



**HAL**  
open science

# Étude des pratiques de l'IVG médicamenteuse : enquête chez les sages-femmes exerçant en CPEF et en établissement de santé en Lorraine

Juliette Gimbert

► **To cite this version:**

Juliette Gimbert. Étude des pratiques de l'IVG médicamenteuse : enquête chez les sages-femmes exerçant en CPEF et en établissement de santé en Lorraine. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03870437

**HAL Id: hal-03870437**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870437>**

Submitted on 24 Nov 2022

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

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



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**Université de Lorraine**

**École de Sages-Femmes**

**de**

**NANCY**

*Étude des pratiques de l'IVG médicamenteuse : enquête chez  
les sages-femmes exerçant en CPEF et en établissement de  
santé en Lorraine*

**Mémoire présenté et soutenu par  
GIMBERT Juliette**

Directeur de mémoire : AVERCENC Léonore

Sage-femme enseignante

Docteur en Sciences de la Vie et de la Santé

**Année de la soutenance 2019**



**Université de Lorraine**

**École de Sages-Femmes**

**de**

**NANCY**

*Étude des pratiques de l'IVG médicamenteuse : enquête chez  
les sages-femmes exerçant en CPEF et en établissement de  
santé en Lorraine*

**Mémoire présenté et soutenu par**

**GIMBERT Juliette**

Directeur de mémoire : AVERCENC Léonore

Sage-femme enseignante

Docteur en Sciences de la Vie et de la Santé

**Année de la soutenance 2019**

## REMERCIEMENTS

*Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.*

*Je remercie tout d'abord Mme AVERCENC, qui a accepté de diriger ce travail, pour son soutien, sa disponibilité et le temps qu'elle y a consacré.*

*Je remercie également le Dr. CREUTZ, pour avoir été l'experte de mon mémoire et pour son aide lors de la réalisation des questionnaires et leur analyse.*

*Je remercie mes parents, ma sœur et mon frère, pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de mes études. Je tiens à remercier en particulier ma sœur d'avoir été là pour moi, pour son écoute, sa patience au quotidien et pour n'avoir jamais douté de moi durant toutes ces années.*

*Je remercie Paul, pour m'avoir soutenue dans les moments d'hésitation, pour sa patience, son amour et sa bienveillance.*

*Je remercie mes amis, et tout particulièrement mes amies de promotion et futures collègues pour ces quatre années d'études traversées à leurs côtés, pour leur soutien dans les moments de doute mais également pour tous les moments inoubliables passés ensemble.*

# **GLOSSAIRE**

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CPP : Centre Périnatal de Proximité

DROM : Départements et Régions d'Outre-Mer

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

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : centres de Protection Maternelle et Infantile

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

RPL : Réseau Périnatal Lorrain

SA : Semaines d'aménorrhée

# SOMMAIRE

GLOSSAIRE .....	5
SOMMAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	7
1. UN ACCÈS À L'AVORTEMENT INÉGAL DANS LE MONDE .....	7
2. EN FRANCE, UNE LÉGISLATION ÉVOLUTIVE DEPUIS 1975.....	9
3. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES .....	11
MATERIEL ET METHODE .....	14
1. TYPE D'ETUDE.....	14
2. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES.....	14
RESULTATS .....	15
1. POPULATION ÉTUDIÉE.....	15
2. MÉTHODES ET BESOINS DE FORMATION.....	15
3. CONDITIONS DE LA PRATIQUE DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE.....	20
DISCUSSION .....	23
1. POPULATION ÉTUDIÉE.....	23
2. MÉTHODES ET BESOINS DE FORMATION.....	23
3. CONDITIONS DE LA PRATIQUE DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE.....	26
4. POINTS FORTS .....	27
5. LIMITES ET BIAIS.....	28
6. PERSPECTIVES .....	29
CONCLUSION.....	30
BIBLIOGRAPHIE.....	32
TABLE DES MATIERES .....	36
ANNEXES.....	37

# INTRODUCTION

## 1. UN ACCÈS À L'AVORTEMENT INÉGAL DANS LE MONDE

Chaque année dans le monde, environ 56 millions d'avortements provoqués, soit 25% des grossesses, sont réalisés, de façon sécurisée ou non (1). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'entre 2010 et 2014, près de la moitié de ces avortements (soit 25 millions par an) ont été à risque et 8 millions d'entre eux ont été pratiqués dans des conditions dangereuses (1). Ces avortements à risque entraînent 7 millions de complications et le décès de 47 000 femmes tous les ans (1,2). Ceci représente entre 4,7% et 13,2% des décès maternels recensés chaque année (3). L'avortement non sécurisé est défini par l'OMS comme « une interruption de grossesse pratiquée par des personnes qui n'ont pas les compétences nécessaires ou dans un environnement où les normes médicales minimales ne sont pas appliquées, voire les deux » (1,4). C'est dans les pays où la loi est la plus restrictive que l'avortement est le moins sécurisé, et, au contraire, il tend à l'être davantage dans les pays où la loi est plus libérale (5). Pourtant, que l'avortement soit légal dans leur pays ou soumis à des lois restrictives, les femmes ont la même probabilité d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) (6,7).

Au cours des 20 dernières années, plusieurs pays ont modifié leur législation et ont élargi les conditions de réalisation des avortements, afin de réduire les risques liés aux complications des avortements non sécurisés. Malgré cela, il existe toujours des inégalités entre les pays (6). Dans le monde en 2017, sur les 1,64 milliards de femmes en âge de procréer, 42% vivaient dans un pays où l'avortement est fortement limité (en cas de risque vital pour la mère) voire totalement illégal (5,6). Aujourd'hui, seule 39,5% de la population mondiale vit dans un pays où l'avortement est autorisé sans restriction jusqu'à un âge gestationnel donné (différent selon les pays). L'Europe est le continent le plus libéral vis-à-vis des lois sur l'avortement puisque seuls 4 pays (Andorre, Malte, Saint-Marin et le Vatican) ont rendu la pratique de l'IVG illégale (8). Malgré cela, le

droit à l'avortement n'est acquis pour aucun pays et reste sans cesse au cœur des polémiques, comme cette année aux États-Unis où 14 États ont signé des lois pour limiter l'accès à l'avortement. Alors que l'IVG est légale depuis 1973 dans tout le pays – tant que le fœtus n'est pas viable –, début mai, l'Alabama a signé la loi la plus restrictive du pays, interdisant l'IVG après 6 semaines de grossesse, sans exception pour les cas d'inceste ou de viol (9).

Les législations restrictives ne diminuent pas le nombre d'IVG et rendent simplement sa pratique plus dangereuse car réalisée dans des conditions non sécurisées (1,6), mais même dans les pays où l'accès à l'IVG n'est pas restreint, le manque de personnel formé est un réel frein à la réalisation d'avortements sécurisés (7,10). En effet, pour limiter les risques, l'avortement doit être réalisé par une personne compétente et dans les normes médicales requises par l'OMS (1). Or, il existe une réelle pénurie de personnels compétents, notamment dans certaines régions en développement (Afrique, Amérique du Sud, Asie), mais également dans les pays développés où les zones rurales sont largement sous-dotées (1,10). Dans le monde, la pénurie de professionnels qualifiés s'élèverait à 12,9 millions d'ici à 2035 (10). Cette pénurie est partiellement due aux restrictions politiques concernant les catégories de professionnels de santé qui peuvent dispenser les soins et services liés à l'IVG (7,10). En effet, dans de nombreuses situations, les professionnels de santé impliqués dans la dispensation des soins liés à l'avortement sont des médecins spécialistes. Pourtant, l'implication d'agents de santé comme les médecins non-spécialistes, les sages-femmes, le personnel infirmier et les aides-soignants confirmés permettrait d'augmenter la disponibilité de ces soins pour les femmes qui en ont besoin (10).

Dans de nombreux pays, les sages-femmes ont déjà un rôle non négligeable dans la prise en charge des soins liés à l'IVG, même si elles n'en sont pas le principal opérateur. Le meilleur moyen de garantir un accès à l'avortement dans les pays où il existe une pénurie de professionnels qualifiés serait d'autoriser les « prestataires intermédiaires », notamment les sages-femmes, à se former et réaliser des avortements de manière légale et sécurisée (11). Néanmoins, les pays autorisant les sages-femmes à pratiquer des IVG, médicamenteuses ou instrumentales, sont encore trop peu nombreux. L'OMS recense aujourd'hui 8 pays ayant indiqué que les sages-femmes faisaient partie des professionnels de santé pratiquant les IVG (Afrique du Sud, Bénin, Éthiopie, Ghana, Cambodge, Vietnam, Macédoine et France) (12). Dans d'autres pays comme les

États-Unis ou l’Australie, la loi varie selon la juridiction et seuls certains états autorisent les sages-femmes à effectuer des avortements (12,13). L’organisation Ipas, impliquée dans les droits sexuels et reproductifs souligne que « le principal obstacle empêchant les infirmières, les sages-femmes [...] de répondre aux besoins des femmes en matière de soins liés à l’avortement sans risque réside dans le fait que, dans de nombreux pays, la formation et l’autorisation en matière d’avortement et les procédures connexes sont réservées aux médecins ». L’organisation note également que même quand la loi et les politiques ne sont pas restrictives, les professionnels de santé non-médecins ont « peu de possibilités d’acquérir les compétences cliniques et autres compétences requises pour les soins liés à l’avortement. » (14).

## **2. EN FRANCE, UNE LÉGISLATION ÉVOLUTIVE DEPUIS 1975**

Aujourd’hui en France, l’interruption volontaire de grossesse (IVG) est un droit fondamental. Ce droit s’inscrit dans une démarche de régulation des naissances et de diminution des grossesses non désirées, qui sont des enjeux majeurs de santé publique (15). Il a, au cours des siècles, souvent été remis en question et reste aujourd’hui encore sujet à de nombreuses polémiques (15).

Si cet acte médical n’a pas toujours été autorisé en France, l’évolution des mœurs a permis de revoir cette interdiction. C’est ainsi que le 17 janvier 1975 est promulguée la « Loi Veil », qui dépénalise l’IVG, et rend sa pratique possible par un médecin, chez les femmes en situation de détresse avant 12 semaines d’aménorrhée (SA), après un délai d’une semaine entre sa demande et sa réalisation (16). Adoptée pour une durée provisoire de 5 ans, elle est reconduite sans limite de temps par la loi Pelletier du 31 décembre 1979 (17). Votée il y a plus de 40 ans, cette loi a subi de nombreux changements afin de correspondre aux besoins de la société et aux changements des pratiques médicales.

On a pu observer, depuis cette date, différentes lois et mesures économiques permettant d'améliorer l'accès à l'IVG. La loi du 31 décembre 1982 prévoit ainsi la prise en charge, par la sécurité sociale, d'une partie des frais liés à l'IVG (18).

Le 30 janvier 1993, la loi Neiertz crée, entre autres, le délit d'entrave à l'IVG. Cette loi sanctionne les opposants à l'IVG qui tenteraient d'empêcher sa pratique ou de s'informer sur celle-ci (19).

La loi relative à la contraception et à l'IVG, promulguée le 4 juillet 2001, constitue un tournant dans l'amélioration de l'accès au droit à l'IVG puisqu'elle l'inscrit dans le code de la santé publique (CSP). C'est cette loi et son arrêté en 2004 qui ont rendu possible la pratique de l'IVG médicamenteuse en médecine de ville. Il est dorénavant possible d'avoir recours à l'IVG médicamenteuse en ville, chez un médecin ayant signé une convention avec un centre hospitalier, sans hospitalisation, dans un délai gestationnel de 7 semaines d'aménorrhée (SA). Elle modifie également le délai maximum de recours à l'IVG, augmenté à 12 semaines de grossesse, soit 14 SA. Cette même loi supprime l'obligation du consentement des parents ou du représentant légal pour une mineure souhaitant garder le secret, à condition que la personne mineure soit accompagnée d'une personne majeure de son choix (20–22). La loi du 19 décembre 2007, précisée par le décret du 6 mai 2009, permet d'élargir la pratique aux CPEF et centres de santé, sous réserve d'un conventionnement avec un centre hospitalier (23,24).

En plus des mesures législatives et économiques, d'autres moyens ont été mis en œuvre, dans une démarche de sensibilisation. Différents outils ont été mis en place afin de mieux informer les femmes sur l'IVG, parmi lesquels un numéro national d'information et la campagne d'information « IVG, mon corps, mon choix, mon droit », lancés en 2015. Un site internet gouvernemental a également été créé, enregistrant en moyenne 65 000 visiteurs par mois (25).

Plus récemment, en 2016, plusieurs mesures prévues par la loi de modernisation de notre système de santé ont été mises en œuvre afin de faciliter l'accès à l'IVG. D'abord, le délai minimal légal de réflexion d'une semaine a été supprimé. Ce délai est désormais réduit à 48 h après l'entretien psychosocial, qui ne reste obligatoire que pour les mineures (26). L'arrêté du 26 février 2016 a permis d'harmoniser la prise en charge financière de l'IVG, quel que soit son lieu de réalisation, par le financement à 100 % par la sécurité sociale de l'ensemble des actes relatifs à la pratique de l'IVG (27).

En outre, le décret du 2 juin 2016 élargissant les compétences des sages-femmes en matière d'IVG par voie médicamenteuse et en matière de vaccination, de même que la modification de la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes, par l'arrêté du 8 août 2016, offrent la possibilité aux sages-femmes de recevoir et réaliser des demandes d'IVG médicamenteuses jusqu'à 7SA. Dans le cadre de ce dispositif, seules les IVG médicamenteuses peuvent être réalisées (28,29). Ces mesures renforcent ainsi l'offre de proximité, améliorant l'accès des femmes à l'IVG. L'extension des compétences des sages-femmes constitue aussi un moyen de reconnaissance non négligeable de la profession, au cœur de la santé des femmes.

En 2017, deux guides sont publiés par le gouvernement afin de faciliter la prise en charge de l'IVG : l'un à destination des sages-femmes et des médecins (30), l'autre à destination des patientes (31).

Avant la loi de modernisation de notre système de santé, si seuls les médecins pouvaient réaliser des IVG, les sages-femmes intervenaient déjà dans le parcours de soins de l'IVG (32). Elles représentaient ainsi près d'un tiers du personnel concerné dans sa prise en charge et y participaient de façon importante, le plus souvent sous délégation du médecin (33,34). Cette loi permet de les inclure de façon active dans la pratique de l'orthogénie.

### **3. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES**

Chaque année en France, environ 220 000 Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) sont pratiquées. Ce nombre est stable depuis une dizaine d'années. En 2017, on estime que le taux de recours était de 14,4 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en métropole (35), contre 13,9 en 2016 (36). Ce taux était de 26,1 dans les départements et régions d'Outre-Mer (DROM). Les femmes les plus concernées par la pratique de l'IVG étaient les femmes jeunes, entre 20 et 24 ans avec un taux de 26,7 IVG pour 1000 femmes en France. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) estime également qu'environ 1 femme française sur 3 aura recours à au moins une IVG au cours de sa vie (35).

En 2017, il y a eu une augmentation du nombre d'IVG réalisées hors établissements de santé. On en dénombrait 48 100, soit 22 % du total des IVG, contre 18 % l'année passée. On constate également ces dernières années une augmentation des IVG médicamenteuses, qui s'accompagne d'une diminution des IVG instrumentales (35,36). Globalement, 67,5 % des IVG sont réalisées de façon médicamenteuse en Métropole (76,1 % dans les DOM) (35). Cela représente 59 % des IVG réalisées en centre hospitalier en 2017, contre 10 % en 1992 (35). Ces chiffres prouvent qu'il y a une amélioration de la prise en charge des grossesses non prévues puisque les femmes bénéficient d'une prise en charge plus précoce.

Selon la DREES, en 2017, 13 959 IVG ont été réalisées dans la région Grand-Est, dont 12 924 en établissement hospitalier et 130 en centre de santé et CPEF (35). On constate une nette augmentation du nombre d'IVG réalisées en centre de santé et en CPEF (30 IVG réalisées dans ce cadre l'année précédente (36)). En Lorraine la même année, 5502 IVG en centre hospitalier ont été enregistrées dont 3896 médicamenteuses (Source : Statistique Annuelle des Établissements de santé).

Si l'on ne connaît pas la proportion de sages-femmes réalisant des IVG en France, on sait qu'elles réalisaient 3 % des IVG hors établissement de santé en 2017, contre 1 % en 2016 (35). Ce chiffre sera amené à augmenter dans les prochaines années, notamment avec la pénurie de gynécologues et le développement des compétences des sages-femmes.

Depuis l'élargissement des compétences des sages-femmes à la réalisation d'IVG médicamenteuses, celles-ci peuvent participer à des formations dispensées par des organismes comme le Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie (REVHO), ou en Lorraine, le réseau périnatal lorrain (RPL). De plus, en parallèle avec la modification de la loi, le RPL a publié des recommandations sur les IVG médicamenteuses en et hors établissement de santé afin de mieux encadrer leur pratique, en accord avec les recommandations nationales (37,38).

Lors de l'évaluation du plan d'accès régional d'accès à l'IVG, le RPL a recensé 57 sages-femmes ayant participé à une formation théorique sur l'IVG médicamenteuse en 2017 (dispensée par le RPL ou le REVHO). La moitié travaillait en centre hospitalier ou en CPEF, mais seules 6 sages-femmes dont 3 travaillant dans ces établissements déclaraient avoir réalisé un stage pratique (Source : RPL).

L'objectif principal de ce travail était de déterminer les conditions de pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes dans les CPEF et les centres hospitaliers. En complément, nous avons cherché à identifier les freins et leviers à la mise en place de ces IVG médicamenteuses par les sages-femmes dans ces structures.

L'objectif secondaire consistait à identifier les méthodes et besoins de formation à l'IVG par les sages-femmes ainsi que les freins à la mise en place des stages pratiques dans le cadre des formations.

# MATERIEL ET METHODE

## 1. TYPE D'ETUDE

Cette étude repose sur une enquête descriptive observationnelle transversale multicentrique.

### 1.1. Population étudiée

L'étude s'est portée sur les sages-femmes travaillant en secteur hospitalier, en CPEF et en centre de santé dans la région Lorraine. Ont été exclues les sages-femmes coordinatrices en maïeutique ne réalisant pas de consultations.

### 1.2. Modalités de réalisation de l'étude

L'enquête a été réalisée via des questionnaires en ligne (GoogleForms®), diffusés avec l'aide du Réseau Périnatal Lorrain (Annexe 1). Les questionnaires ont été diffusés d'une part auprès des sages-femmes coordinatrices des maternités du RPL, et d'autre part aux médecins référents des 4 conseils départementaux de Lorraine, afin de les diffuser aux sages-femmes des maternités et CPEF de toute la Lorraine.

Les questionnaires ont été diffusés entre le 27 novembre 2018 et le 5 février 2019.

## 2. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES

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.

# RESULTATS

## 1. POPULATION ÉTUDIÉE

Soixante-quatre sages-femmes ont répondu au questionnaire. Une sage-femme a été exclue car elle était coordinatrice en maïeutique. Au total, 63 questionnaires ont été analysés.

Le lieu d'exercice des sages-femmes incluses dans l'analyse des questionnaires est représenté dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Lieu d'exercice des sages-femmes ayant répondu au questionnaire (N=63)

Lieu d'exercice	Pourcentage de sages-femmes
En établissement de santé (n=41)	65,1%
En CPEF (n=18)	28,6%
Mixte <sup>1</sup> (n=3)	4,7%
Centre périnatal de proximité (CPP) (n=1)	1,6%

<sup>1</sup> Mixte : exercice en CPEF et en établissement de santé

## 2. MÉTHODES ET BESOINS DE FORMATION

### 2.1. Intérêt de la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes

#### 2.1.1. Pour les femmes

Les sages-femmes pensaient globalement qu'il existe une **plus-value pour les femmes** à laisser les sages-femmes réaliser des IVG médicamenteuses (**93,65 %**, n=59). L'item évoquant quelles étaient ces plus-values était à choix multiples. La majorité des sages-femmes mentionne une **approche plus globale et personnalisée** (n=51) et une **diminution du délai de prise en charge** (n=46). Sept sages-femmes ont évoqué, en

plus, d'autres motifs : l'écoute, l'empathie et la disponibilité des sages-femmes, une augmentation de l'offre de soins territoriale, une amélioration de la prise en charge des contraceptions post-IVG et une dispensation d'informations plus complète.

Parmi les 4 sages-femmes (6,35 %) ayant répondu qu'il n'y avait pas de plus-value pour les femmes, une sage-femme a évoqué la nécessité, selon elle, de revoir toute la prise en charge de l'IVG.

### **2.1.2. Pour les sages-femmes**

Parmi les répondantes, 9 sages-femmes sur 10, soit 57, ont indiqué qu'il y avait, selon elles, une **plus-value pour les sages-femmes** à réaliser des IVG. Le questionnaire proposait une réponse à choix multiples afin de les lister. La plupart – 89,5 % soit 51 sages-femmes – évoque un **accompagnement plus complet des femmes**, et la **diversification des pratiques** était mentionnée par 70,2 % (n=40) d'entre-elles. Moins de la moitié (n=24) pensait que la pratique de l'IVG par les sages-femmes permettrait une valorisation de la profession. Enfin, une sage-femme a évoqué l'approche psychologique des consultations d'IVG.

Parmi les 6 sages-femmes ne trouvant pas de plus-value à cette pratique pour la profession, 2 évoquaient le manque de reconnaissance de la pratique de l'IVG médicamenteuse qui requiert pourtant selon elles une responsabilité accrue et un niveau élevé de compétences.

## **2.2. Formation théorique à l'IVG médicamenteuse**

Vingt sages-femmes, soit **31,7 %**, avaient bénéficié d'une formation théorique à l'IVG médicamenteuse, contre 43, soit **68,3 %** qui n'en avaient pas bénéficié. La proportion de sages-femmes formées était plus importante dans les CPEF et centres de protection maternelle et infantile (PMI) que dans les centres hospitaliers (Tableau 2).

**Tableau 2 : Participation à une formation sur l'IVG médicamenteuse selon le lieu d'exercice (N=63)**

Lieu d'exercice	Oui	Non
<b>En établissement de santé (n=41)</b>	19,5% (n=8)	80,5% (n=33)
<b>En CPEF/PMI (n=18)</b>	50,0% (n=9)	50,0% (n=9)
<b>Mixte<sup>1</sup> (n=3)</b>	66,7% (n=2)	33,3% (n=1)
<b>En CPP (n=1)</b>	100% (n=1)	0%

<sup>1</sup> Mixte : exercice en CPEF et en établissement de santé

Le motif principal évoqué était un choix personnel, dans 70% des cas (n=14). Pour les autres, il s'agissait d'une volonté de la part de l'institution dont elles dépendaient, soit une formation incluse dans la formation initiale pour le Diplôme d'État de sage-femme (n=4), soit une demande de l'institution elle-même (n=2).

La formation était principalement dispensée par le RPL, mais certaines ont bénéficié d'autres formations : incluse dans un Diplôme Universitaire ou Inter-universitaire (DU ou DIU) ou dans la formation initiale des études de sage-femme, une formation par le REVHO ou par le Réseau Périnatal Champagne-Ardenne (Tableau 3).

**Tableau 3 : Type de formation sur l'IVG médicamenteuse dont ont bénéficié les sages-femmes**

	Nombre de sages-femmes (N=20)
Formation par le Réseau Périnatal Lorrain	9
Diplôme Universitaire ou Inter-Universitaire	4
Formation initiale (études de sage-femme)	4
Formation par le REVHO <sup>1</sup>	2
Formation par le Réseau Périnatal Champagne-Ardenne	1

<sup>1</sup> REVHO : Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie

Au sein des 43 sages-femmes n'ayant pas été formées à l'IVG médicamenteuse, 36 ont déclaré ne pas avoir eu de proposition de formation, 4 n'ont pas eu de formation par opposition de l'établissement ou des coordinatrices en maïeutique, 2 ne trouvaient pas d'utilité à cette formation et 1 sage-femme évoque le manque de temps.

Toutefois, il ressort que **76,7 %** (n=33) d'entre elles souhaiteraient bénéficier d'une formation.

**Tableau 4 : Désir de formation à l'IVG médicamenteuse selon le lieu d'exercice (N=43)**

Lieu d'exercice	Oui	Non
En établissement de santé (n=33)	69,7%	30,3%
En CPEF (n=9)	100%	0%
Mixte <sup>1</sup> (n=1)	100%	0%

<sup>1</sup> Mixte : exercice en CPEF et en établissement de santé

### 2.3. Stage pratique

Neuf sages-femmes avaient réalisé un stage pratique suite à la formation théorique, et 2 autres ont indiqué que le stage était en cours. Deux tiers des sages-femmes exerçant en CPEF et PMI ayant bénéficié de la formation théorique ont eu la possibilité de réaliser un stage. En centre hospitalier, les sages-femmes ayant réalisé un stage représentaient la moitié de celles qui avaient eu la formation théorique (Tableau 6).

**Tableau 6 : réalisation du stage pratique en fonction du lieu d'exercice (N=20)**

Lieu d'exercice	Formation théorique	Stage pratique
En CPEF/PMI	9	6 (+1 en cours)
En établissement de santé	8	3 (+1 en cours)
Mixte <sup>1</sup>	2	0
En CPP	1	0
<b>Total général</b>	<b>20</b>	<b>9 (+2 en cours)</b>

<sup>1</sup> Mixte : exercice en CPEF et en établissement de santé

Parmi les sages-femmes ayant réalisé le stage, 6 l'ont réalisé dans la structure hospitalière dont elles dépendaient, 2 dans un autre centre hospitalier et 1 a pu réaliser le stage dans 2 établissements distincts.

Le stage pratique était en projet pour 5 des 11 sages-femmes n'ayant pas effectué de stage, dont 2 pour lesquelles le stage était en cours. Une sage-femme mentionne le manque de temps et la difficulté à trouver un stage. Pour la moitié des sages-femmes n'ayant pas pour projet de réaliser un stage pratique (n=3), celui-ci n'était pas prévu dans la formation. Une sage-femme a fait part d'un refus de la structure dont elle dépend.

## 2.4. Connaissance des recommandations

Au total, **60,3 %** (n=38) des sages-femmes interrogées disaient avoir connaissance des recommandations du RPL concernant les IVG avant 7 semaines d'aménorrhée (SA). La proportion de sages-femmes connaissant ces recommandations était plus importante au sein des CPEF qu'au sein des établissements hospitaliers. (Tableau 7).

**Tableau 7 : Connaissances des sages-femmes sur les recommandations du RPL concernant les IVG avant 7SA selon le lieu d'exercice (N=63)**

Lieu d'exercice	Oui	Non
En établissement de santé (n=41)	51,2%	48,8%
En CPEF (n=18)	83,3%	16,7%
Mixte <sup>1</sup> (n=3)	33,3%	66,7%
En CPP (n=1)	100%	0%

<sup>1</sup> Mixte : exercice en CPEF et en établissement de santé

La plupart des sages-femmes n'ayant pas connaissance des recommandations du RPL n'avaient pas eu de formation à l'IVG médicamenteuse (Tableau 8). Les sages-femmes formées n'ayant pas eu connaissance des recommandations avaient bénéficié de cours lors de la formation initiale ou d'un diplôme universitaire ou inter-universitaire.

**Tableau 8 : Connaissances des sages-femmes sur les recommandations du RPL concernant les IVG avant 7SA selon leur participation à une formation (N=63)**

	Formation	Pas de formation
<b>Recommandations connues (n=38)</b>	44,7%	55,3%
<b>Recommandations non connues (n=25)</b>	12,0%	88,0%

### 3. CONDITIONS DE LA PRATIQUE DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE

#### 3.1. Réalisation d'IVG

Toutes les sages-femmes (N=9) qui avaient terminé le stage pratique avaient déjà réalisé des IVG médicamenteuses. Quatre avaient réalisé entre 1 et 10 IVG, une sage-femme en avait réalisé entre 11 et 20 et une en avait réalisé plus de 30. Trois sages-femmes n'ont pas communiqué le nombre d'IVG réalisées.

Globalement, les sages-femmes ayant réalisé des IVG se sont senties plutôt à l'aise. Les raisons évoquées étaient le **caractère complet de la formation** entre la théorie et le stage, le sentiment d'avoir su répondre aux attentes des patientes, et parfois l'habitude avant la formation. Les difficultés mentionnées étaient le caractère singulier des situations, la complexité à déterminer les critères d'inclusion et d'exclusion en une seule consultation, et le caractère difficile, d'un point de vue psychologique, de la réalisation d'IVG.

Presque toutes les sages-femmes (n=8) ont trouvé la formation en adéquation avec les besoins au moment de la pratique : la **réalisation d'un stage pratique** était le motif évoqué le plus souvent.

Une sage-femme n'a pas trouvé la formation adéquate : selon elle, la réalisation d'IVG médicamenteuses est inadaptée à une pratique de sage-femme, d'un **point de vue administratif**. Cette sage-femme avait bénéficié d'une formation à l'IVG médicamenteuse sur demande de l'institution dont elle dépendait.

Les sages-femmes (N=9) ont indiqué recevoir des **femmes de tous âges** pour la réalisation d'IVG médicamenteuses à domicile **sauf des femmes mineures**. La plupart déclaraient recevoir davantage de femmes jeunes et étudiantes (n=7) et de femmes ayant déjà des enfants (n=6). Près de la moitié des sages-femmes (n=4) déclaraient que les femmes ayant déjà eu recours à une IVG médicamenteuse sont demandeuses d'IVG à domicile.

### **3.2. Guide IVG**

Sept sages-femmes ont utilisé le guide IVG mis à disposition par le gouvernement, à destination des professionnels. Une sage-femme n'a pas utilisé de guide car elle avait déjà l'habitude de ce type de situation et une autre a utilisé un autre ouvrage – « IVG médicamenteuse, 2<sup>ème</sup> édition » D. Hassoun et P. Faucher, édition ESTEM.

Toutes les sages-femmes qui ont réalisé des IVG (n=9) ont utilisé le guide IVG mis à disposition par le gouvernement, à destination des patientes

### **3.3. Relai médecin et accès à l'imagerie**

Globalement, les sages-femmes ont trouvé le relai avec les médecins en cas de besoin plutôt aisé. L'accès à l'imagerie (délai de prise en charge) ne présentait pas de difficultés sans être particulièrement aisé. Aucune sage-femme n'a trouvé le relai avec les médecins et l'accès à l'imagerie difficile.

### 3.4. Pratique de l'orthogénie dans les CPEF

Sur les 21 sages-femmes ayant déclaré avoir une activité au sein d'un CPEF – exclusive ou en addition avec une activité hospitalière –, 5 n'ont pas communiqué sur la valorisation de l'orthogénie dans leur centre et 2 travaillaient dans un CPEF n'ayant pas d'activité d'orthogénie.

Parmi les 14 sages-femmes restantes, la moitié travaillait dans un CPEF **ne valorisant pas financièrement les actes d'orthogénie** (Tableau 8).

Tableau 8 : Valorisation de l'orthogénie dans les CPEF (n=14)

Type de valorisation financière	Nombre de sages-femmes
Pas de valorisation financière (pas de facturation)	7
Par le PMSI de l'établissement où le CPEF est installé AVEC UF à part	3
Cotation comme activité de ville (forfait de ville)	2
Par le PMSI de l'établissement où le CPEF est installé SANS UF à part	1
Facturation à l'hôpital qui reverse la fraction correspondant aux actes réalisés au CPEF	1

Onze sages-femmes travaillant en CPEF ont déclaré qu'un conventionnement pour la réalisation d'IVG médicamenteuses hors établissements de santé existait entre le CPEF où elles travaillaient et le centre hospitalier de territoire, et une sage-femme a indiqué qu'un conventionnement était en cours dans sa structure. Les raisons évoquées au non-conventionnement étaient **l'absence de pratique d'IVG médicamenteuse à domicile** au sein du CPEF, **l'absence de demande** de l'administration et **l'éloignement** trop important du CPEF par rapport au centre hospitalier.

# DISCUSSION

## 1. POPULATION ÉTUDIÉE

En France, 73 % des sages-femmes exercent une activité en tant que salariées (Source : Ministère des Solidarités et de la Santé). Parmi elles, 93,2 % travaillent en centres hospitaliers et 6,8 % sont des sages-femmes territoriales (CPEF, PMI). La région Lorraine comptait, en 2018, 724 sages-femmes exerçant une activité partielle ou à temps plein en tant que salariées (Source : DREES). Les 63 sages-femmes incluses dans l'étude représentaient ainsi environ **8,8 %** des sages-femmes des centres hospitaliers, CPEF et PMI de la région.

En Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle et dans les Vosges, on dénombre 32 CPEF, à raison d'en moyenne une à deux sages-femmes par CPEF (Source : Ministère des Solidarités et de la Santé). Cela représente, selon la DREES, 42 sages-femmes. Si les sages-femmes territoriales représentaient le tiers des répondantes, dans la population générale, elles représentent **6 %** des sages-femmes salariées de Lorraine.

Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que les sages-femmes ayant répondu au questionnaire travaillaient dans un service plus concerné par l'IVG. Cela expliquerait notamment la proportion plus importante de sages-femmes territoriales dans notre population, puisque les CPEF sont des centres ressources pour l'information et la pratique de l'IVG, et les sages-femmes y sont davantage confrontées.

## 2. MÉTHODES ET BESOINS DE FORMATION

De manière générale, les sages-femmes répondantes ont une **vision positive de la pratique de l'IVG par les sages-femmes**. Étendre cette pratique aurait un intérêt pour **garantir l'accès à l'IVG** à toutes les femmes et permettrait aux sages-femmes d'assurer un suivi global des femmes et diversifier leur pratique. En revanche, cela ne semble pas être une pratique qui permettrait une meilleure valorisation de la profession selon les sages-femmes interrogées. Dans une étude de 2015 concernant le

positionnement des sages-femmes sur la prescription de l'IVG médicamenteuse, l'amélioration de l'accès à l'IVG était déjà mentionnée comme un point positif dans la pratique par les sages-femmes. Elles évoquaient aussi le fait que cette pratique ne contribue pas forcément à la valorisation de la profession (39).

Dans l'échantillon, la proportion de sages-femmes ayant eu une formation théorique à l'IVG médicamenteuse est relativement faible, mais il y a un réel désir de formation parmi les répondantes. Les sages-femmes formées le sont principalement de leur propre volonté, et celles qui ne le sont pas n'ont pour la plupart pas connaissance de la formation. De fait, il faudrait davantage **insister sur l'existence de ces formations** afin de permettre aux sages-femmes qui le souhaitent de se former.

De plus, la proportion de sages-femmes formées était plus importante au sein des CPEF : cela peut s'expliquer par le fait que ces sages-femmes sont plus confrontées à l'IVG que celles travaillant uniquement en centre hospitalier. En effet, les entretiens pré et post IVG font partie des missions des CPEF, ainsi que la prévention des grossesses non désirées (40).

Aussi, toutes les sages-femmes travaillant en CPEF formulent le souhait de se former alors qu'un tiers de celles travaillant en centre hospitalier ne le souhaitent pas. Cette différence vient sans doute du fait que les sages-femmes des CPEF sont régulièrement confrontées à l'IVG, alors que les sages-femmes hospitalières ne le sont pas forcément. De plus, il est possible que certaines sages-femmes travaillent dans des services ne réalisant pas d'IVG médicamenteuses et n'ont pas d'intérêt à suivre une formation.

Par ailleurs, le nombre de sages-femmes ayant participé à une formation théorique sur l'IVG médicamenteuse est similaire entre celles travaillant en CPEF et celles travaillant en établissement de santé. Cependant, le stage pratique a été réalisé chez davantage de sages-femmes travaillant en CPEF. Les CPEF étant des structures plus petites que les centres hospitaliers, la proximité avec le médecin référent a pu faciliter la demande et la réalisation des stages.

Concernant le lieu de stage, il était plus facile pour les répondantes de réaliser le stage dans la structure hospitalière dont elles dépendaient que dans une structure extérieure. Or, la difficulté à trouver un stage est un des freins évoqués à la réalisation

du stage pratique et lorsqu'il n'y a pas de possibilité de stage dans la structure hospitalière dont dépend la sage-femme cela peut s'avérer difficile de compléter la formation théorique.

En revanche, certaines formations comme des DU ou DIU n'avaient pas prévu de stage relatif après la formation théorique ; pourtant, **la mise en pratique de la formation théorique permet aux sages-femmes de se sentir à l'aise dans la réalisation d'IVG médicamenteuses.**

Les différentes formations paraissent assez complètes du point de vue des sages-femmes. Cependant, une sage-femme n'a pas été satisfaite de la formation, mais la difficulté éprouvée au moment de la réalisation des actes d'IVG concernait la cotation des actes et était donc d'ordre administratif. On peut se demander si cet aspect n'est pas bien mis en place pour les sages-femmes en raison du faible recul que l'on a sur la pratique de l'IVG par les sages-femmes, et s'il faudrait **ajouter un versant administratif** à la formation afin de faciliter la cotation des actes.

Selon les réponses des sages-femmes, il apparaît important de réaliser la formation et le stage afin de se sentir à l'aise avec la pratique d'IVG. Une enquête réalisée en 2016 auprès des sages-femmes de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur va dans ce sens, en mentionnant le manque de formation comme un des freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse. (41)

Globalement, les recommandations du RPL sont connues par les sages-femmes ayant réalisé une formation, sauf parfois, lorsque cette formation a été suivie avec une autre entité que le RPL ou le REVHO. Il apparaît important de **diffuser davantage les recommandations du RPL parmi les sages-femmes**, notamment celles ayant bénéficié de la formation.

Néanmoins, les sages-femmes travaillant en CPEF connaissent davantage les recommandations par rapport aux sages-femmes exerçant en établissement hospitalier. Cependant, la proportion de sages-femmes ayant eu la formation est plus importante en CPEF, et, comme indiqué précédemment, elles sont plus susceptibles de connaître les recommandations car plus régulièrement impliquées dans la réalisation et le suivi d'IVG médicamenteuses.

Les sages-femmes ne connaissant pas les recommandations sont surtout des sages-femmes n'ayant pas eu de formation. Pourtant, la connaissance des protocoles

recommandés est essentielle dans la prise en charge des IVG médicamenteuses (42), même lorsque la sage-femme ne réalise que les consultations pré et post IVG et non l'acte en lui-même. De ce fait, être formé à l'IVG médicamenteuse et connaître les recommandations liées à sa pratique est essentiel pour accompagner sa prise en charge.

### **3. CONDITIONS DE LA PRATIQUE DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE**

**La pratique d'IVG par les sages-femmes dans les centres hospitaliers et les CPEF est encore peu présente**, puisque presque la moitié des répondantes en avaient réalisé 10 ou moins. La loi autorisant les sages-femmes à pratiquer des IVG médicamenteuses étant récente –2016 – et vu la nécessité de formation avant de réaliser des IVG, le délai court entre la promulgation de la loi et le moment de réalisation du questionnaire peut expliquer ces chiffres. Ceci peut également expliquer pourquoi la littérature sur le sujet demeure pauvre et il existe peu d'études récentes permettant de comparer les résultats de cette étude avec les données de la littérature.

Lors de leur pratique, les sages-femmes indiquent qu'elles n'ont pas plus affaire à des femmes mineures, pourtant, la réalisation d'IVG médicamenteuses à domicile est possible pour cette catégorie de patientes, et il existe une recommandation spécifique du RPL pour celles-ci. Le fait qu'elles ne soient pas demandeuses d'IVG médicamenteuses à domicile peut venir du fait que les parents des mineures ne sont pas toujours au courant de la grossesse, et qu'il est plus facile pour elles d'être hospitalisées pour la réalisation de l'acte. On peut penser également que ces patientes, assez jeunes, préfèrent le cadre plutôt « rassurant » que représente l'hôpital pour avoir recours à une IVG. Cela expliquerait aussi le fait que les femmes ayant déjà eu recours à une IVG auparavant seraient plus demandeuses d'IVG à domicile, car ce n'est pas quelque chose d'inconnu et nouveau pour elles.

Par ailleurs, **les guides fournis par le gouvernement sont fortement utilisés** pour la réalisation d'IVG médicamenteuse, et paraissent plutôt adaptés pour les sages-

femmes comme pour les femmes. Il existe tout de même un autre ouvrage qui semble pertinent et pourrait être utilisé.

En outre, le retour des sages-femmes sur le relai médecin et l'accès à l'imagerie est plutôt positif. Il semblerait toutefois que **l'accès à l'imagerie devrait être amélioré**, notamment concernant les délais de prise en charge.

Concernant la pratique de l'IVG médicamenteuse dans les CPEF, dans la plupart des cas, lorsqu'il n'y a pas de conventionnement entre le CPEF et le centre hospitalier de territoire, les freins évoqués au conventionnement ne sont pas des refus par soucis politique ou financier, mais plutôt d'ordre pratique (éloignement, pas de pratique d'IVG dans la structure).

D'autre part, il existe un réel problème concernant la valorisation des actes d'orthogénie dans les CPEF puisque dans la moitié des cas, **cet acte n'est pas valorisé financièrement**. Cela peut être un frein à la réalisation d'IVG par les sages-femmes dans ces centres, puisqu'il n'existe alors pas d'intérêt financier à étendre l'offre de soin ainsi que les champs d'activité des sages-femmes.

## 4. POINTS FORTS

Le nombre de questionnaires renvoyés est à souligner dans les points forts de cette étude. En effet, la moitié des sages-femmes travaillant en CPEF et PMI en région Lorraine ont répondu au questionnaire. Concernant les sages-femmes travaillant en centre hospitalier, il est difficile d'estimer combien auraient pu répondre, car on ne sait pas combien de sages-femmes sont confrontées à l'IVG dans chaque établissement lorrain. Cependant, leur nombre représente 2 à 3 sages-femmes par centre hospitalier réalisant des IVG et employant des sages-femmes en région Lorraine (Source : RPL).

La facilité d'envoi et de réponse des questionnaires, via internet, a permis d'augmenter le taux de réponse par rapport à un questionnaire papier.

De plus, cette étude a permis de faire connaître l'existence de formations à l'IVG médicamenteuse pour les sages-femmes, et ainsi d'encourager celles qui le désirent à se former.

Enfin, les sages-femmes ne connaissant pas les recommandations du RPL sur l'IVG médicamenteuse avant 7SA ont pu prendre connaissance de leur existence à la suite du questionnaire.

## 5. LIMITES ET BIAIS

L'intérêt des sages-femmes pour le thème de l'IVG médicamenteuse a créé un **biais de sélection**. En effet, les sages-femmes intéressées par cette pratique sont plus susceptibles de prendre le temps de répondre à un questionnaire que celles qui ne le sont pas.

Les questionnaires étant anonymes, on ne sait pas combien de sages-femmes par centre hospitalier et CPEF ont répondu au questionnaire. Si plusieurs sages-femmes travaillent dans le même CPEF, cela peut modifier la représentativité de chaque modalité, pour la valorisation de l'orthogénie et les conventionnements des CPEF.

La **représentativité des données** est diminuée également par les non-réponses sur certaines questions où les sages-femmes sont déjà peu à pouvoir répondre (réalisation d'IVG, questions concernant le CPEF).

Toutes les sages-femmes ayant eu la formation sans avoir réalisé le stage n'ont pas eu accès à la question sur la pratique de l'IVG. Or, il n'était pas prévu dans le questionnaire que certaines formations n'incluaient pas de stage. Il est donc possible que certaines sages-femmes aient été exclues des sages-femmes réalisant des IVG. Si elles avaient pu indiquer les conditions de leur pratique, on aurait pu comparer les différentes formations et mettre en lumière certains points forts et points faibles.

Il est également possible que d'autres sages-femmes n'ayant pas été formées aient déjà réaliser des IVG, en collaboration ou par délégation d'un médecin. Il aurait pu être intéressant d'analyser aussi leurs pratiques pour les comparer à celles des sages-femmes formées.

## 6. PERSPECTIVES

Si cette étude n'est pas extrapolable à toutes les sages-femmes salariées de la région Lorraine, les résultats sont globalement représentatifs des sages-femmes travaillant dans des services réalisant des IVG.

En premier lieu, les résultats de cette étude pourraient être transmis au réseau périnatal Lorrain, pour faire l'état des lieux de la pratique de l'IVG médicamenteuse chez les sages-femmes exerçant en centre hospitalier et CPEF en Lorraine. Cela permettrait, par la suite, de contribuer à l'élaboration de plans régionaux et objectifs d'action, notamment dans le cadre du plan régional d'accès à l'IVG.

Ensuite, plusieurs points se sont dégagés de cette étude, notamment la volonté des sages-femmes à se former et la vision positive de la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes. La diffusion des résultats aux organismes de formation pourrait permettre d'en proposer davantage pour les sages-femmes des centres hospitaliers et CPEF.

Enfin, il s'agit de la première étude étudiant la pratique de l'IVG par les sages-femmes de centres hospitaliers et CPEF en Lorraine depuis la promulgation de la loi de modernisation de notre système de santé. Cela permettra d'effectuer des comparaisons lors d'études ultérieures, afin de voir l'évolution de cette pratique.

## CONCLUSION

Cette enquête révèle que les sages-femmes exerçant en CPEF et en centre hospitalier en région Lorraine montrent majoritairement un **désir de formation à l'IVG médicamenteuse**. Ceci est vrai notamment chez les sages-femmes les plus confrontées à l'IVG dans leurs pratiques quotidiennes (particulièrement les sages-femmes des CPEF). Cependant, si le désir de formation est présent, peu sont celles ayant bénéficié de la formation théorique, et elles sont d'autant moins à avoir réalisé un stage pratique. Pourtant, lors de la réalisation d'IVG médicamenteuses, le caractère complet de la formation, entre la théorie et le stage, était une des raisons qui facilitait la réalisation d'IVG médicamenteuses par les sages-femmes. La difficulté à trouver un stage est un des freins à sa réalisation et peut décourager les sages-femmes de continuer la formation. Ainsi, cette étude met en lumière la nécessité de mettre en place des actions afin de **faciliter la réalisation d'un stage pratique** dans une autre structure hospitalière si cela n'est pas possible dans la structure dont dépend la sage-femme.

La formation à l'IVG médicamenteuse permet d'avoir une meilleure connaissance des recommandations du RPL sur l'IVG avant 7 SA. Il apparaît tout de même nécessaire de **les diffuser davantage** au sein des établissements lorrains, pour que toutes les sages-femmes confrontées à l'IVG, formées ou non à sa pratique, les connaissent.

Concernant la réalisation d'IVG, la **formation** et l'existence des **guides IVG** aident notablement les sages-femmes dans leur pratique. Cependant, il semble important d'adapter les formations et de préparer davantage les sages-femmes à la difficulté psychologique des consultations IVG, ainsi que d'insister sur certains points administratifs, comme la valorisation des actes. Aussi, des actions doivent être mises en place pour **lever les freins à l'accès à l'imagerie** et améliorer, entre autres, les délais de prise en charge.

Le conventionnement entre les CPEF et centres hospitaliers de territoire n'apparaît pas comme un frein à la mise en place de l'IVG médicamenteuse hors établissements de santé, puisqu'il s'agit de contraintes géographiques ou pratiques. Pourtant, dans les CPEF où elle est possible, **la pratique de l'orthogénie est peu valorisée**, et cela peut être un frein à la réalisation d'IVG par les sages-femmes.

La pratique de l'IVG par les sages-femmes représente une **plus-value aussi bien pour la profession que pour les patientes**, et semble être un outil pour garantir l'accès à l'IVG à toutes les femmes, sans soucis de délai ou problème de territoire. De plus, cela permettrait une **diversification des pratiques** et s'ajoute au **suivi complet de la femme**, du suivi gynécologique de prévention et de contraception au suivi de grossesse et en post-partum. Cependant, les sages-femmes doivent continuer à faire entendre leur voix afin de faire connaître cette compétence, et ainsi permettre une valorisation de la profession, qui peine à être reconnue comme une profession médicale dans la société.

Cette vision positive de la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes pourrait ouvrir le débat sur la possibilité d'étendre leurs compétences à la pratique de l'IVG instrumentale, qui s'inscrit, elle aussi, dans le parcours de la santé gynécologique des femmes.

## BIBLIOGRAPHIE

1. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Prévention des avortements à risque [Internet]. 2018 [cité 30 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
2. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Unsafe abortion incidence and mortality - Global and regional levels in 2008 and trends during 1990–2008 [Internet]. 2012 [cité 31 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/rhr\\_12\\_01/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/rhr_12_01/en/)
3. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323-33.
4. Rossier C. L'avortement non sécurisé reste fréquent dans le monde, mais il est moins souvent fatal. *Popul Sociétés*. 2014;(513):4.
5. Guttmacher Institute. L'avortement provoqué dans le monde [Internet]. Guttmacher Institute. 2018 [cité 30 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.guttmacher.org/fr/fact-sheet/avortement-provoque-dans-le-monde>
6. Guttmacher Institute. L'avortement dans le monde en 2017 - Résumé [Internet]. Guttmacher Institute. 2018 [cité 29 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.guttmacher.org/fr/report/avortement-dans-le-monde-en-2017-resume>
7. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. 2ème édition. Genève: OMS; 2013.
8. The World's Abortion Laws [Internet]. 2019 [cité 15 mars 2019]. Disponible sur: <http://worldabortionlaws.com/>
9. Comment le droit à l'avortement recule dans l'Amérique de Trump. 17 mai 2019 [cité 19 mai 2019]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2019/05/17/le-droit-a-l-avortement-perd-du-terrain-aux-etats-unis\\_5463554\\_4355770.html](https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2019/05/17/le-droit-a-l-avortement-perd-du-terrain-aux-etats-unis_5463554_4355770.html)
10. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement. Genève: OMS; 2016.
11. Berer M. Provision of abortion by mid-level providers: international policy, practice and perspectives. *Bull World Health Organ*. 2009;87:56-63.
12. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Global Abortion Policies Database [Internet]. 2019 [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: <https://abortion-policies.srhr.org/>

13. American College of Nurse-Midwives. Midwives as abortion providers [Internet]. 2018 [cité 30 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.midwife.org/acnm/files/acnmldata/uploadfilename/000000000314/ps-midwives-as-abortion-providers-final-19-mar-18.pdf>
14. IHCAR, Department of International Health Care Research. Deciding women's lives are worth saving: expanding the role of midlevel providers in safe abortion care. Issues in Abortion Care 7. Chapel Hill, NC: Ipas; 2002.
15. Ministère des solidarités et de la santé. IVG : un droit garanti par la loi [Internet]. IVG.gouv.fr. 2017 [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/ivg-un-droit-garanti-par-la-loi.html>
16. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. Journal Officiel, 18 janvier 1975.
17. Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. Journal officiel, 1er janvier 1980.
18. 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. Journal officiel, 1er janvier 1983.
19. Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social. 30 janvier 1993.
20. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Journal officiel, 7 juillet 2001.
21. Ministère de la santé et de la protection sociale. Arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse. Journal officiel, 28 juillet 2004.
22. Ministère de la santé et de la protection sociale. Décret n°2004-636 du 1 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). Journal officiel, 2 juillet 2004.
23. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. Journal Officiel, 21 décembre 2007.
24. Ministère de la santé et des sports. Décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse. Journal Officiel, 8 mai 2009.
25. Ministère des solidarités et de la santé. L'avortement en France : les dispositifs facilitant l'accès à l'IVG [Internet]. IVG.gouv.fr. 2017 [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/l-avortement-en-france-les-dispositifs-facilitant-l-acces-a-l-ivg.html>
26. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel, 27 janvier 2016.

27. Ministère des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse. Journal officiel, 8 mars 2016.
28. Ministère des affaires sociales et de la santé. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. Journal officiel, 5 juin 2016.
29. Ministère des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 modifié fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes. Journal officiel, 12 août 2016.
30. Direction Générale de la Santé. Interruption Volontaire de Grossesse médicamenteuse hors établissement de santé. Livret d'information à l'attention des médecins et des sages-femmes. Editions Dicom; 2017.
31. Direction Générale de la Santé, Direction Générale de la Cohésion sociale. Interruption Volontaire de Grossesse. Mémo pratique. Editions Dicom; 2016.
32. Article R4127-324 du Code de la santé publique. 8 août 2004.
33. Villain A. Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. Etudes Résultats DREES. 2009;(712).
34. Agen M, Rayr C. Le rôle des sages-femmes dans la prise en charge des IVG médicamenteuses. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2012;41(HS3):14-5.
35. Villain A. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. Etudes Résultats DREES. 2018;(1081).
36. Villain A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. Etudes Résultats DREES. 2017;(968).
37. Réseau Périnatal Lorrain. Recommandations IVG médicamenteuses en établissement de santé [Internet]. 2018 [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.reseaperinatalloirain.fr/ivg/recommandations-rpl/>
38. Réseau Périnatal Lorrain. Recommandation IVG médicamenteuses hors établissement de santé [Internet]. 2017 [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.reseaperinatalloirain.fr/ivg/recommandations-rpl/>
39. Biscaye M. Positionnement des sages-femmes sur la prescription de l'IVG médicamenteuse. Vocat Sage-Femme. 2015;14(117):41-3.
40. Piet E. Protection maternelle et infantile, centres de planification : santé sexuelle et modalités d'intervention. Santé En Action. 2016;(438):24-6.
41. 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]. [Marseille]: Université Aix Marseille; 2016.

42. Linet T, Attali L. Interruption volontaire de grossesse, de nouveaux enjeux pour la sage-femme. *Vocat Sage-Femme*. 2017;16(125):10-5.

# TABLE DES MATIERES

<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>5</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
<b>1. UN ACCÈS À L'AVORTEMENT INÉGAL DANS LE MONDE</b> .....	<b>7</b>
<b>2. EN FRANCE, UNE LÉGISLATION ÉVOLUTIVE DEPUIS 1975</b> .....	<b>9</b>
<b>3. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES</b> .....	<b>11</b>
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>14</b>
<b>1. TYPE D'ETUDE</b> .....	<b>14</b>
1.1. POPULATION ÉTUDIÉE .....	14
1.2. MODALITÉS DE RÉALISATION DE L'ÉTUDE .....	14
<b>2. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES</b> .....	<b>14</b>
<b>RESULTATS</b> .....	<b>15</b>
<b>1. POPULATION ÉTUDIÉE</b> .....	<b>15</b>
<b>2. MÉTHODES ET BESOINS DE FORMATION</b> .....	<b>15</b>
2.1. INTÉRÊT DE LA PRATIQUE DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE PAR LES SAGES-FEMMES .....	15
2.1.1. <i>Pour les femmes</i> .....	15
2.1.2. <i>Pour les sages-femmes</i> .....	16
2.2. FORMATION THÉORIQUE À L'IVG MÉDICAMENTEUSE.....	16
2.3. STAGE PRATIQUE .....	18
2.4. CONNAISSANCE DES RECOMMANDATIONS .....	19
<b>3. CONDITIONS DE LA PRATIQUE DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE</b> .....	<b>20</b>
3.1. RÉALISATION D'IVG .....	20
3.2. GUIDE IVG .....	21
3.3. RELAI MÉDECIN ET ACCÈS À L'IMAGERIE .....	21
3.4. PRATIQUE DE L'ORTHOGÉNIE DANS LES CPEF.....	22
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>23</b>
<b>1. POPULATION ÉTUDIÉE</b> .....	<b>23</b>
<b>2. MÉTHODES ET BESOINS DE FORMATION</b> .....	<b>23</b>
<b>3. CONDITIONS DE LA PRATIQUE DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE</b> .....	<b>26</b>
<b>4. POINTS FORTS</b> .....	<b>27</b>
<b>5. LIMITES ET BIAIS</b> .....	<b>28</b>
<b>6. PERSPECTIVES</b> .....	<b>29</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>30</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>32</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>36</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>37</b>

# **ANNEXES**

Annexe I : Questionnaire diffusé aux sages-femmes

# ANNEXE I

## Étude des pratiques de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes hospitalières et exerçant en CPEF

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'études de sage-femme, en partenariat avec le Réseau Périnatal Lorrain. L'objectif est d'évaluer, en Lorraine, la pratique de l'IVG par les sages-femmes hospitalières et exerçant en CPEF, qui a été rendue possible par la loi de modernisation de notre système de santé (loi du 26 janvier 2016). Les données collectées sont anonymes.

\* **Obligatoire**

1. **Exercez-vous :** \* Si "Autre", précisez. *Une seule réponse possible*

- En CPEF
  - En établissement de santé
  - Les deux
  - Autre :

2. **Avez-vous bénéficié d'une formation théorique à l'IVG médicamenteuse ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui *Passez à la question 3.*
- Non *Passez à la question 5.*

### Vous avez bénéficié d'une formation

3. **Si oui, était-ce :**

Si "Autre", précisez.

*Une seule réponse possible.*

- Un choix personnel
- Une volonté de la part de l'institution de laquelle vous dépendez
- Autre : \_\_\_\_\_

4. **Quelle était la formation ?** Si "Autre", précisez

*Une seule réponse possible*

- Formation par le REVHO
- DU ou DIU
- Formation par le Réseau Périnatal Lorrain
- Autre :

*Passez à la question 7*

## **Vous n'avez pas bénéficié d'une formation**

5. **Si non, pour quelle(s) raison(s) ?**

Plusieurs réponses possibles. Si "Autre", précisez.

- Choix personnel
- La formation ne vous a pas été proposée
- Opposition de l'établissement
- Manque de temps
- Vous n'en voyez pas l'utilité
- Autre :

6. **Souhaiteriez-vous en bénéficier ?** *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

*Passez à la question 28.*

## **Stage pratique**

7. **Avez-vous réalisé le stage pratique ? \*** *Une seule réponse possible.*

- Oui *Passez à la question 3.*
- Non *Passez à la question 5.*

## **Vous avez réalisé un stage pratique**

8. **Si oui, dans quelle structure ?** Si "Autre", précisez.

*Une seule réponse possible*

- La structure hospitalière dont vous dépendez
- Dans un autre centre hospitalier
- Autre :

9. **Avez-vous déjà pratiqué des IVG médicamenteuses ? \***

*Une seule réponse possible*

- Oui *Passez à la question 12.*
- Non *Passez à la question 27.*

## **Vous n'avez pas réalisé le stage**

10. **Est-ce un projet ?** *Une seule réponse possible*

Oui

Non

11. **Pourquoi n'avez-vous pas réalisé le stage ?** Plusieurs réponses possibles. Si "Autre", précisez.

Manque de temps

Choix personnel de ne pas continuer la formation

Difficulté à trouver un stage

Refus de la structure dont vous dépendez

Autre :

*Passez à la question 28.*

## **Vous avez déjà pratiqué des IVG médicamenteuses**

12. **Combien d'IVG médicamenteuses avez-vous réalisé ?**

13. **Y a-t-il eu des complications ?** *Une seule réponse possible.*

Oui

Non

14. **Étiez-vous à l'aise ?**

*Une seule réponse possible*

	1	2	3	4	5	
Plutôt non	<input type="checkbox"/>	Plutôt oui				

15. **Pourquoi ?**

---

16. **Avez-vous trouvé la formation en adéquation avec les besoins au moment de la pratique ?** *Une seule réponse possible*

Oui

Non

17. **Pourquoi ?**

---

18. **Quel public est, selon votre expérience, plus demandeur d'IVG à domicile (sans hospitalisation de jour) ?**

Plusieurs réponses possibles. Si "Autre", précisez.

- Mineures
- Femmes ayant déjà des enfants
- Jeunes femmes/étudiantes
- Femmes ayant déjà eu une IVG médicamenteuse
- Autre :

19. **Avez-vous utilisé le guide IVG à destination des professionnels mis à disposition par le gouvernement ?**

*Une seule réponse possible*

- Oui
- Non

20. **Si non, pourquoi ?**

Plusieurs réponses possibles. Si "Autre", précisez.

- Déjà l'habitude de ce type de situation
- Pas adapté
- Pas assez complet
- Guide non disponible
- Utilisation d'un autre document
- Autre :

21. **Si vous avez coché "autre document", précisez.**

---

22. **Avez-vous utilisé le guide IVG à destination des patientes mis à disposition par le gouvernement ?**

*Une seule réponse possible*

- Oui
- Non

23. **Si non, pourquoi ?**

Plusieurs réponses possibles. Si "Autre", précisez..

- Non connu
- Non disponible
- Pas apprécié par les patientes
- Autre outil utilisé
- Autre :

=

24. **Si vous avez coché "Autre outil utilisé", précisez.**

---

25. **Le relais avec les médecins en cas de besoin est-il facile ?** *Une seule réponse possible.*

	0	1	2	3	4	5	
Difficile	<input type="checkbox"/>	Très facile					

---

26. **L'accès à l'imagerie est-il facile ? (délai de prise en charge, etc.)**

*Une seule réponse possible.*

	0	1	2	3	4	5	
Difficile	<input type="checkbox"/>	Très facile					

---

*Passez à la question 28*

## **Vous n'avez jamais pratiqué**

27. **Si non, était-ce en raison de ?**

Plusieurs réponses possibles. Si "Autre", précisez.

- Pas de demande
- Pas de situation appropriée
- Opposition de l'établissement
- Pas de conventionnement
- Autre :

## Concernant les sages-femmes travaillant en CPEF

28. **Y a-t-il eu un conventionnement entre le CPEF où vous travaillez et le Centre Hospitalier de territoire (public ou privé) ?**

*Une seule réponse possible*

- Oui
- Non
- En cours

29. **Si non pour quelle(s) raison(s) pensez-vous que le conventionnement ne se fait pas ?**

\_\_\_\_\_

30. **Comment est valorisée l'activité d'orthogénie dans le CPEF où vous travaillez ?** Si "Autre", précisez.

*Une seule réponse possible*

- Par le PMSI de l'établissement où le CPEF est installé AVEC UF à part
- Par le PMSI de l'établissement où le CPEF est installé SANS UF à part
- Cotation comme activité de ville (forfait de ville)
- Pas de valorisation financière (pas de facturation)
- Autre : \_\_\_\_\_

### Pour finir...

31. **Pensez-vous qu'il y ait une plus-value pour les femmes à laisser les sages-femmes réaliser les IVG médicamenteuses ?**

*Une seule réponse possible*

- Oui
- Non

32. **Si oui, laquelle/lesquelles ?**

Plusieurs réponses possibles. Si "Autre", précisez.

- Diminution du délai de prise en charge
- Approche plus globale et personnalisée
- Autre :

33. **Si non, pourquoi ?**

---

34. **Pensez-vous qu'il y a une plus-value pour la pratique des sages-femmes ?**

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

35. **Si oui, laquelle/lesquelles ?**

Plusieurs réponses possibles. Si "Autre", précisez.

- Valorisation de la profession
- Accompagnement des femmes plus complet
- Diversification des pratiques
- Autre :

36. **Si non, pourquoi ?**

---

37. **Avez-vous connaissance des recommandations du Réseau Périnatal Lorrain concernant les IVG avant 7 SA, en et hors établissement de santé ?**

*Une seule réponse possible*

- Oui
- Non

**Étude des pratiques de l'IVG médicamenteuse : enquête chez les sages-femmes exerçant en CPEF et en établissement de santé en Lorraine**

*Contexte* – L'accès à l'IVG est un droit fondamental. En France, depuis sa légalisation en 1975, différentes lois ont permis de l'améliorer, notamment récemment avec la loi de modernisation de notre système de santé en 2016, qui a étendu sa pratique aux sages-femmes. Cependant, elles sont encore peu nombreuses à se former et à la pratiquer, et ce, même en centres hospitaliers et CPEF.

*Objectifs* – Déterminer les conditions de pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes dans les CPEF et les centres hospitaliers en région Lorraine.

*Matériel et méthode* – Une étude descriptive observationnelle transversale multicentrique a été réalisée par questionnaire.

*Résultats* – Sur les 63 questionnaires analysés, 31,25% des sages-femmes avaient bénéficié d'une formation théorique à l'IVG médicamenteuse. La moitié avait bénéficié d'un stage pratique ou ce stage était en cours, et toutes celles ayant fini le stage (n=9) avaient réalisé des IVG. Pratiquement toutes utilisaient les guides IVG fournis par le gouvernement. Aucune sage-femme n'a trouvé le relai avec les médecins et l'accès à l'imagerie difficile. Les deux tiers (n=14) des sages-femmes travaillant en CPEF ont déclaré travailler dans un CPEF ayant une activité d'orthogénie dont la moitié dans un CPEF ne valorisant pas financièrement les actes d'orthogénie.

*Conclusion* – La pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes est globalement bien mise en place parmi les sages-femmes formées. La formation et l'existence des guides IVG les aident notablement dans leur pratique. Cependant, dans les CPEF, l'absence de valorisation des actes d'orthogénie peut être un frein à la pratique de l'IVG par les sages-femmes.

**Mots clés (3)**

Sage-femme, IVG médicamenteuse, CPEF