que je le faisais déjà, et je me disais faut que ce soit officiel, et il faut que ça soit reconnu. Quand on rentre dans l'orthogénie, on se rend compte qu'il y a une difficulté d'accès à l'IVG. Moi, quand je suis sortie de salle de naissance (SDN), je le dis souvent, j'étais « cul-cul-land » hein. J'arrivais au planning familial, fallait construire le centre et pour moi il n'y avait pas de souci, Loi Veil en 74, on est en France, pas de souci, on était bien sur l'IVG. Et puis, quand on commence à bosser dedans, et là on était vraiment dedans, parce qu'il fallait créer la structure, là on se rend compte que oui, ce n'est pas si simple l'IVG en France, en fait.

La loi, on ne reviendra jamais dessus, par contre, il peut y avoir des bâtons dans les roues sur le terrain, parce qu'il peut y avoir des lois qui ne sont pas applicables en fait, et donc pas appliquées. Donc, c'est les professionnels de terrain qui doivent se battre pour avoir des places au bloc pour l'IVG, avoir des lits d'hospitalisation pour l'IVG, avoir des consultants pour ne pas que les délais d'attente soient trop longs et pouvoir les recevoir pour leur demande d'IVG. Avoir du personnel dédié et formé à ça pour que l'information qu'on transmette aux femmes soient des bonnes informations, et que le discours qu'on transmette aux femmes ne soit pas culpabilisant, et ça, la loi ne fait pas tout et en fait, sur le terrain il y a un vrai boulot...

Alors je ne sais plus pourquoi je te parle de tout ça mais bref, du coup qu'il y ait d'autres professionnels de santé qui participent à cette activité, ça permet d'améliorer l'accès aux soins.

Aujourd'hui votre opinion a-t-elle évolué ?

Oui alors c'est vrai, que par contre on passe vraiment dans le tout IVG médicamenteuse, c'est-à-dire qu'on a beaucoup de professionnels qui font l'IVG médicamenteuse : médecins généralistes de ville, sages-femmes libérales, sages-femmes hospitalières... Et concrètement, qui fait les IVG instrumentales ? Bah c'est juste sur le terrain les médecins des centres d'IVG hospitaliers, globalement c'est ça... Ça fait qu'il y a un vrai déséquilibre, et le risque c'est qu'on oriente les femmes vers l'IVG médicamenteuse parce qu'elles auront un accès plus rapide à l'IVG médicamenteuse mais que du coup, on ne soit plus dans le choix des femmes au niveau de la

méthode. Et les femmes on le sait, c'est des recommandations HAS, il y a eu des études, ça a été prouvé : à terme égal, il n'y a pas plus de complications quelle que soit la méthode, et quand la méthode est choisie, elles vivent mieux leur IVG et j'ai envie de dire tant mieux, l'objectif c'est que ça se passe bien. Donc c'est vrai, que le risque c'est qu'on ne réponde plus aux choix des femmes. Donc c'était bien de donner l'IVG médicamenteuse aux sages-femmes mais d'où l'importance de donner aussi l'IVG instrumentale aux sages-femmes.

Mais derrière, si on donne l'IVG instrumentale aux sages-femmes, il faut vraiment bien cadrer le truc, au niveau de l'organisation dans les structures, il faut que ça soit bien fait. Parce qu'il ne faut pas juste comme on file ça aux internes de 1^{er} semestre, faut vraiment que ce soit un plus dans l'accès aux soins, en termes d'actes c'est-à-dire qu'on puisse plus répondre aux demandes des femmes mais aussi en termes de qualité, que ça améliore vraiment la qualité des soins. Et je pense que si on le fait bien oui ça va vraiment améliorer la qualité mais il faut bien le cadrer dans la loi et il faut bien s'assurer, et ça c'est le job des ARS, de s'assurer que sur place ça soit bien fait.

L'obtention de cette compétence est-elle arrivée au moment opportun selon vous et pourquoi ?

Pour moi, encore une fois, ça n'a pas changé ma pratique donc avant, maintenant, après, ça n'aurait rien changé. Après, pour les sages-femmes en général, je pense... mais bon... il faut bousculer les professions pour qu'il se passe quelque chose... mais je pense que c'était un peu tôt. Je pense que les sages-femmes n'étaient pas prêtes en fait. Mais bon, après c'est un mal pour un bien parce qu'après ça bouscule, et du coup ça force à se former, à s'intéresser au sujet... Mais les sages-femmes n'étaient clairement pas prêtes. C'était une petite minorité de sages-femmes qui étaient dedans et qui se disaient « c'est super il faut le faire » mais une grande majorité, 90% qui ne connaissaient pas du tout l'orthogénie, se demandaient bien pourquoi on leur donnait ce champ de compétence, et qui l'ont perçu comme le truc « ah bah oui personne ne veut le faire donc on nous le refile » et je trouve que c'est caricatural et rapide comme analyse alors que derrière c'est tellement énorme pour la santé des femmes enfin... Mais quand on n'est pas dedans, moi j'aurais été en salle de naissance je n'aurais pas perçu ça pareil parce que je n'étais pas dedans, mais elles n'ont pas perçu l'intérêt pour la santé des femmes quoi. Enfin je pense que si... c'est un peu dur de dire ça... je pense qu'elles l'ont perçu mais pas autant que les filles qui étaient sur le terrain les mains dans le cambouis dans l'orthogénie quoi...

Vous pratiquez des IVG médicamenteuses, quelles ont été vos motivations pour vous former puis en pratiquer ?

Alors moi quand j'ai commencé, je ne pensais pas qu'il y avait une difficulté d'accès à l'IVG, comme je le disais tout à l'heure, moi je pensais qu'il n'y avait pas de problème. Mais c'était

juste que ça allait dans la suite de l'ouverture de nos champs de compétences après la Loi HPST de 2009, je trouvais ça intéressant qu'on nous ait ouvert notre champ de compétence à la gynécologie, à la contraception, et donc je m'étais intéressée à me former à ça, et puis alors je m'étais dit « Alors là, on peut faire le suivi de grossesse, on peut faire les accouchements, on peut faire la contraception, on peut faire le suivi gynécologique de prévention mais pour l'IVG on dit « ah non là c'est plus moi », je trouvais ça un peu dans la prise en charge globale des femmes...

Et puis moi, j'ai toujours été sensibilisée... enfin je ne sais pas ça doit être... bref... ça doit être l'éducation, je n'en sais rien, mais j'ai toujours été sensibilisée sur le fait que c'était un droit des couples et pas que des femmes, un droit des couples qui était important. Et oui, moi je m'étais dit « je veux bien participer à cette activité » parce que c'est une activité que je trouve plutôt noble, il y a plein de gens qui ne trouvent pas ça noble, bah moi je trouve ça noble au contraire de s'occuper d'un truc dont personne ne veut s'occuper.

III. Pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes

Actuellement, des sages-femmes et l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO) revendiquent l'obtention de la compétence de l'IVG instrumentale par les sages-femmes.

Le saviez-vous ?

Oui, évidemment.

Qu'en pensez-vous ?

Je soutiens évidemment, pour le choix des femmes très clairement. Et puis pour l'accès aux soins, c'est du quotidien, non mais on refile ça aux internes de 1^{er} semestre, c'est du bizutage d'interne clairement, du coup les internes le vivent mal et c'est normal. On leur dit « tiens, tu y vas et tu n'as pas le choix » et donc je pense que si les sages-femmes sont formées, elles le feront mieux qu'un interne de 1^{er} semestre, tant dans la prise en charge médicale pure que dans la prise en charge psycho-sociale, j'ai envie de dire.

Et il y a le choix des femmes qu'il faut respecter : si elles sont à 6 SA mais qu'elles ne veulent pas voir les caillots, qu'elles ne veulent pas sentir la douleur et qu'elles préfèrent être endormies bah on les passe au bloc et si elles vivent mieux leur IVG, tant mieux. Et puis, quand on voit les clauses de conscience des médecins... Moi je respecte les clauses de conscience, il n'y a pas de soucis par rapport à ça, et j'ai envie de dire tant mieux, s'il y a des médecins qui ne veulent pas en faire et bien qu'ils ne le fassent pas, et s'il y a des sages-femmes qui ne veulent pas en faire,

qu'elles ne le fassent pas, parce qu'ils vont mal le faire, donc là-dessus je suis très claire. Mais du coup, on en revient toujours au même point, s'il n'y a plus de professionnel de santé qui ont cette compétence, l'offre de soin sera plus adaptée à la demande.

Pensez-vous que la population serait favorable ou réticente à cette nouvelle pratique et pourquoi ? Je pense qu'ils seraient favorables, je pense qu'ils s'en fichent du moment qu'ils sont bien pris en charge.

IV. Faisabilité et intégration aux pratiques quotidiennes

Dans l'hypothèse où la pratique des IVG instrumentales serait reconnue comme nouvelle compétence des sages-femmes,

Auriez-vous des appréhensions par rapport à ce geste ?

Il y a le fait que... et c'est peut-être pour ça que cela crée des difficultés dans la tête des médecins que les sages-femmes fassent ce geste, c'est que du coup les femmes peuvent être endormies, et ça sera la première fois qu'on prendra en charge des femmes sous anesthésie générale. Donc il y a le travail avec les anesthésistes qui serait une de mes appréhensions. Après sincèrement... Bon il faut être formé c'est sûr, comme un truc qu'on n'a jamais fait, on ne peut pas l'inventer c'est sûr. Mais dilater un col, je pense que je pose des stérilets, alors ce n'est pas la même dilatation, on est d'accord, mais passer un col voilà il faut tester avec les bougies, je pense que ça on est capable de le faire. S'il y a une hémorragie, on est capable de la diagnostiquer et d'appeler nos collègues médecins... Non franchement, il n'y a pas d'appréhension par rapport au geste technique.

Ces appréhensions seraient-elles les mêmes que celles liées à d'autres gestes que vous pratiquez déjà ou seraient-elles différentes et en quoi ?

Toutes les études montrent que quand on est formé spécifiquement à ce geste, on est meilleur, en tout cas on n'est pas moins bon, on est meilleur ou pareil que le médecin qui fait plein d'autres trucs... Et c'est pour ça qu'il faut du personnel motivé, bon ça paraît évident, mais dans des organisations parfois de structures ça ne paraît pas si évident. C'est important que ce soit du personnel motivé, du personnel formé et du personnel dédié, parce que du coup, quand on fait la même chose tous les jours, on devient meilleur que quand on va à droite à gauche, enfin voilà...

Pouvez-vous me citer les actes chirurgicaux ou invasifs que vous pratiquez déjà ?

C'est des femmes en bonne santé quoi pour les IVG... Bon, après des fois on prend en charge des femmes qui ont des problèmes de santé, c'est vrai que la limite elle est toujours...

Alors pour les gestes chirurgicaux bah il y a la DA/RU (délivrance artificielle, révision utérine), l'épisiotomie, la réfection d'épisiotomie, intubation du nouveau-né, pose de stérilets... Enfin, on fait des gestes invasifs.

Comment voyez-vous cette nouvelle compétence s'intégrer à votre pratique personnelle ? En termes de temps, de faisabilité, ou autre ?

Alors, il ne faut pas que cela soit les sages-femmes de garde. C'est pour ça, il y a une vraie question derrière : si on nous ouvre nos champs de compétence, il faut vraiment bosser sur l'organisation. Parce que moi je pense qu'il ne faut vraiment pas que ce soit les sages-femmes de garde, parce qu'à l'heure actuelle, ce n'est pas le... Alors, après c'est difficile parce que chaque structure est différente mais pfff... Moi je reste quand même sur l'idée qu'il faut quand même du personnel motivé, formé et dédié, c'est vraiment les trois points clés. Parce que l'orthogénie, si on commence à tourner, comme on fait dans beaucoup de maternités, c'est-à-dire on fait de la salle de naissance puis des suites de couches puis après on va faire des consultations... Enfin, si on commence à tourner le truc c'est qu'on perd ce... je n'aime pas le mot militantisme de terrain mais on perd ce côté...

Pour avoir des places au bloc pour l'IVG, faut se battre au quotidien, il ne faut pas croire ! Parce que tout le monde défend son activité : il y a celui qui opère le cancer du sein qui dit « Non non, mais attends c'est le cancer du sein, c'est quand même beaucoup plus urgent qu'une IVG, donc tu ne prends pas le bloc lundi c'est moi qui opérerai », les fibromes, les machins et il y a toujours un truc... Et dans ce sens, si on tourne, on est moins investi et on dit « Ah oui je comprends, cancer du sein, oui césarienne je comprends... ». Mais du coup, ça veut dire quoi sur l'accès aux soins des femmes ? Ça veut dire qu'au début on devait avoir, je dis n'importe quoi, 15 places au bloc d'IVG par semaine et au final comme on a été sympa à donner à tout le monde, et bah du coup on se retrouve à moins 6, moins 7 places. Et du coup, ça veut dire quoi sur l'accès aux soins des femmes ? Ça veut dire délais de prise en charge plus longs, donc c'est catastrophique pour l'accès aux soins des femmes. Donc je pense vraiment que là il y a un vrai vrai vrai débat et il faudra vraiment bosser là-dessus si l'IVG instrumentale passe chez les sages-femmes.

Et puis en plus, ça peut être très mal vécu par les sages-femmes qu'on leur dise « ah tiens entre deux accouchements tu iras faire une aspiration », ça peut être de la maltraitance de sage-femme comme on a maltraité les internes de premier semestre. Et derrière, qui dit maltraitance de sages-femmes, dit maltraitance de femmes, parce que quand on est maltraité on ne va pas bien

traiter les patients hein, donc il y a vraiment un truc... Et moi je pense que les trois mots clés c'est ça : motivé, formé et dédié.

Craigniez-vous des dérives et lesquelles ?

Il y aura des dérives, aux urgences, en salle de naissance... Alors, c'est facile à dire mais il faut vraiment, et c'est le job des ARS, d'aller vérifier, de mettre le nez dans l'organisation du chef de service. Alors les chefs de service ça ne va pas leur plaire, mais c'est comme ça, on ne fait pas ce qu'on veut dans son service, et c'est à ça que ça sert nos instances, l'ARS, la HAS, c'est de s'assurer que la loi est bien appliquée et pas juste en termes d'activité, mais qu'elle est appliquée aussi en termes de qualité des soins.

Comment pensez-vous que les gynécologues-obstétriciens et anesthésistes accueilleraient la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes ? Et comment voyez-vous cette compétence s'intégrer dans un service et aux pratiques ?

Moi, chez moi, ça se passera bien parce qu'on s'est déjà un peu préparé au truc. Sinon en général, les gynécologues-obstétriciens ils vont dire... Ils ne veulent pas le faire mais ils ne veulent pas qu'on marche sur leur plates-bandes non plus, donc il y a un peu d'incohérence là-dedans. Donc ils vont dire qu'ils ne trouvent pas ça bien. Les anesthésistes, ils ne s'entendent pas avec les gynécologues obstétriciens, mais d'un autre côté, que ce soit des non-médecins qui opèrent la patiente qu'ils ont pris en charge, ça va leur faire bizarre... non ce n'est pas simple... ce n'est pas simple...

C'est pour ça qu'il y a un vrai positionnement des sages-femmes. C'est pour ça que quand on dit « c'est important dans la loi que la sage-femme il faut qu'elle soit autonome dans son geste nanana... » oui, c'est important mais il y a aussi le positionnement sur le terrain. Enfin les jeunes sages-femmes qui débutaient il faut savoir se positio... Alors c'est difficile quand on est jeune de se positionner parce qu'on a envie que ça se passe bien etc. Mais moi par exemple c'est un positionnement quotidien hein, par rapport aux médecins. Mais pas que, par rapport aux infirmières, par rapport aux conseillères conjugales... Il faut la faire diplomate, sympa... (rires), il faut savoir se positionner en tant que professionnel médical autonome, et moi qui viens de l'école de [...] et je sais très bien comment ça se passe en Province. On est content, on est content que dans la loi il y ait écrit que les sages-femmes sont autonomes, mais sur le terrain on ne l'est pas du tout. Moi, je préfère que dans la loi, ça ne soit pas noté mais que sur le terrain on le soit. Enfin je veux dire, ça nous fait une belle jambe que dans la loi ça soit noté qu'on est autonome alors que sur le terrain on ne l'est pas du tout. Et c'est 90% du territoire français où les sages-femmes ne sont pas autonomes. Donc c'est un peu des batailles... moi je te dis ça me saoule un peu (rires)... En fait, faut se battre sur le terrain, c'est des batailles sur ton positionnement en

tant que sage-femme, et il n'est pas simple, il n'est pas simple parce qu'on est vulgairement le cul entre deux chaises... (rires)

Comment voyez-vous la formation des sages-femmes à cet acte ? Faudrait-il selon vous l'intégrer dans la formation initiale ou par formation supplémentaire ?

Moi je pense qu'il faut que ce soit une formation complémentaire, vraiment. Parce que ça montre la motivation et la formation. Je pense qu'il faut faire évidemment une formation théorique à l'IVG mais un peu comme l'échographie. Les filles, quand elles sortent de l'école, elles ont les bases mais elles ne savent pas faire une échographie du 2^{ème} trimestre, une écho' morpho on ne sait pas la faire. Et beh pareil pour l'IVG. Il faut une formation complémentaire je pense, pour justement montrer la motivation, et que ce soit vraiment les filles motivées qui feront cette formation complémentaire. Donc déjà, ça montrera la motivation et ça sera vraiment des filles formées. Parce que c'est pareil dans la formation obligatoire, il y a des trucs qu'on n'écoute pas parce que ça ne nous intéresse pas, mais c'est obligatoire, donc on le fait. Donc moi, je pense vraiment qu'il faut un truc en plus comme les sages-femmes échographistes.

Et des stages pendant les études pour celles qui le souhaitent, comme c'est organisé actuellement. Mais aujourd'hui, quand on sort de stage on n'est pas apte à faire ces actes, il faut souvent une formation complémentaire. Il faut garder les stages, il faut garder la formation théorique, mais à la fin de ton stage tu ne sauras pas faire une IVG instrumentale, tu auras peut-être un petit peu pratiqué mais voilà...

Le problème je te le dis, et là c'est vraiment de la pratique de terrain, il y a de l'orthogénie pour les sages-femmes libérales et pour les sages-femmes hospitalières. Alors la motivation, ça peut être « j'ai envie de prendre en charge des sages-femmes qui font des IVG, c'est un truc qui m'intéresse j'ai envie de me former », mais il y a d'autres motivations possibles aussi pour les sages-femmes. Pour la sage-femme libérale c'est d'augmenter son activité parce qu'il y a beaucoup de concurrence et qu'à un moment donné, il faut avoir un gagne-pain, il faut manger et donc elle se dit « si je fais de l'IVG j'aurais une activité en plus, et ça va augmenter mon revenu ». Pour moi, ce n'est pas une bonne raison, même si c'est une vraie raison, et derrière ce qu'il faut savoir c'est que... j'avais vu un topo en Tunisie et les sages-femmes tunisiennes, elles ont le droit, ou en tout cas, elles prennent en charge les femmes qui font des IVG, et elles ont un discours très culpabilisant et très moralisateur.

Et j'ai peur... je te le dis hein, j'ai peur. Parce que j'en parlais tout à l'heure avec une collègue, dans les jeunes sages-femmes parfois on entend « oui mais tu vois les hormones quand même... » un peu comme les femmes ! Un peu comme les femmes qu'on voit en consultation et qui nous

disent « Ce n'est pas bien les hormones » ou « L'IVG il ne faut pas en faire trop dans sa vie parce que... » alors que si c'est bien fait, bah j'ai envie de leur dire « ce n'est pas notre problème quoi ». Nous, notre problème c'est de bien la prendre en charge, et c'est de ça dont j'ai peur en fait. C'est de, derrière une idée de se dire « on avance pour l'accès aux soins, pour la qualité de prise en charge », j'ai peur que si ça n'est pas bien cadré, et bah du coup, on ait l'effet inverse en fait, et qu'on est un discours moralisateur et culpabilisant auprès des femmes. Parce que, il ne faut pas croire, chez les médecins il y en a qui mettent leur clause de conscience, mais chez les sages-femmes c'est pareil hein ! Et c'est pour ça que j'insiste sur un personnel motivé, formé et dédié. J'insiste vraiment car j'ai peur que derrière ça soit une régression. Et c'est pour ça que je te disais tout à l'heure que je pense qu'en 2016 c'était trop rapide pour la profession qui l'a vécu comme quelque chose de violent pour eux tu vois, en disant « ah on nous refille ce que les médecins ne veulent pas faire » alors que derrière, il y avait un vrai intérêt de santé publique, alors que le truc qui est passé en premier c'est « on nous refille des trucs », et je pense que c'était trop rapide pour la profession.

Donc les sages-femmes libérales ça peut être ça leur motivation, et les SF hospitalières c'est de se planquer derrière les horaires 9h-17h, de se dire « je vais avoir un poste de jour, je ne vais pas avoir le médico-légal que j'ai en salle de naissance ». Et moi, ça n'était pas du tout ma motivation d'avoir un poste de jour, s'il faut que j'aille faire des IVG le samedi et le dimanche j'irai et si faut que j'en fasse à 3h du mat' j'irai ! (rires) Ce que je veux juste dire, c'est qu'on ne se met pas en orthogénie parce qu'on veut un poste de jour et qu'on veut se planquer quoi. Parce que ça, ça ne va rien améliorer, et c'est ça qui est derrière. Donc c'est pour ça que je pense qu'il faut une formation complémentaire qui montre que tu es motivé, que tu souhaites te former et personnel dédié. Je suis désolée, j'insiste, mais pour moi c'est hyper important, parce que l'objectif c'est quand même que les femmes soient bien prises en charge.

Que pensez-vous de la clause de conscience des sages-femmes par rapport à l'IVG ?

Si jamais c'est un personnel motivé et dédié, la question ne se pose pas !

Alors ce n'est pas pour tout de suite hein... enfin je ne suis pas pessimiste, on va se battre et on va continuer à se battre, mais il faut aussi être réaliste sur ce qu'est un texte de loi, il faut être réaliste sur le fait qu'on ne soit pas soutenues par les gynécologues obstétriciens. Il faut être réaliste dans la vie, il ne faut pas être culcul-land... Donc en effet, je pense que ça ne passera pas tout de suite mais que ça passera un jour. Mais derrière il y a un vrai job sur comment on organise la formation, comment on l'utilise dans les services. Parce que derrière, on a vraiment envie que ce soit une avancée pour les femmes et pas une régression, et il faut faire attention parce que ça peut devenir une régression en fait.

V. Militantisme ?

Pourquoi pensez-vous qu'au moment de la Loi Veil, les sages-femmes n'ont pas été incluses comme praticiennes dans le projet de loi ?

Chantal a dû déjà t'en parler mais il n'y avait que Chantal qui s'intéressait à l'IVG à l'époque. Les sages-femmes ne s'intéressaient pas à l'IVG, parce que pour elles, leurs jobs c'était la naissance. Et plein de sages-femmes pensent qu'à l'époque on a été écarté par les médecins du projet de loi, et je te le dis, il y a une vraie méconnaissance dans la profession de sage-femme de l'IVG, bref ! (ton agacé et rires)

C'est pour ça qu'il faut vraiment cadrer le truc quoi... Et c'est pour ça que le DU régulation des naissances, il forme à la planification familiale, parce qu'il a toute une partie histoire, législation socio-épidémiologique. Et ça c'est important quand tu prends en charge les femmes, de savoir d'où elles viennent ces lois, et qu'une grande majorité des sages-femmes ne sachent pas qu'en 74 les sages-femmes ne s'étaient pas impliquées... Moi je le sais car je me suis intéressée à l'orthogénie et c'est pour ça que les DU de gynéco ils sont bien pour faire de la gynéco en cabinet libéral, mais ils ne te forment pas à la planification familiale.

Selon vous, y a-t-il une différence d'habilité entre les médecins et les sages-femmes à pratiquer ce geste ?

Pour moi, si on est formé, c'est exactement la même chose. Eux ils ont l'expérience mais qu'on acquerra comme eux en le faisant.

Pensez-vous que la pratique des IVG puisse vous apporter quelque chose ?

Oui, parce que moi il y a plein de femmes qui me disent en consultation « est ce que vous serez là le jour du bloc ? » et je leur dis « bah non ça ne sera pas moi », donc ça sera un suivi dans la prise en charge globale des femmes, je pourrais les suivre complètement. Mais en soi, j'entends bien que ce n'est pas super excitant de faire une aspiration en soi mais dans le contact humain, dans la prise en charge des femmes, dans le suivi, si, oui, clairement là, ça prend tout son sens.

Et c'est pour ça que c'est du bizutage d'internes, parce que les internes qu'on envoie au bloc tous les matins, ils ne les connaissent pas les femmes, ils ne connaissent pas leurs histoires, ils ne les ont pas eus en consultation et donc là, on leur demande juste de faire le geste, oui je comprends que ça les dégoûte après derrière quoi. Parce que tout l'intérêt de l'IVG c'est de comprendre pourquoi cette IVG elle arrive là, aujourd'hui.

Au contraire, craignez-vous que cette pratique vous pénalise et en quoi ?

Bah c'est toujours pareil, si c'est bien organisé, bien cadré, si c'est du personnel motivé, formé, dédié (rires)... Après c'est sûr, qu'il faut savoir mettre son égo de côté quand on fait de l'IVG hein, parce que clairement tu deviens la sage-femme orthogéniste, vraiment c'est considéré comme pas très noble comme activité, faut vraiment mettre ton égo de côté. Encore une fois, c'est pour ça qu'il faut du personnel motivé, formé et dédié (rires).

Cette pratique vous semble-t-elle en rapport avec l'engagement féministe ?

Je n'aime pas trop le terme « féministe » moi parce que ça fait peur aux gens, ce qui fait peur dans le côté féministe c'est que ce qui est médiatisé dans le féminisme c'est les très très militants en fait. Et donc du coup quand on parle de féminisme, c'est les très très féministes qui disent « on pourrait vivre sans mec » quoi c'est ça qu'on se le résume (rires). Bon moi évidemment j'ai une partie féministe mais je ne me reconnais pas du tout dans ses milieux très très très militants parce que moi j'ai un mari que j'aime, enfin je ne me verrais pas vivre sans homme quoi (rires). Mais Simone Veil, elle était centriste, elle était mariée avec 3 ou 4 enfants et elle était féministe... Mais oui oui, c'est sûr que c'est un engagement féministe derrière sans être extrémiste. C'est juste que le mot féministe il dérange, il fait peur.

Avez-vous des croyances (familiales, culturelles, politiques, religieuses...) qui pourraient s'interférer avec cette pratique ?

C'est pour ça encore une fois qu'on en revient à la formation, et que le DU régulation des naissances il est bien car il te forme vraiment à ça, car au quotidien tu as des femmes musulmanes, catholiques etc. Ça touche toutes les religions, toutes les cultures, ça touche tout le monde. Et donc il y a tout un module là-dessus, et en tant que professionnel de santé faut avoir les billes pour avoir... enfin faut être au clair avec ça pour répondre aux femmes. Moi je suis catholique, pas très pratiquante, mais je suis profondément catholique, je me suis mariée à l'église, mon fils on l'a baptisé. Je suis profondément catholique mais je n'ai pas de problème, enfin voilà, j'ai fait le travail par rapport à la religion et par rapport à l'IVG.

Mais c'est pour ça que la formation elle est importante, parce que ce n'est pas si clair pour tout le monde. Parce que clairement, on peut être confronté à des trucs en consultations où évidemment que ça va... on est quand même des êtres humains donc au plus profond de nous on va juger, parce que l'être humain il juge c'est normal, mais en tant que professionnel de santé, il n'y a rien qui doit ressortir. Et si on n'est pas formé spécifiquement, j'ai peur qu'il y ait des petits dérapages. Parce que « c'est pas vraiment une activité médicale l'IVG et la contraception non plus, c'est une affaire de bonnes femmes », et donc on peut se permettre de dire « Woh vous avez pris trop de pilules du lendemain madame » et de la part de professionnels de santé hein...

J'ai une collègue sage-femme qui me dit « moi je n'ai pas envie que mon utérus soit un cimetière à bébés, je ne veux pas de stérilet », des mots comme ça de la part de professionnels de santé, qu'est-ce qu'elles transmettent derrière aux femmes ? Et je t'épargne hein, mais j'ai entendu plein d'autres trucs de professionnel de santé et il y a un côté « ce n'est pas vraiment médical », bah si, faut avoir une posture médicale et la formation est très importante.

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'État. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.