



HAL
open science

Les sages-femmes souhaitent-elles pratiquer des interruptions volontaires de grossesses instrumentales? : positionnement des sages-femmes de l'Orne, de la Manche et du Calvados sur la possible extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale

Emma Helaine

► **To cite this version:**

Emma Helaine. Les sages-femmes souhaitent-elles pratiquer des interruptions volontaires de grossesses instrumentales? : positionnement des sages-femmes de l'Orne, de la Manche et du Calvados sur la possible extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale. Gynécologie et obstétrique. 2022. dumas-03703126

HAL Id: dumas-03703126

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03703126>

Submitted on 23 Jun 2022

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

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

École de Sage-femme de Caen

**Les sages-femmes souhaitent-elles
pratiquer des interruptions volontaires de
grossesses instrumentales ?**

Positionnement des sages-femmes de l'Orne, de la Manche et du
Calvados sur la possible extension de leurs compétences à l'IVG
instrumentale.

Mémoire présenté et soutenu par

HELAINÉ Emma

Née le 18 avril 2000

Sous la direction de Mme CASTETS Sophie

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

Promotion 2018/2022



CAEN · CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE
UNIVERSITAIRE

SANTÉ

CHUCaen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

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

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

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

adresse
tél.
courriel
internet

Bibliothèque universitaire Santé
Pôle des formations et de recherche en santé • 2, rue des Rochambelles • CS 14032 • 14032 CAEN CEDEX 5
02 31 56 82 06
bibliotheque.sante@unicaen.fr
sed.unicaen.fr/

Remerciements

Je souhaiterais remercier tout particulièrement Madame Sophie Castets, ma directrice de mémoire, qui m'a soutenue et accompagnée de la meilleure des manières durant ce travail. Merci pour ta grande disponibilité, tes conseils et surtout, merci de m'avoir partagé ta vision du métier de sage-femme et ton engagement auprès des femmes.

Je remercie également Mme Isabelle Goupille, ma sage-femme enseignante référente, de m'avoir aiguillée et m'avoir accordée votre précieuse aide pendant toute la construction de ce mémoire. Merci d'avoir toujours été présente pour répondre à mes questions et d'avoir relu mon travail à plusieurs reprises.

Merci à toutes les sages-femmes qui ont répondu à mon questionnaire, sans qui ce mémoire n'aurait pu se faire.

Merci à mes parents et ma sœur pour leurs encouragements et leur soutien sans faille, merci particulièrement à ma maman pour la dernière relecture.

Et enfin, je voudrais remercier mes amies de promo, Alice, Margot, Élise et Flo pour ces années d'études passées ensemble. Merci pour ces moments de motivation, ces après-midis de travail mais surtout, et avant tout, pour tous les autres moments de rire et de détente. Une amitié forgée à l'école de sage-femme qui continuera bien après.

GLOSSAIRE

AG : Anesthésie Générale

AL : Anesthésie Locale

ANSFO : Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes

ARS : Agence Régionale de Santé

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

DROM : Département et Régions d'Outre-Mer

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation familiale

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

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

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SA : Semaines d'aménorrhée

SOMMAIRE

Première partie : Introduction	1
I. Cadre historique de l'avortement en France.....	1
1.1 De longues années de lutte avant la Loi Veil de 1975.....	1
1.2 Évolution de la Loi Veil vers une offre de soins plus accessible.....	3
II. Épidémiologie : pratique de l'IVG en France et Normandie Occidentale.....	4
2.1. En France	4
2.2 En Normandie Occidentale.....	5
III. Pratique de l'IVG.....	5
3.1 Parcours des femmes et cadre légal.....	5
3.2 Méthodes et protocoles	6
3.3 Complications	7
IV. Formation des sages-femmes à l'orthogénie	7
4.1 Formation initiale	7
4.2 Formations complémentaires.....	8
V. La nouvelle loi sur l'IVG et implications des sages-femmes	8
5.1 Loi du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale 2021	8
5.2 Les sages-femmes face à cette nouvelle loi	10
Deuxième partie : matériel et méthode	12
I. Problématique	12
II. Objectifs	12
III. Hypothèses	12
IV. L'étude	13
4.1 Type d'étude	13
4.2 Population cible, critères d'inclusion et d'exclusion.....	13
4.3 Critères de jugement	13
4.4 Outils méthodologiques	13
4.5 Analyse statistique	14

Troisième partie : Résultats	15
I. Caractéristiques de la population	15
II. Les sages-femmes et l'IVG médicamenteuse motivations, freins et pratiques.....	16
III. Les sages-femmes et l'IVG instrumentale : connaissance de la loi, positions, motivations et freins..	18
IV. Les sages-femmes et l'IVG instrumentale : formations souhaitées pour une future pratique ?.....	20
V. Profil des sages-femmes favorables ou non à l'extension des compétences à l'IVG instrumental.....	21
Quatrième partie : Analyse et discussion	25
I. Forces et limites de l'étude	25
1.1 Forces de l'étude	25
1.2 Biais et limites de l'étude.....	25
II. Discussion	26
2.1 Objectif principal : estimer le nombre de sages-femmes qui seraient favorables à l'extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale	26
2.2 Profils des sages-femmes favorables ou non favorables à l'extension de leurs compétences.....	27
2.3 Motivations des sages-femmes à l'extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale.....	29
2.4 Freins des sages-femmes à l'extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale.....	31
2.5 Attentes des sages-femmes concernant la formation à l'IVG instrumentale.....	35
CONCLUSION	36

INTRODUCTION

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un droit inscrit dans le Code de la Santé publique depuis 1975 grâce à la loi Veil (Article L2212-1 à L2212-11). Actuellement, cette loi permet aux femmes qui ne souhaitent pas poursuivre leur grossesse de faire appel à un médecin ou une sage-femme pour pratiquer une IVG jusqu'à 12 semaines de grossesse (1). L'IVG est un véritable enjeu de santé publique. Cependant, la légitimité des femmes qui demandent une IVG, dans un contexte social où la contraception est largement utilisée, est remise en question. En effet, d'après une revue sur les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement, l'IVG est souvent perçue comme un échec des femmes à maîtriser leur contraception. Les termes « récidiviste », « avortement de confort » ou encore « échec » de contraception participent à culpabiliser les femmes (2).

Malgré plusieurs avancées législatives, les représentations archaïques et moralisatrices de l'avortement constituent une forme d'entrave à l'IVG, en plus du manque de praticiens et de moyens.

Ainsi, après une longue lutte pour l'obtenir, cette loi reste très fragile et ne cesse d'évoluer dans le but de faciliter l'accès à l'IVG.

I. Cadre historique de l'avortement en France

1.1 De longues années de lutte avant la Loi Veil de 1975

La limitation des naissances est une pratique mentionnée à toutes les époques dans les écrits historiques. Avortement ou moyens contraceptifs, les femmes ont une volonté ancestrale de contrôler leurs fécondité (3).

Cependant, l'avortement a toujours été considéré par une partie de la société comme un mal. On retrouve par exemple le code d'Hammourabi (XVIIème siècle avant JC) qui le sanctionne par la peine de mort (4), le serment d'Hippocrate (IVème siècle avant JC) énonce : « je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif », ou encore les « faiseuses d'anges » qui étaient sévèrement condamnées au XIXème siècle.

En 1810, la création du Code Civil, article 317, condamne quiconque provoque l'avortement à la prison (5).

Dès 1896, parallèlement à l'essor des néomalthusiens, se développe un mouvement nataliste avec des tendances conservatrices et catholiques. Ce mouvement est renforcé avec la

première guerre mondiale et, en 1920, est votée une nouvelle loi pour fixer leurs idées. Cette loi réprime la complicité, la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle.

En 1942, avec le régime de Vichy, la loi assimile l'avortement à un crime contre la sûreté de l'État et instaure la peine de mort pour les avorteuses. C'est en 1943 qu'a lieu l'exécution de Marie-Louise Giraud, blanchisseuse et faiseuse d'ange, pour avoir réalisé vingt-six avortements. C'est la dernière femme à avoir été guillotinée en France (4).

A partir des années 1950, avec la mobilisation des femmes, est créé le mouvement Maternité heureuse. Son but est de permettre aux couples, grâce à la contraception, de n'avoir des enfants que lorsqu'ils le désirent mais ils distinguent nettement avortement et contraception. En 1960, ce groupe devient le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF), connu sous le nom de Planning familial aujourd'hui, il fait la promotion de la contraception. En partie grâce à ce mouvement, la loi Neuwirth est votée en 1967 permettant la libéralisation et une diffusion plus large des moyens de contraception.

En 1971, paru dans le magazine Le Nouvel Observateur, la « liste des 343 françaises qui ont le courage de signer le manifeste : je me suis fait avorter » aussi connu sous le nom de « manifeste des 343 salopes » avec la caricature de Charlie Hebdo. Il est rédigé par Simone de Beauvoir et signé par 343 femmes (personnalités du spectacle, de la littérature et de la politique) qui déclarent avoir avorté illégalement. Simone de Beauvoir s'associe à Gisèle Halimi, avocate, pour créer l'association « Choisir » pour défendre les personnes accusées d'avortement.

En 1972 a lieu le procès de Bobigny où Gisèle Halimi fait acquitter une jeune fille de 17 ans, Marie-Claire Chevalier qui s'est fait avorter avec l'aide de sa mère. Ce procès fait relancer les débats à l'Assemblée Nationale et bouleverse l'opinion publique. Il s'en suit la création du mouvement pour la libération de l'avortement et de la contraception (MLAC) et 331 médecins signent un manifeste où ils affirment pratiquer des avortements (6).

C'est dans ce contexte que le 17 janvier 1975, Simone Veil, la ministre de la santé sous le gouvernement de Valéry Giscard d'Estaing, fait voter, après de nombreux débats, la loi qui dépénalise l'IVG jusqu'à 12 semaines d'aménorrhées (SA). Cette loi est mise en place pour une période de 5 ans. Elle ne reconnaît l'IVG que pour les femmes en « situation de détresse », les mineures doivent avoir le consentement écrit de leurs parents, il n'y a pas de remboursement prévu, les étrangères sans papiers ne peuvent pas avorter et enfin les femmes doivent avoir trois consultations obligatoires : deux médicales avec un délai de réflexion d'une semaine et un entretien psycho-social par une conseillère conjugale (1).

1.2 Évolution de la Loi Veil vers plus une offre de soins plus accessible

En 1979, la loi Pelletier sur l'IVG adopte définitivement la loi Veil. En 1982, la loi Roudy (ministre des droits de la femme) permet le remboursement de l'IVG par la sécurité sociale à hauteur de 80% et 100% pour les mineures ou les personnes bénéficiant de la couverture maladie universelle (CMU), cette loi permet aussi la mise en place de centres d'IVG. Cependant, l'IVG médicamenteuse n'est réalisée qu'en 1988 avec l'autorisation de mise sur le marché du RU 486, huit ans après sa mise au point par le Pr Etienne-Émile Baulieu, un biologiste français.

En 1993, la loi Neiertz est adoptée. Cette loi sur « l'entrave à l'IVG » vise à sanctionner les personnes qui perturbent le fonctionnement des établissements hospitaliers participant à la mise en œuvre de l'IVG. Ce délit est passible de deux ans de prison et de 2 000 à 30 000 francs d'amende (4).

La « loi Aubry » de 2001 est une loi très importante dans l'histoire de l'IVG. En effet, elle porte de 12 à 14 SA le délai légal de l'IVG, supprime l'autorisation parentale pour les mineures qui doivent être accompagnées par le majeur de leur choix, rend facultatif l'entretien psycho-social pour les majeures, supprime le certificat de séjour pour les femmes de nationalité étrangère et autorise la prescription du RU 486 par les médecins de ville. Suite à cette loi, en 2009, un décret autorise les centres de planification à pratiquer des IVG médicamenteuses. En 2013, la loi de financement de la sécurité sociale instaure le remboursement de l'IVG à 100%. En 2014, la loi n°2014-873 pour l'Égalité entre les femmes et les hommes permet de supprimer la condition de « situation de détresse ». La phrase « la femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse » est remplacée par la suivante : « la femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse ».

En 2016, la loi sur l'IVG prend un nouveau tournant, dans le but de réduire les difficultés d'accès à l'IVG et de simplifier le parcours des femmes. Les sages-femmes acquièrent alors une nouvelle compétence après l'ajout du suivi gynécologique en 2009 (7). Elles peuvent désormais pratiquer des IVG médicamenteuses. Cette loi permet aussi la réalisation d'IVG instrumentales en centre de santé, mais cette pratique est encore réservée au médecin, elle prévoit aussi la suppression du délai de réflexion d'une semaine entre les deux consultations (1).

La loi sur le droit à l'IVG a considérablement évolué depuis 1975, notamment en termes de délai, de remboursement, ou encore de personnels compétents pour en pratiquer. Cependant

le droit à l'IVG n'a de valeur que s'il peut être exercé car une loi n'a de sens que si elle est applicable et appliquée. Concernant l'IVG, son application est continuellement remise en question par la société et même si les dernières modifications de la loi ont pour but d'améliorer l'accès à l'IVG, celui-ci restant précaire, ce qui se reflète à travers les données épidémiologiques.

II. Épidémiologie : pratique de l'IVG en France et en Normandie Occidentale

2.1 En France

D'après le dernier rapport de la DRESS (8), en 2020, 222 200 IVG ont été enregistrées en France dont 14 300 dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), contre 232 200 en 2019 (9). Ce chiffre reste relativement stable au fil des années mais le taux de recours en 2019 était le plus élevé depuis 1990 en atteignant 16,0 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en métropole et 28,2 pour les DROM. En 2020, le taux de recours est de 14,9 pour 1000 femmes en métropole et 28,5 dans les DROM. Les femmes les plus concernées sont âgées de 20 à 29 ans (taux de recours à 25,7 IVG pour 1 000 femmes sur cette tranche d'âge).

On observe également que le nombre de naissances, depuis 2014, diminue et, depuis 2017, le nombre d'IVG augmente alors que les deux évoluaient de façon similaire avant. Pour la répartition des IVG, on note en 2020 une baisse du nombre d'IVG en établissements de santé (154 000 contre 170 000 en 2019) alors que les IVG médicamenteuses hors établissement ont augmenté (67 800 contre 62 000 en 2019). Ces chiffres sont dus à un report de l'hôpital vers le secteur libéral et les dispositions de lois prises pendant la crise sanitaire (allongement du délai à 9 SA en libéral et téléconsultations).

Le nombre d'IVG instrumentales n'a cessé de diminuer avec la possibilité croissante de faire des IVG médicamenteuses hors établissements hospitaliers. En effet, les IVG médicamenteuses sont passées de 30% des IVG en 2001 à 72% en 2020. On voit aussi que le nombre d'IVG instrumentales a diminué dans les établissements de santé privés passant de 24% de l'ensemble des IVG en 2001 à 3% en 2020. Plus d'un quart des IVG instrumentales (17,6%) sont réalisées lors des deux dernières semaines du délai légal de recours à l'IVG. En effet, plus d'une IVG sur 20 est réalisée entre 12 et 14 SA, d'après le rapport de la DRESS témoignant d'une offre de soins insuffisante et d'une méconnaissance du système de santé (8).

Ces chiffres sont notamment expliqués par certaines problématiques relevées dans le rapport relatif à l'accès à l'IVG publié en 2013 par le Haut Conseil à l'Égalité. Ce rapport explique qu'avec la fermeture de plus de 130 établissements de santé pratiquant l'IVG en dix

ans, le manque de moyens et de personnels (départ en retraite de beaucoup de gynécologues), le parcours de soins est parfois difficile et peu accessible. Tout cela a plusieurs conséquences, notamment sur le choix de la méthode d'IVG (moins de 4 femmes sur 10 ont pu choisir la méthode d'avortement), le choix de l'anesthésie (moins d'une femme sur cinq a eu le choix), de longs délais d'attente et de longues distances à parcourir. Ces obstacles ont amené entre 3 000 et 5 000 femmes à partir avorter à l'étranger (10).

2.2 En Normandie Occidentale

D'après le dossier de presse réalisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Normandie à l'occasion de la journée mondiale de la contraception, en 2020 en Normandie, le taux d'IVG est inférieur à la France hexagonale avec un taux dans les départements de l'Orne, de la Manche et du Calvados respectivement à 13,1 ; 12,3 et 14,5 IVG pour 1000 femmes (11).

D'après le dernier rapport du réseau de périnatalité de Normandie, sur les trois départements il y a eu environ 3102 IVG pratiquées sur l'année 2019 dans les 17 établissements hospitaliers (Centre Hospitalier Universitaire, Centres hospitaliers et polyclinique). Parmi ces IVG, 67,7 % étaient des IVG médicamenteuses et 6,8% ont été réalisées entre 12 et 14 SA (12). Sur les centres réalisant les IVG instrumentales, seuls trois d'entre eux proposent une anesthésie locale (AL) à la place de l'anesthésie générale (AG). Pour les sages-femmes libérales, seulement 4,6% d'entre elles ont adhéré à un forfait IVG en 2019 avec un nombre moyen d'IVG par professionnel à 14,8 (chiffre comptant également l'ex-Haute-Normandie). Ces chiffres sont beaucoup moins importants que ceux retrouvés dans d'autres régions, comme par exemple en Provence-Alpes Côte d'Azur avec 7,7% des sages-femmes ayant réalisé au moins un forfait IVG en libérale et 14,6 en Occitanie.

Ces données montrent que l'accès à l'IVG reste encore difficile pour beaucoup de femmes. Pour mieux comprendre ces difficultés, il nous faut connaître les différents parcours qu'elles doivent emprunter pour y accéder, comment se passe une IVG et quels en sont les risques et conséquences.

III. Pratique de l'IVG

3.1 Parcours des femmes et cadre légal

Une femme souhaitant réaliser une IVG doit prendre un premier rendez-vous avec une sage-femme ou un médecin pour avoir les informations et connaître les différentes possibilités

pour la réalisation de l'IVG (médicamenteuse ou instrumentale). Un entretien psycho-social est proposé (il est obligatoire pour les mineures) et une attestation de consultation médicale est délivrée. Ensuite, la femme a un deuxième rendez-vous pour décider de la méthode et remettre son consentement écrit. L'IVG est alors réalisée selon une des deux méthodes et il y a un rendez-vous de contrôle entre 14 et 21 jours après l'IVG pour s'assurer de la vacuité utérine, vérifier l'absence de complications, et prescrire à la femme une contraception efficace et peu contraignante (13).

3.2 Méthodes et protocoles

Concernant les méthodes pour réaliser une IVG, deux sont possibles. La première est l'IVG médicamenteuse. Cette méthode est envisageable en cabinet libéral jusqu'à 7 SA (à titre dérogatoire pour la période d'État d'Urgence Sanitaire, le délai est poussé à 9 SA avec des consultations à distance possibles et délivrance des médicaments en pharmacie). Cette méthode peut être pratiquée par un médecin ou par une sage-femme, dans un établissement de santé ou à domicile. Elle ne nécessite ni anesthésie, ni intervention chirurgicale. Son taux de succès est d'environ 95 %. L'IVG médicamenteuse est remboursée à 100% par l'Assurance Maladie.

Cette méthode repose sur la prise de médicaments. Le premier la mifépristone 200mg (anti-progestérone) per os, suivie, 36 à 48 heures après par la prise d'une prostaglandine, le misoprotrole 400 µg per os ou de géméprost, un ovule de 1 mg par voie vaginale. Ces médicaments permettent d'arrêter la grossesse et de l'expulser sous forme de saignements avec des contractions de l'utérus (14). La prévention de la douleur est assurée par la prise d'antalgiques comme l'ibuprofène.

La deuxième méthode envisageable est l'IVG instrumentale. Cette méthode peut être réalisée jusqu'à la fin de la 14^{ème} semaine d'aménorrhée sous AG ou sous AL. Elle peut être réalisée par un médecin à l'hôpital ou depuis peu, en centre de santé sous certaines conditions. Le taux de succès est plus élevé que l'IVG médicamenteuse (99,7% contre 95%). Elle est remboursée à 100% par l'Assurance Maladie.

Cette méthode repose sur une préparation cervicale avec de la mifépristone 200 mg per os 24 à 48 heures avant l'intervention avec la prise de misoprostole 400µg per os trois à quatre heures avant l'aspiration. L'aspiration consiste à introduire, en passant par le col, une canule reliée à un dispositif permettant d'aspirer le contenu utérin. L'intervention dure une dizaine de minutes, une hospitalisation ambulatoire est suffisante (15).

3.3 Complications

Selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), la survenue de complications ou d'effets secondaires lors d'une IVG est très rare et similaire pour les deux méthodes. La survenue d'une hémorragie est un événement très rare (1% des cas) dont seulement 0,1% des cas ont nécessité une transfusion. Le risque de décès est estimé à moins d'un pour 100 000 femmes. L'IVG instrumentale n'est pas associée à une augmentation du risque d'infertilité ultérieure. Il est également recommandé de pratiquer une prophylaxie pour l'allo-immunisation Rhésus chez les femmes de rhésus négatif (16).

Pour les effets indésirables, on retrouve généralement lors d'une IVG médicamenteuse des douleurs pelviennes, métrorragies ou encore troubles digestifs avec nausées, vomissements et diarrhées (17). Pour l'IVG instrumentale le risque de perforation utérine est estimé à moins de 1% tout comme le risque de déchirures cervicales (18).

Durant ce parcours, les sages-femmes ont un rôle à part entière durant toutes les étapes tant pour la méthode médicamenteuse que la méthode instrumentale. Pour autant, les sages-femmes ne sont pas toujours bien formées à prendre en charge les femmes dans leur parcours d'IVG. Il est donc important de bien comprendre la formation des sages-femmes à l'IVG.

IV- Formation des Sages-Femmes à l'orthogénie

4.1 Formation initiale

La profession de sage-femme est une profession médicale à compétence définie. Elle est réglementée depuis 1945 par le code de la santé publique et par son code de déontologie (19).

« L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique »

Cependant, malgré la place de la sage-femme de plus en plus importante dans l'orthogénie, la formation initiale des sages-femmes reste très inégalitaire et souvent insuffisante dans de nombreuses écoles. En effet, plusieurs études montrent une grande disparité tant sur le plan pratique que théorique. Le nombre d'heures d'enseignement théorique

est assez faible, le stage en orthogénie n'est pas obligatoire dans toutes les écoles et quand il est réalisé, il est généralement d'une courte durée (20,21).

A l'École de sage-femme de Caen, il y a environ cinq heures de cours dédiées à l'IVG en quatrième année. Un stage en orthogénie d'une durée d'une semaine est effectué en cinquième année couplé à un stage en aide médicale à la procréation. L'activité d'orthogénie est aussi observée pendant les semaines de stages chez des sages-femmes libérales ou en CPEF en quatrième et cinquième année.

4.2 Formations complémentaires

Même si aucune formation complémentaire n'est exigée pour avoir une activité en orthogénie, et compte tenu d'une relative insuffisance formation initiale, plusieurs Diplômes Inter-universitaires (DIU), Diplômes Universitaires (DU) existent concernant de l'orthogénie : « Contraception, IVG et sexualité », « Médecine préventive en santé des femmes », « gynécologie médicale pour les sages-femmes », « Contraception et orthogénie ». Ce sont des formations longues entre un et deux ans. D'autres formations plus courtes existent et sont organisées par des associations, la formation REVHO ou les réseaux de périnatalité. Par exemple le réseau de périnatalité de Normandie organise régulièrement des modules de formations continues ouvertes aux médecins généralistes ou aux sages-femmes pour prendre en charge des IVG en ville.

La pratique de l'IVG vient donc en complément de la formation initiale des sages-femmes. La profession de sage-femme a connu une grande diversification ces dernières années tant sur les actes pouvant être réalisés que sur les responsabilisées engagées. Les compétences voient leurs champs s'étendre de plus en plus avec la discussion de nouvelles lois.

V-Nouvelle loi pour l'IVG et implications des sages-femmes

5.1 Loi du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale 2021

Le 14 décembre 2020 est votée la loi no 2020-1576, publiée dans le Journal officiel électronique authentifié n° 0302 du 15/12/2020 (22). Cette loi dispose de l'article n°70 suivant :

« I. – A titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, par dérogation à l'article L. 2212-2 du code de la santé publique, les sages-

femmes ayant réalisé la formation complémentaire obligatoire et justifiant des expériences spécifiques attendues peuvent réaliser des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé.

II. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, notamment les caractéristiques de l'appel à projets national, les éléments relatifs à la formation exigée et les expériences attendues des sages-femmes, les conditions de financement de l'expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

III. – Un arrêté du ministre chargé de la santé précise la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation au vu des résultats de l'appel à projets national. »

Cette loi, défendue par des députés, a pour but de renforcer le droit à l'avortement. Cette proposition avait été faite lors de la proposition de loi pour renforcer le droit à l'avortement notamment avec la proposition de l'allongement de l'IVG jusqu'à la 14^{ème} semaine de grossesse et la suppression de la clause de conscience spécifique à l'IVG. Elle avait alors été rejetée par le Sénat après un long débat et résumé par Mme Laurence Rossignol, sénatrice, disant que « *l'amélioration de l'accès à l'IVG passe par le renforcement de la prévention et de l'information sur la contraception et les dispositifs existants pour garantir une prise en charge précoce des femmes souhaitant interrompre leur grossesse* ».

En février 2021, cette proposition passait en deuxième lecture à l'Assemblée Nationale pour les travaux de la commission. Les différents députés ont avancé plusieurs arguments souvent contradictoires. En effet M. Jean-Louis Touraine rapporte : « *Il n'y a aucune raison de ne pas accorder aux sages-femmes une telle possibilité, d'autant plus qu'elles ont le droit d'accomplir des gestes endos-utérins. Il ne s'agit donc de rien d'autre que de leur permettre de faire ce qu'elles savent faire. Comme par ailleurs elles ont le droit de procéder à des IVG médicamenteuses, c'est assez absurde de leur refuser des IVG par gestes endos-utérins, alors que, je le répète, elles ont le droit de les pratiquer. Il faut le permettre le plus vite possible, parce que, dans certaines parties du territoire, l'accès à l'IVG est très difficile et les délais d'attente sont de dix à onze jours. Or c'est souvent, dans ces cas, le manque de gynécologues qui est en cause. C'est nécessaire pour les femmes qui attendent et pour les sages-femmes. C'est une forme de reconnaissance que nous leur devons. Elles devraient d'ailleurs, à mon sens, bénéficier d'une reconnaissance salariale pour les missions additionnelles que nous leur*

confions et qu'elles réalisent très bien ». A l'opposé, Mme Josiane Corneloup insiste en disant : « *il est urgent de rétablir le principe selon lequel une IVG ne peut être pratiquée que par un médecin, aussi bien pour des raisons de sécurité évidentes qu'en regard à la nature même de la mission des sages-femmes* » (23).

Le 30 décembre 2021, le décret pourtant sur l'expérimentation relative à l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes précise plusieurs points. Les sages-femmes volontaires pour participer à cette expérimentation devront justifier d'une expérience professionnelle « spécifique adaptée », c'est-à-dire d'une qualification universitaire en orthogénie ou d'une expérience dans le domaine de la santé de la femme dont six mois en orthogénie, complétée par une formation théorique de deux jours, et d'une formation pratique, reposant sur l'observation de 30 actes d'IVG par voie instrumentale et de la réalisation d'au moins 30 actes en présence d'un médecin à cette activité et disposant d'une expérience en la matière de plus de deux ans ou ayant réalisé plus de 60 actes (24).

5.2 Les sages-femmes face à cette nouvelle loi

Le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) avait rédigé un communiqué pour appuyer son engagement à améliorer l'accès à l'IVG en France (25). Le CNOSF décrit les sages-femmes comme défenseurs des droits des femmes et plaide en faveur de la possibilité pour les sages-femmes de réaliser des IVG instrumentales dans les établissements de santé pour garantir le droit des femmes à disposer de leur corps et leur permettre de choisir librement la méthode pour réaliser un avortement et aussi lutter contre les inégalités territoriales d'accès à l'IVG. Le CNOSF affirme que les sages-femmes sont compétentes pour la réalisation des IVG instrumentales car elles pratiquent déjà des gestes endo-utérins comme la pose de Dispositif Intra-Utérin, la délivrance artificielle ou la révision utérine. Le CNOSF préconise aussi une formation complémentaire et une expérience minimale spécifique (échographie, aspiration, anesthésie). Cette évolution de compétences dans l'orthogénie est également une réclamation de longue date faite par l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogéniste (ANSFO).

Dans le monde, la pratique de l'IVG instrumentale n'est pas réservée qu'aux médecins. En 2013, une étude en Californie portant sur 11487 IVG instrumentales effectuées par des médecins, infirmières sages-femmes et des assistants médicaux n'avait montré aucune différence sur le taux de complications sur les deux groupes. Suite à cette étude, les États-Unis

ont autorisé la réalisation des IVG instrumentales par d'autres professionnels que les médecins (26). Ces mêmes constats ont été également faits dans d'autres études aux États-Unis ou encore en Afrique du sud et au Vietnam (27,28).

Cependant, l'IVG est un sujet qui continue de faire débat autant dans la sphère politique que la sphère médicale et privée. Ce débat traverse les années et le monde car tous les pays n'ont pas les mêmes lois et les mêmes pratiques que la France. Comme nous l'avons vu précédemment, les chiffres de l'IVG sont toujours trop élevés et l'accès à l'IVG reste un parcours complexe pour de nombreuses femmes (accès, délais, méthodes, accompagnement...). Même si les dernières lois tendent à faciliter ce parcours, le manque de professionnels et de centres ne permet pas d'assurer une bonne prise en charge. Cependant l'avis sur ces nouvelles compétences est demandé aux différents politiques, au CNGOF, aux syndicats de médecins mais très rarement aux premières concernées, les sages-femmes.

Notre problématique est donc de savoir si les sages-femmes veulent se saisir de cette nouvelle compétence, comme elles avaient pu le faire pour l'ajout de l'IVG médicamenteuse.

Axelle Bulke, dans son mémoire de diplôme d'État en 2017, avait interrogé les sages-femmes libérales de la région Normandie Occidentale sur leurs motivations et leurs freins à assurer la prise en charge des IVG médicamenteuses. Sur les 49 sages-femmes de son étude, 43,8% étaient favorables à prendre en charge les IVG médicamenteuse avec comme principale motivation le fait de répondre à un problème de santé publique (95,2%), les autres motivations ciblées étaient la diversification de leurs activités. Sur les 56,3 % des sages-femmes qui ne souhaitaient pas prendre en charge les IVG médicamenteuses, le frein le plus avancé était, non seulement un sentiment d'insuffisance de compétences médicales, mais aussi en matière d'accompagnement psychologique. (55,6%) (29).

Il nous a, ainsi, semblé pertinent de questionner à nouveau le positionnement des sages-femmes en exercice sur l'ajout possible de l'IVG instrumentale comme nouvelle compétence et de voir si les motivations et les freins qui avaient été déjà exprimé pour l'IVG médicamenteuse sont les mêmes que pour l'IVG instrumentale.

MATERIEL ET METHODES

I. Problématique

Cette étude se propose d'identifier les motivations et les freins des sages-femmes de Normandie Occidentale à la pratique de l'IVG instrumentale afin de savoir si elles y sont favorables ou non. Notre problématique est donc la suivante : Les sages-femmes de la région Normandie occidentale sont-elles favorables ou non à l'extension de leurs compétences à l'IVG chirurgicale ?

II-Objectifs

L'objectif principal de cette étude est :

- Estimer le nombre de sages-femmes qui seraient favorables et prêtes à pratiquer l'IVG instrumentale.

Les objectifs secondaires sont :

- Faire un état des lieux sur le positionnement et les attentes des sages-femmes de Normandie Occidentale relatifs à l'ajout possible à leurs compétences de la réalisation de l'IVG chirurgicale.
- Mettre en évidence les freins et les motivations des sages-femmes à l'IVG instrumentale.

III- Hypothèses

Les différentes hypothèses de cette étude sont :

- Les sages-femmes sont majoritairement favorables à l'ajout de cette compétence et seraient prêtes à pratiquer des IVG instrumentales.
- Les freins et les motivations sont les mêmes que ceux rencontrés lors de l'ajout de l'IVG médicamenteuse aux pratiques des sages-femmes.
- Les sages-femmes réalisant déjà des IVG médicamenteuses sont plus favorables que les autres.

IV- L'étude

4.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude multicentrique prospective avec une approche quantitative et qualitative.

4.2 Population cible, critères d'inclusion et d'exclusion

Toutes les sages-femmes en exercice travaillant en hôpital public ou clinique privée, en PMI, CPP, CPEF, cabinet libéral dans les départements de la Manche, du Calvados et de l'Orne. Il n'a pas été retenu de critères d'exclusion.

4.3 Critères de jugement

Le critère de jugement principal est le pourcentage de sages-femmes favorables à l'extension de leur compétence à l'IVG instrumentale.

Les critères de jugements secondaires sont :

- Le pourcentage de sages-femmes favorables à l'extension des compétences à l'IVG médicamenteuse.
- Le pourcentage de sages-femmes pratiquant l'IVG médicamenteuse.
- Le pourcentage de sages-femmes ayant réalisé des formations complémentaires en lien avec l'orthogénie.
- Les arguments favorables et les freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse.
- Les arguments favorables et les freins à la pratique de l'IVG instrumentale.

4.4 Outils méthodologiques

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire en ligne (Annexe I) élaboré sur la plateforme LimeSurvey avec l'Université de Caen. Il comptait 26 questions fermées pour la plupart, à choix unique ou multiples et une question ouverte à la fin. Le questionnaire a été envoyé le 14 septembre 2021 par adresse mail via le réseau de périnatalité de Normandie après validation du questionnaire par ce dernier et accord favorable du Guichet d'Orientation et du CLERS de l'université de Caen. Les réponses étaient anonymes. Ainsi, 412 sages-femmes ont été contactées. Les réponses ont été recueillies jusqu'au 17 décembre 2021. Aucune relance n'a

pu être faite par le biais du réseau de périnatalité en raison d'une trop forte demande de diffusion de questionnaires. 127 sages-femmes ont rempli le questionnaire, soit un taux de réponse de 30,8 %.

4.5 Analyse statistique

Les données recueillies ont été saisies dans un fichier Excel. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel JASP. Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage. Les variables quantitatives ont été décrites par leurs moyennes et écarts types. Les analyses comparatives ont été faites en utilisant le test du Khi2 ou de Fisher quand les conditions du test de Khi 2 n'étaient pas respectées. Le seuil de signification statistique retenu est 5 %.

RESULTATS

I – Caractéristiques générales de la population étudiée

Tableau I : Caractéristiques générales de la population

	Effectif	Proportion (%)
<u>Sexe (n : 127) :</u>		
Féminin	122	96,1 %
Masculin	5	3,9 %
<u>Age (n : 127) :</u>		
Entre 20 et 30 ans	25	19,7 %
Entre 31 et 40 ans	48	37,8%
Entre 41 et 50 ans	34	26,8%
>50 ans	20	15,7%
<u>Lieu d'exercice actuel (n :127) :</u>		
Hôpital publique	72	56,7%
Hôpital privé	14	11,0%
Cabinet libéral	24	18,9%
CPP	10	7,9%
PMI/CPEF	7	5,5%
<u>Département d'exercice (n : 127) :</u>		
Manche	52	41,0%
Calvados	54	42,5%
Orne	21	16,5%
<u>Formations complémentaires en contraception, suivi gynéco ou orthogénie (n : 27) :</u>		
Oui	67	52,8%
Non	60	47,2%
<u>Type de formation (n : 67) :</u>		
DU	39	58,2%
Formation interne/ formation REVHO/ Formation réseau	15	22,4%
Médec Formation	13	19,40%
<u>Lieu d'exercice pour l'activité d'orthogénie (n : 60)</u>		
Hôpital	42	70,0%
CPP	8	13,3%
Cabinet libéral	3	5,0%
CPEF	7	11,7%
<u>Activités en orthogénie (n : 127)</u>		
Oui je pratique cette activité régulièrement	45	35,4%
Oui, mais je ne pratique plus cette activité aujourd'hui	15	11,8%
Non	67	52,8%

Année d'obtention du diplôme : la moyenne a été calculée à 2005 avec un écart type de 9,1.

La médiane a été calculée à 2007 avec un minimum en 1983 et un maximum en 2021.

Durée d'exercice en orthogénie : La moyenne de la durée d'exercice en orthogénie a été calculée à 7,8 années avec un écart type de 5,2. La médiane a été calculée à 6 ans avec un minimum à 1 an et un maximum à 20 ans

Activité en orthogénie : Sur les 60 sages-femmes ayant eu ou pratiquant encore une activité en orthogénie. Les missions confiées sont les premières consultations de demande d'IVG, les entretiens pré IVG, délivrance des médicaments (première et deuxième prise), surveillance des IVG médicamenteuses, surveillance post IVG instrumentale et suivi de la contraception post IVG. Pour cinq d'entre elles, s'ajoute à cela l'échographie de datation et l'échographie parfois réalisée en post IVG pour s'assurer de la vacuité utérine.

II –Les sages-femmes et l'IVG médicamenteuse motivations, freins et pratiques.

Tableau II : Sages-femmes favorables à l'extension des compétences à l'IVG médicamenteuses en 2016 :

	Effectif (n : 127)	Proportion (%)
Oui	113	89,0%
Non	10	7,9%
Sans avis	4	3,1%

Tableau III : Fréquence de la pratique des IVG médicamenteuses par les sages-femmes depuis 2016 :

	Effectif (n : 126)	Proportion (%)
Très régulièrement (plusieurs fois par semaine)	9	7,2%
Régulièrement (quelques fois par mois)	25	19,8%
Peu régulièrement (quelques fois par an)	11	8,7%
Jamais	81	64,3%

Tableau IV : Principales motivations pour mettre en pratique l'IVG médicamenteuse, plusieurs réponses possibles

	Effectif (n : 118)	Proportion (%)
Diversifier mon activité	19	16,1%
Élargir mes compétences	24	20,3%
Assurer une prise en charge globale dans la continuité du suivi obstétricale et gynécologique	55	46,6%
Assurer un accompagnement global de qualité	39	33,1%
Offrir une meilleure offre de soins aux femmes	76	64,4%
Pallier à un manque de médecins réalisant les IVG en maintenant une mission de santé 45 publique	45	38,1%
Défendre le droit des femmes	63	53,4%
Mieux intégrer mon métier dans la sphère médicale	12	10,2%
Appliquer les connaissances et compétences validées par l'obtention du DE de sage-femme	19	16,1%
Faire perdurer cette activité que je faisais déjà sous délégation de médecins	13	11,0%
Faire reconnaître le métier et les compétences des sages-femmes	34	28,8%
Faire reconnaître le caractère non pathologique de l'IVG médicamenteuse	13	11,0%
Autres : Pas de mise en pratique de l'IVG (établissement ou activité ne le permettant pas). Ne souhaite pas pratiquer	21	17,8%

Annexe 1 : Diagramme 1 « motivation à la pratique de l'IVG médicamenteuse classée en première place, la plus importante selon les sages-femmes »

Tableau V : Principaux freins personnels qui ont motivé les sages-femmes à ne pas pratiquer l'IVG médicamenteuse ou rencontrés pendant l'exercice de la profession, plusieurs réponses possibles

	Effectif (n : 114)	Proportion (%)
Je n'ai pas reçu la formation initiale suffisante pour réaliser l'IVG médicamenteuse	36	31,6%
Je n'ai aucun intérêt professionnel pour la pratique de l'IVG médicamenteuse	5	4,4%
C'est un travail ingrat et difficile	1	0,9%
Je ne souhaite pas réaliser de formations complémentaires pour réaliser des IVG médicamenteuses	8	7,0%
Je revendique ma clause de conscience	8	7,0%
Je ne me sens pas suffisamment compétent(e) pour effectuer une IVG médicamenteuse	16	14,0%
Je ne me sens pas suffisamment compétent(e) pour prendre en charge les complications liées à l'IVG médicamenteuse	16	14,0%
Je ne me sens pas compétent(e) pour assurer un accompagnement psycho-social de qualité	12	10,6%
Je crains la défiance des médecins vis-à-vis de ma pratique	7	6,1%
C'est un acte non physiologique qui doit donc être réalisé par un médecin	1	0,9%
Aucun	41	36%
Autre	22	19,3%
- Pas de formations écho, manque de temps, milieu rural (responsabilité des sages-femmes lorsque les femmes ne peuvent pas aller à l'hôpital si complications), convention difficile à mettre en place avec l'hôpital, IVG faites sous supervision du médecin		
- L'IVG s'éloigne du cœur du métier		
- Ne souhaitent pas pratiquer sans revalorisations financières et reconnaissance statutaire		

Annexe 2 : Diagramme 2 « Freins personnels à la pratique de l'IVG médicamenteuse classé en première place, le plus important selon les sages-femmes »

Tableau VI : Principaux freins pratiques qui ont motivé les sages-femmes à ne pas pratiquer l'IVG médicamenteuse, plusieurs réponses possibles

	Effectif (n : 111)	Proportion (%)
Mon lieu d'exercice ne me permet pas de pratiquer les IVG médicamenteuses	39	35,1%
Je n'ai pas le temps d'intégrer cette pratique	14	12,6%
L'activité est peu valorisée financièrement	8	7,2%
L'activité est peu gratifiante du point de vue extérieur	0	0%
Je n'ai pas les compétences échographiques pour dater la grossesse	36	32,4%
C'est un acte qui doit être fait par un médecin seulement	0	0%
Je n'ai pas de réseau de proximité	6	5,4%
Aucun	36	32,4%
Autre	13	11,7%
- Libéraux n'ayant pas les moyens de faire un stage non rémunéré dans un centre d'orthogénie pour avoir une convention		
- Pas assez de formations sur l'aspect psycho-social		
- Poste non ouvert aux sages-femmes		

Annexe 3 : Diagramme 3 « Freins pratiques à l'exercice de l'IVG médicamenteuse classé en première place, le plus important selon les sages-femmes »

III–Les sages-femmes et l’IVG instrumentale : connaissance de la loi, positions, motivation et freins

Tableau VII : Connaissance de la nouvelle loi sur l’expérimentation de l’IVG instrumentale par les sages-femmes

	Effectif (n : 110)	Proportion (%)
Oui	60	54,6%
Non	24	21,8%
Un peu	26	23,6%

Tableau VIII : Sages-femmes favorables à l’élargissement des compétences à l’IVG instrumentale

	Effectif (n : 110)	Proportion (%)
Oui	47	42,7%
Non	46	41,8%
Sans avis	17	15,5%

Tableau IX : Sages-femmes ayant envie de réaliser des IVG instrumentales en ayant reçu une formation au préalable

	Effectifs (n : 110)	Proportion (%)
Oui	42	38,2%
Non	60	54,5%
Sans avis	8	7,3%

Tableau X : Principales motivations pour la pratique de l’IVG instrumentale, plusieurs réponses possibles

	Effectif (n : 110)	Proportion (%)
Diversifier mon activité	11	10,0%
Élargir mes compétences	20	18,2%
Assurer la prise en charge globale des femmes dans la continuité du suivi obstétricale et gynécologique	37	33,6%
Assurer un accompagnement global de qualité	29	26,4%
Pallier un manque de médecins réalisant des IVG instrumentales en maintenant une mission de santé publique	48	43,6%
Diversifier l’offre de méthodes d’IVG proposées	21	19,1%
Respecter le libre choix des femmes concernant la méthode pour l’IVG	44	40,0%
Mieux intégrer mon métier dans la sphère médicale	12	10,9%
Faire reconnaître le métier et les compétences des sages-femmes	20	18,2%
Faire reconnaître le caractère non pathologique de l’IVG	13	11,8%
Défendre le droit des femmes	51	46,4%
Autre : Aucune motivation, ne souhaite pas pratiquer	23	20,9%

Annexe 4 : Diagramme 4 « Motivation à la pratique de l’IVG instrumentale classée en première place, la plus importante selon les sages-femmes »

Tableau XI : Principaux freins personnels pour la pratique de l'IVG instrumentale, plusieurs réponses possibles

	Effectif (n : 109)	Proportion (%)
Je ne me sens pas suffisamment compétent(e) pour effectuer des IVG instrumentale	56	51,4%
Je ne souhaite pas faire une formation complémentaire spécifique	13	11,9%
Je n'ai aucun intérêt professionnel pour la pratique de l'IVG instrumentale	17	15,6%
Je considère le caractère non physiologique de l'IVG instrumentale	23	21,1%
C'est un travail ingrat et difficile	6	5,5%
Je ne me sens pas suffisamment compétent(e) pour effectuer une IVG instrumentale	30	27,5%
Je ne me sens pas suffisamment compétent(e) pour prendre en charge les complications post-IVG	44	40,4%
Je ne me sens pas suffisamment compétent(e) pour assurer un accompagnement psycho-social de qualité	10	9,2%
J'ai des craintes par rapport à l'anesthésie générale	8	7,3%
J'ai des craintes par rapport à l'anesthésie locale	8	7,3%
Je ne me sens pas à l'aise avec l'acte et la visualisation du contenu de l'aspiration	18	16,5%
Je crains la défiance des médecins vis-à-vis de ma pratique	20	18,3%
Je revendique ma clause de conscience	8	7,3%
J'estime que cet acte non physiologique doit être réalisé par les médecins	24	22,0%
Aucun	8	7,3%
Autre :	13	11,9%
- Acte trop éloigné de l'essence de la profession, acte chirurgical, la sage-femme n'est pas une chirurgienne		
- Élargissement des compétences sans reconnaissance statutaire et augmentation du salaire		
- Pas assez de temps pour faire une formation		
- Ne souhaite pas retourner en milieu hospitalier		
- Relation avec les ARE compliquée		

Annexe 5 : Diagramme 5 « Frein personnel à la pratique de l'IVG instrumentale classé en première place, la plus importante selon les sages-femmes »

Tableau XII : Principaux freins pratiques à la réalisation de l'IVG instrumentale, plusieurs réponses possibles

	Effectif (n : 103)	Proportion (%)
Mon lieu d'exercice ne me permet pas la réalisation d'IVG instrumentale	48	46,6%
Je n'ai pas le temps d'intégrer cette pratique	22	21,4%
Le lieu de réalisation des IVG instrumentales est trop loin de mon lieu d'exercice	5	4,8%
Je n'ai pas les compétences échographiques pour dater une grossesse	48	46,6%
L'activité est peu valorisée financièrement	11	10,7%
Je n'ai pas de réseau de proximité	3	2,9%
L'activité est peu gratifiante du point de vue extérieur	2	1,9%
Autre :	20	19,4%
- Aucun		
- Je ne pratique pas d'IVG		
- Il faudrait recruter plus de sages-femmes pour réaliser l'acte		

IV–Les sages-femmes et l’IVG instrumentale : formations souhaitées pour une future pratique ?

Tableau XIII : Attentes sur la formation à l’IVG instrumentale sur le plan théorique, plusieurs réponses possibles

	Effectif (n : 103)	Proportion (%)
La technique de l’IVG instrumentale	76	75,3%
Un rappel sur l’anatomie de la femme	10	9,9%
La législation autour de l’IVG et la tarification à l’acte	39	38,6%
Les techniques d’anesthésie	36	35,6%
Les indications et contre-indications à l’IVG instrumentale	53	52,5%
Un historique de l’IVG	6	5,9%
Le contexte français et européen de l’IVG	10	9,9%
La prescription autour de l’IVG	30	29,7%
La prise en charge des urgences liées aux complications	67	66,3%
Un module relatif à l’accompagnement psychologique et sociale des patientes	32	31,7%
De la simulation sur mannequin pour le geste chirurgical	60	59,4%
De la simulation échographique pour la datation de grossesse	50	49,5%
Un rappel sur la contraception post-IVG	20	19,8%
Autre : Pas intéressé par la pratique	15	14,9%

Annexe 6 : Diagramme 6 « Frein pratique à la réalisation de l’IVG instrumentale classé en première place, la plus importante selon les sages-femmes »

Tableau XIV : Attentes sur la formation à l’IVG instrumentale sur le plan pratique, plusieurs réponses possibles

	Effectif (n : 101)	Proportion (%)
Faire un stage au bloc opératoire pour pratiquer des IVG instrumentales	83	83,0%
Assister aux consultations pré-IVG	49	49,0%
Assister à l’entretien psycho-social pré-IVG avec les conseillères conjugales	49	49,0%
Assister aux consultations post-IVG	55	55,0%
Formations aux soins d’urgences au bloc opératoire	63	63,0%
Autre : Ne souhaite pas faire de formations	13	13,0%

Annexe 7 : Diagramme 7 « Attente principale sur la formation spécifique à l’IVG instrumentale sur le plan théorique, le plus important selon les sages-femmes »

Tableau XV : Format souhaité pour la formation à l'IVG instrumentale, plusieurs réponses possibles

	Effectif (n : 99)	Proportion (%)
Plus de théorie que de pratique	1	1,0%
Plus de pratique que de théorie	52	52,5%
Autant de pratique que d'enseignements théoriques	35	35,3%
Autre : Ne souhaite pas de formations	13	13,1%

Annexe 8 : Diagramme 8 « Attente principale sur la formation spécifique à l'IVG instrumentale sur le plan pratique, le plus important selon les sages-femmes »

Tableau XVI : Souhait d'une formation à l'IVG instrumentale intégrée dans la formation initiale ou non, une seule réponse

	Effectif (n : 99)	Proportion (%)
Formation intégrée à la formation initiale	14	14,1%
Formation complémentaire après l'obtention du diplôme	39	39,4%
Les deux	27	27,3%
Je ne sais pas	12	12,1%
Autre : Ne souhaite pas qu'une formation soit ouverte aux sages-femmes	7	7,1%

V-Profil des sages-femmes favorables ou non à l'extension des compétences à l'IVG instrumentale

Tableau XVII : Facteurs influençant les sages-femmes favorables ou non à l'extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale

		Sages-femmes favorables à l'élargissement des compétences à l'IVG instrumentale		
Age		Non (n : 46)	Oui (n : 47)	
20-30 ans	Effectif (%)	6 (13,0%)	14 (29,8%)	p-value : 0,069
31-40 ans	Effectif (%)	15 (32,6%)	18 (38,3%)	
41-50 ans	Effectif (%)	14 (30,4%)	11 (23,4%)	
>50ans	Effectif (%)	11 (23,9%)	4 (8,5%)	
Hôpital public		Non (n : 46)	Oui (n : 47)	
Non	Effectif (%)	18 (39,1%)	21 (44,7%)	p-value : 0,588
Oui	Effectif (%)	28 (60,8%)	26 (55,3%)	
Hôpital Privé		Non (n : 46)	Oui (n : 47)	
Non	Effectif (%)	40 (86,9%)	42 (89,4%)	p-value : 0,720
Oui	Effectif (%)	6 (13,0%)	5(10,6%)	

**Sages-femmes favorables à l'élargissement des compétences
à l'IVG instrumentale**

Cabinet libéral		Non (n : 46)	Oui (n :47)	
Non	Effectif (%)	40 (86,9%)	38 (80,9%)	p-value : 0,423
Oui	Effectif (%)	6 (13,0%)	9 (19,1%)	

CPP		Non (n : 46)	Oui (n :47)	
Non	Effectif (%)	43 (93,5%)	42 (89,4%)	p-value : 0,714
Oui	Effectif (%)	3 (6,5%)	5 (10,6%)	

PMI/CPEF		Non (n : 46)	Oui (n :47)	
Non	Effectif (%)	43 (93,5%)	45 (95,7%)	p-value : 0,677
Oui	Effectif (%)	3 (6,5%)	2 (4,3%)	

Département d'exercice		Non (n : 46)	Oui (n :47)	
Manche	Effectif (%)	20 (43,5%)	19 (40,4%)	p-value : 0,726
Calvados	Effectif (%)	20 (43,5%)	19 (40,4%)	
Orne	Effectif (%)	6 (13,0%)	9 (19,1%)	

Formation complémentaire		Non (n : 46)	Oui (n :47)	
Non	Effectif (%)	25 (54,3%)	21 (44,68%)	p-value : 0,351
Oui	Effectif (%)	21 (45,7%)	26(55,3%)	

Favorable à l'IVG médicamenteuse par les SF		Non (n : 46)	Oui (n :47)	
Non	Effectif (%)	25 (54,3%)	21 (44,68%)	p-value : 0,002
Oui	Effectif (%)	21 (45,7%)	26(55,3%)	

Souhait d'une formation intégrée à la formation initiale ou complémentaire		Non (n : 46)	Oui (n :47)	
Pas de formations	Effectif (%)	7 (17,0%)	0 (0,0%)	p-value : 0,002
Ne sais pas	Effectif (%)	5 (12,2%)	3 (7,0%)	
Les deux	Effectif (%)	6 (14,6%)	19 (44,2%)	
Formation intégrée à la formation initiale	Effectif (%)	5 (12,2%)	7(16,3%)	
Formation complémentaire après l'obtention du diplôme	Effectif (%)	18 (43,9%)	14 (32,6%)	

**Sages-femmes favorables à l'élargissement des compétences
à l'IVG instrumentale**

Pratique de l'IVG médicamenteuse		Non (n : 46)	Oui (n :47)	
Jamais	Effectif (%)	28 (60,8%)	29 (61,7%)	
Peu régulièrement (quelques fois par an)	Effectif (%)	7 (15,2%)	3 (6,4%)	p-value : 0,49
Régulièrement (plusieurs fois par mois)	Effectif (%)	8 (17,4%)	12 (25,5%)	
Très régulièrement (plusieurs fois par semaines)	Effectif (%)	3 (6,5%)	3 (6,4%)	
Réalisation d'IVG instrumentale dans le futur		Non (n : 46)	Oui (n :47)	
Non	Effectif (%)	41 (95,5%)	10 (21,3%)	p-value < 0,001
Oui	Effectif (%)	2 (4,5%)	37 (78,7%)	

Il n'y avait pas de différence significative ($p > 0,05$) entre les deux groupes de sages-femmes favorables ou défavorables à l'extension des compétences à l'IVG instrumentale en fonction du lieu d'exercice, de leur département d'exercice, de la participation à des formations complémentaires en santé génésique des femmes ou encore de leur pratique de l'IVG médicamenteuse durant leur exercice.

Nos résultats montrent une tendance significative ($p = 0,069$) entre les deux groupes de sages-femmes favorables ou non à l'extension des compétences à l'IVG instrumentale et leur âge. Les sages-femmes entre 31 ans et 40 ans sont plus favorables que les autres tranches d'âge.

Notre étude met également en évidence une différence significative ($p < 0,05$) entre les deux groupes de sages-femmes favorables ou non à l'extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale avec le groupe : favorables ou non à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes. Les sages-femmes qui étaient déjà favorables à l'IVG médicamenteuse sont celles qui sont significativement plus favorables à l'IVG instrumentale.

La différence était aussi significative entre les sages-femmes favorables ou non à l'extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale quant à la volonté d'une formation intégrée à la formation initiale ou non. Celles qui se positionnent pour l'ajout de l'IVG instrumentale sont significativement plus demandeuses d'une formation intégrée à la formation initiale.

La différence était significative entre les sages-femmes favorables ou non à l'extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale quant au souhait de réaliser des IVG instrumentales dans un futur proche. Celles favorables à l'extension des compétences sont significativement plus intéressées par la pratique de l'IVG instrumentale dans un futur proche.

Parmi les 127 sages-femmes ayant répondu au questionnaire, 46 d'entre elles soit 36,2%, ont répondu à la question ouverte « expression libre sur le sujet : motivations et freins des sages-femmes sur l'extension possible de leurs compétences à l'IVG instrumentale. Pouvez-vous expliquer plus en détails les choix que vous avez fait dans le questionnaire ou apporter d'autres pistes de réflexion ». Parmi les réponses, différents mots clés ont été relevés et associés à une idée principale.

Dans le groupe de sages-femmes favorables à l'extension de leurs compétences à l'IVG instrumentales, les principales idées retrouvées étaient les suivantes :

- Nécessité d'une **formation** (notamment en échographie) et d'un **diplôme** spécifique pour une prise en charge complète de la femme.
- La sage-femme a **une place prépondérante** dans la **prise en charge** de la femme au cours de sa vie et de sa santé gynécologique.
- L'IVG instrumentale pratiquée par les sages-femmes permettrait **d'améliorer l'accès à l'IVG** et de réduire les délais à cause du manque de médecins réalisant les IVG.
- L'IVG est un **droit à défendre** absolument, militantisme des sages-femmes.

Parmi les sages-femmes non favorables, les principales idées retrouvées étaient les suivantes :

- La sage-femme s'occupe de la **physiologie**, l'IVG instrumentale étant un acte **chirurgical**, la sage-femme ne doit pas l'exercer.
- **Clause de conscience**.
- **Rémunération** et reconnaissances insuffisantes.
- Pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes risquant d'être **dénigrées** ou critiquées par les gynécologues et anesthésistes.
- **Craintes** d'une trop grande augmentation des compétences par la suite si cette nouvelle compétence est pérennisée (ex : curetage d'une fausse couche).

Plusieurs sages-femmes ont exprimé qu'elles n'étaient pas contre l'extension de leurs compétences mais qu'elles n'étaient pas intéressées par la pratique de l'IVG instrumentale.

Elles ont aussi, en grande partie, exprimé différentes inquiétudes : sur la possibilité d'accéder à un plateau technique et aux blocs opératoires, sur l'établissement d'un protocole en cas de complications et surtout sur le travail en pluridisciplinarités.

ANALYSE ET DISCUSSION

I-Forces et limites de l'étude

1.1 Forces de l'étude

Le sujet de cette étude est un sujet d'actualité, sur lequel les sages-femmes n'ont pas eu l'occasion de s'exprimer alors que la nouvelle loi concerne les compétences de toutes les sages-femmes en exercice. Cette étude a donc permis aux sages-femmes de s'exprimer sur le sujet et de faire connaître leurs avis sur l'IVG instrumentale pratiquée par les sages-femmes. De plus, tous les lieux d'exercice possibles pour sage-femme sont représentés ce qui donne un bon aperçu de leurs opinions en fonction de leurs pratiques quotidiennes.

L'échantillon de l'étude est représentatif de la population des sages-femmes en général autant sur l'âge (37,8% de sages-femmes ont entre 31 et 41 ans dans l'échantillon et l'âge moyen est de 41 ans dans la population générale de sages-femmes), que sur le sexe (96,1% femmes dans notre échantillon contre 97% dans la population générale), que sur le lieu et département d'exercice (56,7% en hôpital contre 59 % dans la population générale) (30).

Enfin, la question ouverte est une force de cette étude car elle a permis un lieu d'expression libre où les sages-femmes pouvaient exprimer ou donner des pistes de réflexions qui n'avaient pas été envisagées lors de l'élaboration de l'étude.

1.2 Biais et limites de l'étude

Le premier biais envisagé pour cette étude serait le biais de sélection. En effet, les sages-femmes qui se sentent concernées et qui portent de l'intérêt au sujet sont plus susceptibles de répondre. Ensuite, on retrouve un biais de formulation de questions, parfois les sages-femmes ont répondu « autre » dans les questions sur les freins et les motivations alors qu'un item « aucun » aurait pu être ajouté. Enfin, certaines sages-femmes, n'étant pas favorables à l'extension des compétences à l'IVG instrumentale, n'ont pas continué le questionnaire après la question 17, diminuant donc la représentativité des réponses.

Un des points faibles de l'étude est l'effectif de l'échantillon. Bien que le taux de réponse à 30,8% soit correct, l'effectif (127 sages-femmes) ne permet pas de généraliser nos résultats à la population de sages-femmes malgré une bonne représentativité sur les autres critères évoqués ci-dessus. Il est également difficile de comparer les données de notre étude aux autres données de la littérature car il n'existe pas d'études similaires sur le sujet. De plus, les

questionnaires ont été envoyés seulement aux adhérents du réseau de périnatalité de Normandie car il ne nous a pas été possible de contacter les sages-femmes via le conseil de l'ordre de chaque département. Les non adhérents n'ont donc pas reçu le questionnaire. Enfin, le contexte de diffusion du questionnaire a pu influencer certaines réponses. En effet lors de l'étude, le cadre légal n'était pas encore posé car le décret précisant les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation de la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes n'a été publié qu'à la fin de l'étude. Il était sûrement difficile pour les sages-femmes de se projeter. Ajoutons à cela que les sages-femmes, à cette période, étaient en plein mouvement de grève nationale avec des revendications notamment sur l'ajout de compétences et de responsabilités sans revalorisation du statut et du salaire.

II-Discussion

2.1 Objectif principal : estimer le nombre de sages-femmes qui seraient favorables à l'extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale

L'étude a permis de déterminer que 47 (42,7%) sages-femmes sur les 127 ayant répondu au questionnaire étaient favorables à l'élargissement des compétences à l'IVG instrumentale, 46 (41,8%) n'y étaient pas favorables et 17 (15,5%) étaient sans avis. Le souhait de réaliser des IVG instrumentales dans un futur proche concernait 42 (38,2%) sages-femmes. La population de sages-femmes est donc très partagée concernant l'extension de leurs compétences.

L'étude a montré également que 113 (89,0%) sages-femmes étaient favorables à l'extension de leurs compétences à l'IVG médicamenteuse en 2016, seulement 10 (7,9%) ne l'étaient pas et 4 (3,1%) étaient sans avis. L'avis est donc plus tranché sur la pratique de l'IVG médicamenteuse. Pour autant, 81(64,3%) sages-femmes n'en n'ont jamais réalisé et seulement 25 (19,8%) en ont pratiqué plusieurs fois par mois.

Les sages-femmes sont, toutefois, plus favorables à l'IVG médicamenteuse aujourd'hui qu'en 2017. En effet, dans le mémoire de A. Bulke (29), et T. Granger (30) la proportion de sages-femmes libérales favorables à l'IVG médicamenteuse était respectivement de 43,8% et 63% alors qu'elle est de 87,5% dans notre étude. Notre pourcentage de sages-femmes favorables à l'extension des compétences à l'IVG instrumentale est également plus élevé que celui retrouvé dans l'étude de C.Delaforge en 2016 (31). Dans son étude, 157 sages-femmes iséroises avaient été interrogées sur le souhait de reconnaître l'IVG instrumentale comme une compétence des sages-femmes, 92% n'y étaient pas favorables. Les sages-femmes semblent donc avoir intégré la pratique de l'IVG médicamenteuse comme une compétence légitime.

Cette compétence, s'inscrit dans l'idée que la sage-femme est un acteur de la santé sexuelle et reproductive à part entière. En effet, comme l'a rappelé D. Giraud, sage-femme, lors des 21^{ème} journées de l'Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception (32), la sage-femme est compétente dans le suivi obstétrical mais également le suivi gynécologique des femmes et notamment en termes de dépistage et de prévention (médicale et psycho-sociale). Son rôle dans cette étape de vie touchant près d'une femme sur trois est donc essentiel. L'ANSFO soutient ces propos en militant pour une pleine compétence des sages-femmes en matière d'orthogénie, pour accompagner au mieux les femmes.

Peut-être qu'avec le temps et le début de l'expérimentation de la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes, les avis évolueront comme ils ont évolué pour l'IVG médicamenteuse. De surcroît, seulement 54,6 % des sages-femmes de notre étude avaient connaissance de la nouvelle loi sur l'expérimentation de la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes et 23,6% en avaient seulement entendu un peu parler. Ce qui montre que les principales concernées par cette loi ne sont pas consultées en amont et ne sont pas informées des avancées législatives.

Nous avons pu observer que l'IVG instrumentale est une compétence considérée comme illégitime par la moitié des sages-femmes interrogées. Pourtant, l'IVG est une étape de vie pour beaucoup de femmes et les sages-femmes se considèrent comme acteur principal de la santé sexuelle et reproductive de la femme. Cependant, comme au début de l'intégration de l'IVG médicamenteuse aux compétences des sages-femmes, ces dernières étaient sceptiques mais une partie d'entre elles, n'ayant pas de contraintes organisationnelles, réglementaires liées au lieu d'exercice ou ayant le temps, se sont finalement emparées de cette compétence. Elle est aujourd'hui reconnue légitime par les sages-femmes elles-mêmes. Peut-être qu'elles réussiront à en faire de même pour l'IVG instrumentale.

2.2 Profils des sages-femmes favorables ou non favorables à l'extension de leurs compétences

Le mode et le département d'exercice, les formations complémentaires en santé gésique effectuées ou encore la pratique actuelle de l'IVG médicamenteuse ne semblent pas influencer l'avis des sages-femmes sur l'IVG instrumentale. Ces paramètres n'influençaient pas non plus le positionnement des sages-femmes libérale pour l'intégration de l'IVG médicamenteuse à leur pratique dans le mémoire de A.Bulke (29). Cependant, il y avait une différence significative entre le mode d'exercice et le souhait d'intégrer la pratique de l'IVG

médicamenteuse dans le mémoire de C.Delaforge (31), qui montrait que les sages-femmes libérales étaient plus favorables que les autres. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que, pour l'IVG instrumentale, la sage-femme ne peut pas effectuer la prise en charge seule comme elle peut le faire en libéral avec l'IVG médicamenteuse. Pour l'IVG instrumentale, la prise en charge est forcément multidisciplinaire peu importe le mode d'exercice.

Notre étude montre aussi que, les sages-femmes qui étaient déjà favorables à la pratique de l'IVG médicamenteuse en 2016, sont significativement plus favorables que les autres à l'extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale. Il semble logique de penser que les sages-femmes déjà sensibilisées à la question des compétences à l'IVG médicamenteuse le sont également pour l'IVG instrumentale.

L'âge pourrait avoir une influence (tendance significative). Les sages-femmes entre 20 et 40 ans ont semblé être plus favorables que les autres. Ceci pourrait s'expliquer par l'évolution du métier de sage-femme que les plus jeunes ont connu au début de leur pratique et ont pu mettre en application. En effet, ces mêmes sages-femmes ont vu l'élargissement de leurs compétences en suivi gynécologique en 2009, et sur l'IVG médicamenteuse en 2016. Les sages-femmes plus âgées n'ont, quant à elles, pas connu l'allongement des études et l'évolution de la formation initiale en matière de gynécologie et d'orthogénie. Pourtant, aujourd'hui, cette dernière occupe une place de plus en plus importante pendant les études.

Dans notre étude, 47,2 % des sages-femmes pratiquent ou ont pratiqué une activité en orthogénie ce qui représente une part non négligeable de la population et montre l'importance de l'activité orthogénique dans le métier. Cette activité concerne différentes parties du parcours d'IVG. Elles ne sont pas les mêmes en fonction du lieu d'exercice. Certaines sages-femmes effectuent toutes les étapes et d'autres seulement quelques-unes. Les sages-femmes font les premières consultations de demande d'IVG, les entretiens pré-IVG, la délivrance de médicaments, et la surveillance post-IVG médicamenteuse et instrumentales. Cependant très peu de sages-femmes pratiquent les échographies de datation et post-IVG pour s'assurer de la vacuité utérine. La participation des sages-femmes dans les centres hospitaliers est importante du fait de l'organisation des soins, mais parfois, celles-ci n'ont même pas reçu de formation spécifique et prennent en charge certaines étapes des IVG médicamenteuses et la surveillance post-IVG instrumentale

Nous avons pu voir que les sages-femmes déjà sensibilisées à l'IVG médicamenteuse sont plus favorables que les autres à l'extension des compétences à l'IVG instrumentale. Les sages-femmes plus jeunes sembleraient être aussi plus favorables, en partie car ces dernières ont reçu un enseignement plus poussé en gynécologie et en orthogénie durant leur formation

initiale. La formation initiale étant le premier socle de l'identité professionnelle qui se construit notamment à ce moment.

2.3 Motivations des sages-femmes à l'extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale

L'étude avait pour but de mettre en évidence les freins et les motivations des sages-femmes à l'élargissement de leurs compétences. Parmi les principales motivations, 51 (46,4%) sages-femmes interrogées ont choisi la proposition « défendre le droit des femmes », 48 (43,6%) la proposition « pallier un manque de médecins réalisant des IVG instrumentales en maintenant une mission de santé publique » et 44 (40,0%) ont coché « respecter le libre choix des femmes concernant la méthode pour l'IVG ». Parmi ces trois propositions, la première a été placée 10 fois en tant que motivation principale par les sages-femmes et la deuxième 16 fois.

Ces motivations sont, en partie, les mêmes que celles exprimées par les sages-femmes concernant l'élargissement de leurs compétences à l'IVG médicamenteuse. En effet, les propositions « défendre le droit des femmes » (53,4%), « offrir une meilleure offre de soins aux femmes » (64,4%) et « assurer une prise en charge globale dans la continuité du suivi obstétrical et gynécologique » (46,6%) ont été citées principalement par les sages-femmes. Ces idées ont été également retrouvées dans le mémoire de A.Bulke (29) : 65,3% des sages-femmes libérales avaient répondu que l'accès à l'IVG était difficile à cause du manque de praticiens. 67,3% avaient déclaré que la sage-femme s'inscrivait dans le suivi global de la femme.

Ces mêmes motivations sont également exprimées par les sages-femmes orthogénistes interrogées dans le mémoire de A.Bocquentin (34). Lors de cette étude les trois arguments favorables étaient l'idée de diversifier l'offre des méthodes d'IVG, en assurant une prise en charge de plus grande qualité, tout en réaffirmant le caractère « non pathologique » de l'IVG. Ces résultats concordent avec notre étude.

Ces arguments motivés reviennent également dans beaucoup d'autres études sur le sujet de l'IVG, notamment dans le mémoire de P. Selier sur les sages-femmes et l'IVG en région Provence Alpes Côte d'Azur (33) ou celui de T.Granger sur le positionnement des sages-femmes libérale sur l'IVG médicamenteuse dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes et Ile-de-France (30).

Nous remarquons dans ces éventails de réponses que le militantisme pour le droit à l'IVG est fortement soutenu par les sages-femmes. Le CNOSF, dans son communiqué de

contribution relatif à l'accès à l'IVG, rappelle le rôle majeur des sages-femmes en tant que défenseur des droits des femmes. Les sages-femmes militent pour une meilleure prise en charge globale des femmes. En effet, il est rapporté dans le rapport relatif à l'accès à l'IVG que l'activité d'orthogénie n'apparaît pas comme une spécialisation attractive à cause de la mauvaise image ou considération auprès des pairs qu'elle véhicule et de sa médiocre rémunération. L'IVG est donc souvent réalisée par des internes moins formés, ayant peu d'expériences, qui vivent cette activité comme une « contrainte », une « corvée » ou encore un « passage obligé ». Ce manque de formation peut entraîner des attitudes culpabilisantes et moralisatrices de la part du personnel envers les femmes (10). Les sages-femmes militantes expriment donc souvent le souhait de prendre en charge les IVG pour éviter que les femmes se sentent stigmatisées et dénigrées. Assurer l'accompagnement global pourrait permettre aux femmes de ne voir qu'un seul interlocuteur pendant leur parcours, de se sentir écoutées et comprises. Une sage-femme de notre étude le souligne en disant que l'IVG doit être fait par *« des professionnels qui souhaitent le pratiquer. Cela en ayant une formation globale : savoir dater la grossesse, l'accompagnement psycho-social dans la démarche de la patiente, donner les bonnes informations et surtout la pratique de l'acte afin que la patiente n'ait qu'un seul interlocuteur »*. Une autre sage-femme rappelle *« qu'il est très important de replacer la sage-femme au cœur de la santé génésique de la femme. Pour moi pratiquer l'IVG est un acte féministe, nécessaire à la bonne prise en charge des patientes. Pour leur sécurité il est extrêmement important que d'obtenir un rdv pour une IVG médicamenteuse ou chirurgicale soit facile. J'espère de tout cœur qu'un jour les SF pourront pratiquer l'IVG chir. »*

Malgré l'ajout de l'IVG médicamenteuse aux compétences des sages-femmes, l'étude montre également que la difficulté d'accès à l'IVG reste un argument toujours évoqué. En effet, comme vu précédemment, la fermeture des maternités et donc des centres réalisant l'IVG instrumentale n'a cessé de diminuer. La démographie des gynécologues en exercice contraint donc les femmes (moins de quatre sur dix) à ne plus avoir le choix sur la méthode d'IVG (25). De plus, dans le rapport d'information sur l'accès à l'IVG de l'Assemblée Nationale (35), plusieurs praticiens ont exprimé l'idée que cette activité « s'apparentait à du bénévolat » et que l'IVG instrumentale se pratiquait à perte pour les services hospitaliers. L'aspect non attractif financièrement de l'IVG porte atteinte directement à son accès par les femmes.

Nous relevons donc qu'à travers cet acte militant, les sages-femmes expriment avant tout la volonté d'assurer un accompagnement global de la femme. Un accompagnement qu'elles souhaitent de qualité pour que les femmes vivent au mieux leur IVG, aussi bien sur le plan médical ou sur le plan psychique. Les sages-femmes souhaitent prendre en charge toutes les

étapes de la démarche, de la demande d'IVG jusqu'au contrôle post-IVG. Tout cela dans le but de garantir par la même occasion un meilleur accès à l'IVG avec un parcours simplifié et personnalisé.

2.4 Freins des sages-femmes à l'extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale

Parmi les principaux freins personnels à la pratique de l'IVG instrumentale, notre étude a relevé un sentiment de manque de compétences pour effectuer le geste pour 56 (51,4%) et un manque de compétences pour prendre en charge les complications post-IVG pour 44 (40,4%) d'entre-elles. Pour 24 (22,0%) sages-femmes, l'IVG instrumentale est considérée comme un acte non physiologique qui doit être réalisé par les médecins. Parmi ces freins, le premier a été classé comme frein principal par 47 % des sages-femmes.

Ces freins personnels sont différents de ceux exprimés pour l'IVG médicamenteuse. En effet, pour cette dernière, 36 (31,6%) sages-femmes ont mis en avant davantage le manque de formation initiale et que le manque de formation en échographie. Alors que la proposition « je ne me sens pas compétente pour prendre en charge les complications liées à l'IVG médicamenteuse » n'a été cochée que par 16 (14%) sages-femmes.

Ces craintes sont également retrouvées dans le mémoire d'A.Bocquentin (34), où les sages-femmes interrogées ont fait part de leurs appréhensions liées aux éventuelles complications de l'IVG instrumentale. Dans l'étude de C.Delaforge (31), les principaux freins exprimés par les sages-femmes étaient également et principalement la peur du risque de complications mais aussi le manque de formations et l'idée que cet acte non physiologique devait être effectué par un médecin seulement.

On peut se demander d'où vient l'appréhension des sages-femmes quant aux complications éventuelles de l'IVG instrumentale. En effet, nous avons vu précédemment que le risque de complications est similaire peu importe la méthode et que le risque de perforation utérine et d'hémorragie est inférieur à 1% (18). Nous pouvons donc penser que ces inquiétudes viennent du fait que c'est un geste endo-utérins et décrit par certaines comme acte chirurgical. Pourtant, les sages-femmes pratiquent déjà des gestes chirurgicaux (réfection de déchirures périnéales ou retrait d'implant) et endo-utérins (pose DIU, délivrance artificielle et révision utérine). Ces craintes sont sûrement amplifiées par les propos du syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France qui stipule que « *ce serait mettre les sages-femmes en difficulté que de les confronter à des situations dont elles ne peuvent gérer les complications* » (35). Le sentiment de ne pas être compétent a été exprimé par 18,3% des sages-femmes qui

craignent la défiance des médecins vis-à-vis de cette pratique. Plusieurs sages-femmes ont dit appréhender la relation avec les anesthésistes. Pourtant, les sages-femmes sont une profession médicale à part entière dans leur domaine, au même titre que les médecins et les anesthésistes, mais on ressent dans notre étude qu'elles ne voient pas l'IVG instrumentale comme une activité multidisciplinaire avec un travail en collaboration étroite. Néanmoins, de nombreuses études citées précédemment ont montré qu'il n'y avait pas plus de complications lorsque l'IVG instrumentale était effectuée par un autre professionnel qu'un médecin (26,27,28). D'ailleurs, la Haute Autorité de Santé (HAS) mène une étude expérimentale dans le cadre d'un protocole signé avec l'hôpital de la Pitié Salpêtrière afin de déterminer la faisabilité d'étendre aux sages-femmes le droit de pratiquer les IVG instrumentales sous anesthésie locale. Le protocole est actuellement à l'étude auprès de l'ARS. Il s'intéresse notamment au pré requis nécessaire à la réalisation d'IVG par une sage-femme à savoir, une formation théorique et pratique et l'évaluation des acquis et de l'expérience (32).

Les principaux freins pratiques retrouvés dans notre étude étaient pour 48 (46,6%) sages-femmes la problématique du lieu d'exercice qui ne permet pas la réalisation de l'IVG instrumentale et le manque de compétences en échographie. Pour 22 (21,4%) sages-femmes, le manque de temps pour intégrer la pratique a été également considéré comme un frein. Ces deux difficultés sont exactement les mêmes que celles retrouvées pour l'IVG médicamenteuse pour 35,1% et 32,4% des sages-femmes. Dans le mémoire d'A.Bocquentin, les sages-femmes avaient aussi souligné des soucis d'organisation en lien avec leur lieu d'exercice (34). En effet, les sages-femmes exerçant en libérale ou en CPEF/PMI n'ont pas accès aux plateaux techniques avec salle blanche pour pouvoir effectuer des IVG, il en est de même pour les sages-femmes hospitalières. Cette extension nécessiterait donc une réorganisation des moyens matériels avec mise à disposition de salle blanche, actuellement en nombre limité, comme le stipule le rapport de l'Assemblée Nationale pour les IVG sous anesthésie locale. Cependant pour les anesthésies générales, il serait nécessaire de revoir l'accès aux blocs opératoires déjà bien engorgés avec des créneaux restreints pour les IVG instrumentales (35).

Le manque de formation en échographie est évoqué par les sages-femmes dans la plupart des études. Pour celles ayant une activité d'orthogénie, il semble alors essentiel qu'une formation échographie leur soit proposée pour dater précisément le début de la grossesse et s'assurer de la vacuité utérine post-IVG. Pour autant, le décret relatif à l'expérimentation de la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes ne le stipule. Cette formation pratique n'est pas essentielle à la réalisation du geste technique de l'aspiration mais, jugée indispensable par les sages-femmes souhaitant offrir à leurs patiente une prise en charge globale. Notamment

pour la datation de grossesse et la visite de contrôle post-IVG. Pour répondre aux souhaits de nombreuses sages-femmes qui souhaitent s'engager dans cette voie, la formation courte en échographie et adaptée spécifiquement à la prise en charge des IVG devrait être plus souvent proposées et plus facilement accessible par les sages-femmes (financement, temps libéré pour la formation et l'entraînement). Ce qui pourrait améliorer également la qualité de la prise en charge et les délais d'attente, car les créneaux d'échographie de datation spécifique aux IVG sont peu nombreux.

Les sages-femmes ont aussi soulevé le manque de temps pour intégrer de nouvelles pratiques à leur exercice. En effet, elles voient leurs compétences s'élargir considérablement. Pour autant, le nombre de sages-femmes reste stable en France depuis 2017 (23 400 sages-femmes) et le nombre de médecins diminue (36). Les sages-femmes doivent donc répondre à une demande grandissante de besoins divers, pour autant elles ne sont pas plus nombreuses à pouvoir pallier le manque de professionnels. D'autant plus qu'il faudrait qu'elles puissent obtenir du temps pour se former convenablement à cette nouvelle pratique. Certaines sages-femmes de notre étude ont exprimé à travers la question ouverte le sentiment de se sentir utilisées pour combler le manque de praticiens sans que ces nouvelles compétences ne permettent une valorisation de la profession, sentiment partagé par les sages-femmes de l'étude d'A.Bocquentin (34). Plusieurs sages-femmes ont, à la même occasion, exprimé leur mécontentement sur la valorisation du métier. La plupart revendiquent une augmentation de salaire et une reconnaissance du statut médical en lien avec les nouvelles compétences acquises durant les dernières années. Elles craignent aussi que les compétences continuent à s'élargir, certaines ont parlé de « *déviante* » en citant par exemple les curetages de fausse couche qui seraient pour elles totalement hors compétences.

Par ailleurs, dans notre étude, 16,5 % des sages-femmes ont déclaré ne pas se sentir à l'aise avec le contenu de l'aspiration. L'IVG instrumentale est souvent réalisée entre 9 SA et 14 SA à ce terme, l'embryon commence à se former, il est visualisable dans la sonde d'aspiration. Les sages-femmes interrogées par A.Bocquentin ont expliqué ce sentiment par le fait de se sentir « actives » dans l'IVG instrumentale alors que, pour l'IVG médicamenteuse, c'est la femme qui prends les médicaments elle-même (34).

La définition du caractère « physiologique » de l'IVG est remise en question par une partie des sages-femmes interrogées dans notre étude. En effet, 11,8% des sages-femmes ont souligné le caractère non pathologique de l'IVG instrumental contre 22,0% la qualifiant d'acte non physiologique relevant de la compétence des médecins. Dans l'étude d'A.Bulke, 3,7% des sages-femmes considéraient que l'IVG médicamenteuse n'était pas une situation physiologique

et que ce n'était pas de la vocation de la sage-femme (29). La même proportion était également retrouvée dans le mémoire de C.Delaforge pour l'IVG instrumentale (31). Dans l'analyse de notre question ouverte, plusieurs sages-femmes ont voulu rappeler le côté « *chirurgical* » de l'acte qui « *doit être effectué par un chirurgien seulement* » et d'autres ont accentué leur propos en demandant à ne pas étendre les compétences au-delà de la physiologie. Pour autant, les IVG instrumentales peuvent parfois être réalisées par des médecins généralistes qui ne sont pas chirurgiens. C'est alors l'identité même de la sage-femme qui est questionnée à travers ce débat. L'identité professionnelle est différente pour ces sages-femmes qui pratiquent pourtant le même métier. Selon le Code de la Santé Publique, la sage-femme doit adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique (19). Cependant l'acte instrumental n'est pas pathologique en lui-même. L'ANSFO décrit les sages-femmes comme « *garantes de la physiologie, elles travaillent à préserver la santé des femmes tout au long de leur vie. Leur place est d'être aux côtés des femmes à chaque événement de leur vie sexuelle et reproductive* ». Cette question fait émerger un débat qui perdure et qui s'accroît même avec l'élargissement des compétences des sages-femmes, à savoir ce que l'on considère appartenir au domaine de la physiologique ou non, et donc ce qui rentre, ou non, dans le champ des compétences des sages-femmes. Pour certaines, l'IVG médicamenteuse ne rentre pas dans la physiologie et pour d'autres, seule l'IVG instrumentale n'est pas physiologique. Il n'y a aucun consensus pour acter du caractère physiologique ou non des deux méthodes d'IVG, exacerbant les divergences d'opinions et débats sur la légitimité de la sage-femme à les prendre en charge.

D'autre part, dans notre étude, 7% des sages-femmes ont revendiqué leur clause de conscience. Une d'entre elle a décrit l'IVG comme « *une violence faite aux femmes* » et a qualifié l'embryon comme « *un être humain* ». Ce sujet reste donc délicat pour les sages-femmes car l'IVG peut toucher certains principes éthiques.

Nous pouvons donc dire que les freins à la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes sont nombreux : le manque de compétences sur le geste, défaut de formation en échographie, sur la gestion des complications ou encore les appréhensions des sages-femmes face à la défiance des médecins. Les sages-femmes se sont dites freinées par le manque de temps pour se former, et manque de créneaux pour les IVG ainsi que la mise à disposition de plateau techniques. Cependant, ces freins révèlent avant tout le débat sur le caractère physiologique de l'IVG instrumentale et la légitimité des sages-femmes à en pratiquer. Les nombreuses questions éthiques sont également à prendre en compte pour certaines sages-femmes.

2.5 Attentes des sages-femmes concernant la formation à l'IVG instrumentale

La majorité des sages-femmes, favorables à la pratique de l'IVG instrumentale ont exprimé leurs besoins de bénéficier d'une formation théorique sur la technique pour 75,3% et une formation théorique sur la prise en charge des urgences liées aux complications pour 66,3% d'entre elles. La simulation sur mannequin pour le geste a été évoqué par 59,4% sages-femmes. Elle est nécessaire car l'acte ne doit jamais être réalisé la première fois sur une vraie patiente. Sur le plan théorique, les autres attentes portent sur la législation de l'IVG, la tarification à l'acte (38,6%) ainsi que de la simulation sur mannequin pour la datation de grossesse (49,5%). Sur le plan pratique, 83% des sages-femmes souhaiteraient effectuer un stage au bloc opératoire pour pratiquer des IVG instrumentales et 63,0% suivre une formation aux soins d'urgence au bloc opératoire.

Ces attentes sont en adéquation avec les mesures du décret concernant l'expérience et la réalisation de plusieurs actes sous la supervision d'un médecin aguerri au bloc. Cependant le décret ne précise pas quels devraient être les modules abordés dans la formation théorique (24). Pour les sages-femmes favorables à l'extension des compétences, 44,2% souhaiteraient que la formation soit intégrée à la formation initiale des sages-femmes avec une formation complémentaire par la suite et 32,6% que celle-ci ne soit enseignée uniquement après le diplôme pour celles qui s'engageraient dans cette activité. Pour les sages-femmes non favorables, 43,9% souhaiteraient également que la formation soit seulement complémentaire.

Actuellement, un enseignement théorique et pratique est mis en place dans les écoles de sages-femmes mais il est cependant très différent d'une école à l'autre et pas toujours à la hauteur des attentes des étudiants comme l'a montré P.Breton dans son mémoire de son d'études (21). La création prochaine d'un 3^{ème} cycle court avec l'ajout d'une sixième année d'études pourrait être une opportunité d'approfondir la formation sur l'IVG avec un allongement de la durée du stage en orthogénie et une formation technique à l'IVG instrumentale si cette compétence venait à se pérenniser pour les sages-femmes.

CONCLUSION

Le but de cette étude était de déterminer si les sages-femmes de Normandie occidentale étaient favorables ou non à l'extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale. Nous avons donc voulu faire un état des lieux des motivations et des freins que les sages-femmes pouvaient ressentir à l'égard de cette nouvelle activité.

Il ressort de cette étude que les sages-femmes sont très partagées concernant la pratique de l'IVG instrumentale. En effet, 42,7% d'entre elles se sont déclarées favorables à l'extension de leurs compétences contre 41,8% qui se sont dites opposées. Et, 38,2% des sages-femmes ont exprimé leur envie de pratiquer les IVG instrumentales dans un futur proche. Notre étude a pu démontrer que les sages-femmes favorables à l'IVG médicamenteuses étaient plus favorables que les autres à l'extension des compétences à l'IVG instrumentale.

Parmi les principales motivations, retrouvées également pour certaines pour l'IVG médicamenteuse, les sages-femmes ont mis en avant l'activité militante avec la volonté de défendre le droit des femmes (46,4%), l'envie de pallier à un manque de médecins réalisant les IVG instrumentales en maintenant une mission de santé publique (43,6%) ainsi que la volonté de faire respecter le libre choix des femmes concernant la méthode pour l'IVG (40,0%).

Concernant les principaux freins personnels, les sages-femmes ont mis en avant le sentiment de manque de compétences pour effectuer le geste (51,4%) et pour prendre en charge les complications possibles en post-IVG (40,4%). On retrouve également des sages-femmes pour lesquelles l'IVG instrumentale est un acte non physiologique relevant de l'unique compétence du médecin (22,0%). Pour les freins pratiques, les sages-femmes ont dit exercer souvent dans un lieu qui ne leur permettrait pas de réaliser des IVG instrumentales (pas de postes de sages-femmes en orthogénie, pas de lien avec l'hôpital pour avoir accès à un plateau technique, pratique de l'IVG par les sages-femmes parfois critiquée par les médecins du service) (46,6%). Les sages-femmes ont soulevé le souci de manque de temps pour intégrer la pratique à leurs activités actuelles (21,4%).

Enfin, la majorité des sages-femmes ont émis le souhait d'intégrer une formation théorique et pratique plus conséquente à la formation initiale accompagnée d'une formation complémentaire à la suite du diplôme (44,2%). Dans cette formation elles voudraient pouvoir voir la technique de l'IVG en théorie (75,3%) et en pratique (83%) ainsi qu'une formation également théorique (66,3%) et pratique (63,0%) à la prise en charge des urgences liées aux possibles complications de l'IVG.

L'objectif principal est aujourd'hui de garantir un meilleur accès à l'IVG pour les femmes. Pour atteindre cet objectif, les conditions de prise en charge des patientes devront être revues ainsi que l'organisation pratique. A savoir, la création de nouveaux postes, envisager des plateaux techniques pour les sages-femmes n'exerçant pas à l'hôpital mais souhaitant pratiquer les IVG instrumentales, l'élaboration d'un protocole complet de prise en charge et des rôles pour les différents professionnels de santé intervenant, surtout en cas de complications pour garantir la sécurité des patientes.

Nous avons vu que l'IVG reste un sujet délicat qui ouvre le débat sur plusieurs autres sujets. Notamment l'enjeu de l'identité professionnelle, questionnée et remise en question quand on demande aux sages-femmes de rester dans leurs champs de compétences, dans la physiologie, mais qu'on ne cesse d'étendre leurs pratiques sans revalorisation statutaire et financière. La place de la sage-femme dans le parcours de santé des femmes et dans les institutions est en évolution mais les sages-femmes elles-mêmes ne sont pas toujours d'accord sur leur rôle. Pour autant, le diplôme de sage-femme est validé par une formation et un socle de compétences commun. La possible pérennisation de cette compétence va encore changer la formation des futures sages-femmes qui vont voir la durée d'études augmenter à six ans. Il semblerait donc intéressant de questionner aussi les étudiantes sur leurs freins et leurs motivations à la pratique de l'IVG instrumentale ainsi que leur formation en orthogénie. En effet, ce sont les futures sages-femmes et leur regard pourrait être différent des sages-femmes déjà en exercices depuis plusieurs années.

Enfin, les dernières lois (pérennisation de l'IVG médicamenteuse jusqu'à 9SA hors établissement de santé ou allongement du délai de l'IVG jusqu'à 16 SA) vont encore modifier l'accès mais aussi peut être augmenter le nombre d'IVG instrumentale (37,38). Il y a entre 3000 et 5000 IVG, hors du cadre légal, qui sont effectuées à l'étranger (8). Cette nouvelle loi répond donc à une demande ciblée et doit donner les moyens pour garantir la possibilité de prise en charge de ces femmes maintenant que le délai légal est allongé de deux semaines. Il faut donc revoir l'organisation des soins concernant l'IVG. Il serait donc pertinent d'évaluer l'impact de ces changements dans les prochaines années et notamment le rôle des sages-femmes pour voir si ces dernières vont s'emparer de l'IVG instrumentale comme elles ont pu le faire avec l'IVG médicamenteuse et voir si leur positionnement aura évolué et dans quelles mesures.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Légifrance.Chapitre II : Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse. (Articles L2212-1 à L2212-11).[en ligne].[Consulté le 1 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000017749666/2013-07-09/>
- (2) Bajos N, Ferrand M. Les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement. Revue Française des Affaires Sociales 2011;1:43-60
- (3) 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.
- (4) Le Naour J-Y, Valenti C. Histoire de l'avortement: XIXe-XXe siècle. Paris: Seuil; 2003. 387 p
- (5) Brozille P. Vichy, l'avortement et l'opinion. Mémoire de maîtrise. Paris ; 1992.
- (6) Collectif IVP. AVORTER : Histoires des luttes et des conditions d'avortement des années 1960 à aujourd'hui. Grenoble, 2008.
- (7) Décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse - Article 1. 2009-516 mai 6, 2009.
- (8) Vilain A. Études et résultats : interruption volontaire de grossesse, une légère baisse du taux de recours en 2020. DRESS, n°1207, sept 2021
- (9) Vilain A. Études et résultats : interruption volontaire de grossesse, une hausse confirmée en 2019. DRESS, n°1163 ; sept 2020.
- (10) Laurant F, Bousquet D. Rapport relatif à l'accès à l'IVG. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes ; 2013 nov p. 101. Report No: 2013-1104-SAN-009.
- (11) ARS.Dossier de presse. 26 septembre : Journée mondiale de la contraception. [En ligne] Disponible sur : <https://www.normandie.ars.sante.fr/media/63744/download>.

(12) Réseau de périnatalité normandie. Indicateur périnatal Calvados Manche Orne 2019. [En ligne] disponible sur : <https://www.perinatbn.org/rapport-regionaux/>

(13) IVG.GOUV. Avortement : quels sont les délais à respecter pour un avortement ? [En ligne]. Disponible sur : <https://ivg.gouv.fr/avortement-quels-sont-les-delais-a-respecter-pour-avorter.html>

(14) IVG.GOUV.IVG médicamenteuse . [En ligne]. Disponible sur : <https://ivg.gouv.fr/ivg-medicamenteuse.html>

(15) IVG.GOUV. IVG chirurgicale. [En ligne] Disponible sur : <https://ivg.gouv.fr/ivg-chirurgicale.html>

(16) Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Recommandations pour la pratique clinique - L'interruption volontaire de grossesse. 2016.

(17) IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter. Haute Autorité de Santé (HAS); 2018.

(18) Haute Autorité de santé. Cahier des charges pour la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale dans les centres de santé ; mars 2016.

(19) Code de la Santé Publique. Partie législative. Titre V : Profession de sage-femme (Article L4151-1 à LA151-10) ; 2021

(20) Gimbert J. Etude des pratiques de l'IVG médicamenteuse : enquête chez les sages-femmes exerçant en CPEF et en établissement de santé en Lorraine. [Mémoire de diplôme d'Etat de sage-femme]. Nancy, France : université de Lorraine ; 2019

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

(22) Légifrance. Loi 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2020. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042665307>

(23) Sénat. Proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement. [En ligne] Disponible sur : <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl20-023.html>

(24) Légifrance. Décret n° 2021-1934 du 30 décembre 2021 relatif à l'expérimentation relative à l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044793043>

(25) CNOSF. Communiqué de presse du 16/01/2020. 45 ans après la loi veil, les sages-femmes peuvent améliorer l'accès à l'IVG ; 2020

(26) Weitz TA, Taylor D, Desai S, Upadhyay UD, Waldman J, Battistelli MF, et al. Safety of Aspiration Abortion Performed by Nurse Practitioners, Certified Nurse Midwives, and Physician Assistants Under a California Legal Waiver. American Journal of Public Health. 2013;103(3):454-61.

(27) Renner RM, Brahmi D, Kapp N. Who can provide effective and safe termination of pregnancy care? A systematic review. BJOG 2013;120(1):23-31.

(28) Warriner IK et al. Rates of complication in first trimester manual vacuum abortion done by doctors and mid- level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. Lancet, 2006, 368(9551):1965–1972.

(29) Bulke A. Les sages-femmes libérales souhaitent-elles assurer la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses ? Enquête auprès des sages-femmes libérales des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne. [Mémoire de diplôme d'Etat de sage-femme]. Caen, France : université Caen normandie ;2017.

(30) Granger T. Sages-femmes libérales et interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse : positionnement. [Mémoire de diplôme d'état de sage-femme]. Lyon, France : Faculte de medecine et de maieutique lyon sud – charles merieux ; 2017

(31) Delaforge C. Place de la sage-femme dans la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse en Isère. [Mémoire diplôme d'état de sage-femme]. Grenoble, France : université Grenoble Alpes ; 2016.

(32) Livret ANCIC. 21èmes journées de L'ANCIC 6 et 7 novembre 2015. [En ligne] Disponible sur : http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/livret_ancic_2015.pdf

(33) Seiler P. Sage-femme et interruption volontaire de grossesse médicamenteuse Enquête auprès des sages-femmes de la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA). [Mémoire de diplôme d'Etat de sage-femme]. Marseille, France : Aix marseille université ; 2016

(34) Bocquentin A. L'IVG instrumentale, future compétence des sages-femmes ? positionnement de sages-femmes orthogénistes. [Mémoire de diplôme d'état de sage-femme]. Paris, France : université Paris Descartes ; 2019

(35) Assemblée nationale. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, sur l'accès à l'interruption de grossesse, 16 septembre 2020. [En ligne] Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/115b3343_rapport-information

(36) Marie Anguis, Maxime Bergeat, Jacques Pisarik, Noémie Vergier, Hélène Chaput. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques. DRESS, n°76 ; mars 2021

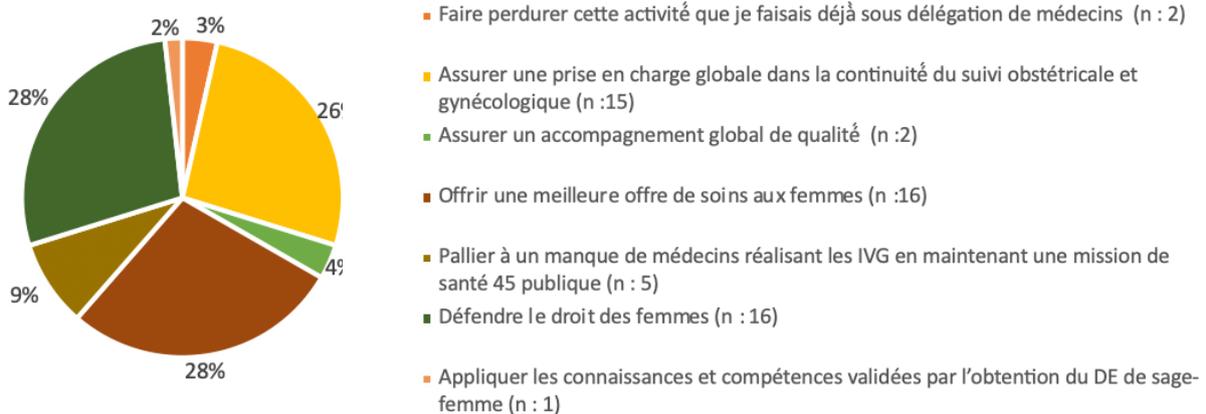
(37) Légifrance. Décret n° 2022-212 du 19 février 2022 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse hors établissements de santé [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045190889>

(38) Légifrance. LOI n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement (1) [En ligne] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287560>

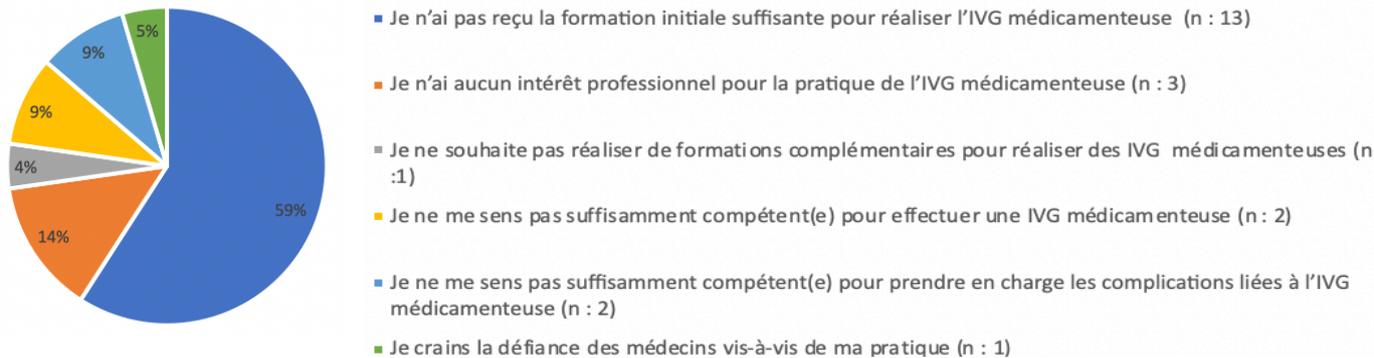
ANNEXES

Nous avons demandé aux sages-femmes de classer les différentes motivations, freins personnels et freins pratiques à l'IVG médicamenteuse par ordre d'importance. Ces diagrammes représentent la proportion de motivations ou freins classés en première position par les sages-femmes, soit le plus important.

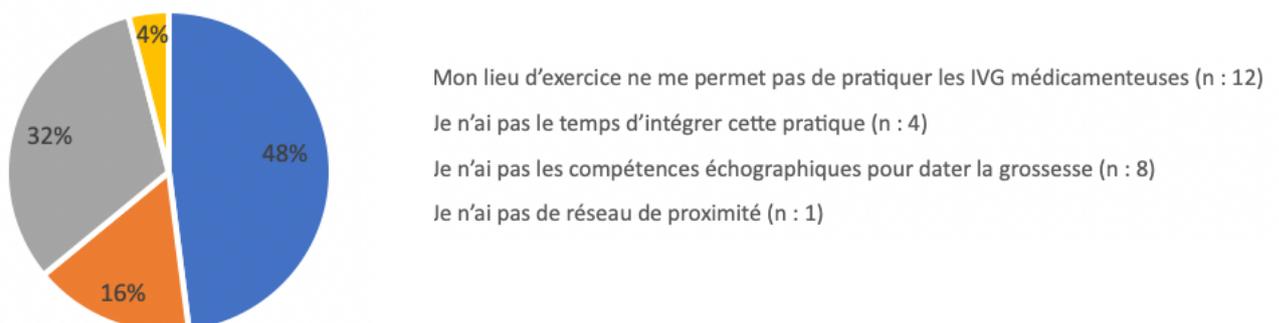
Annexe 1 : Diagramme 1 « motivation à la pratique de l'IVG médicamenteuse classée en première place, la plus importante selon les sages-femmes » (n : 57)



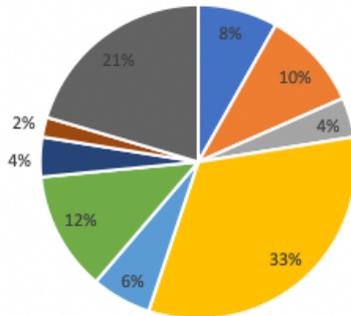
Annexe 2 : Diagramme 2 « Freins personnels à la pratique de l'IVG médicamenteuse classé en première place, le plus important selon les sages-femmes » (n : 22)



Annexe 3 : Diagramme 3 « Freins pratiques à l'exercice de l'IVG médicamenteuse classé en première place, le plus important selon les sages-femmes » (n : 25)

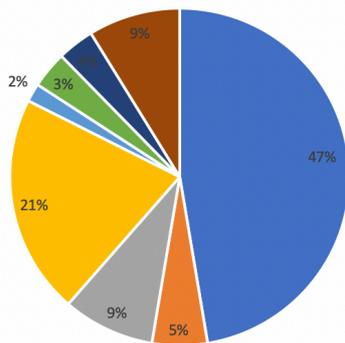


Annexe 4 : Diagramme 4 « Motivation à la pratique de l'IVG instrumentale classée en première place, la plus importante selon les sages-femmes » (n : 49)



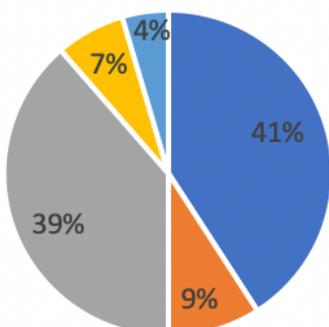
- Elargir mes compétences (n : 4)
- Assurer la prise en charge globale des femmes dans la continuité du suivi obstétrical et gynécologique (n : 5)
- Assurer un accompagnement global de qualité (n : 2)
- Pallier un manque de médecins réalisant des IVG instrumentales en maintenant une mission de santé publique (n : 16)
- Diversifier l'offre de méthodes d'IVG proposées (n : 3)
- Mieux intégrer mon métier dans la sphère médicale (n : 6)
- Faire reconnaître le métier et les compétences des sages-femmes (n : 2)
- Faire reconnaître le caractère non pathologique de l'IVG (n : 1)
- Défendre le droit des femmes (n : 10)

Annexe 5 : Diagramme 5 « Frein personnel à la pratique de l'IVG instrumentale classé en première place, la plus importante selon les sages-femmes » (n : 57)



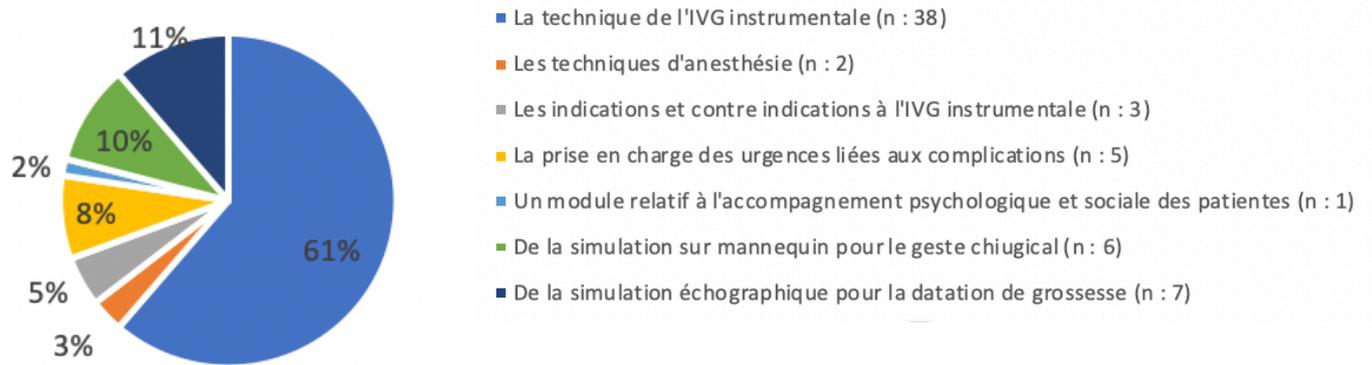
- Je ne me sens pas suffisamment compétente pour effectuer une IVG instrumentale (n : 27)
- Je n'ai aucun intérêt professionnel pour la pratique de l'IVG instrumentale (n : 3)
- Je considère le caractère non physiologique de l'IVG instrumentale (n : 5)
- Je ne me sens pas suffisamment compétent pour prendre en charge les complications post-IVG (n : 12)
- Je ne me sens pas suffisamment compétent pour assurer un accompagnement psycho-sociale de qualité (n : 1)
- Je ne me sens pas à l'aise avec l'acte et la visualisation du contenu de l'aspiration (n : 2)
- Je crains a défiance des médecins vis-à-vis de ma pratique (n : 2)
- J'estime que cet acte non physiologique doit être réalisé par un médecin (n : 5)

Annexe 6 : Diagramme 6 « Frein pratique à la réalisation de l'IVG instrumentale classé en première place, la plus importante selon les sages-femmes » (n : 44)

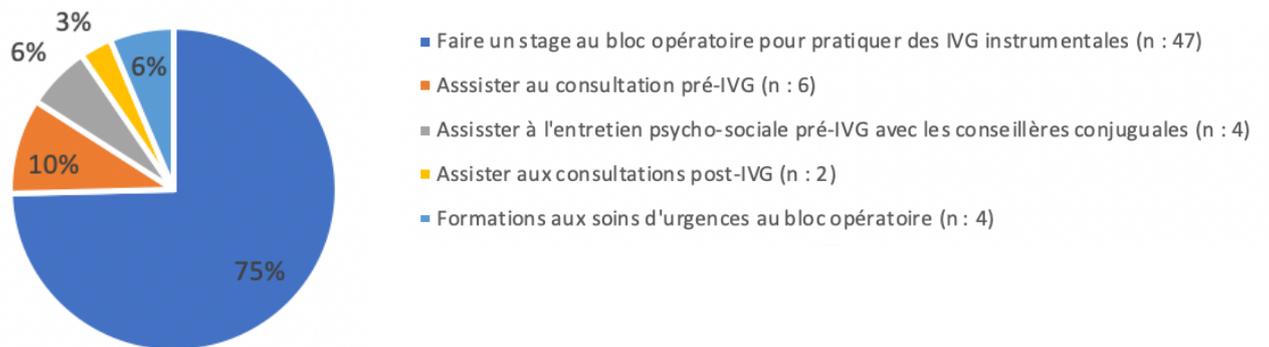


- Mon lieu d'exercice ne me permet pas la réalisation d'IVG instrumentale (n : 18)
- Je n'ai pas le temps d'intégrer cette pratique (n : 4)
- Je n'ai pas les compétences échographiques pour dater une grossesse (n : 17)
- L'activité est peu valorisé financièrement (n : 3)
- Je n'ai pas de réseau de proximité (n : 2)

Annexe 7 : Diagramme 7 « Attente principale sur la formation spécifique à l'IVG instrumentale sur le plan théorique, le plus important selon les sages-femmes » (n : 62)



Annexe 8 : Diagramme 8 « Attente principale sur la formation spécifique à l'IVG instrumentale sur le plan pratique, le plus important selon les sages-femmes » (n : 63)



Annexe 9 : Réponses des sages-femmes à la question ouverte : « motivations et freins des sages-femmes sur l'extension possible de leurs compétences à l'IVG instrumentale ». Pouvez-vous expliquer plus en détails les choix que vous avez fait dans le questionnaire ou apporter d'autres pistes de réflexion ? (n : 46)

1. *« Je ne suis pas absolument contre la pratique de l'IVG Instrumentale par les sages-femmes. Cependant je pense qu'une formation/ diplôme spécifique est nécessaire afin d'assurer une prise en charge complète et responsable. »*
2. *« Je suis pressée de pouvoir me former et me mettre à la disposition des patientes »*
3. *« Je suis tout à fait pour la pratique de l'ivg par les sages-femmes d'autant que les services d'orthogénie manquent de plus en plus de médecins Mais je suis en fin de carrière et je n'ai pas le temps d'intégrer cette pratique à l'on activité libérale »*
4. *« La sage-femme fait de la physiologie, elle n'a donc pas sa place au bloc opératoire. »*
5. *« Le droit à l'IVG est à défendre quel que soit sa forme. La SF a une place prépondérante dans la PEC »*
6. *« Il me semblerait également intéressant de former les sages femmes à l'accompagnement de grossesse non désirée et aux aides potentielles pour les mères. Également une proposition clair sur l'accouchement sous le secret. »*
7. *« Mes motivations pour devenir sage-femme étaient d'accompagner les femmes, les couples qui souhaitent avoir des enfants, donner la vie, et je ne souhaite pas réaliser des IVG qui font partie malgré tout partie de la vie de certaines femmes, pour une raison de clause de conscience. Cela ne m'empêche pas bien sûr de respecter les SF qui souhaitent le faire, ou les femmes qui y ont recours. »*
8. *« Merci d'accueillir mes précédentes réponses avec le sourire. J'ai pris sur moi pour répondre à ce questionnaire, même rapidement. Bonne continuation »*
9. *« Je ne suis pas favorable à l'IVG instrumentale pratiqué par les Sf : acte invasif qui doit être fait par un médecin. sinon on peut aussi faire les curetages des fausses couches et quoi d autre encore ???! »*
10. *« Qu'on nous laisse la physiologie, avant de vouloir nous faire faire des actes plus à risque qui relèvent des médecins. Ce sont deux métiers différents chacun le sien. les sages-femmes qui veulent élargir leur compétences vers des gestes chirurgicaux à risque peuvent aussi faire médecine. Les gynecos sont prêts à nous laisser ce geste parce qu'il est ingrat désagréable et mal payé. »*
11. *« C'est dommage que le test dans la plupart des questions parte du principe que toutes les sages-femmes sont favorables à l'extension des compétences des sages-femmes pour l'IVG... Ou que la formation à ce sujet doit faire partie de l'enseignement initial. Moins de partialité permettrait davantage de réflexion, une expression plus libre et des statistiques plus fiables. Sincèrement, je trouve profondément triste que beaucoup revendique cela comme une promotion ou une valorisation de la profession . Le fond de ma pensée, c'est que l'on se fait avoir "comme des bleus" avec ces faux arguments. C'est plutôt une tâche terrible pour TOUS les praticiens qui se sentent "généreux" de faire cet acte mais réalisent souvent*

plus tard que cela les affecte et les abîme eux-mêmes. L'IVG est une violence faite à la femme, à mon avis. Il y a toujours une autre solution, si l'on veut bien la chercher. Ce n'est pas une fatalité. En cas de tentative de suicide, on fait tout pour protéger les gens d'eux-mêmes, les traiter, les accompagner et éloigner les tentations de se donner la mort. Pourquoi fait-on comme si un embryon n'était pas déjà quelqu'un, un être humain? A faire l'autruche on n'empêche pas que la réalité se rappelle à nous un jour. En amont, entre autre, l'éducation affective et sexuelle pour les filles comme pour les garçons est nécessaire pour construire leur vie, leur personne, leur couple et leur famille. C'est exigeant mais enrichissant et tellement plus épanouissant pour chacun d'eux en les traitant vraiment comme des êtres humains qui peuvent poser de vrais choix et apprendre à aimer vraiment : Prendre conscience que même si toute relation sexuelle ne donne pas la vie, elle engage personnellement l'homme et la femme et qu'elle est appelée parfois à s'incarner, (qu'on n'y ait mis des barrières contraceptives ou pas) peut aider à réfléchir et à être plus responsable dans ses actes et à accueillir la vie quand elle se présente. Un grand merci d'avoir laissé autant de place pour cette dernière réponse !!! »

12. « Honnêtement je ne suis pas contre mais personnellement ce ne suis pas intéressé par cette pratique mais je suis heureuse que des femmes puissent être encadrées par des sages-femmes pour cette pratique »

13. « Personnellement je ne suis pas favorable à la réalisation des ivg chirurgicales car nous ne sommes pas des chirurgiens. De plus, il faut d'abord que l'on reconnaisse nos compétences médicales et la rémunération salariale qui va avec. Nous avons assez de responsabilités avant de s'en rajouter d'autre. »

14. « Je me sens tout à fait capable de pratiquer les visites pré ou post ivg mais non formera l'écho datation et geste pratique ivg instrumentale....bien ds l'accompagnement des femmes »

15. « je pense que la sage femme a toute sa place dans la prise en charge d'une femme qui souhaite faire une IVG qu'elle soit médicamenteuse ou instrumentale. Par des professionnels qui souhaitent le pratiquer. cela en ayant une formation globale : savoir dater la grossesse, l'accompagnement psycho-social dans la démarche de la patiente, donner les bonnes informations et surtout la pratique de l'acte afin que la patiente n'ait qu'un seul interlocuteur. »

16. « Les gynécologues obstétriciens autour de moi ne voient absolument pas d'un bon œil cet élargissement de compétences. Selon eux nous nous prenons pour eux mais sans les qualifications nous allons être un danger pour les femmes.... Ce sujet m'intéresse vraiment beaucoup et j'espère que les choses évolueront positivement pour les femmes et les sages-femmes ! »

17. « Il faut que cette ouverture aux sage-femmes permette d'améliorer l'accès à l'IVG et réduise les délais (grâce à l'augmentation de l'offre de soins), mais comment cela peut-il réellement s'organiser ... (les libérales auront difficilement accès à un plateau technique, les salariés du privé ne pourront pas le faire, seule peut être quelques sage-femmes du publique pourront en réaliser dans leur rotation de poste) »

18. « Je trouve que l'ivg chir devrait rester du ressort du médecin gyneco obst. Si il y a un Manque de gyneco, on devrait plutôt laisser aux sages-femmes les suivis de grossesse physio (nos médecins en font encore) les suivis gyneco physio et les ivg med. »

19. « Après 18 ans de DE, j'ai orienté ma carrière vers d'autres centres d'intérêt que l'IVG, et je ne pense donc pas être amenée à les pratiquer un jour, mais il me paraît fondamental de revoir notre formation initiale pour que toute jeune SF diplômée sache réaliser les IVG et ainsi maintenir notre mission de service public. »

20. « Avant d'élargir nos compétences, faisons les déjà connaître au grand public et au monde médical. Le conseil de l'ordre qui se bat pour que la pratique de l'IVG chir nous soit autorisée me semble complètement à côté de la réalité du terrain et de ses difficultés au quotidien »

21. « le choix de l' AG ou de l'AL est-il vraiment laissé libre aux patientes ou bien est-ce le praticien qui impose la technique de l'anesthésie? A 7-9 SA laisse t-on suffisamment le choix aux patientes entre ivg med et ivg chir ? ou ne propose t-on que l'ivg med ? »

22. « pour les femmes je pense que ce serait un plus de pouvoir être prises en charge par une sage-femme. Par contre la bienveillance des médecins à l'égard des sage-femme dans ce transfert de compétence est une condition sinequanon. par ailleurs reste le problème de la reconnaissance de cette extension de compétence... en faire tjs plus pour tjs autant de mépris de la part des institutions et de certains médecins, sans parler du salaire... je réfléchirais à deux fois avant d'accepter dans ces conditions. »

23. « Ma priorité : savoir pratiquer les échos de datation permettant ainsi l'IVG qu'elle soit méd. ou instrumentale donc accéder à une formation pratique. Les compétences des SF s'élargissent par manque de gynéco... mais où est la reconnaissance de notre métier ? quelle valorisation ?
Je regrette que les soins aux femmes donnés par des femmes ne soient pas mieux valorisés. En cas de complications post-IVG instrumentale, quelle sera la PEC de la patiente et par qui ? comment les médecins vont-ils accueillir les complications sur les patientes PEC par les SF ? »

24. « Appréhende la prise en charge des patientes par les médecins lors de complications post IVG »

25. « J'ai répondu aux questions en ce qui concerne une éventuelle formation mais n'étant pas favorable à l'ivg instrumentale par les SF, je ne suis pas favorable à une formation faites aux SF »

26. « J'aimerais dans quelques années pouvoir faire les IVG MED et pourquoi pas les IVG CHIR mais c'est vrai que j'appréhende les IVG CHIR ET voir ce qui passe dans le pot d'aspiration avec les bruits qui vont avec. Emotionnellement j'ai peur de ne pas avoir assez de distance par rapport au coté bloc aspiration et aussi face aux situations difficiles que traversent les patientes les aider sans les influencer dans leurs décisions me paraît difficile »

27. « Je ne suis pas contre cette extension, libre choix à la sage femme de le faire ou pas, cela doit être un choix de faire ou non cette formation mais ne doit être en aucun cas imposée »

28. « l'extension de la pratique de l'IVG chir à la SF serait intéressante si elle permettait d'améliorer la PEC des femmes durant ce parcours. particulièrement en milieu rural. Il reste énormément de points que l'on peut tenter d'améliorer avant: des transports gratuits pour véhiculer les jeunes femmes sur les hôpitaux qui sont à plus de 30 km, une meilleur

communication entre les services de gynéco de l'hôpital et les praticiens de ville, des sages-femmes en plus grand nombre sur les CPEF, des médecins vacataires sur chaque CPEF , etc »

29. *« le problème actuel est le désamour des sages-femmes pour le travail en milieu hospitalier élargir nos compétences est une bonne chose, encore faut-il qu'il y ait le personnel suffisant aussi bien pour assurer les gardes dans les services que pour le bloc opératoire si nous sommes amenés à faire des IVG instrumentales »*

30. *« Je ne souhaite pas être formée à la pratique d'IVG instrumentale. Les gynécologues sont assez nombreux pour le faire dans notre maternité. Cette extension de compétence ne m'intéresse pas personnellement. Nous ne sommes pas assez rémunérées pour prendre de tels risques, ni assez reconnus. »*

31. *« Bonnes questions ! »*

32. *« Je ne me sens pas à ma place dans la pratique de l'IVG qu'elle soit médicamenteuse ou chirurgicale. Je reçois des femmes qui s'interrogent sur la poursuite ou non de leur grossesse, je suis en mesure de les écouter, leur expliquer les différentes procédures et leur fournir des documents d'information mais je sens que mon rôle s'arrête ici. »*

33. *« Je ne sais pas trop quoi en penser Je trouve déjà très compliqué pour pleins de raisons de mettre en place les IVG med en ville...: pas d'échographistes pouvant recevoir la patiente et dater la grossesse donc délais vite dépassé, démarches administratives +++ longues et compliquées pour obtenir les conventions consultations longues et peu rémunérées je pense que la priorité n'est pas forcément de donner aux sage femme cette nouvelle compétence, mais je n'y suis pas du tout opposée . »*

34. *« ivg chir par Sf pourquoi pas à condition que le statut des SF évolue en parallèle acte délaissé par les médecins notamment gynéco "relégué" aux SF »*

35. *« permettre aux SF de réaliser des IVG instrumentales une fois qu'elles sont formées, permettra aux femmes d'améliorer leur accès à l'IVG ! »*

36. *« Une question : Les sages-femmes pourraient-elles intervenir en cas de perforation utérine ? Bcp d'interrogations sur quoi faire en cas de difficultés pour ma part. Besoin de travailler en accord avec les gynécologues? Dans ce cas nécessité d'une bonne entente. »*

37. *« frein: il n'y a déjà pas assez de sage-femme en ce moment pour faire correctement le travail minimum...alors compliqué d'imaginer faire les ivg chir quand on ne peut pas assurer toutes les consultations tabaco, allaitement, acu ni être vraiment présent comme il le faudrait en sdc ou en sdn etc... »*

38. *« Bon courage mon petit ! »*

39. *« Questionnaire à améliorer, certaines questions et réponses ne sont pas adaptées si on est contre l'IVG chir J'ai adapté mes réponses. Bon courage. »*

40. *« C'est un vrai progrès pour les femmes !! Ne devraient le faire que les sages-femmes qui ont envie +++ »*

41. « Revalorisation salariale et statutaire avant toute extension de compétences : depuis 12 ans on nous a ajouté de nombreuses nouvelles compétences or notre salaire correspond toujours à celui des paramédicaux et nous sommes toujours assimilés à des paramédicaux à l'hôpital »

42. « Je pense qu'avant de rajouter une compétence à notre profession il faudrait valoriser et pouvoir faire celles que nous possédons déjà dans de meilleures conditions. »

43. « Je pense qu'il est très important de replacer la sage-femme au cœur de la santé génésique de la femme. Pour moi pratiquer l'IVG est un acte féministe, nécessaire à la bonne prise en charge des patientes. Pour leur sécurité il est extrêmement important que d'obtenir un rdv pour une IVG médicamenteuse ou chirurgicale soit facile. J'espère de tout coeur qu'un jour les SF pourront pratiquer l'IVG chir. »

44. « Les complications de l'IVG instrumentale peuvent être lourdes de conséquences. Si nous sommes bien formés et volontaires pourquoi pas mais avec des salaires adéquates ou actes bien rémunérés . Ce qui n'est pas le cas pour l'instant en hospitalier et même libéral »

45. « Il faut arrêter d'ajouter des compétences aux sages-femmes par manque de médecin Le droit à l'IVG est fondamental. Pour moi il ne devrait pas exister de clause de conscience Mais pour autant je pense que l'IVG chir est du ressort d'un médecin On parle bien de chirurgical donc chirurgie donc médecin ... J'étais pour l'obtention de l'IVG médicamenteuse mais après chacun ces compétences »

46 « Personnellement, je ne suis pas pour l'extension de mes compétences dans ce domaine, pour moi, il relève d'un acte chirurgical où les complications sont possibles, je le laisse volontiers aux médecins. »

Annexe 10 : Questionnaire envoyé aux sages-femmes de Normandie occidentale par le biais du réseau de périnatalité

Bonjour,

Étudiante en 4^{ème} année à l'école de sage-femme de Caen, je réalise un mémoire dont le thème est l'extension possible des compétences des sages-femmes à la réalisation de l'IVG instrumentale. L'objectif de mon enquête s'intéresse aux positionnements et opinions des sages-femmes de l'ancienne Basse-Normandie sur cette question.

Ce travail a pour but de faire un état des lieux de vos motivations et/ou de vos freins à l'extension de cette compétence, et de recueillir également vos attentes et vos réflexions sur le sujet.

Ce questionnaire vous prendra 5 à 10 mn et est totalement anonymisé.

Je vous remercie par avance de votre participation et n'hésitez pas à faire circuler ce questionnaire auprès de vos collègues.

Emma HELAINE

Questionnaire mémoire

1) Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

2) Votre âge :

- Entre 20 et 30 ans
- Entre 31 et 40 ans
- Entre 41 et 50 ans
- > 50 ans

3) Quand avez-vous obtenu votre diplôme d'état de sage-femme ?

4) Quel est votre lieu d'exercice actuel (plusieurs réponses possibles) :

- Hôpital public
- Hôpital privé
- Cabinet libéral
- Centre périnatal de proximité (CPP)
- Protection Maternelle Infantile (PMI) ou Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF)
- Autres :

5) Dans quel département travaillez-vous :

- Manche
- Calvados
- Orne

6) Avez-vous réalisé une ou des formation(s) complémentaire(s) sur la contraception, le suivi gynécologique, ou l'orthogénie depuis l'obtention de votre DE (Diplôme Universitaire, formations réseau, formation REVHO...)?

- Oui
- Non

7) Si oui laquelle ou lesquelles et en quelle année ?

8) Lors de votre exercice êtes-vous amené(e) ou avez-vous été amené(e) à participer à une activité d'orthogénie ou liée à l'orthogénie ?

- Oui, je pratique cette activité régulièrement.
- Oui, mais je ne pratique plus cette activité aujourd'hui.
- Non

9) Si oui combien de temps, dans quelle structure et quelles étaient vos fonctions et les actes que vous avez réalisés ?

Durée d'exercice :

Structure :

Fonctions :

Actes :

En janvier 2016, la loi de modernisation du système de santé a permis aux sages-femmes de réaliser les IVG médicamenteuses.

10) Étiez-vous favorable à l'extension des compétences des sages-femmes à l'IVG médicamenteuse ?

- Oui
- Non
- Sans avis

11) Depuis l'obtention de cette nouvelle compétence, pratiquez-vous des IVG médicamenteuses ?

- Très régulièrement
- Régulièrement
- Peu régulièrement
- Jamais

12) Quels étaient vos principales motivations pour mettre en pratique cette activité (plusieurs choix possibles, classer par ordre d'importance) ? 1 étant la plus importante

- Diversifier mon activité
- Elargir mes compétences
- Assurer la prise en charge globale des femmes dans la continuité du suivi obstétricale et gynécologique.
- Assurer un accompagnement global de qualité
- Offrir une meilleure offre de soins aux femmes
- Pallier à un manque de médecins réalisant les IVG en maintenant une mission de santé publique.
- Défendre le droit des femmes
- Mieux intégrer mon métier dans la sphère médicale
- Appliquer les connaissances et compétences validées par l'obtention de mon Diplôme d'État de Sage-femme
- Faire perdurer cette activité que je faisais déjà sous délégation de médecins
- Faire reconnaître le métier et les compétences des sages-femmes.

- Faire reconnaître le caractère non pathologique de l'IVG médicamenteuse
- Autres :

13) Quels étaient les freins **personnels** qui vous ont motivés(e), conduits(e) à ne pas pratiquer d'IVG médicamenteuses ou que vous avez rencontrés lors de votre exercice (plusieurs choix possibles, classer par ordre d'importance) ? 1 étant le plus important

- Je n'ai pas reçu la formation initiale suffisante pour réaliser l'IVG médicamenteuse
- Je n'ai aucun intérêt professionnel pour la pratique de l'IVG médicamenteuse.
- C'est un travail ingrat et difficile.
- Je ne souhaite pas réaliser de formations complémentaires pour réaliser des IVG médicamenteuses.
- Je revendique ma clause de conscience.
- Je ne me sens pas suffisamment compétent(e) pour effectuer une IVG médicamenteuse.
- Je ne me sens pas suffisamment compétent(e) pour prendre en charge les complications liées à l'IVG médicamenteuse
- Je ne me sens pas compétent(e) pour assurer un accompagnement psycho-social de qualité
- Je crains la défiance des médecins vis-à-vis de ma pratique
- C'est un acte non physiologique qui doit donc être réalisé par un médecin.
- Aucun
- Autres :

15) Quels étaient les freins **pratiques** qui vous ont motivés(e) à ne pas pratiquer d'IVG médicamenteuses (plusieurs choix possibles, classer par ordre d'importance) ? 1 étant le plus important

- Mon lieu d'exercice ne me permet pas de pratiquer les IVG médicamenteuses
- Je n'ai pas le temps d'intégrer cette pratique.
- L'activité est peu valorisée financièrement.
- L'activité est peu gratifiante du point de vue extérieur.
- Je n'ai pas les compétences échographiques pour dater la grossesse.
- C'est un acte qui doit être fait par un médecin seulement.
- Je n'ai pas de réseau de proximité.
- Aucun
- Autres :

En décembre 2020 la proposition de loi pour le financement de la sécurité sociale 2012 PLFSS est adoptée et permet, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, aux sages-femmes ayant réalisé une formation complémentaire et justifiant d'expériences spécifiques de pouvoir réaliser des IVG instrumentales.

16) Aviez-vous connaissance de cette nouvelle loi ?

- Oui
- Non
- Un peu

17) Êtes-vous favorable à l'élargissement des compétences des sages-femmes à l'IVG instrumentale ?

- Oui
- Non
- Sans avis

18) Avec une formation complémentaire spécifique, si vous le pouviez, réaliseriez-vous des IVG instrumentales ?

- Oui
- Non
- Sans avis

19) Quelles seraient vos principales motivations (plusieurs réponses possibles, classer par ordre d'importance) ? 1 étant la plus importante

- Diversifier mon activité
- Élargir mes compétences
- Assurer la prise en charge globale des femmes dans la continuité du suivi obstétricale et gynécologique.
- Assurer un accompagnement global de qualité
- Pallier un manque de médecins réalisant des IVG instrumentales en maintenant une mission de santé publique.
- Diversifier l'offre de méthodes d'IVG proposées
- Respecter le libre choix des femmes concernant la méthode pour l'IVG
- Mieux intégrer mon métier dans la sphère médicale
- Faire reconnaître le métier et les compétences des sages-femmes
- Faire reconnaître le caractère non pathologique de l'IVG.
- Défendre les droits des femmes
- Autres :

20) Quels seraient vos principaux freins **personnels** à la réalisation des IVG instrumentales par les sages-femmes (plusieurs réponses possibles, classer par ordre d'importance) ? 1 étant le plus important

- Je ne me sens pas suffisamment compétent(e) pour effectuer des IVG instrumentale.
- Je ne souhaite pas faire une formation complémentaire spécifique.
- Je n'ai aucun intérêt professionnel pour la pratique de l'IVG instrumentale
- Je considère le caractère non physiologique de l'IVG instrumentale.
- C'est un travail ingrat et difficile.
- Je ne me sens pas suffisamment compétent(e) pour effectuer une IVG instrumentale.
- Je ne me sens pas suffisamment compétent(e) pour prendre en charge les complications post-IVG.
- Je ne me sens pas suffisamment compétent(e) pour assurer un accompagnement psycho-social de qualité
- J'ai des craintes par rapport à l'anesthésie générale
- J'ai des craintes par rapport à l'anesthésie locale
- Je ne me sens pas à l'aise avec l'acte et la visualisation du contenu de l'aspiration.
- Je crains la défiance des médecins vis-à-vis de ma pratique.
- Je revendique ma clause de conscience.
- J'estime que cet acte non physiologique doit être réalisé par les médecins.
- Aucun
- Autres :

21) Quels seraient vos principaux freins **pratiques** à la réalisation des IVG instrumentales (plusieurs réponses possibles, classer par ordre d'importance) ? 1 étant le plus important

- Mon lieu d'exercice ne me permet pas la réalisation d'IVG instrumentale.
- Je n'ai pas le temps d'intégrer cette pratique.
- Le lieu de réalisation des IVG instrumentales est trop loin de mon lieu d'exercice.
- Je n'ai pas les compétences échographiques pour dater une grossesse.
- L'activité est peu valorisée financièrement.
- Je n'ai pas de réseau de proximité.
- L'activité est peu gratifiante du point de vue extérieur.
- Aucun
- Autres :

22) Qu'attendriez-vous d'une formation spécifique à l'IVG instrumentale ? (Plusieurs réponses possibles, classer par ordre d'importance) ? 1 étant le plus important.

- La technique de l'IVG instrumentale.
- Un rappel sur l'anatomie de la femme.
- La législation autour de l'IVG et la tarification de l'acte.
- Les techniques d'anesthésie.
- Les indications et contre-indications à l'IVG instrumentale.

- Un historique de l'IVG.
- Le contexte Français et européen de l'IVG.
- La prescription autour de l'IVG.
- La prise en charge des urgences liées aux complications.
- Un module relatif à l'accompagnement psychologique et social des patientes
- De la simulation sur mannequin pour le geste chirurgical.
- De la simulation échographique pour la datation de la grossesse.
- Un rappel sur la contraception post-IVG.
- Autres :

23) Qu'attendriez-vous de cette formation sur le plan pratique (plusieurs réponses possibles, classer par ordre d'importance) ? 1 étant le plus important

- Faire un stage au bloc opératoire pour pratiquer des IVG instrumentales
- Assister aux consultations pré-IVG
- Assister à l'entretien psycho-sociale pré-IVG avec les conseillères conjugales
- Assister aux consultations post-IVG
- Formation aux soins d'urgence au bloc opératoire
- Autres :

24) Selon quel format aimeriez-vous que la formation ait lieu (plusieurs réponses possibles) ?

- Plus de théorie que de pratique
- Plus de pratique que de théorie
- Autant de pratique que d'enseignements théoriques

25) Pensez-vous que la formation à l'IVG instrumentale devrait être intégrée à la formation initiale ou faire l'objet d'une formation complémentaire après l'obtention du diplôme ? (une seule réponse possible)

- Formation intégrée à la formation initiale
- Formation complémentaire après l'obtention du diplôme
- Les deux
- Je ne sais pas

26) Expression libre sur le sujet « motivations et freins des sages-femmes sur l'extension possible de leurs compétences à l'IVG instrumentale ». Pouvez-vous expliquer plus en détails les choix que vous avez fait dans le questionnaire ou apporter d'autres pistes de réflexion ?



C.L.E.R.S

Comité Local d'Éthique de la Recherche en Santé
CHU de CAEN Normandie – Université de CAEN Normandie



Caen, le 14/06/2021

A : HELAINE EMMA

Adresse pour toute
correspondance :

clers@unicaen.fr

Président :Pr
Grégoire MOUTEL

Vice-Président :Pr
Achille AOUBA

Membres

Nathalie Brielle
Véronique Gauthier
Guillaume Grandazzi
Sonia Guillouet
Xavier Humbert
Rémy Morello
Fanny Rogue
Bertille Suzat
Bénédicte Clin-Godard
Lydia Guittet
Emmanuel Babin
Cyril Guillaume
Claude Françoise
Laura Levallois
Julien Rod

Objet : Avis favorable projet de recherche

Cher(e) collègue,

Nous avons analysé au sein du comité d'éthique de la recherche (CLERS) votre étude : « Positionnement des sages-femmes hospitalières, PMI, CPEF, libérale sur la possible extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale. (Orne, calvados et manche) »

Projet soumis pour validation éthique.

Notre comité, après en avoir fait l'analyse, a émis l'avis suivant : **Avis Favorable**. Cette étude apparaît conforme aux règles et standards éthiques requis.

Nous avons bien pris note et vous rappelons que vous vous engagez dans le projet soumis et validé par notre comité à :

- une participation des patients qui n'implique aucune visite ou soin ou acte invasif supplémentaire à ce qui est prévu dans le cadre de leurs soins courants.
- respecter la norme légale s'appliquant en France en la matière et respecter la méthodologie de référence (MR-004)
- une analyse des données respectant le caractère totalement anonyme de celles-ci et le secret médical, avec un traitement des données de santé conforme au règlement Européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.
- une information des représentants légaux des patients ou patients majeurs et une non inclusion des patients en cas d'opposition de ces représentants légaux ou des patients si ceux-ci se présentent pour votre recherche.

SYNTHESE AVIS DU CLERS

ID de la réponse	2581
Avis du CLERS	FAVORABLE
Demandeur [Nom]	Helaine
Demandeur [Prénom]	emma
Demandeur [e-mail]	21701305@etu.unicaen.fr
Titre de l'étude	Positionnement des sages-femmes hospitalières, PMI, CPEF, libérale sur la possible extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale. (Orne, calvados et manche)

Pr Grégoire MOUTEL

Président du CLERS

Résumé :

Objectif : L'objectif de cette étude était de déterminer si les sages-femmes sont favorables ou non à l'extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale et de faire un état des lieux de leurs motivations, freins, positionnement et attentes concernant cette pratique.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude multicentrique descriptive prospective avec une approche quantitative et qualitative. Un questionnaire a été envoyé par mail à 412 sages-femmes en exercice dans les départements de la Manche, du Calvados et de l'Orne.

Résultats : Parmi les 127 réponses, 42,7% sont favorables à l'extension des compétences à l'IVG instrumentale. Avec comme principales motivations de défendre le droit des femmes et de pallier à un manque de médecins en maintenant une mission de santé publique. 38,2% voudraient réaliser des IVG instrumentales dans un futur proche. 41,8% ne sont pas favorables avec comme principale freins le sentiment de manque de compétence pour effectuer une IVG instrumentale, gérer les possibles complications post IVG et le manque de connaissance en échographie. 39,4% des sages-femmes souhaiteraient que la formation à l'IVG instrumentale soit complémentaire, après l'obtention du diplôme.

Conclusion : Notre étude a montré que les sages-femmes sont mitigées concernant l'extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale. Car même si la plupart des sages-femmes veulent défendre le droit des femmes et améliorer l'accès à l'IVG de nombreux problèmes et craintes techniques, organisationnels et personnels ont été soulevés.

Mots-clés : sage-femme, interruption volontaire de grossesse instrumentale, prise en charge, loi santé

Abstract :

Objectives : The objective of this study was to determine whether midwives are in favour of extending their skills to instrumental abortion and to take stock of their motivations, obstacles, positioning and expectations regarding this practice.

Materials and methods : This is a prospective descriptive multicentre study with a quantitative and qualitative approach. A questionnaire was sent by e-mail to 412 midwives working in the departments of La Manche, Calvados and Orne.

Results : Of the 127 responses, 42.7% are in favour of extending the scope of competences to instrumental abortion. The main motivation is to defend women's rights and to compensate for

a shortage of doctors by maintaining a public health mission. 38.2% would like to perform instrumental abortion in the near future. 41.8% are not favorable with as main brake the feeling of lack of competence to perform an instrumental abortion, manage possible complications post abortion and lack of knowledge in ultrasound. 39.4% of midwives would like that the training in instrumental abortion be done after graduation.

Conclusion : Our study showed that midwives are mixed about extending their skills to instrumental abortion. Although most midwives want to defend women's rights and improve access to abortion, many technical, organizational and personal problems and fears have been raised.

Key words : Abortion, mid-wife, care, health law