



**DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE
UFR DE MÉDECINE DE REIMS**

**« État des lieux des connaissances et des pratiques
des sages-femmes sur l'interruption volontaire de
grossesse par voie médicamenteuse. »**

*Étude réalisée dans le Grand-Est auprès des sages-femmes
exerçant en libéral et/ou en établissement de santé.
Étude quantitative en 2022.*

MÉMOIRE

présenté et soutenu par

Marie Krug

*sous la direction de
Claire Wolker-Jarfaut,
Sage-femme.*

DIPLÔME D'ÉTAT 2023

Je souhaite adresser mes sincères remerciements à,

Ma directrice de mémoire, Claire Wolker-Jarfaut, pour sa disponibilité, ses nombreuses relectures et surtout ses précieux conseils qui ont permis d'alimenter ma réflexion.

L'équipe pédagogique du département de maïeutique de Reims pour avoir contribué à mon évolution professionnelle.

Les sages-femmes ayant participé à ce travail de recherche pour leurs réponses riches.

Mes amies, pour tous les beaux moments passés ensemble. Une pensée particulière à Eline qui a embelli ces deux dernières années.

Elise et Valentine, sans qui rien ne serait pareil.

Mes parents, mon frère et ma sœur, pour leur soutien sans faille et leurs encouragements.

Emilio, pour son amour et de toujours croire en moi.

Table des matières

Introduction	1
Première partie : Revue de littérature.....	3
I. INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE : GÉNÉRALITÉS.....	4
1. Définition.....	4
2. Historique	4
3. Cadre législatif en France	5
4. Droit humain.....	7
5. Recommandations	8
6. L'IVG en pratique	8
6.1 Complications	10
6.2 Délai de réflexion	10
6.3 Entretien psycho-social.....	11
6.4 Patient mineure	11
7. Épidémiologie	11
7.1 Monde	11
7.2 France	12
8. Offre de soins en France.....	13
II. PLACE DE LA SAGE-FEMME.....	14
1. Histoire de la sage-femme et de l'avortement.....	14
2. Connaissances	17
2.1 Formation initiale.....	17
2.2 Formation continue	18
3. Déterminants	18
3.1 Favorables.....	18
3.2 Défavorables.....	18
3.2.1 Double clause de conscience.....	18
3.2.2 Contexte d'exercice.....	19
3.2.3 Limites du champ de compétence des sages-femmes	19
4. Élargissement des compétences orthogéniques.....	20
Deuxième partie : Présentation de l'étude et des résultats	21
I. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE.....	22
1. Problématique.....	22
2. Choix du sujet et intérêt du mémoire	22
3. But et objectifs.....	22
4. Hypothèses	23

5.	Méthodologie de recherche	23
5.1	Type de recherche	23
5.2	Choix de la population d'étude.....	23
5.3	Critères d'inclusion.....	24
5.4	Critères de non-inclusion.....	24
5.5	Critère d'exclusion.....	24
5.6	Modalités d'échantillonnage.....	24
5.7	Outil de recherche.....	25
5.8	Modalités de réalisation de l'enquête	25
6.	Méthode d'analyse statistique des données.....	25
II.	RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE.....	25
1.	Caractéristiques de la population étudiée	25
1.1	Sexe.....	25
1.2	Âge.....	26
1.3	Année d'obtention du diplôme	26
1.4	Département d'exercice	26
1.5	Secteur d'exercice.....	27
1.5.1	Maternité	27
2.	Formation	28
2.1	Formation initiale.....	28
2.2	Formation continue	29
3.	Connaissances	29
3.1	Délai légal.....	29
3.2	Entretien psycho-social.....	30
3.3	Délai de réflexion	31
3.4	Compétence pour les sages-femmes.....	31
3.5	Consultation pré-IVG	32
3.6	Consultation post-IVG.....	32
3.7	IVGM à domicile.....	33
3.8	Conséquences d'une IVG sur la vie génésique des femmes.....	33
3.9	Limites de la prise en soins par les sages-femmes.....	34
3.10	Qualification des connaissances	34
4.	Pratiques	35
4.1	Prise en soins passée	35
4.2	Prise en soins actuelle	35
4.3	Satisfaction	36
5.	Conception du métier déterminant l'implication dans l'IVGM	37
5.1	Place de la sage-femme.....	37

5.2	Rôle de la sage-femme.....	38
5.3	Motivations	38
5.4	Freins	39
5.5	Physiologie ou pathologie de la vie reproductive des femmes	40
6.	Élargissement des compétences orthogéniques.....	40
Troisième partie : Analyse et discussion des résultats.....		41
I.	ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	42
1.	Année de diplôme et implication dans la pratique de l'IVG	42
1.1	Année de diplôme et formation reçue.....	42
1.2	Connaissances des sages-femmes sur l'IVG et année de diplôme	43
1.3	Qualification des connaissances sur l'IVG et année de diplôme	44
1.4	Prise en soins actuelle et année de diplôme	45
2.	Mode d'exercice et prises en soins des IVGM	46
2.1	Moteurs à la pratique de l'IVGM et mode d'exercice	46
2.2	Freins à la pratique de l'IVGM et mode d'exercice	47
2.3	Prise en soins et mode d'exercice	48
3.	Considération de l'orthogénie par les sages-femmes	49
3.1	Enseignement reçu chez les sages-femmes ayant une formation complémentaire	49
3.2	Raisons de la satisfaction de la prise en soins des sages-femmes et pratique actuelle	50
3.3	Place de la sage-femme dans la prise en soins de l'IVG	51
3.4	Qualification du rôle de la sage-femme dans l'IVGM	52
3.5	Physiologie ou pathologie de la vie reproductive des femmes	53
3.6	Élargissement des compétences orthogéniques	54
II.	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	55
1.	Les forces	55
2.	Les limites	55
III.	PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES.....	56
1.	Renforcement de la formation initiale	56
2.	Débat (re)fondeur autour de la profession	56
3.	Implication des sages-femmes dans l'offre de soins orthogénique	57
Conclusion		58
Références bibliographiques.....		61
Annexe		70

ABRÉVIATIONS

ANSFO : Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes

ATCD : Antécédent(s)

CNGOF : Conseil National des Gynécologues Obstétriciens de France

CNP-SF : Conseil National Professionnel des Sages-Femmes

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

CNSF : Collège National des Sages-Femmes

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSS : Centre de Santé Sexuelle

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

DU : Diplôme(s) Universitaire(s)

EPS : Entretien Psycho-Social

ES : Établissement(s) de Santé

GNP : Grossesse(s) Non Prévue(s)

HAS : Haute Autorité de Santé

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

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IST : Infection(s) Sexuellement Transmissible(s)

IVG : Interruption(s) Volontaire(s) de Grossesse

IVGM : Interruption(s) Volontaire(s) de Grossesse par voie Médicamenteuse

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SA : Semaine(s) d'Aménorrhée

SF : Sage(s)-Femme(s)

SFMA : Société Française de Maïeutique

SG : Semaine(s) de Grossesse

Introduction

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) fut dépénalisée en 1975 (1), en France. Depuis, son accès tend à être facilité. Pourtant, les femmes en demande d'IVG se confrontent, encore parfois, à des parcours complexes.

La part des IVG par méthode médicamenteuse n'a fait qu'augmenter ces dernières années pour représenter, en 2021, 76% des interruptions volontaires de grossesse totales. (2)

Depuis 2016, grâce à la loi de modernisation de notre système de santé : les sages-femmes (SF) sont habilitées à prendre en soins les interruptions volontaires de grossesses par voie médicamenteuse (IVGM), en ville ou en établissement de santé. (3)

Néanmoins, bien qu'elles aient la compétence pour pratiquer ce soin, une partie des sages-femmes ne le réalise pas. De plus, sont constatées des difficultés d'accès à l'IVG par les patientes sur le territoire, résultant du manque de praticien.ne.s, entraînant alors un défaut de prise en soins. (4)

Il serait intéressant de participer à l'amélioration de la prise en soins de l'IVGM par les sages-femmes. Nous allons alors les interroger sur leurs connaissances ainsi que leurs pratiques concernant l'IVGM. Un des objectifs étant d'identifier les déterminants à la prise en soins de cet acte, ou non, par ces praticiennes.

Dans un premier temps, après avoir contextualisé historiquement et légalement l'avortement, nous détaillerons les recommandations, l'épidémiologie et l'offre de soins actuelles relatives à l'IVG en France.

Aussi, nous nous intéresserons plus précisément au lien entre la profession sage-femme et l'avortement, d'hier à aujourd'hui.

Dans un second temps, nous expliquerons les modalités de réalisation de notre étude et présenterons nos résultats.

Dans un troisième temps, nous analyserons et discuterons les résultats obtenus. Enfin, nous pourrions alors proposer diverses perspectives d'amélioration.

Première partie :
Revue de
littérature

I. INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE : GÉNÉRALITÉS

1. Définition

L'IVG est l'aboutissement du choix que fait une femme d'arrêter une grossesse qu'elle ne souhaite pas poursuivre. Actuellement, sa pratique en France, est le résultat de nombreux remaniements au fil du temps.

2. Historique

Depuis toujours et dans toutes les populations, la question de l'avortement a fait débat. De très anciens textes interdisaient déjà l'avortement comme le code Hammourabi (1750 avant Jésus-Christ) (5) ou encore des politiques de contrôle de la fécondité des femmes dans l'antiquité. (6) Partout dans le monde, la religion, prohibant totalement l'avortement, avait une forte prégnance. En France, sous Napoléon 1^{er}, le code pénal de 1810, dans l'article 317 décrivait l'avortement comme un crime et punissait la femme avortée mais également le ou les tiers l'ayant accompagnée. (7) (8)

Malgré les textes et lois interdisant l'avortement, en Occident, les femmes tentaient, par divers procédés, d'arrêter une grossesse non désirée. (9) Ayant alors recours à différentes méthodes, chimique (ingestion de plantes abortives ou de produits toxiques tel que détergent, vinaigre, eau oxygénée) ou mécanique (aiguille à tricoter, cintre, épi de blé) dans des conditions plus ou moins hygiéniques, rendant cet acte dangereux. (10) C'est alors qu'en 1920, après les pertes humaines dues à la première guerre mondiale, les dirigeants français, souhaitant voir la population et le nombre de soldats augmenter, votèrent, le 31 juillet, une loi réprimant l'incitation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle, dans le but d'augmenter le taux de natalité. (11) Cette nouvelle répression, privant les femmes d'avorter dans des conditions sûres, les accula alors, à le faire de façon clandestine mettant leur vie en danger. Certaines le faisaient seules, d'autres étaient accompagnées de « *faiseuses d'ange* » qui introduisaient une sonde au niveau du col de l'utérus en injectant parfois un produit toxique afin de déclencher une infection puis une fausse couche. (10) La femme se rendait alors en urgence à l'hôpital pour subir un curetage. Ce dernier était réalisé sans anesthésie, car on enseignait aux jeunes médecins à distinguer une fausse couche spontanée d'un avortement dit « *criminel* » dans le but de punir ces femmes. (10) (12)

Dans la même optique de repeuplement du pays, en 1942, la France érigea l'avortement en crime d'Etat, susceptible de peine de mort pour toute personne y ayant eu recours ou l'ayant pratiqué. (8) Ce n'est qu'en 1956 que les choses commencèrent

à évoluer grâce à une association créée par Marie-Andrée Lagroua Weil-Hallé¹, défendant le droit au contrôle des naissances, à l'encontre de la loi de 1920, et prodiguant des conseils sur la contraception. Ce fut la Maternité Heureuse qui devint le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) en 1960. (13) 7 ans plus tard la loi Neuwirth fut votée, légalisant la contraception sous prescription médicale (14), loi correctement appliquée seulement 4 ans après. (15) Cette période fut marquée par un fort mouvement libérateur pour les femmes, notamment avec mai 1968. En 1971, fut publié, par le journal le Nouvel Observateur, « *Le manifeste des 343* » impulsé par Simone Iff², correspondant à une liste de femmes, connues ou inconnues, déclarant avoir eu recours à l'avortement et demandant sa dépénalisation. (16) Cette publication, perçue dans un premier temps comme un scandale, permit d'installer ce sujet tabou au centre du débat politique. La demande de dépénalisation de l'avortement pour qu'il ne soit ni clandestin, ni réalisé dans de mauvaises conditions, fut soutenu par de nombreux mouvements : « *Choisir la cause des femmes* » fondée par Gisèle Halimi³ et Simone de Beauvoir⁴ en 1971 (17), plaidant la dépénalisation de l'avortement ; ainsi que le Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception (MLAC) (1973), revendiquant la réalisation d'avortements illégaux via la méthode Karman (méthode d'aspiration du contenu utérin) et l'accompagnement des femmes dans les pays étrangers autorisant déjà l'IVG (ex : Angleterre ou Pays-Bas). (18) A la même période, éclata le procès de Bobigny, concernant une jeune fille de 16 ans poursuivie pour avoir avorté à la suite d'un viol. Défendue par Gisèle Halimi, elle sera relaxée. Véritable procès politique, il permit ainsi d'appuyer le combat des femmes pour l'avortement. (19)

3. Cadre législatif en France

Bien qu'elles soient les premières concernées, les femmes ont toujours dû se soumettre à des lois n'émanant pas d'elles. Dans une société patriarcale sans représentation féminine en politique et très peu de droits pour les femmes, l'interdiction de l'avortement a persisté. Ce n'est qu'en 1975, grâce à la loi portée par Simone Veil⁵, que la dépénalisation de l'IVG fut votée. (1)

¹Marie-Andrée Lagroua Weil-Hallé (1916-1994) ; gynécologue française.

²Simone Iff (1924-2024) : présidente du MFPF (1973-1979).

³Gisèle Halimi (1927-2020) ; avocate, militante féministe et femme politique.

⁴Simone De Beauvoir (1908-1986) ; philosophe, écrivain et théoricienne du féminisme.

⁵Simone Veil (1927-2017) ; femme politique française, ministre de la Santé (1974-1979).

Néanmoins, des conditions s'imposaient, l'IVG devait être réalisée par un médecin en établissement de santé (ES), avant la fin de la dixième semaine de grossesse (SG) et seulement si la femme était considérée en situation de détresse. De plus, un délai de réflexion de 7 jours était imposé. S'ajoutaient des contraintes organisationnelles et matérielles : manque de centres d'accueil et de médecins formés ou volontaires. (4) Les femmes étaient également confrontées à la virulence de la population anti-avortement, en effet de nombreuses attaques ont eu lieu dans les centres d'IVG, envers elles et le personnel soignant. (20) Aujourd'hui encore, les femmes sont confrontées à la communication de collectifs anti-avortement, sous forme de sites internet dissuasifs comme le montre le rapport du Haut Conseil de l'Egalité entre les hommes et les femmes (HCE) en 2013. (21)

La loi Veil, adoptée dans un premier temps pour 5 ans, fut finalement reconduite sans limite de temps. Puis les dirigeants se positionnèrent en faveur de l'avortement en créant de nouvelles dispositions législatives facilitant l'accès à l'IVG :

- la loi Roudy en 1981 instaurant le remboursement à 75% par la Sécurité Sociale ainsi que la création d'un centre d'IVG dans tous les établissements publics de soins (22) ;
- l'autorisation de mise sur le marché du RU486 (mifépristone) en 1988 (23) permettant les IVGM ;
- le délit d'entrave à l'IVG en 1993 correspondant au « *fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption volontaire de grossesse* » (24) ;
- la loi Aubry-Guigou en 2001 rallongeant le délai légal de 10 à 12 SG, soit 14 semaines d'aménorrhées (SA) ; incluant la possibilité, pour les mineures, d'avoir accès gratuitement à l'IVG, sans autorisation parentale et rendant facultatif l'entretien psycho-social (EPS) pour les majeures. (25)

La facilité d'accès pour toutes se poursuivit :

- la possibilité pour les médecins de ville de prendre en charge les IVGM jusqu'à 7 SA, élargissant l'offre de soin, en 2004, suite au décret d'application de la loi de 2001 relative à l'IVG (26) ;
- le remboursement intégral de l'IVG en 2013 faisant suite à la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 (27) ;
- la suppression de la notion de détresse par la loi de 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes (27) ;

- la possibilité pour les sages-femmes de pratiquer les IVGM (3), ainsi que la suppression du délai de réflexion d'une semaine et l'autorisation des IVG instrumentales en centre de santé par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 (28) ;
- le renforcement du délit d'entrave à l'IVG en 2017, en l'élargissant aux formes numériques, punissable alors de 2 ans de prison et de 30 000 euros d'amende. (29)

Aujourd'hui encore, l'IVG fait débat. En mars 2022 la loi visant à renforcer le droit à l'avortement en facilite l'accès, notamment en allongeant de deux semaines le délai légal, soit 16 SA, en pérennisant les IVGM en ville jusqu'à 9 SA (dérogation introduite suite à la pandémie de la Covid-19) et en rajoutant l'IVG instrumentale aux compétences des sages-femmes. (30) Dans la proposition de loi, la suppression de la double clause de conscience spécifique à l'IVG, potentiel frein à son accès, n'a pas été retenue. (31)

4. Droit humain

Le droit à la contraception ainsi que le droit à l'avortement sont des droits humains, pour lesquels les femmes se sont battues afin d'être libres et seules décisionnaires concernant leur corps. Presque 50 ans après la dépénalisation de l'IVG en France, certains courants politiques actuels ont plaidé pour l'inscription du droit à l'IVG dans la Constitution. En février 2023, le Sénat a voté favorablement la loi Panot, avec la substitution du mot « *droit* » par le mot « *liberté* » (32), compromis amené par l'amendement de Philippe Bas, ancien collaborateur de Simone Veil. (33) Le 8 mars 2023, le président E. Macron, lors de son hommage national à Gisèle Halimi, y a donné suite par une velléité de projet de loi. (34)

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le fait de priver les femmes de soins de qualité en matière d'avortement serait une violation de plusieurs droits humains, comme celui de l'autonomie corporelle, des droits sexuels, du libre consentement ou encore des droits à la vie privée. (35) Le caractère essentiel de ce droit est incontestable. Pour bénéficier de ce droit fondamental, il est indispensable que les femmes puissent avoir accès facilement à cette pratique, dans les meilleures conditions, avec la garantie d'une sécurité médicale optimale. Ces critères constituent un enjeu majeur de santé publique.

5. Recommandations

L'IVG n'est pas seulement réglementée par un cadre législatif, elle est aussi soumise à des recommandations médicales rédigées par diverses organisations de santé. Au niveau international, l'OMS émet, via l'Abortion Care Guideline, en mars 2022, plus de 50 recommandations pour la pratique clinique, la fourniture de soins de santé. En effet, pour l'OMS : *« L'avortement est une intervention simple et extrêmement sûre lorsqu'elle est pratiquée selon une méthode recommandée par l'OMS, adaptée à la durée de la grossesse et quand la personne pratiquant l'avortement a les compétences nécessaires. »* (36)

Au niveau national français, la Haute Autorité de Santé (HAS), déclare que toute femme souhaitant recourir à une IVG doit recevoir une information éclairée afin de disposer de tous les éléments pour choisir la méthode médicamenteuse ou instrumentale ; et précise que ce choix est déterminé par trois éléments : *« le stade de la grossesse, l'offre de soins disponible et les préférences de la femme »*. (37) En 2021, pour s'adapter à la réalisation des IVGM en ville jusqu'à 9 SA, la HAS publie les nouvelles recommandations pour réaliser l'IVG par voie médicamenteuse jusqu'à 9 SA, et au-delà, d'avoir recours à la méthode instrumentale. (37)

Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) recommande, quel que soit le terme de la grossesse, que le choix de la méthode revienne à la patiente. *« L'acceptabilité de la méthode et la satisfaction des femmes semblent plus grandes lorsque celles-ci sont en mesure de choisir la méthode d'IVG. »* (38) Mais cela reste encore disparate selon les régions et les établissements. La loi de mars 2022 rallongeant le délai jusqu'à 16SA, étant récente, les recommandations de la HAS ou du CNGOF, en conséquence, sont encore attendues.

6. L'IVG en pratique

L'IVG est marquée par différentes étapes pour la patiente, une première consultation pré-IVG, de rencontre d'un médecin ou d'une sage-femme lui expliquant les méthodes existantes, les modalités, les effets attendus et indésirables. C'est un temps d'échange. Lors de cette consultation, le professionnel s'assure de réaliser une anamnèse complète afin d'identifier les contre-indications possibles à une des méthodes. Il se doit également de repérer toute situation de violences, de discuter de la contraception ainsi que de proposer un dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST). Puis il calcule, à l'aide de la date des dernières règles, le début

de la grossesse et estime l'âge gestationnel, soit par un dosage des β HCG sanguins (hormone sécrétée par le placenta en début de grossesse) soit par la prescription ou la réalisation d'une échographie de datation. Le professionnel devra également s'assurer de la détermination du groupe sanguin rhésus de la patiente afin de pouvoir réaliser la prévention de l'allo-immunisation fœtale. (39) Dans ce même temps il remet à la patiente le dossier guide regroupant toutes les informations relatives à l'IVG. (40)

Le deuxième rendez-vous est un temps où les protagonistes peuvent revenir sur leurs premiers échanges. La patiente confirme alors sa demande d'IVG et son choix de méthode. Le professionnel explique le protocole, les indications de consultation d'urgence et prescrit des antalgiques afin de prévenir et de pallier la douleur. (40) Ces deux premiers rendez-vous peuvent s'enchaîner. (39) (41)

L'étape suivante est la réalisation de l'IVG. Si la méthode est médicamenteuse, la patiente peut opter, avec certains critères à respecter, de la réaliser à domicile. Dans ce cas de figure, d'après l'article R2212-14 du code de la Santé Publique, la patiente doit pouvoir se rendre dans l'établissement de santé signataire de la convention dans un délai d'une heure (42). Elle doit être également accompagnée par une personne de confiance le jour de la prise des médicaments expulsifs. Le professionnel de santé doit s'assurer de la bonne compréhension du protocole. (43) Si l'IVG se déroule en établissement de santé, la patiente sera hospitalisée une journée pour la prise des médicaments expulsifs et sortira accompagnée. Quel que soit le lieu de réalisation de l'IVG, le protocole médicamenteux est le même. Ainsi, la HAS recommande la prise de 200mg de mifépristone visant à arrêter le processus hormonal de la grossesse, suivi 24 à 48 heures après, par la prise de misoprostol visant à l'expulsion du contenu utérin, à la dose de 400 μ g avant 7SA ou 800 μ g entre 7 et 9SA. (39) En cas d'échec de la méthode médicamenteuse, la prise en soins sera instrumentale.

Si la méthode choisie est instrumentale, cette dernière peut être réalisée en établissement de santé ou en centre de santé conventionné. Il existe deux types d'anesthésie, générale ou locale, selon le choix de la patiente et selon l'offre de la structure d'accueil. Selon certains protocoles, une dilatation du col est réalisée en amont de l'intervention, soit chimiquement via des médicaments soit mécaniquement avec des dilateurs cervico-utérins. L'intervention est rapide et consiste en l'aspiration du contenu utérin. (40)

Enfin, une consultation de contrôle est obligatoire 2 à 3 semaines post-abortum pour s'assurer de la réussite de la méthode, pour discuter du vécu physique et psychologique, pour refaire le point sur la contraception (si souhaitée) et proposer un suivi gynécologique. (40)

6.1 Complications

Les professionnels rencontrant des patientes en parcours d'IVG se doivent notamment de les éclairer face aux fausses croyances pouvant générer des craintes. Dans certains esprits est restée l'idée que l'avortement comporte des conséquences néfastes pour la femme. En effet, lorsque l'IVG n'est pas réalisée de façon sécurisée, les femmes mettent leur vie en danger. C'était le cas en France, avant la légalisation et l'est toujours dans les pays réprimant l'avortement. En effet, les méthodes mécaniques archaïques, telle que l'introduction intra-utérine de matériel sont plus à risque d'infection et de perforation. (10) Cette idée que l'avortement fait courir des risques sanitaires aux femmes est un argument pour les politiques anti-IVG mais aussi pour les associations « *pro-vie* », effrayant et culpabilisant les femmes. (21)(44) Malgré la réglementation de l'acte certaines fausses idées sont encore véhiculées, comme le fait que l'IVG pourrait rendre infertile, augmenterait le risque de cancer du sein, de grossesse extra-utérine, de fausse couche spontanée, de menace d'accouchement prématuré ou d'anomalie placentaire pour une future grossesse. De nombreuses études scientifiques ont été réalisées permettant d'exclure l'IVG comme précurseur de ces diverses complications. (45)

6.2 Délai de réflexion

Depuis la dépénalisation de l'avortement, le délai de réflexion s'est vu discuté et modifié. En effet, la légalisation de l'IVG de 1975, incluait un délai légal de réflexion d'une semaine entre la demande et la réalisation de l'acte ; pouvant parfois retarder la prise en soins. D'une part, certaines grossesses déjà avancées ne pouvaient être prolongées d'une semaine face au délai légal. (46) D'autre part, l'offre de soins insuffisante, différerait l'accès à plus d'une semaine. De plus, l'existence même d'un délai imposé de réflexion, revêt un aspect infantilisant, induisant que la femme n'aurait pas - suffisamment - réfléchi. (46) Une femme en demande d'IVG, recevant les informations éclairées nécessaires à sa réalisation, est apte à confirmer cette demande.

Le professionnel formé doit donc pouvoir répondre à cette dernière ou réorienter la patiente. L'année 2016 voit la suppression de ce délai de réflexion pour les patientes majeures et la diminution à 48 heures, entre l'entretien psycho-social et la consultation pré-IVG, pour les mineures. (28) La loi de mars 2022 facilitant l'accès à l'IVG supprime tout délai de réflexion. (47)

6.3 Entretien psycho-social

L'entretien psycho-social existe lui aussi depuis la loi de dépénalisation de l'avortement. Il a longtemps été imbriqué au délai de réflexion obligatoire. Il reste désormais, systématiquement, à proposer à toutes et obligatoire pour les mineures. (48) Il permet d'offrir un accompagnement psycho-social adapté. Cet entretien peut être réalisé par un professionnel possédant une formation spécifique en conseil conjugal. (49)

6.4 Patiente mineure

Actuellement dans certains pays, les femmes ne sont pas estimées comme décisionnaires dans de nombreux domaines, y compris celui de leur propre vie génésique. Les femmes mineures sont d'autant plus concernées par cette tutellisation : une jeune fille ne serait pas apte à ce choix mais serait néanmoins capable d'être mère.

L'émancipation des femmes et la levée de nombreux tabous ont permis aux mineures de voir aussi leur accès à l'IVG facilité. Aux prémices de la loi, les mineures devaient être accompagnées d'un représentant de l'autorité parentale. Sans quoi, certaines étaient alors contraintes de poursuivre la grossesse et de la cacher prenant le risque de dépasser le délai légal, pouvant entraîner une réelle maltraitance physique ou psychique. (50) Depuis la loi Aubry-Guigou de 2001, relative à l'IVG, les mineures doivent être seulement accompagnées d'une personne majeure de leur choix. (25)

7. **Épidémiologie**

7.1 Monde

Au niveau mondial, entre 2010 et 2014, 55,7 millions d'avortements par an ont été pratiqués dont 45% de manière non sécurisée. (51) En 2017, une femme est morte toutes les 9 minutes d'un avortement clandestin. (52) D'après l'OMS, un avortement non sécurisé correspond à « *une interruption de grossesse pratiquée par des personnes non qualifiées ou dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou les deux* ». (53)

Le nombre d'IVG recensées dans le monde serait en augmentation avec une moyenne de 73,3 millions par an entre 2015-2019. (54) Ce chiffre est une estimation puisque les avortements clandestins sont difficilement révélabes.

Aujourd'hui encore, le monde est marqué par de grandes disparités concernant l'avortement, parmi les premiers pays ayant légalisé l'avortement on retrouve la Russie (1920), la Pologne (1956), le Danemark (1973) ou encore la Suède (1974). Certains pays n'ont autorisé l'avortement que très récemment : Irlande en 2018, Nouvelle-Zélande en 2020, Thaïlande en 2021 et Colombie en 2022. (55) Aujourd'hui encore, l'IVG reste totalement interdit dans de nombreuses régions tel qu'en Amérique du Sud (ex : Nicaragua, République Dominicaine, Haïti) ; mais aussi en Afrique (ex : Congo, Comores, Madagascar, Sénégal) ou encore en Europe (ex : Malte, Andorre). D'autres gardent des conditions d'avortement très restrictives telles que : viol, inceste ou encore existence d'une malformation fœtale. (56) Dans certains pays bien que l'IVG soit autorisée, les femmes rencontrent d'autres freins, à l'instar de l'Italie où 70% des médecins appliquent leur clause de conscience et refusent de pratiquer l'acte. (57) Certains pays ayant légalisé l'avortement reviennent sur leur loi pour finalement restreindre l'accès comme la Pologne en 2020 mais aussi les États-Unis en 2022 où, après avoir révoqué l'arrêt Roe vs. Wade⁶ de la Cour Supreme, plus de la moitié des états ont instauré de nombreuses règles restrictives pour limiter l'accès à ce soin. (58) L'avortement s'est de tout temps pratiqué, du fait du choix des femmes, quelles qu'en soient les conditions. Il est donc primordial que cet acte soit réalisé de façon sécuritaire et que sa légalisation et son accès soit considérés comme des thématiques de santé publique.

7.2 France

En France, depuis une vingtaine d'années, le taux d'IVG est stable autour de 220 000 par an mais on observe tout de même un pic en 2019 avec plus de 232 000 IVG, taux le plus élevé depuis 30 ans. Puis on observe une diminution en 2020, expliquée par la crise sanitaire de la Covid-19. (59) (60) Notre pays est marqué par le paradoxe d'une stabilité du nombre d'IVG malgré un accès à la contraception féminine tendant à être facilitée.

⁶Arrêt Roe vs. Wade (1973) : arrêt rendu par la Cour Suprême des États-Unis reconnaissant le droit des femmes à avorter.

Actuellement, on estime la couverture contraceptive féminine à presque 70% en 2016 versus 52% en 1978 pour les méthodes médicales (méthodes hormonales et dispositif intra-utérin) ; engendrant donc une diminution des grossesses non prévues (GNP). (61) La stabilité du nombre d'IVG s'explique alors par le fait que la population actuelle a plus recours à l'IVG en cas de GNP. En effet, actuellement 6 grossesses sur 10 sont interrompues versus 4 sur 10 en 1975. (62) Désormais, une femme sur 3 a recours à l'IVG durant sa vie. (63)

Par ailleurs, on constate une forte hausse de la méthode médicamenteuse, par rapport à la méthode instrumentale, représentant 76% des IVG en 2021 versus 30% en 2001 (2) : en 20 ans les taux se sont inversés. Ce phénomène est le résultat :

- du choix des femmes ;
- des modifications de la loi relative à l'avortement médicamenteux : l'autorisant hors établissement de santé, l'ajoutant aux compétences des sages-femmes et étendant son délai légal de réalisation en ville ;
- des avantages d'un point de vue organisationnel ne nécessitant pas de bloc opératoire ni d'anesthésiste, d'après le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2009 sur la prise en charge de l'IVG (64) ;
- du désintérêt ou de la clause de conscience de nombreux.ses praticien.ne.s diminuant alors massivement l'IVG instrumentale, également d'après le rapport de l'IGAS de 2009 (64).

8. Offre de soins en France

L'évolution législative a permis la mise en place de dispositions facilitant l'accès à l'IVG. Tel que la suppression du délai de réflexion, l'allongement du délai légal ou encore le remboursement à 100% par la sécurité sociale. Pourtant l'accès à l'IVG dans les territoires reste limité et le parcours des patientes demeure complexe.

Malgré les recommandations de la HAS préconisant un délai de 5 jours (65) pour l'obtention d'un rendez-vous en vue d'une IVG, la moyenne française est de 7,4 jours. Délai, selon les régions, pouvant s'étendre jusqu'à 11 jours (63) (66), engendrant des retards de prise en soins. Ces délais s'expliquent notamment par la fermeture de centres d'orthogénie. Selon le planning familial, environ 130 centres ont fermé leurs portes ces quinze dernières années. Les patientes sont alors parfois contraintes de changer de département pour accéder à une IVG. (67) On constate aussi un manque

d'implication de certains professionnels de santé, soit par difficulté organisationnelle (conventionnement, organisation de service), par clause de conscience ou encore par manque de formation. Dans son rapport, l'IGAS déclare :

L'organisation des études médicales réserve une place limitée à la question de l'IVG, laquelle est essentiellement abordée sous l'angle de la pathologie et des complications, que la majorité des praticiens rencontreront très rarement, alors qu'ils n'auront pas été préparés à l'accueil, l'écoute et la prise en charge des femmes demandeuses d'IVG, à l'explication des différentes méthodes, et que très peu d'entre eux auront eu l'occasion de se former à la pratique des actes eux-mêmes. (64)

De plus, l'orthogénie serait une activité de « faible attractivité » ce qui se traduirait par un désintérêt des professionnels de santé, n'offrant pas de remplacement pour la génération « militante » ayant connue la lutte pour la dépénalisation de l'avortement. (64) En parallèle, le HCE alerte depuis 2013 quant au manque de personnel impliqué en orthogénie. (68) Enfin, l'offre de soin en matière d'orthogénie est, comme toute autre, marquée par une diminution lors de la période estivale. (69) C'est pourquoi il est primordial d'améliorer les conditions d'accès à l'IVG notamment en favorisant la pratique de cet acte par les professionnel.le.s de santé autorisés tel que les sages-femmes.

II. PLACE DE LA SAGE-FEMME

1. Histoire de la sage-femme et de l'avortement

Au regard de ses diverses compétences le rôle de la sage-femme en matière d'orthogénie a beaucoup été discutée. Pourtant, cette professionnelle de santé a toujours eu une place privilégiée auprès des femmes. Souvent réduite à son strict rôle d'accoucheuse, elle a pourtant aussi été avorteuse. Pour mieux comprendre l'importance de la sage-femme auprès des femmes et sa légitimité à les accompagner tout au long de leur vie génésique, nous allons revenir à l'origine du métier de sage-femme.

Des traces de femmes accompagnant d'autres femmes lors des accouchements sont retrouvées dès l'ère paléolithique (40 000 avant Jésus-Christ), se basant sur leur propre expérience ou celle observée chez les mammifères. On retrouve dans de nombreuses cultures, différentes traditions autour de la naissance via des remèdes à base de plantes ou via des rites spirituels. (70) Dans l'antiquité, ces femmes qui prenaient soins d'autres femmes étaient respectées par tout le peuple grâce à leurs

connaissances et leurs prérogatives. Elles avaient déjà pu constater que certaines plantes pouvaient éviter une grossesse ou bien faire revenir les règles. Elles utilisaient des méthodes mécaniques à base de tissus, de plantes ou d'éponge insérés dans le vagin.(71) Ce fut l'émergence de la contraception et de l'avortement. La maternité et la reproduction était donc une histoire de femmes dans laquelle les hommes ne s'immisçaient pas. Ainsi, dans l'antiquité, des traces de sages-femmes appelées « *Obstetrix* », utilisant couramment des curettes, preuve d'actions abortives de l'époque, ont été retrouvées. (8)(72)

Au Moyen-Âge, on attribua à ces femmes le nom de « *matrones* », confidentes, accompagnant aussi bien la naissance que la contraception et les avortements. (73) Elles jouaient également un rôle au niveau religieux en pouvant réaliser, dans certains cas, le baptême des nouveau-nés. (74) Si, dans un premier temps elles furent considérées comme d'un grand soutien pour les femmes, la fabrication et l'utilisation de leurs propres remèdes firent d'elles ensuite des sorcières aux yeux de la société, pendues ou brûlées vives. (75) (76)

Au XVe siècle, l'État pointera du doigt les pratiques considérées comme dangereuses de ces accoucheuses sans formation et les tiendra pour responsables d'une partie de la mortalité maternelle et infantile. (73) L'Eglise, via le curé, choisira alors la matrone du village, devant respecter les principes de la religion, dénonçant les grossesses cachées et les femmes tentant d'avorter. Les accoucheuses furent alors mises au service des pouvoirs publics et religieux pour contrôler moralement et socialement la population. (75)

La dénomination de « *sage-femme* », du latin « *sapiens* » signifiant « *savoir, connaître* » se vulgarisa au siècle suivant. La sage-femme étant celle qui a des connaissances sur les femmes. (77) Elles se distinguèrent des matrones par leur formation théorique et pratique. Ainsi, dès 1630, les élèves sages-femmes réalisaient un stage de trois mois à l'Hôtel-Dieu à Paris. Toutefois, leur nombre était limité et concentré dans les grandes villes. (74)

Puis l'avancée des connaissances en médecine impacta toutes les disciplines, y compris l'obstétrique. Les médecins, étant des hommes, n'auscultèrent d'abord pas les femmes, puis s'approprièrent la place des sages-femmes. Ces dernières tombèrent alors sous leur tutelle, apportant leurs connaissances du corps féminin tout en perdant leurs prérogatives. (78)

A la fin du XIXe siècle, une grande majorité de la profession exerçait en ville, voyant son activité diminuer face à celle des médecins accoucheurs à l'hôpital. Ainsi, de nombreuses sages-femmes pratiquaient des avortements clandestins dans un but lucratif. Elles publiaient des annonces dans les journaux proposant ouvertement des adresses pour avorter. Elles étaient alors considérées comme des avorteuses de « *première ligne* ». (79) (80)

Au milieu du XXe siècle, se développe « *l'accouchement sans douleur* » et les conditions d'hygiène à l'hôpital sont améliorées. (81) La profession sage-femme va donc se rapprocher d'un exercice salarié en maternité, toujours sous la tutelle du médecin, perdant davantage en autonomie médicale mais gagnant en compétences psycho-sociales. C'est alors que les politiques anti-avortement se servent de leur place privilégiée auprès des femmes pour diffuser des idées en faveur de la maternité. (82)

Dans les années 60, elles doivent lutter pour continuer d'exercer leur rôle auprès des patientes. Puis la profession connaît un profond remaniement, grâce aux divers mouvements de 1968, les femmes exigeant une meilleure prise en soins générale et notamment lors de l'accouchement. (82) Les sages-femmes vont donc pouvoir réinvestir leur rôle d'accompagnante. Grâce aux différentes réformes concernant leur formation initiale et l'élargissement de leurs compétences, progressivement elles redeviennent des actrices majeures de la santé des femmes. En effet elles peuvent réaliser les consultations prénatales, les échographies obstétricales, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), les accouchements, la réfection d'épisiotomie ou encore la rééducation du périnée (82).

En 2007, une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) (83) constate que même si les médecins sont les seuls légalement autorisés à pratiquer les IVG, environ un tiers du personnel sont des sages-femmes. Consultation pré-IVG, entretiens psycho-sociaux et surveillance de l'IVG : 1600 sages-femmes sont intervenues, travaillant pour trois quarts sous délégation du médecin.

En 2009, l'IGAS déclarait que « *l'article de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) qui vise à autoriser les sages-femmes à réaliser des IVG médicamenteuses reviendra à légaliser des pratiques de fait.* » (64) La profession sage-femme va voir alors son champ de compétences s'élargir avec la possibilité de

réaliser le suivi gynécologique de prévention. La loi du 26 janvier 2016 (3) relatif à la modernisation de notre système de santé autorise les sages-femmes à prescrire et pratiquer les IVGM jusqu'à 9SA en établissement de santé et jusqu'à 7SA en ville. En 2020, la loi de financement de la sécurité sociale, autorise une expérimentation de trois ans de l'IVG instrumentale par les sages-femmes en établissement de santé. (84) En mars 2022 la loi visant à renforcer l'accès à l'avortement, portée par Albane Gaillot⁷, rajoute aux compétences des sages-femmes l'IVG instrumentale. (30)

Le métier de sage-femme ne s'est jamais résumé qu'à la pratique de l'accouchement. Même si une période a vu sa perte d'autonomie, il est actuellement en première ligne dans l'accompagnement global de la santé des femmes. L'IVG est une étape de la vie génésique des femmes. La sage-femme est tout à fait apte à la prendre en soins, assurant la sécurité et la santé sexuelle de ses patientes.

D'après le Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) la profession de sage-femme est « *médicale au service des besoins des femmes* ». (85) La sage-femme est impliquée dans la santé génésique et permet une réintégration de l'acte de l'IVG dans la sphère physiologique : en datant le début de la grossesse, en informant les patientes des modalités de l'IVG, en les accompagnant et en proposant un dépistage des IST, une contraception adaptée et un suivi gynécologique. (86)

Pour que cette prise en soins orthogénique soit optimale, il est indispensable que les sages-femmes bénéficient des connaissances médico-psycho-sociales théoriques et pratiques nécessaires.

2. Connaissances

2.1 Formation initiale

D'après le rapport du Sénat, sur la proposition de loi visant à faire évoluer la profession de sage-femme, il peut exister une disparité de formation car cette dernière est basée sur des arrêtés datant de 2011 et de 2013 ne prenant pas suffisamment en compte les évolutions de la profession. (87)

Depuis l'ajout en 2016 de cette nouvelle compétence, les écoles de sages-femmes ont complété le programme d'une formation théorique orthogénique. Certain.e.s étudiant.e.s peuvent bénéficier d'une formation pratique selon les lieux de stage fréquentés : centres de santé sexuelle ou activité libérale.

⁷Albane Gaillot : députée française (2017-2022), chargée de plaider au Planning Familial (2023).

Le rapport de l'IGAS de 2009 (64), concernant la prise en soins de l'IVG, formulait la recommandation suivante : « *Intégrer dans la formation initiale et les stages pour les professionnels en formation (internes, médecins généralistes, sages femmes, infirmières) un passage dans un centre d'IVG [...]* »

2.2 Formation continue

Concernant la formation continue, certaines sages-femmes ont la possibilité d'obtenir un diplôme universitaire (DU) complémentaire : régulation des naissances, sexologie, gynécologie, contraception et avortement, perfectionnement en orthogénie. (88) Mais ces DU ne sont pas toujours faciles d'accès car coûteux et chronophages.

3. **Déterminants**

3.1 Favorables

Nous avons pu voir à quel point l'histoire des sages-femmes est imbriquée à celle de l'avortement. Leur accompagnement des patientes est incontestable, dans chaque étape de leur vie génésique. Nous allons ensuite étudier les facteurs pouvant les motiver ou, au contraire, les freiner à la pratique de l'IVG.

Tout d'abord, la sage-femme se doit d'être en accord avec les organismes qui représentent sa profession. Le CNOSF déclare en 2020, dans un plaidoyer pour une pleine compétence des sages-femmes en orthogénie : « *la sage-femme accompagne les femmes dans leur grossesse quelle qu'en soit l'issue* » (85) De plus, la sage-femme peut être amenée à réaliser des IVG, en complément du suivi gynécologique de prévention acquis en 2009, en cohérence avec cet élargissement de compétences. Le fait que la profession soit à plus de 97% féminine (89) peut laisser présumer que la sage-femme se sente davantage concernée par les enjeux de l'orthogénie.

3.2 Défavorables

3.2.1 Double clause de conscience

Dans le domaine médical, la clause de conscience correspond au droit qu'a tout professionnel de santé à refuser de réaliser un acte, hors cas d'urgence, et ce, sans devoir apporter de justification. Cette clause ne passe pas devant l'obligation de soin, le professionnel devant informer le patient et l'orienter vers un autre praticien pouvant répondre à sa demande. (90) D'après l'article R.4127-328 du code de la santé publique, les sages-femmes ont le droit de faire valoir leur clause de conscience. C'est-à-dire

qu'« *une sage-femme a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. [...] Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins doit être assurée.* » (91) S'applique spécifiquement à l'IVG une possibilité de double clause de conscience, instaurée par la loi de 1975, compromis permettant sa légalisation. Près de 50 ans plus tard, cette double clause existe encore et a tendance à stigmatiser l'acte. La simple clause de conscience, décrite précédemment, pourrait suffire, selon diverses associations. (67)

3.2.2 Contexte d'exercice

Un facteur peut influencer les sages-femmes à s'impliquer dans l'orthogénie : leur lieu d'exercice. Effectivement, les possibilités de prise en soins en matière d'orthogénie sont différentes. La sage-femme libérale doit justifier « *d'une expérience professionnelle adaptée* » et signer une convention avec un établissement de santé pour réaliser les IVGM. (39) (41) De plus, la part des IVG réalisées en ville ne cessent d'augmenter depuis la crise sanitaire de la Covid-19. D'après la DREES, les IVG hors établissement sont au nombre de 76 609 en 2021, contre 62 158 en 2019, soit un tiers des IVG totaux (223 282 en 2021). (2) Cette augmentation s'explique également par la facilité d'accès et la possibilité de faire réaliser l'IVG par un.e professionnel.le de ville, connu.e de la patiente, apportant un caractère rassurant à la démarche.

Concernant les sages-femmes en établissement de santé, public ou privé, leur implication dépend beaucoup de l'organisation du centre ou elles exercent. Certains incluent les incluant dans la prise en soins, d'autres non. Dans son rapport en 2009, l'IGAS déclarait : « *Il est bien évident que la personnalité du chef de service, son acceptation ou son hostilité à l'activité d'IVG rejaillit sur l'ensemble de l'équipe.* » (64)

3.2.3 Limites du champ de compétence des sages-femmes

Il existe tout de même une limite au champ de compétence des sages-femmes en orthogénie. En cas de pathologie, de complications ou d'échec, les sages-femmes doivent orienter leur patiente vers un médecin, selon l'article L4151-1 du code de la santé publique :

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, sous réserve que

la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. (92)

4. Élargissement des compétences orthogéniques

Comme nous avons pu le voir, les sages-femmes font partie intégrante de la santé génésique des femmes. Même si leur autonomie s'est vue diminuée, réduite à la pratique de l'accouchement, depuis plus de 30 ans, elles redéveloppent progressivement leurs prérogatives. En effet, leurs compétences se sont accrues : prescription et mise en place de la contraception, suivi gynécologique de prévention, dépistage des cancers féminins, compétence à l'IVGM et instrumentale. Cette dernière étant encore au stade d'expérimentation, en cours dans 26 établissements de santé autorisés, dont un seul en Grand-Est : le Centre Hospitalier Simone Veil de Troyes (93) (94). D'après le CNOSF :

De par leur formation initiale, les sages-femmes ont une connaissance parfaite de la physiologie de la femme. La sage-femme est un personnel médical capable de réaliser les IVG instrumentales des femmes en bonne santé, dès lors qu'elle a suivi une formation complémentaire et répond à des qualifications professionnelles. (95)

Les compétences des sages-femmes tendent encore à se développer. Il serait cohérent d'impliquer davantage les sages-femmes en matière de santé sexuelle et reproductive. Notamment dans les centres de santé sexuelle et dans les établissements scolaires. D'autant que depuis 2018 les étudiant.e.s en santé, dont les étudiant.e.s sages-femmes, réalisent un service sanitaire, les sensibilisant alors à l'éducation et à la prévention en matière de santé. (96) De plus, en 2021, l'IGAS publie un rapport sur l'évolution de la profession de sage-femme et déclare qu'« *il apparaît également indispensable de prioriser les actions de prévention et redonner en cela une place prépondérante aux sages-femmes (...)* » (97)

Enfin, la possibilité d'assurer la première consultation précédant une stérilisation contraceptive féminine serait congruente à l'activité de suivi gynécologique. En effet, la sage-femme est tout à fait apte à délivrer une information complète afin de recueillir le consentement libre et éclairé d'une patiente, permettant alors de débiter le délai de réflexion obligatoire de 4 mois. Cette disposition permettrait alors de répondre à la demande des patientes et de faciliter leur parcours de soin.

A présent, nous allons, pour répondre à nos interrogations, présenter l'étude réalisée et les différents résultats obtenus.

Deuxième partie :
Présentation de
l'étude et des
résultats

I. PRESENTATION DE L'ÉTUDE

1. Problématique

Comme nous avons pu le voir précédemment, la part des IVG par voie médicamenteuses ne cesse d'augmenter depuis une vingtaine d'années. De plus, la nécessité que ces IVG soient réalisées de façon sécuritaire est indiscutable. Nous avons également pu constater que la sage-femme a toujours eu sa place auprès des femmes lors des avortements.

Malgré les différents moyens mis en œuvre pour faciliter l'accès à l'IVG, de fortes disparités subsistent sur le territoire français. Il est intéressant de connaître la place qu'occupent les sages-femmes dans la prise en soins des IVGM, ce qu'elles mettent en œuvre pour répondre à la demande et de s'interroger sur les raisons pour lesquelles les sages-femmes réalisent ou non l'IVGM afin de déterminer la pertinence de leur implication dans cette offre de soin.

C'est alors que se pose les questions de recherche suivantes : quelles sont les connaissances des sages-femmes sur l'IVGM ? Quelle place occupent-elles dans cette prise en soins et comment la pratiquent-elles ? Enfin, quels sont leurs déterminants à cette pratique ?

2. Choix du sujet et intérêt du mémoire

L'avortement est lié à l'histoire des sages-femmes. Pourtant, après les nombreux remaniements de la profession, cet acte a longtemps été éloigné de leur pratique. Grâce à l'évolution des lois et des compétences des sages-femmes, ces dernières ont de nouveau leur rôle à tenir dans cette offre de soin. Cette actualisation de compétence étant récente, la formation initiale a dû s'adapter et l'inclure dans le cursus actuel. De plus, il existe une grande hétérogénéité des pratiques d'un terrain de stage à l'autre, en libéral ou en établissement de santé. Ces observations ont donc motivé une réflexion autour des connaissances et des pratiques des sages-femmes sur l'IVGM.

3. But et objectifs

Le but de cette étude est de participer à l'amélioration de la prise en soins de l'IVGM par les sages-femmes : dans un premier temps il s'agit de réaliser un état des lieux de leurs connaissances et pratiques et d'en évaluer leur satisfaction.

Ensuite, il s'agit de les amener à se questionner sur leurs place et rôle vis-à-vis de cet acte et de les sensibiliser ainsi à leur légitimité dans ce domaine.

Pour ce travail, se définissent alors les objectifs suivants : l'identification des connaissances des sages-femmes sur l'IVGM, la description de leurs pratiques professionnelles et enfin la détermination de leurs freins et moteurs concernant cette compétence.

4. Hypothèses

- ❖ Les sages-femmes diplômées après 2016 sont plus impliquées dans la prise en soins de l'IVGM.
- ❖ Les sages-femmes travaillant en établissement de santé prennent plus en soins d'IVGM.
- ❖ Les sages-femmes considèrent que cette pratique n'est pas de leur domaine.

5. Méthodologie de recherche

5.1 Type de recherche

Pour répondre à la question de recherche, nous réalisons une étude observationnelle, quantitative à visée descriptive. Son caractère observationnel nous permet de faire simplement une constatation des pratiques sans les influencer. Le mode quantitatif permet d'interroger un nombre important de sujets afin de représenter au maximum la population étudiée. Enfin, le mode descriptif sera atteint après analyse et extraction des résultats.

5.2 Choix de la population d'étude

Les sages-femmes, quel que soit leur mode d'exercice, peuvent être amenées à rencontrer des patientes en demande d'IVG. Nous nous sommes donc intéressées aux deux terrains d'exercice y étant davantage confrontés : le libéral et les établissements de santé (publics ou privés). Nous avons souhaité interroger ces professionnelles réalisant ou non des IVGM afin de comparer les différents déterminants à cette prise en soins.

En France, en 2021, les IVGM ont représenté 76% des IVG totales, en établissement de santé la part d'IVGM est de 65% ; les IVG réalisées en cabinet de ville, en centre de santé ou en Centre de Santé Sexuelle (CSS) représentent plus d'une IVG sur trois. (2)

Quant aux sages-femmes libérales, elles ont réalisé 5 100 IVGM, soit 10% des IVG hors établissement et étaient 3,5%, soit un peu plus de 200 sages-femmes à être conventionnées, pour ce faire, avec un établissement de santé en 2018. (85)

5.3 Critères d'inclusion

- *Sages-femmes titulaires du diplôme d'Etat, nécessaire pour exercer ;*
- *Exerçant en établissement de santé public ou privé, de tout niveau, et/ou en libéral, en cohérence avec notre population cible ;*
- *Intervenant ou non dans la prise en soins des IVGM, pour comprendre les différents déterminants ;*
- *Dans la région Grand-Est, pour des raisons de faisabilité et d'éclairage sur notre territoire.*

5.4 Critères de non-inclusion

- *Sages-femmes : territoriales, des centres de santé sexuelle, coordinatrices et enseignantes ;* représentant une plus petite population ;
- *Sages-femmes retraitées, n'étant plus en activité ;*
- *Sages-femmes exerçant hors de la région Grand-Est, représentant alors une population trop importante et difficile à traiter.*

5.5 Critère d'exclusion

Les questionnaires partiellement remplis seront exclus car non interprétables.

5.6 Modalités d'échantillonnage

La population d'étude a été ciblée comme représentative à l'échelle nationale tout en permettant le traitement des données. Nous nous sommes alors limitées aux sages-femmes du Grand-Est, regroupant 10 départements : les Ardennes, l'Aube, la Marne, la Haute-Marne, la Meurthe-et-Moselle, la Meuse, la Moselle, le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et les Vosges.

D'après la DREES, dans le Grand-Est :

- au 1^{er} janvier 2022, 1953 sages-femmes sont concernées par notre étude, dont 493 en libéral, 1309 en établissement de santé et 151 en exercice mixte. (98)
- en 2021, un peu plus de 12 000 IVGM ont été réalisées en établissement de santé et près de 2 000 en cabinet de ville. (2)

5.7 Outil de recherche

L'étude a été menée via un questionnaire (*Annexe I*), élaboré en septembre 2022, composé de 40 questions courtes dont quelques-unes à réponses ouvertes. Ce type d'outil permet d'obtenir rapidement un grand nombre de réponses car facile de diffusion, sans contrainte temporelle pour les interrogés et permettant un traitement plus aisé des données. Néanmoins, cette diffusion de questionnaire présente les limites de ne pas être en contact direct avec les sondés et de ne pouvoir ajuster nos questions.

5.8 Modalités de réalisation de l'enquête

Le questionnaire a dans un premier temps été testé auprès d'un petit échantillon de sages-femmes afin d'en vérifier sa faisabilité. Puis il a été envoyé par courriel après une demande de diffusion aux coordinatrices des différents établissements de santé concernés transmettant à la population cible. Il a également été envoyé par courriel aux sages-femmes libérales après leur recensement sur le tableau de l'Ordre. Ce travail de recherche correspond à un état des lieux des pratiques professionnelles et ne nécessite donc pas d'autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP). Les participant.e.s ont été informés de l'anonymisation et de la confidentialité de leurs données. La diffusion du questionnaire a eu lieu entre octobre et décembre 2022.

6. **Méthode d'analyse statistique des données**

L'outil d'enquête a été créé grâce au logiciel Lime Survey® qui nous a permis d'extraire une base de données afin d'analyser les résultats et d'élaborer des graphiques sur le logiciel Microsoft Excel®. Aussi, nous avons importé cette base de données sur le logiciel Épi Info®, obtenant alors des valeurs statistiques.

II. **RESULTATS DE L'ENQUÊTE**

Nous avons récolté 225 questionnaires, dont 52 partiellement ou totalement incomplets, correspondant à un critère d'exclusion. Ainsi 173 questionnaires ont été conservés.

1. **Caractéristiques de la population étudiée**

1.1 Sexe

Parmi les 173 réponses à notre questionnaire, 95,38% (n=165) ont été rempli par des femmes, 2,31% (n=4) par des hommes et 2,31% (n=4) sans réponse.

1.2 Age

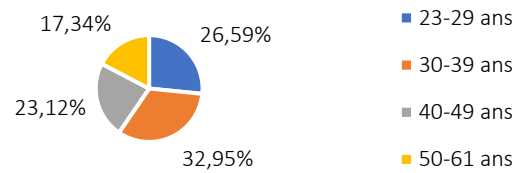


Figure 1. Répartition des SF selon leur âge.

L'âge de la population étudiée s'étend de 23 et à 61 ans. Nous avons divisé notre population en 4 tranches d'âge, nous retrouvons 26,59% (n=46) personnes de moins de 29 ans, 32,95% (n=57) personnes entre 30 et 39 ans, 23,12% (n=40) personnes entre 40 et 49 ans et 17,34% (n=30) personnes de plus de 50 ans.

1.3 Année d'obtention du diplôme

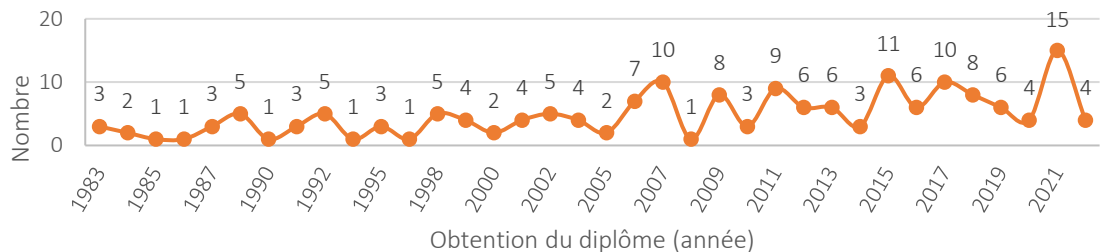


Figure 2. Répartition des SF selon l'année de leur diplôme.

L'année d'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme varie de 1983 à 2022. Une personne n'a pas mentionné son année de diplôme.

1.4 Département d'exercice

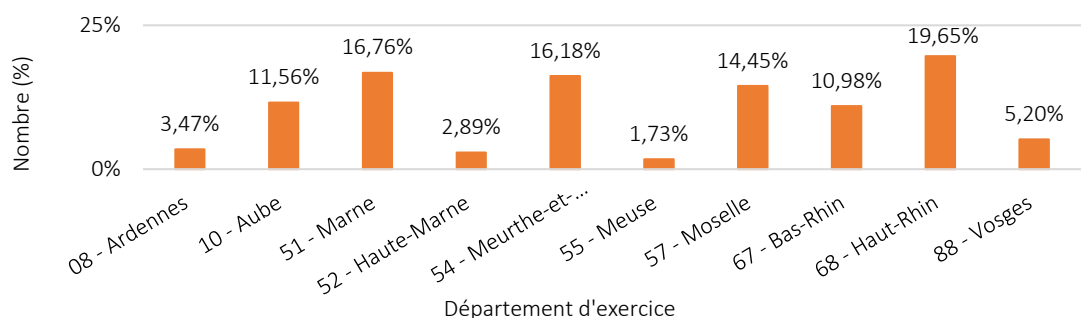


Figure 3. Répartition des SF selon leur département d'exercice.

Les sages-femmes de notre étude exercent dans les départements suivants : 3,47% (n=6) dans les Ardennes, 11,56% (n=20) dans l'Aube, 16,76% (n=29) dans la Marne, 2,89% (n=5) dans la Haute-Marne, 16,18% (n=28) en Meurthe-et-Moselle, 1,73% (n=3) dans la Meuse, 14,45% (n=25) en Moselle, 10,98% (n=19) dans le Bas-Rhin, 19,65% (n=34) dans le Haut-Rhin et 5,20% (n=9) dans les Vosges. Avec cinq sages-femmes exerçant dans deux départements simultanément.

1.5 Secteur d'exercice

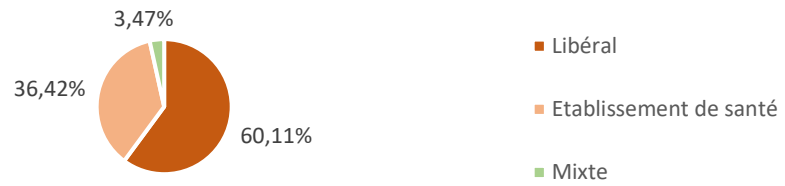


Figure 4. Répartition des SF selon leur secteur d'exercice.

Parmi les 173 réponses reçues, 60,11% (n=104) exercent en libéral, 36,42% (n=63) en établissement de santé, public ou privé et 3,47% (n=6) ont un exercice mixte.

1.5.1 Maternité

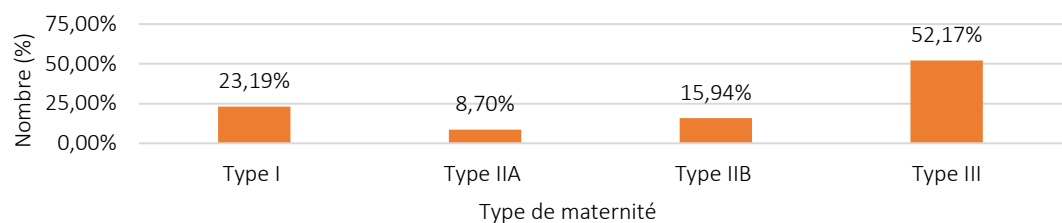


Figure 5. Répartition des SF selon le type de la maternité où elles exercent.

Parmi celles exerçant dans une maternité, les différents niveaux sont représentés selon la répartition suivante, 23,19% (n=16) en type I, 8,70% (n=6) en type IIA, 15,94% (n=11) en type IIB et 52,17% (n=36) en type III.

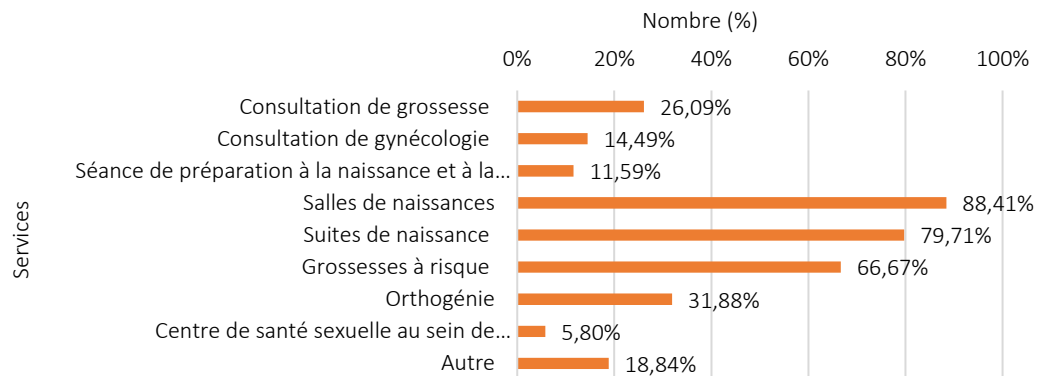


Figure 6. Répartition des SF selon le(s) service(s) ou elles exercent.

Cet échantillon exerce dans différents services de la maternité selon la répartition suivante, 26,09% (n=18) en consultation de grossesse, 14,49% (n=10) en consultation de gynécologie, 11,59% (n=8) en séance de PNP, 88,41% (n=61) en salles de naissances (SDN), 79,71% (n=55) en suites de naissance, 66,67% (n=46) en grossesses à risque, 31,88% (n=22) en orthogénie, 5,80% (n=4) en CSS au sein de l'établissement de santé. Une catégorie autre était ouverte, 3 sages-femmes ont mentionné réaliser des échographies.

2. Formation

2.1 Formation initiale

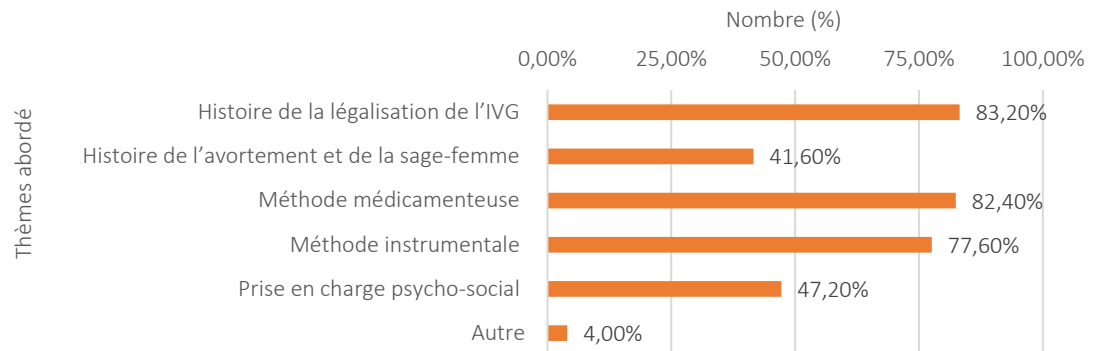


Figure 7. Répartition des SF selon les thèmes abordés lors de leur formation initiale.

72,25% (n=125) sages-femmes de la population déclarent avoir reçu une formation théorique sur l'IVG lors de leur formation initiale.

Les différents thèmes abordés étaient les suivants, l'histoire de la légalisation de l'IVG à 83,20% (n=104), l'histoire de l'avortement et de la sage-femme à 41,60% (n=52), la méthode médicamenteuse à 88,40% (n=103), la méthode instrumentale à 77,60% (n=97) et la prise en soins psychosociale à 47,20% (n=59). Dans la catégorie autre des sages-femmes ont précisé ne plus se souvenir des sujets évoqués (n=5).

Concernant un enseignement pratique et/ou clinique sur l'IVG, 70,52% (n=122) déclarent ne pas en avoir reçu et 29,48% (n=51) en avoir reçu un.

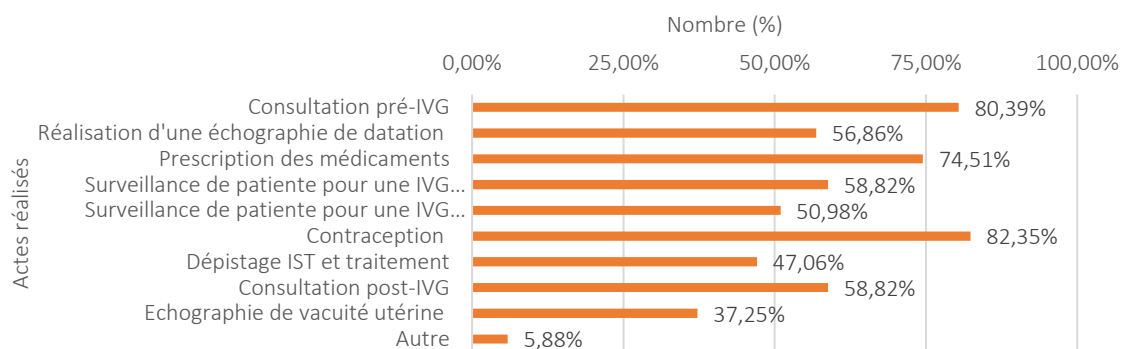


Figure 8. Répartition des SF selon les actes réalisés durant leur formation initiale.

Les thèmes abordés et actes réalisés étaient les suivants, la consultation pré-IVG à 80,39% (n=41), l'échographie de datation à 56,86% (n=29), la prescription des médicaments à 74,51% (n=38), la surveillance d'une patiente hospitalisée pour une IVGM à 58,82% (n=30), la surveillance d'une patiente hospitalisée pour une IVG instrumentale à 50,98% (n=26), la prise en charge de la contraception à 82,35% (n=42), le dépistage et le traitement d'IST à 47,06% (n=24), la consultation post-IVG à 58,82% (n=30) et l'échographie de vacuité utérine à 37,25% (n=19). Dans la

catégorie autre une sage-femme a mentionné l'entretien psycho-social et une autre la question de la légalité et de la technique de l'IVG selon le terme de la grossesse.

2.2 Formation continue

Parmi les 173 réponses, 26,59% (n=46) sages-femmes ont déclaré avoir reçu une formation complémentaire en orthogénie, 72,25% (n=125) n'en ont pas reçu et 1,16% (n=2) n'ont pas répondu. Parmi les 72,25% (n=125) ayant répondu non, 64% (n=80) seraient intéressées pour en suivre une, 35,20% (n=44) ne le sont pas et 0,80% (n=1) n'a pas donné de réponse.

3. **Connaissances**

3.1 Délai légal

Nous avons demandé aux sages-femmes si elles connaissaient le délai légal de réalisation de l'IVGM en SA, en ville ou en établissement de santé. Les réponses se répartissent de la façon suivante :

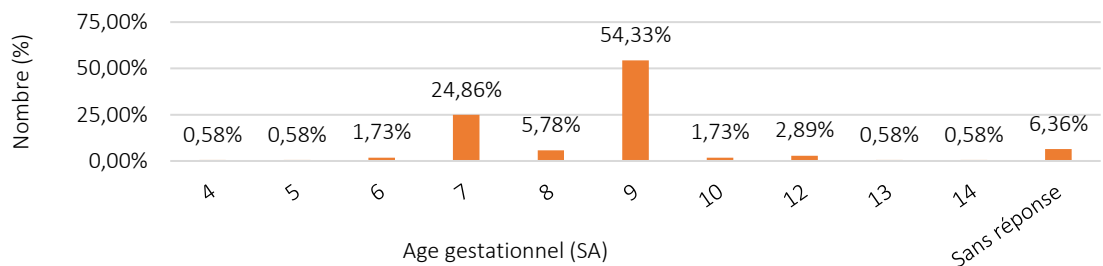


Figure 9. Répartition des SF concernant leurs connaissances du délai légal de l'IVGM en ville.

En ville : 0,58% (n=1) pour 4SA, 0,58% (n=1) pour 5SA, 1,74% (n=3) pour 6SA, 24,86% (n=43) pour 7SA, 5,78% (n=10) pour 8SA, 54,33% (n=94) pour 9SA, 1,74% (n=3) pour 10SA, 2,89% (n=5) pour 12SA, 0,58% (n=1), pour 13SA, 0,58% (n=1) pour 14SA, 6,36% (n=11) personnes n'ont pas répondu.

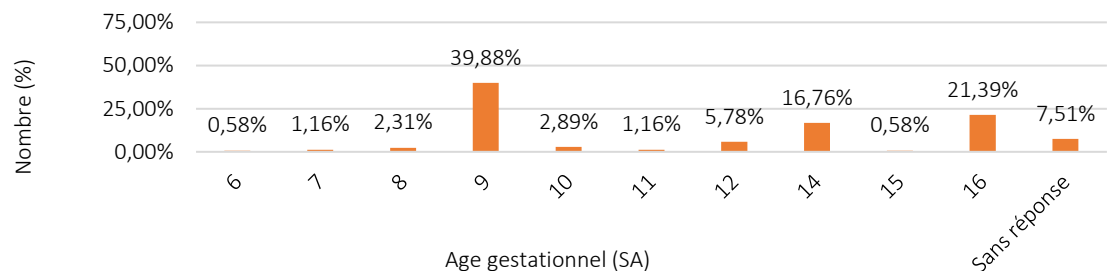


Figure 10. Répartition des SF concernant leurs connaissances du délai légal de réalisation de l'IVGM en ES.

En établissement de santé : 0,58% (n=1) pour 6SA, 1,16% (n=2) pour 7SA, 2,31% (n=4) pour 8SA, 39,88% (n=69) pour 9SA, 2,89% (n=5) pour 10SA, 1,16% (n=2) pour 11SA, 5,78% (n=10) pour 12SA, 16,76% (n=29) pour 14SA, 0,58% (n=1) pour 15SA, 21,39% (n=37) pour 16SA, 7,51% (n=13) personnes n'ont pas répondu.

3.2 Entretien psycho-social

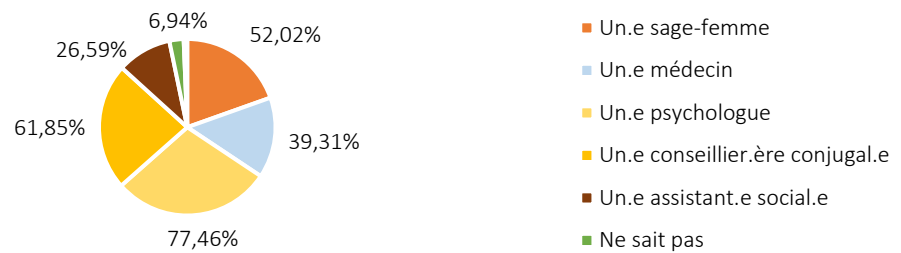


Figure 11. Répartition des connaissances des SF sur les personnes habilitées à réaliser l'EPS.

Concernant l'entretien psycho-social, pour 52,02% (n=90) il peut être réalisé par une sage-femme, par un médecin pour 39,31% (n=68), par un.e psychologue 77,46% (n=134), par un.e conseiller.ère conjugal.e pour 61,85% (n=107), par un.e assistant.e social.e pour 26,59% (n=46) et 6,94% (n=12) personnes ne savent pas.

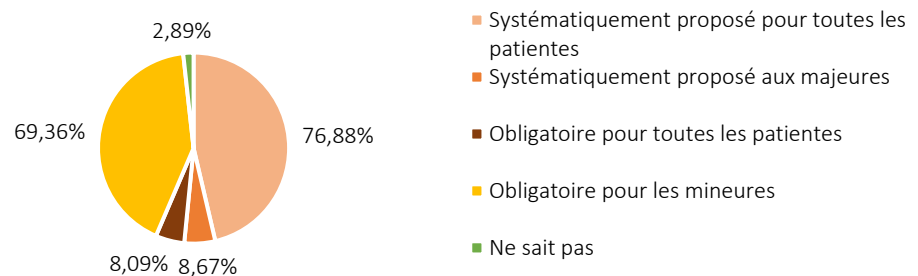


Figure 12. Répartition des connaissances des SF sur l'EPS.

Il est systématiquement proposé à toutes les patientes pour 76,88% (n=133), systématiquement proposé aux majeures pour 8,67% (n=15), obligatoire pour toutes les patientes pour 8,09% (n=14) et obligatoire pour les mineures pour 69,36% (n=120), 2,89% (n=5) ne savent pas.

3.3 Délai de réflexion



Figure 13. Répartition des connaissances des SF sur le délai de réflexion.

Les sages-femmes ont été interrogées sur le caractère obligatoire du délai de réflexion avant d'avoir recours à une IVG, pour 26,59% (n=46) d'entre elles ce délai est obligatoire pour toutes les patientes, pour 19,07% (n=33) il est obligatoire seulement pour les mineures, pour 50,29% (n=87) il n'est pas obligatoire et 4,05% (n=7) ne savent pas.

3.4 Compétence pour les sages-femmes

Nous avons demandé aux sages-femmes si elles savent depuis quand l'IVGM faisait partie de leur champ de compétences. Sur 173 réponses, 36,99% (n=64) ont répondu oui, 61,85% (n=107) ont répondu non et 1,16% (n=2) n'ont pas répondu.

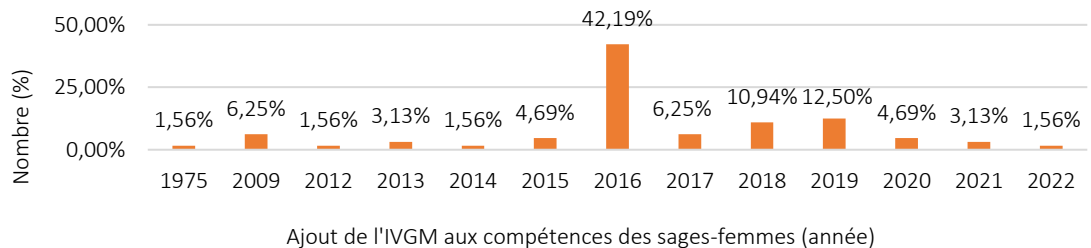


Figure 14. Répartition des connaissances SF sur l'année de l'ajout de l'IVGM à leur compétence.

Parmi celles qui ont répondu par l'affirmative, les réponses sont réparties de la façon suivante : 1,56% (n=1) en 1975, 6,25% (n=4) en 2009, 1,56% (n=1) en 2012, 3,13% (n=2) en 2013, 1,56% (n=1) en 2014, 4,69% (n=3) en 2015, 42,19% (n=27) en 2016, 6,25% (n=4) en 2017, 10,94% (n=7) en 2018, 12,50% (n=8) en 2019, 4,69% (n=3) en 2020, 3,13% (n=2) en 2021, 1,56% (n=1) en 2022.

3.5 Consultation pré-IVG

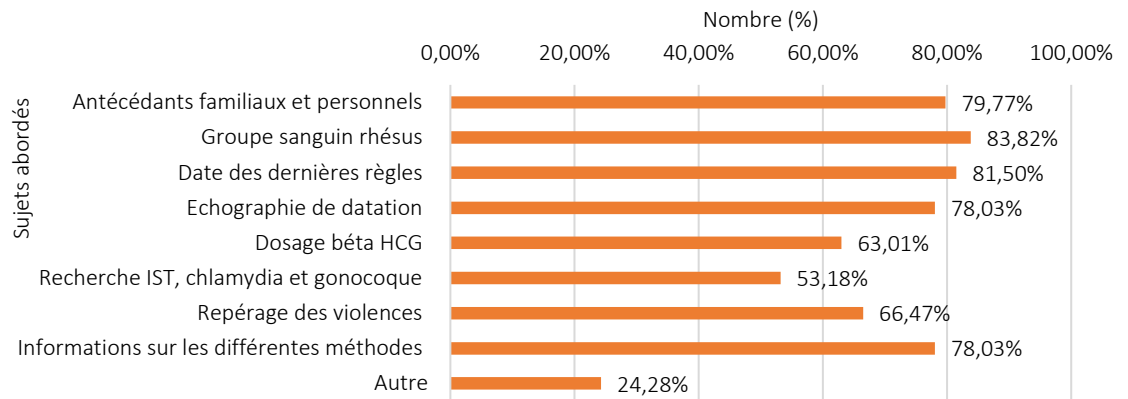


Figure 15. Répartition de(s) sujet(s) abordé(s) lors d'une consultation pré-IVG par les SF.

Parmi les choix proposés aux sages-femmes, lors d'une consultation pré-IVG ces dernières abordent systématiquement les antécédents (ATCD) familiaux et personnels pour 79,77% (n=138), le groupe sanguin rhésus de la patiente pour 83,82% (n=145), la date des dernières règles pour 81,50% (n=141), l'échographie de datation pour 78,03% (n=135), le dosage des beta-HCG pour 63,01% (n=109), la recherche d'IST pour 53,18% (n=92), le repérage des violences pour 66,47% (n=115) et les informations sur les différentes méthodes pour 78,03% (n=135). Dans la catégorie autre, les sages-femmes mentionnent la contraception (n=12), le contexte familial, les ressources et le soutien des patientes (n=4), certaines proposent une consultation avec un psychologue (n=3), discutent d'un suivi gynécologique (n=3), expliquent les motifs de consultation en urgence lors de l'IVG (n=2) et aborde la question des addictions (n=1).

3.6 Consultation post-IVG

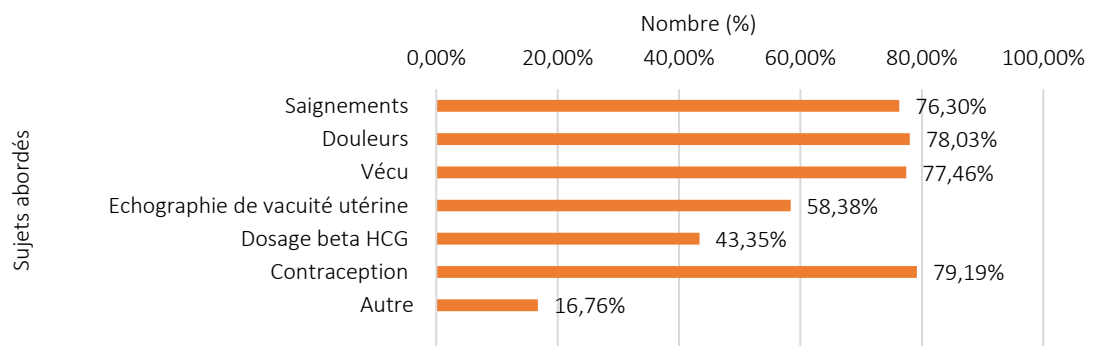


Figure 16. Répartition de(s) sujet(s) abordé(s) lors d'une consultation post-IVG par les SF.

Concernant la consultation post-IVG, les sages-femmes abordent les différents sujets selon cette répartition ; 76,30% (n=132) pour les saignements, 78,03% (n=135) pour les douleurs, 77,46% (n=134) pour le vécu, 58,38% (n=101) pour l'échographie

de vacuité utérine, 43,35% (n=75) pour le dosage des beta-HCG, 79,19% (n=137) pour la contraception. Dans la catégorie autre, certaines proposent un suivi gynécologique (n=3), une consultation avec un.e psychologue (n=1) ou réalise une recherche d'IST (n=1).

3.7 IVGM à domicile

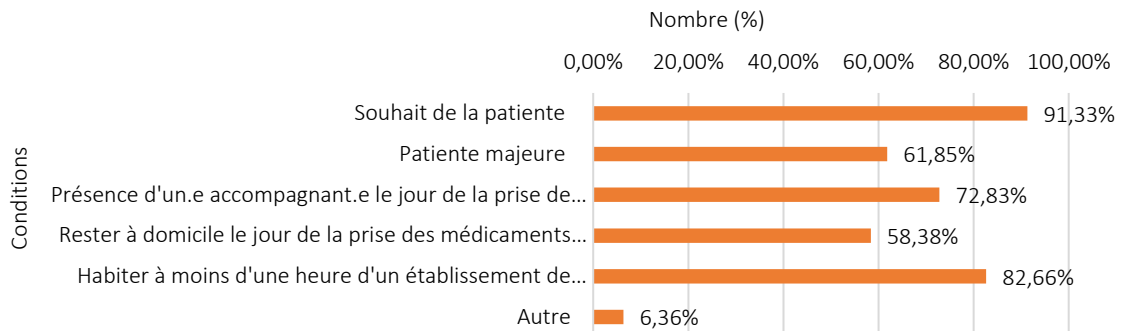


Figure 17. Représentation des connaissances des SF sur la réalisation d'une IVGM à domicile.

Selon la population étudiée, les critères pour réaliser une IVG à domicile sont le souhait de la patiente pour 91,33% (n=158), que la patiente soit majeure pour 61,85% (n=107), la présence d'un accompagnant la jour de la prise de médicament pour 72,83% (n=126), de rester à domicile le jour de la prise de médicament pour 58,38% (n=101) et d'habiter à moins d'une heure d'un établissement de santé pour 82,66% (n=143). Dans la catégorie autre, les sages-femmes mentionnent la nécessité d'une bonne compréhension du protocole (n=4), la notion de pouvoir se déplacer facilement (n=2), d'avoir un téléphone (n=2), d'être entourée (n=1) et que la patiente n'ait pas de pathologie (n=1).

3.8 Conséquences d'une IVG sur la vie génésique des femmes

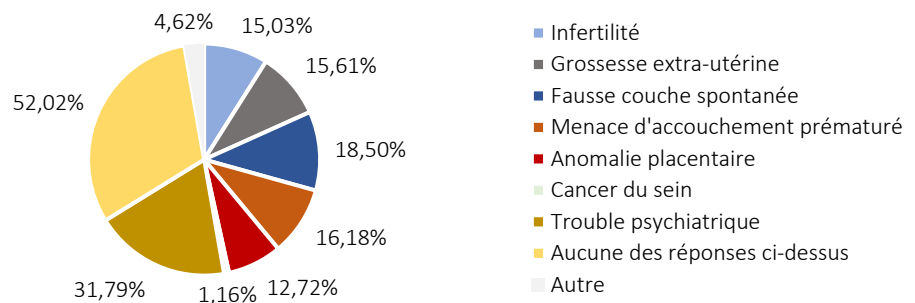


Figure 18. Représentation des connaissances des SF sur les conséquences d'une IVG sur la vie génésique.

Pour les sages-femmes interrogées, à long terme, l'IVG pourrait entraîner une infertilité pour 15,03% (n=26), une grossesse extra-utérine pour 15,61% (n=27), une fausse couche spontanée pour 18,50% (n=32), une menace d'accouchement prématuré 16,18% (n=28), une anomalie placentaire pour 12,72% (n=22) sur une future grossesse, un cancer du sein pour 1,16% (n=2) et des troubles psychiatriques pour 31,79% (n=55), Pour 52,02% (n=90) l'IVG n'entraînent aucune conséquence. Dans la catégorie autre, une sage-femme précise « *l'infertilité seulement pour une IVG instrumentale et aucune complication pour l'IVGM* ».

3.9 Limites de la prise en soins par les sages-femmes

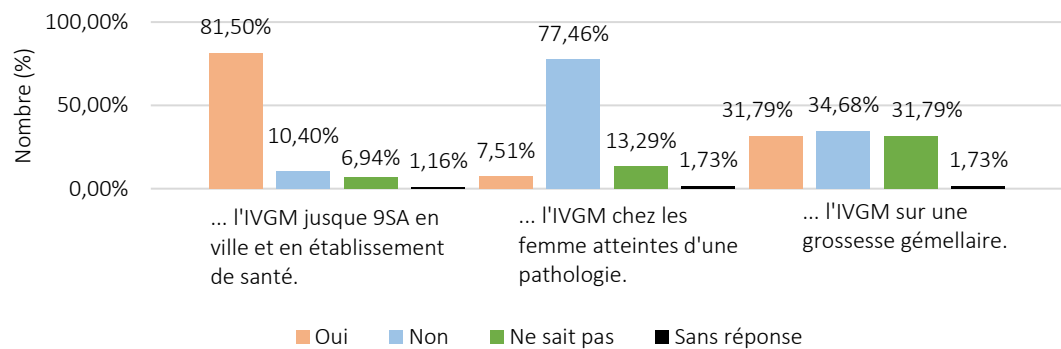


Figure 19. Représentation des connaissances des SF sur les limites de leur compétence concernant...

Nous avons interrogé notre population sur les limites de la prise en soins par les sages-femmes de l'IVGM selon certains critères. Pour la réalisation de l'IVGM en ville et en établissement de santé jusque 9SA, 81,50% (n=141) ont répondu oui, 10,40% (n=18) ont répondu non et 6,94% (n=12) ne savent pas. Pour la réalisation de l'IVGM chez une femme ayant une pathologie tel qu'un risque thromboembolique ou hémorragique, une insuffisance rénale ou encore de l'asthme, 7,51% (n=13) ont répondu oui, 77,46% (n=134) ont répondu non et 13,29% (n=23) ne savent pas. Pour la réalisation de l'IVGM sur une grossesse gémellaire, 31,79% (n=55) ont répondu oui, 34,68% (n=60) ont répondu non et 31,79% (n=55) ne savent pas.

3.10 Qualification des connaissances

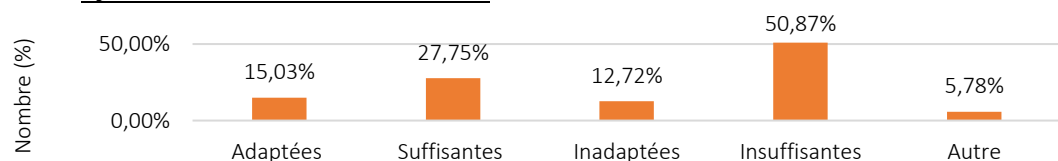


Figure 20. Qualification de leurs connaissances par les SF.

Pour 15,03% (n=26) sages-femmes leurs connaissances sur l'IVG sont adaptées, tandis que pour 12,72% (n=22) elles sont inadaptées. Pour 27,75% (n=48) elles sont suffisantes tandis que pour 50,87% (n=88) elles sont insuffisantes. Dans la catégorie autre, les sages-femmes qualifient leurs connaissances comme « *désuètes* », « *améliorables* » et « *perfectibles* ». Certaines déclarent avoir des connaissances adaptées dans leur situation ou elles ne prennent pas en soins d'IVGM (n=3). Ou encore avoir les connaissances suffisantes pour renseigner une patiente mais insuffisante pour pratiquer une IVGM (n=1).

4. Pratiques

4.1 Prise en soins passée

Parmi la population étudiée, 53,18% (n=92) personnes ont déjà pris en soins une patiente dans le cadre d'une IVGM alors que 46,82% (n=81) ne l'ont jamais fait.

4.2 Prise en soins actuelle

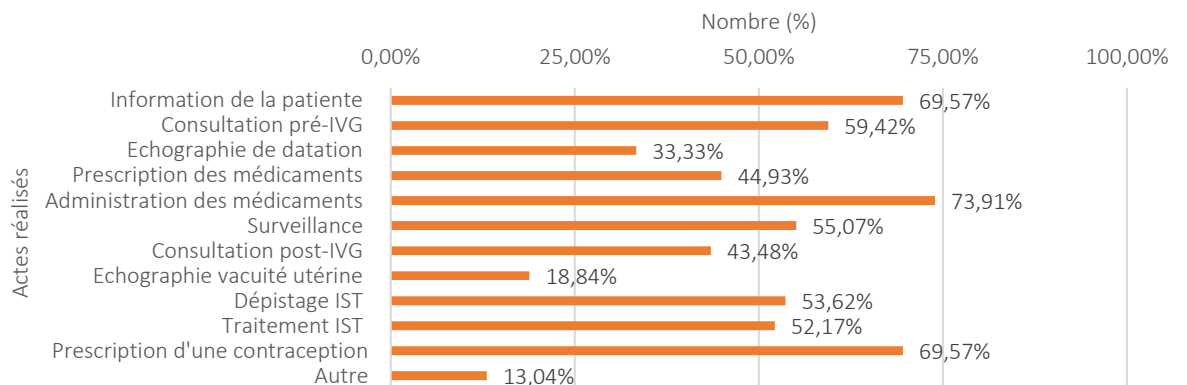


Figure 21. Répartition des SF selon leur prise en soins actuelle des IVGM.

Actuellement, dans la population étudiée, 39,88% (n=69) des sages-femmes prennent en soins des femmes dans le cadre d'IVGM contre 60,12% (n=104) qui ne le font pas. Pour celles prenant en soins des femmes en demande d'IVG, elles le font en réalisant de l'information auprès de la patiente pour 69,57% (n=48), en réalisant la consultation pré-IVG pour 59,42% (n=41), l'échographie de datation pour 33,33% (n=23), la prescription des médicaments pour 44,93% (n=31), l'administration des médicaments pour 73,91% (n=51), la surveillance de patiente lors de l'hospitalisation pour 55,07% (n=38), la consultation post-IVG pour 43,48% (n=30), l'échographie de vacuité utérine pour 18,84% (n=13), le dépistage d'IST pour 53,62% (n=37), le traitement d'IST pour 52,17% (n=36) et la prescription d'une contraception pour 69,57% (n=48). Dans la catégorie autre les sages-femmes déclarent avoir pris en soins

des IVG tardives entre 14 et 16 SA en salle de naissance (n=3) ainsi que recevoir des femmes aux urgences gynécologiques pour les motifs suivants : « saignements/regrets/douleurs » (n=1).

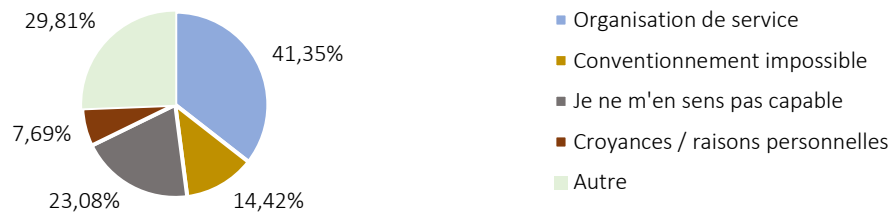


Figure 22. Répartition des SF selon les raisons pour lesquelles elles ne pratiquent pas d'IVG.

Pour celles ne prenant pas en soins d'IVG actuellement, ces dernières le font pour les raisons suivantes, 41,35% (n=43) du fait de l'organisation de service, 14,42% (n=15) pour qui le conventionnement est impossible, 23,08% (n=24) qui ne s'en sentent pas capables et 7,69% (n=8) pour croyances ou raisons personnelles. Dans la catégorie autre, on retrouve les difficultés de conventionnement (n=6), un projet en cours pour réaliser les IVGM (n=2), un manque de temps (n=8), un manque de formation (n=7), un manque d'intérêt (n=3) mais également le fait de ne pas pouvoir réaliser les échographies (n=3).

4.3 Satisfaction

Concernant leur satisfaction vis-à-vis de leur prise en soins des IVG, les sages-femmes répondent être satisfaites pour 41,62% (n=72) contre 42,77% (n=74) qui ne le sont pas, 15,61% (n=27) n'ayant pas répondu.

Pour celles qui sont satisfaites, elles le sont car elles permettent : l'organisation d'une prise en soins rapide par les établissements de santé ou par des consœurs (n=16), elles reçoivent de bons retours de leurs patientes (n=5), une prise en soins globale (n=2) ainsi qu'une facilité d'accès (n=2). Les sages-femmes parlent de « service rendu aux femmes » (n=1), « d'être utile » (n=1) ainsi que d'être « le premier maillon de la chaîne » (n=1). Les sages-femmes insatisfaites, le sont pour les raisons suivantes : le fait de ne pas prendre en soins d'IVGM (n=15), le manque de formation (n=9), les difficultés de conventionnement (n=7), le manque de temps pour l'accompagnement (n=6), la réalisation d'une prise en soins incomplète (n=4), des rendez-vous difficiles à obtenir pour les patientes (n=4), la prise en soins lourde mentalement (n=1) ou encore le vécu personnel (n=1). Certaines mentionnent le souhait de réaliser les IVGM (n=4),

afin de lutter contre le retard de prise en soins (n=3). Trois sages-femmes mentionnent le fait de devoir réaliser des IVGM tardives (entre 14 et 16SA) en salles de naissance (n=3) et sont insatisfaites que ce soit pour le vécu des femmes : « *Faire subir une expulsion voie basse en salle avec les bruits pendant plusieurs heures* », « *les IVG tardives en SDN à côté des bébés* » ou bien concernant leur pratique « *pas de protocole clair* », « *Aucune information ni consentement des SF en SDN, IVGM tardives imposées du jour au lendemain. Ça pose problème à certaines.* », « *Je trouve incroyable que la prise en charge des IVG tardives en SDN ait été imposée aux SF de salle sans concertation préalable.* ».

5. Conception du métier déterminant l'implication dans l'IVGM

5.1 Place de la sage-femme

Concernant leur place dans la prise en soins des IVG 95,38% (n= 165) des sages-femmes pensent que c'est « totalement » leur place, tandis que 3,47% (n=6) pensent que ce n'est « pas vraiment » leur place, 1,16% (n=2) n'ayant pas répondu à cette question.

Les sages-femmes pensant avoir « totalement » leur place dans la prise en soins de l'IVG l'explique par le fait que cet acte fait partie de la vie génésique des femmes (n=40). De plus ces professionnelles permettent une facilité d'accès aux soins (n=12) et « *un gain de temps pour la patiente* » en « *augmentant l'accès et l'offre* ». Avec un rôle « *d'accompagnement* » (n=8) et « *les femmes se sentent bien plus entourées qu'à l'hôpital* » (n=1). Certaines déclarent que cette pratique fait partie des compétences des sages-femmes (n=7) et qu'elles ont « *le bagage théorique et pratique nécessaire* ». La sage-femme est une « *personne ressource* » (n=1), ainsi qu'une « *interlocutrice privilégiée* » (n=1), « *de premier recours* » (n=1).

Parmi les six sages-femmes ayant répondu « pas vraiment », une d'elle déclare « *Je ne considère pas l'IVG comme la vocation et le rôle ou la place première des sages-femmes. J'ai embrassé une carrière de sage-femme pour prendre soin des femmes, principalement lorsqu'elles donnent la vie...* ». Les autres sages-femmes nous disent que « *les médecins trouvent les sages femmes quand ça arrange...pour ce qui ne les intéressent pas* », une pense que « *les compétences des sages- femmes ne cessent d'être élargies, ce n'est pas le domaine qui me semble essentiel à développer* » et enfin une pense que « *la formation initiale est insuffisante et le cadre peu adapté* ».

Certaines sages-femmes expriment leur changement d'avis au sujet de l'IVG : « *J'ai longtemps hésité, pensant que le rôle de la sage-femme est de donner la vie.* »,

« Je n'étais pas pour en 2016 mais j'ai vu quelques-unes de mes patientes dans une telle détresse que j'ai complètement changé de point de vue ». D'autres ne sont pas pour l'élargissement de leurs compétences : « Pour l'IVG chirurgicale, je ne pense pas du tout par contre nous ne sommes pas médecins », « Je pense qu'il faut se restreindre aux IVGM et pas chirurgicale. »

5.2 Rôle de la sage-femme

Nous avons demandé aux sages-femmes de qualifier leur rôle dans l'IVGM, 73,41% (n=127) nous ont répondu et disent que c'est un rôle d' « accompagnement » (n=28), de « soutien » (n=16), « essentiel » (n=16) et « primordial » (n=10) permettant un « accès aux soins de proximité » (n=10). Il est également « de prévention » (n=9), « bienveillant » (n=8), « d'écoute » (n=8), mais aussi « important » (n=7), « indispensable » (n=6), « utile » (n=4) et « fondamental » (n=3). Pour certaines sages-femmes il est « à développer » (n=1), « à homogénéiser » (n=1) et « inadapté » (n=1).

Une sage-femme dit que la profession n'est « pas assez mise en avant », une autre qu'« il faut encore avancer sur les accords avec les hôpitaux ». Pour une il n'y a « pas assez de poste pour les sages femmes concernant les IVGM au sein des ES ». Une nous dit que c'est une « partie intégrante de la fonction de sage-femme » et que cette dernière « a un rôle « complet » dans l'IVG. Son accompagnement est total : médical mais aussi psychologique. »

5.3 Motivations

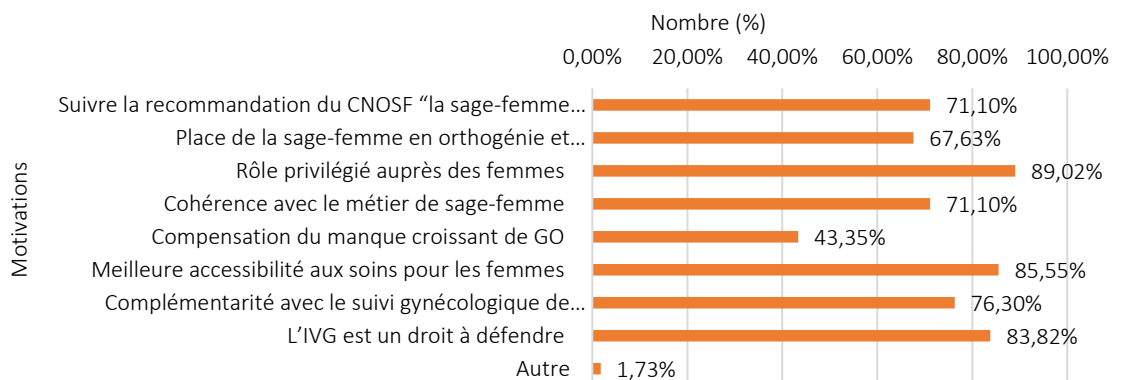


Figure 23. Répartition des motivations des sages-femmes à réaliser l'IVGM.

Parmi les motivations à la pratique de l'IVGM par les sages-femmes, la population étudiée a déclaré que ces dernières le font à 71,10% (n=123) pour suivre la recommandation du CNOSF disant que « la sage-femme accompagne les femmes dans leur grossesse quelle qu'en soit l'issue », pour 67,63% (n=117) pour la place de la

sage-femme en orthogénie et la diversification des compétences, pour 89,02% (n=154) le rôle privilégié de la sage-femme auprès des femmes, pour 71,10% (n=123) la cohérence avec le métier de sage-femme, 43,35% (n=75) pour compenser le manque croissant de gynécologue, 85,55% (n=148) pour permettre une meilleure accessibilité aux soins pour les femmes, 76,30% (n=132) le font en complémentarité avec le suivi gynécologique de prévention et pour 83,82% (n=145) car l'IVG est un droit à défendre. Une sage-femme ajoute, pour la congruence avec « *l'histoire de la profession* ».

5.4 Freins

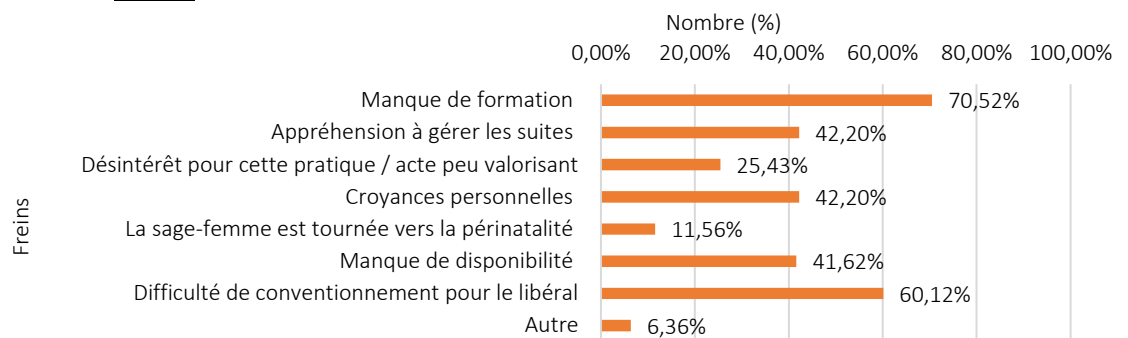


Figure 24. Répartition des freins des SF à réaliser l'IVGM.

Concernant les freins à la pratique des IVGM par les sages-femmes la population étudiée déclarent que cela est dû pour 70,52% (n=122) à un manque de formation, pour 42,20% (n=73) à une appréhension à gérer les suites, pour 25,43% (n=44) à un désintérêt pour cette pratique, pour 42,20% (n=73) à des croyances personnelles, pour 11,56% (n=20) la sage-femme est tournée vers la périnatalité, pour 41,62% (n=72) à un manque de disponibilité et pour 60,12% (n=104) à une difficulté de conventionnement en libéral. Dans la catégorie autre, on retrouve la mauvaise information des femmes sur la pratique de l'IVGM par les sages-femmes (n=2), le côté financier de cette pratique (n=3) ainsi que les freins de la part des médecins ne souhaitant pas laisser la place aux sages-femmes (n=3) et ne voulant pas « *ratrapper les conneries des sages-femmes* ». Est également mentionné les freins au niveau des établissements de santé, refusant les conventionnements aux sages-femmes libérales (n=1) et la peur de se lancer (n=1).

5.5 Physiologie ou pathologie de la vie reproductive des femmes

Nous avons demandé aux sages-femmes si, pour elles, l'IVG faisait partie de la physiologie ou de la pathologie de la vie reproductive des femmes. Pour 77,46% (n=134) cela fait partie de la physiologie, pour 17,92% (n=31) de la pathologie et 4,62% (n=8) n'ont pas répondu.

6. **Élargissement des compétences orthogéniques**

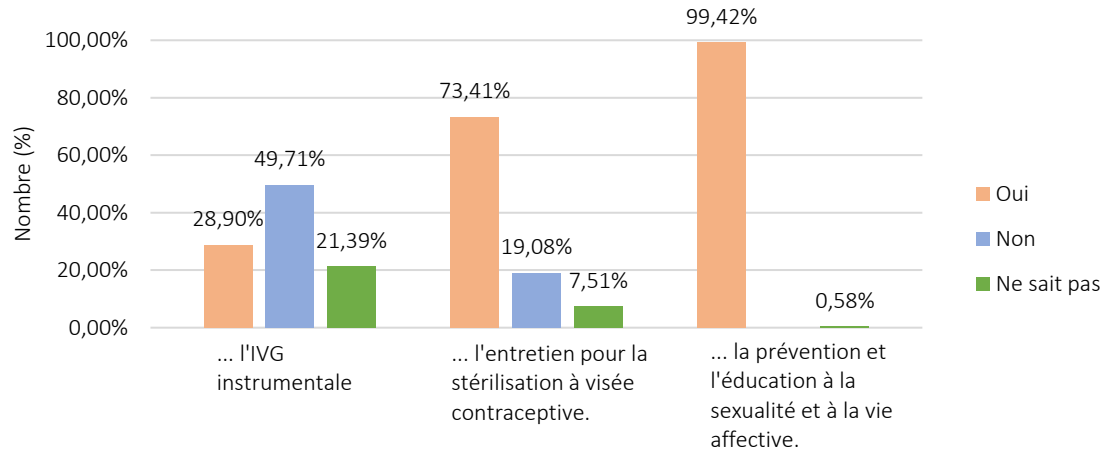


Figure 25. Répartition des SF concernant l'élargissement de leur champ de compétence concernant...

Concernant l'élargissement des compétences des sages-femmes pour la réalisation des IVG instrumentales 28,90% (n=50) sont pour, 49,71% (n=86) sont contre et 21,39% (n=37) ne savent pas. Pour la réalisation de l'entretien pour la stérilisation définitive, 73,41% (n=127) sont pour, 19,08% (n=33) sont contre et 7,51% (n=13) ne savent pas. Pour la prévention et l'éducation à la sexualité et à la vie affective, 99,42% (n=172) sont pour et 0,58% (n=1) ne sait pas.

Pour poursuivre, nous allons analyser les résultats obtenus et les discuter afin de mieux comprendre les connaissances et les pratiques des sages-femmes sur l'IVGM.

Troisième
partie : Analyse
et discussion des
résultats

I. ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

1. Année de diplôme et implication dans la pratique de l'IVG

Nous allons tenter de répondre à notre première hypothèse : les sages-femmes diplômées après 2016 sont plus impliquées dans la prise en soins de l'IVG.

La formation initiale des sages-femmes est règlementée par l'arrêté du 11 mars 2013, relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme (99), mais également encadrée par le référentiel métier de la profession publié par le CNOSF en 2010. (86) Depuis sa parution, ce dernier n'a pas encore été réactualisé au vue des dernières compétences obtenues telles que l'IVG, la vaccination ou encore le dépistage et le traitement de certaines IST chez la femme et son partenaire.

1.1 Année de diplôme et formation reçue

Pour commencer, nous avons séparé les sages-femmes de notre population en deux groupes selon qu'elles aient obtenu leur diplôme avant ou après l'ajout de l'IVGM à leurs compétences, c'est-à-dire : avant 2016 (inclus) ou entre 2017 et 2022. Une sage-femme n'ayant pas renseigné l'année d'obtention de son diplôme, cette donnée a été imputée à l'aide de la variable « âge ». De ce fait, sur notre échantillon de 173 personnes, 72,83% (n=126) sont diplômées avant ou en 2016, 27,17% (n=47) sont diplômées entre 2017 et 2022.

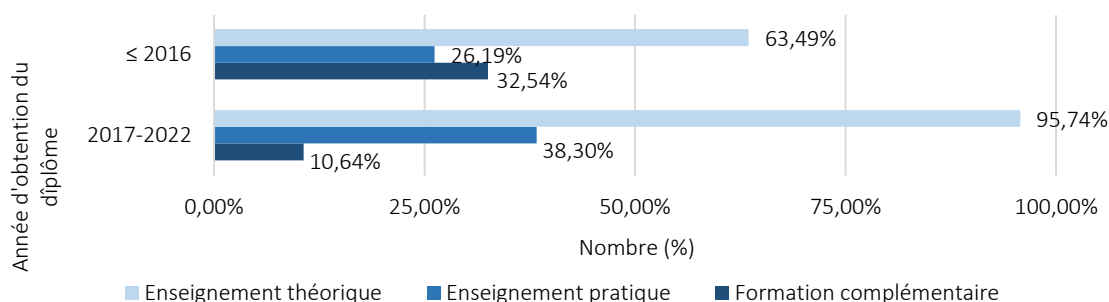


Figure 26. Enseignements et formations reçus selon l'année d'obtention du diplôme.

Parmi les 126 sages-femmes ayant obtenu leur diplôme jusqu'en 2016, 63,49% (n=80) ont reçu une formation théorique contre **95,74%** (n=45) pour les personnes ayant obtenu leur diplôme entre 2017 et 2022. Ce qui est cohérent avec l'adaptation des écoles de sages-femmes aux compétences de la profession. 26,19% (n=33) des sages-femmes diplômées avant 2016 contre **38,30%** (n=18) des sages-femmes diplômées après 2016 ont reçu un enseignement pratique, ce qui est également cohérent. Concernant les formations complémentaires, **32,54%** (n=41) des sages-femmes diplômées avant l'ajout de l'IVGM à leurs compétences ont participé à une

formation complémentaire contre 10,64% (n=5) des sages-femmes diplômées après l'acquisition de cette compétence. Ainsi, d'après ces chiffres, l'année d'obtention du diplôme aurait un impact sur le fait d'avoir reçu un enseignement théorique ou pratique ainsi que la participation à une formation complémentaire. Parmi les sages-femmes diplômées de 2017 à 2022, toutes devraient avoir reçu une formation théorique, ce qui n'est pas le cas dans notre population. Parmi les 2 personnes n'ayant pas reçu de formation théorique, une en a reçu une pratique mais n'a pas participé à une formation complémentaire et la deuxième n'a reçu ni enseignement pratique ni formation complémentaire. Concernant les statistiques, les différents tests de Chi² nous montrent de manière significative que : les sages-femmes diplômées après 2016 reçoivent davantage d'enseignement théorique ($p=0,0000262018$) et celles diplômées avant participent davantage à des formations complémentaires ($p=0,0037288143$). Concernant le fait d'avoir reçu une formation pratique il n'y a pas de différence significative avec l'année d'obtention du diplôme ($p=0,12$).

Ainsi, depuis l'acquisition de cette nouvelle compétence à l'IVGM en 2016, l'enseignement théorique s'en est suivi, contrairement à l'enseignement pratique qui ne s'est pourtant pas développé.

1.2 Connaissances des sages-femmes sur l'IVG et année de diplôme

Nous avons souhaité comparer les connaissances des sages-femmes selon l'année d'obtention de leur diplôme. Selon les diverses questions posées pour évaluer leurs connaissances, nous avons obtenu les résultats suivants.

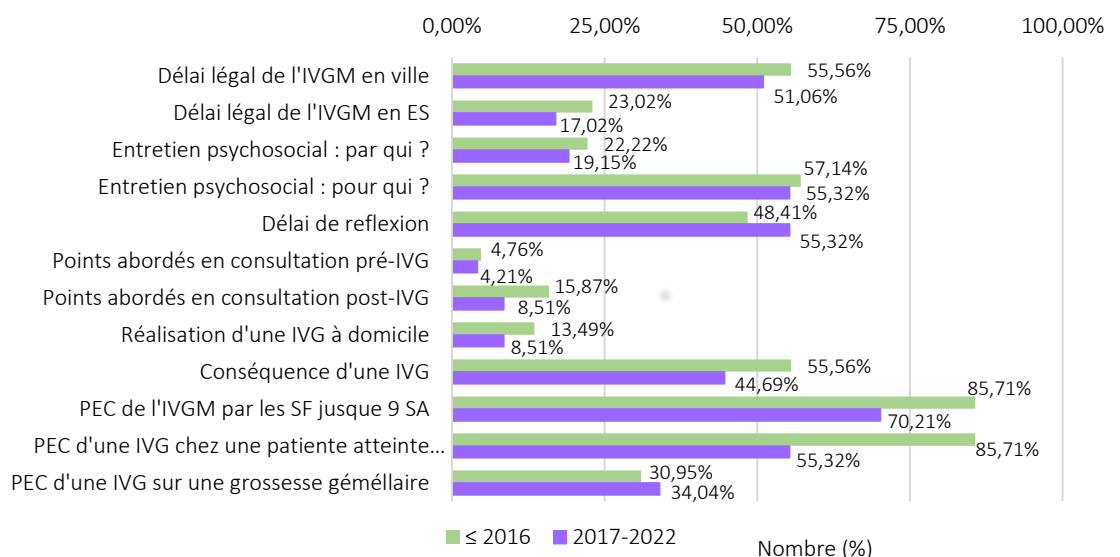


Figure 27. Connaissances des sages-femmes sur l'IVG selon leur année de diplôme.

Dans l'ensemble, les sages-femmes diplômées avant 2016 ont obtenu un meilleur taux de bonnes réponses. Néanmoins, nous observons que le taux de bonnes réponses reste assez faible pour certaines questions comme :

- le délai légal de l'IVGM en ES : 23,02% (n=29) ont bien répondu pour les diplômées avant 2016 et 17,02% (n=8) pour celles diplômées après.
- les caractéristiques de l'entretien psycho-social : 22,22% ont bien répondu pour les diplômées avant 2016 et 19,15% pour celles diplômées après.
- les points abordés en consultation pré-IVG : 4,76% ont bien répondu pour les diplômées avant 2016 et 4,21% pour celles diplômées après.
- les points abordés en consultation post-IVG : 15,87% ont bien répondu pour les diplômées avant 2016 et 8,51% pour celles diplômées après.
- les conditions de réalisation d'une IVG à domicile : 13,49% ont bien répondu pour les diplômées avant 2016 et 8,51% pour celles diplômées après.

Nous n'avons pas réalisé de test statistique pour cette observation, mais au vu des chiffres obtenus, nous pouvons dire que, bien qu'une grande partie des sages-femmes ait reçu un enseignement ou une formation, les connaissances restent insuffisantes. Ceci pouvant s'expliquer alors par le manque de pratique.

1.3 Qualification des connaissances sur l'IVG et année de diplôme

Nous avons souhaité inclure la qualification par nos sages-femmes de leurs connaissances sur l'IVG selon leur année de diplôme. Lors de l'élaboration du questionnaire, nous avons fait correspondre la qualification adaptée/inadaptée à la pratique et la qualification suffisante/insuffisante à la théorie. Mais sans le préciser dans l'outil d'enquête. Ainsi, certaines sages-femmes ont pu l'interpréter différemment. Alors nous avons choisi de séparer notre population en deux groupes : selon que la réponse donnée soit positive (adaptées/suffisantes) ou négative (inadaptées/ insuffisantes). 57,80% (n=100) des sages-femmes donnent alors une réponse négative, 39,31% (n=68) une réponse positive et 2,89% (n=5) ne répondent pas.

Tableau 1. Qualification des connaissances sur l'IVGM selon l'année de diplôme.

Qualification	Positive	Négative	Total
Année de diplôme			
≤ 2016	40,65% (n=50)	59,35% (n=73)	100% (n=123)
2017-2022	40,00% (n=18)	60% (n=27)	100% (n=45)
Total	N=68	N=100	N=168

D'après le test de Chi², il n'y a pas de différence significative ($p=0,94$) entre l'année de diplôme et la qualification de leurs connaissances par les sages-femmes : exprimant tacitement un besoin prégnant de formation adaptée et approfondie pour toutes.

1.4 Prise en soins actuelle et année de diplôme

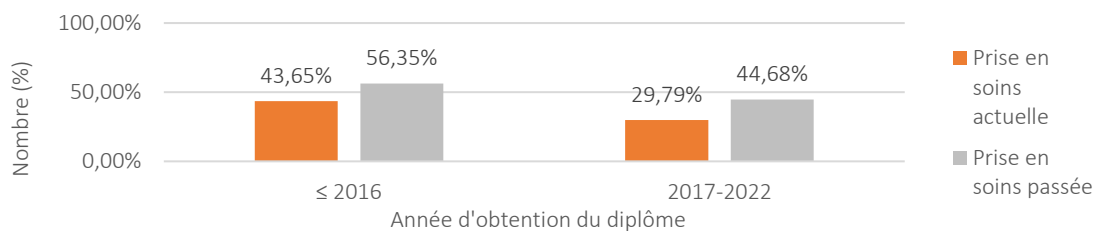


Figure 28. Prise en soins actuelle selon l'année d'obtention du diplôme.

Concernant la prise en soins des IVGM selon l'année de diplôme, nous pouvons remarquer que chez les sages-femmes diplômées avant 2016, alors qu'elles sont 56,35% (n=71) à en avoir déjà pris en soins, elles ne sont plus que 43,65% (n=55) à le faire actuellement. Chez les diplômées après 2016, 44,68% (n=21) ont déjà pris en soins des IVGM mais 29,79% (n=14) le font encore actuellement. Il aurait été intéressant de savoir pourquoi celles qui ont déjà pris en soins des IVGM ne le font plus.

Dans notre échantillon, on observe que les sages-femmes diplômées après 2016 participent moins à la prise en soins des IVGM. Néanmoins, le test du Chi² n'a pas démontré de différence significative entre l'année de diplôme et la prise en soins actuelle ($p=0,10$).

➔ Nous ne pouvons donc pas confirmer notre hypothèse de départ. L'année de diplôme n'impacte pas la prise en soins actuelle de l'IVGM.

2. Mode d'exercice et prises en soins des IVGM

Intéressons-nous à notre deuxième hypothèse : les sages-femmes travaillant en établissement de santé prennent plus en soins les IVGM.

Comme nous l'avons développé précédemment, la prise en soins des IVG peut être influencée par divers facteurs. Pour rappel, la méthode médicamenteuse est en augmentation ces dernières années, d'autant plus la part réalisée en ville. Malgré cette augmentation, des difficultés persistent, pouvant expliquer que les sages-femmes travaillant en établissement de santé prennent plus en soins les IVGM.

2.1 Moteurs à la pratique de l'IVGM et mode d'exercice

Nous avons comparé les différents déterminants à la pratique de l'IVG par les sages-femmes, en commençant par les moteurs.

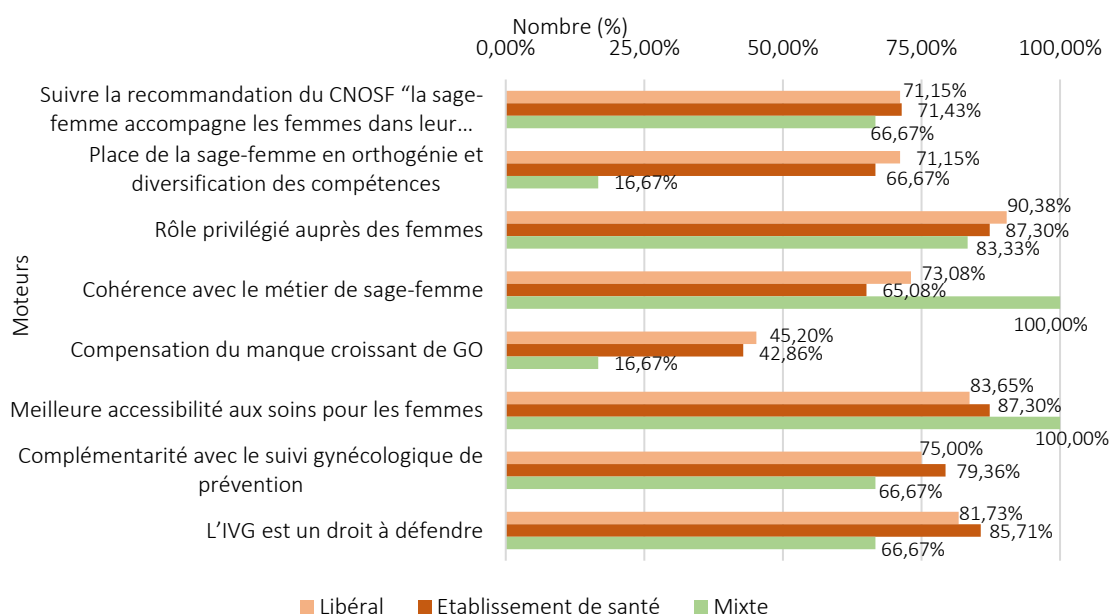


Figure 29. Moteurs influençant la prise en soins de l'IVG par les sages-femmes.

La répartition des moteurs, selon le mode d'exercice, est assez équitable, avec une prédominance pour :

- le rôle privilégié auprès des femmes : 90,38% pour le libéral exclusif et 87,30% pour les établissements de santé ;
- une meilleure accessibilité aux soins pour les femmes : 83,65% pour le libéral exclusif et 87,30% pour les établissements de santé ;
- l'IVG est un droit à défendre : 81,73% pour le libéral exclusif et 85,71% pour les établissements de santé ;
- la complémentarité avec le suivi gynécologique de prévention : 75% pour le libéral exclusif et 79,36% pour les établissements de santé.

Concernant les sages-femmes en exercice mixte, les chiffres sont moins représentatifs, l'effectif étant plus faible.

Quel que soit le mode d'exercice des sages-femmes, libéral ou en établissement de santé, leurs motivations à s'impliquer dans la prise en soins de l'IVG se rejoignent, montrant une uniformité concernant leur rôle dans la vie génésique des femmes.

2.2 Freins à la pratique de l'IVGM et mode d'exercice Pour suivre, voyons les freins.

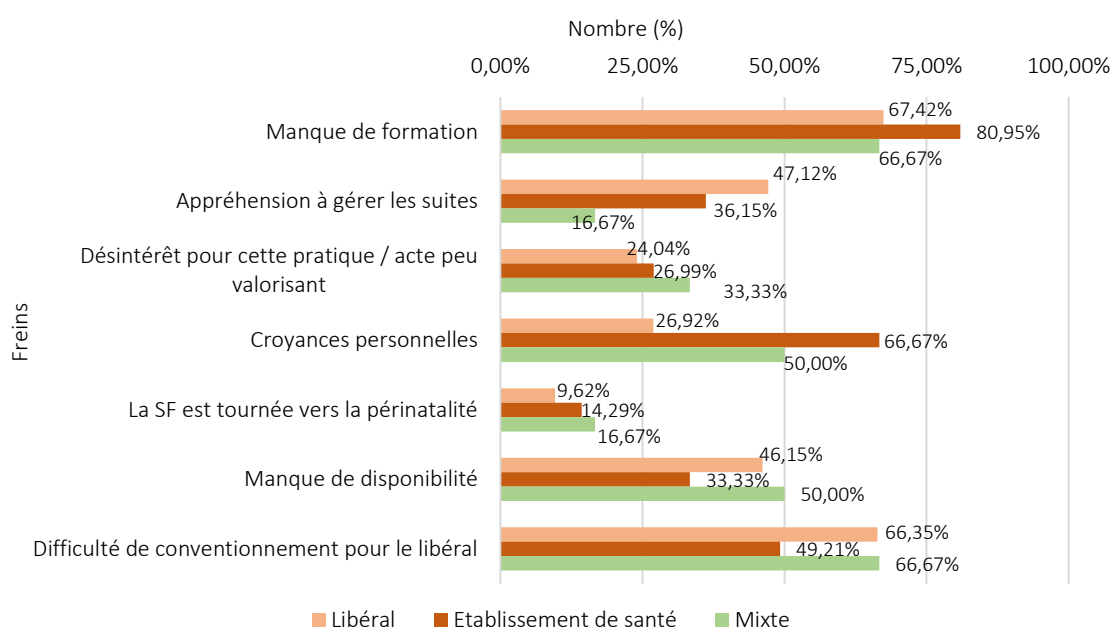


Figure 30. Freins influençant la prise en soins de l'IVG par les sages-femmes.

Ces derniers sont différents d'un mode d'exercice à un autre. Pour les sages-femmes exerçant en libéral exclusivement on retrouve :

- la difficulté de conventionnement (66,35%) ;
- une appréhension à gérer les suites (47,12%) ;
- le manque de disponibilité (46,15%).

Pour les sages-femmes exerçant en établissement de santé on retrouve :

- le manque de formation (80,95%) ;
- les croyances personnelles (66,67%) ;
- la sage-femme est tournée vers la périnatalité (14,29%).

De même, l'effectif des sages-femmes en exercice mixte étant faible, les chiffres sont moins représentatifs.

Les différents freins exprimés par les sages-femmes montrent qu'ils ne dépendent pas seulement de leur propre choix, ce qui révèle les difficultés rencontrées à s'investir en orthogénie.

2.3 Prise en soins et mode d'exercice

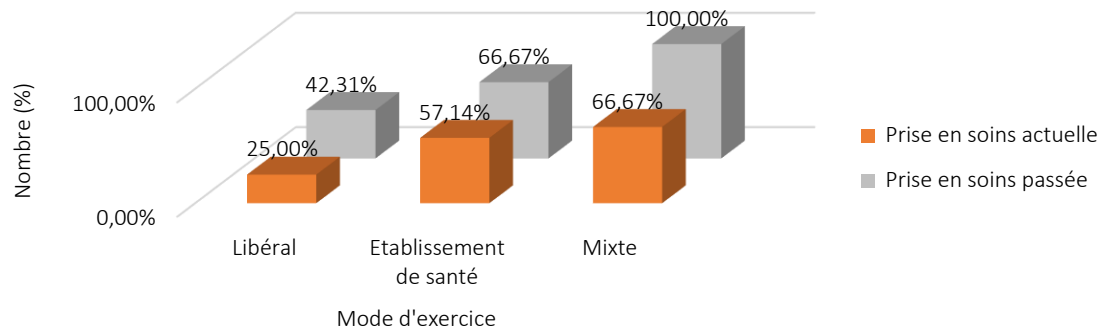


Figure 31. Prise en soins de l'IVGM selon le mode d'exercice.

Sur les 104 sages-femmes exerçant en libéral exclusivement, 42,31% (n=44) ont déjà pris en soins des IVGM contre 25% (n=29) actuellement. Pour les sages-femmes exerçant en établissement de santé 66,67% (n=42) ont déjà pris des IVGM en soins contre 57,14% (n=36) qui le font actuellement. Et pour les 6 sages-femmes ayant un exercice mixte 100% (n=6) ont déjà pris en soins des IVGM et 66,67% (n=4) le font actuellement.

Pour les tests statistiques de notre hypothèse, nous avons décidé d'exclure les sages-femmes ayant un exercice mixte, ne pouvant distinguer leur cadre d'exercice en matière d'IVG. Nous avons réalisé des tests statistiques sur une population de 167 professionnelles, avec 37,72% (n=63) exerçant en établissement de santé et 62,28% (n=104) en libéral. Selon un test de Chi², nous retrouvons une différence significative entre le mode d'exercice et la prise en soins actuelle en faveur des sages-femmes exerçant en établissement de santé ($p=0,0002$).

→ **Les sages-femmes exerçant en établissement de santé participent davantage à la prise en soins des IVGM.** Nous pouvons donc penser que cette hypothèse est plausible. L'extension de l'étude d'un point de vue national, pourrait la confirmer.

3. Considération de l'orthogénie par les sages-femmes

Etudions alors notre dernière hypothèse : les sages-femmes considèrent que cette pratique n'est pas de leur domaine.

Intéressons-nous plus particulièrement à la place que ces professionnelles s'attribuent en matière d'orthogénie. En effet, les différences de pratiques peuvent aussi s'expliquer par la vision que les sages-femmes ont, individuellement, de leur métier. Cette vision intrinsèque dépend du prisme de leurs représentations et connaissances sur l'histoire de la profession, de leur expérience professionnelle et de leurs patientes. Leur investissement en orthogénie peut aussi dépendre de leur conscience à contribuer à la cause des femmes pour l'avancée propre de la profession des sages-femmes.

3.1 Enseignement reçu chez les sages-femmes ayant une formation complémentaire

Tableau 2. Participation à une formation complémentaire selon l'enseignement reçu.

Enseignement	Formation complémentaire
Théorique	47,83% (n=22)
Pratique	6,52% (n=3)
Théorique et pratique	21,74% (n=10)
Aucun	23,91% (n=11)
Total	100% (n=46)

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressées au profil des sages-femmes ayant réalisé une formation complémentaire. En effet, la démarche faite par les sages-femmes de participer à une formation complémentaire démontre leur intérêt pour l'orthogénie. Rappelons que sur nos 173 réponses, 26,59% (n=46) sages-femmes en ont bénéficié : 47,83% (n=22) ont reçu une formation théorique lors de leur formation initiale, 23,91% (n=11) qui n'ont jamais reçu d'enseignement, 21,74% (n=10) ont reçu un enseignement théorique et pratique et 6,52% (n=3) n'ont reçu qu'un enseignement pratique. Quant aux 72,25% (n=125) de sages-femmes n'ayant pas reçu de formation complémentaire, 64% (n=80) seraient intéressées pour en suivre une, 35,20% (n=44) ne le sont pas et 0,80% (n=1) n'a pas donné de réponse.

Il serait intéressant de connaître leurs motivations à réaliser une formation complémentaire : insuffisance de formation initiale ou souhait de s'investir davantage en orthogénie.

D'après le test de Chi², nous ne retrouvons pas de différence significative ($p=0,63$) entre le fait d'avoir reçu un enseignement (théorique et/ou pratique) ou non et le fait d'avoir participé à une formation complémentaire. Les profils des sages-femmes réalisant une formation complémentaire sont variés, nous laissant penser que l'intérêt pour l'orthogénie peut se développer chez toute sage-femme. De plus, le fait que plus de la moitié des sages-femmes, sans formation complémentaire, soit intéressée pour en bénéficier laisse penser que ces professionnelles souhaitent s'investir dans la pratique de l'IVG.

3.2 Raisons de la satisfaction de la prise en soins des sages-femmes et pratique actuelle

Intéressons-nous à la satisfaction qu'ont nos sages-femmes selon leur prise en soins des IVGM. Rappelons qu'elles sont 41,62% ($n=72$) satisfaites, 42,77% ($n=74$) à ne pas l'être et 15,61% ($n=27$) qui n'ont pas répondu et que 39,88% ($n=69$) pratiquent et 60,12% ($n=104$) ne pratiquent pas.

Tableau 3. Satisfaction des SF selon leur prise en soins des IVGM.

<i>Satisfaites</i>				
<i>Pratique actuelle</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Sans réponse</i>	<i>Effectif</i>
<i>Oui</i>	66,67% (n=46)	31,88% (n=22)	1,45% (n=1)	100% (n=69)
<i>Non</i>	25,00% (n=26)	50,00% (n=52)	25,00% (n=26)	100% (n=104)
<i>Total</i>	N=72	N=74	N=27	N=173

Parmi les 69 sages-femmes qui pratiquent des IVGM :

- 66,67% ($n=46$) sont satisfaites pour les raisons suivantes : un bon retour de leurs patientes ($n=5$) ; un travail en réseau avec les ES ($n=4$), une prise en soins globale ($n=2$), une facilité d'accès ($n=2$). Les sages-femmes parlent également de « *service rendu aux femmes* » ($n=1$), « *d'être utile* » ($n=1$) ainsi que d'être « *le premier maillon de la chaîne* » ($n=1$) ;
- 31,88% ($n=22$) sont insatisfaites pour les raisons suivantes : le manque de temps pour l'accompagnement ($n=5$), la réalisation d'une prise en soins incomplète ($n=4$), le manque de formation ($n=3$), la prise en soins lourde mentalement ($n=1$). De plus, trois sages-femmes ont mentionné le fait de devoir réaliser des IVGM tardives (entre 14 et 16SA) en salles de naissance ($n=3$) et

sont insatisfaites que ce soit pour le vécu des femmes : « *Faire subir une expulsion voie basse en salle avec les bruits pendant plusieurs heures* », « *les IVG tardives en SDN à côté des bébés* » ou bien concernant leur pratique « *pas de protocole clair* », « *Aucune information ni consentement des SF en SDN, IVGM tardives imposées du jour au lendemain. Ça pose problème à certaines.* », « *Je trouve incroyable que la prise en charge des IVG tardives en SDN ait été imposée aux SF de salle sans concertation préalable.* »

- 1,45% (n=1) n'ayant pas répondu.

Parmi les 104 sages-femmes qui ne pratiquent pas d'IVGM :

- 25% (n=26) sont satisfaites par l'organisation d'une prise en soins rapide par les établissements de santé ou par des consœurs (n=12).
- 50% (n=52) sont insatisfaites pour les raisons suivantes : le fait de ne pas prendre en soins d'IVGM (n=15), les difficultés de conventionnement (n=7), le manque de formation (n=6), les rendez-vous difficiles à obtenir pour les patientes (n=4), ainsi que le manque de temps (n=1) et le vécu personnel (n=1). Certaines souhaitent réaliser des IVGM (n=4), afin de lutter contre le retard de prise en soins (n=3) ;
- 25% (n=26) n'ayant pas répondu.

Nous constatons donc que la satisfaction de sages-femmes concernant la prise en soins de l'IVGM est grandement perfectible, non seulement pour celles qui la pratiquent mais aussi pour celles qui ne la pratiquent pas ou pas encore, faute de possibilités ; révélant la nécessité de développer les champs d'actions des sages-femmes face à la demande de soins orthogéniques, ainsi que les conditions adaptées à leur réalisation.

3.3 Place de la sage-femme dans la prise en soins de l'IVG

Rappelons que 95,38% (n=165) des sages-femmes de notre étude pensent « totalement » que la sage-femme a sa place dans la prise en soins de l'IVG, 3,47% (n=6) pensent que « pas vraiment » et 2 personnes n'ont pas répondu.

Les sages-femmes le pensant « totalement » l'explique en grande partie par l'inclusion de cet acte dans la vie génésique des femmes (n=40). De plus, ces professionnelles permettent une facilité d'accès aux soins (n=12), « *un gain de temps pour la patiente* » en « *augmentant l'accès et l'offre* », un rôle « *d'accompagnement* »

(n=8) ; « *les femmes se sentant bien plus entourées qu'à l'hôpital* » (n=1). Certaines déclarent que cette pratique fait partie de leurs compétences (n=7) et qu'elles en ont « *le bagage théorique et pratique nécessaire* » (n=1). Etant une « *personne ressource* » (n=1), ainsi qu'une « *interlocutrice privilégiée* » (n=1) et « *de premier recours* » (n=1).

Parmi les six professionnelles ayant répondu « pas vraiment », une d'elle déclare « *Je ne considère pas l'IVG comme la vocation et le rôle ou la place première des sages-femmes. J'ai embrassé cette carrière pour prendre soin des femmes, principalement lorsqu'elles donnent la vie...* ». D'autres disent que « *les médecins trouvent les sages femmes quand ça arrange...pour ce qui ne les intéressent pas* », une pense que « *les compétences des sages- femmes ne cessent d'être élargies, ce n'est pas le domaine qui me semble essentiel à développer* » et une pense que « *la formation initiale est insuffisante et le cadre peu adapté* ».

Certaines sages-femmes expriment leur changement d'avis au sujet de l'IVG : « *J'ai longtemps hésité, pensant que le rôle de la sage-femme est de donner la vie.* », « *Je n'étais pas pour en 2016 mais j'ai vu quelques-unes de mes patientes dans une telle détresse que j'ai complètement changé de point de vue* ». D'autres ne sont pas pour l'élargissement de leurs compétences : « *Pour l'IVG chirurgicale, je ne pense pas du tout par contre nous ne sommes pas médecins* », « *Je pense qu'il faut se restreindre aux IVGM et pas chirurgicale.* »

Ces réponses nous montrent que, dans l'ensemble, les sages-femmes considèrent l'orthogénie comme partie intégrante de leur profession. Les chiffres sont même en faveur d'une unanimité.

Pour autant, les arguments développés se révèlent très binaires et contrastés : périnatalité versus santé génésique et sexuelle. En effet, ce sondage permet d'obtenir un panel de réponses, riches, profondes et essentielles, relatives au sens fondamental donné à leur travail, ainsi qu'à leur relation aux patientes.

Ainsi, la compétence orthogénique peut paraître particulièrement clivante.

3.4 Qualification du rôle de la sage-femme dans l'IVGM

Rappelons que les termes les plus employés pour qualifier leur rôle par les sages-femmes dans l'IVGM sont : « *accompagnement* » (n=28), « *soutien* » (n=16), « *essentiel* » (n=16), « *primordial* » (n=10) permettant un « *accès aux soins de*

proximité » (n=10). Mais aussi « *prévention* » (n=9), « *bienveillant* » (n=8), « *écoute* » (n=8), « *important* » (n=7), « *indispensable* » (n=6), « *utile* » (n=4) et « *fondamental* » (n=3). Une autre dit que c'est une « *partie intégrante de la fonction de sage-femme* » et que cette dernière « *a un rôle complet dans l'IVG. Son accompagnement est total : médical mais aussi psychologique.* »

Cependant pour certaines sages-femmes il reste « *à développer* » (n=1), « *à homogénéiser* » (n=1) et « *inadapté* » (n=1). Des sages-femmes soulignent des difficultés : une dit que la profession n'est « *pas assez mise en avant* », une autre qu'« *il faut encore avancer sur les accords avec les hôpitaux* ». Pour une, il n'y a « *pas assez de postes pour les sages-femmes concernant les IVGM au sein des établissements de santé* ».

Les interrogées sont quasiment unanimes sur la qualité de la prise en soins amenée par la sage-femme en matière d'orthogénie, de par son positionnement central dans la santé des femmes ainsi que ses compétences médicales et relationnelles. Elles soulèvent la problématique de la place qui leur est plus ou moins confiée dans la prise en soins des IVGM.

3.5 Physiologie ou pathologie de la vie reproductive des femmes

Nous avons aussi interrogé nos professionnelles concernant leur inclusion de l'IVG dans la physiologie ou la pathologie de la vie reproductive des femmes.

En effet, la sage-femme, « *gardienne de la physiologie* », adresse ses patientes à un médecin en cas de pathologie.

77,46% (n=134) considèrent cet acte comme physiologique, plusieurs comme un droit (n=9) « *à soutenir coûte que coûte* », auquel il est « *normal d'avoir accès* ». Pour plusieurs, l'IVG est « *un événement de vie* » dans le parcours d'une femme, pouvant « *arriver à tout le monde* » car « *la contraception n'est jamais efficace à 100%* », « *une vie de femme est longue, une grossesse inopinée peut arriver* », cela relève de « *la vie génésique des femmes* » ou encore « *de la compétence reproductive des femmes* ».

17,91% (n=31) considèrent cet acte comme pathologique. Pour plusieurs d'entre elles, l'IVG est la conséquence d'un « *échec de la contraception* » (n=6), pour d'autre, due à un échec de prévention par les professionnels de santé (n=4) et pour une : « *un aléa qui devrait arriver le moins possible* ».

Pour certaines sages-femmes l'IVG ne peut être qualifié ni de physiologique, ni de pathologique : « *L'IVG n'est pour sûr pas un acte physiologique !! Mais je ne considère pas cela comme une pathologie non plus...* », « *Ces termes ne sont pas à appliquer pour parler d'IVG.* » Une parle de « *pathologie induite* », une autre choisit « *pathologique par élimination de la physiologie* », pour une, l'IVG « *va à l'encontre de la physiologie* » et enfin une déclare « *On impose quelque chose au corps alors qu'il était prêt à faire le contraire.* »

4,63% (n=8) personnes n'ont pas souhaité répondre à cette question.

Nous pouvons donc présumer que certaines sages-femmes voient difficilement leur rôle en matière d'IVG si elles considèrent cet acte comme pathologique.

Dans l'ensemble, les sages-femmes placent l'IVG dans le domaine de la physiologie ; par conséquent, comme partie intégrante de la vie génésique des femmes, où leur champ de compétence peut s'étendre. Ces résultats rejoignent la considération légitime de leur place en orthogénie.

3.6 Élargissement des compétences orthogéniques

Enfin, nous avons recueilli l'avis des sages-femmes sur l'élargissement de leur champ de compétences orthogéniques. Telle l'IVG instrumentale, depuis la loi de mars 2022, visant à renforcer le droit à l'avortement, dont les décrets d'applications sont en attente. En effet, cette compétence est actuellement au stade expérimental. Notre population y est à 49,71% (n=86) défavorable. Ce qui fait écho au clivage décrit précédemment (cf. 3.3).

En ce qui concerne la réalisation de l'entretien préalable à la stérilisation contraceptive, 73,41% (n=127) de nos sages-femmes y sont favorables de façon congruente avec leur intérêt pour la santé génésique des femmes.

Par ailleurs, 99,42% (n=172), soit la quasi-totalité, des sages-femmes de notre échantillon est favorable à l'élargissement des compétences en matière de prévention et d'éducation à la sexualité et à la vie affective. Ces réponses sont encourageantes, en espérant que la place soit laissée puis prise par les sages-femmes afin que ces dernières puissent participer à cet enjeu de santé publique. Cela permettrait également de faire connaître la profession et ses compétences à l'ensemble de la population.

Les sages-femmes portent une attention très particulière à la prévention.

→ Notre étude révèle la considération que portent les sages-femmes à la santé globale et génésique de leurs patientes, ne validant pas notre hypothèse.

II. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

1. Les forces

Parmi les forces de notre étude nous retrouvons la diversité de notre population, selon l'année d'obtention du diplôme, le département d'exercice, les profils des sages-femmes, exerçant en libéral ou dans tous types de maternité et dans tous type de services.

De plus, l'IVG est un sujet à débat, nous l'avons vu, au niveau politique. Mais l'est tout autant au sein même de la profession sage-femme. La force de cette étude réside dans le développement de réponses aux questions ouvertes sur la perception des sages-femmes de l'orthogénie et de leur place dans ce domaine, qui se révèle en effet source de réflexions et de questionnements.

2. Les limites

Notre travail présente différents biais. Tout d'abord, bien que 173 réponses aient pu être interprétées, cela représente 8,86% de notre population cible de 1953 sages-femmes exerçant en libéral et/ou en établissement de santé dans le Grand-Est, ce qui reste peu représentatif.

De plus, le format questionnaire présente une limite car on ne peut s'assurer de sa bonne compréhension ou clarifier certaines réponses.

D'autre part, d'après les chiffres de la DREES, notre étude était censée toucher 25,24% sages-femmes libérales, 67,03% sages-femmes travaillant en établissement de santé (public ou privé) et 7,73% en exercice mixte. Or nous incluons 60,11% de sages-femmes libérales, 36,42% de sages-femmes en établissements et 3,47% en mixte. Cette quasi-inversion manque de représentativité par rapport à la population cible. Elle peut s'expliquer par le fait que les sages-femmes libérales ont été contactées individuellement via leur e-mail. Alors que, les sages-femmes en établissement de santé ont reçu un lien global les sollicitant pour une dizaine de questionnaires, via leur coordination. Malgré une relance supplémentaire à leur destination, leur taux de participation reste moins élevé.

III. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES

1. Renforcement de la formation initiale

Lors de notre étude, nous avons porté une attention aux enseignements reçus par les sages-femmes lors de leur formation initiale. En effet, après que l'IVGM ait été rajoutée à leur compétence, la quasi-totalité des sages-femmes ont reçu un enseignement théorique sur cet acte. Mais l'enseignement pratique reste trop peu développé, part pourtant essentielle à la formation permettant aux futures diplômées de prendre connaissance de la richesse de la profession sage-femme.

Le 25 janvier 2023, la loi n° 2023-29 visant à faire évoluer la formation de sage-femme (100) voit la création d'un troisième cycle, c'est-à-dire une sixième année d'étude diplômant du titre de docteur en maïeutique. Permettant alors aux étudiant.e.s de préciser leur projet professionnel en bénéficiant de semaines de stage supplémentaires. Nous pouvons donc supposer que les futures sages-femmes seront davantage sensibilisées et formées à l'orthogénie. Selon notre étude, les principaux thèmes à approfondir sont : le délai légal de l'IVGM en établissement de santé, les caractéristiques de l'entretien psycho-social, les points abordés en consultation pré-IVG et post-IVG ainsi que les conditions de réalisation d'une IVG à domicile.

2. Débat (re)fondeur autour de la profession

Pour faire écho des réponses de nos sondées, représentant un faisceau varié d'arguments de natures diverses : histoire, droit, anthropologie, sociologie ou encore philosophie, il serait alors intéressant de proposer un débat fédérateur autour du sens donné à la profession sage-femme, à la croisée de toutes ces disciplines.

Depuis toujours elle ne cesse de se redéfinir, que ce soit par son large champ d'action mais également par son large champ lexical : *accoucheuse, matrone, maïeuticienne, obstétricienne, ventrière, faiseuse d'ange* ou *avorteuse* ; la profession est en perpétuel mouvement.

A l'instar -en micro- des colloques « *Qui est la sage-femme ?* » (2014) et, « *Où est la sage-femme ?* » (2015), organisés par l'association « *Je suis la sage-femme* ». (101) Il s'agirait alors de redéfinir -en macro- la profession en proposant un débat (re)fondeur, sous forme d'une discussion générale proposée à toute la profession : vers une harmonisation de la profession sage-femme en France.

Cet évènement pourrait être impulsé par le Conseil National Professionnel des Sages-Femmes (CNP-SF), regroupant divers organismes représentatifs de la

profession tel que le Collège National des Sages-femmes (CNSF), la Société Française de Maïeutique (SFMA), deux représentants syndicaux ainsi que plusieurs associations de sages-femmes (orthogénistes, coordinatrices, libérales, territoriales, acupunctrices...) et permettant leur mutualisation.

En 2022, une étude du CNOSF sur la dégradation de la santé sexuelle et reproductive des femmes (102), souligne la nécessité d'une amélioration de la lisibilité de la profession :

(...), les sages-femmes, malgré des conditions de travail difficiles, jouent un rôle essentiel pour protéger la santé sexuelle et reproductive des femmes. Elles sont dès lors indispensables pour garantir l'autonomie et l'émancipation des femmes (...) se mobiliser pour les sages-femmes, c'est se mobiliser pour toutes les femmes.

3. Implication des sages-femmes dans l'offre de soins orthogénique

Comme nous l'avons vu précédemment, parmi les freins à la pratique de l'IVG par les sages-femmes, nous retrouvons celui de la place qui ne leur serait pas confiée dans ce domaine, en établissement de santé ou en libéral. Il est donc impératif que l'Etat permette aux compétences orthogéniques des sages-femmes d'être reconnues et déployées sur l'ensemble du territoire ; de surcroît et urgemment, dans des conditions adaptées et dédiées.

De plus, la sage-femme représente une valeur ajoutée du fait de ses larges compétences. Autrefois « avorteuse » elle est devenue « orthogéniste ». Le mot **orthogénie**, d'origine grecque et permettant la régulation des naissances. (103) Cela correspond à la **science** de la contraception et des méthodes d'interruption volontaire de grossesse. Le biologiste et docteur en médecine, Etienne-Emile Baulieu, ayant mis au point le RU486 déclarait : « *La science et les femmes sont deux composantes, deux facteurs de la vie au XXe siècle qui sont majeurs, il est bien évident que quand la science offre aux femmes une nouvelle liberté cela dérange l'ordre établi.* » (23)

On observe un réel paradoxe : le potentiel représenté par les sages-femmes à la prise en soins de l'IVGM, d'un côté, et le manque réel de praticien.e.s, de l'autre. Il devient indispensable de décliner les possibilités d'implication, légitimes, ainsi que la mise en pratique immédiate des compétences orthogéniques des sages-femmes, s'imposant face aux incontestables difficultés d'accès à l'IVG des femmes sur le territoire.

Conclusion

Depuis l'ajout de la pratique de l'IVGM au champ de compétences des sages-femmes, en 2016, les écoles de maïeutique se sont adaptées et la majorité des diplômées depuis 2017 ont reçu un enseignement théorique. Leurs prédécesseuses ont dû, pour s'ajuster, réaliser une formation complémentaire en orthogénie.

Par ailleurs, un manque de formation pratique à cet acte se fait ressentir sur l'ensemble de notre population sondée, pouvant expliquer une implication encore trop faible des sages-femmes dans la prise en soins des IVGM.

Les connaissances générales sur l'IVG restent insuffisantes, indépendamment de l'année d'obtention du diplôme, correspondant à un manque de pratique de l'acte. Cette dernière n'est pas influencée par l'enseignement reçu. Les sages-femmes, quel que soit leur mode d'exercice, libéral ou en établissement de santé, expriment des moteurs communs à la pratique de l'IVGM mais des freins différents, individuels ou externes. Cette prise en soins est davantage observée chez les sages-femmes exerçant en établissement de santé, quand la possibilité leur est accordée. La grande partie des autres expriment la volonté de s'y investir davantage. Tout comme les libérales, confrontées aux difficultés de conventionnement.

La majorité des professionnelles de notre étude considère que l'orthogénie fait partie de son domaine et est unanime quant à la qualité de la prise en soins apportée par une sage-femme. Toutefois, un discours assez binaire se révèle concernant l'élargissement de leurs compétences, faisant apparaître un certain clivage quant au sens et à la représentation du métier.

L'implication en orthogénie chez les sages-femmes n'est pas immédiat, c'est souvent un cheminement qui permet de développer cette compétence. Comme le déclare l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO), s'inspirant de Simone de Beauvoir : « *On ne naît pas orthogéniste, on le devient.* »

Il serait intéressant d'évaluer les questionnements de notre échantillon, à l'échelle nationale pour une analyse plus largement représentative.

Il serait important de réaliser un état des lieux de l'accessibilité de la pratique de l'orthogénie, par les sages-femmes, en France. Il s'agirait de recenser la présence ou l'absence de sages-femmes dans l'ensemble des centres d'orthogénie du territoire et d'en identifier les facteurs déterminants.

Effectivement, le seul sujet n'est pas l'intérêt des sages-femmes pour cette activité mais la possibilité de déployer leurs compétences dans ce domaine.

Comme nous avons pu le voir, l'organisation du parcours d'IVG est dépendante du contexte structurel. Certains établissements de santé ont opté, pertinemment et avec succès qualitatif, pour une prise en soins par les sages-femmes. Modèle potentiellement reproductible.

A une plus grande échelle, il serait ambitieux de réaliser une recherche sur les leviers de prévention de santé en France. Comme nous avons pu le voir dans notre étude, les sages-femmes accordent une attention particulière à la prévention. En 2018, E. Macron appelait les soignants à « *une révolution de la prévention, qui ferait résolument passer notre système et vos pratiques d'une approche curative à une approche préventive.* » (104) Notre étude révèle que les sages-femmes y sont prêtes, ayant même déjà intégré et devancé cette nécessité ; leur posture étant ainsi innovante en soi.

En effet, l'orthogénie ne se réduit pas à l'IVG mais aussi à l'éducation à la vie affective et à la santé sexuelle. Les sages-femmes y ont toute leur légitimité.

Enfin, le déploiement de leur investissement permettrait une mise en œuvre de leurs si larges compétences, participant alors au choc d'attractivité tant attendu pour la profession. (105)

Références bibliographiques

1. Légifrance. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse [Internet]. [cité le 7 mars 2023] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000700230/>
2. DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021 [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-la>
3. Légifrance. Article 127 - Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000031913761/
4. Assemblée Nationale. Rapport de la commission des lois sur la proposition de loi constitutionnelle de Mme Mathilde Panot et plusieurs de ses collègues visant à protéger et à garantir le droit fondamental à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [Internet]. [cité 22 mars 2023]. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/rapports/cion_lois/l16b0488_rapport-fond
5. Lejeune C. La loi de Hammourabi. Bull Mém Société Anthropol Paris. 1910;1(1):500-11.
6. Encyclopédie de l'Histoire du Monde. King A. Planification Familiale dans l'Antiquité Gréco-Romaine [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.worldhistory.org/trans/fr/2-2024/planification-familiale-dans-lantiquite--greco-rom/>
7. Légifrance. Article 317 - Code pénal (ancien) [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006490192/1984-01-01
8. Assemblée Nationale. La marche vers la loi [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www2.assemblee-nationale.fr/14/evenements/2015/anniversaire-loi-veil/la-marche-vers-la-loi>
9. Nisand I, Araújo-Attali L, Schillinger-Decker AL. Historique et législation de l'interruption volontaire de grossesse. Paris, France. Presses Universitaires de France. 2012 ; p5-20.
10. Ligue des Droits de l'Homme. Comment on a libéré l'avortement : tout une histoire [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://site.ldh-france.org/paris20/files/2012/05/Avortement-une-histoire.pdf>
11. Marguet L. Les lois sur l'avortement (1975-2013) : une autonomie procréative en trompe-l'œil ? Rev Droits Homme. Juin 2014 ; (5)
12. Gauthier X. Paroles d'avortées : Quand l'avortement était clandestin. Paris, France. Éditions de La Martinière. 2004. 272p.
13. 8mars. Création de la Maternité Heureuse [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <http://8mars.info/creation-de-la-maternite-heureuse>
14. Gouvernement. Vote définitif de la loi Neuwirth autorisant la contraception en France [Internet]. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/partage/9837-50e-anniversaire-du-vote-de-la-loi-neuwirth>

15. Humanite. En mars 1972, une pilule pas facile à faire passer [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.humanite.fr/culture-et-savoirs/pilule/en-mars-1972-une-pilule-pas-facile-faire-passer-744020>
16. Sinard A. Avant la loi Veil, le coup d'éclat des 343 « salopes » [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/avant-la-loi-veil-le-coup-d-eclat-des-343-salopes-6591540>
17. Choisir la cause des femmes. Choisir à travers le temps [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.choisirlacausedesfemmes.org/choisir/>
18. Zancarini-Fournel M. Histoire(s) du MLAC (1973-1975). *Clio Femmes Genre Hist.* Nov 2003;(18):241-52.
19. Vie Publique. 1972 : les procès de Bobigny [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/287131-les-proces-de-bobigny-1972-pour-avortement-gisele-halimi>
20. Le Naour JY, Valenti C. Histoire de l'avortement XIXe-XXe siècle. Paris, France. Seuil. 2003.
21. HCE (Haut Conseil de l'Egalité). Rapport relatif à l'accès à l'IVG Volet 1 : Information sur l'avortement sur Internet [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : https://haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce-rapport_ivg_et_internet_20130912_version_adoptee-3.pdf
22. Légifrance. Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure [Internet]. [cité le 7 mars 2023] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000704429/>
23. Arte. L'autre pilule, un combat pour les femmes [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.arte.tv/fr/videos/049808-000-A/l-autre-pilule-un-combat-pour-les-femmes/>
24. Sénat. Lutte contre l'entrave à l'interruption volontaire de grossesse [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/questions/base/1999/qSEQ990415534.html>
25. Légifrance. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [Internet]. [cité le 7 mars 2023] Disponible sur : <https://legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631/>
26. Légifrance. Décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : partie Réglementaire) [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000803677>
27. Iv.gouv. Le droit à l'avortement [Internet]. [cité le 12 mars 2023]. Disponible sur : <http://ivg.gouv.fr/le-droit-lavortement>
28. DUPORT A. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 facilitant l'accès l'IVG [Internet]. [cité le 15 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.genethique.org/loi-n-2016-41-du-26-janvier-2016-facilitant-lacces-livg/>

29. Légifrance. Loi n° 2017-347 du 20 mars 2017 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse. [Internet]. [cité le 7 mars 2023] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034228048/#:~:text=%C2%AB%20Art.,pr%C3%A9vus%20par%20les%20articles%20L.>
30. Légifrance. LOI n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement [Internet]. [cité le 7 mars 2023] Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287560>
31. Sénat. Proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement [Internet]. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/120-263/120-2634.html>
32. Vie Publique. Proposition de loi constitutionnelle visant à protéger et à garantir le droit fondamental à l'interruption volontaire de grossesse [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/loi/287299-proposition-de-loi-droit-ivg-dans-la-constitution>
33. Public Sénat. IVG dans la Constitution : « Le gouvernement doit sortir du bois », appelle Philippe Bas [Internet]. [cité 12 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.publicsenat.fr/article/politique/ivg-dans-la-constitution-le-gouvernement-doit-sortir-du-bois-appelle-philippe-bas>
34. LaCroix. IVG : Emmanuel Macron annonce une loi pour inscrire l'avortement dans la Constitution [Internet]. [cité 12 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.la-croix.com/France/IVG-Emmanuel-Macron-annonce-loi-inscrire-lavortement-Constitution-2023-03-08-1201258284>
35. Amnesty International. L'avortement est un droit humain [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.amnesty.org/fr/what-we-do/sexual-and-reproductive-rights/abortion-facts/>
36. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Avortement [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
37. HAS (Haute Autorité de Santé) Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [Internet]. [Cité le 7mars 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/reco406_recommandations_ivg_medicamenteuse_mel.pdf
38. CNGOF (Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France). Recommandations pour la pratique clinique - L'interruption volontaire de grossesse [Internet]. [cité le 7 mars 2023]. Disponible sur : https://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Clinique/RPC/RPC%20COLLEGE/2016/RPC_2016_IVG.pdf
39. HAS (Haute Autorité de Santé). Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse - Mise à jour [Internet]. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223429/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse-mise-a-jour
40. ivg.gouv. Interruption volontaire de grossesse - Dossier guide [Internet]. [cité 12 mars 2023]. Disponible sur: https://ivg.gouv.fr/sites/ivg/files/2023-02/Guide%20IVG%202023_WEB.pdf

41. ARS (Agence Régionale de Santé). Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse hors établissement de santé - Livret d'information à l'attention des médecins et des sages-femmes [Internet]. [cité 11 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.martinique.ars.sante.fr/media/105916/download?inline>
42. Légifrance. Chapitre II : Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse (Articles R2212-1 à R2212-19) [Internet]. [cité 12 mars 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178547/#LEGISCTA000006178547
43. Vidal. L'IVG : possible au domicile jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/actualites/29798-l-ivg-possible-au-domicile-jusqu-a-9-semaines-d-amenorrhée.html>
44. Libération. Moullot P. Comment les anti-IVG détournent les études scientifiques [Internet]. [cité 12 mars 2023]. Disponible sur : https://www.liberation.fr/desintox/2016/12/01/comment-les-anti-ivg-detournent-les-etudes-scientifiques_1532339/
45. Faucher P. Complications de l'interruption volontaire de grossesse. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Dec 2016 ; 45 (10): 1536-1551.
46. Santé.gouv. Dossier de presse - Loi de modernisation de notre système de santé - 28 janvier 2016 [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf
47. Vie Publique. Loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/loi/276586-loi-2-mars-2022-renforcer-droit-avortement-delai-porte-14-semaines>
48. Service Public. Allongement du délai légal de l'IVG à 14 semaines de grossesse [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15545>
49. ANCIC (Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception). L'entretien pré-IVG: Mettre en mots, penser les actes [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <http://www.avortementancic.net/spip.php?article399>
50. Nisand I. L'IVG en France - Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes - Février 1999 [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/994000389.pdf
51. Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14 : estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet. nov 2017;390(10110):2372-81.
52. Leparisien. Véronique Séhier. « Une femme meurt toutes les 9 minutes d'un avortement clandestin dans le monde.» [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.leparisien.fr/societe/veronique-sehier-une-femme-meurt-toutes-les-9-minutes-d-un-avortement-clandestin-dans-le-monde-20-05-2018-7725984.php>
53. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). 25 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués dans le monde chaque année [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortion-occur-each-year>

54. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion : estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. sept 2020 ;8(9):e1152-61.
55. Lemonde. Droit à l'avortement : dans quels pays est-il interdit, restreint ou menacé ? [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/international/article/2022/06/24/droit-a-l-avortement-dans-quels-pays-est-il-interdit-restreint-ou-menace_6131918_3210.html
56. Guillaume A, Rossier C. L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. *Population*. 2018;73(2):225-322.
57. Radiofrance. Avortement : les Italiennes face à l'objection de conscience [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/grand-reportage/avortement-les-italiennes-face-a-l-objection-de-conscience-6640836>
58. Public Sénat. La Cour suprême américaine révoque le droit à l'avortement : « une catastrophe pour les droits des femmes », selon Laurence Rossignol [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.publicsenat.fr/article/politique/la-cour-supreme-americaine-revoque-le-droit-a-l-avortement-une-catastrophe-pour>
59. Statista. Nombre d'avortements en France [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://fr.statista.com/statistiques/507527/evolution-nombre-interruptions-volontaires-de-grossesse-france/>
60. DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). 232 200 interruptions volontaires de grossesse en 2019, un taux de recours qui atteint son plus haut niveau depuis 30 ans [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiqu-de-presse/232-200-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2019-un-taux-de-recours-qui>
61. INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Contraception et IVG – Femmes et hommes, l'égalité en question [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047757?sommaire=6047805#tableau-figure2>
62. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Popul Soc* 2004 ; n407.
63. Assemblée Nationale. Rapport d'information déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse [Internet]. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/l15b3343_rapport-information
64. Vie Publique. La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/rapport/30908-la-prise-en-charge-de-linterruption-volontaire-de-grossesse>
65. HAS (Haute Autorité de Santé). IVG médicamenteuse jusqu'à 9 semaines : pérenniser ce droit pour les femmes [Internet]. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3260865/fr/ivg-medicamenteuse-jusqu-a-9-semaines-perenniser-ce-droit-pour-les-femmes

66. Vie Publique. IVG : moins d'interruptions volontaires de grossesse en 2020 [Internet]. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/en-bref/281809-ivg-moins-dinterruptions-volontaires-de-grossesse-en-2020>
67. Planning Familial. Avortement [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/avortement-100>
68. HCE (Haut Conseil de l'Egalité). Rapport relatif à l'accès à l'IVG Volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires [Internet]. [cité 12 mars 2023]. Disponible sur : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ivg_volet2_v10-2.pdf
69. INED (Institut National d'Etudes Démographiques). Évolution du taux de recours à l'IVG [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/legere-augmentation-taux-de-recours-ivg/>
70. ICM (International Confederation of Midwives). Les origines de la profession de sage-femme [Internet]. [cité 12 mars 2023]. Disponible sur : <https://internationalmidwives.org/fr/nouvelles/les-origines-de-la-profession-de-sage-femme.html>
71. Europeana. La contraception dans l'Antiquité [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.europeana.eu/fr/exhibitions/the-pill/contraception-in-ancient-history>
72. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Histoire de l'accouchement en Occident : évolution des connaissances, techniques, croyances, rites et pratiques professionnelles au travers des âges. *Devenir*. 2018 ;30(4):399-417.
73. Morel MF. Jacques Gélis, La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie. *Annales*. 1991 ;46(3):636-40.
74. Gélis J. La formation des accoucheurs et des sages- femmes aux XVIIe et XVIIIe siècles. Evolution d'un matériel et d'une pédagogie. *Ann Démogr Hist*. 1977 ;1977(1):153-80.
75. Université de Poitiers. L'avortement de l'Ancien Régime au XIXe siècle en France [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <http://regards-enfance.edel.univ-poitiers.fr/lavortement-de-lancien-regime-au-xixe-siecle-en-france-h-morel/>
76. Chollet M. Sorcières - La puissance invaincue des femmes. Paris, France. La Découverte. 2018. 230p
77. TechnoScience. Sage-femme - Étymologie du terme [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.techno-science.net/glossaire-definition/Sage-femme-page-3.html>
78. Le Mée R. Une affaire de « faiseuses d'anges » à la fin du XIXe siècle. *Communications*. 1986 ;44(1):137-74.
79. Sohn AM. Chapitre 12. Maîtriser sa fécondité : une conquête féminine. In: *Chrysalides Volumes I et II : Femmes dans la vie privée (xixe-xxe siècles)*. Paris, France. Editions de la Sorbonne. 2021. p 803-908
80. Gallica. Que toute femme choisisse elle-même sa destinée ! Le droit à l'avortement avant la loi Veil [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://gallica.bnf.fr/blog/15012021/que-toute-femme-choisisse-elle-meme-sa-destinee-le-droit-lavortement-avant-la-loi-veil?mode=desktop>

81. Éveline VH. Le docteur Lamaze met au point l'accouchement psychoprophylactique dit sans douleur [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : https://francearchives.gouv.fr/fr/pages_histoire/40009
82. Knibiehler Y. Accoucher - Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle. Paris, France. Presses de l'EHESP. 2016. 200 p.
83. DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). Les établissements et les professionnels réalisant des IVG [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-etablissements-et-les-professionnels-realissant-des-ivg-0>
84. Légifrance. Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021. [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042665307>
85. CNOSF (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes). Plaidoyer du CNOSF pour une pleine compétence orthogénique des sages-femmes [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/plaidoyer-du-cnssf-pour-une-pleine-competence-orthogenique-des-sages-femmes/>
86. CNOSF (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes). Référentiel métier 2010 [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>
87. Sénat. Proposition de loi - Faire évoluer la formation de sage-femme [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/lessentiel/ppl21-224.pdf>
88. CNOSF (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes). Liste des titres de formations que le CNOSF autorise à mentionner sur les plaques, annuaires et imprimés professionnels [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2018/03/Mise-%C3%A0-jour-Mars-2018.pdf>
89. CNOSF (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes). Nombre de sages femmes par genre en France au 01/01/2017 [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/11/Nombre-de-SF-par-genre.pdf>
90. MACSF (Mutuelle d'Assurance du Cors de Santé Français). La clause de conscience des médecins en 5 questions [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.macsfr.fr/responsabilite-professionnelle/relation-au-patient-et-deontologie/clause-de-conscience-medecins>
91. Code Santé Publique. Code de la santé publique - Article R4127-328 [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.codes-et-lois.fr/code-de-la-sante-publique/article-r4127-328>
92. Légifrance. Chapitre Ier : Conditions d'exercice. (Articles L4151-1 à L4151-10) [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171285/
93. Légifrance. Arrêté du 27 octobre 2022 fixant la liste des établissements de santé autorisés à participer à l'expérimentation portant sur l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046520587>

94. Légifrance. Arrêté du 30 décembre 2022 fixant une seconde liste des établissements de santé autorisés à participer à l'expérimentation permettant la réalisation d'interruptions volontaires de grossesse instrumentales par les sages-femmes en établissement de santé [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046849754>
95. CNOSF (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes). Contribution relative à l'accès à l'IVG en France [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2020/01/CONTRIBUTION-DU-CNOSF-ACCES-IVG.pdf>
96. Etudiant.gouv. Études de santé : le service sanitaire [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.etudiant.gouv.fr/fr/etudes-de-sante-le-service-sanitaire-784>
97. Piquemal A, Reingewirtz S, Zantman F. L'évolution de la profession de sage-femme. [Internet]. [cité le 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-020r.pdf>
98. DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). Démographie des professionnels de santé [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
99. Légifrance. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027231825>
100. Légifrance. Loi n° 2023-29 du 25 janvier 2023 visant à faire évoluer la formation de sage-femme. [Internet]. [cité le 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047055162>
101. Conseil Départemental de l'Ordre des sages-femmes - Val d'Oise. Colloque Association Je suis la sage-femme [Internet]. [cité 9 mars 2023]. Disponible sur : <https://cdosf95.com/fr/actualite-fevrier-2015-colloque-association-je-suis-la-sage-femme--10.php>
102. CNOSF (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes) - Santé pour toutes [Internet]. [cité 15 mars 2023]. Disponible sur : https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2022/04/DOSSIER-DE-PRESSE_.pdf
103. Dictionnaire de l'Académie française [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9O0805>
104. Elysee. Discours sur la transformation du système de santé « Prendre soin de chacun » du Président de la République, Emmanuel Macron [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2018/09/18/discours-sur-la-transformation-du-systeme-de-sante-prendre-soin-de-chacun-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron>
105. CNOSF (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes). Note de réflexion du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (mars 2022) : Quelle santé pour demain ? [Internet]. [cité 24 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2022/04/Note-de-reflexion-du-CNOSF.pdf>

Annexe

Annexe 1 – Outil de recherche : questionnaire, destiné aux sages-femmes libérales et des établissements publics et privés du Grand-Est

Connaissances et pratiques des sages-femmes sur l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse dans la région Grand-Est

Madame, Monsieur,

Une recherche intitulée « *Etat des lieux des connaissances et des pratiques des sages-femmes sur l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse dans la région Grand-Est* » est actuellement en cours. L'investigateur principal de cette étude, dont l'Université de Reims Champagne Ardenne s'est portée promoteur, est Claire Wolker. Cette étude est réalisée dans le cadre du mémoire de fin d'étude de Marie KRUG, étudiante en maïeutique à l'Université de Reims Champagne Ardenne.

Vous êtes une sage-femme exerçant en établissement de santé et/ou en libéral et vous pratiquez ou non des IVG médicamenteuse. L'objectif de cette étude est de décrire les connaissances et les pratiques professionnelles concernant l'IVG médicamenteuse.

La participation à l'étude consiste à compléter un questionnaire portant sur vous et vos pratiques professionnelles. Compléter ce questionnaire vous prendra environ 10 minutes, merci de ne le remplir qu'une seule fois.

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche ou retirer votre acceptation de participation à tout moment.

Un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour analyser les données et ainsi répondre à l'objectif qui vous a été présenté. Ce traitement de données sera conforme au Règlement Général sur la Protection des Données (règlement UE 2016/679) et à la loi du 6 janvier 1978 modifiée (loi Informatique et Libertés). Les données seront conservées pendant 2 ans. Le responsable du traitement des données est l'Université de Reims Champagne Ardenne. Un délégué à la protection des données a été désigné au sein de l'Université de Reims Champagne Ardenne et vous pouvez le contacter (dpo@univ-reims.fr). Le fondement juridique de ce traitement de données réside dans l'intérêt public de conduire la recherche. Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous pouvez réaliser une réclamation concernant le traitement de données auprès de la CNIL (<https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte>).

Vous disposez également d'un droit de limitation du traitement des données. La limitation de l'utilisation des données peut être demandée lorsque l'exactitude des données personnelles est contestée ou que le traitement des données est illicite. Cette demande vaudra également lorsque les données ne sont plus nécessaires pour l'analyse des données dans le cadre de la recherche, mais qu'elles doivent être pour partie conservées afin de permettre l'exercice des droits en justice. Les données limitées ne peuvent alors être exploitées qu'avec le consentement des intéressés. Les résultats de cette étude pourront faire l'objet de communications lors de congrès médicaux et/ou être publiés dans une revue scientifique.

A la fin de l'étude, vous avez le droit d'être informé des résultats globaux de la recherche, une copie des publications vous sera envoyée sur simple demande écrite de votre part à marie.krug@etudiant.univ-reims.fr

Données socio-démographiques

Q1. Vous êtes ?

- un homme
- une femme

Q2. Quel âge avez-vous ?

Q3. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?

Q4. Dans quel(s) département(s) exercez-vous ?

- 08 - Ardennes
- 10 - Aube
- 51 - Marne
- 52 - Haute-Marne
- 54 - Meurthe-et-Moselle
- 55 - Meuse
- 57 - Moselle
- 67 - Bas-Rhin
- 68 - Haut-Rhin
- 88 - Vosges

Q5. Dans quel(s) secteur(s) exercez-vous ?

- libéral
- maternité publique
- maternité privée

Q6. De quel type est la maternité dans laquelle vous exercez ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'maternité public' *ou* 'maternité privé' à la question 5

- Type I
- Type IIA
- Type IIB
- Type III

Q7. Dans quel(s) service(s) exercez-vous ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'maternité public' *ou* 'maternité privé' à la question 5

- consultations de grossesse
- consultation de gynécologie
- séance de préparation à la naissance et à la parentalité
- salle de naissance
- suites de naissance
- grossesses à risque
- orthogénie
- centre de santé sexuelle et reproductive au sein de l'établissement de santé
- Autre :

Q8. Si vous exercez en libéral, depuis quelle année ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'libéral' à la question 5

Q9. Si vous exercez en libéral, êtes-vous conventionné.e avec un établissement de santé pour réaliser des IVG médicamenteuses ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'libéral' à la question 5

- oui
- non

Connaissances

Q10. Concernant votre formation initiale, avez-vous reçu un enseignement théorique sur l'IVG ?

- oui
- non

Q11.a) Sous quelle forme ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'oui' à la question 10

- cours magistraux
- travaux dirigés
- Autre :

Q11. b) Quelle était la durée de cet enseignement ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'oui' à la question 10

- < 2h
- 2-4h
- > 4h

Q11. c) Quels étaient les thèmes abordés ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'oui' à la question 10

- histoire de la légalisation de l'IVG
- histoire de l'avortement et de la sage-femme

- méthode médicamenteuse
- méthode instrumentale
- prise en charge psycho-social
- Autre :

Q12. Avez-vous reçu un enseignement pratique / clinique sur l'IVG ?

- oui
- non

Q13. a) Sous quelle forme ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'oui' à la question 14

- travaux pratiques
- stage obligatoire
- stage optionnel
- Autre :

Q13. b) Quelle était la durée de cet enseignement ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'oui' à la question 14

- < 2h
- 2-4h
- si stage, durée :

Q13. c) Quels étaient les thèmes abordés / actes réalisés ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'oui' à la question 14

- consultation pré-IVG
- réalisation d'une échographie de datation
- prescription des médicaments

- surveillance de patiente hospitalisée pour une IVG médicamenteuse
- surveillance de patiente hospitalisée pour une IVG instrumentale
- contraception
- dépistage IST et traitement
- consultation post-IVG
- échographie de vacuité utérine
- Autre :

Q14. Avez-vous reçu une formation complémentaire en orthogénie ?

- oui
- non

Q15. Laquelle / sous quelle forme ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'oui' à la question 18

Q16. Seriez-vous intéressé.e pour en suivre une ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'non' à la question 18

- oui
- non

Q17. Concernant l'IVGM (médicamenteuse), quel est le délai légal de réalisation (en SA) ?

- en ville :
- en établissement de santé :

Q19. L'entretien psycho-social est :

- systématiquement proposé pour toutes les patientes
- systématiquement proposé aux majeures

- obligatoire pour toutes les patientes
- obligatoire pour les mineures
- ne sait pas

Q18. L'entretien psycho-social peut être réalisé par :

- un.e sage-femme
- un.e médecin
- un.e psychologue
- un.e conseiller.ère conjugal.e
- un.e assistant.e social.e
- ne sait pas
- Autre :

Q20. Existe-il un délai de réflexion obligatoire ?

- oui, pour toutes les patientes
- oui, pour les mineures
- non
- ne sait pas

Q21. Savez-vous depuis quand les sages-femmes peuvent réaliser les IVG médicamenteuses ?

- oui
- Non

Depuis :

Q22. Quel(s) point(s) abordez-vous systématiquement lors d'une consultation **pré**-IVG?

- ATCD familiaux et personnels
- groupe sanguin rhésus
- date des dernières règles
- échographie de datation

- dosage bêta HCG
- recherche IST, chlamydia et gonocoque
- repérage des violences
- informations sur les différentes méthodes
- Autre :

Q23. Quel(s) point(s) abordez-vous systématiquement lors d'une consultation **post**-IVG ?

- saignements
- douleurs
- vécu
- échographie de vacuité utérine
- dosage beta HCG
- contraception
- Autre :

Q24. Quelles sont les conditions pour réaliser une IVGM à domicile ?

- souhait de la patiente
- patiente majeure
- présence d'un.e accompagnant.e le jour de la prise de médicament
- rester à domicile le jour de la prise des médicaments abortifs
- habiter à moins d'une heure d'un établissement de santé
- Autre :

Q25. Selon vous, à long terme une IVG pourrait entraîner :

- infertilité
- grossesse extra-utérine
- fausse couche spontanée
- menace d'accouchement prématuré
- anomalie placentaire
- cancer du sein
- trouble psychiatrique
- aucune des réponses ci-dessus

- Autre :

Q26. Concernant les limites de la prise en charge de l'IVGM par les SF, ces derniers peuvent réaliser :

	L'IVGM jusqu'à 9SA en ville et en établissement de santé	L'IVGM chez des femmes atteintes d'une pathologie (risque thromboembolique, hémorragique, insuffisance rénale, asthme)	L'IVGM sur une grossesse gémellaire
Oui			
Non			
Ne sait pas			

Q27. Comment qualifieriez-vous vos connaissances sur l'IVG ?

- adaptées
- suffisantes
- inadaptées
- insuffisantes
- Autre :

Pratiques

Q28. Avez-vous déjà pris en charge une patiente dans le cadre d'une IVGM ?

- oui
- Non

Q29. Actuellement, prenez-vous en charge des femmes dans le cadre d'IVGM?

- oui
- non

Q30. En réalisant :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'oui' à la question 34

- information de la patiente
- consultation pré-IVG
- échographie de datation
- prescription des médicaments
- administration des médicaments
- surveillance
- consultation post-IVG
- échographie vacuité utérine
- dépistage IST
- traitement IST
- prescription d'une contraception
- Autre :

Q31. Pour quelles raisons ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'non' à la question 34

- organisation de service
- conventionnement impossible
- je ne m'en sens pas capable
- croyances / raisons personnelles
- Autre :

Q32. Etes-vous satisfait.e.s de votre prise en charge des IVG ?

- oui
- non

Q33. Pourquoi ?

Déterminants

Q34. Pour vous, la sage-femme a-t-elle sa place dans la prise en charge des IVG ?
Pourquoi ?

- totalement
- pas vraiment
- pas du tout

Commentaire :

Q35. Comment qualifiez-vous le rôle de la sage-femme dans l'IVGM ?

Q36. Pour vous, quelles sont les motivations à la pratique de l'IVGM par les SF ?

- suivre la recommandation du CNOSF "la sage-femme accompagne les femmes dans leur grossesse quelle qu'en soit l'issue"
- place de la sage-femme en orthogénie et diversification des compétences
- rôle privilégié auprès des femmes
- cohérence avec le métier de sage-femme
- compensation du manque croissant de gynécologue obstétricien
- meilleure accessibilité aux soins pour les femmes
- complémentarité avec le suivi gynécologique de prévention
- l'IVG est un droit à défendre
- Autre :

Q37. Pour vous, quels sont les freins à la pratique de l'IVGM par les SF ?

- manque de formation
- appréhension à gérer les suites
- désintérêt pour cette pratique / acte peu valorisant
- croyances personnelles
- la sage-femme est tournée vers la périnatalité
- manque de disponibilité
- difficulté de conventionnement pour le libéral

- Autre :

Q38. Pour vous la pratique de l'IVG fait partie :
Pourquoi ?

- de la physiologie de la vie reproductive des femmes
- de la pathologie de la vie reproductive des femmes

Commentaire :

Q39. Etes-vous favorable à l'élargissement des compétences des SF en orthogénie, concernant

	Oui	Non	Ne sait pas
l'IVG instrumentale			
l'entretien pour la stérilisation définitive			
la prévention et l'éducation à la sexualité et à la vie affective			

Q40. Souhaitez-vous ajouter des points qui n'auraient pas été abordé dans le questionnaire ?

Résumé :

Depuis sa dépénalisation, en France, l'avortement est au centre de nombreuses lois visant à en améliorer son accès. La part des interruptions volontaires de grossesse par méthode médicamenteuse a augmenté avec une inversion des proportions, en 20 ans, par rapport à la méthode instrumentale. De plus, l'offre de soin reste encore limitée sur le territoire.

Qu'en est-il alors des connaissances et des pratiques des sages-femmes sur l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse ? Quels en sont les déterminants ?

Une étude observationnelle, quantitative à visée descriptive a été réalisée, dans le Grand-Est, en 2022, grâce à un questionnaire diffusé par voie numérique, concernant les connaissances et les pratiques des sages-femmes sur l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse, exerçant en libéral et/ou en établissement de santé.

L'étude a obtenu 173 réponses et met en évidence que les connaissances générales des sages-femmes restent insuffisantes et peuvent s'expliquer par un manque de pratique. Elle nous montre également, que quel que soit le mode d'exercice, libéral ou en établissement de santé, les sages-femmes présentent divers freins à la réalisation de cet acte et que leur satisfaction générale concernant leur prise en soins est perfectible. Néanmoins, elles considèrent l'orthogénie comme partie intégrante de leur domaine et sont unanimes sur la prise en soins de qualité qu'elles peuvent y apporter. Enfin, les sages-femmes paraissent particulièrement versées sur la prévention en santé, domaine qu'il serait pertinent de développer.

L'amélioration de l'offre de soins française, en matière d'interruption volontaire de grossesse, incluant davantage les sages-femmes, paraît indispensable pour la sécurité des femmes.

Mots-clés : interruption(s) volontaire(s) de grossesse – médicamenteuse – avortement(s) – sage(s)-femme(s) – régulation des naissances – Grand-Est

Titre : Etat des lieux des connaissances et des pratiques des sages-femmes sur l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. *Etude réalisée dans le Grand-Est auprès des sages-femmes exerçant en libéral et/ou en établissement de santé.*

Auteur : Marie KRUG

Département de Maïeutique

UFR de Médecine de Reims

2018-2023