

UNIVERSITE PARIS V RENE DESCARTES

Unité de formation et de recherche de médecine

Année 2022-2023

L'interruption volontaire de grossesse instrumentale par les sages-femmes : de la théorie à la pratique

Etude prospective de mars 2023 à juin 2023

Mémoire

Pour l'obtention du Diplôme Inter-Universitaire de Régulation des Naissances

Par Sarah MATUSZEWSKI

Sage-Femme

Centre Hospitalier Bretagne Atlantique

UNIVERSITE PARIS V RENE DESCARTES

Unité de formation et de recherche de médecine

Année 2022-2023

L'interruption volontaire de grossesse instrumentale par les sages-femmes : de la théorie à la pratique

Etude prospective de mars 2023 à juin 2023

Mémoire

Pour l'obtention du Diplôme Inter-Universitaire de Régulation des Naissances

Par Sarah MATUSZEWSKI

Sage-Femme

Centre Hospitalier Bretagne Atlantique

Service du Dr NIGON, Centre de santé sexuelle et Centre d'interruption volontaire de
grossesse

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée Sarah Matuszewski, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

Sommaire

Abréviations.....	5
Résumé.....	6
Abstract.....	7
Introduction	8
A – Retour sur la formation des sages-femmes en orthogénie et législation.....	9
B – Position des sages-femmes.....	12
Matériel et Méthode.....	14
A – L'étude.....	14
B – Objectifs principaux et secondaires.....	14
C – Outils méthodologiques.....	15
Résultats.....	16
1- Profil des sages-femmes.....	16
2- L'expérimentation en théorie.....	18
3- L'expérimentation en pratique.....	19
4- L'apprentissage du geste.....	20
Discussion.....	23
A) L'étude.....	23
1 – Les forces de l'étude.....	23
2 – Les biais de l'étude.....	24
3 – Critères d'inclusions-exclusions	25
B) Analyse des résultats	25
1 – Un profil de sages-femmes orthogénistes pour l'IVG instrumentale ?	25
2 – L'expérimentation par les sages-femmes : en théorie	27
3 – L'expérimentation par les sages-femmes : en pratique.....	30
4 – L'apprentissage du geste.....	32
Conclusion.....	36
Bibliographie.....	39
Annexes.....	42

Abréviations

ANCIC : Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraceptions

AL : Anesthésie Locale

AG : Anesthésie Générale

ANSFO : Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes

ARS : Agence Régionale de Santé

CIVG : Centre d'IVG

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

CSS : Centre de Santé Sexuelle

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

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

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

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

SA : Semaines d'Aménorrhées

SF : Sage-Femme

Résumé

Auteur : MATUSZEWSKI Sarah

Titre : L'interruption volontaire de grossesse instrumentale par les sages-femmes, de la théorie à la pratique.

Introduction : L'ouverture du champ de compétence de la sage-femme en gynécologie s'est faite progressivement et devrait permettre de garantir le droit et l'accès à l'IVG. À travers cette étude, nous avons souhaité comprendre, un an seulement après le décret d'expérimentation permettant la réalisation des IVG instrumentales par les sages-femmes s'il existait un profil type de sage-femme réalisant les IVG instrumentales, comment a été ressenti l'acquisition de cette nouvelle compétence par celles-ci, le déroulement et les éventuelles difficultés rencontrées à la mise en place.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude multicentrique prospective avec une approche quantitative et qualitative. Un questionnaire a été envoyé par mail entre mars 2023 et juin 2023.

Résultats : Parmi les 16 réponses, la majorité des sages-femmes ont entre 30-50 ans, sont expérimentées, qualifiées et travaillent déjà dans un service d'orthogénie. Concernant la participation théorique à l'expérimentation, les principales difficultés rencontrées sont l'exigence du dossier et un manque de soutien des pairs et de l'administration. Les principaux freins rapportés pour la mise en place pratique étaient le nombre d'actes d'observations élevé, le manque de temps de formation et de formateur ainsi que la difficulté d'accès et d'accueil au bloc opératoire. L'acquisition du geste est qualifiée de simple et plutôt rapide.

Conclusion : Une grande disparité de mise en œuvre de l'expérimentation est à noter. Les conditions d'expérimentation paraissent trop exigeantes. La réalisation concrète de l'expérimentation des IVG instrumentales par les sages-femmes est aussi à placer en lien étroit avec la disparité inter-régionale et territoriale du taux et de l'accès à l'IVG en France. Les premiers témoignages, grâce à cette étude, laissent à penser que l'apprentissage du geste est largement accessible aux sages-femmes et que les complications ne sont pas plus nombreuses. Il est important de souligner l'intérêt et l'engagement des sages-femmes sur la question de l'IVG. Nous avons pu montrer que ces professionnel(le)s se sont saisi(e)s de cette nouvelle compétence, un an après la parution du décret autorisant l'IVG instrumentale par les sages-femmes sous forme d'expérimentation.

Mots clés : sage-femme, interruption volontaire de grossesse, expérimentation, compétence.

Abstract

Author : MATUSZEWSKI Sarah

Title : Voluntary termination of instrumental pregnancy by midwives, from theory to practice.

Introduction : The midwife's field of competence in gynecology has been gradually opened up, and should make it possible to guarantee the right to and access to abortion. In this study, we set out to understand, just one year after the decree allowing midwives to experiment with instrumental abortions, whether there was a typical profile of midwife performing instrumental abortions, how the acquisition of this new competence felt, how it was implemented and the initial difficulties encountered.

Materials and Methods : This is a prospective multicenter study with a quantitative and qualitative approach. A questionnaire was sent by email between March 2023 and June 2023.

Results : Among the 16 answers, the majority of midwives are aged between 30-50, experienced, qualified and already working in an orthogenic service. Regarding the theoretical participation in the experiment, the main difficulties encountered are the requirement of the file and a lack of support from peers and administrative staff. As far as practical implementation is concerned, observation procedures, the lack of training time and instructors, and the difficulty of access to and reception in the operating room are obstacles to practice. Acquisition of the procedure is described as simple and rather fast.

Conclusion : The implementation of the experiment varied widely. The experimental conditions appear to be too demanding. The practical implementation of the experiment with instrumental abortion by midwives is also closely linked to the the inter-regional and territorial disparity in the rate and access to abortion in France. Initial evidence from this study suggests that midwives can learn the procedure easily and that complications are no more frequent. It is important to emphasize the interest and commitment of midwives to the issue of abortion. We have been able to show that these professionals have seized on this new competence, one year after the decree authorizing instrumental abortion by midwives was published in the form of an experiment.

Keywords : midwife, voluntary termination of pregnancy, experimentation, competence.

Introduction

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un droit fondamental de la femme et du couple, symbole de liberté et d'émancipation de la femme promulgué par la loi Veil et inscrit dans le Code de la Santé Publique depuis 1975 (1)*. Enjeux de santé publique et étape de la vie courante, on estime qu'une femme sur trois aura recours à l'IVG au cours de sa vie en France (2)*.

En 2021 selon le dernier rapport de la DREES (3)*, 223 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France. Le nombre et le taux de recours annuels sont globalement stable par rapport à 2020. Le ratio d'interruption volontaire de grossesse pour cent naissances a augmenté au cours des dix dernières années, principalement du fait de la diminution du nombre de naissances. Il se stabilise autours de 0.30 en 2021, tout comme en 2020.

Les IVG peuvent être pratiquées selon deux méthodes. Les IVG médicamenteuses, possible en Centre de Santé Sexuelle (ex CPEF) ou à domicile depuis 2001 (4)* et les IVG par méthode instrumentale, soit sous anesthésie générale (AG) en établissement de santé ou sous anesthésie locales (AL), possible aussi hors établissement de santé depuis 2021 (31)*. En 2021, la méthode médicamenteuse représente 76% de l'ensemble des IVG réalisées (vs 31% en 2001) (3)*. Le nombre d'IVG instrumentales n'a cessé de décroître et représente 24% des IVG réalisées en 2021, contre 92% en 1990 (15)*. A noter que l'IVG médicamenteuse n'a été légalisée en France qu'en 1989, huit ans après la mise au point de la mifépristone, encore appelé RU 486, par Étienne-Émile Baulieu, biologiste français.

Cette dérive vers le « tout médicamenteux » nous questionne sur la liberté du choix de la méthode par les femmes, influencé par une offre de soin déséquilibrée selon les régions et probablement le manque de professionnels qualifiés et disponibles. Les praticiens se doivent pourtant d'expliquer et de proposer toutes les méthodes possibles d'IVG. Malgré plusieurs avancées législatives, les représentations archaïques et moralisatrices de l'avortement persistent et constituent une forme d'entrave à l'IVG, aggravant le manque de praticiens et de moyens. La valorisation insuffisante de l'acte d'IVG crée des centres souvent déficitaires, ce qui ne facilite pas le recrutement de professionnels et ne participe pas à leur bon fonctionnement.

L'ouverture du champ de compétence de la sage-femme en gynécologie s'est faite progressivement et devrait permettre de garantir le droit et l'accès à l'IVG.

À travers cette étude qualitative, nous avons souhaité comprendre, un an seulement après le décret permettant une expérimentation des IVG instrumentales par les sages-femmes :

- s'il existait un profil type de sage-femme réalisant les IVG instrumentales
- comment a été ressenti l'acquisition de cette nouvelle compétence
- la mise en place et les premières difficultés rencontrées.

A – Retour sur la formation des sages-femmes en orthogénie et législation

En France, plus de 24.000 sages-femmes sont en exercice actuellement. Spécialistes de la physiologie, ces professionnelles médicales exercent leurs compétences auprès des femmes en bonne santé. La profession de sage-femme est une profession médicale à compétence définie (16)*. Elle est réglementée depuis 1945 par le code de la santé publique et par son code de déontologie (5)*.

La formation initiale en qualité d'orthogénie des sages-femmes est inégalitaire en fonction des écoles. Plusieurs études montrent une grande disparité tant sur le plan pratique que théorique. Le nombre d'heures d'enseignement théorique est assez faible, le stage en orthogénie n'est pas obligatoire dans toutes les écoles et s'il est réalisé, souvent de courte durée (6, 7, 12)*. Une étude, réalisée en 2012, sur la place de la régulation des naissances dans la formation initiale, constatait une inadéquation entre les connaissances transmises et la réalité pratique. L'enseignement théorique mais aussi clinique en matière d'accompagnement d'une patiente en demande d'IVG semblait notamment insuffisant aux étudiants sages-femmes. L'hétérogénéité de l'enseignement dispensé entre les écoles y était également soulignée (12)*.

Aucune formation complémentaire n'est attendue en orthogénie, mais l'insuffisance relative de la formation initiale entraîne la réalisation de Diplômes Inter-Universitaires (DIU), Diplômes Universitaires (DU) ou de formations courtes organisées par des associations, comme le REVHO en Ile de France ou les réseaux de périnatalité.

La position de la sage-femme comme faisant partie des professionnels de premier recours dans le champ de la régulation des naissances a été acté par plusieurs évolutions législatives.

Concernant la contraception :

La loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) de 2009 (8)*, a permis aux sages-femmes d'assurer le suivi gynécologique de prévention et de contraception auprès des femmes en bonne santé. Cette mesure augmente les compétences des sages-femmes, notamment en matière de prescription d'examens complémentaires et de tous les moyens contraceptifs, sont dorénavant autorisés à effectuer les poses, surveillances et retraits, des dispositifs contraceptifs.

Ouverture à la pratique des IVG pour les sages-femmes :

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé permet la pratique de l'IVG médicamenteuse aux sages-femmes. Elles peuvent réaliser et proposer cette méthode aux femmes en toute autonomie (9)*.

Le 14 décembre 2020 est votée la loi n°2020-1576, publiée dans le Journal officiel électronique authentifié n° 0302 du 15/12/2020 (10)*.

Cette loi dispose de l'article, numéro 70, suivant :

« I. – A titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, par dérogation à l'article L. 2212-2 du code de la santé publique, les sages-femmes ayant réalisé la formation complémentaire obligatoire et justifiant des expériences spécifiques attendues peuvent réaliser des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé.

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

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

Un an après, le 30 décembre 2021, le décret portant sur l'expérimentation relative à l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes est publié (11)*.

Il est décrit les conditions requises pour participer à cette expérimentation. Les sages-femmes volontaires doivent justifier :

- 1) D'une expérience professionnelle « spécifique adaptée » : une qualification universitaire en orthogénie ou d'une expérience dans le domaine de la santé de la femme dont six mois en orthogénie, complétée par une formation théorique de deux jours portant sur le geste chirurgical d'IVG, ses complications et l'analgésie locale.
- 2) D'une formation pratique, constituée d'une observation de 30 actes d'IVG par voie instrumentale et de la réalisation d'au moins 30 actes en présence d'un médecin à cette activité et disposant d'une expérience en la matière de plus de deux ans ou ayant réalisé plus de 60 actes.

Pour permettre à une sage-femme de réaliser des interruptions volontaires de grossesse par méthode expérimentale, l'établissement de santé doit répondre aux conditions suivantes :

- 1) Avoir défini une procédure de recours en cas de besoin à un médecin compétent en matière d'interruptions volontaires de grossesse par voie instrumentale, à un gynécologue-obstétricien et à un anesthésiste-réanimateur, disponibles sur site, ainsi qu'à un médecin justifiant d'une expérience et d'une formation dans la pratique d'actes interventionnels, disponible sur site ou par convention avec un autre établissement autorisé à réaliser les embolisations.
- 2) Avoir formalisé, les conditions d'accès aux produits sanguins labiles.
- 3) Dans les cas où l'établissement de santé n'assure pas la formation pratique, avoir signé une convention avec un établissement de santé pratiquant les interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale qui prévoit les conditions de mise en œuvre de cette formation.
- 4) Avoir défini une procédure permettant de suivre les événements indésirables graves associés à l'exercice de l'interruptions volontaires de grossesse par voie instrumentale.
- 5) S'engager à informer sans délai l'agence régionale de santé compétente de la survenue d'évènements indésirables et à transmettre, chaque année, à l'agence régionale de santé compétente et au ministère en charge de la santé un rapport d'activité relatif à l'activité d'interruption volontaire de grossesse réalisé.

Enfin, la loi du 2 mars 2022, visant à renforcer le droit à l'avortement, autorise les sages-femmes à pratiquer l'IVG instrumentale en établissement de santé, mais dont le décret est toujours en attente de parution (32)*.

B – Position des sages-femmes

Les sages-femmes orthogénistes sont plutôt favorables à ce nouveau champ de compétence. Elles ont la volonté de garantir la pratique de l'IVG et de faciliter le choix de la méthode d'IVG, de maintenir une prise en charge de qualité, et considèrent leur profession prédisposée à l'accompagnement global des femmes, avec une compétence certaine pour réaliser le geste technique (15)*.

Cependant, le point de vue des sages-femmes varie en fonction du mode d'exercice et la pratique de l'IVG, de l'offre de soins de leur région professionnelle et de leurs ressentis personnels liés au geste (15)*.

Les principales motivations, pour l'IVG instrumentale et médicamenteuse, sont une activité militante avec la volonté de défendre le droit des femmes, une mission de santé publique en augmentant le nombre de professionnels afin de favoriser l'accès à l'IVG, une volonté de garantir le choix de la méthode en respectant le choix des femmes (14)*.

L'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogéniste (ANSFO) a plaidé pendant de nombreuses années en faveur de l'évolution des compétences en orthogénie par les sages-femmes et ses revendications ont été reprises par le CNOSF.

Ainsi, le communiqué du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) publié en janvier 2020 montre son engagement à améliorer l'accès à l'IVG en France (13)*. L'instance s'est engagée en faveur d'une augmentation des compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique, de contraception et d'IVG, qui permettent un meilleur maillage territorial de l'offre de soins. Le CNOSF décrit les sages-femmes comme défenseurs des droits des femmes. Il plaide en faveur de la réalisation des IVG instrumentales par les sages-femmes en établissements de santé pour garantir le droit des femmes à disposer de leur corps et leur permettre de choisir librement la méthode souhaitée, et ainsi, lutter contre les inégalités territoriales d'accès à l'IVG. Le CNOSF affirme que les sages-femmes sont compétentes pour

la réalisation des IVG instrumentales car elles pratiquent déjà des gestes endo-utérins. Le CNOSF préconise aussi une formation complémentaire et une expérience minimale spécifique (échographie, aspiration, anesthésie).

Depuis 2016, l'Organisation Mondiale de la Santé est en faveur de l'intervention autonome des sages-femmes dans l'IVG instrumentale au premier trimestre de la grossesse (27)*.

En effet, dans certaines régions du monde, la pratique de l'IVG instrumentale n'est pas réservée qu'aux médecins. Des études de grandes cohortes n'ont montré aucune différence entre le taux de complications selon les différentes professions (sages-femmes, infirmières, assistants médicaux, médecins) (16, 17, 18)*.

Matériels et Méthodes

A – L'étude

Ce travail est une étude multicentrique prospective avec une approche quantitative et qualitative.

Les critères d'inclusions sont que les sages-femmes incluent dans l'étude participent au projet d'expérimentation de la loi du 30 décembre 2021 ou réalisent des IVG instrumentales.

Un questionnaire a été diffusé par courriel, avec relances, de mars 2023 à juin 2023, et avec aide du google groups de l'ANSFO.

B - Objectifs principaux et secondaires

L'objectif principal de cette étude est de dresser un état des lieux de l'expérimentation de la pratique des IVG instrumentales par les sages-femmes.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Déterminer le profil type des sages-femmes orthogénistes
- Connaître leurs motivations les ayant poussé à participer à l'expérimentation
- Connaître les limites des sages-femmes pratiquant des IVG instrumentales (personnelles, organisationnelles, la mise en place de critères d'exclusions)
- Déterminer chez les sages-femmes participantes : leurs difficultés et attentes, en théorie et en pratique, sur l'expérimentation
- Savoir comment a été mise en œuvre l'expérimentation en pratique en fonction du lieu d'exercice
- Savoir si l'apprentissage du geste a été difficile pour les sages-femmes
- Évaluer la satisfaction des sages-femmes pratiquant l'IVG instrumentale

C – Outils méthodologiques

Il s'agit d'une étude menée par diffusion électronique d'un questionnaire aux sages-femmes pratiquant des aspirations. Le questionnaire a été élaboré de telle manière que les sages-femmes puissent répondre facilement et rapidement.

- La première partie du questionnaire est composée de trois questions à choix multiples, et s'intéresse au profil de la sage-femme (âge, année d'obtention du diplôme, lieux d'exercice).

- La deuxième partie est composée de questions ouvertes sur l'IVG instrumentale en théorie (réalisation du dossier d'expérimentation).

- Une troisième partie est composée de sept questions ouvertes sur l'IVG instrumentale en pratique (sa mise en œuvre au sein du service et dans les autres services)

- La quatrième partie repose sur l'apprentissage de l'aspiration et le ressenti des sages-femmes pendant ce geste.

Les données ont été extraites de manière automatisée par Google Form dans un tableau grâce au logiciel Microsoft Excel ®.

Les réponses ont été exportées sur un fichier Excel afin de réaliser le traitement des données. La réalisation de l'enquête via GoogleForms® a permis de garder les données anonymes.

Le questionnaire est en annexe.

Résultats

Notre population cible est constituée de sages-femmes participant au projet d'expérimentation de la loi du 30 décembre 2021 qu'elles réalisent des IVG instrumentales ou non au moment de l'étude.

Nous avons utilisé les mails comme mode de diffusion. Nous avons pu recueillir au total 25 adresses mails grâce au bouche à oreille. Nous avons également contacté l'ANSFO qui a accepté de diffuser le questionnaire.

Nous avons obtenu un total de 16 réponses. Ne sachant pas le nombre total de sages-femmes concernées, nous ne pouvons pas en apprécier le pourcentage total, même si nous pouvons estimer à au moins une participante par centre expérimentateur, soit minimum 26 professionnel(le)s, ce qui représenterait 61,5% de réponses.

Selon les questions, l'effectif n'est pas toujours similaire du fait de la mise en place de l'expérimentation variable en fonction des conditions locales de chaque centre, de l'apprentissage dépendant de chaque professionnel et du moment où le questionnaire a été réalisé.

1- Profil des sages-femmes

Nous pouvons remarquer que les SF interrogées :

- Ont un âge entre 30 et 50 ans en majorité
- Ont une expérience globale supérieure à 10 ans pour 15 SF sur 16
- Travaillent en majorité à l'hôpital public
- Sont surdiplômé(e)s : 15 d'entre elles sur 16 ont obtenu au moins un diplôme universitaire en plus de leur diplôme d'état de SF
- Parmi les diplômes les plus réalisés : le DIU de Régulation des Naissances est en tête
- 15 d'entre elles travaillent d'ores et déjà en orthogénie
- La majorité ont une expérience en orthogénie de moins de 5 ans et pour 2 SF sur 16, supérieure à 10 ans.

Tableau I - Caractéristique de la population

Age (n=16)	Proportion (%)	Effectifs
25-30 ans	6,3	1
30-40 ans	31,3	5
40-50 ans	56,3	9
> 50 ans	6,3	1
Année d'obtention du diplôme SF (n=16)		
>2018	6,3	1
2017-2013	0	0
2012-2003	56,3	9
<2002	37,5	6
Lieu d'exercice (n=15)		
Hôpital public	80	12
Libérale	6,7	1
Activité mixte (hôpital + libérale)	13,3	2
Formations complémentaires (n=16)		
Oui	93,7	15
Non	6,3	1
DIU supplémentaires (n=15)		
DIU Régulation des naissances	60	9
DIU Perfectionnement en orthogénie	26,7	4
DIU d'échographie	6,7	1
Gynécologie diverses	46,7	7
Autre	13,3	2
Activité en orthogénie (n=16)		
Oui	93,7	15
Non	6,3	1
Expérience en orthogénie (n=16)		
Absence d'expérience	6,3	1
< 5 ans	56,2	9
5 - 10 ans	25	4
> 10 ans	12,5	2

2- L'expérimentation en théorie

Tableau II - L'expérimentation en théorie		
Difficulté rencontrées à la réalisation du dossier (n=15)	Proportion (%)	Effectifs
Oui	60	9
Non	40	6
Les principales difficultés rencontrées (n=9)		
Exigence du dossier	44,4	4
Manque de soutien des pairs	22,2	2
Obstacles administratifs	22,2	2
Autres : sentiments de solitude	11,1	1
Critères d'exclusions (n=15)		
Oui	73,3	11
Non	26,7	4
Lesquels ? (n=11)		
Limite de terme	72,7	8
Pathologies	36,4	4
Mineures	27,2	3
Risques hémorragiques	27,2	3
Barrière de la Langue	18,1	2
Refus de la prise en charge par SF	9	1
Motivations à la participations (n=15)		
Assurer la prise en charge globale	57	8
Facilité l'accès à l'IVG	57	8
Nouvel apprentissage / Elargissement des compétences	42,8	6
Garantir le choix de la méthode	28,5	4
Pérenniser l'accès à l'IVG / Assurer l'avenir	28,5	4
Justifier la place des SF en CIVG	21,4	3
Conviction personnelle	7,1	1

Notre questionnaire met en lumière les difficultés théoriques de la mise en place de l'expérimentation par les SF des IVG instrumentales.

La majorité a trouvé que le dossier pour y participer représentait un obstacle avec comme principale difficulté l'exigence des documents à fournir. Le manque de soutien des pairs

et des difficultés administratives sont revenus plusieurs fois également, ainsi qu'un sentiment de solitude face à cet objectif.

Plus de 70% des participantes ont notifié des critères d'exclusion avec des limites de termes (entre 12 et 14SA selon les centres), des limites selon certaines pathologies. L'âge (patiente mineure) et le risque hémorragique font aussi parti des critères d'exclusion récurrents. Enfin la barrière de la langue ou le refus de prise en charge par une SF par la patiente sont aussi notés.

Enfin, les motivations des SF sont multiples. Les principales sont d'assurer une prise en charge globale et de faciliter l'accès à l'IVG. L'élargissement du champ de compétences avec le geste d'aspiration comme nouvel apprentissage est aussi motivant.

L'IVG comme mission de santé publique en assurant des professionnels formés permet de pérenniser l'accès à l'IVG et de garantir le choix de la méthode.

Certaines SF y voient aussi un moyen de justifier et d'asseoir leur place en centre d'orthogénie. Et certaines le font par conviction personnelle sans justification supplémentaire.

3- L'expérimentation en pratique

Nous avons ensuite questionné la mise en pratique du cahier des charges de l'expérimentation.

Au sein du service d'orthogénie, deux tiers des SF ont rencontré des difficultés en lien avec le nombre restreint d'IVG que proposait la structure, le manque de formateurs, le manque d'effectif global de SF dans l'établissement ne leur permettant pas de mettre en place l'expérimentation. Certaines ont dû se former sur leur temps personnel. Le nombre d'observations requis était trop important et représentait une difficulté au commencement de la pratique. Enfin, certaines décrivent des freins organisationnels.

Au sein des autres services (bloc opératoire, maternité etc...), la majorité ont aussi rencontré des difficultés sur le plan de l'accueil des autres professionnels envers cette nouvelle

pratique : manque de bienveillance, manque de soutien de l'administration, SF non avisées des actes pour pouvoir les observer. La formation sur le temps personnel y est aussi soulignée.

Tableau III - L'expérimentation en pratique		
Difficulté rencontrées au sein du service d'orthogénie (n=15)	Proportions (%)	Effectifs
Oui	80	12
Non	20	3
Lesquelles ? (n=15)		
Nombres restreints d'IVG dans la structure	33,3	5
Manque de formateur	20	3
Manque effectifs SF : temps CIVG diminué	13,3	2
Formation sur le temps personnel	13,3	2
Nombres d'observations trop important	13,3	2
Freins organisationnels	13,3	2
Difficultés rencontrées au sein des autres services (n=13)		
Oui	61,5	8
Non	38,5	5
Lesquelles ? (n=13)		
Manque de bienveillances collègues du bloc	37,5	3
Manque de soutien de l'administration	25	2
Investissement sur le temps personnel	25	2
SF non prévenue pour acte d'observation	12,5	1

4- L'apprentissage du geste

Pour 100% des SF questionnées, l'apprentissage du geste technique ne représente pas une difficulté. Environ 73% d'entre elles considèrent avoir acquis le geste après 10 à 20 réalisations, et le reste entre 20 à 30 réalisations d'aspiration.

La principale difficulté notifiée lors du geste est le manque de bienveillance des collègues au bloc opératoire. Ensuite, nous pouvons lister les difficultés dues au terme avancé, à la réalisation de l'échographie de contrôle post IVG, l'appréhension des complications, et les difficultés administratives et techniques. Enfin, 18,2% des SF ne décrivent aucune difficulté pendant le geste.

Depuis le début de l'expérimentation, les SF y participant ne décrivent aucune complication pour 50% d'entre elles. Nous avons noté la gestion de saignements subnormaux en première complication décrite, puis un faux trajet et une difficulté à la dilatation.

Les SF questionnées disent se sentir à l'aise pendant le geste pour presque 50%, encore incertaines pour 36,5%, et concentrées et contentes pour le reste.

La question de l'élargissement de la compétence qu'est l'IVG instrumentale à toutes les SF fait débat. En effet, 54% seraient contre et pour 46%. Les plus favorables l'explique par la simplicité du geste et par l'importance d'acquérir cette compétence dans le champ de compétences de la SF. Les moins favorables se justifient en expliquant qu'elles seraient pour à condition d'un recrutement de SF volontaires, motivées, appréciant déjà l'orthogénie et expérimentées.

La mise en application de ce geste dans la pratique quotidienne est en cours de réalisation pour 30% des réponses, encore en supervision d'un médecin pour 38%, mis en place pour pallier un effectif de médecins réduit pour 7% et pour seulement 15% des sages-femmes une vacation supplémentaire a été ouverte pour réaliser les IVG instrumentales.

Enfin, aucune des sages-femmes interrogées n'a été valorisé d'aucune manière sur le plan professionnel.

Tableau IV - L'apprentissage du geste

	Proportion (%)	Effectifs
Apprentissage difficile (n=13)		
Oui	0	0
Non	100	13
Maitrise du geste (n=11)		
<10	0	0
10 - 20	72,7	8
20 - 30	27,3	3
>30	0	0
Principales difficultés (n=11)		
Aucunes	18,2	2
Manque de bienveillance collègues bloc	18,2	2
Terme avancé	18,2	2
Réalisation échographie de vacuité	18,2	2
Appréhension des complications	18,2	2
Difficulté administrative (Logiciel ne reconnaissant pas les SF comme opérateur)	9	1
Nombres de complications (n=12)		
0	50	6
Saignements subnormaux	25	3
Faux trajet	8,3	1
Difficulté à la dilatation	8,3	1
Sentiments pendant le geste (n=11)		
A l'aise	45,5	5
Incertaine	36,5	4
Concentrée	9	1
Contente	9	1
L'aspiration pour toutes les SF (n=13)		
Non	53,8	7
Oui	46,2	6
Si oui, pourquoi ? (n=6)		
Simplicité du geste (SF réalisant gestes plus complexes)	50	3
Importance dans le champs de compétence de la SF	50	3
Si non, pourquoi ? (n=7)		
SF volontaire, motivée, travaillant en orthogénie	43	3
SF expérimentée	57	4
Organisation des aspiration par la SF (n=13)		
Médecin présent	38,4	5
En cours	30,7	4
Vacation supplémentaires	15,4	2
Substitutions à l'absence de médecins	7,7	1
Valorisation de la compétence (n=12)		
Oui	0	0
Non	100	12

Discussion

A) L'étude

1 – Les forces de l'étude

La question des IVG instrumentales par les sages-femmes est un réel sujet d'actualité. Le positionnement favorable de l'Ordre des sages-femmes à ce sujet, en janvier 2020, a définitivement entériné l'importance de ce sujet (13)*.

Réaliser un état des lieux quelques mois seulement après l'apparition du décret concernant l'expérimentation permet d'avoir un aperçu du profil des SF y participant, de leurs difficultés et ressentis pour sa mise en œuvre et sa pratique. Ces réponses « à chaud » pourront être utilisées afin d'effectuer des études de comparaisons ultérieures, de réaliser une évaluation de la pratique, de permettre une évolution ou de permettre une meilleure mise en place de l'IVG instrumentale par les sages-femmes quand le décret s'appliquant à l'ensemble de la profession sera prochainement publié.

Nous imaginons que la facilité d'envoi et de réponse des questionnaires, via internet, a permis d'augmenter le taux de réponses, malgré le fait que la sur sollicitation des professionnels par mail argumentent plutôt en notre défaveur actuellement. Nous voulons croire que ces professionnels sont impliqués sur ce sujet et donc se libèrent du temps pour celui-ci.

Nous avons utilisé plusieurs questions ouvertes pour que les sages-femmes de l'échantillon puissent écrire librement de façon anonyme, s'exprimer avec facilité, sans être limité par des choix ni une limite de caractères. La richesse des réponses par la diversité des parcours et des réflexions, a permis d'envisager plusieurs pistes ou de réaliser qu'il y avait certaines difficultés propres à chaque centre et qui n'avaient pas forcément été pensées en élaborant le questionnaire.

2 – Les biais de l'étude

La première limite serait le biais de sélection. Nous nous sommes permis d'inclure une sage-femme réalisant des IVG instrumentales, ayant déposé un dossier pour l'expérimentation. Son centre ne faisant pas partie des établissements sélectionnés par les listes publiées au journal officiel, ils ont fait le choix de continuer à en réaliser sous la responsabilité d'un médecin. Son expérience était clairement suffisante pour répondre de façon pertinente à cette étude et donc de l'inclure.

Le biais d'échantillonnage est également à considérer : il s'agit d'un faible échantillon, mais représenterait environ la moitié de la population ciblée. Seulement 16 sages-femmes ont répondu à ce questionnaire pourtant diffusé largement grâce notamment à l'ANSFO, et grâce aux réseaux. Cependant, nous n'avons pas eu le nombre total de sages-femmes participant à l'expérimentation. Nous estimons de 1 à 5 sages-femmes par centre expérimentateur, mais il est difficile d'obtenir un chiffre exact. Ce faible échantillonnage ne permet donc pas de tirer des conclusions sur la population générale de sages-femmes orthogénistes réalisant des IVG instrumentales, mais nous donne un aperçu de leurs premiers ressentis.

Sur les 16 participantes, la mise en œuvre de la pratique est extrêmement variable d'un centre à un autre. Certain(e)s en sont aux prémices de l'organisation pour réaliser les 30 actes d'observations, d'autres viennent tout juste de terminer le stade observation et s'interrogent sur la mise en pratique, et enfin certain(e)s sont en cours de réalisation des 30 actes en pratique pendant que certain(e)s ont déjà assuré des vacations de bloc en autonomie en remplacement d'un médecin ou en ouvrant des vacations supplémentaires pour pouvoir exercer. Par ailleurs, certaines sages-femmes ont décidé de ne pas répondre à une partie du questionnaire ou de ne pas répondre du tout car les effectifs globaux de sages-femmes de leur centre étaient trop restreints pour pouvoir s'engager à ce jour dans la mise en place de l'expérimentation.

Cette réalité et variabilité du terrain permet de comprendre pourquoi et dans quelle mesure certain(e)s professionnel(le)s n'ont pas pu répondre à toutes les questions, ou seulement à une partie du questionnaire.

Enfin, nous n'avons pas interrogé sur la gestion de l'enveloppe budgétaire de 18300€ allouée à chaque centre expérimentateur, n'ayant pas pleinement connaissance de la somme ni de quand avait eu lieu le versement au moment de la réalisation du questionnaire. Il aurait été intéressant de partager sur l'utilisation de cette prime en fonction de chaque centre.

3 – Critères d'inclusions-exclusions

Les sages-femmes de notre étude devaient être des sages-femmes orthogénistes participant à l'expérimentation par les sages-femmes des IVG instrumentales et/ou réalisant des IVG instrumentales.

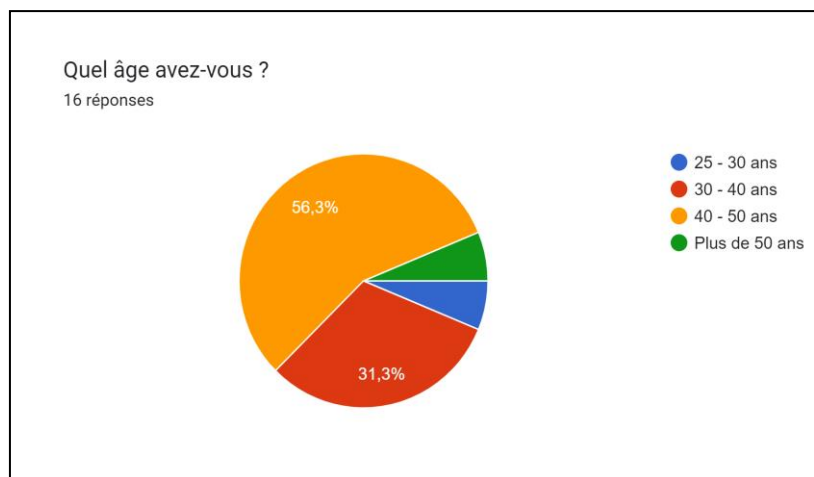
Ces praticiennes, impliquées et confrontées au quotidien aux problématiques de l'IVG, pouvaient avoir des modes d'exercices multiples : aucun critère de lieu d'exercice ni d'années d'expérience n'a été fixé. Le seul critère d'inclusion était donc la participation à l'expérimentation ou la réalisation des aspirations.

Toutes les sages-femmes ne réalisant pas d'IVG instrumentales ou n'ayant pas déposé de dossier pour l'expérimentation étaient exclues.

B) Analyse des résultats

1 – Un profil de sages-femmes orthogénistes pour l'IVG instrumentale ?

Plus de la moitié des SF (56,3%) ayant répondu à ce questionnaire se situent entre 40-50 ans. Un tiers de l'âge de l'effectif se situe entre 30 et 40 ans, et à la marge une SF a moins de 30 ans et une plus de 50 ans. A noter, l'âge moyen des sages-femmes en activité en France est de 40,5 ans selon l'Ordre des sages-femmes en 2022 (20)*. Un échantillon plutôt représentatif de l'ensemble de l'effectif national sage-femme.

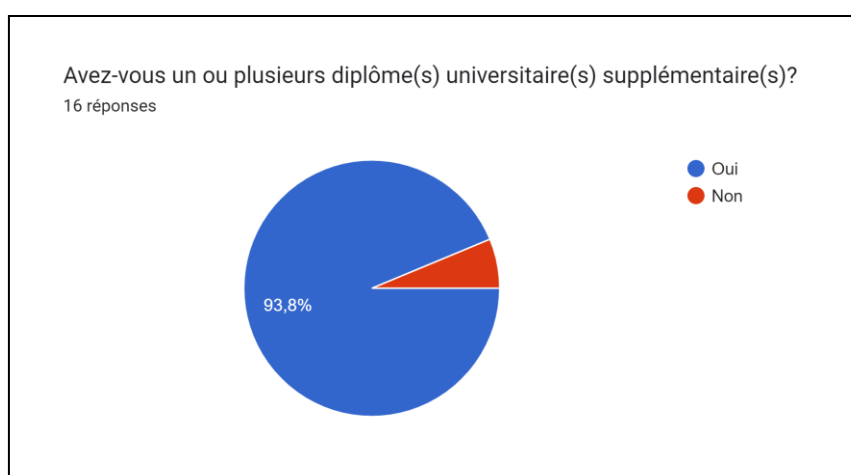


Les sages-femmes participantes étaient très largement expérimentées : plus de 56% avaient plus de 10 ans d'expérience, 37,5% plus de 20 ans, et une sage-femme plus de 30 ans d'expérience. Nous pouvons peut-être conclure que l'appétence à l'activité d'IVG ne fait pas parti des aspirations des jeunes diplômés, plus formés à l'activité hospitalière clinique. Cela argumente en faveur d'une formation initiale pauvre dans le domaine de l'orthogénie, donc des praticiennes moins à l'aise avec cette activité et donc moins volontaires.

Nous pouvons également supposer que la pratique en CIVG demande une certaine expérience et une aisance dans la pratique clinique.

La nécessité d'une expérience professionnelle et l'absence de formation initiale en orthogénie solide pourrait aussi expliquer le recrutement de SF expérimentées en CIVG .

Des hypothèses plutôt confirmées par le fait que les participantes sont des sages-femmes expérimentées et surdiplômées : avec 93,8% d'entre elles ayant une ou plusieurs formations supplémentaires.



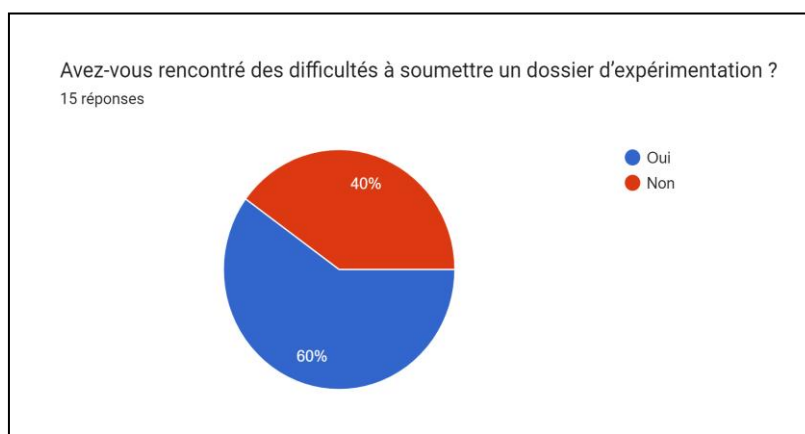
En ce qui concerne leurs parcours, tout(e)s décrivent une activité de sage-femme clinicienne dans différents services hospitaliers et/ou en cliniques privées avant d'avoir eu une activité d'orthogénie, ce qui concorde avec nos données précédentes. Nous pouvons conclure que c'est en connaissance de leur métier et de leur champ de compétences, que ces professionnel(le)s ont choisi de travailler en orthogénie. Certain(e)s continuent à avoir une

activité mixte en continuant à avoir une activité en gynéco-obstétrique. Deux praticien(ne)s ont une activité mixte libérale et une activité en CIVG.

Le panel du temps consacré en orthogénie est aussi très large : la plus jeune orthogéniste y a une activité depuis février 2023 et la plus ancienne depuis 26 ans. Un(e) professionnel(le) décrit être en formation en IVG médicamenteux et instrumentales mais recruté(e) seulement à partir d'octobre 2023 avec création d'une journée semaine en CIVG. La moyenne d'activité en tant qu'orthogéniste est de 5,7 ans sur notre échantillon (deux exclusions : une non renseignée et une qui n'y travaille pas encore).

2 – L'expérimentation des IVG instrumentales réalisées par les sages-femmes : en théorie

Une première étape avec un dossier à soumettre posant en majorité des difficultés puisque 60% en témoignent.

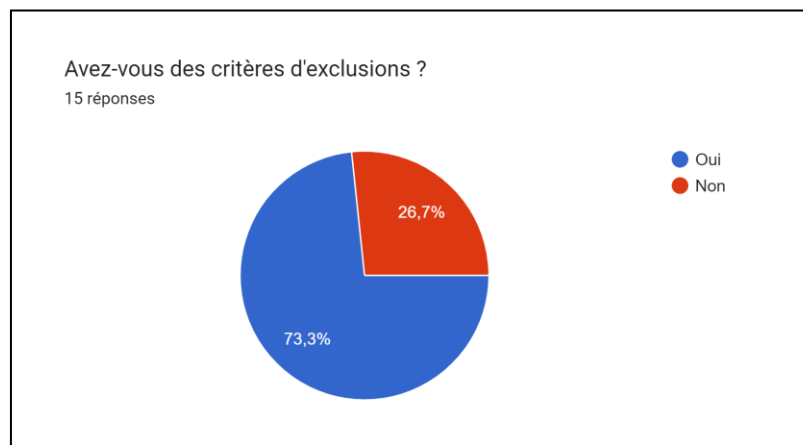


Parmi les difficultés relevées : l'exigence du dossier revient en tête avec 44,4%, le manque de soutien des pairs, avec impression de solitude décrite par une sage-femme, en seconde position avec 22,2% et les obstacles administratifs pour 22,2% des votes.

Ce dossier semble avoir constitué une première montagne à franchir pour la majorité des participant(e)s. Si nous voulions extrapoler à tous les CIVG au niveau national et en outre-

mer, nous pouvons penser que cela a pu décourager certains CIVG ou sages-femmes d'y participer.

Concernant la mise en place de critères d'exclusion, comme le suggérait la réalisation du dossier, 73,3% des sages-femmes s'en sont saisi.



Nous pouvons les regrouper en plusieurs catégories :

- Les limites de termes : exclusion pour les termes > 12SA ou > 14SA (72,7%)
- Les pathologies chronique/générale : 36%
- Les âges extrêmes : mineures ou > 45ans exclue pour 36%
- Le risque hémorragique : exclusion pour 27%
- Le type d'anesthésie : AL exclue pour 18%
- Mauvaise compréhension de la prise en charge : barrière de la langue exclusion à 18%
- Refus d'une prise en charge chirurgicale par une sage-femme 9%

Nous pouvons noter que ces limites paraissent en adéquation avec le champ de compétences de la sage-femme. Cette profession médicale à champ de compétences définies a donc conscience des limites imposées à son exercice, dans l'IVG instrumentale, tout comme dans l'IVG médicamenteuse.

Cependant, certains critères d'exclusion ont été mis en place dans le cadre de l'expérimentation ou dans le cadre de la formation. Nous pouvons citer les limites de termes ou le type d'anesthésie par exemple, ou l'exclusion pour la mauvaise compréhension de la prise en charge. Nous pouvons penser que ce sont des limites personnelles du fait de la formation et/ou du centre formateur, qui ne sont pas figées.

Contrairement aux limites des pathologies qui n'entrent pas dans le cadre du champ de compétence sage-femme, spécialiste de la physiologie. La sage-femme comme praticien de la grossesse, qu'elle qu'en soit l'issue.

La question se pose néanmoins des critères de sélections des pathologies, tout comme dans tout domaine d'exercice de la sage-femme : suivi gynécologique, suivi de grossesse...

Nous avons posé la question des motivations pour participer à l'expérimentation. Elles sont variables mais plusieurs grandes idées ressortent.

Les premières étant de maintenir l'accès au soin et d'assurer une mission de santé publique en favorisant l'accès à l'IVG (28,5%) et en proposant une prise en charge globale (28,5%) des patientes. Plusieurs autres raisons sont proposées dans le même ordre d'idée (12,5%) : garantir le choix de la méthode, assurer l'avenir et pérenniser l'activité, simplifier le parcours de soin. Malgré l'ajout de l'IVG médicamenteuse aux compétences des sages-femmes, l'étude montre également que la difficulté d'accès à l'IVG reste un argument toujours évoqué. En effet, la fermeture des maternités et donc des centres réalisant l'IVG instrumentale n'a cessé d'augmenter. La démographie des gynécologues en exercice contraint donc les femmes (moins de quatre sur dix) à ne plus avoir le choix sur la méthode d'IVG (13)*.

Le statut de la sage-femme orthogéniste est aussi souligné pour 21% d'entre elles qui soulignent une continuité logique dans le rôle de la sage-femme orthogéniste, et l'élargissement du champ de compétences justifie la place de la sage-femme au sein des CIVG. Pour 7,1% des sages-femmes, cela représente un nouvel apprentissage stimulant.

Enfin, la démarche morale par militantisme et conviction a été citée pour 7,1% d'entre elles. Ces réponses ont déjà été soulignées dans plusieurs mémoires de fin d'étude de sage-femme (6, 7, 14, 15, 21, 22, 23, 24)*, et rejoignent les mêmes raisons citées lors de l'extension du champ de compétences à l'IVG médicamenteuse depuis le décret du 2 juin 2016 (20)*.

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

médical ou sur le plan psychique. Les sages-femmes souhaitent prendre en charge la demande d'IVG en globalité, de la demande d'IVG jusqu'au contrôle post-IVG. Tout cela dans le but de garantir par la même occasion un meilleur accès à l'IVG avec un parcours simplifié et personnalisé.

3 – L'expérimentation des IVG instrumentales réalisées par les sages-femmes : en pratique

Le questionnement autour des difficultés de mise en pratique a été posé selon le cadre de travail. D'abord au sein du service d'orthogénie puis dans les autres services interlocuteurs.

- *Au sein du service d'orthogénie*

Pour 3 sages-femmes sur 15, la mise en place au sein du service d'orthogénie n'a pas mis en évidence de difficulté particulière, avec un soutien de l'équipe et du responsable de service.

Pour le même nombre, les critères retenus par le décret paraissent trop exigeants notamment en nombre d'observation de 30 actes, très long dans certains centres avec un nombre restreint d'IVG, avec nécessité de se former dans un autre centre réalisant plus d'IVG. Cela représente un temps de formation chronophage avec 2 sages-femmes sur 16 qui ont dû réaliser leur formation sur leur temps personnel. Cette notion a été soulignée lors de la réunion organisée par l'ANSFO (28)* où la majorité des SF fait remarquer que l'observation demandée de 30 IVG instrumentales avant de débiter réellement la formation pratique, semble non nécessaire et est plutôt vécue comme une perte de temps. En effet, au décours de la formation initiale des sages-femmes, pour se former aux accouchements, aucune sage-femme n'a dû au préalable en observer 30. Pourtant, un accouchement est plus à risque de complications qu'une IVG instrumentale.

De plus, la profession étant en tension dans les établissements de santé, libérer du temps sage-femme face au manque d'effectif global pour assurer la prise en charge continue dans les autres services de maternité représente une difficulté à part entière. En effet, l'une d'elle précise qu'elle n'est pas remplacée lors de sa formation.

Enfin pour l'une d'entre elle, il est souligné un manque de formateur dans son service. Notion à élargir donc au possible difficulté d'accès à l'IVG dû au manque de professionnel formé.

- *Au sein des autres services*

Nous avons eu 15 réponses dont deux personnes qui n'ont pas encore réalisé d'IVG par aspiration.

Parmi les 13 ayant déjà réalisé des IVG, cinq professionnel(le)s notent un accueil plutôt bon et pas d'obstacle particulier avec un apprentissage accompagné apprécié. Pour les autres, quatre relèvent une difficulté globale d'accès au bloc opératoire (oubli d'appel par les IBODE des sages-femmes lors des aspirations, des remarques désobligeantes, un manque de bienveillance et la réticences de certains médecins), et une difficulté organisationnelle sur les programmations de bloc des IVG (les grossesses arrêtées planifiées en même temps mais ne rentrant pas dans le cadre de l'expérimentation) et un manque de soutien de l'administration pour deux d'entre elles (formation sur le temps personnel, temps de formation non reconnu).

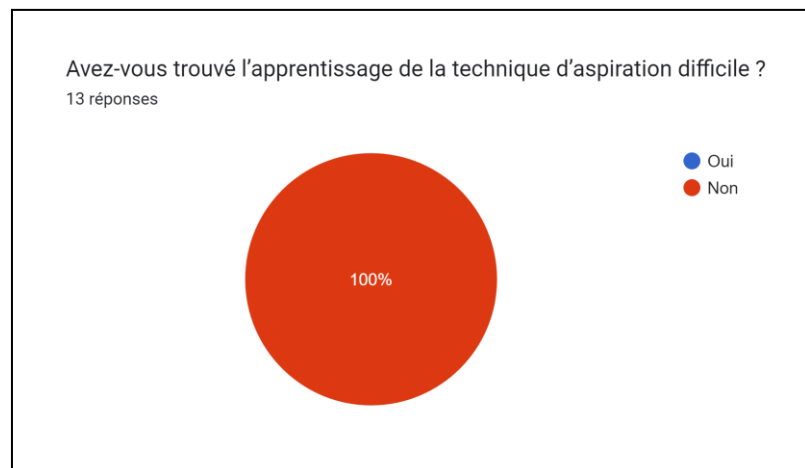
Les gestes d'aspiration sur grossesse arrêtée sont techniquement identiques. Pour les sages-femmes formées aux IVG instrumentales, il pourrait être proposé d'augmenter leur champ de compétences au geste d'aspiration sur grossesse arrêtée. Cela pourrait être une solution et permettrait ainsi de faciliter la programmation et le déroulé de ces vacations au bloc opératoire. De plus, et selon le décret, « les établissements retenus pour l'expérimentation par l'arrêté prévu au III de l'article 70 de la loi du 14 décembre 2020 susvisée sont éligibles à un financement au titre du fond d'intervention régional dans les conditions prévues par l'article L. 4358 du code de la santé publique, en tenant notamment compte des frais relatifs à la mise en place et au suivi de l'activité d'interruptions volontaires de grossesse par voie instrumentale dans le cadre de l'expérimentation, ainsi que des frais de formation des sages-femmes y concourant ».

Ce fonds d'investissement qui est de 18300€ devrait donc pouvoir combler le temps de formation inhérent à cette nouvelle activité et qu'il soit comptabilisé sur des heures travaillées. Comme souligné précédemment, le questionnaire n'a pas mis en avant ce versant. Il serait néanmoins intéressant que les directeurs financiers des établissements de santé communiquent sur le fléchage de ce fonds.

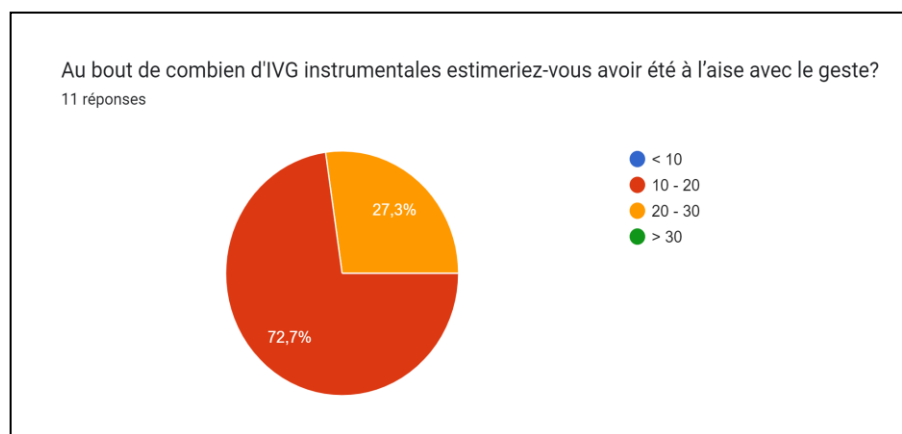
4 – L'apprentissage du geste

Du fait de la grande disparité de mise en place localement dans chaque service, nous n'avons que 13 réponses sur 16 pour cette partie.

Nous pouvons mettre en avant le 100% de réponse négative à la question : avez-vous trouvé l'apprentissage de la technique d'aspiration difficile ?



Presque trois quart des sages-femmes se sentent à l'aise avec le geste après 10-20 aspirations réalisées.



Un geste plutôt rapide d'apprentissage et que nous pouvons conclure comme simple pour les sages-femmes interrogées.

Les principales difficultés rencontrées étant le contrôle échographique de la vacuité utérine pour deux sages-femmes sur onze réponses, deux ont noté des difficultés d'accueil par les équipes

d'anesthésie et du bloc pouvant rendre l'appréhension du geste compliqué, deux autres se sentent moins à l'aise pour les termes >12SA (geste plus long), et une a souligné des difficultés administratives concernant par exemple le logiciel de bloc qui ne reconnaît pas le statut sage-femme comme opérateur. Enfin, l'appréhension des complications a été aussi mentionnée.

Néanmoins, trois réponses notent l'absence de difficultés et un accueil bienveillant.

L'échographie est un obstacle pour de nombreuses sages-femmes expérimentatrices. Elles l'ont souligné lors d'une réunion en Visio, point étape, organisée par l'ANSFO le 20 juin 2023 dernier. En effet, plusieurs sages-femmes ont relevé l'échographie comme source de stress pour le contrôle de leur geste et sont en demande de formation (28)*.

En accord avec les principales complications connues, celles citées par trois sages-femmes sur douze depuis le début de l'expérimentation est l'hémorragie. La gestion de l'hémorragie étant acquise lors de la formation initiale en salle d'accouchement, elles expriment avoir bien géré celle-ci, grâce notamment à l'utilisation de syntocinon.

Elles précisent se sentir bien et à l'aise pour sept sur onze d'entre elles. Les autres disent être encore incertaines dans leur geste du fait du nombre insuffisant d'actes réalisés pour le moment.

Ces réponses sont à mettre en parallèle avec les freins décrits dans le mémoire de E.Helaine qui a posé la question : les sages-femmes souhaitent-elles pratiquer des IVG instrumentales ? (14)* En effet, elle a soulevé plusieurs obstacles, notamment les principaux qui sont des freins personnels à la pratique de l'IVG instrumentale : un sentiment de manque de compétences pour effectuer le geste pour 51,4% des participantes à l'étude et un manque de compétences pour prendre en charge les complications post-IVG pour 40,4%. Ces craintes sont également retrouvées dans le mémoire d'A.Bocquentin (15)*, où les sages-femmes interrogées ont fait part de leurs appréhensions liées aux éventuelles complications de l'IVG instrumentale. Dans l'étude de C.Delaforge (23)*, les principaux freins exprimés par les sages-femmes étaient également et principalement la peur du risque de complications mais aussi le manque de formations et l'idée que cet acte non physiologique devait être effectué par un médecin.

En pratique et malgré ces appréhensions, depuis la mise en place de l'expérimentation, très peu de complications sont décrites par les sages-femmes et les hémorragies décrites dans notre questionnaire sont précisées : « bien cadrées ».

Après un an de mise en place et avec ce questionnaire exhaustif qui dresse un état des lieux rapide de l'expérimentation des IVG instrumentales par les sages-femmes, nous aurions tendance à penser que, peu importe le praticien, peu importe la méthode, le risque de complications est similaire, et que le risque de perforation utérine et d'hémorragie est inférieur à 1% comme le stipule le cahier des charges publié par l'HAS en 2016 (25)*.

Le communiqué de presse du CNOSF de janvier 2020 (13)* l'avait mentionné : « La sage-femme est aujourd'hui compétente et formée pour pratiquer des gestes endo-utérins comme la pose de stérilet, la délivrance artificielle ou la révision utérine. L'IVG instrumentale est un geste endo-utérin. Depuis 2016, l'Organisation mondiale de la santé préconise l'intervention autonome des sages-femmes dans l'IVG instrumentale au premier trimestre de la grossesse. La technicité du geste est simple mais comme pour tout acte endo-utérin, il est nécessaire d'être particulièrement prudent et attentif aux réactions et paroles des femmes. 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. »

Le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes estime que les sages-femmes sont de véritables partenaires pour les femmes, leur santé et leur choix. Le droit à l'IVG constitue un droit fondamental essentiel à la liberté, à l'autonomie et à l'émancipation des femmes. La possibilité pour les sages-femmes de pratiquer l'IVG chirurgicale permettrait un accompagnement des femmes tout au long de leur grossesse, quelle qu'en soit l'issue (13, 15)*.

Cependant, la question de soumettre cette nouvelle compétence à toutes les sages-femmes fait débat : 53,8% contre vs 46,2% pour. Les arguments contre sont avant tout de placer ce champ de compétence sur la base du volontariat avec du personnel dédié, formé et motivé par l'orthogénie. Les arguments pour mettent en avant des compétences déjà acquises plus complexes (exemple de la délivrance artificielle, révision utérine...), et que cela constitue la continuité normale de la prise en charge des patientes, une formation supplémentaire pour la sage-femme qui conforte son rôle à part entière auprès des femmes.

L'identité même de la sage-femme est questionnée à travers ce débat. Selon le Code de la Santé Publique, la sage-femme doit adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique (26)*. L'ANSFO décrit les sages-femmes comme « garantes de la physiologie, elles travaillent à préserver la santé des femmes tout au long de leur vie. Leur place est d'être

aux côtés des femmes à chaque évènement de leur vie sexuelle et reproductive ». Cette question fait émerger un débat qui perdure et qui s'accroît même avec l'élargissement des compétences des sages-femmes, à savoir ce que l'on considère appartenir au domaine de la physiologie ou non, et donc ce qui rentre, ou non, dans le champ des compétences des sages-femmes. Les sages-femmes, gardiennes de la physiologie, peuvent alors se permettre de réaffirmer le caractère non pathologique de l'IVG, qu'elle soit médicamenteuse ou instrumentale.

Sur le plan organisationnel, sur onze réponses : deux sages-femmes auront une vacation de bloc toutes les deux semaines, deux pallient l'absence des médecins et les autres sont encore en formation donc accompagnées d'un médecin formateur.

Aucune sage-femme n'a été valorisée pour cet acte pour le moment. Il est rappelé que dans la loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement, portée par la députée Albane Gaillot, il est précisé que les décrets d'application en attente pour l'augmentation du champ de compétence des sages-femmes à l'IVG instrumentale doivent préciser : « les éléments relatifs à l'organisation des établissements de santé, à la formation exigée et aux expériences attendues des SF ainsi que leurs *conditions de rémunération pour l'exercice de cette compétence* ».

En effet, parmi les réponses obtenues via notre questionnaire, l'une d'elle mentionne l'attente du décret d'application de la loi du 2 mars 2022, pour une valorisation financière et précise : « sans compensation financière et valorisation de cette formation spécifique pour les sages-femmes hospitalières, il sera très compliqué pour elles d'être légitime à réaliser des gestes comme l'IVG instrumentale sans être rémunérées au même niveau que leur collègues médecins ». Cette question de valorisation peut rejoindre le sentiment exprimé par certaines sages-femmes dans le mémoire d'A. Bocquentin d'être « utilisées », considérant l'acquisition de nouvelles compétences comme un moyen de pallier un manque de praticiens afin de garantir l'offre de soins, et non pour valoriser la profession. Une réflexion à ce sujet a débuté au sein des membres du Conseil d'Administration de l'ANSFO. Un document est en cours de finalisation, afin de soumettre des propositions à nos institutions politiques.

Conclusion

A travers cette étude, nous avons pu dresser un premier état des lieux de la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes un an seulement après la parution du décret proposant l'expérimentation.

Nous avons pu constater une grande disparité quant à la mise en œuvre localement de l'expérimentation, en fonction des limites de chaque établissement de santé, du soutien de l'équipe tant soignante qu'administrative, et de la possibilité de formation soit par manque de temps médical sage-femme ou par manque de formateur. Les conditions d'expérimentation paraissent trop exigeantes et parfois incomprises par la profession.

La réalisation concrète de l'expérimentation des IVG instrumentales par les sages-femmes est aussi à placer en lien étroit avec la disparité inter-régionale et territorial du taux et de l'accès à l'IVG en France (3, 30)*.

Ainsi, il paraît difficile de tirer une conclusion avec aussi peu de recul quant à la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes en France depuis la mise en place de l'expérimentation. Cependant, les premiers témoignages laissent à penser que les résultats concernant les complications rejoindront les études menées à l'étranger (17, 18, 19)* et comme le préconise l'OMS (27)* : l'apprentissage du geste est accessible aux sages-femmes et les complications ne sont pas plus nombreuses. Nous avons donc mis en évidence que la difficulté n'est tant pas technique mais plutôt organisationnel.

Par ailleurs, le besoin de formation et de temps de formation est à souligner. Par exemple en échographie, notifié par plusieurs sages-femmes orthogénistes, et d'autant plus en ce qui concerne l'échographie de contrôle de vacuité. Malgré la carence de temps de formation et l'absence de valorisation, la motivation de plusieurs sages-femmes est telle qu'elles se forment sur leur temps personnel, et non sur leur temps de travail, ou modifie leur planning afin qu'il corresponde à celui des médecins formateurs disponibles.

Nous pouvons donc noter l'importance du personnel dédié, motivé et formé afin de permettre un accompagnement optimal des femmes.

En perspective, et selon les problématiques locales, plusieurs sages-femmes ont déjà le projet de création de centres d'IVG dédiés afin d'améliorer la qualité de l'offre de soin, d'autres pensent à développer l'activité d'IVG sous AL dans des centres où cette activité n'est pas mise en place, pour ainsi diversifier l'offre de soins et répondre aux mieux aux demandes de certaines femmes. Enfin, l'augmentation de ce champ de compétences aux grossesses arrêtées permettrait de faciliter l'accès au bloc opératoire. Cette idée appuie certaines revendications féministes actuelles sur une meilleure prise en charge des arrêts naturels de grossesses parfois complexe à gérer et accompagner aux urgences gynécologiques.

Si l'objectif est de disposer de praticiens supplémentaires formés et volontaires pour offrir aux femmes un véritable choix et de réduire les inégalités d'accès à l'IVG, nous pouvons donc conclure qu'il sera atteint.

En effet, il est important de souligner à nouveau l'intérêt et l'engagement des sages-femmes sur la question de l'IVG. En 2018, 3,5 % des IVG médicamenteuses ont été réalisées par des sages-femmes (29)*. Ce taux était de 1% en 2016, année où la pratique de l'IVG a été rendu possible pour les sages-femmes (9)*.

Un an après la parution du décret autorisant l'IVG instrumentale par les sages-femmes sous forme d'expérimentation, et tout comme pour l'IVG médicamenteuse, nous avons pu montrer que ces professionnel(le)s se sont saisi(e)s de cette nouvelle compétence.

La motivation reste présente malgré les différents obstacles constatés : la création du dossier d'expérimentation exigeant, l'accès au bloc opératoire complexe, la formation fastidieuse du fait du nombre d'actes à observer et parfois exercée sur le temps personnel, sans oublier le manque de valorisation. L'engagement professionnel et personnel de la profession est donc important.

Elles sont présentes et motivées dans une volonté de permettre un accès facilitant à l'IVG, de garantir le choix de la méthode, de maintenir une prise en charge de qualité. Leur profession prédispose les sages-femmes à l'accompagnement global des femmes tout comme à l'appropriation de ce type de gestes techniques. Cela représente un complément logique à l'accompagnement des femmes dans leur parcours gynécologique et obstétrical.

Attribuer cette compétence aux sages-femmes, profession traditionnellement associée au parcours gestatif, et spécialistes de l'endo-utérin physiologique, permet de réaffirmer le caractère non pathologique de l'IVG et de consolider l'image de l'IVG comme faisant partie intégrante de la vie génésique des femmes, au même titre que la grossesse, l'accouchement et ces suites immédiates, ainsi que le suivi gynécologique physiologique.

En ouverture, nous pourrions nous questionner sur le vécu des sages-femmes selon le type d'analgésie pendant le geste d'aspiration. Professionnelles habituées à l'accompagnement, se saisiront-elles avec plus de facilité à l'IVG sous AL ? L'appréhension des complications, notamment l'hémorragie, serait un argument favorable.

De plus, nous avons évoqué l'ouverture aux sages-femmes des aspirations des grossesses arrêtées sans notion de pathologie pour favoriser l'accès au bloc dans certains centres. Cependant, au vu des difficultés évoquées de mise en œuvre dans des centres suffisamment motivés pour participer à l'expérimentation des IVG instrumentales par les sages-femmes, nous pourrions nous demander comment simplifier l'application et l'organisation de cette pratique dans tous les établissements de santé une fois que le décret d'application sera publié.

Bibliographie

- 1 – Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse
- 2 - Bajos N, Ferrand M, Moreau C. Evolution du recours à l'IVG en France : de l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative. Médecine Reprod Gynécologie Endocrinol. 2012.
- 3 – Vilain A, Rey S, Fresson J. 223 300 interruptions volontaires de grossesse en 2021. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques ; 2021 sept. (Etudes et résultats). Report N° 1241.
- 4 - Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juillet 4, 2001.
- 5 - Code de la Santé Publique. Partie législative. Titre V : Profession de sage-femme (Article L4151-1 à LA151-10) ; 2021.
- 6 – Gimbert J. Etude des pratiques de l'IVG médicamenteuse : enquête chez les sages-femmes exerçant en CPEF et en établissement de santé en Lorraine. [Mémoire de diplôme d'Etat de sage-femme]. Nancy, France : université de Lorraine ; 2019
- 7 - Breton P. La place de la sage-femme dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse. Enquête auprès des étudiants de la Région Grand-Ouest. Mémoire de fin d'études de sage-femme. Université de Tours, 2013.
- 8 - Décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse - Article 1. 2009-516 mai 6, 2009.
- 9 - Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 127. 2016- 41 janv 26, 2016
- 10 – Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021
- 11 - Légifrance. Décret n° 2021-1934 du 30 décembre 2021 relatif à l'expérimentation relative à l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes.
- 12 – Place de la régulation des naissances dans la formation initiale des sages-femmes : enquête en Île-de-France en 2012 – La revue des Sages-femmes
Author links open overlay panelS. Flandin-Créton ^a, J.-F. Dreyfus ^b

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

14 – Helaine E. Les sages-femmes souhaitent-elles pratiquer des interruptions volontaires de grossesses instrumentales ? Positionnement des sages-femmes de l'Orne, de la Manche et du Calvados sur la possible extension de leurs compétences à l'IVG instrumentale. Mémoire de fin d'études de sage-femme. Université de Caen, France ; 2022.

15 – Bocquentin A. L'IVG instrumentale, future compétence des sages-femmes ? Positionnement de sages-femmes orthogénistes. Mémoire de fin d'études de sage-femme. Université de Paris Descartes, France ; 2019.

16 – Référentiel Métier et Compétences Sages-femmes, Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes, Janvier 2010.

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

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

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

20 – Légifrance. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse.

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

22 - Granger T. Sages-femmes libérales et interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse : positionnement. Mémoire de diplôme d'Etat de sage-femme. Lyon, France ; 2017

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

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

25 - Haute Autorité de Santé. Cahier des charges pour la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale dans les centres de santé ; mars 2016.

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

27 - Organisation mondiale de la santé. Avortement sécurisé directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. Genève: Ed. de l'OMS; 2013.

28 – ANSFO – Expérimentation de la pratique des IVG instrumentales par des Sages-Femmes - Réunion en visio - Point d'étape du 20 Juin 2023.

29 - Vilain A. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques ; 2019 sept. (Etudes et résultats). Report N° 1125.

30 - Matulonga B. Les interruptions volontaires de grossesse en Ile-de-France. Données 2015-2017. Observatoire Régional de Santé (ORS) Ile-de-France; 2019 janv.

31 - Légifrance. Décret n° 2021-454 du 15 avril 2021 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en centre de santé.

32 – Légifrance. Loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement.

Annexes

Annexe 1 – Questionnaire mémoire

1 - Profil des sages-femmes

Quelle âge avez-vous ?

- ☐ 25 – 30 ans
- ☐ 30 – 40 ans
- ☐ 40 – 50 ans
- ☐ Plus de 50 ans

Quel est votre année d'obtention du DE de sage-femme ?

Avez-vous des DU supplémentaire ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, lesquels ?

Décrivez rapidement votre parcours professionnel ?

Où et dans quel type de structure travaillez-vous actuellement ? Depuis combien de temps ?

Avez-vous une activité en orthogénie ? Si oui, depuis combien de temps ?

2 – L'expérimentations des IVG instrumentales réalisées par les sages-femmes : en théorie

Avez-vous rencontré des difficultés à soumettre un dossier d'expérimentation ?

Si oui, lesquelles ?

- ☐ Exigence du dossier
- ☐ Manque de soutien des pairs
- ☐ Obstacles administratifs
- ☐ Autre

Avez-vous des critères d'exclusions ?

Si oui, lesquels ? (Terme / Antécédents / Pathologies / Type d'analgésie)

Quelles sont vos motivations à participer à l'expérimentation ?

3 – L'expérimentations des IVG instrumentales réalisées par les sages-femmes : en pratique

A – Intégration de cette pratique au sein de l'équipe d'orthogénie

Avez-vous rencontré certains obstacles à la mise en place de la formation pratique ? (manque de formateurs, nombres restreints d'IVG, manque de disponibilité, freins organisationnels, etc...)

B – Intégration de cette pratique au sein de l'hôpital

Avez-vous rencontré certains obstacles à la mise en place de la formation pratique au sein des autres services (bloc opératoire / maternité) ? (freins organisationnels, accueil au sein des autres services, bienveillance/soutien des autres professionnels, de l'encadrement ?)

4 – L'apprentissage de la technique par les sages-femmes

Avez-vous trouvé l'apprentissage de la technique d'aspiration difficile ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Au bout de combien d'IVG instrumentales estimeriez-vous avoir été à l'aise avec le geste ?

- ☐ < 10
- ☐ 10 – 20
- ☐ 20 – 30
- ☐ > 30

Si vous réalisez déjà des aspirations, quelles sont les principales difficultés rencontrées lors de l'aspiration ? (geste technique, complications, bienveillance des professionnels, etc...)

Si vous réalisez déjà des aspirations, avez-vous eu des complications ? Si oui, lesquelles ?

Si vous réalisez déjà des IVG instrumentales, comment vous sentez vous lors de la réalisation du geste ?

Recommanderiez-vous l'apprentissage de la technique à toutes les SF ?

Si oui, pourquoi ?

Comment avez-vous mis en pratique la compétence acquise sur le plan organisationnel ? (vacation de bloc supplémentaire / médecin présent / validation administrative, etc...)

Serez-vous ou avez-vous été valoriser au vu de la compétence supplémentaire ? Si oui, comment ?

Avez-vous des commentaires ?