

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

**Après leur formation initiale, les jeunes sages-femmes  
sont-elles en capacité de réaliser l'IVG médicamenteuse,  
nouvelle compétence de juin 2016 ?**

Enquête dans la région Grand-Est

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU

PAR

Géraldine LE BOULCH

Née le 19 février 1995 à Limoges

Directeur de mémoire : Dr Karima BETTAHAR

Codirecteur du mémoire : Mme Céline BOSCO



UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

**Après leur formation initiale, les jeunes sages-femmes  
sont-elles en capacité de réaliser l'IVG médicamenteuse,  
nouvelle compétence de juin 2016 ?**

Enquête dans la région Grand-Est

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU  
PAR

Géraldine LE BOULCH

Née le 19 février 1995 à Limoges

Directeur de mémoire : Dr Karima BETTAHAR

Codirecteur du mémoire : Mme Céline BOSCO

## REMERCIEMENTS

À Madame le docteur Karima Bettahar, directrice de ce mémoire, pour votre précieux soutien, votre enthousiasme et votre implication dans ce travail dès notre première rencontre.

À Madame Céline Bosco, sage-femme enseignante et codirectrice de ce mémoire, pour le temps que vous m'avez accordé, pour vos relectures et vos encouragements.

Aux directrices des écoles de sage-femme de la région Grand-Est pour avoir permis de diffuser mon questionnaire.

À toutes les sages-femmes et futures sages-femmes pour leurs réponses à l'étude et sans qui je n'aurais pu réaliser ce travail.

À Madame Anne Lerognon, sage-femme, pour m'avoir transmis votre passion pour l'orthogénie. Ce sujet c'est grâce à vous, je suis chanceuse d'avoir croisé votre chemin.

À mes camarades Strasbourgeois pour ces quatre belles années partagées. Un remerciement particulier à Eva, Johanne, Julie, Madeline et Margot, ces études n'auraient pas eu la même saveur sans vous.

À Manon pour ta présence, ton optimisme et ton amitié depuis toutes ces années.

À Sergio, pour ton soutien sans faille, ton amour inconditionnel. La vie est bien plus belle à tes côtés.

À mes parents, Julien, Mamie Jo, mes grands-parents et ceux que je ne cite pas. Je ne serais pas là où j'en suis aujourd'hui sans vous. Merci pour votre soutien, pour tout ce que vous avez déjà fait pour moi. Merci de croire en moi.

# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	4
1. Epidémiologie : l'IVG en France et dans la région Grand-Est .....	6
2. La sage-femme et l'orthogénie .....	7
2.1. Compétences et pratiques des sages-femmes en orthogénie .....	7
2.1.1. Avant 2016.....	7
2.1.2. Après 2016 .....	8
2.2. Une prise en charge globale .....	9
2.2.1. La consultation initiale : la demande d'IVG .....	10
2.2.2. La deuxième consultation : confirmation de la demande .....	10
2.2.3. La troisième consultation : réalisation de l'IVG.....	11
2.2.4. La quatrième consultation : la visite de contrôle post-IVG.....	11
2.3. Objection de conscience .....	11
3. La pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes, hors établissement de santé .....	12
3.1. Le cadre légal .....	12
3.2. Les modalités pratiques .....	14
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	17
1. Définition de la population d'étude et des modalités de sélection .....	18
1.1. Critères d'inclusion.....	18
1.2. Critères d'exclusion.....	18
2. Modalités de distribution des questionnaires .....	18
3. Variables étudiées .....	19
4. Déroulement du recueil de données .....	21
RÉSULTATS.....	22
1. Caractéristiques générales .....	24
2. Formation théorique .....	25

3. Formation pratique .....	26
4. Volonté d'investissement .....	30
5. Connaissances .....	32
6. Expression libre .....	33
DISCUSSION.....	34
1. Limites de l'étude.....	35
2. Quelles pratiques pour les sages-femmes dans les autres pays d'Europe ?.....	36
3. En France.....	38
3.1. Pratique des sages-femmes libérales .....	38
3.2. Le cas de la région Grand-Est .....	39
4. Les difficultés exprimées par les futures et jeunes diplômées.....	40
4.1. La formation initiale.....	40
4.1.1. Théorique .....	40
4.1.2. Pratique .....	42
4.2. La volonté d'investissement .....	44
4.2.1. Des jeunes sages-femmes motivées .....	44
4.2.2. Les freins à l'investissement .....	45
4.3. Une nouvelle compétence à assumer .....	49
CONCLUSION .....	51
BIBLIOGRAPHIE .....	54
ANNEXE I	
ANNEXE II	
ANNEXE III	

## **Acronymes et abréviations**

ANSFO : Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes

$\beta$ -HCG: Fraction Beta de l'Hormone Chorionique Gonadotrope

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CSP : Code de la Santé Publique

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

ECTS : European Credit Transfer and Accumulation System ou Système Européen de Transfert et d'accumulation de Crédits

ESF : Etudiant sage-femme

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption volontaire de Grossesse

Loi HPST : Loi Hôpital Patient Santé Territoire

RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières

REVHO : Réseau Entre la Ville et l'Hôpital en Orthogénie

SA : Semaine d'Aménorrhée

SF : Sage-femme

UE : Unité d'Enseignement

# **INTRODUCTION**

L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est restée durant de nombreux siècles un délit en France. Les femmes qui avortaient mais également les personnes qui réalisaient l'IVG encouraient une peine d'emprisonnement. Pour autant l'avortement était largement pratiqué, de manière clandestine, en France jusque dans les années 1970 (1).

C'est à Simone VEIL que nous devons la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse en 1975 (2). Quarante-deux ans après, l'IVG fait encore débat au sein de notre société, le statut de l'embryon étant l'enjeu éthique principal de cet acte controversé.

La loi VEIL fut reconduite et définitivement légalisée en 1979, légalisant l'avortement jusqu'à douze semaines d'aménorrhées (soit dix semaines de grossesse), en cas de situation de détresse. À cette époque, la technique chirurgicale par aspiration était l'unique méthode.

Neuf années plus tard, l'arrêté du 28 décembre 1988 légalise la mise sur le marché de la pilule abortive RU 486 (mifépristone) (3).

En 1999, le Docteur Israël NISAND rédige un rapport intitulé « Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes » à la demande de Martine AUBRY, alors ministre de l'emploi et de la solidarité, et du Docteur Bernard KOUCHNER, alors secrétaire d'état à la santé et à l'action sociale (4).

De ce rapport découle la loi AUBRY du 4 juillet 2001 portant le délai légal maximal à quatorze semaines d'aménorrhée (SA) (soit douze semaines de grossesse), et supprimant la clause de détresse. A cela s'ajoute, la suppression de la consultation sociale obligatoire, sauf pour les femmes mineures non émancipées. En revanche, elle permet aux mineures qui ne peuvent pas en parler aux parents, d'accéder à l'IVG sans l'autorisation parentale (5). Cette loi assouplit également l'accès à l'IVG pour les femmes étrangères (6).

Jusqu'alors les avortements étaient réalisés uniquement dans des établissements hospitaliers. Le décret n°2002-796 du 3 mai 2002, autorise la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville, permettant aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse en ambulatoire jusqu'à la fin de la septième semaine d'aménorrhée. Un second décret paru en 2009 étend la pratique des IVG par voie médicamenteuse aux centres de santé et aux centres de planification et d'éducation familiale (CPEF)(3).

La dernière loi en vigueur est celle dite de « modernisation de notre système de santé » (7) portée par Marisol TOURAINE, alors ministre des affaires sociales et de la santé, promulguée le 26 janvier 2016.

De cette loi, découlent la suppression du délai de réflexion obligatoire de sept jours entre la première et la deuxième consultation d'IVG, et l'autorisation pour les sages-femmes de pratiquer l'IVG médicamenteuse afin de faciliter l'accès des femmes à l'IVG, conformément aux recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP).

Il est à noter que depuis la loi 27 janvier 1993, dite « loi Neiertz »(8), l'entrave à l'IVG est un délit puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. Cette loi fut étendue le 20 mars 2017, condamnant également l'entrave dite « numérique » de l'IVG : « Est puni [...] le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur une interruption volontaire de grossesse [...] par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne [...] » (9).

A l'heure actuelle, l'interruption volontaire de grossesse est reconnue comme étant un droit ainsi qu'une liberté physique attribuée aux femmes.

## **1. Epidémiologie : l'IVG en France et dans la région Grand-Est**

Le rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2017, dénombre 216 700 IVG réalisées en France dont 13 959 dans la région Grand-Est.

La part des IVG réalisées dans les établissements hospitaliers publics s'élève à 67% en 2017, dont 59% sont réalisées par méthode médicamenteuse.

De plus, le nombre d'IVG réalisées hors établissement de santé, augmente chaque année pour atteindre 21% en 2017.

Toujours d'après la DREES « l'augmentation progressive du nombre d'IVG médicamenteuses réalisées hors établissements, s'accompagne de la baisse continue du nombre des IVG instrumentales réalisées en établissement hospitalier » (10).

Dans le Grand-Est, 6% des IVG sont réalisées hors établissement hospitalier c'est-à-dire en libéral, ou dans les centres de planification et d'éducation familiale ainsi que dans les centres de santé.

En 2009, Annick VILAIN dans son rapport de la DREES (11), déclare que « les trois quarts des sages-femmes qui participent à la prise en charge des IVG travaillent sous délégation du médecin et peuvent donc intervenir de façon importante dans la réalisation de l'IVG » (11).

Elle dit également que, « 58 % des praticiens impliqués dans la prise en charge des IVG, que ce soit pour la consultation pré-IVG, l'acte lui-même ou les entretiens psychosociaux, sont des femmes », les femmes étant majoritairement représentées par la profession de sage-femme.

En 2009, 20,4% des professionnels réalisant les entretiens psychosociaux à la suite d'une demande d'IVG, étaient des sages-femmes.

En 2017, 3% des IVG médicamenteuses sont réalisées par des sages-femmes libérales (10).

Ainsi, dans sa carrière, une sage-femme sera confrontée à des demandes d'IVG de la part des femmes et ceci dans n'importe quel secteur professionnel, que ce soit une sage-femme libérale ou une sage-femme hospitalière.

Depuis 2016, elle doit être en capacité de prendre en charge ces femmes.

## **2. La sage-femme et l'orthogénie**

L'orthogénie, se définit comme l'ensemble des mesures permettant la planification et la régulation des naissances.

### **2.1. Compétences et pratiques des sages-femmes en orthogénie**

#### **2.1.1. Avant 2016**

Avant 2016, la loi autorise uniquement les médecins à réaliser l'IVG qu'elle soit médicale ou chirurgicale, dans un établissement agréé public ou privé. Le médecin apparait donc comme l'unique professionnel pouvant délivrer les médicaments abortifs. Cependant la loi autorise la sage-femme à participer à une interruption volontaire de grossesse, sous la direction d'un médecin et précise qu'aucune sage-femme n'est tenue de participer à la réalisation d'une IVG (5).

Dans la réalité de l'époque, de nombreuses sages-femmes contribuent déjà à la réalisation de l'IVG médicamenteuse que ce soit dans les établissements de santé ou dans les centres de planification « sous couvert du chef de service » comme le déclare

Nicolas DUTRIAUX dans son article intitulé « Mise en place des IVG médicamenteuses dans un cabinet de sages-femmes libérales » (12).

Ces déclarations vont dans le sens du rapport publié par la DREES (11) en 2009 dans laquelle il apparaît que les sages-femmes ne réalisent pas uniquement les entretiens psychosociaux mais assurent également la consultation pré-IVG et la délivrance des médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG médicamenteuse sous la délégation ou non d'un médecin. Dans ce rapport, il est dit également que « même si en vertu des textes en vigueur, les médecins sont les seuls à pouvoir pratiquer des IVG, près d'un tiers du personnel intervenant dans la pratique des IVG sont, selon les déclarations des établissements, des sages-femmes. »

Ces dernières seraient d'ailleurs plus présentes dans les établissements de santé du secteur public, représentant 39% des professionnels concernés par l'IVG.

Ce même rapport indique que « les trois quarts des sages-femmes qui participent à la prise en charge des IVG travaillent sous délégation du médecin et peuvent donc intervenir de façon importante dans la réalisation de l'IVG (et pas seulement pour les entretiens). »

De plus, les consultations et la prescription de contraception, la prévention et le dépistage relatif aux infections sexuellement transmissibles (IST), et la réalisation des entretiens psychosociaux font partie des rôles de la sage-femme (13).

### **2.1.2. Après 2016**

La loi de modernisation du système de santé de 2016 a autorisé la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes, hors établissement de santé et jusqu'à sept semaines d'aménorrhée.

D'après l'article L4151-1 du CSP « l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation 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 » (7).

Dans son rapport de 2017 (10), un an après la promulgation de la loi, la DREES dénombre 3% de sages-femmes réalisant l'IVG médicamenteuse en libéral.

Ce même rapport énonce qu'il y a au fil des années une augmentation progressive du nombre d'IVG réalisées en cabinet libéral et dans les CPEF.

La mise en place de consultations d'orthogénie menées par les sages-femmes à permis d'accroître l'offre de soins en matière d'IVG, les sages-femmes jouant un rôle important dans l'accompagnement des femmes choisissant l'avortement médicamenteux.

Dans l'article intitulé « Rôle de la sage-femme hospitalière dans l'IVG médicamenteuse » paru en 2017 (14), les auteurs déclarent que « la mise en place de la consultation d'orthogénie au sein du centre hospitalier René-Dubos de Cergy-Pontoise en Ile-de-France a eu pour effet une meilleure réponse à la demande des patientes en termes de disponibilités et de rapidité. Les sages-femmes ont toujours joué un rôle important dans la prévention et l'accompagnement des femmes. Les sages-femmes ont une fonction de premier ordre dans la santé génésique des femmes. La consultation d'orthogénie s'inscrit parfaitement dans cette lignée. »

Les réseaux de périnatalité tel que le Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO) formant les professionnels de santé en matière d'orthogénie, assurent désormais la formation des sages-femmes afin de leur permettre d'acquérir de nouvelles connaissances nécessaires à la réalisation des IVG médicamenteuses (15).

En revanche, l'extension des compétences des sages-femmes concerne uniquement la pratique des IVG médicamenteuses. A l'heure actuelle, seuls les médecins peuvent réaliser les IVG instrumentales.

## **2.2. Une prise en charge globale**

Avec l'élargissement de ses compétences, la sage-femme est désormais habilitée, au même titre qu'un médecin, à pratiquer l'IVG médicamenteuse, hors établissement de santé jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée, et ceci dans le but de faciliter l'accès à l'IVG (article L2212-1 du CSP), permettant ainsi à la sage-femme de réaliser des actes d'orthogénie.

La notion de « pratique de l'IVG médicamenteuse » par la sage-femme, englobe en réalité toute la prise en charge de l'avortement (16).

### **2.2.1. La consultation initiale : la demande d'IVG**

Cette première consultation a un double objectif : entendre les motivations de la demande et effectuer une datation de la grossesse. C'est durant cette consultation que la femme formule sa demande d'avortement.

Lors de cette rencontre, la sage-femme :

- Détermine l'âge gestationnel de la grossesse par l'intermédiaire d'un examen clinique ou d'une échographie ;
- Effectue selon le contexte clinique, un dépistage des infections sexuellement transmissibles ;
- Réalise un frottis cervico-utérin si la femme est âgée de plus de 25 ans et n'a pas de suivi gynécologique régulier ;
- Délivre des informations éclairées sur les méthodes d'IVG et sur le lieu de leur réalisation ;
- Aborde les différentes méthodes contraceptives ;
- Propose systématiquement un entretien psycho-social (obligatoire pour les femmes mineures) ;
- Si cela est nécessaire, prescrit les examens biologiques minimum à savoir la double détermination du groupe sanguin éventuellement associée à la recherche d'agglutinines irrégulières (RAI).

A la fin de cette première consultation, la sage-femme signe le certificat initial de demande d'IVG.

Si, lors de cette consultation, la femme choisit la méthode chirurgicale ou que l'âge gestationnel s'avère supérieur à 7 SA, la sage-femme devra l'orienter vers un médecin ou un centre hospitalier.

### **2.2.2. La deuxième consultation : confirmation de la demande**

Lors de cette deuxième consultation, la sage-femme recueille par écrit, la confirmation de la demande d'IVG. Elle s'assure que l'entretien psychosocial a eu lieu s'il s'agit d'une femme mineure.

C'est lors de cette deuxième consultation que la première prise de médicament est effectuée en présence de la sage-femme.

Il est à noter que depuis 2016 (7) le délai de réflexion de 7 jours auparavant prévu entre les deux consultations préalables à l'IVG a été modifié. Désormais la loi prévoit un délai de 48 heures après l'entretien psychosocial, entretien facultatif mais systématiquement proposé pour les femmes majeures et obligatoire pour les femmes mineures.

### **2.2.3. La troisième consultation : réalisation de l'IVG**

Cette consultation se déroule 24 à 48 heures après la prise de la Mifépristone afin d'effectuer la deuxième prise de médicament. La sage-femme devra informer la femme des éventuels effets secondaires et des signes devant faire consulter en urgence. La sage-femme devra rester joignable à tout moment.

### **2.2.4. La quatrième consultation : la visite de contrôle post-IVG**

Cette consultation de suivi est fortement conseillée mais non obligatoire et s'effectue entre les 15<sup>ème</sup> et 21<sup>ème</sup> jours suivant l'IVG. Elle a pour but de s'assurer de la réussite de l'acte.

## **2.3. Objection de conscience**

Au sein même de la profession, des désaccords persistent et les avis divergent sur la place de la sage-femme dans cette compétence.

En février 2009, dans le cadre de la loi HPST (17), Berengère POLETTI, sage-femme et députée, dépose un amendement autorisant les sages-femmes à pratiquer l'IVG médicamenteuse.

Le collectif « Sages-femmes de demain » voit alors le jour afin de s'opposer à cette mesure.

Pour Olivia DECHELETTE, porte-parole de ce collectif, le métier de sage-femme est uniquement tourné vers la naissance et l'IVG apparaît alors comme un acte ne relevant pas de la compétence des sages-femmes. Elle déclare dans un communiqué de presse (18) que « le cœur du métier de sage-femme est d'aider les femmes en assurant la préparation, l'accompagnement et le suivi des naissances. Ce n'est pas notre rôle de prescrire l'IVG médicamenteuse, et nous refusons que l'on fasse porter à notre profession un acte qui n'entre pas dans sa nature [...]. »

Elle ajoute que l'IVG « ne relève pas de l'essence de notre profession » de sage-femme.

En réponse à ces différents communiqués, Marjorie AGEN a créé en Novembre 2009 l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO). Pour ce groupe de sages-femmes il y a « nécessité de réintégrer l'acte de l'IVG dans le monde de la physiologie » puisque la profession est basée sur l'accompagnement des femmes. C'est pourquoi la sage-femme se doit d'être présente à chaque évènement de la vie sexuelle et reproductive de la femme (19).

Pour Chantal BIRMAN, vice-présidente de l'ANSFO, le métier de sage-femme se définit par un accompagnement global de la femme dans sa physiologie. La sage-femme a pour compétence le suivi global de la naissance et ceci quelle qu'en soit l'issue (naissance, avortement, IMG...).

Lors de son intervention au cours de l'audition sur l'accès à l'IVG organisée par l'Assemblée Nationale (20), elle insiste sur le fait que l'avortement se place du côté de la physiologie, raison pour laquelle la sage-femme est apte à aider les femmes dans leur démarche.

A l'heure actuelle, comme le déclare Marjorie AGEN « Le droit à l'avortement reste fragile [...] et l'accès à ce droit est perpétuellement menacé » (21).

La profession reste toujours divisée autour de la réalisation de l'IVG médicamenteuse, et les désaccords risquent de perdurer puisque l'ANSFO « continue son activité militante pour obtenir le droit de réaliser des IVG instrumentales », droit que le collectif des sages-femmes de demain, rejette en tous points.

### **3. La pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes, hors établissement de santé**

#### **3.1. Le cadre légal**

La pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes, hors établissement de santé est régie par la loi du 4 juillet 2001 du CSP (5) autorisant la pratique de l'IVG en France ainsi que par la loi du 26 janvier 2016 du CSP (7) permettant aux sages-femmes de réaliser les IVG médicamenteuses dans un délai maximum de sept

semaines d'aménorrhées, soit cinq semaines de grossesse. Enfin, l'arrêté du 8 août 2016 (22) modifie la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes afin de leur permettre de réaliser des IVG médicamenteuses en ambulatoire et de prévenir toutes douleurs associées à cet acte.

Pour pouvoir pratiquer des IVG médicamenteuses dans un cabinet libéral, la sage-femme doit préalablement justifier « d'une pratique suffisante et régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé » (23). Le directeur de l'établissement délivrera ensuite une attestation certifiant que la sage-femme possède les compétences médicales et théoriques nécessaires à la pratique des IVG médicamenteuses.

Dans un second temps, la sage-femme souhaitant réaliser des IVG médicamenteuses dans le cadre du dispositif d'IVG hors établissement de santé doit passer une convention avec un établissement de santé, privé ou public, autorisé à pratiquer des IVG, cet établissement devant disposer d'un service de gynécologie-obstétrique et/ou d'un service de chirurgie. La convention précise les rôles et obligations de chacune des parties signataires.

Une fiche de liaison médicale est alors conjointement définie par les différents signataires de la convention. Celle-ci se révèle être un support essentiel en matière d'information du dossier médical et permet la réalisation de transmissions des informations entre la sage-femme et l'établissement de santé.

La sage-femme libérale devra transmettre une copie de la convention signée au Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-Femmes (CDOSF), à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dont elle dépend et enfin au Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens (CROP).

L'établissement de santé signataire de la convention, enverra à la sage-femme libérale des bulletins statistiques afin d'établir des déclarations d'IVG dites « anonymisées », qu'elle renverra, une fois complétés, à l'établissement.

Enfin, la sage-femme qui a pratiqué l'acte a l'obligation de conserver dans le dossier médical de la patiente, les attestations de consultations préalables à l'acte ainsi que le

consentement écrit de la patiente à l'IVG.

La loi du 17 décembre 2012 (24) relative au financement de la Sécurité Sociale, a permis la prise en charge à 100 % des IVG par l'Assurance Maladie. De plus, depuis 2016, l'ensemble des investigations biologiques associées à l'IVG sont également intégralement remboursées par la Sécurité Sociale, les femmes étant exonérées du ticket modérateur pour le remboursement des frais liés à une IVG.

C'est pourquoi, l'Assurance Maladie a mis en place en 2016 un forfait global de prise en charge de l'IVG en ville d'un montant total de 187,92€ et a créé une cotation spécifique (25).

Ce forfait englobe trois phases distinctes à savoir : la consultation de recueil de consentement (25€), la réalisation de l'IVG (137,92€ au total incluant le coût des médicaments (soit 87,92€) ainsi que le coût de deux consultations (soit 50€)) et la consultation de contrôle post-abortum (25€). Cette décomposition en trois étapes permet une souplesse dans la facturation lorsque les différentes phases ne sont pas réalisées par le même professionnel. (Annexe I)

### **3.2. Les modalités pratiques**

Les médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG médicamenteuse sont la Mifépristone (200 ou 600mg) et le Misoprostol (400µg) (26). Ces derniers sont vendus exclusivement aux sages-femmes ayant conclu à une convention avec un établissement de santé afin de garantir la sécurité de l'utilisation de ces médicaments. Pour se procurer ces médicaments, la sage-femme doit alors effectuer une commande « à usage professionnel » auprès de la pharmacie d'officine de son choix (27).

Afin de garantir la bonne administration de ces deux médicaments et un suivi régulier de la patiente, leur délivrance est réalisée en présence de la sage-femme lors de la consultation.

Une première consultation, préalable à la réalisation de l'IVG est indispensable. Cette consultation peut être réalisée, par tout médecin ou par toute sage-femme, choisi par la femme. Si le praticien en question, ne pratique pas lui-même l'IVG il devra orienter la femme vers un autre praticien.

La réalisation de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé par la sage-femme libérale se déroule en trois temps.

Dans un premier temps la sage-femme rencontre la femme qui prendra la Mifépristone en sa présence. La sage-femme délivrera alors toutes les informations nécessaires sur les mesures à prendre en cas d'effets secondaires et donnera à la femme les coordonnées de l'établissement de santé avec lequel la convention est signée. Elle devra également remettre à la femme la fiche de liaison contenant les éléments essentiels de son dossier médical. Elle réalisera également la prescription d'antalgiques dans le cadre de la prévention de la douleur lors de la réalisation de l'IVG et effectuera si cela est nécessaire la prévention de l'incompatibilité rhésus chez les femmes de rhésus négatif (administration en intra-veineux ou en intra-musculaire d'une dose de 200µg de gammaglobulines anti-D).

Dans un second temps il s'agit de la prise du deuxième médicament (le Misoprostol, 400µg en dose unique, pouvant être renouvelée 3 heures après) par la patiente, 36 à 48 heures suivant la prise de la Mifegyne, en présence de la sage-femme.

Dans le cas où la femme fait le choix de réaliser l'IVG médicamenteuse à domicile, la sage-femme délivrera lors de la consultation de prise de Mifegyne, le deuxième médicament (le Misoprostol) qui devra être pris par la femme 36 à 48 heures plus tard, à son domicile. La sage-femme devra informer la femme des éventuels effets secondaires et des signes devant faire consulter en urgence.

Dans le cadre de la prise en charge de la douleur, la sage-femme prescrira des antalgiques afin d'aider la femme à supporter au mieux l'expulsion. Si cela est nécessaire elle pourra également prescrire un arrêt maladie de 4 jours calendaires, renouvelable une fois.

Un traitement anti émétique devra également être prescrit.

La contraception hormonale orale qu'elle soit progestative ou oestroprogestative devra être débutée le jour de la prise du Misoprostol. L'implant contraceptif pourra quant à lui être posé au moment de la prise de la Mifegyne.

Enfin dans un troisième temps, la consultation de suivi doit être effectuée au cabinet de la sage-femme entre le 15<sup>ème</sup> et le 21<sup>ème</sup> jour suivant la prise de la Mifegyne (ou plus tôt selon les circonstances cliniques). La sage-femme devra alors s'assurer du bon déroulement de l'IVG en vérifiant la vacuité de la cavité utérine (par la réalisation d'un examen clinique complété par le dosage biologique des βHCG ou par une échographie) et l'arrêt des métrorragies.

Elle évaluera également la répercussion psychologique de l'IVG et proposera s'il le faut un soutien psychologique (28).

Elle devra s'assurer que la méthode contraceptive choisie par la femme lui corresponde le mieux.

Enfin la sage-femme effectuera la mise à jour et l'actualisation de la fiche de liaison qui sera remise à la patiente et également transmise à l'établissement de santé.

La réalisation de l'IVG médicamenteuse et la prise en charge qui en découle font désormais partie intégrante des compétences des sages-femmes. Il est de ce fait impératif que celles-ci disposent des connaissances nécessaires à la bonne réalisation de cet acte sur tous les plans ; médical, légal et psychologique.

C'est pourquoi nous pouvons nous demander si après leur formation initiale, les jeunes sages-femmes sont en capacité de réaliser l'IVG médicamenteuse, nouvelle compétence de juin 2016.

Nous formulerons alors deux hypothèses :

- À la suite de leur formation initiale, les jeunes sages-femmes ne se sentent pas compétentes pour pratiquer l'IVG.
- Les étudiants sages-femmes seraient peu amenés à pratiquer l'IVG médicamenteuse sur leur terrain de stage.

L'objectif principal de l'étude est de déterminer la capacité des jeunes sages-femmes à assumer cette nouvelle compétence en sortant de l'école.

Les objectifs secondaires de notre étude sont d'évaluer la volonté des jeunes sages-femmes à s'investir dans cette nouvelle compétence et de savoir si celles-ci expriment le besoin de formation supplémentaire dans le domaine de l'orthogénie.

# **MATÉRIEL ET MÉTHODES**

Pour répondre à la problématique posée, une étude observationnelle descriptive transversale a été réalisée.

Pour cela, un questionnaire a été diffusé en ligne sur internet par l'intermédiaire de LimeSurvey® du 15 octobre 2018 au 1<sup>er</sup> décembre 2018. Ce questionnaire informatisé s'est imposé à nous comme étant la méthode la plus appropriée pour que chaque participant puisse y répondre librement et anonymement.

## **1. Définition de la population d'étude et des modalités de sélection**

### **1.1. Critères d'inclusion**

La population choisie regroupe l'ensemble des étudiants sages-femmes de dernière année (FASMa5) ainsi que les sages-femmes nouvellement diplômées depuis l'apparition de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 c'est-à-dire diplômées en juin 2016, juin 2017 et juin 2018.

Pour des raisons de faisabilité, nous nous sommes concentrés uniquement sur la région Grand-Est donc sur un panel d'élèves de deuxième cycle et de jeunes diplômées des écoles de sages-femmes suivantes : Metz, Nancy, Reims et Strasbourg.

### **1.2. Critères d'exclusion**

Ont été exclus : les étudiants sages-femmes de premier cycle (c'est-à-dire les FGSMa2 et FGSMa3) trop peu avancés dans leur formation initiale, les étudiants de 4<sup>ème</sup> année, n'ayant pas tous suivi l'intégralité des modules pédagogiques et les sages-femmes diplômées avant la date du 20 Janvier 2016.

## **2. Modalités de distribution des questionnaires**

Les directrices des quatre écoles concernées ont été contactées par courrier électronique pour solliciter les étudiants et jeunes diplômées. Pour raison de confidentialité, ce sont elles qui ont transmis le lien électronique du questionnaire aux personnes concernées par notre étude.

La distribution des questionnaires s'est donc effectuée après autorisation des chefs d'établissement concernés.

Le questionnaire mis en ligne était composé de trente-cinq questions dont dix-sept à choix double, dix-sept à choix multiple et une seule à réponse ouverte. (Annexe II)

Le questionnaire a été préalablement testé sur cinq étudiantes sages-femmes de 4<sup>ème</sup> année de l'école de Strasbourg début octobre 2018. La version définitive a été mise en ligne le 15 octobre 2018.

Le questionnaire était décomposé en six parties distinctes :

- La première partie composée de sept questions, était relative aux caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon ;
- La deuxième partie relative à la formation initiale théorique et comportait quatre questions ;
- La troisième partie, relative à la formation initiale pratique (les stages) était composée de onze questions ;
- La quatrième partie comportait quatre questions relatives à la volonté d'investissement ;
- La cinquième partie concernait les connaissances en matière d'IVG médicamenteuse, elle était composée de huit questions ;
- Enfin, une dernière question ouverte intitulée « paroles libres » concluait ce questionnaire.

### **3. Variables étudiées**

Dans un premier temps, ce sont les caractéristiques générales de la population qui ont été recensées :

- Le sexe ;
- L'année d'étude pour les étudiants ;
- L'année d'obtention du diplôme pour les diplômées ;
- L'école de sage-femme fréquentée ;
- Le secteur d'exercice.

Dans un deuxième temps, le contenu des cours théoriques au sein des études de sage-femme a été étudié :

- Le contenu théorique concernant le cadre légal de réalisation des IVG médicamenteuses ;
- Le contenu théorique en matière de prise en charge des IVG médicamenteuses ;
- Le contenu théorique était-il suffisant ? ;
- Souhaits en termes de contenu théorique.

Dans un troisième temps, le contenu de la formation initiale pratique au sein des études de sage-femme a été étudié :

- La durée des stages ;
- Le lieu des stages ;
- Quel autre contenu pratique aurait été souhaité.

Dans un quatrième temps, a été étudiée la volonté d'investissement en matière d'IVG médicamenteuses :

- Place de la sage-femme face à la réalisation de l'IVG médicamenteuse ;
- Souhait de réaliser des IVG médicamenteuses ;
- Souhait d'une formation complémentaire en matière d'orthogénie.

La cinquième partie consistait à évaluer les connaissances de la population étudiée en matière d'IVG médicamenteuses :

- Le délai légal de réalisation d'une IVG ;
- L'obligation d'une consultation psychologique ;
- Les médicaments utilisés pour réaliser l'IVG médicamenteuse ;
- Le cadre de prescription des sages-femmes en matière d'IVG médicamenteuses.

Enfin une dernière question ouverte permettait aux personnes interrogées de s'exprimer sur la formation initiale, tant théorique que pratique, en matière d'orthogénie mais également sur leurs souhaits pour l'avenir en matière d'IVG.

#### **4. Déroulement du recueil de données**

Le recueil des données a été effectué de manière prospective par l'intermédiaire d'un questionnaire informatisé.

Les résultats ont été recueillis et analysés grâce au logiciel Microsoft Excel®.

Les réponses obtenues à la dernière question de notre questionnaire ont été codées grâce au logiciel Microsoft Excel®, ainsi nous avons pu dégager les principales thématiques abordées.

# RÉSULTATS

Notre étude a débuté le 15 octobre 2018, initialement prévue pour une durée d'un mois, elle a été prolongée compte tenu d'un faible taux de réponse et clôturée le 1er décembre 2018.

Les taux de réponse fluctuants au lancement de l'étude ont nécessité deux nouvelles relances pour obtenir de nouvelles réponses. Au total, durant cette étude 163 questionnaires ont été récupérés sur les 286 attendus soit un taux de réponse de 56%. L'estimation de la population a été faite sur les bases du numérus clausus par année auquel on a ajouté 8% de redoublement. Un total de 141 questionnaires a été retenu pour l'étude (Figure 1).

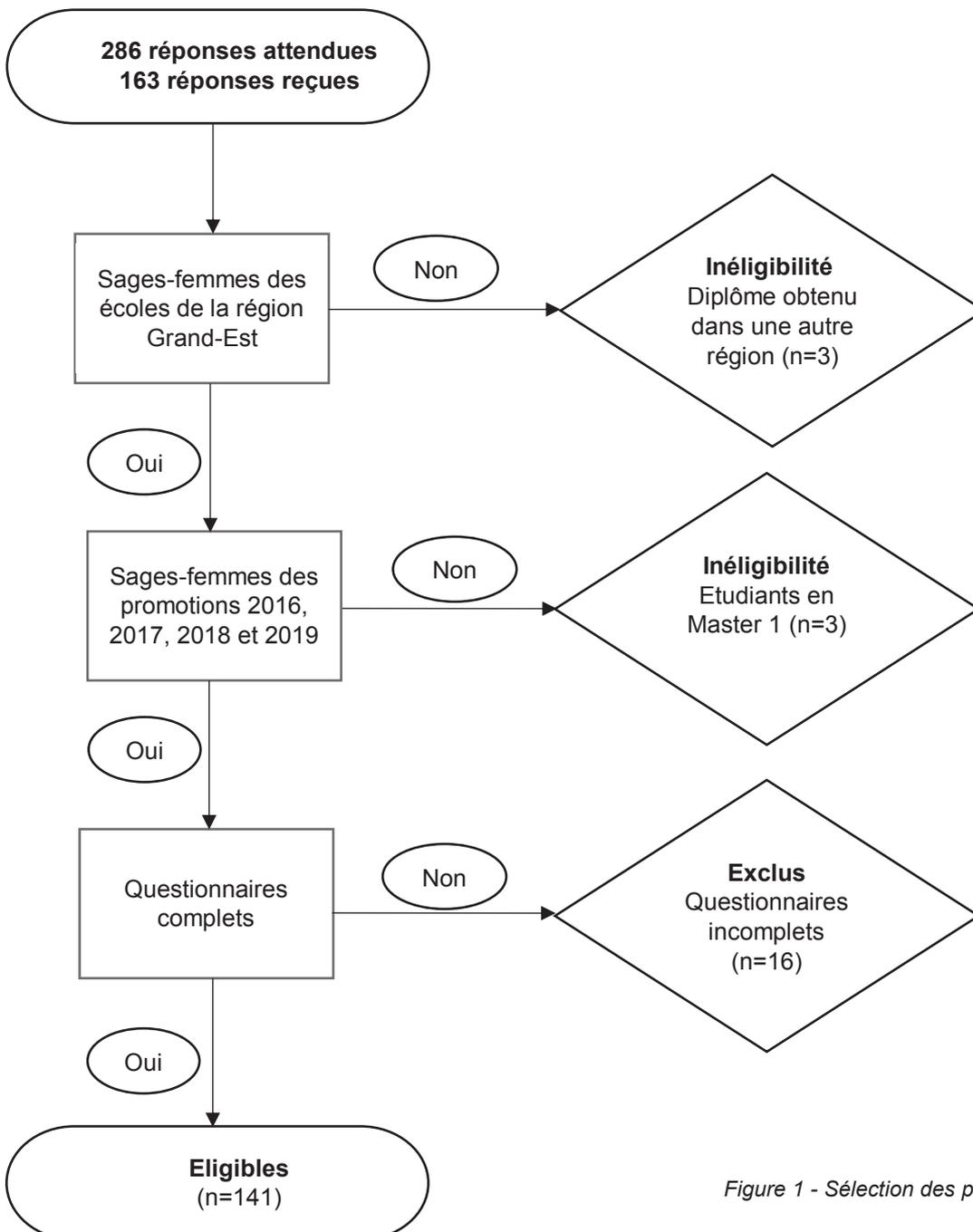


Figure 1 - Sélection des participants à l'étude.

# 1. Caractéristiques générales

Tableau I - Caractéristiques de l'échantillon d'étude.

	Effectifs (n)	Proportion (%)
<b>Sexe :</b>		
Féminin	138	98
Masculin	3	2
<b>Statut :</b>		
Etudiant(e) en maïeutique	68	48
Diplômé(e) de maïeutique	73	51
<b>Ecole de sages-femmes :</b>		
Metz	28	20
Nancy	22	15,5
Reims	42	30
Strasbourg	49	34,5

Parmi les 51% de sages-femmes diplômées ayant répondu à notre étude :

- 20.5% ont obtenu leur diplôme en juin 2016
- 41% ont obtenu leur diplôme en juin 2017
- 38.5% ont obtenu leur diplôme en juin 2018

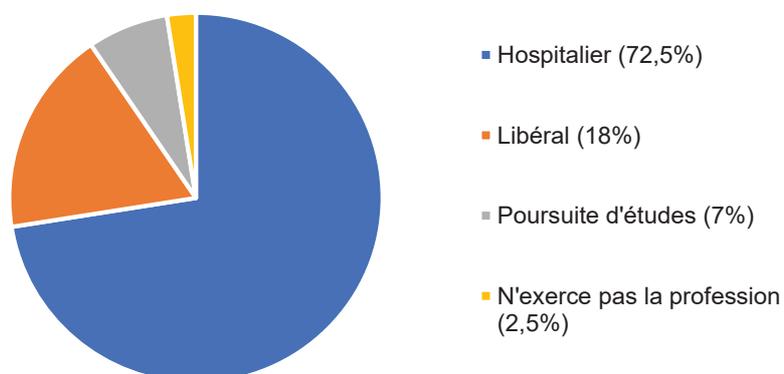


Figure 2 - Lieu d'exercice des sages-femmes diplômé.e.s.

7% des sages-femmes diplômées déclarent avoir poursuivi leurs études dans les domaines suivants : médecine, odontologie, santé publique.

Parmi les 48% d'étudiants sages-femmes ayant répondu à notre étude :

- 81.5% souhaiteraient idéalement exercer en milieu hospitalier après l'obtention de leur diplôme ;
- 13% souhaiteraient idéalement exercer en milieu libéral après l'obtention de leur diplôme ;

- 4% souhaiteraient idéalement poursuivre leurs études après l'obtention de leur diplôme ;
- 1.5% ne souhaite pas exercer la profession de sage-femme après l'obtention de leur diplôme.

## 2. Formation théorique

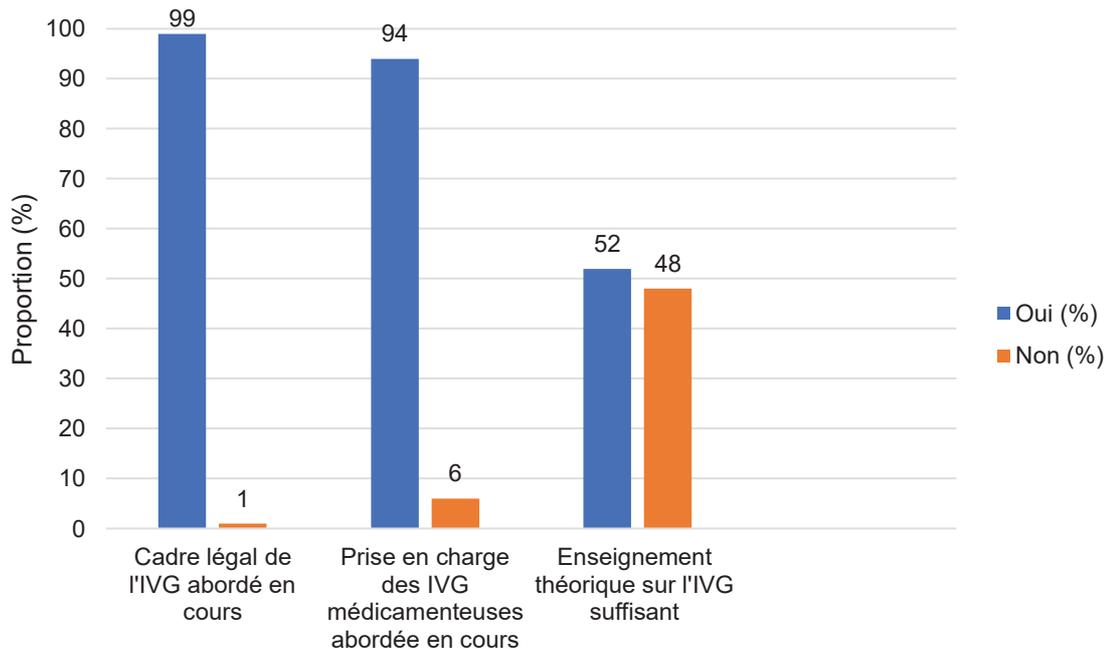


Figure 3 - Contenu de la formation théorique.

Parmi les 48% des personnes interrogées estimant ne pas avoir eu suffisamment d'enseignements théoriques concernant l'IVG durant leurs études :

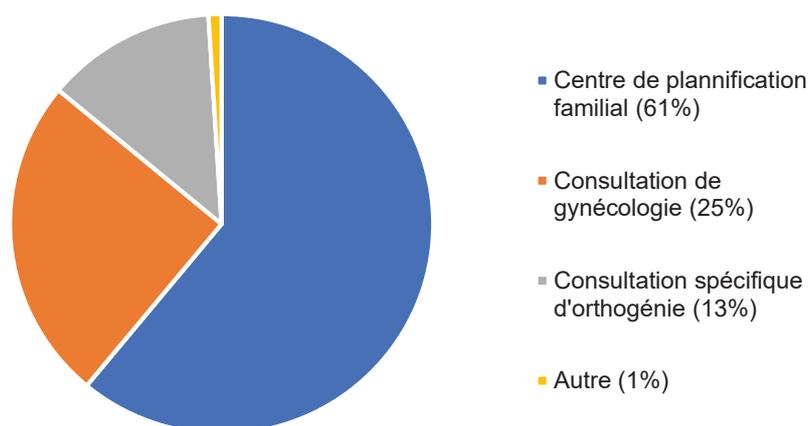
- 84% auraient souhaité recevoir des enseignements de surveillance clinique et paraclinique de l'IVG ainsi qu'en matière de risques et complications liés à l'IVG ;
- 70.5% auraient souhaité recevoir des enseignements supplémentaires en matière d'accompagnement et de suivi psycho-social ;
- 51% auraient souhaité recevoir des enseignements supplémentaires de pharmacologie des médicaments utilisés pour la prise en charge des IVG ;
- 44% auraient souhaité recevoir des enseignements en matière d'échographie ;
- 44% auraient souhaité avoir accès à un Diplôme Universitaire (DU) d'orthogénie durant le deuxième cycle de leur formation initiale ;
- 22% auraient souhaité recevoir un apport théorique de psychologie ;

- 20.5% auraient souhaité recevoir des enseignements supplémentaires en matière de législation.

*Nota : la somme des pourcentages est supérieure à 100% puisqu'il s'agissait d'une question à choix multiples.*

### 3. Formation pratique

79% des sages-femmes diplômées et étudiants interrogés ont déjà réalisé au moins un stage en orthogénie durant leurs études.



*Figure 4 - Lieu du stage d'orthogénie.*

Parmi les personnes ayant répondu « Autre », il s'agissait de stages en hôpital de jour ou encore au service des grossesses pathologiques.

Ce stage d'orthogénie était obligatoire pour 76% des personnes interrogées et optionnel pour 21%.

Les 3% restant ayant répondu « Autre » déclarent :

« Ce n'était pas un stage d'orthogénie à proprement parler mais uniquement quelques jours durant mon stage de consultation en périnatalité. » ;

« Dans mon école il faut choisir entre le stage de consultations en gynécologie et celui au centre de planification ».

Enfin, une autre personne précise que « Dans mon école le stage au planning familial est obligatoire mais tous les lieux de planning familial (et donc les lieux de stages) ne sont pas forcément des centres d'orthogénie ».

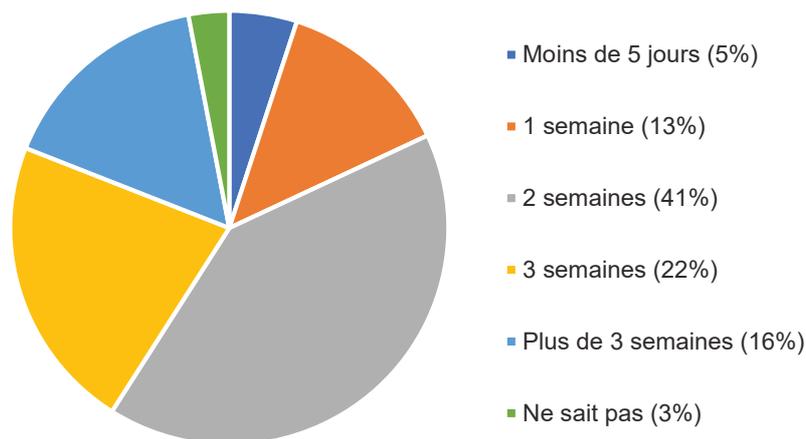


Figure 5 - Durée du stage d'orthogénie.

La formation des sages-femmes présente une certaine disparité selon les écoles, puisque la réalisation d'un stage en orthogénie n'est pas obligatoire dans toutes les écoles. De plus, la durée des stages (lorsqu'ils sont effectués) varie de quelques jours à plus de 3 semaines.

A la question « Avez-vous réalisé d'autres stages au cours desquels vous avez pu faire de l'orthogénie ? » 51% ont répondu « Oui » alors que 49% ont répondu « Non ».

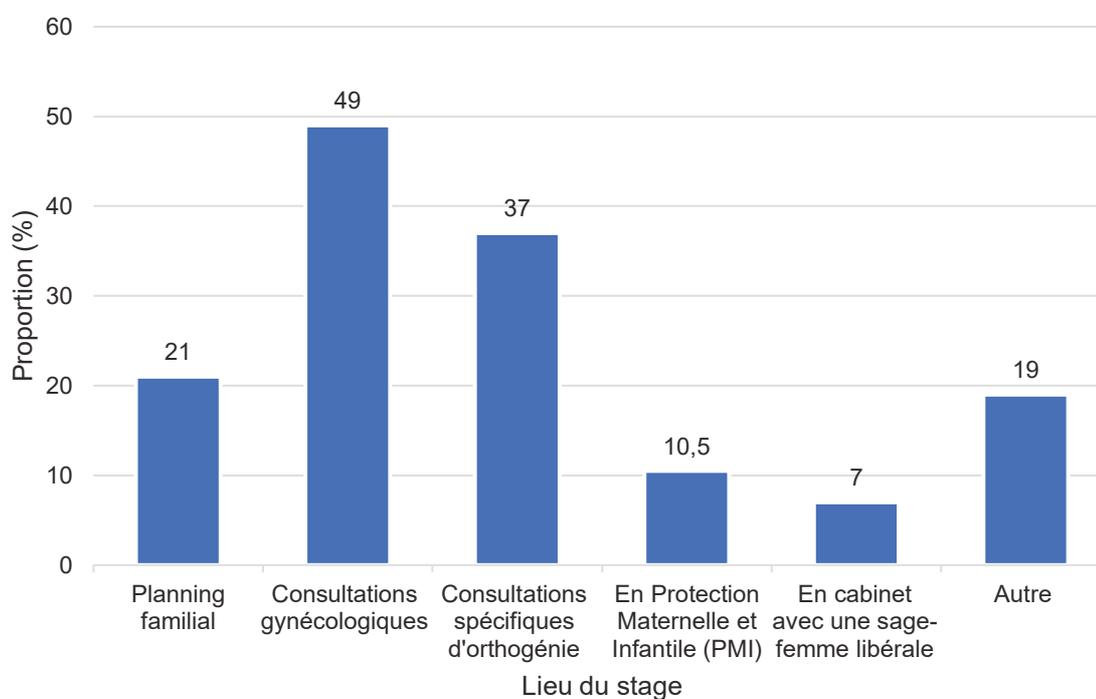


Figure 6 - Lieu du stage d'orthogénie.

Nota : La somme des pourcentages est supérieure à 100% puisqu'il s'agissait d'une question à choix multiple.

Voici les réponses obtenues à l'item « Autre » :

- Lors d'un stage en Hospitalisation de jour (n=3)
- Lors d'un stage au service des grossesses pathologiques (n=2)
- Lors de consultations aux urgences gynéco-obstétriques (n=2)
- Lors d'un stage en service hospitalier d'orthogénie (n=1)

Tableau II - Contenu de la formation pratique.

	Proportion (%)
<b>Estimez-vous avoir eu assez d'enseignements pratiques au cours de votre formation en matière d'orthogénie ?</b>	
Oui	40,4
Non	59,6
<b>Avez-vous déjà pratiqué l'IVG médicamenteuse en tant qu'étudiant(e) sage-femme ?</b>	
Oui	51
Non	49
<b>Vous sentez-vous/sentiez-vous capable d'assumer la réalisation des IVG médicamenteuses en toute autonomie, à l'issue de la formation initiale ?</b>	
Oui	40
Non	60

Parmi les 59,6% des personnes interrogées estimant ne pas avoir eu suffisamment d'enseignements pratiques en matière d'orthogénie durant leurs études :

- 67% auraient souhaité effectuer des travaux pratiques en matière d'IVG avec des réflexions autour de cas cliniques ;
- 49% auraient souhaité qu'il y ait au moins un stage d'orthogénie obligatoire pour tous au cours de la formation initiale ;
- 40% auraient souhaité recevoir des retours d'expériences de la part de sages-femmes orthogénistes ;
- 39% auraient souhaité plus d'enseignements pratiques en matière d'échographie ;
- 21% auraient souhaité participer à des jeux de rôles et des mises en situation en matière d'orthogénie ;
- 16% auraient souhaité des stages d'orthogénie plus longs.

*Nota : La somme des pourcentages est supérieure à 100% puisqu'il s'agissait d'une question à choix multiple.*

Les 4% restant ayant répondu « Autre » déclarent :

« J'aurais aimé que les stages d'orthogénie comprennent à la fois les consultations pré IVG, les IVG médicamenteuses elles-mêmes et les consultations post-IVG. » ;

« Un stage en hôpital de jour où se font les IVG médicamenteuses aurait été intéressant » ;

« Un stage d'orthogénie optionnel supplémentaire aurait été le bienvenu » ;

« L'idéal ce serait de pouvoir gérer en autonomie des consultations d'orthogénie (où nous ne pouvions qu'observer) afin de maîtriser les consultations pré-IVG, de remise du médicament et les consultations post-IVG ».

Parmi les 51% ayant déclaré avoir déjà pratiqué l'IVG médicamenteuse en tant qu'étudiant sage-femme :

- 9% déclarent l'avoir pratiqué 1 fois
- 46% déclarent l'avoir pratiqué entre 1 et 5 fois
- 15,6% déclarent l'avoir pratiqué entre 5 et 10 fois
- 29,4% déclarent l'avoir pratiqué plus de 10 fois

100% des étudiants sages-femmes souhaitant travailler dans le secteur libéral après l'obtention de leur diplôme déclarent ne pas se sentir capable d'assumer la réalisation des IVG médicamenteuses en toute autonomie, à l'issue de la formation initiale.

Parmi les sages-femmes diplômées depuis juin 2016 et travaillant en secteur libéral, 92,3% déclarent ne pas se sentir capables d'assumer la réalisation des IVG médicamenteuses en toute autonomie, à l'issue de la formation initiale.

Pourtant parmi elles : 16% déclarent réaliser des consultations d'orthogénie dans leur pratique quotidienne, 69% accepteraient de pratiquer une vacation d'orthogénie si cela leur était proposé. Les 15% restant ont déclaré ne pas être intéressées par la réalisation de cet acte dans leur pratique quotidienne, évoquant à l'unanimité le fait de ne pas se sentir assez armés pour mener à bien la réalisation des IVG médicamenteuses.

Parmi les sages-femmes diplômées depuis juin 2016 exerçant dans le secteur hospitalier, 64% déclarent ne pas se sentir capables d'assumer la réalisation des IVG médicamenteuses en toute autonomie, à l'issue de la formation initiale.

Pourtant parmi elles : 9,5% déclarent réaliser des consultations d'orthogénie dans leur pratique quotidienne, 68% accepteraient de pratiquer une vacation d'orthogénie si cela leur était proposé et 22,5% déclarent ne pas être intéressées par la réalisation de cet acte dans leur pratique quotidienne.

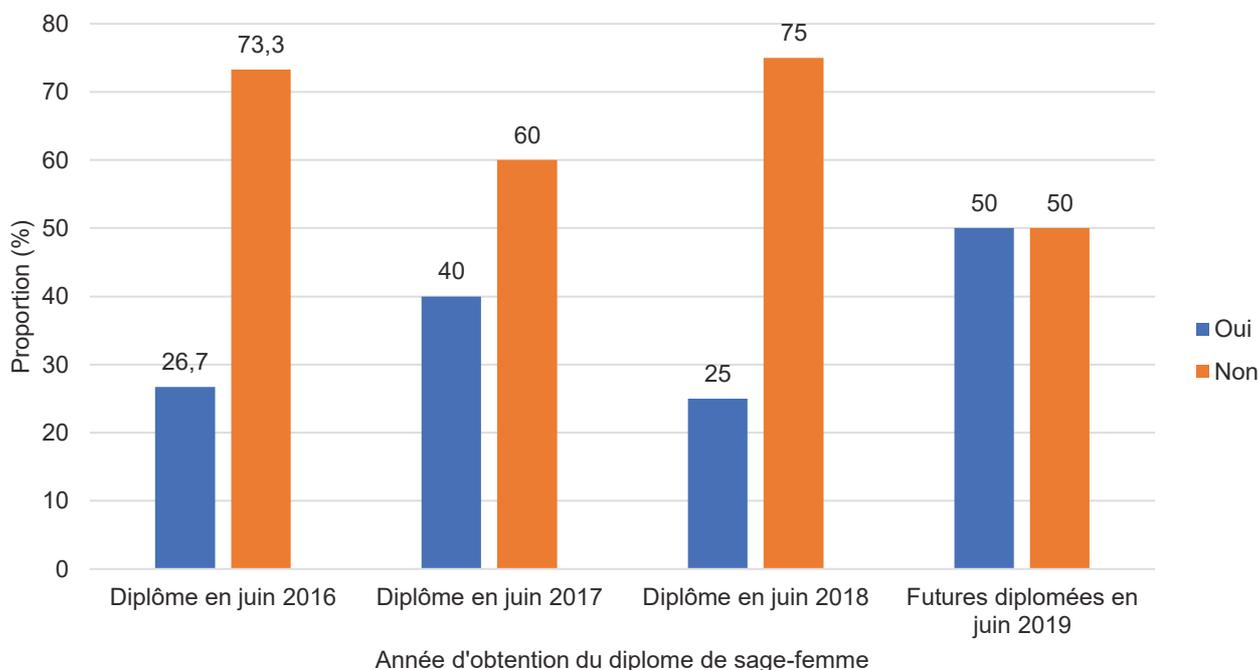


Figure 7 - Réponses à la question « Vous sentez-vous/sentiez-vous capable d'assumer la réalisation des IVG médicamenteuses en toute autonomie, à l'issue de la formation initiale ? »

#### 4. Volonté d'investissement

Tableau III - Volonté d'investissement en matière d'orthogénie.

	Proportion (%)
<b>Pensez-vous que la réalisation de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes est une compétence légitime de la profession ?</b>	
Oui	93
Non	2
Sans opinion	5
<b>Si on vous proposait de réaliser des vacations quel que soit votre mode d'exercice, accepteriez-vous ?</b>	
Oui	76
Non	19
Je suis diplômé(e) et je pratique déjà des consultations d'orthogénie	5
<b>Seriez-vous intéressé(e) par une formation complémentaire en matière d'orthogénie (formation, DU) ?</b>	
Oui	68
Non	31
Autre	1

Parmi les personnes ayant précisé leurs réponses à la question sur l'intérêt d'une formation complémentaire en matière d'orthogénie voici ce qu'elles ont déclaré :

« Je suis intéressée par un DIU d'orthogénie mais uniquement parce que je ne me sens pas assez armée. J'estime que dans l'idéal cela devrait faire partie de la formation initiale » ;

« J'ai déjà fait une formation sur la réalisation de l'IVG médicamenteuse en ville car il me manquait des connaissances » ;

« J'ai déjà réalisé un DU de suivi gynécologique, contraception, régulations des naissances (IVG) à la sortie de l'école » ;

« Je compte faire un DU d'échographie ce qui me permettrait notamment de faire les échographies de vacuité post-IVG ».

Dans notre étude certains freins en matière d'investissement dans le domaine de l'orthogénie ont pu être mis en évidence :

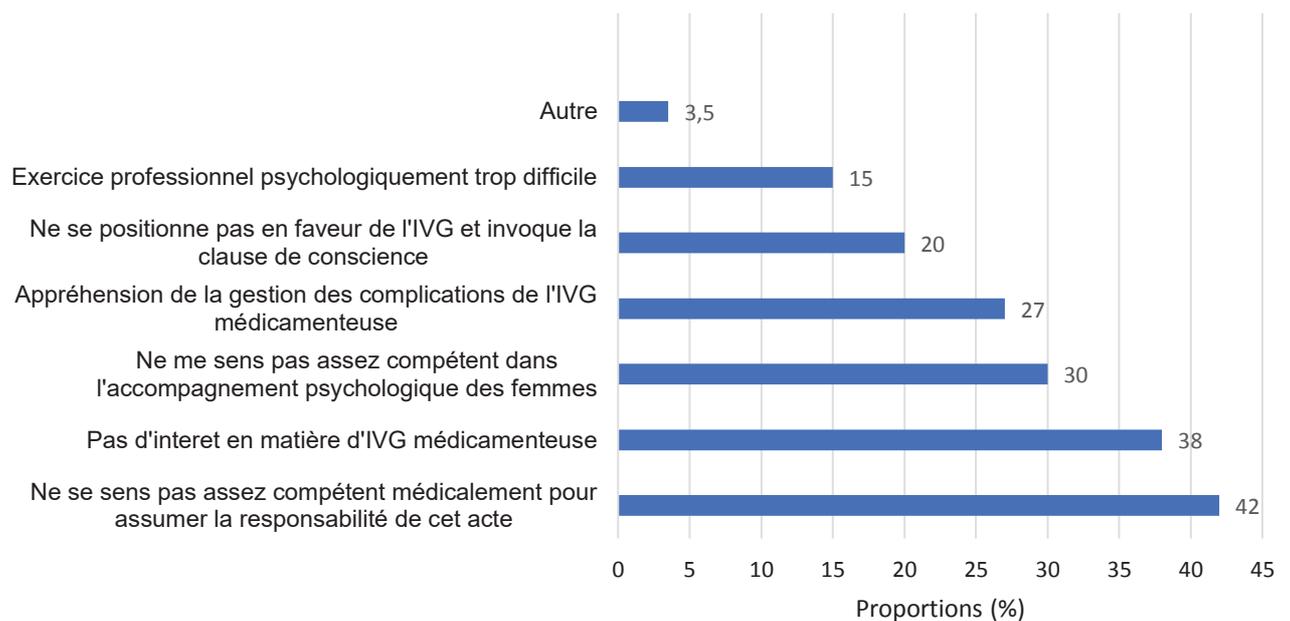


Figure 8 - Freins en matière d'investissement dans la compétence de réalisation de l'IVG médicamenteuse.  
Nota : La somme des pourcentages est supérieure à 100% puisqu'il s'agissait d'une question à choix multiple.

Nous n'avons pas eu de réponses (0%) pour les propositions suivantes : « activité pas assez lucrative » et « acte peu valorisant. »

Parmi les 3,5% ayant répondu « Autres » tous disent ne pas se sentir compétents en matière d'échographie.

## 5. Connaissances

Tableau IV - Connaissances en matière d'IVG.

	Proportion (%)
<b>Le délai légal d'IVG en France est de 14 semaines d'aménorrhée (SA) ?</b>	
Oui	98
Non	2
<b>En France, les sages-femmes peuvent réaliser des IVG médicamenteuses jusqu'à :</b>	
6SA	2
7SA	53
8SA	19
10SA	6
12SA	4
14SA	12
Ne sait pas	4
<b>Une consultation psychologique est obligatoire pour les femmes mineures ?</b>	
Oui	86
Non	11
Ne sait pas	3
<b>Actuellement en France, le délai légal de réflexion après la demande d'IVG est de 5 jours ?</b>	
Oui	6
Non	90
Ne sait pas	4
<b>La réalisation d'une échographie de vacuité utérine post-IVG est obligatoire ?</b>	
Oui	60
Non	34
Ne sait pas	6
<b>Quels médicaments peuvent être utilisés pour la réalisation d'une IVG médicamenteuse ? <i>Plusieurs propositions possibles</i></b>	
De la Mifépristone administrée per os	93
De l'ocytocine de synthèse (Syntocinon® 5UI) administré par voie intra-veineuse	0,5
Du Misoprostol administré per os	90
Des prostaglandines de synthèse administrées en gel ou en tampon intravaginal	3,5
Ne sait pas	2,5
<b>Les sages-femmes peuvent prescrire à la femme ayant eu recours à une IVG un arrêt maladie de 4 jours calendaires, renouvelable une fois :</b>	
Oui	37,5
Non	20,5
Ne sait pas	42
<b>Dans le cadre de la prise en charge de la douleur lors de l'IVG, les sages-femmes peuvent prescrire des antalgiques de type paracétamol (seuls ou associés à la poudre d'opium) et des anti-inflammatoires :</b>	
Oui	93
Non	2
Ne sait pas	5

9% (n=13) des personnes ayant répondu à notre étude ont eu 100% de réponses justes :

- 7 (soit 54%) sont étudiants en dernière année de formation
- 6 (soit 46%) sont diplômées dont :
  - o 3 sont diplômées de juin 2017
  - o 3 sont diplômées de juin 2018.

Sur les 6 sages-femmes diplômées ayant eu 100% de bonnes réponses 4 travaillent en secteur libéral et 2 en hospitalier.

## **6. Expression libre**

La dernière partie de notre questionnaire était composée d'une zone d'expression libre.

Nous avons alors recueilli :

- Des propos de soutien sur le fait que l'avortement relève d'un droit fondamental en matière de droit des femmes ;
- Des propos sur le fait que la réalisation de l'IVG médicamenteuse est une compétence légitime de la sage-femme ;
- Certaines personnes ont exprimé leur positionnement concernant la réalisation potentielle des IVG chirurgicales par les sages-femmes ;
- Des commentaires concernant la formation initiale théorique et pratique avec des propositions de modifications et d'améliorations de celle-ci ;
- Des témoignages d'expériences professionnelles ;
- Des propos concernant la place et le respect de la clause de conscience pour les étudiants sages-femmes ;
- Des encouragements pour la poursuite de ce travail.

L'intégralité des réponses est à retrouver en annexe (Annexe III).

# **DISCUSSION**

## 1. Limites de l'étude

Une des principales limites de notre étude est le fait que les données recueillies sont uniquement déclaratives. Il aurait été intéressant de se renseigner directement auprès des écoles de la région Grand-Est afin de connaître les heures de cours réellement dispensées et les modalités de stage en matière d'orthogénie afin de les comparer avec nos données.

De plus, dans notre étude nous avons inclus les diplômées de juin 2016. Or la loi de modernisation de notre système de santé autorisant les sages-femmes à la pratique de l'IVG médicamenteuse fut promulguée le 20 janvier 2016, au cours de l'année scolaire. Les diplômées de juin 2016 représentent donc une année charnière. Nous pouvons alors penser que les cours théoriques et les stages pratiques n'ont pu matériellement être adaptés à la nouvelle législation.

Comme dit précédemment, l'estimation de la population était basée sur le numérus clausus par année auquel on a ajouté 8% de redoublement. Cette inexactitude est liée au fait que pour respecter la confidentialité des répondants nous sommes passés par les directeurs d'établissement pour diffuser le questionnaire. Pour ne pas les surcharger en leur demandant combien de mails avaient été envoyés, et sans compter que les effectifs dans les écoles étant relativement faibles, l'approximation nous semble acceptable. Ainsi nous pouvons penser que le nombre de réponses attendues était erroné.

L'échantillon de notre étude reste de petite taille. Seule la région Grand-Est était concernée par notre étude. Il aurait été intéressant d'étendre la problématique à l'ensemble des jeunes sages-femmes de France afin de réellement déterminer leur capacité à assumer cette nouvelle compétence en sortant de l'école.

De plus, un meilleur taux de réponse aurait permis une meilleure représentativité des résultats par rapport à l'effectif national des sages-femmes.

Enfin, le sujet de l'IVG demeurant un sujet sensible, les non-réponses peuvent peut-être s'expliquer par un manque d'intérêt des sages-femmes et étudiants sages-femmes contactés pour le sujet ou encore par une potentielle opposition idéologique à l'avortement.

## **2. Quelles pratiques pour les sages-femmes dans les autres pays d'Europe ?**

En 2003, dans son rapport intitulé « Provision of abortion by mid-level providers : international policy, practice and perspectives » (29) l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommandait que des « professionnels de la santé de niveau intermédiaire », comprenant les sages-femmes, les infirmières spécialisées et autres cliniciens non-médecins, soient formés afin d'assurer des avortements médicamenteux précoces sans danger et sans compromettre la sécurité de la femme.

L'idée des prestataires de niveau intermédiaire pratiquant des avortements au premier trimestre est loin d'être nouvelle.

Par exemple en Suède les sages-femmes sont les « principaux dispensateurs de soins de santé génésique de la femme dont fait partie intégrante l'avortement » (30).

En 2001, la Suède dénombrait environ 5 000 sages-femmes parmi lesquelles 200 à 300 pratiquaient l'avortement médicamenteux et/ou les entretiens et soins en matière d'avortement.

Depuis 2001, en Suède, le rôle principal des médecins en matière d'avortement médicamenteux consiste à estimer la durée de la grossesse par échographie, les sages-femmes étant chargées de la suite de la procédure d'avortement. Le médecin joue alors uniquement le rôle de consultant et de superviseur. Les sages-femmes réalisent « l'entretien de soutien » pré-abortum, la prise en charge post-abortum et l'administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG. Les responsabilités des sages-femmes suédoises en matière de conseil et de soins lors d'avortements médicamenteux ont progressivement augmenté au cours des années (31).

Un rapport national suédois intitulé « Midwives' role in management of medical abortion » (30) met en avant le fait que l'avortement médicamenteux est une technique « sûre, simple, peu coûteuse et sans risque », et que l'implication des sages-femmes est un moyen de permettre aux femmes d'exercer leur droit à l'avortement et de « garantir un accès plus facile avec une meilleure qualité de soins. » Les sages-femmes suédoises apparaissent alors comme « prestataires d'avortement médicamenteux » fournissant les services d'avortement sous délégation d'un médecin référent.

De plus en 2011, le *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (32) indiquait que les sages-femmes auraient davantage de responsabilités et un rôle plus actif dans la prise en charge des IVG du fait de l'augmentation du nombre d'avortements médicamenteux pratiqués à domicile.

En Grande-Bretagne (33), la loi actuelle autorise les sages-femmes (infirmières spécialisées en maïeutique) à administrer les médicaments afin de réaliser l'IVG à condition que ce soit le médecin qui les prescrive. Cependant, les services d'avortement médicamenteux sont en grande partie supervisés par des infirmières spécialisées en maïeutique, qui gèrent en toute autonomie les IVG, les médecins étant disponibles si nécessaire.

Ce bulletin de l'OMS (29) conclut sur le fait qu'il est sans danger et même bénéfique pour les prestataires de soins de santé de niveau intermédiaire d'être formés de manière appropriée afin de permettre la réalisation des avortements médicamenteux du premier trimestre et de traiter les avortements incomplets. Dans ce bulletin, l'OMS indique qu'un « changement doit commencer » afin que les professionnels de santé de niveaux supérieurs (médecins) et de niveau intermédiaires (infirmières, sages-femmes) puissent travailler main dans la main pour ainsi améliorer l'accès de l'avortement aux femmes sans que la sécurité ni la qualité des soins ne soient compromises.

La loi de modernisation du système de santé en France (7) s'inscrit donc dans les directives préconisées par l'OMS en matière de délégation aux sages-femmes des gestes spécialisés concernant les avortements.

### **3. En France**

#### **3.1. Pratique des sages-femmes libérales**

Bien que des sages-femmes hospitalières contribuaient déjà avant 2016 à la prise en charge de l'IVG médicamenteuse (11), le décret de 2016 fut une réelle nouveauté pour les sages-femmes exerçant en libéral.

Il stipule que pour pouvoir pratiquer des IVG médicamenteuses à son cabinet la sage-femme doit être en mesure de prouver « une pratique suffisante et régulière des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans un établissement de santé » (34).

La sage-femme libérale est alors confrontée à un premier obstacle ; celui d'apporter la preuve d'une expérience en matière de prise en charge de l'avortement médicamenteux alors que cette activité n'était pas légale avant la parution de la loi en 2016 (12).

Un stage d'orthogénie obligatoire durant les études de sage-femme avec la délivrance d'un « certificat » attestant de la validation de ce stage pourrait permettre alors aux jeunes sages-femmes voulant s'installer en libéral à la sortie de l'école de prouver leur expérience.

Cependant, dans notre enquête 21% déclaraient que le stage d'orthogénie était optionnel à l'heure actuelle, même si 51% ont déclaré avoir déjà pratiqué l'IVG médicamenteuse en tant qu'étudiant durant leurs études.

Apporter la preuve d'une expérience professionnelle afin de pouvoir signer une convention devrait être ainsi à l'avenir plus facile.

Dans son article (12) Nicolas DUTRIAUX évoque également la place importante de la formation proposée par le réseau périnatal REVHO, permettant le maintien et l'actualisation des connaissances tant théoriques que pratiques des sages-femmes libérales en matière de prise en charge de l'IVG médicamenteuse. La force d'un tel réseau est de permettre à la sage-femme exerçant en libéral de ne pas se sentir seule, et de pouvoir s'appuyer sur les compétences d'autres professionnels comme lorsque surviennent des complications ou lorsqu'elle s'interroge par exemple.

Le soutien d'un tel réseau dans chaque région serait un point d'appui pour la pratique régulière de l'IVG en dehors des établissements hospitaliers. Encore faut-il que les sages-femmes aient connaissance de l'existence d'un tel réseau et des possibilités

d'aide qu'il peut leur apporter. En effet, cela pourrait être rassurant pour elles de se savoir entourées dans la réalisation de cette nouvelle compétence.

Dans notre étude parmi les personnes déclarant ne pas se sentir prêtes à réaliser les IVG médicamenteuses, 27% déclarent appréhender les complications et 30% ne se sentent pas assez compétentes dans l'accompagnement psychologique des femmes. Le soutien et l'appui d'un tel réseau de périnatalité pourraient réduire les craintes des jeunes sages-femmes en supposant par exemple qu'elles demandent des conseils à un.e psychologue ou encore à un.e médecin membre d'un tel réseau.

En Mars 2019, Marjorie AGEN indiquait qu'« il y a un engouement des libérales pour les formations à l'IVG médicamenteuse. Toutes les offres de formation sont surchargées de demandes de sages-femmes » (21).

Constatation partagée par le réseau REVHO, qui dans son rapport d'activité de 2017 déclare que « l'activité de formation a connu une nette évolution avec une hausse de la demande des sages-femmes suite à la promulgation de la santé 2016 leur autorisant à pratiquer l'IVG. » (35)

Ainsi l'engouement des sages-femmes pour de telles formations montre l'importance de développer des réseaux de soutien à l'image du REVHO.

### **3.2. Le cas de la région Grand-Est**

Dans son étude sur les IVG médicamenteuses par les médecins généralistes de la région Grand-Est, Hugo LEROY (36) déclare que « la proportion d'IVG médicamenteuse est de 59.3% et le taux d'IVG réalisé en ville est de 5.2% », il ajoute que « l'IVG médicamenteuse réalisée par les professionnels de santé libéraux en ville progresse très lentement sur la région Grand Est. »

Cela va dans le sens des chiffres publiés par la DRESS (10), qui indiquaient que la prise en charge des IVG hors établissements de santé était, en 2017 de 6 % dans le Grand-Est, alors qu'elle était, dans le même secteur d'activité, de 30% en région Ile-de-France par exemple.

Nous pouvons alors nous demander si une telle disparité sur le territoire français a un impact sur la motivation des étudiants sages-femmes et sur le contenu de leur formation initiale en fonction de leur lieu d'étude. Dans les régions où la réalisation des IVG en secteur libéral est plus importante, la formation initiale en matière d'orthogénie

est-elle plus étoffée ? Le nombre de stages est-il plus important ?

Cependant l'hypothèse inverse pourrait également être posée en suggérant que les étudiants des régions où l'offre libérale est plus faible sont plus motivés à exercer leur compétence en matière d'orthogénie et que les écoles préparent au mieux ces futures professionnelles à assumer cette nouvelle compétence en étoffant le programme de la formation initiale en matière d'orthogénie.

Il serait alors intéressant de réaliser notre étude à l'échelle nationale afin de pouvoir y répondre.

En 2017, Axelle BULKE a mené une étude afin de savoir si les sages-femmes libérales des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne souhaitaient prendre en charge les IVG médicamenteuses (37). Elle déclare que les sages-femmes ont conscience du manque d'offre de soin en matière d'IVG médicamenteuse hors établissements de santé et souhaitent y remédier en proposant à leur tour, de réaliser cette activité.

Dans notre étude concernant la région Grand-Est, région où l'offre libérale est donc peu développée, 76% de notre population seraient prêtes à effectuer des vacations en orthogénie et donc à s'investir dans cette nouvelle compétence.

## **4. Les difficultés exprimées par les futures et jeunes diplômées**

### **4.1. La formation initiale**

#### **4.1.1. Théorique**

Notre étude montre qu'une formation théorique en matière de législation et de prise en charge des IVG médicamenteuses est dispensée dans toutes les écoles de la région du Grand-Est (Tableau II).

En revanche, 48% des personnes ayant répondu à notre étude estiment ne pas avoir eu suffisamment d'enseignements théoriques concernant l'IVG au cours de leur formation. Nous pouvons nous demander si le nombre d'heures réservées à la problématique de l'avortement est suffisant.

D'après les textes de lois (38,39) régissant le contenu de la formation initiale des sages-femmes, la formation a pour objectif « l'acquisition des connaissances scientifiques indispensables à la maîtrise des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme. »

De plus, on peut lire que les enseignements dispensés (théoriques, pratiques, cliniques) « tiennent compte des priorités de santé publique. »

Rappelons que l'accès à l'IVG pour toutes les femmes relève de ces priorités.

L'arrêté du 11 mars 2013 a autorisé la mise en place d'un nouveau programme d'études s'adaptant aux nouvelles compétences des sages-femmes permises par la loi HPST. Ainsi l'unité d'enseignement intitulée jusqu'à présent « Gynécologie » est devenue « Gynécologie, santé génésique des femmes et aide médicale à la procréation ». De nombreux objectifs composent cette nouvelle unité d'enseignement, notamment celui de « pouvoir répondre aux demandes liées au désir d'enfant, à la contraception ou à l'IVG » ou encore celui d'« informer et participer à la prise en charge des femmes ayant recours à l'IVG ».

Pour cela, il est attribué à cette UE un ensemble de 4 à 8 ECTS d'enseignements théoriques, 1 ECTS représentant 25 à 30 heures de cours.

Ainsi le nombre d'heures réservées exclusivement à l'enseignement en matière d'IVG n'est pas précisé dans la loi, ce qui peut expliquer la disparité du contenu de la formation théorique entre les différentes écoles du Grand-Est.

De plus, les programmes ne précisent pas d'avantage le contenu des connaissances à acquérir. Il relève alors de la compétence de chaque école de composer elle-même le contenu de la formation en matière d'IVG ce qui pourrait expliquer pourquoi dans notre étude 44% des personnes interrogées auraient souhaité avoir accès à une formation complémentaire en matière d'orthogénie durant le deuxième cycle de leur formation initiale.

Un détail des notions à aborder dans l'item « IVG » serait nécessaire comme par exemple en matière de surveillance clinique et paraclinique de l'IVG ou encore en matière de risques et de complications liés à l'IVG puisque ce sont des enseignements que 84% des personnes interrogées auraient aimé recevoir lors de leur cursus.

#### 4.1.2. Pratique

Notre étude a permis de mettre en avant une disparité entre les écoles du Grand-Est en ce qui concerne la formation initiale des sages-femmes, notamment sur le plan pratique. En effet, les lieux et la durée des stages ne sont pas les mêmes en fonction des écoles (Figures 3 et 4).

Les textes de lois définissant le programme de la formation initiale de maïeutique mettent en avant l'importance de la réalisation de stages pratiques et cliniques puisqu'ils indiquent que « la formation dispensée au cours des stages permet à l'étudiant de s'inscrire dans une démarche clinique, de développer les compétences professionnelles et transversales indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme » (39).

Pour cela 8 à 14 ECTS de stages pratiques de gynécologie sont prévus par la loi, 1 ECTS correspondant à 30 heures de stage. En matière d'orthogénie le programme ne prévoit rien de spécifique.

À la lecture des textes actuels, les écoles de sages-femmes ont une obligation de proposer des stages de gynécologie mais elles n'ont pas d'obligation de proposer des stages exclusivement dédiés à l'orthogénie.

Ainsi au cours de leur formation certains étudiants réalisent leur stage de consultations gynécologiques dans un service hospitalier, avec une sage-femme pratiquant le suivi gynécologique de prévention ou encore dans un cabinet libéral de gynécologie dans lequel l'orthogénie n'est pas pratiquée, ce qui ne leur permet pas de développer les compétences professionnelles nécessaires à la prise en charge des IVG. C'est également ce que soulève l'un des participants à l'étude en indiquant : « Dans mon école le stage au planning familial est obligatoire mais tous les lieux de planning familial (et donc les lieux de stages) ne sont pas forcément des centres d'orthogénie. »

L'obligation d'effectuer un stage de gynécologie durant ses études ne garantit donc pas à l'étudiant d'acquérir les compétences nécessaires à la pratique de l'orthogénie. C'est ce que nous retrouvons dans notre étude puisque 79% des personnes interrogées ont déjà réalisé au moins un stage en orthogénie durant leurs études. Seulement 59,6% estiment ne pas avoir eu assez d'enseignements pratiques au cours de leur formation en matière d'orthogénie, et parmi eux 49% auraient souhaité qu'il y ait au moins un stage d'orthogénie obligatoire pour tous au cours de la formation initiale.

C'est également ce qu'a constaté Carole DELAFORGE (40) dans son mémoire de fin d'études puisqu'elle indiquait que 64,7% des sages-femmes interrogées pensaient que l'ajout de stages pratiques à la formation initiale était nécessaire pour l'exercice de l'orthogénie.

A l'heure actuelle, les étudiants ne sont donc pas tous amenés à prendre en charge l'IVG médicamenteuse puisque 49% déclarent ne jamais avoir pratiqué l'IVG médicamenteuse durant leurs études.

Une question se pose, comment peut-on acquérir des compétences dans une discipline alors qu'au cours de nos études rien n'impose d'y être confrontés ?

Nous avons émis l'hypothèse que les étudiants sages-femmes seraient peu amenés à pratiquer l'IVG médicamenteuse sur leur terrain de stage. Cette hypothèse pourrait être validée dans la mesure où le stage d'orthogénie n'est pas obligatoire.

Cependant à la question « Avez-vous déjà pratiqué l'IVG médicamenteuse en tant qu'étudiant(e) sage-femme ? », 51% ont répondu de manière positive. Nous ne pourrions alors ni confirmer, ni infirmer l'hypothèse de départ.

Améliorer la formation initiale permettrait ainsi aux sages-femmes une fois diplômées de se sentir plus compétentes en matière de prise en charge des IVG médicamenteuses.

La dernière version de l'arrêté de loi fixant le programme de la formation initiale des sages-femmes date de 2013 (39). Cet arrêté de loi participe au renforcement de la formation initiale en matière de gynécologie et de contraception mais ne prend pas en compte les évolutions de compétences concernant la réalisation des IVG médicamenteuses par les sages-femmes, le rendant alors obsolète sur le plan de l'orthogénie.

De plus, la dernière version du « référentiel métier et compétences des sages-femmes » (41) n'a quant à lui pas été actualisé depuis 2010. Là encore, aucune notion d'orthogénie n'est indiquée alors que cela fait désormais partie intégrante du métier de la sage-femme.

Ainsi une mise à jour de ces textes de référence serait bénéfique pour l'ensemble de la profession. Cela permettrait alors de proposer une formation initiale théorique et pratique qui soit la même pour toutes les écoles de sages-femmes de France et par la suite d'améliorer et d'ajuster les formations professionnelles continues.

Les futures sages-femmes pourraient ainsi acquérir les compétences et les connaissances nécessaires à la réalisation de l'IVG médicamenteuse et de pouvoir la pérenniser.

#### **4.2. La volonté d'investissement**

L'IVG est sujet à toutes les polémiques que ce soit au sein de la société ou de la profession, puisque pour certains sa réalisation ne fait pas partie du cœur du métier de sage-femme.

On pourrait alors se demander si les sages-femmes les plus impliquées et les plus motivées sont celles qui ont une approche militante en faveur de l'IVG et du droit des femmes en général.

Dans notre étude, 93% des personnes pensent que la réalisation de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes est une compétence légitime de la profession. De plus 76% accepteraient de réaliser des vacations d'orthogénie ce qui démontre bien l'intérêt et la motivation des jeunes sages-femmes à assumer cette nouvelle compétence.

##### **4.2.1. Des jeunes sages-femmes motivées**

Une interrogation survient à ce stade : la volonté d'investissement est-elle plus forte chez les sages-femmes exerçant en milieu libéral qu'en milieu hospitalier ?

Dans son mémoire Carole DELAFORGE (40) a pu mettre en évidence que la majorité des sages-femmes iséroises qui pensaient intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique quotidienne était des sages-femmes exerçant en libéral.

Axelle BULKE (37) quant à elle, a mis en évidence le fait que « les sages-femmes semblaient avoir bien conscience du manque d'offre de soins en matière d'IVG médicamenteuse en ville et souhaitaient y remédier. » En effet, 95,2 % des sages-femmes qui déclaraient vouloir prochainement prendre en charge des IVG médicamenteuses voulaient principalement répondre à un problème de santé publique à travers la réalisation de cette activité.

Dans notre étude, 69% des sages-femmes diplômées depuis juin 2016 exerçant en libéral accepteraient de pratiquer une vacation d'orthogénie si cela leur était proposé contre 68% des sages-femmes exerçant en hospitalier.

Le secteur d'exercice de la profession n'influence donc pas la motivation des sages-femmes à s'investir dans cette compétence.

La majorité des personnes interrogées dans notre étude seraient intéressées par une formation complémentaire en matière d'orthogénie (Tableau IV). Bien que cela puisse mettre en évidence un manque de formation initiale comme nous avons pu en discuter auparavant, cela démontre également la volonté des jeunes sages-femmes à se former et à s'investir dans la réalisation des IVG médicamenteuses.

#### **4.2.2. Les freins à l'investissement**

Bien que la grande majorité de notre panel soit motivée à l'idée de s'investir dans cette nouvelle compétence, il existe encore des freins à cet investissement (Figure 6).

##### **4.2.2.1. Les complications de l'IVG médicamenteuse**

Le premier frein soulevé est celui de la gestion des complications de l'IVG médicamenteuse puisque 27% déclarent les appréhender. C'est également ce qu'observe Carole DELAFORGE dans son étude puisque 54,8% des sages-femmes iséroises appréhendent également la gestion des complications d'une IVG médicamenteuse (40).

Pourtant les compétences nécessaires à la gestion des principales complications d'une IVG médicamenteuse sont déjà acquises lors de la formation initiale à travers les différents enseignements théoriques et pratiques.

D'après Philippe FAUCHER (42,43), une des complications que la sage-femme pourrait appréhender concerne le risque hémorragique puisque les saignements post-IVG se révèlent être un élément très important dans la surveillance post-avortement. La sage-femme a acquis au cours de ses différents stages pratiques, en salle de naissances notamment, les compétences nécessaires à la surveillance et à la gestion des saignements post-accouchement. Elle sait reconnaître les signes d'hypovolémie (malaise, tachycardie) et sait déterminer si la quantité de saignement relève ou non de la physiologie. Dans le cas de l'IVG médicamenteuse ce sont ces mêmes compétences qui entrent en jeu.

L'information effectuée auprès de la patiente, préalablement à la réalisation de l'IVG médicamenteuse, est primordiale. La patiente doit pouvoir reconnaître les signes

devant la faire consulter aux urgences : « si elle imprègne deux serviettes hygiéniques maximum toutes les heures durant plus de 2 heures et si elle présente des signes d'hypovolémie » (26) elle doit consulter.

La gestion des saignements post-avortement ne devrait donc pas être un frein à la réalisation de l'IVG médicamenteuse par la sage-femme.

Une autre complication concerne la gestion de la douleur. En effet les douleurs abdomino-pelviennes provoquées par les contractions utérines ont quasiment toujours lieu lors d'une IVG médicamenteuse. L'arrêté modifiant les droits de prescription des sages-femmes (22) a étoffé la liste des antalgiques que celle-ci peut prescrire permettant de prévenir la douleur des IVG médicamenteuses. C'est également ce que confirme Nicolas DUTRIAUX qui indique qu'« il ne faut pas hésiter à utiliser le panel des thérapeutiques mis à notre disposition, afin d'aider la femme à vivre aussi bien que possible l'expulsion » (12). Il est important d'expliquer à la femme les modalités de prises d'antalgiques, notamment en ce qui concerne le respect des paliers thérapeutiques et des posologies.

La sage-femme a également acquis au cours de sa formation initiale les capacités pharmacologiques nécessaires à la prescription des antalgiques. La gestion de la douleur ne devrait donc pas être un frein à la réalisation de l'IVG médicamenteuse.

L'échec de la méthode médicamenteuse peut apparaître comme une autre des complications possibles. Il est important d'effectuer un suivi post-abortum afin de s'assurer que l'avortement soit complet. Pour cela « le contrôle peut être clinique, échographique, biologique et plus récemment par télémédecine » (26). L'interrogatoire à une place importante dans ce diagnostic puisque « des métrorragies minimales ou une absence de saignement sont fortement prédictifs de l'échec de la méthode. »

L'interrogatoire peut être complété par un dosage sérique des  $\beta$ HCG 15 jours après la réalisation de l'IVG puisqu'une diminution de plus de 80% du dosage initial confirme le succès de l'IVG également par la réalisation 2 semaines après l'IVG d'un autotest urinaire ou encore par une échographie de vacuité utérine. Les modalités de surveillance sont laissées aux choix de la sage-femme (26).

Dans le cas où l'IVG médicamenteuse échoue d'autres investigations sont nécessaires c'est pourquoi la sage-femme oriente la femme vers l'établissement de santé avec lequel elle a signé la convention.

Une fois encore, la formation initiale de la sage-femme lui apporte les savoirs et compétences nécessaires permettant de gérer cette troisième complication.

Enfin ne pas diagnostiquer une grossesse intra-utérine d'une grossesse extra-utérine pourrait également être un frein à la réalisation de l'IVG médicamenteuse. Or, comme le rappelle Nicolas DUTRIAUX dans son article (12), la sage-femme a acquis les compétences nécessaires au suivi de grossesse et est en mesure de dépister une telle situation.

Il ne faut pas oublier qu'une convention a été signée par la sage-femme et qu'à tout moment celle-ci peut envoyer la femme dans l'établissement de santé. Il est du ressort de la sage-femme de savoir distinguer la physiologie de la pathologie, et de savoir adresser la femme à l'hôpital si l'IVG devient pathologique.

Une fois son diplôme obtenu, la sage-femme doit donc être en mesure de reconnaître les complications liées à une IVG médicamenteuse. Cependant connaître les complications d'une IVG ne signifie pas pour autant se sentir compétent pour y faire face. C'est alors la question de la formation pratique et clinique qui se pose.

Le stage obligatoire en orthogénie nous semble une piste intéressante à explorer pour que les jeunes sages-femmes se sentent moins démunies pour gérer, en tant que futures professionnelles, les potentielles complications liées à une IVG médicamenteuse

#### **4.2.2.2. L'accompagnement psychologique des femmes**

Dans notre étude 30% des futures ou jeunes diplômées déclarent ne pas se sentir suffisamment compétentes dans l'accompagnement psychologique des femmes en parcours d'IVG.

Dans son article intitulé « Aspect psychologique de l'IVG » Luisa ATTALI stipule que « l'accompagnement psychologique des femmes passe par leur écoute et le respect de leurs choix » (28).

Les consultations pré et post-IVG doivent apparaître pour le soignant mais également pour la femme en demande d'IVG comme « des temps d'informations, d'échanges et d'écoutes de la femme. ». Elle insiste sur le fait que « les soignants doivent être sensibilisés à l'importance d'adapter des conduites et discours en fonction de la singularité de chaque patiente. »

Elle recommande également « d'évoquer la possibilité de rencontrer un psychologue ou un conseiller conjugal. »

Ces capacités d'écoute, de questionnement, de reformulation mais également de dépistage de situations à risques sont des éléments qui ont été développés dans la formation initiale de maïeutique. Des jeux de rôles et des mises en situations pourraient apparaître comme une solution alternative et ludique pour l'apprentissage de l'accompagnement psychologique des femmes de manière générale.

A l'école de Strasbourg, des jeux de rôle sont effectués dans l'apprentissage de la réalisation de consultations de suivi de grossesse ou d'entretiens prénataux précoces du quatrième mois de grossesse. Il serait intéressant d'étendre le sujet aux consultations d'orthogénie.

En plus de cela, les stages pratiques apparaissent comme nécessaires afin de développer les compétences et les réflexes nécessaires pour mener à bien une consultation d'orthogénie. C'est également ce qu'affirme Luisa ATTALI : « les internes de gynécologie obstétrique, de gynécologie médicale, de médecine générale et les étudiantes sages-femmes, devraient bénéficier de temps de formation spécifiques en service d'orthogénie avec un temps régulier d'expression et de réflexion lors de leur stage » (28).

#### **4.2.2.3. La place de l'échographie**

La place de l'échographie dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse constitue également un frein à l'investissement des sages-femmes dans ce domaine.

Pauline BRETON (44) a réalisé une enquête auprès des étudiants sages-femmes de la région du Grand-Ouest sur la place de la sage-femme dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse. Pour ces étudiants la maîtrise de l'échographie fait partie des compétences de la sage-femme en orthogénie. Ils exprimaient la demande d'une formation initiale plus complète en matière d'échographie et ils encouragent « les étudiants à passer le DIU d'échographie pour assurer une prise en charge complète de la patiente jusqu'à la consultation de contrôle post-IVG. »

Dans notre étude, 3,5% indiquaient ne pas se sentir compétents en matière d'échographie et 60% pensaient que l'échographie de vacuité utérine post-IVG est obligatoire.

Or, comme le déclarent les Dr WYLOMANSKI et WINER dans leur article « Quelle place pour l'échographie dans la pratique de l'IVG ? » (45), la question de l'échographie ne devrait pas être un frein à l'accès à l'IVG.

Bien que la réalisation d'une échographie de datation soit encouragée, l'estimation de l'âge de la grossesse est possible par l'interrogatoire et un examen clinique complet chez les femmes connaissant la date de leurs dernières règles. Ainsi ils annoncent que « l'absence d'accès à l'échographie de routine ne devrait donc pas être un frein à la programmation de l'IVG demandée. »

De plus, ils précisent que « en cas d'IVG médicamenteuse, la réalisation systématique d'une échographique post-IVG ne peut être recommandée en routine. »

Bien sûr, « en cas de grossesse intra-utérine d'évolutivité incertaine, ou de grossesse de localisation indéterminée, sans symptômes particuliers, la patiente doit pouvoir bénéficier de la réalisation d'une échographie endovaginale pour augmenter la précision du diagnostic. »

Dans le cas où une échographie s'impose, la sage-femme doit adresser la femme à l'établissement de santé avec lequel elle a établi une convention.

La place de la sage-femme libérale au sein d'un réseau de périnatalité a toute son importance afin de pouvoir adresser la femme, quand cela est nécessaire, à d'autres professionnels de santé.

Ainsi, l'échographie ne devrait plus être un frein à l'investissement des jeunes sages-femmes en matière d'orthogénie.

Une formation initiale théorique et pratique intégrant l'orthogénie permettrait de diminuer ces différentes craintes et donc de favoriser l'investissement des professionnels dans ce domaine. La connaissance des différents réseaux périnataux par les jeunes sages-femmes a également toute son importance pour que celles-ci puissent s'entourer de professionnels pouvant les aider si cela est nécessaire.

### **4.3. Une nouvelle compétence à assumer**

Dans notre étude, 60% de la population, parmi lesquels 50% des étudiants sages-femmes de dernière année de cursus (correspondant aux futures diplômées de juin 2019), déclarent ne pas se sentir capable d'assumer la réalisation des IVG médicamenteuses en toute autonomie, à l'issue de la formation initiale.

Nous avons formulé l'hypothèse qu'à la suite de leur formation initiale, les jeunes sages-femmes ne se sentaient pas compétentes pour pratiquer l'IVG. A la vue de ces résultats nous pouvons confirmer notre hypothèse de départ.

Dans son rapport intitulé « Les sages-femmes une profession en mutation » (46), publié en mai 2016 l'ONDPS décrit une pratique du métier en pleine mutation avec notamment « l'essor de nouvelles activités en lien avec l'extension des compétences » élargissant les compétences des sages-femmes au suivi gynécologique préventif de toutes les femmes, compétence acquise en 2009, et non pas uniquement auprès des femmes enceintes (17).

Il y est mentionné que « la fréquence de ces nouvelles activités est sensible aux effets d'âge et concerne davantage les professionnelles les plus jeunes » et observe que la fréquence de la réalisation des nouvelles compétences est fortement corrélée à l'ancienneté de l'installation en secteur libéral. Les sages-femmes libérales diplômées à la suite de cette réforme de 2009 pratiqueraient plus d'actes de gynécologie que celles installées depuis plusieurs années (46).

Cela fait aujourd'hui dix ans que le suivi gynécologique de prévention fait partie des compétences des sages-femmes, cependant certaines femmes ignorent encore que le suivi par une sage-femme ne se cantonne pas à la grossesse. Faut-il donc laisser le temps à cette nouvelle compétence en matière d'IVG de se mettre en place, bien que cela fasse 3 ans que le décret est paru ?

Si cette nouvelle compétence suit la même tendance, alors dans les années à venir ce seront les plus jeunes sages-femmes qui pratiqueront majoritairement l'IVG médicamenteuse ; c'est pourquoi il est essentiel de mettre en place des mesures d'enseignements pratiques et théoriques rigoureuses permettant à la formation initiale d'être la plus actualisée possible, afin qu'une fois le diplôme en poche, les jeunes diplômées soient en capacité d'assumer la réalisation de l'IVG médicamenteuse.

# CONCLUSION

La loi de modernisation du système de santé de 2016 (7) a élargi le champ des compétences des sages-femmes leur autorisant la réalisation de l'IVG médicamenteuse jusqu'à 7 SA.

Au travers de notre étude nous nous sommes interrogés sur la capacité des jeunes sages-femmes de la région Grand-Est à assumer, une fois leur diplôme obtenu, la prise en charge des IVG médicamenteuses, nouvelle compétence de 2016.

Il s'avère qu'un sentiment d'incompétence prédomine chez les jeunes sages-femmes diplômées puisque 60% ne se sentent pas capables d'effectuer des IVG médicamenteuses une fois sorties de l'école, du fait notamment d'un manque de pratique sur le terrain lors des stages cliniques pendant leur formation initiale. En effet, 59,6% estiment ne pas avoir eu assez d'enseignements pratiques au cours de leur formation en matière d'orthogénie.

Nous avons comme objectif secondaire d'évaluer la volonté des jeunes sages-femmes à s'investir dans cette nouvelle compétence. Notre étude a mis en évidence que l'intérêt pour l'orthogénie est grand et la volonté d'investissement est majoritaire pour ces jeunes sages-femmes. Celles-ci sont motivées pour apprendre et pour s'investir en orthogénie. C'est pourquoi il est nécessaire d'améliorer la formation initiale et de l'adapter aux exigences de l'exercice professionnel.

Une formation initiale plus approfondie en matière de prise en charge de l'IVG médicamenteuse et un stage clinique obligatoire permettraient certainement aux jeunes sages-femmes de se sentir plus à même de réaliser les IVG médicamenteuses et ainsi pouvoir, à l'avenir, permettre aux femmes un meilleur accès à l'avortement.

D'après l'ONDPS (46), le taux de sages-femmes exerçant en secteur libéral ne cesse de croître ces dernières années. La mise en place de la réalisation de l'IVG leur a ainsi permis de réaliser un suivi global de la femme faisant d'elles des professionnelles de premier ordre.

Réaliser une nouvelle enquête à l'échelle nationale permettrait de savoir si la modification du programme de la formation initiale de maïeutique a eu un impact sur l'implication légitime des sages-femmes en matière d'orthogénie.

Il existe actuellement une disparité dans la pratique de l'IVG ; dans certaines régions elles sont réalisées majoritairement en milieu hospitalier alors que dans d'autres ce sont celles effectuées en ambulatoire qui priment (10).

Ces différences de pratiques ont-elles un impact sur la capacité des jeunes sages-femmes à réaliser les IVG médicamenteuses une fois le diplôme obtenu ? Cela pourrait également faire l'objet d'une étude pour savoir si les jeunes sages-femmes diplômées d'une région où l'IVG est majoritairement pratiquée en ambulatoire se sentent plus compétentes que celles diplômées d'une région où l'IVG est principalement réalisée en milieu hospitalier.

Le développement de la formation continue en orthogénie offre aux sages-femmes la possibilité de s'impliquer dans cette nouvelle compétence et d'être ainsi armées dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse.

Depuis mars 2019 le réseau REVHO organise une formation pour l'ensemble des sages-femmes de la région Grand-Est leur permettant ainsi d'acquérir et/ou de renouveler les connaissances et les compétences nécessaires.

Désormais depuis 2016, la sage-femme a un rôle majeur dans l'IVG et plus largement dans le maintien de sa légitimité, puisque c'est un droit qui est encore à ce jour fréquemment remis en cause.

# **BIBLIOGRAPHIE**

1. Le Naour JY. Valenti C. Histoire de l'avortement : XIXe-XXe siècle. Le Seuil ; 2003. 348 p.
2. République Française. Loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. JORF, n°75-17 janv 18, 1975 p. 739.
3. Fournet P. Interruption volontaire de grossesse : le cadre juridique français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2016;45(10):1577-95.
4. Nisand I. L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Paris: Ministère de l'emploi et de la solidarité. Secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale; 1999 févr p. 55.
5. République Française. Loi 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. JORF, n°2001-588 juill 7, 2001 p. 10823.
6. Mazuy M. Toulemon L. Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Popul Sociétés INED. 2014;69(3):365.
7. République Française. Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF, n°0022 janv 27, 2016.
8. République Française. Loi du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social dite « loi Neiertz ». JORF, n°93-121 janv 30, 1993 p. 1576.
9. République Française. Loi du 20 mars 2017 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse. JORF, n°2017-347 mars 20, 2017.
10. Vilain A. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des Statistiques (DREES); 2018 sept. Rapport n°: 1081.
11. Vilain A. Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES); 2009 déc. Rapport n°: 712.
12. Dutriaux N. Mise en place des IVG médicamenteuses dans un cabinet de sages-femmes libérales. Vocation Sage-Femme. mars 2017;16(125):23-5.
13. Rayr C. Le rôle des sages-femmes dans la prise en charge des IVG médicamenteuses. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. août 2012;41(HS3):14-14.
14. Almeras A. Paulard I. Rôle de la sage-femme hospitalière dans l'IVG médicamenteuse. Vocation Sage-Femme. mars 2017;16(125):21-2.

15. Paulard I. Diffusion de la méthode médicamenteuse en ville, la mission du Réseau entre la ville et l'hôpital. *Vocation Sage-Femme*. mars 2017;16(125):19-20.
16. Linet T, Attali L. Interruption volontaire de grossesse, de nouveaux enjeux pour la sage-femme. *Vocation Sage-Femme*. mars 2017;16(125):10-5.
17. République Française. Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST). *JORF*, n°0167 juill 21, 2009 p. 12184.
18. Dechelette O. Loi Santé : le collectif Sages-femmes de demain s'oppose à la pratique de l'IVG par les sages-femmes - Communiqué de presse du 31 mars 2015 [En ligne].  
Disponible sur: <http://www.sages-femmes.info/>
19. Glorie C. IVG : Quelles perspectives pour les sages-femmes ? *Dossiers de l'obstétrique*. juin 2012;(416):24-6.
20. Assemblée Nationale. Délégation aux droits des femmes : Audition sur l'accès à l'IVG. Paris; 2017. [En ligne] [cité le 31 janvier 2019].  
Disponible sur: <http://videos.assemblee-nationale.fr/>
21. Agen M. Le droit à l'avortement reste fragile. *Profession Sage-Femme*. mars 2019;(253):42-4.
22. République Française. Arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 modifié fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes. *JORF*, n°0187. Texte n°13, aout, 2016.
23. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Guide IVG hors établissement de santé. 2017.
24. République Française. Loi du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. *JORF*, n°2012-1404 déc 17, 2012.
25. L'Assurance Maladie. IVG médicamenteuse en ville [En ligne]. *Ameli.fr*. [cité le 29 janv 2019].  
Disponible sur: <https://www.ameli.fr>
26. Bettahar K. Pinton A. Boisramé T. Cavillon V. Wylomanski S. Nisand I. et al. Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2016;45(10):1490-514.
27. Haute Autorité de Santé (HAS). IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter. 2018.

28. Araujo-Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2016;45(10):1552-67.
29. Berer M. Bulletin of the World Health Organization : Provision of abortion by mid-level providers: international policy, practice and perspectives. Organisation Mondiale de la Santé; 2009 janv. Rapport N°: 1.
30. Jonsson I-M, Zätterström C, Sundström K. Midwives' role in management of medical abortion - Swedish Country Report. 2001 déc p. 14.
31. Madame Françoise Laborde Sénatrice de Haute-Garonne. Législation comparée - L'interruption volontaire de grossesse. République Française; 2017 mai p. 76. Rapport n°: LC280.
32. Lindström M, Wulff M, Dahlgren L, Lalos A. Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses. *Scand J Caring Sci.* 2011;25(3):542-8.
33. Acosta L. Abortion Legislation in Europe. The Law Library of Congress, Global Legal Research Center; 2015 janv p. 39.
34. République Française. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. *JORF*, n°0130 juin 5, 2016.
35. Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie. *REVHO - Rapport d'activité 2017.* 2017;34.
36. Leroy H. Médecine générale de ville et IVG médicamenteuse en région Grand Est [Thèse de médecine]. Université de Lorraine; 2017.
37. 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 maïeutique]. Université de Caen; 2017.
38. République Française. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. *Bulletin Officiel* n°2002-2. *JORF*, n°294 déc 19, 2001 p. 20115.
39. République Française. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. *JORF*, n°32 mars 28, 2013 p. 5288.
40. Delaforge C. Place de la sage-femme dans la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse en Isère : étude épidémiologique descriptive. [Mémoire de maïeutique]. Université de Grenoble; 2016.

41. Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes, Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. 2010.
42. Faucher P. Interruption volontaire de grossesse par procédés médicamenteux. EMC - Gynécologie. janv 2006;1(4):1-7.
43. Faucher P. Complications de l'interruption volontaire de grossesse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2016;45(10):1536-51.
44. 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 maïeutique]. Université de Tours; 2013.
45. Wylomanski S. Winer N. Quelle place pour l'échographie dans la pratique de l'IVG ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2016;45(10):1477-89.
46. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Les sages-femmes une profession en mutation. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2016 mai.

# **ANNEXES**

## ANNEXE I

Une cotation spécifique a été créée pour coter les actes et examens couverts par le forfait de prise en charge de l'IVG hors établissement de santé :

Code	Libellé	Tarifs en vigueur à partir du 01/04/2016
<b>IC ou ICS</b>	Consultation de recueil de consentement	25,00€
<b>FPB *</b>	Investigations biologiques préalables à l'intervention	69,12€
<b>IPE</b>	Vérification échographique pré-IVG (échographie de datation)	35,65€
<b>FHV</b>	Forfait consultations de ville	50,00€
<b>FMV</b>	Forfait médicaments de ville	87,92€
<b>FUB **</b>	Contrôles biologiques ultérieurs	17,28€
<b>IC ou ICS</b>	Consultation de contrôle post-IVG sans échographie de contrôle ultérieure	25,00€
<b>IVE</b>	Consultation de contrôle post-IVG avec échographie de contrôle ultérieure	30,24€

\* En période pré-IVG, le bilan biologique minimal (FPB) comprend : la détermination du groupe sanguin, la recherche de RAI et le dosage quantitatif des  $\beta$ HGC

\*\* En période post-IVG, le bilan biologique minimal (FUB) repose sur le dosage quantitatif des  $\beta$ HGC.

La facturation par la sage-femme ayant réalisé l'IVG médicamenteuse ainsi que le paiement peuvent s'effectuer en une seule fois en associant les codes IC+FHV+FMV+IC (ou IVE en cas d'échographie de contrôle)

### **Cas de la femme mineure :**

En ville pour garantir la gratuité des soins et l'anonymat de la jeune femme mineure (de 15 ans à 18 ans), la sage-femme doit utiliser une feuille de soins papier pour coter son acte et indiquer un numéro d'inscription au répertoire (NIR) spécifique :

**2 55 55 55 + le code caisse à 3 chiffres** (variable selon la caisse) + **la clé** (variable selon la caisse).

Ceci est valable pour toutes les prescriptions relatives à la contraception, au dépistage des IST et aux IVG. Ainsi la femme mineure n'a pas à faire l'avance des frais et la sage-femme sera directement payée par l'Assurance Maladie.

Pour permettre une prise en charge à 100% et un accès gratuit et anonyme à la contraception et aux bilans liés, écrire « **Code Exo 3 – 100%** » sur l'ordonnance et inscrire uniquement la date de naissance de la patiente.

Informations supplémentaires disponibles sur le site <https://www.ameli.fr>



8. La question du cadre légal de réalisation d'une IVG a-t-elle été abordée lors de vos cours théoriques ?

- OUI
- NON

9. La question de la prise en charge des IVG médicamenteuses a-t-elle été abordée en cours théorique ?

- OUI
- NON

10.A) Estimez-vous avoir eu suffisamment d'enseignements théoriques concernant l'IVG au cours de vos études ?

- OUI
- NON

10.B) Si NON, quel contenu théorique auriez-vous aimé recevoir ?

*Plusieurs propositions possibles*

- Enseignements supplémentaires en matière d'accompagnement et suivi psychosocial
- Enseignements en matière de surveillance clinique et paraclinique de l'IVG ainsi que les risques et complications
- Enseignements en matière d'échographie
- Apport théorique de psychologie
- Enseignements supplémentaires de pharmacologie des médicaments utilisés pour la prise en charge des IVG
- Enseignements supplémentaires en matière de législation
- Accès à un DU\* d'orthogénie durant le 2<sup>ème</sup> cycle de formation initiale
- Autre : précisez

\* DU : Diplôme Universitaire

## FORMATION INITIALE PRATIQUE (STAGES)

**NOTE : Si vous êtes déjà diplômé(e) merci de répondre aux questions suivantes en fonction des études que vous avez fait et des enseignements que vous avez reçus.**

11.A) Avez-vous déjà réalisé au moins un stage d'orthogénie\*

- OUI
- NON

*si réponse « Non », passez à la question 13*

\* L'orthogénie est l'ensemble des méthodes de planification et de régulation des naissances appliquées au niveau du couple (consultation de dépistage des IST/MST, consultation en matière de contraception, consultation d'IVG...).

11.B) Où avait lieu ce stage ?

- Au planning familial
- En consultation de gynécologie
- En consultation spécifique d'orthogénie
- Autre : précisez

11.C) Ce stage était :

- Obligatoire
- Optionnel
- Autre : précisez

**11.D).** Quelle était la durée de ce stage :

- Moins de 5 jours
- 1 semaine
- 2 semaines
- 3 semaines
- Plus de 3 semaines
- Autre : précisez

**12.A)** Avez-vous réalisé d'autres stages au cours desquels vous avez pu faire de l'orthogénie ?

- OUI
- NON *si réponse « Non » passez directement question 13B*

**12.B)** Où avez-vous pu faire de l'orthogénie ? *Plusieurs propositions possibles*

- Au planning familial
- En consultation de gynécologie
- En consultation spécifique d'orthogénie
- En cabinet avec une sage-femme libérale
- En PMI (Protection Maternelle et Infantile)
- Autre : précisez

**13.A)** Estimez-vous avoir eu assez d'enseignements pratiques au cours de votre formation en matière d'orthogénie ?

- OUI *Si réponse « Oui » passez directement à la question 16*
- NON

**13.B)** Si NON, quel contenu pratique auriez-vous aimé recevoir ?

*Plusieurs propositions possibles*

- Au moins un stage d'orthogénie obligatoire pour tous
- Plus d'enseignements pratiques en matière d'échographie
- Des travaux pratiques en matière d'IVG avec réflexions autour de cas cliniques
- Des jeux de rôles et mises en situation en matière d'orthogénie
- Des stages d'orthogénie plus longs
- Retour d'expériences de sages-femmes orthogénistes
- Autre : précisez

**14.A)** Avez-vous déjà pratiqué l'IVG médicamenteuse en tant qu'étudiant(e) sage-femme ?

- OUI
- NON *si « Non » passez directement à la question 15*

**14.B)** Si oui, combien de fois avez-vous déjà pratiqué l'IVG médicamenteuse en tant qu'étudiant(e) sage-femme ?

- 1 fois
- Entre 1 et 5 fois
- Entre 5 et 10 fois
- Plus de 10 fois

**15.** Vous sentez-vous/sentiez-vous capable d'assumer la réalisation des IVG médicamenteuses en toute autonomie, à l'issue de la formation initiale ?

- OUI
- NON

## VOLONTE D'INVESTISSEMENT

**Cette partie a pour objectif de déterminer votre volonté d'investissement en tant que sage-femme dans la compétence de réalisation des IVG médicamenteuses.**

**16.** Pensez-vous que la réalisation de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes est une compétence légitime de la profession ?

- OUI
- NON
- Sans opinion

**17.A)** Si on vous proposait de réaliser des vacations quel que soit votre mode d'exercice, accepteriez-vous ?

- OUI
- NON
- Je suis diplômé(e) et je pratique déjà des consultations d'orthogénie

**17.B)** Si NON : quels seraient vos freins ?

*Plusieurs propositions possibles*

- C'est un exercice professionnel qui me semble trop difficile psychologiquement
- Je ne me sens pas assez compétent(e) médicalement pour assumer la responsabilité de cet acte
- Je ne me sens pas assez compétent(e) dans l'accompagnement psychologique de ces femmes
- J'appréhende de gérer les complications de l'IVG médicamenteuse
- Cette activité ne m'intéresse pas
- Cette activité n'est pas assez lucrative
- Il s'agit d'un acte peu valorisant
- Je ne me positionne pas en faveur de l'IVG, pour des raisons personnelles, éthiques, morales ou religieuses et j'invoque la clause de conscience
- Autre : précisez

**18.** Seriez-vous intéressé(e) par une formation complémentaire en matière d'orthogénie (formation, DU) ?

- OUI
- NON
- Autre : précisez

## CONNAISSANCES

**19.** Le délai légal d'IVG en France est de 14 semaines d'aménorrhée (SA) ?

- OUI
- NON
- Ne sait pas

**20.** En France, les sages-femmes peuvent réaliser des IVG médicamenteuses jusqu'à :

- 6SA
- 7SA
- 8SA
- 10SA
- 12SA
- 14SA
- Ne sait pas

- 21.** Une consultation psychologique est obligatoire pour les femmes mineures ?
- OUI
  - NON
  - Ne sait pas
- 22.** Actuellement en France, le délai légal de réflexion après la demande d'IVG est de 5 jours ?
- OUI
  - NON
  - Ne sait pas
- 23.** La réalisation d'une échographie de vacuité utérine post-IVG est obligatoire ?
- OUI
  - NON
  - Ne sait pas
- 24.** Quels médicaments peuvent être utilisés pour la réalisation d'une IVG médicamenteuse ?
- Plusieurs propositions possibles*
- De la Mifépristone administrée per os
  - De l'ocytocine de synthèse (Syntocinon® 5UI) administré par voie intra-veineuse
  - Du Misoprostol administré per os
  - Des prostaglandines de synthèse administrées en gel ou en tampon intravaginal
  - Ne sait pas
- 25.** Les sages-femmes peuvent prescrire à la femme ayant eu recours à une IVG un arrêt maladie de 4 jours calendaires, renouvelable une fois :
- OUI
  - NON
  - Ne sait pas
- 26.** Dans le cadre de la prise en charge de la douleur lors de l'IVG, les sages-femmes peuvent prescrire des antalgiques de type paracétamol (seuls ou associés à la poudre d'opium) et des anti-inflammatoire :
- OUI
  - NON
  - Ne sait pas

### **PAROLES LIBRES**

- 27.** Cette dernière question, permet de vous exprimer sur la formation initiale, tant théorique que pratique, en matière d'orthogénie mais également sur vos souhaits pour l'avenir en matière d'IVG :

## ANNEXE III

Voici les réponses obtenues à la dernière question dont l'intitulé était le suivant « Paroles libres : cette dernière question, permet de vous exprimer sur la formation initiale, tant théorique que pratique, en matière d'orthogénie mais également sur vos souhaits pour l'avenir en matière d'IVG. »

*Par mesure d'éthique, les propos recueillis ont été anonymisés et les lieux supprimés.*

### **Remarque n°1 :**

« Je pense que si nous étions mieux formées à l'IVG médicamenteuse nous serions plus confiantes et plus à l'aise pour la pratiquer. C'est dommage, un seul cours en dernière année sur toutes mes études... »

### **Remarque n°2 :**

« Beaucoup de notions restent floues et doivent être abordées davantage afin d'accompagner au mieux les femmes ! Je souhaite que l'IVG reste un droit et que le jugement face à ça cesse. J'espère que les sages-femmes seront plus formées dans la pratique de l'orthogénie pour apporter une prise en charge complète et adaptée à la patiente ! »

### **Remarque n°3 :**

« Je souhaite plus de formation en IVG à l'école de SF. Ceci ne peut être que bénéfique : des sages-femmes plus compétentes et des femmes plus respectées dans leur parcours ! Bon courage pour la suite de ton mémoire ! »

### **Remarque n°4 :**

« Avoir des enseignements supplémentaires sur la prise en charge des IVG médicamenteuses en cabinet libéral, les obligations en termes d'échographie et de suivi pré et post-IVG seraient nécessaires à ajouter à la formation. »

### **Remarque n°5 :**

« J'ai eu une bonne formation théorique et pratique sur la consultation de demande d'IVG, le dépistage des IST et la contraception. Mais je n'ai eu que peu voir aucune connaissance théorique et pratique sur la réalisation de l'IVG en elle-même (Administration misoprostol + expulsion et traitement antalgique + prise en charge de «l'après»).

Bon courage à toi ! »

### **Remarque n°6 :**

« Pour moi le frein principal est la difficulté de la datation de la grossesse si l'on n'est pas échographiste. »

### **Remarque n°7 :**

« J'aurais besoin d'un protocole et d'une organisation de service mais je me sentirais à l'aise pour pratiquer les IVG médicamenteuses. Je pense qu'une réflexion sur les pratiques ainsi qu'une formation continue sont nécessaires à la prise en charge de l'orthogénie et à l'accompagnement préventif qui en découle. »

**Remarque n°8 :**

« J'ai réalisé un stage au CPEF de 15 jours pendant mon M1 [4<sup>ème</sup> année d'étude de sage-femme], que j'ai trouvé malheureusement trop court. La durée n'est pas suffisante, pour comprendre les tenants et aboutissants de ce que représente l'IVG. Car au-delà de l'aspect technique et médical, le côté relationnel et accompagnement psychologique sont effleurés sur une durée si courte. Nous avons également la possibilité de réaliser un complément de stage en CPEF durant notre stage long de 6 mois, mais qui dépend des places disponibles...

En tout cas, ces stages nous permettent de réaliser l'impact des IVG, sur les patientes, mais sur nous-même également : comment percevons-nous l'IVG, que cela nous renvoie-t-il, sommes-nous prêt(e)s à en réaliser... »

**Remarque n°9 :**

« Après le diplôme, j'aimerais travailler en hospitalier. Mais plus tard je ne rejette pas l'idée de m'installer en libéral et de pouvoir réaliser des IVG, après que les formalités soient remplies (formation et convention) ».

**Remarque n°10 :**

« En 5<sup>e</sup> année, nous avons eu tout un travail complet sur l'IVG avec des différents cas cliniques à travailler et des jeux de rôles. Ceci a permis de bien poser les problématiques et de renforcer nos connaissances. En 4<sup>e</sup> année, il était possible de faire un stage au CPEF. Il est arrivé qu'une étudiante se retrouve avec ce stage dans son planning alors que pour des raisons personnelles elle n'était pas à l'aise avec cette activité. Si les professionnels peuvent faire valoir leur clause de conscience, pourquoi pas les étudiants ? »

**Remarque n°11 :**

« C'est bien que l'on ait eu accès à la réalisation des IVG médicamenteuses ça permet d'élargir l'offre de soin aux femmes. Par contre je suis contre l'élargissement de l'IVG chirurgicale aux sages-femmes, j'estime que la chirurgie ne doit pas faire partie de nos champs de compétences. »

**Remarque n°12 :**

« Voici mes propositions pour l'amélioration de la formation :

- Instituer un stage obligatoire de 2 semaines minimum en orthogénie car de par l'hôpital où je fais mes stages j'ai eu l'occasion d'en faire mais pas les autres collègues de promo puisqu'il n'y a pas de stage spécifique.
- Je suis plutôt satisfaite de la formation théorique bien que peut être est-elle trop axée sur la législation (où nous avons eu beaucoup d'heures de cours) et pas assez sur l'IVG au sens médical du terme à savoir les techniques, la gestion des complications etc.
- Je suis contre la réalisation d'IVG chirurgicales par les SF »

**Remarque n°13 :**

« Besoin de :

- Formation pratique en échographie (datation grossesse, vacuité utérine, contrôle post pose stérilet).
- Stage en hôpital de jour pour le suivi des IVG (accompagnement, suivi...)
- Stage d'orthogénie complet avec la prise en charge de l'IVG de A à Z »

**Remarque n°14 :**

« Plus de cours théoriques et des cas pratiques permettraient de se sentir plus compétente dans ce domaine ! »

**Remarque n°15 :**

« Excellente idée de traiter un sujet aussi important et controversé actuellement (en France et dans le monde) ! Bon courage pour ce travail ! »

**Remarque n°16 :**

« Lors de ma formation j'estime ne pas avoir eu assez de cours théoriques et de pratique pour pouvoir gérer les IVG médicamenteuses (seulement un cours de 2h en 3ème année de sage-femme). Depuis le cadre légal a évolué (diplôme en 2016) et je n'ai pas eu d'autres formations (demandées mais non acceptées). De plus, le centre hospitalier dans lequel je travaille nous a supprimé notre service de gynécologie et une partie des IVG se fait en ambulatoire donc non gérées par les SF. »

**Remarque n°17 :**

« Très bon sujet, cette nouvelle compétence des sages-femmes n'est encore que trop peu développée mais il y a un réel besoin pour les patientes qui peinent souvent à trouver un professionnel pour une IVG... En termes de formation initiale les méthodes d'IVG ont été abordées (un cours de 3-4h), mais je ne pense pas suffisamment approfondies (avis très personnel). Concernant le stage d'orthogénie nous passons toutes au CPEF mais nous y sommes plutôt en tant qu'observateur, on ne nous laisse pas faire grand-chose donc c'était un peu dommage ! Bon courage pour ce mémoire ! »

**Remarque n°18 :**

« Dans mon école nous avons un stage de 15 jours au CPEF, des cours sur l'IVG et des exposés à faire en M1 [4ème année d'étude de sage-femme].

En M2 [5ème année d'étude de sage-femme] nous avons un cours sur l'IVG médicamenteuse plus poussé et un cours sur l'IVG une nouvelle fois, nous avons un TD à faire en groupe sur des cas cliniques, des questions de réflexion à ce sujet. Nous avons également un jeu de rôle en groupe traitant différente situation :

- groupe traitant la consultation de demande d'IVG
- groupe traitant la 1ere consultation
- groupe traitant la 2ème consultation
- groupe traitant l'IVG en elle-même
- groupe traitant la consultation post IVG

Ce qui est vraiment pas mal. Et en M2 nous avons le choix lors de notre stage long de retourner au CPEF mais il n'est pas obligatoire.

Merci pour ce mémoire, c'est intéressant, hâte de lire les résultats. »

**Remarque n°19 :**

« La réalisation d'une IVG fait actuellement partie de nos compétences. Cependant, nous ne sommes que très peu informées et formées à ce sujet ce qui est dommage ; pouvant ainsi nuire à la pérennisation de cette compétence. Sortant très récemment de l'école, je n'ai ni connaissances ni expérience pour me lancer dans la réalisation de cette dernière. Bon courage pour votre mémoire. »

**Remarque n°20 :**

« La formation initiale théorique et pratique manque actuellement d'enseignements sur l'IVG, je ne me sens absolument pas prête en pratiquer à la sortie du diplôme sans avoir fait de formation complémentaire ou sans être accompagnée de quelqu'un qui en pratique régulièrement. »

**Remarque n°21 :**

« J'ai réalisé des consultations IVG / IVG médicamenteuses dès mon diplôme obtenu et me suis sentie plutôt démunie au début ! Renforcer la formation initiale ainsi que la formation en matière d'échographie peut être une bonne solution ! Bon courage pour ton mémoire !»

**Remarque n°22 :**

« Bonjour, je trouve cela très bien que les sages-femmes puissent réaliser les IVG car il manque cruellement de professionnels face à la demande (observé en stage). Cependant, pour des convictions personnelles religieuses, je ne souhaiterai pas les réaliser une fois diplômée. En tant qu'étudiante, je prends en charge ces femmes comme n'importe quelle patiente et je présente de l'empathie pour ces femmes souvent en situation de détresse, et j'essaie au mieux de ne pas porter ou avoir de jugement. Cela se passe bien ainsi. De ce fait, tu vas certainement voir des "mauvaises réponses" car ne comptant pas le faire plus tard et voulant travailler exclusivement en salle de naissances, je n'ai pas vraiment bien appris ces cours. Mais je pense que la formation théorique que nous avons reçue ainsi que le stage sont suffisants. Je te souhaite bon courage pour ton mémoire. »

**Remarque n°23 :**

« L'IVG est une compétence légitime, selon moi, de la profession de sage-femme. Elle est mise à l'écart de notre formation initiale, et quand le sujet est abordé c'est malheureusement "tard" dans notre cursus, puisque dans mon cas, les cours ont eu lieu en 5ème année alors que j'ai pu assister à des consultations en 3ème et 4ème année. Je pense que l'on tend vers une libéralisation de l'IVG (prise en charge de l'IVG par les sages-femmes libérales avec un suivi post-abortum en libéral) mais que malheureusement nous ne sommes pas correctement formé(e)s à cela. Notre formation est de manière générale trop axée autour de l'exercice hospitalier (devenir de bonne technicienne) en oubliant qu'une sage-femme dès la sortie de l'école peut travailler en libéral... ».

**Remarque n°24 :**

« Il faudrait :

- Créer un stage en orthogénie obligatoire (mais en respectant une éventuelle clause de conscience de la part de l'étudiant évidemment) pour tous les ESF (consultation pré et post-abortum + suivi de l'IVG médicamenteuse en service de soin + assister aux IVG chirurgicales)
- Avoir des cours + pratico-pratique sur l'IVG et ne pas s'arrêter uniquement sur le cadre législatif mais approfondir l'aspect théorique et intégrer des notions de psychologie pour mieux accompagner.

En résumé, Nous former pleinement à l'accompagnement des IVG de A à Z et non pas juste survoler le sujet »

**Remarque n°25 :**

« La loi a changé alors que j'étais déjà en dernière année d'école de SF. Notre programme n'a pas été modifié et nous n'avons pas eu de cours supplémentaires ou surtout pas de pratiques. Je n'ai assisté à des consultations d'orthogénie et prises en charge que parce que j'en avais fait la demande lors de mes stages obligatoires ou optionnels.

Depuis que je suis diplômée, j'aurais souhaité me former et pouvoir exercer mais les personnes que j'avais contacté à la maternité la plus proche faisant des consultations d'orthogénie ne savent pas quelles démarches, quelles formations, quelles conventions, etc. doivent être effectuées. Me former fait partie de mes projets puisque j'exerce dans une zone de montagne où il est compliqué d'avorter, la 1ère structure proposant la prise en charge des IVG étant à plus d'une heure de route. La structure la plus proche est privée et refuse de faire des IVG. »

**Remarque n°26 :**

« Les consultations où l'on est amené(e)s à recevoir des femmes souhaitant une IVG ne sont pas accessibles à tou(te)s les étudiant(e)s. Cela dépend du lieu du stage ainsi que de la personne en charge de ces consultations. Le caractère obligatoire des stages en consultations IVG devrait être suggéré aux écoles. Notamment pour développer l'aspect psychologique autour de telles prises en charge. »

**Remarque n°27 :**

« En matière d'IVG : pas d'augmentation du délai légal. En pratique :

- Pouvoir coder les actes d'échographie gynécologiques ;
- Avoir une meilleure formation même si les hôpitaux environnants sont contre la pratique des IVG à domicile. »

**Remarque n°28 :**

« Les protocoles ayant changé depuis l'arrêt de la commercialisation du Cytotec®, une mise à niveau serait nécessaire. »

**Remarque n°29 :**

« Je pense que la formation de chaque étudiant dépend des lieux de stage et du personnel médical qu'il rencontrera... on a à peine 1 ou 2h de cours sur l'IVG alors que c'est une de nos nouvelles compétences, c'est à mon avis insuffisant... Je suis pour qu'en tant que SF nous puissions pratiquer des IVG car notre travail consiste à accompagner les femmes tout au long de la vie et pas uniquement lors de la naissance d'un enfant. »

**Remarque n° 30 :**

« Que les sages-femmes, mais surtout aussi les étudiants sages-femmes qui sont attirées par l'orthogénie puissent davantage développer cette compétence du métier ! »

**Remarque n° 31 :**

« Il faudrait au moins avoir un cours théorique sur l'encadrement de l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville (législation, clinique, cotation...), mais également un stage obligatoire d'orthogénie pour pouvoir être confrontée à la clinique avant d'être diplômée !

Je le pratique actuellement dans 1 des 2 cabinets où je travaille et je me sentais

complètement démunie lorsque j'ai commencé les consultations d'orthogénie. J'ai dû me former auprès de mes collègues. Il n'y a pas une grosse masse d'informations à connaître, sachant que l'approche psychologique beaucoup l'ont déjà. Cela me semble donc tout à fait envisageable de rajouter des cours sur la pratique de l'IVG dont un pourrait être présenté par une sage-femme libérale pratiquant les IVG médicamenteuses et un autre pourrait être présenté par un professionnel exerçant en établissement de santé. »

**Remarque n° 32 :**

« Les cours théoriques remontent à trop longtemps pour me souvenir de tout correctement. Je me souviens mieux des stages réalisés en planning familial au moins une fois par année d'étude. Actuellement je travaille dans une structure où ce sont les internes en médecine qui gèrent l'orthogénie donc je n'y ai pas accès. Peut-être plus tard dans ma carrière et pourquoi pas dans un autre établissement, je pourrai me rapprocher de l'orthogénie. »

**Remarque n° 33 :**

« Vacances très intéressantes au courant de ma formation initiale. Lien fort entre la sage-femme et la patiente. Choix non anodin, rôle important de la sage-femme autant d'un point de vue médical que social. Bon courage pour le mémoire. »

**Remarque n° 34 :**

« Nous avons un stage de consultations gynécologiques obligatoire au cours du 2nd cycle, mais il ne doit pas être obligatoirement fait dans un CPEF. Certains étudiants iront seulement en cabinet avec un gynécologue ou une sage-femme pratiquant du suivi gynécologique, et ne verront pas du tout d'IVG en pratique. Je trouve cela dommage et c'est dans ce contexte que je pense qu'un stage en CPEF devrait être obligatoire avant la fin du cursus, afin de participer à des consultations IVG et de côtoyer un autre public.

Concernant la formation théorique, nous n'avons qu'une intervention de 4h sur le thème de l'IVG, réalisée par une sage-femme conseillère conjugale exerçant en CPEF. Son point de vue est donc très important et très intéressant ! Je ne pense pas qu'il serait nécessaire d'avoir plus d'heures de cours sur ce thème. Mais de la pratique !! »

**Remarque n° 35 :**

« Il serait souhaitable de faciliter l'accès à la réalisation des IVG par les sages-femmes libérales. Toutes ne le font pas, et l'un des points noirs est la difficulté de mise en place d'un partenariat (obligatoire pour pratiquer l'IVG) avec les cliniques ou hôpitaux proches de leur cabinet pour la prise en charge des urgences.

Dans la formation théorique de maïeutique :

- Débuter les cours sur l'IVG plus tôt qu'en 5ème année (où l'on sait déjà la majorité des choses, grâce à nos pratiques en stage)
- Faire + de cas cliniques en cours.
- Mettre en place un stage obligatoire en orthogénie ou CPEF + aller en stage en consultation avec des psychologues ou conseillères conjugales lors d'entretiens pré-IVG

Bon courage à toi ! »

**Remarque n° 36 :**

« La sage-femme a tout à fait sa place dans la prise en charge des IVG cependant la formation initiale me semble encore incomplète pour assumer cette compétence en toute confiance et autonomie. »



## **RÉSUMÉ :**

Introduction : La loi de modernisation du système de santé promulguée le 26 janvier 2016 a autorisé la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes, hors établissement de santé et jusqu'à sept semaines d'aménorrhée, élargissant ainsi leurs compétences en matière d'orthogénie. L'objectif principal de ce travail était de déterminer la capacité des étudiants sages-femmes à assumer cette nouvelle compétence en sortant de l'école. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la volonté des jeunes sages-femmes à s'investir dans cette nouvelle compétence et de savoir si elles expriment le besoin de formation supplémentaire dans le domaine de l'orthogénie.

Méthodologie : Une étude observationnelle descriptive transversale a été réalisée. Nous avons diffusé un questionnaire aux jeunes sages-femmes diplômées des écoles de sages-femmes de la région Grand-Est depuis juin 2016.

Résultats : Nous avons observé que 60% des jeunes sages-femmes ne se sentent pas capable d'assumer la réalisation de l'IVG médicamenteuse en toute autonomie, à l'issue de la formation initiale. De plus, 59,6% estiment ne pas avoir eu assez d'enseignements pratiques au cours de leur formation en matière d'orthogénie. Cependant nous avons pu mettre en évidence un grand intérêt pour l'orthogénie ainsi qu'une forte volonté d'investissement chez ces jeunes sages-femmes.

Conclusion : Une formation initiale plus approfondie en matière de prise en charge de l'IVG médicamenteuse et un stage clinique obligatoire permettraient certainement aux jeunes sages-femmes de se sentir plus à même de réaliser les IVG médicamenteuses. Cela permettrait également aux femmes d'avoir un meilleur accès à l'avortement.

**Mots-clés** : Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse – Sage-femme – Législation - Orthogénie – Région Grand-Est