

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE (MEDECINE OU PHARMACIE)

ANNEE 2013

POSITIONNEMENT DES SAGES-FEMMES DU LIMOUSIN SUR LA
PRESCRIPTION DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE
MEDICAMENTEUSE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT
DE SAGE-FEMME

Présenté et soutenu publiquement

Le 6 Mai 2013

Par

Margaux BISCAYE

Née le 27 Mars 1987, à Neuilly-sur-Seine

Maître de mémoire : Mme Patricia Laval

(Sage-femme du centre d'orthogénie de Guérêt)

REMERCIEMENTS

« Le futur appartient à ceux qui croient en la beauté de leurs rêves. »

E. Roosevelt

Je suis reconnaissante aux sages-femmes qui ont aimablement participé à cette étude.

Je remercie Patricia Laval pour sa confiance et pour m'avoir suivie dans cette aventure.

Je remercie sincèrement Valérie Gagneraud pour son aide précieuse, ses bons conseils et sa disponibilité.

Je tiens à remercier profondément mes parents pour leur bienveillance, leur dévouement, leur soutien sans faille, leur présence inébranlable et sans qui rien n'aurait été possible.

Merci à Benoît pour sa douce présence à mes côtés.

Un grand merci à vous les filles, Marie, Lucia et Adeline de m'avoir toujours soutenue quelques soient les moments et d'avoir contribué à m'amener jusqu'ici.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE: LE CONTEXTE

1. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)
 - 1.1 Evolution de l'IVG
 - 1.1.1 Du serment d'Hippocrate au siècle des Lumières
 - 1.1.2 Du XVIIIème siècle à la loi Veil
 - 1.1.3 La loi Veil
 - 1.2 Etat des lieux de l'IVG
 - 1.2.1 Evolution du nombre d'IVG en France
 - 1.2.2 Recours à l'IVG selon la classe d'âge
 - 1.2.3 Motifs de recours à l'IVG
 - 1.3 Les différentes étapes de prise en charge de l'IVG
 - 1.3.1 La consultation pré-IVG
 - 1.3.2 Les différentes méthodes d'IVG
 - 1.3.2.1 La technique chirurgicale
 - 1.3.2.2 La technique médicamenteuse
2. SAGE-FEMME ET IVG
 - 2.1 Place de la sage-femme
 - 2.2 Missions et formation des sages-femmes
 - 2.2.1 Rôle et missions de la sage-femme
 - 2.2.2 Evolution de la formation des sages-femmes
 - 2.2.3 Le diplôme universitaire de contraception, IVG et sexualité
 - 2.3 Les compétences de la sage-femme
 - 2.3.1 Les compétences de base
 - 2.3.2 Emergence de nouvelles compétences en gynécologie
 - 2.4 IVG médicamenteuse et sages-femmes: l'objet d'une controverse
 - 2.4.1 Les positions favorables au projet de loi
 - 2.4.1.1 Le point de vue politique
 - 2.4.1.2 L'orthogénie: un choix professionnel

2.4.2 Les avis opposés au projet de loi

2.4.2.1 En opposition à la mission première de la sage-femme

2.4.2.2 Des sages-femmes défavorables

2.4.2.3 Des Français en désaccord

2.5 Perspectives d'avenir depuis 2009

DEUXIEME PARTIE: PRESENTATION DE L'ETUDE

1. JUSTIFICATION DE L'ETUDE
2. OBJECTIFS DE RECHERCHE
3. HYPOTHESES DE RECHERCHE
4. INTERET DE L'ETUDE
5. SCHEMA DE L'ETUDE

5.1 Type d'étude

5.2 Population

5.3 Méthode d'observation

5.4 Variables

2. METHODE D'ANALYSE

TROISIEME PARTIE: RESULTATS DE L'ETUDE

1. PRESENTATION DES RESULTATS
 - 1.1 Taux de participation
 - 1.2 Description de la population
 - 1.2.1 Age des sages-femmes
 - 1.2.2 Année d'obtention du diplôme de sage-femme
 - 1.2.3 Les modalités d'exercice
 - 1.2.4 Les secteurs d'activités
 - 1.2.5 Formation supplémentaire
 - 1.3 Connaissances sur la prise en charge de l'IVG
 - 1.3.1 Réalisation de l'IVG
 - 1.3.2 Terme de l'IVG
 - 1.3.3 Choix de la méthode d'IVG
 - 1.4 Connaissances sur la prise en charge de l'IVG médicamenteuse
 - 1.4.1 Réalisation de l'IVG médicamenteuse
 - 1.4.2 Lieux de pratique de l'IVG médicamenteuse
 - 1.4.2 Pratique de l'IVG médicamenteuse

- 1.4.3 Efficacité de l'IVG médicamenteuse
- 1.4.4 Médicaments utilisés dans l'IVG médicamenteuse
- 1.4.5 Complications de l'IVG médicamenteuse
- 1.4.6 Contraception post-IVG
- 1.5 Connaissances globales des sages-femmes
- 1.6 Concernant la prescription de l'IVG médicamenteuse
 - 1.6.1 Les DU ouverts aux sages-femmes
 - 1.6.2 Elargissement des compétences des sages-femmes
 - 1.6.2 Arguments des sages-femmes favorables
 - 1.6.3 Arguments des sages-femmes défavorables
- 2. CORRELATION DES RESULTATS
 - 2.1 Evaluation des connaissances des sages-femmes sur la pratique de l'IVG
 - 2.1.1 En fonction de l'année d'obtention du diplôme
 - 2.1.2 En fonction de leurs modalités d'exercice
 - 2.1.3 En fonction de leurs secteurs d'activité
 - 2.2 Evaluation du positionnement des sages-femmes sur la prescription de l'IVG médicamenteuse
 - 2.2.1 Selon leur année d'obtention du diplôme
 - 2.2.2 Selon leurs modalités d'exercice
 - 2.2.3 Selon leur secteurs d'activité
 - 2.3 Positionnement des sages-femmes en fonction de leurs connaissances sur la pratique de l'IVG

QUATRIEME PARTIE: ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

- 1. ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS
 - 1.1 Points forts de l'étude
 - 1.2 Limite de l'étude
 - 1.3 Discussion des résultats
 - 1.3.1 Concernant les connaissances des sages-femmes sur la pratique de l'IVG
 - 1.3.2 Concernant le positionnement des sages-femmes sur la prescription de l'IVG médicamenteuse
 - 1.4 Vérification des hypothèses
 - 1.4.1 Hypothèse principale
 - 1.4.2 Hypothèses secondaires

2. PROPOSITIONS

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXE

QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE

INTRODUCTION



INTRODUCTION

Face à l'enjeu majeur de santé publique représenté par le nombre important d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) pratiquées chaque année, la législation française a favorisé l'intégration de l'IVG dans une offre de soins normalisée. Depuis la loi Veil de 1975, l'IVG a perdu son caractère d'acte moralement et pénalement répréhensible pour devenir une liberté reconnue et protégée. Les interrogations d'ordre éthique soulevées par la pratique de l'IVG se sont trouvées ravalées au second plan afin de mettre en lumière la légitimité d'un acte aux implications controversées.

Les sages-femmes exercent une profession médicale à compétence définie. Le Code de la santé publique a déterminé leur champ d'intervention : la physiologie. En cas de pathologie, elles doivent, en tout état de cause, adresser la femme à un médecin. Depuis 2009, leurs compétences ont été étendues dans le domaine de l'orthogénie au suivi gynécologique de prévention, à la prescription de la contraception à la femme en bonne santé. Bien que sur le terrain, notamment en centre d'orthogénie, des sages-femmes travaillent déjà sous délégation, le législateur avait envisagé un élargissement des compétences à la prescription de l'IVG médicamenteuse et avait proposé une expérimentation de la prescription de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes.

Mais cette proposition a suscité de vives protestations de la part des professionnels de santé concernés et s'en est suivi d'un long débat entre les membres de la classe politique et certaines sages-femmes.

Notre étude aura pour but de faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes du Limousin sur la pratique de l'IVG et de connaître leur positionnement argumenté sur cet élargissement des compétences des sages-femmes à la prescription de l'IVG médicamenteuse.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons à l'IVG en abordant des données historiques, épidémiologiques ainsi que la prise en charge de l'IVG ; nous essaierons ensuite de définir la profession de sage-femme et ses missions puis nous ferons le récit du débat animé sur l'IVG et les sages-femmes entre la classe politique et les sages-femmes qui se sont manifestées.

Ensuite, nous présenterons notre étude réalisée auprès des sages-femmes du Limousin, la méthodologie ainsi que les résultats obtenus.

Enfin, dans la dernière partie, nous discuterons et analyserons les résultats obtenus.

PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE



1. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'avortement provoqué est celui « qui résulte de manœuvres délibérées entreprises dans la but d'interrompre la grossesse » [1], il est décidé pour raisons non-médicales.

1.1 Evolution de l'IVG en France

De tous temps, l'avortement a existé et a d'abord été considéré comme un crime.

1.1.1 Du serment d'Hippocrate au siècle des Lumières

Le Code de Hammourabi, texte juridique babylonien du XVIII^{ème} siècle av J.C, le sanctionnait et le serment d'Hippocrate (IV^{ème} siècle av J.C) l'interdit. Chaque médecin nouvellement diplômé doit prononcer : « *je ne remettrai à aucune femme de pessaire abortif* » [2].

Au temps de l'Antiquité, le fœtus n'était pas considéré comme un être humain mais comme une partie du corps de la mère. Seul le mari pouvait porter plainte en sa qualité de père lésé d'un descendant. En ce temps, il y avait la notion de maîtrise de la fécondité avec une préoccupation constante de l'espèce humaine. Deux notions ambivalentes ressortaient : la nécessité de restreindre la taille du groupe pour assurer sa survie mais aussi le renouvellement de l'espèce favorisé par un nombre suffisant de naissances pour contrecarrer la mortalité infantile importante et celle engendrée par les guerres. Aristote conseillait de limiter les naissances, Platon préconisait l'avortement obligatoire pour les femmes de plus de 40 ans [2].

Durant les temps sombres du Moyen-âge, les « faiseuses d'anges » officiaient. Ces personnes aidaient les femmes qui ne voulaient pas garder leur grossesse. Il s'agissait de provoquer des fausses couches à l'aide de graines de fougère ou de gingembre, des feuilles de saule, des mélanges d'aloès, de persil, de fenouil ou encore des bains de camomille. D'autres pratiques résidaient en l'utilisation d'aiguilles à tricoter. A l'époque où le christianisme dominait l'ensemble de la société, les faiseuses d'anges étaient très sévèrement condamnées, pendues ou brûlées vives [3].

A la Renaissance, les taux de mortalités maternelle et infantile étaient très élevés et le Code Pénal de 1791 ne prévoyait aucune peine à l'encontre de la femme avortée, seuls les avorteurs étaient punis. En ce siècle des Lumières, l'évolution de la science et de la médecine ainsi que la prise de conscience de la mortalité infantile par les pouvoirs publics ont fait que le domaine de la naissance a été octroyé aux médecins au détriment des matrones qui étaient considérées comme incultes voire dangereuses. En 1810, le Code Napoléon punissait de réclusion toute personne ayant aidé une femme enceinte à avorter [3].

1.1.2 Du XVIIIème siècle à la loi Veil

L'avortement resta un délit jusqu'au XXème siècle. Sous le gouvernement du Maréchal Pétain, la loi de 1920 réprimait les avortements suite à la politique nataliste du fait de l'hécatombe de la grande guerre. En 1935, le docteur Jean Dalsace ouvrait à Suresnes le premier dispensaire de « Birth Control », suite à un mouvement apparu aux Etats-Unis. En 1942, sous le régime de Vichy, l'avortement devient un crime contre la sûreté de l'Etat, passible de la peine de mort. Pour exemple, Marie-Louise Giraud, faiseuse d'anges, ancienne blanchisseuse fut guillotinée en 1943 pour avoir pratiqué 27 avortements illégaux contre rémunération [4].

Le XXème siècle est le témoin d'une avancée dans le domaine de la régulation des naissances.

En 1955, l'avortement thérapeutique est autorisé (décret du 11 Mai). Puis, Gregory Pincus, médecin américain, met au point la pilule contraceptive qui sera commercialisée en 1960 aux Etats-Unis et en 1963 en France. En 1956, Mme Lagroua Weill-Hallé médecin-gynécologue créa l'association « Maternité Heureuse » en France. Son but était de proposer la contraception et de faire modifier la loi de 1920 qui l'interdisait. L'objectif humanitaire d'alors est une maternité souhaitée, désirée et donc la lutte contre l'avortement clandestin. En 1960, l'association devient Mouvement Français pour le Planning Familial dont le premier centre ouvre à Grenoble en 1961 [4]. Ses objectifs sont l'éducation sexuelle, la lutte pour le droit à la contraception et à l'avortement et le contrôle des naissances en général, dans une optique féministe.

1.1.3 La loi Veil

Au début des années 1970, et surtout après Mai 1968, les femmes commencent à sortir de l'ombre et revendiquent des droits jusqu'alors non reconnus. Le féminisme prend de l'ampleur avec le Mouvement de Libération des Femmes en 1970 dénonçant le manque de reconnaissance de la femme, promulguant leur liberté et leur autonomie. Ce mouvement est encouragé par la publication dans le Nouvel Observateur du « Manifeste des 343 » le 5 avril 1971. Il consiste en une pétition signée par 343 femmes avouant avoir eu recours à l'avortement au cours de leur vie, parmi lesquelles des personnalités en vogue telles que Simone de Beauvoir ou Françoise Sagan. Elles réclament le droit de disposer librement de leur corps, de maîtriser leur sexualité et d'avorter en toute légalité. Le scandale retentit et il faut attendre le 17 janvier 1975 pour que la ministre de la Santé, Simone Veil, fasse voter son texte autorisant l'avortement en France [5]. Elle expose

devant l'Assemblée Nationale sa volonté de légiférer en faveur de l'IVG dans un pays où les autorités ne sont pas en mesure d'empêcher les avortements clandestins. La loi est adoptée à 284 voix pour contre 189 voix contre. Elle est votée à titre provisoire pour une période de 5 ans. Elle sera reconduite le 30 novembre 1979 [5]. Grâce à la légalisation de l'IVG, la grossesse non programmée n'est plus une fatalité, la maternité est dorénavant choisie et/ou acceptée par la femme. Ce n'est plus un phénomène subi par la femme, grâce au recours possible à un moyen de contraception et à l'IVG. Cette loi marque une étape essentielle dans la promotion de la santé des femmes.



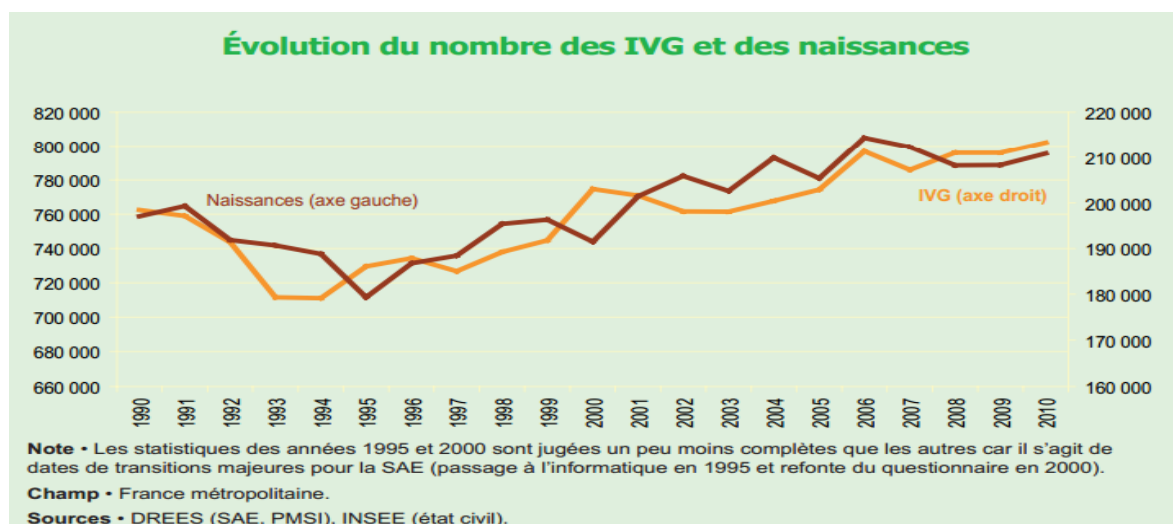
Simone Veil à la tribune de l'Assemblée Nationale présentant son projet de loi sur l'IVG [6]

1.2 Etat des lieux de l'IVG

« Un programme national de prévention de la grossesse non désirée reposant sur l'ensemble du corps médical est tout simplement urgent » disait Israël Nisand, chef du département de gynécologie-obstétrique des Hôpitaux universitaires de Strasbourg et spécialiste de l'IVG. [4].

Selon l'Agence Régionale de Santé (ARS), 40% des femmes en France auraient recours à une IVG à un moment donné de leur vie [7].

1.2.1 Evolution du nombre d'IVG en France



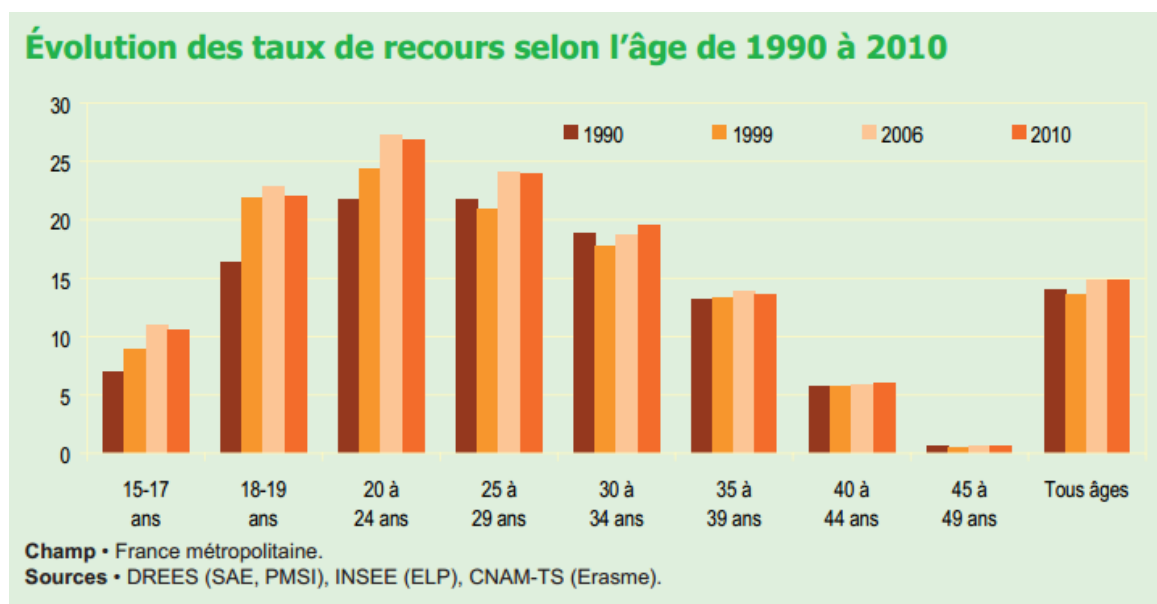
D'après une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) parue en juin 2012 [8], le nombre d'IVG évalué en France est de 225 000 dont 212 000 en France métropolitaine soit un taux de 14,7 pour 1000 femmes entre 15 et 49 ans et 11,3 pour 1000 femmes mineures (publié par l'ARS en Juillet 2012) [7]. D'après le graphique ci-dessus, nous pouvons noter une évolution quasi parallèle du nombre de naissances et du nombre d'IVG depuis vingt ans. En 2010, on a pu mettre en évidence qu'il y avait environ 26 IVG pour 100 naissances en France [8].

En 2010, selon la DREES [8] :

- le pourcentage des IVG médicamenteuses est de 54%.
- 87% des IVG ont lieu dans un établissement de santé et 13% en ville.
- 47% des IVG réalisées en établissement de santé sont de type médicamenteux.

Avec un taux d'IVG de 14,7/1000 femmes la France occupe la 14^{ème} place de l'Union Européenne; en comparaison, l'Allemagne ou les Pays-Bas ont un taux de 6 IVG pour 1000 femmes [7].

1.2.2 Recours à l'IVG selon la classe d'âge



Selon son étude parue en 2012 [8], la DREES précise qu'en 2009 :

- 208 939 IVG ont été réalisées chez les femmes entre 15 et 49 ans
- 13,9% ont été réalisées chez les 15-19 ans
- le taux de recours est le plus important est chez les 20-24 ans soit 25% (52 530 IVG)
- 79,3% se font entre 20 et 39 ans.

D'après la même étude, la DREES observe qu'en 2010 [8] :

- 210 814 IVG ont été réalisées chez les 15-49 ans
 - 13,7% concernent les 15-19 ans
 - 52 687 IVG soit 25% concernent les femmes entre 20 et 24 ans
 - le taux de recours chez les femmes entre 20 et 39 ans est de 79,4%.
- Donc les taux se sont maintenus d'une année sur l'autre.
- 45 IVG par an se font chez des femmes de plus de 50 ans.

1.2.3 Motifs de recours à l'IVG

La majorité des avortements est réalisé parce que la femme ne désire pas, au moment où elle est enceinte, mener cette grossesse à terme, donner naissance à un enfant. Selon l'OMS, « les motifs pour lesquels une femme désire interrompre une grossesse sont déterminés par sa situation personnelle et par les valeurs et les coutumes de la société dans laquelle elle vit » [9]. Dans certaines cultures, certaines grossesses peuvent être considérées comme indésirables sur le plan social parce qu'elles surviennent hors mariage, suite à un adultère, un viol. La décision d'IVG peut aussi être motivée par des raisons économiques, par une utilisation incorrecte ou absence de méthode de contraception. De plus, dans la plupart des cas, interviennent des facteurs psychologiques personnels qui sont difficiles à définir. Ceux-ci résultent de l'attitude ambivalente de la femme à l'égard de cette grossesse [9].

1.3 Les différentes étapes de prise en charge de l'IVG

En France, une IVG peut-être pratiquée jusqu'à la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse ou la fin de la 14^{ème} semaine d'aménorrhée (SA). La loi [10] permet à toute femme enceinte se considérant dans une situation de détresse de demander à un médecin l'interruption de sa grossesse, qu'elle soit majeure ou mineure. Aujourd'hui, l'avortement est devenu un acte couramment pratiqué.

1.3.1 La consultation pré-IVG

Avant l'IVG, un certain nombre de démarches est à entreprendre. Une première consultation médicale est obligatoire durant laquelle la femme fait la demande d'IVG et reçoit des informations sur les différentes méthodes d'IVG, les lieux de réalisation, les risques et les effets secondaires. Il lui est remis un dossier guide d'informations en complément. A l'issue de cette consultation, le médecin remet à la patiente une attestation de consultation médicale.

Un entretien psycho-social avec une conseillère conjugale (ou une sage-femme) est proposé à cette patiente, il est facultatif pour une personne majeure et obligatoire pour une personne mineure.

Après un délai légal d'une semaine de réflexion, une deuxième consultation médicale a lieu, à la suite de laquelle une attestation est établie. La patiente confirme alors sa demande d'IVG par écrit. Elle choisit le lieu de l'intervention, la technique qui sera utilisée, à savoir médicamenteuse ou chirurgicale, ainsi que la méthode contraceptive envisagée après l'IVG, en concertation avec le médecin. Si la méthode choisie est chirurgicale, une consultation pré-anesthésique est prescrite [11].

1.3.2 Les différentes méthodes d'IVG

Il est proposé aux femmes désireuses de recourir à l'IVG deux méthodes qui dépendent du terme de la grossesse et du choix de la patiente : la méthode chirurgicale et la méthode médicamenteuse [11].

1.3.2.1 La technique chirurgicale

La technique chirurgicale n'est réalisée qu'en établissement de santé. Elle peut être pratiquée jusqu'à 14 SA. Elle se fait par aspiration de l'œuf précédée d'une dilatation du col de l'utérus après une anesthésie loco-régionale ou générale. L'hospitalisation ne dure que quelques heures.

Des complications peuvent apparaître telles que métrorragies importantes, rétention ovulaire, fièvre, douleurs abdominales. Il ne s'agit donc pas d'un acte bénin. A l'issue de l'IVG, sont prescrites une contraception et une visite de contrôle à faire entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour après l'intervention qui permet de dépister les complications. Il est également proposé un autre entretien psycho-social. Le taux de succès de cette méthode est de 99,7 % [11].

1.3.2.2 La technique médicamenteuse

La méthode médicamenteuse apparaît à la fin des années 80 (le RU486 obtient l'AMM en 1988 [12]) comme une alternative à la technique par aspiration en raison de son caractère plus accessible pour la patiente et moins coûteux. De plus, elle annule les risques potentiels associés à l'intervention comme les traumatismes de l'utérus ou du col et ceux liés à l'anesthésie. Elle peut être pratiquée jusqu'à la fin de la 5^{ème} semaine de grossesse soit 7 SA. Elle consiste à prendre deux médicaments différents, la mifépristone et le misoprostol, en présence du médecin puis à vérifier l'efficacité du traitement, c'est-à-dire que la grossesse a bien été interrompue, au cours d'une visite de contrôle.

La première consultation consiste en la prise de 600mg de mifépristone ou Mifégyne® par voie orale. Cette molécule interrompt la grossesse en bloquant l'action de la progestérone et en favorisant les contractions utérines et l'ouverture du col utérin. Lors de la seconde consultation 36 à

48h plus tard, la patiente prend le deuxième médicament, 400µg de misoprostol ou Gymiso®, qui provoque l'expulsion de l'œuf. Cette méthode ne nécessite ni anesthésie ni intervention chirurgicale. A l'issue de la prise de ces médicaments, il peut se produire des saignements avec expulsion de caillots, une fatigue accompagnée de douleurs abdominales. Les complications possibles sont les mêmes que celles citées pour la technique chirurgicale [11].

La visite de contrôle se fait 14 à 21 jours après la prise de la mifépristone. L'interruption de la grossesse est contrôlée par un examen de la patiente, une échographie ou un examen sanguin (dosage de l'hormone β-HCG). Le reste de la procédure reste la même concernant la contraception et l'entretien psycho-social.

Le médecin et le personnel concourant à l'intervention disposent d'une clause de conscience : ils ne sont pas obligés de pratiquer l'intervention. Le taux de succès de cette méthode est de 95 % environ. En cas d'échec, la technique chirurgicale s'impose. [11]

Les médecins des Centres de planification et d'éducation familiale sont désormais autorisés à pratiquer ces IVG. [13]

Les structures de prise en charge des IVG sont soit intégrées dans un établissement de soins ayant un service de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie, soit en convention avec un établissement disposant d'un plateau technique permettant de prendre en charge l'ensemble des complications de l'IVG. Depuis 2004, un médecin de ville (gynécologue ou généraliste) peut pratiquer des IVG médicamenteuses jusqu'à 7 SA. Il doit justifier d'une expérience professionnelle adaptée et avoir passé une convention avec un établissement de santé autorisé. [13]

En 2007, une IVG médicamenteuse sur six est réalisée en cabinet libéral. [11]

L'IVG médicamenteuse représente aujourd'hui près de la moitié des IVG.

Après avoir fait un rappel sur l'historique et la prise en charge de l'IVG, la prochaine partie s'attache au métier de sage-femme et à son degré d'implication dans l'IVG.

2. SAGES-FEMMES ET IVG

2.1 La place de la sage-femme

Le métier de sage-femme se définit dans l'accompagnement de la grossesse et de son issue, quelque soit son issue. [14]

Depuis toujours, les sages-femmes ont aidé les femmes à accoucher, à avorter et accompagnaient même parfois les mourantes. [14] Connues sous le nom de « matrones », elles accompagnaient la femme dans l'accouchement ou l'avortement. C'était la prérogative de la matrone exerçant seule au domicile de la patiente jusqu'à l'apparition de l'obstétrique instrumentale où le relais est pris par les médecins. [14]

Dans la seconde moitié du XVIIème siècle, la matrone est soumise au triple contrôle de l'administration, de l'Eglise et des chirurgiens exerçant sur elle des contraintes dont l'objectif est de faire cesser sa participation dans les délits (avortements, infanticides, abandons d'enfants). [15]

Le siècle des Lumières est particulièrement favorable au développement de la science médicale. Le rôle de la sage-femme s'en trouvera renforcé, l'Etat développe sa formation et renforce l'obligation de l'appel au médecin en cas de difficultés.

2.2 Missions et formation de la sage-femme

2.2.1 Rôle et missions de la sage-femme

L'OMS et la Confédération Internationale des Sages-femmes définissent le rôle de la sage-femme : « c'est une personne qui doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'accouchements sous sa responsabilité et de prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la préparation à la parentalité et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant [...]». [16] La mission première de la sage-femme est d'aider à donner la vie, en veillant à ce que tout se déroule le mieux possible. Les sages-femmes exercent une profession médicale à compétence définie. Le Code de la santé publique a déterminé leur champ d'intervention, à savoir la physiologie.

2.2.2 Evolution de la formation des sages-femmes

L'histoire des sages-femmes, l'un des « plus vieux métiers du monde », est celle d'une professionnalisation croissante.

C'est en 1945 que la profession est reconnue à compétence médicale.

En 1973, les études s'étoffent par rapport aux années antérieures et deviennent indépendantes des autres formations de santé : suppression de l'année commune avec les infirmières et mise en place d'un concours

d'entrée obligatoire. C'est à cette époque que les cours de gynécologie entrent au programme des études de sages-femmes.

En 1985, la durée des études passe à quatre ans de formation avec la réalisation d'un mémoire de fin d'études. Les cours de gynécologie s'étoffent et prennent un peu plus d'importance dans les études.

En 2001, pour accéder à la formation de sage-femme, les étudiants doivent au même titre que les médecins et les chirurgiens dentistes être reçus au concours classant de fin de première année du premier cycle des études médicales (PCEM1). [17] Il y a une réorganisation au sein des études à savoir la séparation en deux phases : la première intéresse l'apprentissage de toute la physiologie et la seconde s'attache à l'étude de la pathologie médicale et surtout obstétricale.

Depuis la rentrée 2010-2011, les étudiants sages-femmes doivent passés par la première année commune des études de santé (PACES), année commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme. [18] Cela aboutit à la mise en place du LMD avec le grade master en sciences maïeutiques ce qui réorganise un peu l'enseignement. Même si ce dernier ne change pas radicalement, de nombreux travaux dirigés et pratiques sont inclus afin de s'adapter au mieux aux nouvelles compétences des sages-femmes ; notamment des travaux pratiques de gynécologie incluant la pose de dispositifs intra-utérins et la réalisation de frottis cervico-vaginaux ainsi que l'examen des seins.

L'arrêté du 11 décembre 2001 [19] fixant le programme des études définit les objectifs relatifs à cette sphère comme suit :

- prévenir, informer, éduquer dans les domaines de la sexualité, la fécondité et l'infertilité, de la gynécologie,
- participer à l'identification et à la prise en charge des situations d'urgence en gynécologie,
- informer les femmes et les couples dans le domaine de la régulation des naissances,

- participer aux actions d'éducation sexuelle, à la prévention des maladies sexuellement transmissibles et à l'information des adolescents,
- pratiquer la prévention et la correction des troubles périnéo-sphinctériens et des séances de rééducation.

Ainsi, la formation initiale des sages-femmes, dans le domaine de la gynécologie physiologique comporte 60 heures d'enseignement théorique en première phase et 78 heures de gynécologie pathologique en deuxième phase des études incluant des cours de contraception, de planification familiale, de sexologie.

Cette année à Limoges, les cours sont répartis comme suit :

- en L2 : 34 heures de cours magistral sont dispensés et 4 heures de travaux pratiques et dirigés en matière de gynécologie
- en L3 : 24 heures de cours magistral sont donnés ainsi que 4 heures de travaux pratiques sur la contraception et 2 heures sur les infections sexuellement transmissibles

On peut parler d'adaptation des écoles qui proposent des compléments de formation en rapport avec l'évolution des pratiques.

Concernant la formation pratique, les stages comportent 120h permettant de participer à la prise en charge des femmes mais également d'informer les femmes dans le cadre de la régulation des naissances dans les services de gynécologie-obstétrique :

- au bloc opératoire et secteurs d'hospitalisations, de consultations
- en centre d'information et de planification familiale
- en centre de conseil conjugal
- rééducation périnéale avec une sage-femme libérale. [19]

A cette formation initiale s'ajoute la formation continue.

2.2.3 Le Diplôme Universitaire de contraception, IVG et sexualité

Pour parfaire la formation initiale en gynécologie, un Diplôme Universitaire de contraception est ouvert aux sages-femmes. De même, il existe un Diplôme Universitaire de planification familiale, régulation des naissances, sexualité et IVG accessible aux sages-femmes.

A Limoges, un Diplôme Universitaire de contraception, IVG et sexualité a été mis en place par l'Université de Limoges. Il s'adresse aux médecins, aux internes en cours de formation de médecine générale et de spécialité et aux sages-femmes diplômées. Cette formation associe des cours théoriques, des travaux dirigés et des stages pratiques dans des centres d'IVG et de planification familiale.

Les objectifs de cette formation complémentaire sont les suivants :

- prescrire et surveiller une contraception : des bases en anatomie, en physiologie et en endocrinologie ; les différents moyens de contraception et les modalités de prescription sont prévus dans le programme
- prendre en charge les demandes d'interruption de grossesse : grâce à l'étude des différentes techniques d'IVG, leurs conséquences physiques et psychologiques et les notions éthiques relatives à l'IVG,
- dépister, traiter ou orienter les troubles de la sexualité : savoir aborder, entendre, conseiller la problématique sexuelle dans sa globalité,
- connaître le fonctionnement d'un centre de planification,
- organiser des actions de prévention. [20]

A l'année universitaire 2011-2012, quatre sages-femmes se sont inscrites à cette formation : une travaillant en centre d'orthogénie, deux sages-femmes territoriales et une sage-femme libérale dont le but était de parfaire leurs connaissances en gynécologie pour pouvoir mettre en pratique les nouvelles compétences en matière de gynécologie de prévention.

2.3 Les compétences de la sage-femme

2.3.1 Les compétences de base

Le Code de la santé publique détermine le champ d'action de la sage-femme. L'article L.4151-1 dit que « l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins post-nataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, [...] suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession [...] ». [21]

Dans le Référentiel métier et compétences des sages-femmes de janvier 2010 [22], sont énumérés les actes que réalisent les sages-femmes dans leur pratique quotidienne comme conduire une consultation prénatale ; organiser et animer une séance collective de préparation à la naissance et à la parentalité ; assurer une consultation d'urgence pour douleurs abdominales au cours du 3ème trimestre ; diagnostiquer et prendre en charge l'hémorragie de la délivrance (quel que soit le lieu et au-delà du post partum immédiat) ; réaliser une consultation de contraception en post-partum et post-abortion ; réaliser une réanimation néo-natale...

Ces situations représentent le cœur du métier de sage-femme. Mais d'autres compétences viennent s'ajouter à celles-ci.

2.3.2 Emergence de nouvelles compétences en gynécologie

Depuis peu, une compétence a été ajoutée à ce Référentiel en lien avec les nouvelles compétences définies par la loi HPST de 2009, qui incluent la réalisation par la sage-femme d'une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention en l'absence de pathologie. D'ailleurs, le Code de déontologie des sages-femmes a été aussi modifié le 19 juillet 2012. [23] Cette compétence nouvellement acquise faisait partie exclusivement du

champ de compétences du médecin jusqu'à maintenant. De plus, la sage-femme peut effectuer la prescription de contraceptifs chez la femme en bonne santé. Elle peut également proposer et pratiquer les frottis cervico-utérins dans le cadre de la prévention du cancer du col de l'utérus, dans le cadre strict de la physiologie. En cas de pathologie, elle doit orienter la patiente vers un médecin. [24]

C'est la raison pour laquelle l'école de sages-femmes de Limoges a décidé d'ajouter, depuis la rentrée universitaire 2010, des travaux dirigés de pose de dispositifs intra-utérins, de réalisation de frottis cervico-vaginaux et l'examen des seins pour l'ensemble des étudiants à partir de la 3^{ème} année. L'objectif est de s'adapter au mieux aux compétences nouvellement acquises.

L'acquisition de cette nouvelle compétence n'a déclenché aucune protestation, aucun cri d'indignation de la part de ces professionnelles. Il n'y a pas eu de long débat ni d'expérimentation pour savoir si les sages-femmes étaient prêtes ou même favorables à cette idée. Cela ne s'est pas déroulé de la même façon pour une autre compétence soumise à approbation lors de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) de 2009 par une sage-femme députée, Mme Bérengère Poletti, qui souhaitait étendre la prescription de l'IVG médicamenteuse aux sages-femmes.

2.4 IVG médicamenteuse et sages-femmes : l'objet d'une controverse

Les dernières modifications du champ de compétences de la sage-femme ont été votées le 21 Juillet 2009 par l'Assemblée Nationale. Le texte de la loi HPST [25] comportait plusieurs dispositions relatives à la profession et aux compétences des sages-femmes comme :

- l'élargissement de leur possibilité de prescription d'examens, de médicaments et de dispositifs médicaux dans les suites de couches, lors de l'examen post-natal dans le cas de grossesses et d'accouchements normaux ; et à la suite d'une IVG,

- la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention.

Enfin, pour répondre aux demandes d'IVG en France, les sénateurs avaient opté pour l'expérimentation de la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes, dans une région française connaissant un taux important d'IVG. [25]

Ce projet a fait longuement débat entre les membres politiques à l'origine de cet amendement et certaines sages-femmes, premières concernées, qui s'y opposent fermement.

Tout commence le 6 février 2009 quand Mme Bérengère Poletti, sage-femme députée élue UMP des Ardennes, introduit dans un amendement la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes de manière expérimentale lors du débat de la loi sur l'hôpital. [25] Dans son rapport d'information enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 22 Octobre 2008 [26], elle considère que *« les sages-femmes ont la compétence technique pour le faire. Compte tenu des carences des réseaux de médecins assurant des IVG médicamenteuses [...] les centres de santé et de planification jouent un rôle essentiel dans l'accès à l'IVG par voie médicamenteuse [...]. Ouvrir cette compétence aux sages-femmes [...] est un élément qui facilitera l'accès à l'IVG permettant un meilleur maillage des professionnels de santé pratiquant ces actes. »*.

Aussitôt, le Collectif Sages-femmes de Demain (CSFD) [27], un « groupe de 2072 jeunes sages-femmes travaillant en hôpital et en libéral voulant faire évoluer le métier de sage-femme vers une pratique plus sûre et

plus naturelle», s'insurge et riposte en montant une pétition afin d'abroger ce projet de loi.

Devant le nombre important de signatures contestataires, Mme Poletti retire son amendement. [28]

En mai 2009, ce projet refait surface et est réintroduit à la Commission des Affaires Sociales du Sénat par un sénateur centriste : il est voté par l'Assemblée Nationale puis au Sénat et par modification de l'article premier émis en Février 2009. [29]

Le CSFD continue son combat collectant de plus en plus de signatures et de noms hostiles à cette proposition de loi en s'appuyant de mobilisations et à renfort de courriers adressés aux parlementaires. Selon ce Collectif, cette proposition de loi va à l'encontre des spécificités du métier de sage-femme et menace l'essence même de la profession.

Le 16 juillet 2009, le Conseil Constitutionnel finit par annuler la disposition autorisant les sages-femmes à pratiquer l'IVG médicamenteuse. [30]

En mai 2011, l'amendement revient d'actualité dans une proposition de loi de Mme Poletti. Il a été incorporé à une proposition de loi secondaire qui apporte des ajustements à la loi HPST de 2009 et va être rediscuté. [31]

En Juillet 2011, une nouvelle mention est apportée au texte originel. Les sénateurs ont précisé que les sages-femmes pourraient pratiquer les IVG médicamenteuses « sous la responsabilité d'un gynécologue-obstétricien ». Les sages-femmes opposées voient dans cette mention une subordination de leurs collègues aux médecins pour un acte qu'ils se refusent de faire. Ces sages-femmes sont d'autant plus en colère face à de tels propos. [32]

Le Conseil Constitutionnel invalide une nouvelle fois la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes le 11 août 2011 suite à une nouvelle intervention du CSFD. [33]

Concernant cette proposition de loi, les différentes opinions recensées sont émises aussi bien par les membres de la classe politique que par les sages-femmes.

2.4.1 Les positions favorables au projet de loi

2.4.1.1 Le point de vue politique

L'amendement proposé par Mme Poletti, dit qu' « *après consultation des professionnels concernés sur la possibilité d'étendre aux sages-femmes la pratique des IVG par voie médicamenteuse, l'expérimentation est menée dans une région française connaissant un taux important de recours à l'IVG. Dans le cadre de cette expérimentation, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer ces actes pour les seuls cas où ils sont réalisés par voie médicamenteuse* ». [34]

Mme Muguette Dini, députée centriste du Rhône, souligne que cette expérimentation « *pourrait résoudre le problème d'accès à l'IVG dans des zones où peu de médecins la pratiquent* ». [35]

Un autre député centriste des Yvelines, M. Nicolas About, estime qu'il serait « *plus facile à un certain nombre de femmes de s'adresser à une sage-femme* » et a assuré que la responsabilité des sages-femmes ne serait pas étendue car l'IVG médicamenteuse se fera toujours « *dans le cadre d'un établissement* » et que seules participeront des volontaires. [35]

Mme Roselyne Bachelot, Ministre de la santé à l'époque, a assuré que les sages-femmes avaient véritablement les compétences pour suivre une IVG médicamenteuse avec « *plus de 120 heures de cours et de stages en*

gynécologie » et qu'elles pourront « *invoquer une clause de conscience, comme tout professionnel de santé* ». [35]

De même, certaines sages-femmes sont favorables.

2.4.1.2 L'orthogénie : un choix professionnel

Les compétences des sages-femmes sont méconnues du grand public, elles ne se limitent pas à la pratique des accouchements. Aussi, comme nous l'avons vu précédemment, la sage-femme a une sphère de compétences en matière de gynécologie et de planification familiale, à l'instar des sages-femmes travaillant dans les centres d'orthogénie. L'orthogénie est l'ensemble des méthodes médicales de planification et de régulation des naissances. Ces sages-femmes sont au cœur de la pratique de l'IVG. Selon le Code de la santé publique, une sage-femme peut participer à une IVG. Toutefois, compte-tenu de la clause de conscience, celle-ci n'est en aucun cas tenue de concourir à cet acte. Des sages-femmes d'établissements publics et privés réalisent déjà des IVG médicamenteuses sous délégation d'un médecin. [36] D'ailleurs, les sages-femmes de l'Association Nationale des Sages-femmes Orthogénistes (ANSFO) proposent une pétition en ligne en faveur de la prescription de celle-ci. [36] Cette association a été créée en novembre 2009 suite aux revendications qu'avaient manifestées les sages-femmes du CSFD à propos de ce projet de loi. Elle a pour but la « revalorisation et la défense de la profession de sage-femme dans le domaine de l'orthogénie en France ».

Dans le *Vocation Sage-femme n°76* de 2009 [37], une sage-femme de Meurthe-et-Moselle fait également part de sa souffrance de ne pas être prise au sérieux et de ne pas être considérée comme une « vraie sage-femme » par ses consœurs en travaillant dans un centre de planification et d'IVG. Elle s'est entendue dire : « *Tu n'aides pas à donner la vie. Tu fais tout pour*

qu'elle n'arrive pas ! ». Pourtant, il s'agit d'un choix volontaire de travailler dans ce centre et elle s'en trouve épanouie. Elle aimerait faire d'avantage concernant la prise en charge de l'IVG et voit en cette loi une avancée considérable.

Enfin, le Collectif des Associations et Syndicats de Sages-femmes réitère son positionnement favorable à la réalisation de l'IVG par les sages-femmes le 12 mars 2010 dans un texte portant réflexion sur le sujet. Il considère que « *la finesse psychologique nécessaire à l'écoute des ambivalences de la grossesse quel qu'en soit le terme est le cœur même du métier de sage-femme* ». Il est important de respecter la clause de conscience de chaque sage-femme, mais ajoute que « *plus d'une femme sur deux aura recours dans sa vie à une IVG. Il paraît donc pertinent d'intégrer dans nos compétences cette pratique qui concerne la moitié de la population féminine* ». La légalisation de la prescription de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes pourrait permettre de dédramatiser cet évènement et ainsi alléger la souffrance des femmes. [38]

Cependant, de tels arguments ne sont pas partagés par tous.

2.4.2 Les avis opposés au projet de loi

2.4.2.1 En opposition à la mission première de la sage-femme

La sage-femme est au service de la santé de la femme dans la joie comme dans la douleur, dans la vie comme dans l'épreuve. Néanmoins, tous les professionnels n'ont pas le même positionnement.

L'argument principal est que le métier de la sage-femme est de donner la vie. Selon l'origine étymologique du mot, la *maïeutique* c'est l'art de faire des accouchements. Dans le terme *sage-femme*, le mot *sage* dérive de

sapiens, sapere signifiant « savoir », désignant celui « qui a la connaissance des choses ». [39]

Ainsi, l'interruption de la grossesse ne relèverait plus de sa mission traditionnelle. L'IVG, interruption de la vie, est par conséquent pour certaines sages-femmes à l'opposé de sa mission première.

2.4.2.2 Des sages-femmes défavorables

Au XXème siècle, des témoignages de sages-femmes qui étaient confrontées à de nombreuses demandes d'avortement ont été recueillis. Malgré la proposition de modestes rétributions, une sage-femme dit avoir toujours refusé de prendre part à ce genre de pratique. Non seulement menacée de sanctions sévères par la loi en vigueur à l'époque, elle ajoute que : « *cet acte provoque chez moi une répulsion toute physique, qui me fait plaindre les femmes qui s'y soumettent...* ». De même, une autre sage-femme déclare plus franchement que « *l'avortement lui inspire une hostilité absolue et définitive* ». [40]

Comme il a déjà été mentionné, les sages-femmes membres du CSFD se sont insurgées contre cette idée hérétique évoquant leur non-reconnaissance dans les déclarations militantes de l'avortement. Pour elles, leur rôle se trouve dans la préparation, l'accompagnement et le suivi des naissances et la pratique de l'IVG est incompatible avec les spécificités de leur métier. Pour ces sages-femmes, prescrire l'IVG ne contribuerait pas à renforcer la reconnaissance de leur métier. Elles considèrent au contraire cette activité comme ingrate et non-valorisante c'est pourquoi les médecins la leur délaissent. De plus, selon une sage-femme du CSFD : « *cela jouerait aux dépens de la santé publique et de la sécurité juridique des sages-femmes car les conséquences physiologiques, psychologiques et affectives seraient plus lourdes que ce qui pouvait être pensé* ». [41]

Les sages-femmes du Collectif se sentent menacées d'être tenues responsables des éventuels accidents qui pourraient survenir. De ce fait,

elles ont publié une pétition en ligne relative à la non-prescription de l'IVG, complétée par le témoignage de sages-femmes ne se sentant pas prêtes à prendre en charge l'IVG expliquant que moralement cela serait trop dur, que cela « *troublerait beaucoup de sages-femmes* ». [41] Elles dénoncent aussi le fait qu'en les obligeant à prescrire l'IVG, les médecins ne respecteraient pas leur clause de conscience. [42]

D'autres personnes partagent leur point de vue concernant le refus de ce projet de loi.

2.4.2.3 Des Français en désaccord

En Septembre 2008, un sondage Ifop [43] pour *Alliance pour les Droits de la Vie* intitulé « Les Français et la pratique de l'IVG par les sages-femmes » avait été réalisé sur un échantillon de 1006 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus. La question posée aux Français était : « *Le Ministre de la Santé, Roselyne Bachelot envisage d'inscrire dans une toute prochaine loi une nouvelle fonction pour les sages-femmes, jusqu'ici réservée aux médecins. Il s'agit de la pratique de l'IVG, l'interruption volontaire de grossesse. Vous, personnellement, diriez-vous que c'est le rôle ou pas des sages-femmes de pratiquer l'IVG ?* ». Il en ressort que pour 56% des Français « ce n'est pas le rôle des sages-femmes de pratiquer l'IVG » contre 41% qui étaient favorables. [43] Même si 42% des femmes donc des patientes pensaient que c'est le rôle des sages-femmes de pratiquer l'IVG contre 40% d'hommes interrogés, les Français ne sont donc pas disposés à voir les sages-femmes réaliser cette pratique.

2.5 Perspectives d'avenir depuis 2009

La loi HPST de 2009 doit permettre une plus grande implication des structures régionales dans l'organisation de l'activité sur leurs territoires. Comme l'a annoncé le Ministère de la santé le 8 Mars 2010, les ARS « ont pour instruction d'intégrer la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées comme une composante à part entière de l'offre de soins et de prévention ». [44] Cette activité est inscrite dans les projets régionaux de santé et dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les ARS et les établissements de santé.

Aujourd'hui en 2013, il n'y a pas d'avancée en ce qui concerne la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes. Les compétences des sages-femmes se sont élargies de manière significative (contraception, suivi gynécologique...) excepté pour l'IVG. En effet, la proposition énoncée par Mme Poletti d'expérimenter la prescription de l'IVG par les sages-femmes dans des régions connaissant un fort taux d'IVG n'a pas été remise au cœur des débats depuis 2009.

Les sénateurs appuyés de sages-femmes favorables continuent leur combat dans l'ombre en attendant que le Ministère des affaires sociales et de la santé ne donne suite à leurs revendications : « [...] *les sages-femmes souhaiteraient ainsi pouvoir réaliser la consultation préalable à l'IVG, et le cas échéant, orienter la patiente vers le médecin. Dans la mesure où les sages-femmes sont déjà habilitées à diagnostiquer une grossesse [...] il semblerait logique qu'elles puissent également accéder à cette compétence [...]. Elles souhaiteraient également pouvoir expérimenter des IVG médicamenteuses dans des régions connaissant un taux important de recours à l'IVG [...]* » disait M. Michel Boutant, sénateur de la Charente dans une question écrite au Gouvernement le 12 Juillet 2012 [45].

Ainsi, plusieurs initiatives ont vu le jour :

- Le 5 Juillet 2012, l'ARS d'Ile de France a énoncé 28 propositions aux associations (professionnels impliqués dans le soin et la prévention, de paroles de femmes, de représentants des usagers, de mobilisation des femmes) pour améliorer le parcours de santé des femmes ayant recours à une IVG. [6]

- En novembre 2012, un service d'IVG médicamenteuse a ouvert ses portes à l'hôpital Jacques-Boutard de Saint-Yrieix en Haute-Vienne, dirigé par le docteur Anne-Sophie Cristou. Le nombre élevé d'IVG en Limousin (1949 en 2009 selon une étude de l'INSEE et de la DREES) a nécessité l'ouverture d'un deuxième centre d'IVG après Limoges pour renforcer la prévention des grossesses non désirées, informer sur les moyens de contraception, les infections sexuellement transmissibles et dépister les cancers. [46]

L'ANSFO propose plusieurs questions en ligne [47] destinées aux sages-femmes. Au 9 décembre 2012, alors que l'enquête est toujours en cours, elle en publie les résultats provisoires concernant 102 sages-femmes :

- à la question « les sages-femmes répondantes souhaitent-elles participer à une expérimentation des IVG médicamenteuses ? », les sages-femmes sont à 51% favorables, 37% défavorables

- à la question « les sages-femmes répondantes pratiqueraient-elles l'IVG si la Loi le permettait ? », les sages-femmes sont favorables à 64%, défavorables à 25%

- à la question « quelles sont les compétences que nous souhaitons ou non encore acquérir afin de mieux accompagner les femmes en bonne santé ? », les sages-femmes souhaitent majoritairement à 76% pouvoir réaliser l'IVG médicamenteuse.

- Il est à noter qu'en février 2013, le Conseil de l'Ordre des sages-femmes a lancé par l'intermédiaire de ses présidentes de départements une enquête destinée aux sages-femmes intitulée : « Etes-vous favorables ou non à la prescription de l'IVG médicamenteuse ? » (d'après deux sages-femmes, territoriale et orthogéniste du Limousin).

Le débat serait-il relancé ?

Le nombre élevé d'IVG et la décroissance du nombre de gynécologues laissent à penser que les sages-femmes seront probablement encore au centre des débats dans les prochaines années.

Suite à la manifestation de ces avis contradictoires, il semble intéressant de connaître le positionnement des sages-femmes de la région Limousin sur la prescription de l'IVG médicamenteuse, et par extension de connaître les freins mis en évidence par les sages-femmes concernant la pratique de l'IVG.

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DE L'ETUDE



1. PRESENTATION DE L'ÉTUDE

De nos jours, le progrès médical est en constante évolution. Dans une société où la médicalisation s'accroît, il existe un manque criant de médecins notamment de gynécologues. De ce fait, les compétences des sages-femmes ont été élargies en matière de gynécologie. Dans ce contexte, le législateur avait envisagé un élargissement de leurs compétences à la prescription de l'IVG médicamenteuse. Mais, cette proposition a suscité un vif débat d'idées en particulier autour des sages-femmes concernées par cette proposition de loi. Plus globalement, une opposition a eu lieu entre les protagonistes favorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes et ceux qui y étaient opposés.

Ainsi, le positionnement des sages-femmes de la région Limousin nous paraissant intéressant à questionner.

Problématique : Les sages-femmes de la région Limousin sont-elles favorables à la prescription et la prise en charge de l'IVG médicamenteuse ?

2. OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'étude comprend deux objectifs :

- Faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes sur la pratique de l'IVG.

- Connaître l'opinion des sages-femmes sur leur possibilité de prescrire et de prendre en charge l'IVG médicamenteuse de manière autonome et mettre en évidence les freins liés à la pratique de l'IVG médicamenteuse manifestés par les sages-femmes.

3. HYPOTHESES DE RECHERCHE

L'hypothèse principale sous-tend que les sages-femmes de la région Limousin sont majoritairement défavorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse.

Les hypothèses secondaires sont au nombre de quatre :

- la prescription de l'IVG médicamenteuse ne relève pas de la mission première de la sage-femme

- les sages-femmes n'ont pas les connaissances médicales suffisantes concernant les modalités de prise en charge de l'IVG médicamenteuse

- la prescription de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes est considérée par ces dernières comme un moyen de résoudre le problème d'accès à l'IVG

- le positionnement des sages-femmes sur la prescription et la prise en charge de l'IVG médicamenteuse est influencé par leur lieu d'exercice.

4. INTERET DE L'ETUDE

Cette étude a pour but de décrire et d'analyser le positionnement des sages-femmes de la région Limousin sur la prescription de l'IVG médicamenteuse. Elle peut apporter des données sur la vision qu'ont les sages-femmes de la pratique de l'IVG, acte devenu courant dans la vie des femmes, et aider à comprendre pour quelles raisons les sages-femmes n'ont pas adhéré au projet de loi.

5. SCHEMA DE L'ETUDE

5.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et multicentrique.

5.2 Population

La population source est aussi la population cible, à savoir toutes les sages-femmes de la région Limousin : les sages-femmes exerçant dans les structures hospitalières, les structures privées (clinique), les sages-femmes territoriales et libérales. Elles sont au nombre de 213 avec comme répartition : 144 en Haute-Vienne, 55 en Corrèze et 14 en Creuse.

5.3 Méthodes d'observation

Pour réaliser cette étude, un questionnaire anonyme (ANNEXE 1) a été élaboré et testé auprès des étudiantes sages-femmes de dernière année. Ces dernières ont validé ce questionnaire, il n'a pas fait l'objet de réajustements.

Ensuite, ce dernier a été distribué à chaque sage-femme de la région Limousin. Les questionnaires ont été déposés sous enveloppe nominative aux sages-femmes de chaque secteur de l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges, ainsi que celles de la Clinique des Emailleurs. Un envoi par courrier a été nécessaire pour les autres maternités de la région après accord des cadres sages-femmes des services correspondants, ainsi qu'aux sages-femmes territoriales et libérales du Limousin.

L'étude s'est échelonnée entre juin et décembre 2011. Les relances téléphoniques et rappels ont été faits une fois par mois jusqu'en mars 2012.

5.4 Variables

Afin de répondre aux hypothèses de recherche, les questionnaires ont permis le recueil des variables suivantes :

Variables quantitatives :

- Age des sages-femmes : permet de décrire la population.
- Année d'obtention du diplôme : les sages-femmes sont réparties dans des groupes créés à partir des différents programmes de formation des études (les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme avant 1985 ; celles l'ayant obtenu entre 1985 et 2001 et celles l'ayant obtenu après 2001).

Variables qualitatives :

- Modalités d'exercice : sage-femme hospitalière, de clinique, territoriale, libérale, pour savoir si ces modalités ont une influence sur le positionnement des sages-femmes
- Secteur d'activité : sage-femme polyvalente, de salle de naissances, de secteur de grossesses pathologiques, de suites de couches, de consultations... pour déterminer si leur activité influe sur leurs opinions
- Formation continue (DIU, DU) : savoir si les sages-femmes du Limousin ont obtenu des DU en rapport avec le domaine de la gynécologie

- Evaluation des connaissances de la sage-femme sur la prise en charge de l'IVG :

- les différentes méthodes : chirurgicale ou médicamenteuse
- les lieux de réalisation : en établissement de santé, en cabinet de ville, à domicile
- les thérapeutiques utilisées : mifépristone et misoprostol
- les risques et effets secondaires de l'IVG : en priorité la rétention ovulaire et les métrorragies puis la douleur
- la contraception post-IVG : savoir si les sages-femmes savent qu'elle est prescrite au décours même de l'IVG
- corréler leurs connaissances et leur positionnement sur l'IVG et voir s'il y a un lien de cause à effet, si le manque de connaissances pourrait être un frein à l'acceptation de la compétence par exemple.

Les connaissances sont évaluées par des questions fermées, des questions à choix multiples et quelques questions ouvertes qui sont les questions de base suffisantes à la prise en charge de l'IVG. La sage-femme aura une connaissance suffisante si elle a une note supérieure ou égale à 7/10, une connaissance moyenne si elle a une note égale à 5 ou 6/10 et une connaissance insuffisante si sa note est comprise entre 0 et 4/10.

- Positionnement de la sage-femme concernant la prescription et la prise en charge de l'IVG médicamenteuse : favorable ou défavorable.

Les arguments des sages-femmes favorables sont :

- la sage-femme a sa place en centre d'IVG
- accompagner la détresse de la femme enceinte, comme la demande d'IVG, est une des missions de la sage-femme
- la sage-femme a les connaissances médicales suffisantes pour prescrire l'IVG
- cela résoudrait le problème d'accès à l'IVG

- il serait plus facile pour la patiente de s'adresser à une sage-femme pour avorter.

Les arguments des sages-femmes défavorables sont :

- la sage-femme n'a pas sa place dans les centres d'IVG
- cet acte est incompatible avec le rôle de la sage-femme qui est d'aider à donner la vie
 - cela ne contribuerait pas forcément à renforcer la reconnaissance du métier de sage-femme
 - la sage-femme n'a pas les connaissances médicales suffisantes pour prescrire l'IVG
 - la sécurité juridique de la sage-femme en ce qui concerne les possibles complications ne serait pas assurée
 - sous prétexte de la pénurie des gynécologues, les sages-femmes sont mises à contribution pour prescrire l'IVG

6. METHODE D'ANALYSE

Les statistiques ont été réalisées sous Excel® grâce à la méthode des tableaux croisés dynamiques. L'ensemble des réalisations graphiques a été également conçu à partir de ce même logiciel.

Les variables qualitatives et quantitatives sont exprimées en fréquences et en pourcentages.

L'intervalle de confiance des résultats choisi pour l'étude est de 95%.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ETUDE

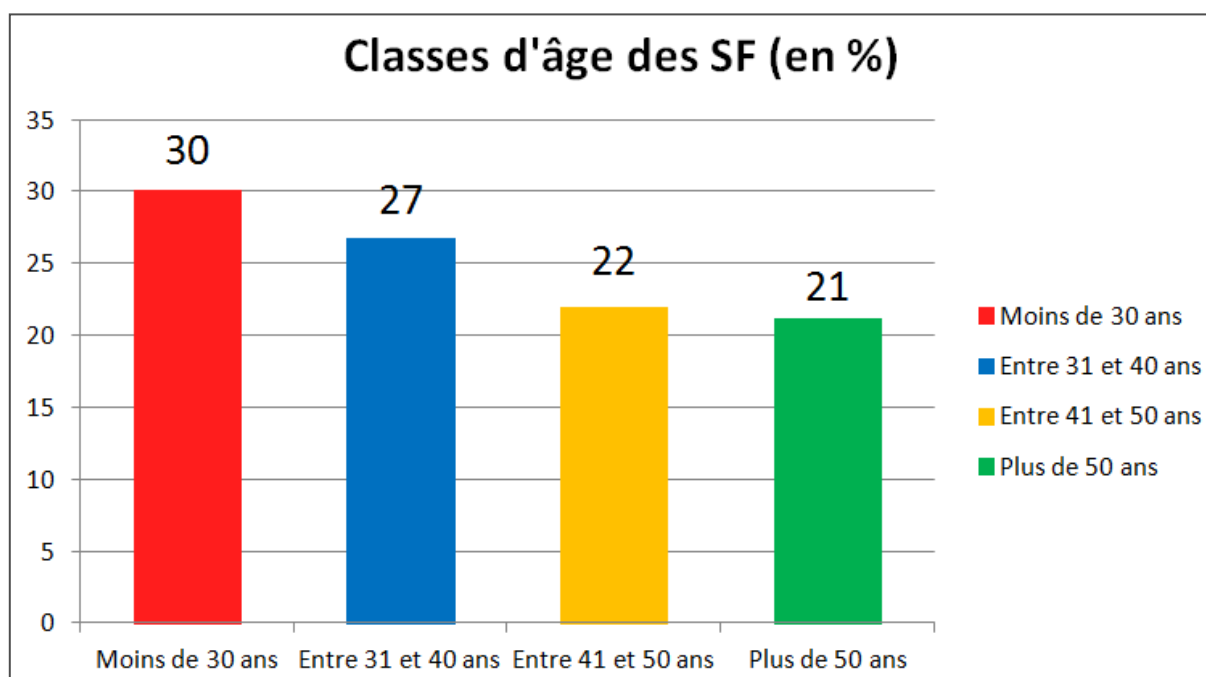
1. PRESENTATION DES RESULTATS

1.1 Taux de participation

L'étude a permis d'inclure 146 sages-femmes sur les 213 sages-femmes de la région Limousin, soit un taux de participation de 68,5%, avec un taux de 68,5% de sages-femmes du secteur public et 17,1% de sages-femmes du secteur privé.

1.2 Description de la population

1.2.1 Age des sages-femmes

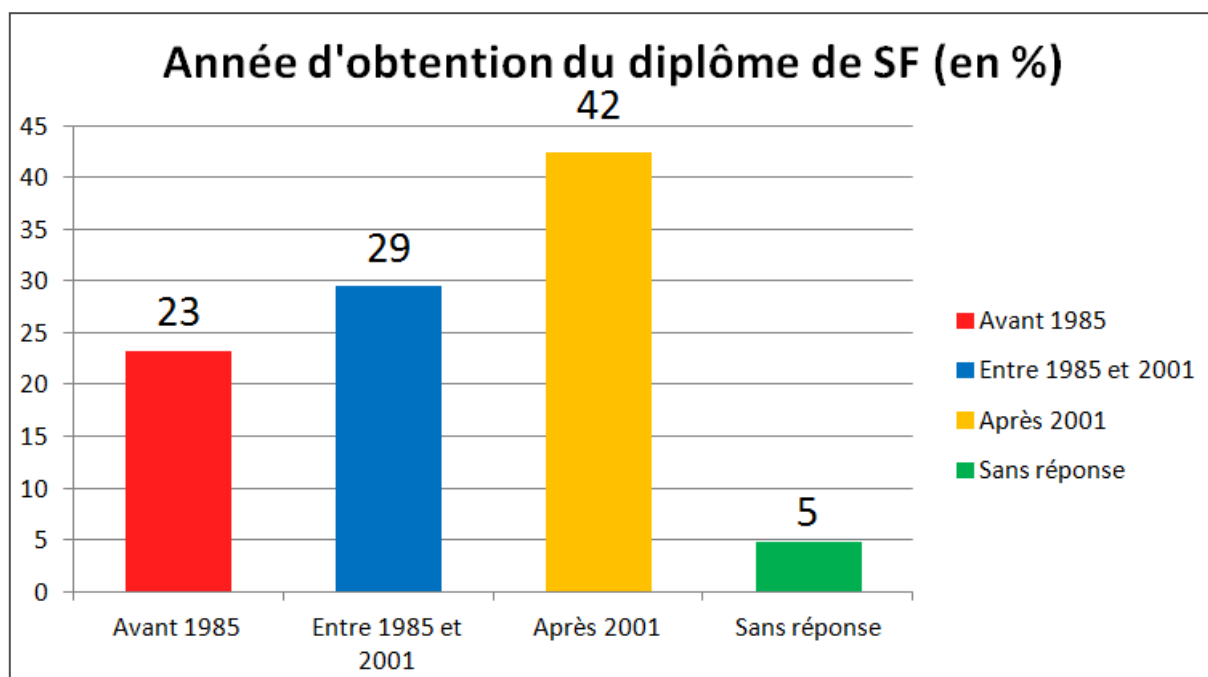


Parmi les sages-femmes qui ont répondu :

- 44 ont moins de 30 ans soit **30%**

- 39 ont entre 31 et 40 ans soit **27%**
- 32 ont entre 41 et 50 ans soit **22%**
- 31 ont plus de 50 ans soit **21%**

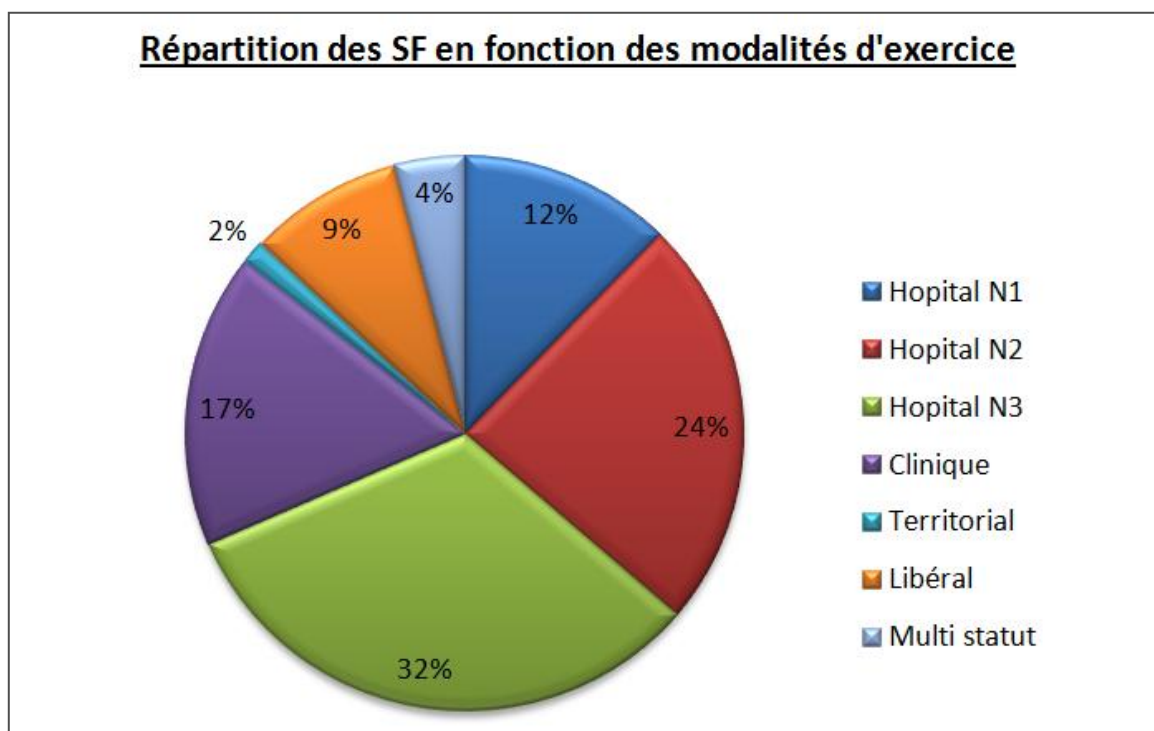
1.2.2 Année d'obtention du diplôme d'état (DE) de sage-femme



Sur les 146 sages-femmes ayant répondu :

- 34 ont été diplômées avant 1985 soit un taux de **23%**
- 43 ont été diplômées entre 1985 et 2001 soit un taux de **29%**
- 62 ont été diplômées après 2001 soit un taux de **42%**
- 7 n'ont pas répondu à la question soit **5%**.

1.2.3 Les modalités d'exercice



Sur les 146 sages-femmes :

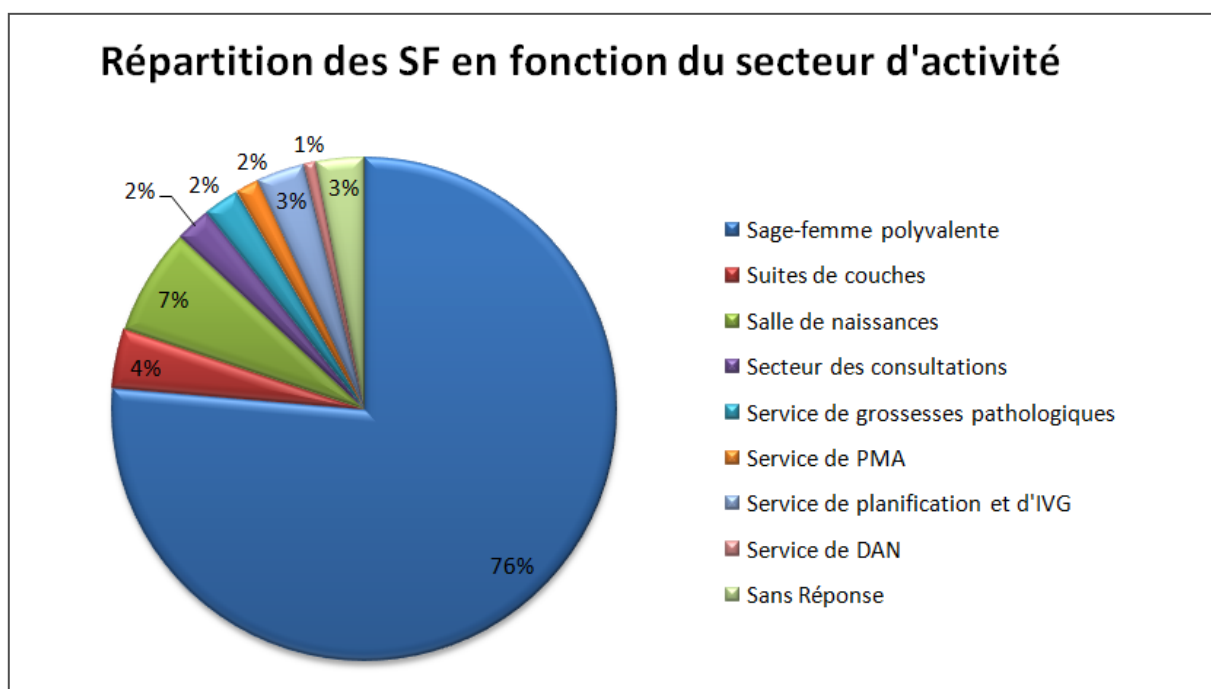
- 18 travaillent en hôpital de niveau 1 soit **12%**
- 35 travaillent en hôpital de niveau 2 soit **24%**
- 47 travaillent en hôpital de niveau 3 soit **32%**
- 25 travaillent en secteur privé soit **17%**
- 2 sages-femmes sont strictement territoriales soit **2%**
- 13 sages-femmes sont libérales soit **9%**

5 sages-femmes sont multi-statuts c'est-à-dire qu'elles travaillent à la fois en milieu hospitalier ou en clinique et en PMI ou en libéral soit **4%**.

1 sage-femme inscrite au pôle emploi a également répondu au questionnaire.

1.2.4 Les secteurs d'activité

La répartition en secteurs d'activité concernent les sages-femmes hospitalières et celles travaillant en clinique soit 131 sages-femmes.



Parmi ces 131 sages-femmes :

100 sages-femmes sont polyvalentes soit **76%**. Les autres sages-femmes, soit 31 sages-femmes, exercent dans un service spécifique, et sont réparties comme suit :

- 5 travaillent uniquement dans le secteur des suites de couches soit **4%**
- 9 travaillent exclusivement en salle de naissances soit **7%**
- 3 travaillent uniquement en secteur de consultations soit **2%**
- 3 travaillent uniquement en secteur de grossesses pathologiques soit **2%**
- 2 exercent en PMA soit **2%**
- 4 travaillent en centre de planification et d'IVG soit **3%**
- 1 sage-femme travaille dans le service du DAN soit **1%**

- 4 sages-femmes n'ont pas répondu à cette question soit un taux de **3%**.

1.2.5 Formation supplémentaire

Parmi les 146 sages-femmes qui ont répondu au questionnaire, nous comptons 31 sages-femmes qui ont passé une formation supplémentaire. Une seule a passé un DU de contraception, sexualité, planification ; 5 ont un DU de rééducation périnéale ou de sexologie ; le reste des sages-femmes ont un DU qui n'est pas en rapport avec la gynécologie.

1.3 Connaissances sur la prise en charge de l'IVG

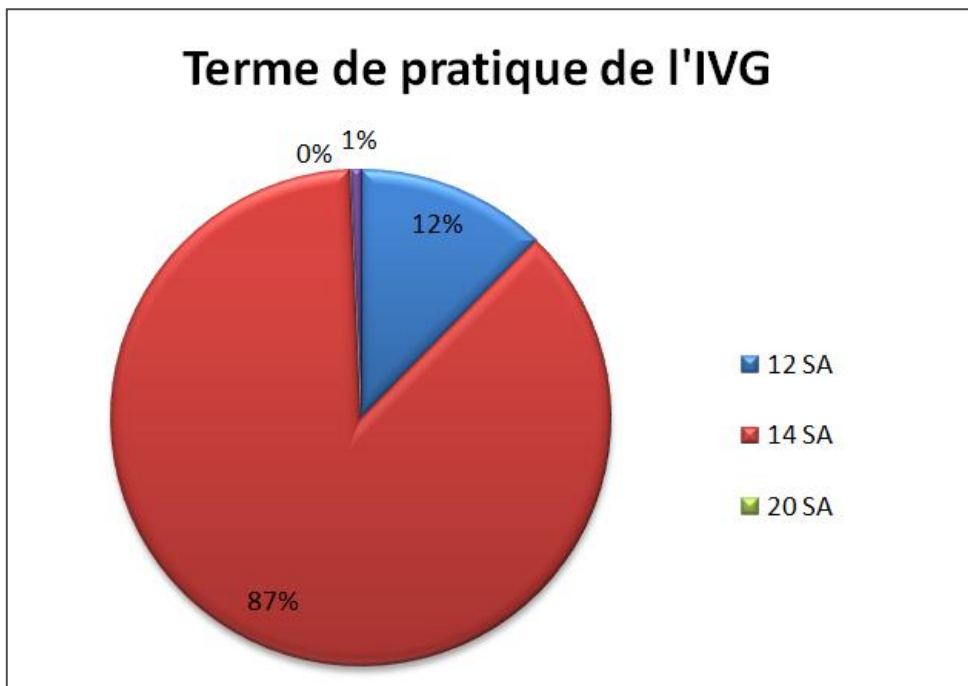
1.3.1 Réalisation de l'IVG

La question posée était : Une IVG peut-elle être réalisée par plusieurs méthodes ?

L'ensemble de la population des sages-femmes sait que l'IVG peut être réalisée par plusieurs méthodes.

1.3.2 Terme de l'IVG

La question posée était : En France, une IVG peut être pratiquée jusqu'à quel terme ? La réponse était 14 SA.



En ce qui concerne le terme légal de réalisation de l'IVG :

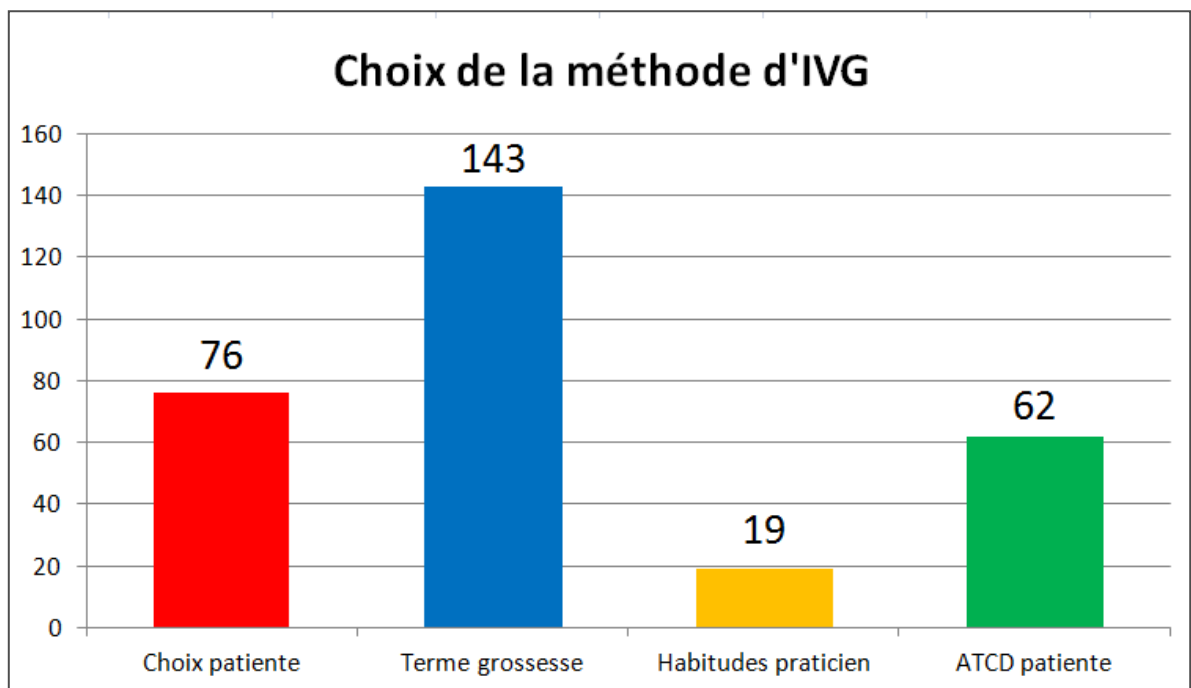
- 18 sages-femmes soit **12%** pensent que le terme légal d'IVG est de 12 SA.

- 127 sages-femmes soit **87%** pensent que le terme est de 14 SA.

Aucune sage-femme n'a répondu que le terme était à 20 SA et 1 sage-femme ne connaissait pas la réponse.

1.3.3 Choix de la méthode d'IVG

La question posée était : Le choix de la méthode d'IVG dépend : du choix de la patiente, du terme de la grossesse, des habitudes du praticien, des antécédents de la patiente ? (plusieurs réponses possibles).



Concernant le choix de la méthode d'IVG :

- **48%** des sages-femmes pensent que le terme de la grossesse rentre en ligne de compte dans le choix de la méthode.
- **25%** pensent que du choix de la patiente dépend le choix de la méthode d'IVG.
- **21%** pensent que les antécédents de la patiente font partie des critères de choix.
- **6%** pensent que les habitudes du praticien déterminent le choix de la méthode d'IVG.

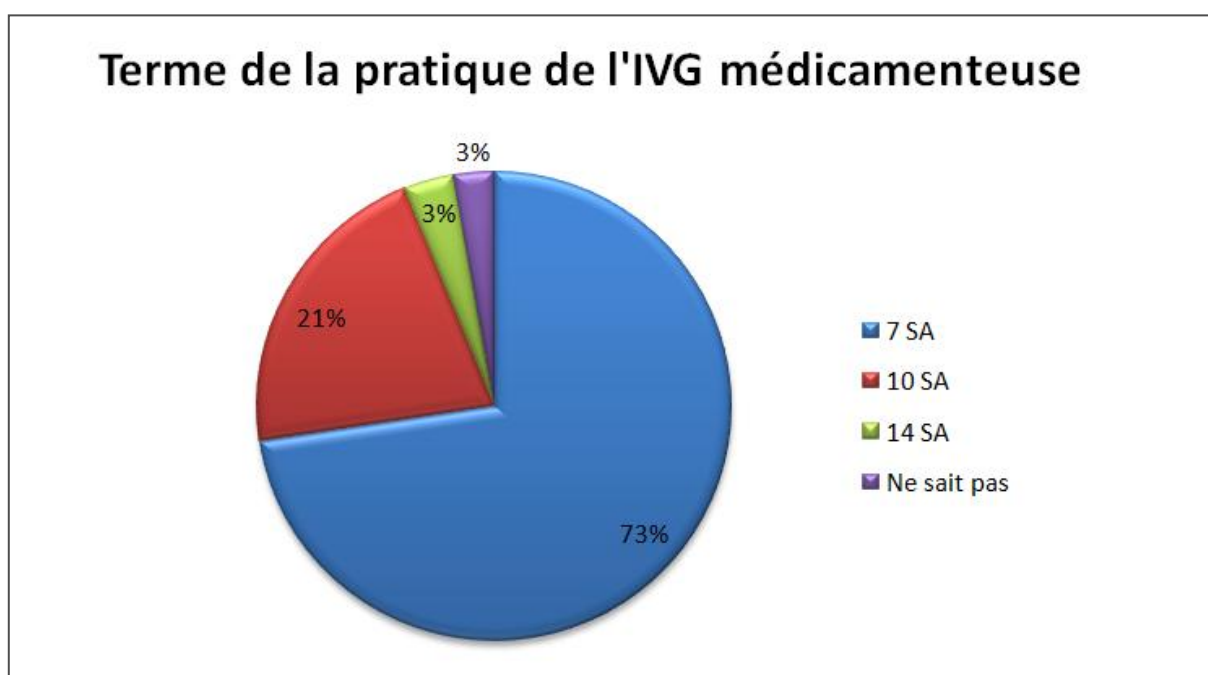
Pour avoir juste à cette question, il fallait répondre que le choix de la méthode d'IVG dépend : du choix de la patiente, du terme de la grossesse et des antécédents de la patiente.

Ainsi, 33 sages-femmes sur 146 ont répondu juste soit un taux de **22,6%**.

1.4 Connaissances sur la prise en charge de l'IVG médicamenteuse

1.4.1 Réalisation de l'IVG médicamenteuse

La question posée était : L'IVG médicamenteuse peut être réalisée jusqu'à quel terme : 7 SA, 10 SA, 14 SA, ne sait pas ?

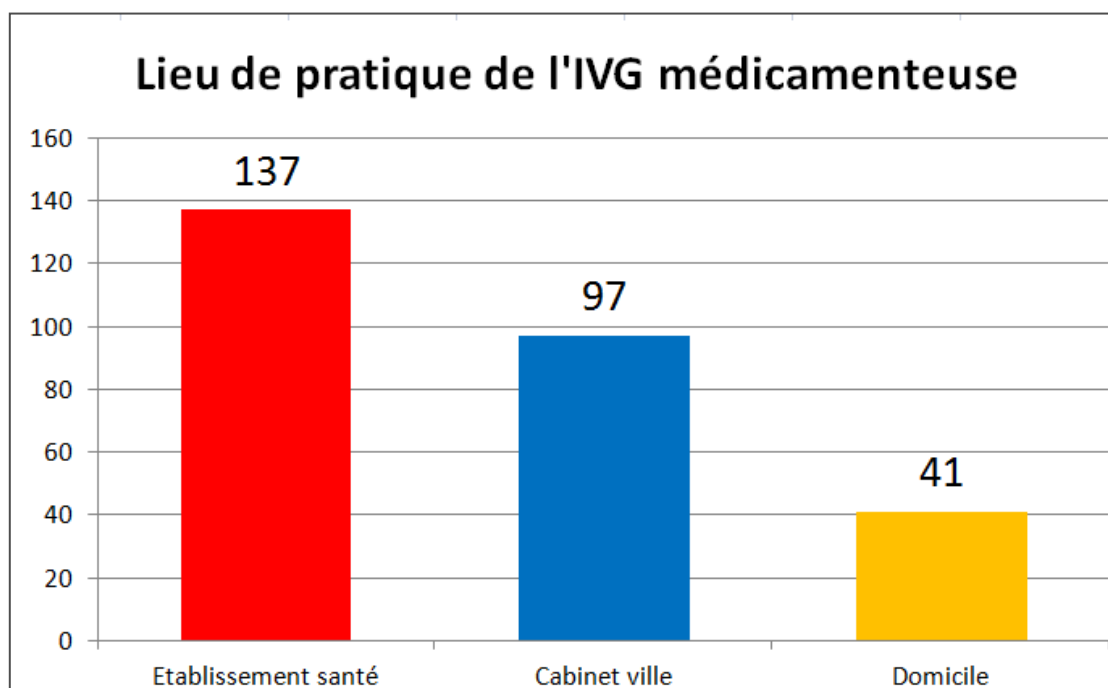


Concernant la réalisation de l'IVG médicamenteuse :

- 106 sages-femmes soit **73%** savent qu'elle peut être réalisée jusqu'à 7 SA.
- 31 sages-femmes soit **21%** pensent qu'elle peut être faite jusqu'à 10 SA.
- 5 sages-femmes soit **3%** pensent qu'elle est pratiquée jusqu'à 14 SA.
- 4 sages-femmes soit **3%** ne connaissent pas le terme de l'IVG médicamenteuse.

1.4.2 Lieu de pratique de l'IVG médicamenteuse

La question posée était : L'IVG médicamenteuse peut se pratiquer : en établissement de santé, en cabinet de ville, à domicile ? (plusieurs réponses possibles)



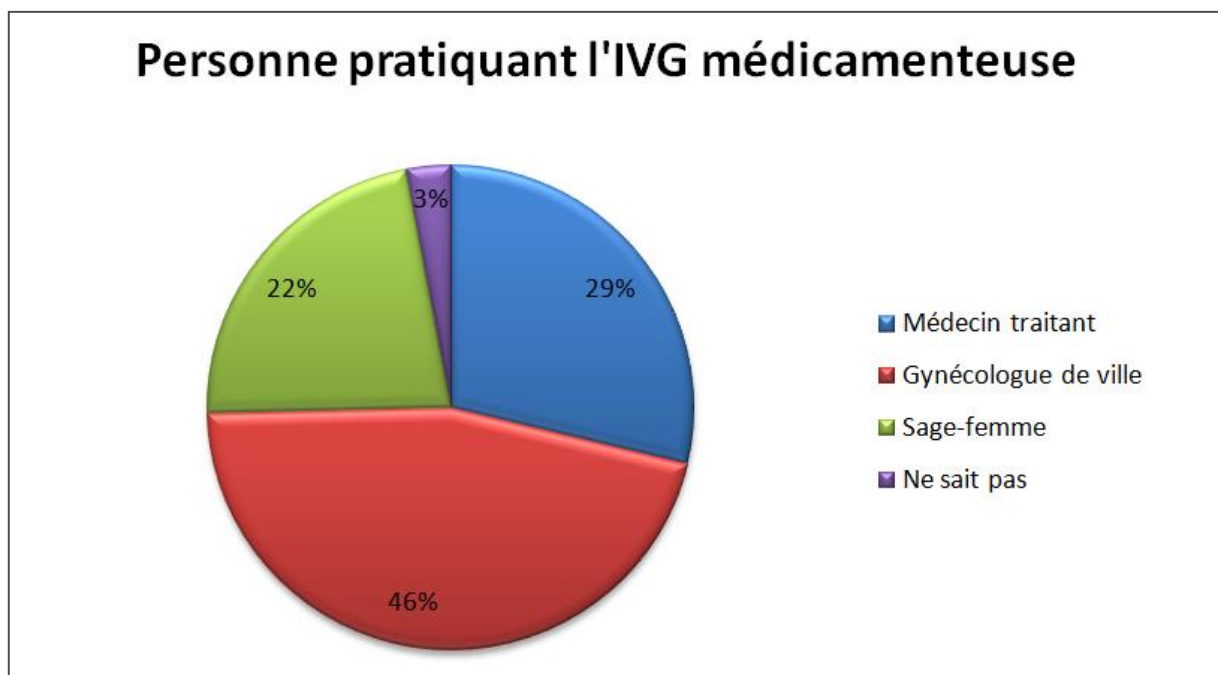
Concernant le lieu de prise en charge de l'IVG médicamenteuse :

- **50%** des sages-femmes ont répondu qu'elle pouvait se faire en établissement de santé.
- **35%** pensent qu'elle peut se faire en cabinet de ville.
- **15%** pensent qu'elle peut être réalisée à domicile.

L'IVG médicamenteuse peut être réalisée en établissement de santé ou en cabinet de ville ; 66 réponses sur 146 étaient justes soit un taux de **45%**.

1.4.3 Pratique de l'IVG médicamenteuse

La question posée portait sur les professionnels habilités à réaliser l'IVG médicamenteuse, il s'agissait d'une question à choix multiples.



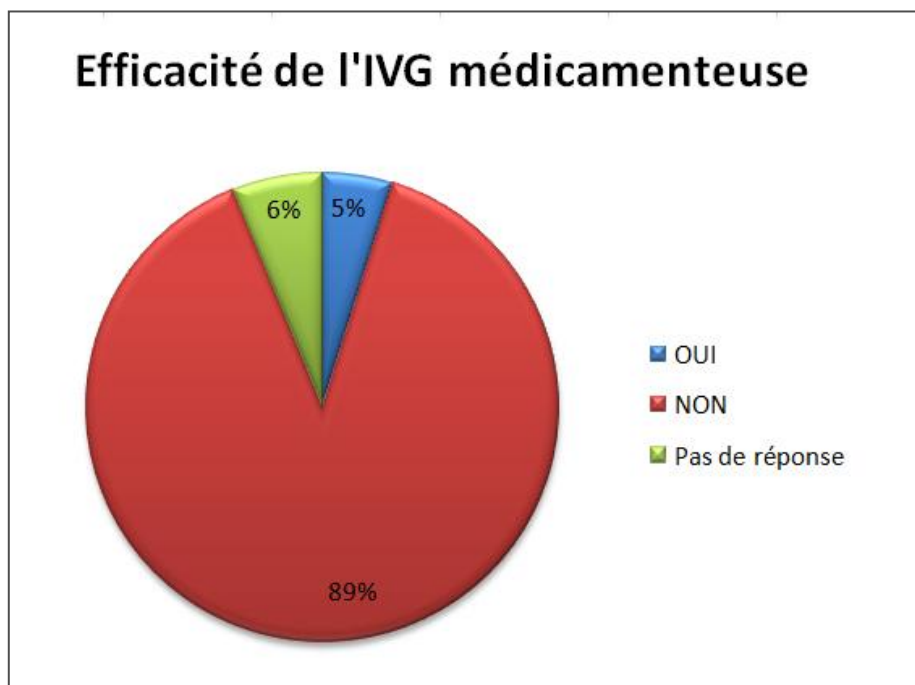
Concernant la pratique de l'IVG médicamenteuse :

- **46%** des sages-femmes ont répondu qu'elle pouvait être réalisée par le gynécologue de ville.
- **29%** pensent que le médecin traitant peut la pratiquer.
- **22%** pensent que la sage-femme pratique l'IVG médicamenteuse.
- **3%** ne savent pas quel praticien la réalise.

Les réponses justes étaient le gynécologue de ville et le médecin traitant ; 50 sages-femmes ont répondu correctement soit un taux de réussite de **34%**.

1.4.4 Efficacité de l'IVG médicamenteuse

La question posée était : L'IVG médicamenteuse est-elle plus efficace que l'IVG chirurgicale ?

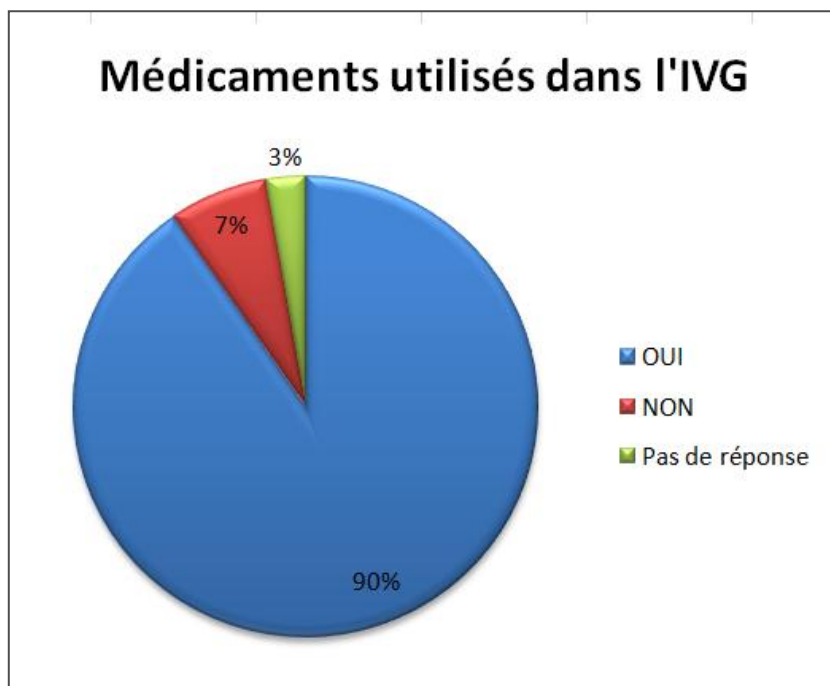


En ce qui concerne l'efficacité de l'IVG médicamenteuse :

- 130 sages-femmes soit **89%** ont répondu correctement
- 7 sages-femmes soit **5%** pensent qu'elle est plus efficace que l'IVG chirurgicale
- 9 sages-femmes soit **6%** n'ont pas répondu à la question.

1.4.5 Médicaments utilisés dans l'IVG

La question avait pour but de savoir si les sages-femmes connaissaient les médicaments utilisés dans l'IVG médicamenteuse à savoir la mifépristone (MyféGINE®) et le misoprostol (Cytotec® ou Gymiso®). Les sages-femmes devaient citer le nom de ces deux thérapeutiques.



Concernant les médicaments utilisés :

- 132 sages-femmes soit **90%** disent connaître les médicaments utilisés dans l'IVG médicamenteuse.

- 10 sages-femmes soit **7%** ne connaissent pas ces médicaments.

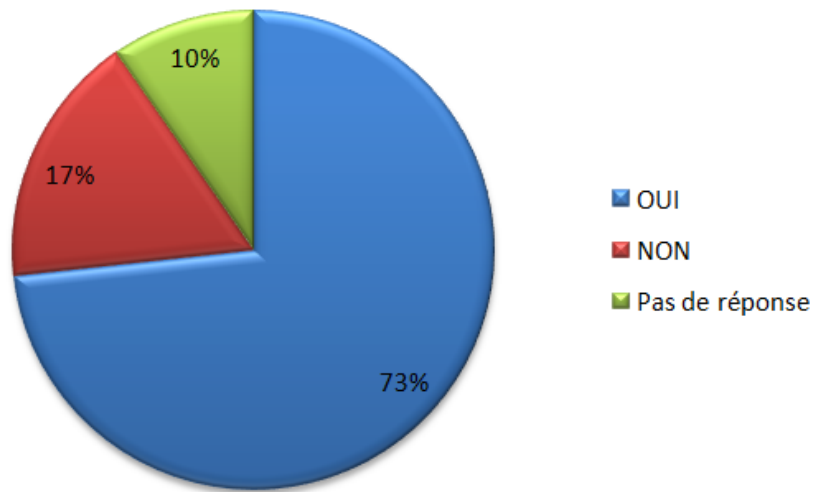
- 4 sages-femmes soit **3%** n'ont pas répondu à la question.

Sur les 132 sages-femmes disant connaître les médicaments, 111 soit **84%** ont cités correctement les deux médicaments.

1.4.6 Complications de l'IVG médicamenteuse

A cette question, il était demandé aux sages-femmes de répondre par oui ou par non si elles pensaient que l'IVG médicamenteuse avait des complications pour la patiente. Si elles avaient répondu positivement, il fallait qu'elles en citent les principales. Il faut au minimum citer les complications suivantes : le risque d'échec de l'IVG médicamenteuse donc la rétention ovulaire et le risque hémorragique.

Complications de l'IVG médicamenteuse

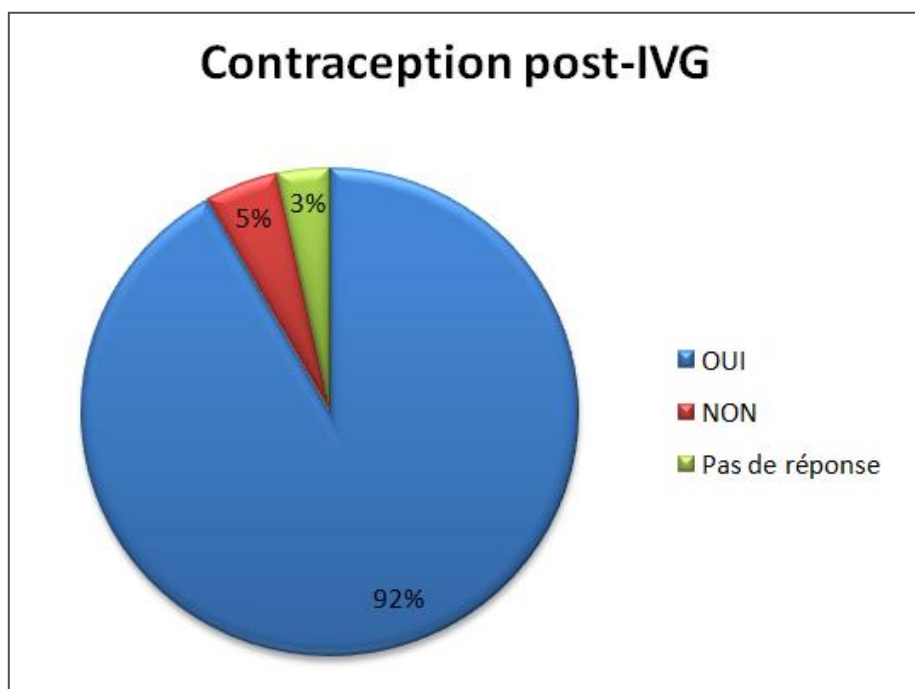


Concernant les complications médicales pour les patientes :

- 107 sages-femmes soit **74%** ont répondu que l'IVG médicamenteuse a des complications médicales.
- 25 sages-femmes soit **16%** pensent que cette IVG ne comporte pas de complications.
- 14 sages-femmes soit **10%** n'ont pas répondu.

Parmi les sages-femmes qui ont répondu positivement, 59 soit **55%** avaient des réponses exactes.

1.4.7 La contraception post-IVG



Concernant la contraception post-IVG :

- 134 sages-femmes soit **92%** pensent que la contraception est prescrite au décours même de l'IVG médicamenteuse.
- 7 sages-femmes soit **5%** ont répondu qu'elle n'était pas prescrite à ce moment-là.
- 5 sages-femmes soit **3%** n'ont pas répondu.

1.5 Connaissances globales des sages-femmes

Pour évaluer les connaissances des sages-femmes, un système de notation a été mis en place tel que 7 questions sur 10 ont été notées sur 2 points car ces questions représentent les notions de base que doivent connaître les sages-femmes, et les 3 questions restantes ont été notées sur 1 point. Ces dernières concernent les modalités déterminant le choix de la méthode d'IVG, le lieu de pratique de l'IVG médicamenteuse et le praticien

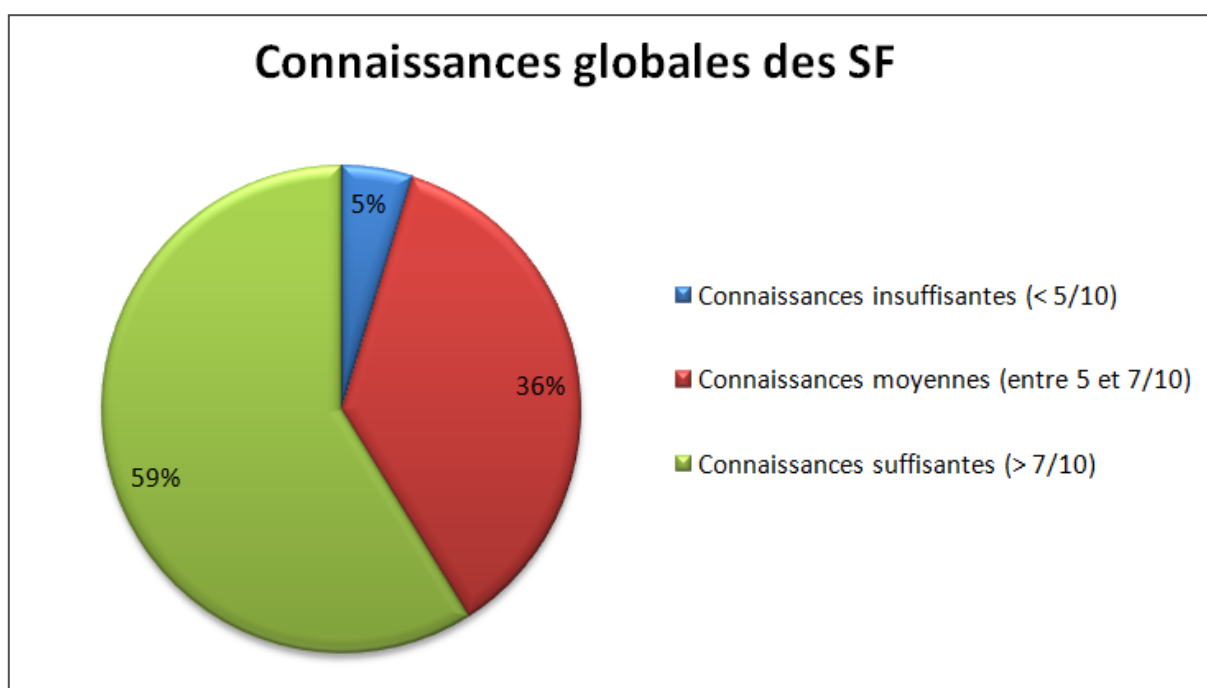
qui réalise l'IVG médicamenteuse car ce sont des notions qui peuvent être moins connues par les sages-femmes.

Cela fait donc un total sur 17 points qui a été ramené à une note sur 10 points et les sages-femmes sont classées par catégorie comme suit :

- les sages-femmes ayant obtenu une note comprise entre 0 et 4/10 ont des connaissances insuffisantes

- les sages-femmes ayant obtenu une note de 5 ou 6/10 ont des connaissances moyennes

- les sages-femmes ayant obtenu une note supérieure ou égale à 7/10 ont des connaissances suffisantes



Concernant les connaissances des sages-femmes :

- 7 sages-femmes soit 5% ont des connaissances insuffisantes

- 53 sages-femmes soit 36% ont des connaissances moyennes

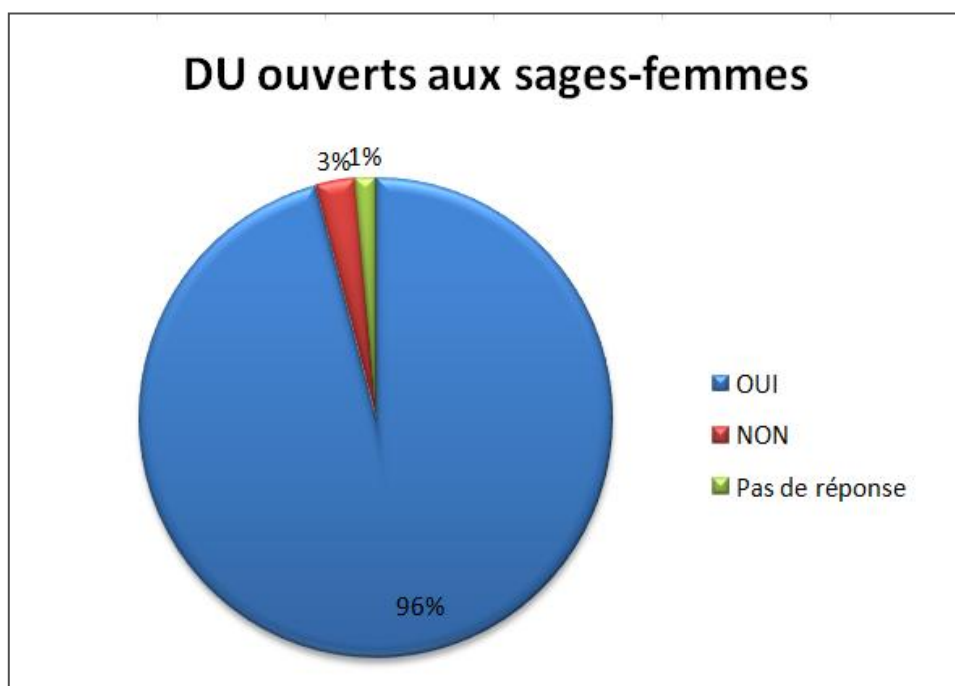
- 86 sages-femmes soit 59% ont des connaissances suffisantes

concernant la prise en charge de l'IVG

1.6 Concernant l'IVG médicamenteuse

1.6.1 Les DU ouverts aux sages-femmes

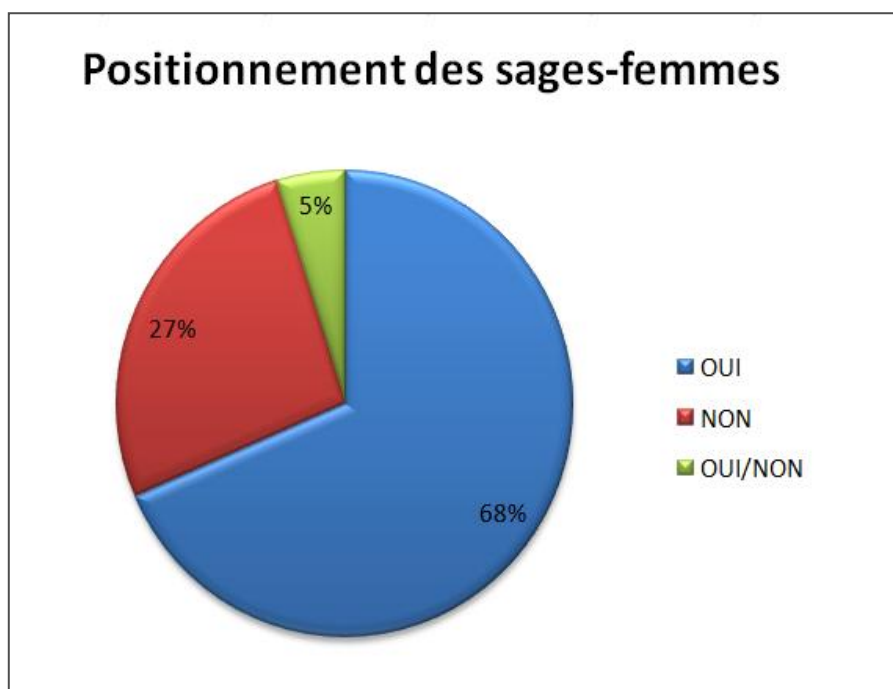
Il s'agissait de savoir si les sages-femmes avaient une connaissance des DU ouverts aux sages-femmes notamment les DU de contraception et de régulation des naissances.



D'après ce graphique :

- 140 sages-femmes soit **96%** savent qu'ils sont ouverts aux sages-femmes.
- 4 sages-femmes soit **3%** ne le savent pas.
- 2 sages-femmes soit **1%** n'ont pas répondu.

1.6.2 Positionnement des sages-femmes sur l'élargissement des compétences des sages-femmes

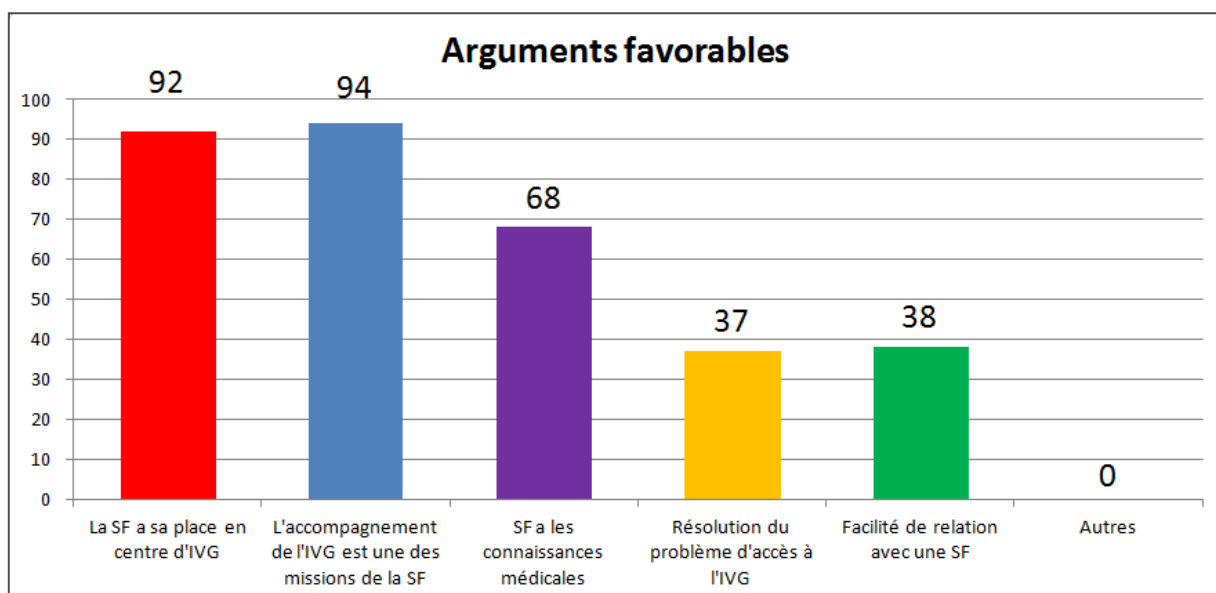


Concernant l'élargissement des compétences des sages-femmes concernant la prescription de l'IVG médicamenteuse :

- 100 sages-femmes soit **68%** sont favorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes.
- 39 sages-femmes soit **27%** sont défavorables.
- 7 sages-femmes soit **5%** ont répondu oui et non.

1.6.3 Arguments des sages-femmes favorables

La population des sages-femmes favorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse concerne 107 sages-femmes. Les sages-femmes avaient plusieurs choix possibles de réponses ainsi qu'un champ libre pour ajouter des commentaires ou d'autres arguments.

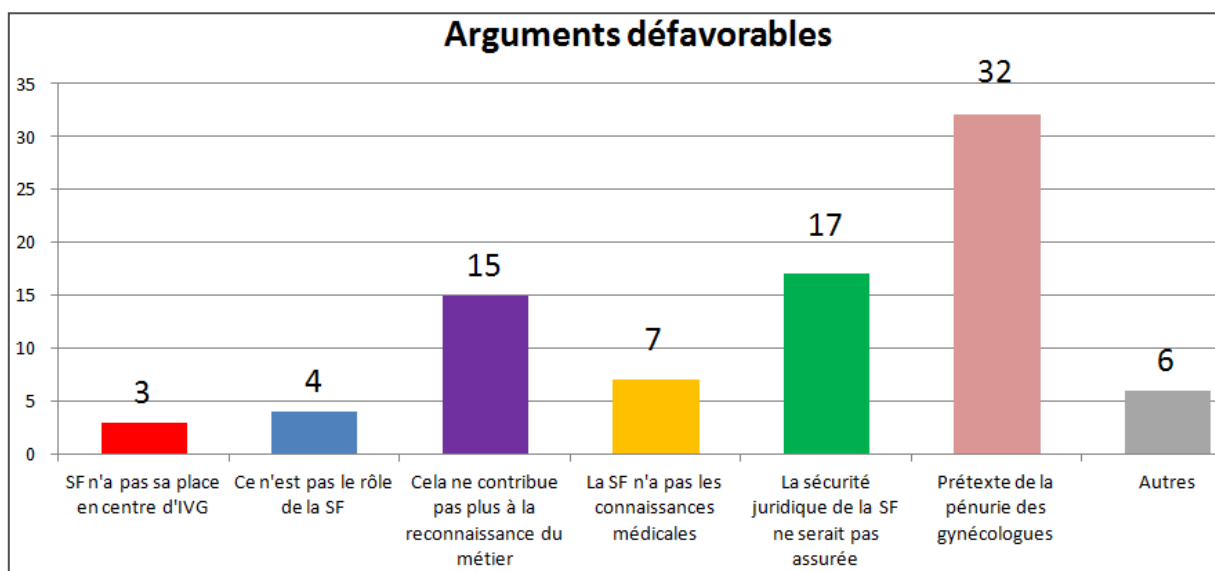


D'après ce graphique, nous nous apercevons que :

- 92 sages-femmes pensent que la sage-femme a sa place en centre d'IVG (IC= [79%-92%])
 - 94 sages-femmes pensent que l'accompagnement de l'IVG est une des missions de la sage-femme (IC= [82%-94%])
 - 68 sages-femmes **64%** pensent avoir les connaissances médicales suffisantes pour prescrire l'IVG (IC= [54%-73%])
 - 37 sages-femmes pensent que la prescription de l'IVG par les sages-femmes résoudrait le problème d'accès à l'IVG (IC= [25,5%-43,5%])
 - 38 sages-femmes soit pensent qu'il serait plus facile pour la patiente de s'adresser à une sage-femme pour avorter (IC= [26-44,5%])
- Aucune sage-femme n'a ajouté de commentaire supplémentaire.

1.6.4 Arguments des sages-femmes défavorables

Les sages-femmes défavorables sont au nombre de 46. Elles avaient aussi plusieurs choix de réponses ainsi qu'un champ libre pour ajouter des commentaires ou d'autres arguments.



D'après ce graphique, il ressort que :

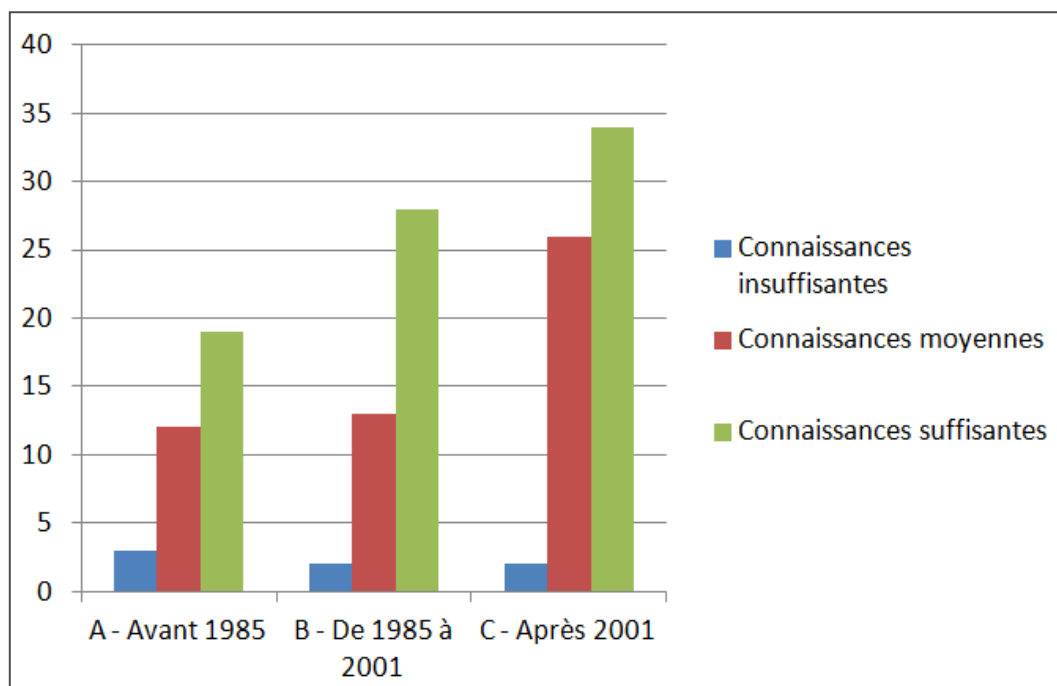
- 3 sages-femmes pensent que la sage-femme n'a pas sa place en centre d'IVG
- 4 sages-femmes pensent que prescrire l'IVG est incompatible avec le rôle de la sage-femme
- 15 sages-femmes pensent que cela ne contribuerait pas forcément à renforcer la reconnaissance du métier (IC= [19%-46%])
- 7 sages-femmes pensent ne pas avoir les connaissances médicales suffisantes pour prescrire l'IVG (IC= [5%-25,5%])
- 17 sages-femmes pensent que la sécurité juridique de la sage-femme en ce qui concerne les possibles complications ne serait pas assurée (IC= [23%-51%])
- 32 sages-femmes pensent que les sages-femmes sont mises à contribution sous prétexte de la pénurie des gynécologues (IC= [56%-83%])
- 6 sages-femmes soit ont ajouté d'autres arguments : étude sans intérêt pour l'une d'entre elles ; sentiment d'incompétence pour prescrire l'IVG médicamenteuse pour une autre ; une autre veut bien administrer les médicaments mais ne désire pas les prescrire et pour les autres, ne pas vouloir prescrire l'IVG médicamenteuse est un « choix personnel ».

2. CORRELATION DES RESULTATS

2.1 Evaluation des connaissances des sages-femmes sur la pratique de l'IVG

2.1.1 En fonction de l'année d'obtention du diplôme

Ici nous avons corrélié l'année d'obtention du DE avec les connaissances des sages-femmes sur la pratique de l'IVG. L'effectif total de la population est de 139 car 7 sages-femmes n'ont pas mentionné leur année d'obtention du DE.



D'après ce graphique :

- parmi les 34 sages-femmes ayant obtenu leur DE avant 1985 : 3 soit **9%** ont des connaissances insuffisantes ; 12 soit **35%** ont des

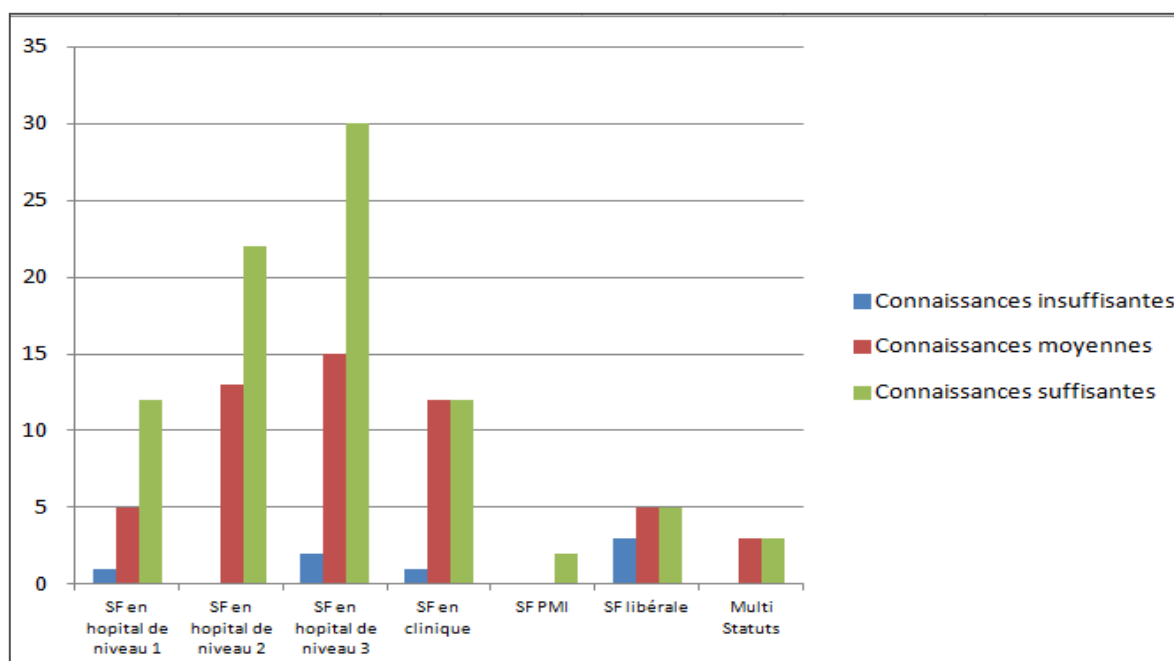
connaissances moyennes (IC= [19%-51%]) et 19 soit **56%** ont des connaissances suffisantes sur l'IVG (IC= [39%-73%]).

- *parmi les 43 sages-femmes qui ont acquis leur DE entre 1985 et 2001* : 2 soit **5%** ont des connaissances insuffisantes ; 13 soit **30%** ont des connaissances moyennes (IC= [17%-44%]) et 28 soit **65%** ont des connaissances suffisantes sur l'IVG (IC= [51%-79%]).

- *parmi les 62 sages-femmes qui ont obtenu leur DE après 2001* : 2 soit **3%** ont des connaissances insuffisantes ; 26 soit **42%** ont des connaissances moyennes (IC= [30%-54%]) et 34 soit **55%** ont des connaissances suffisantes concernant l'IVG (IC= [42%-67%]).

2.1.2 En fonction de leurs modalités d'exercice

Ici nous avons corrélié les modalités d'exercice avec les connaissances des sages-femmes sur la pratique de l'IVG.



D'après ces résultats, il est à noter que :

- *parmi les 18 sages-femmes travaillent en hôpital de niveau 1* : 1 a les connaissances insuffisantes ; 5 soit **28%** ont des connaissances moyennes (IC= [7%-48%]) et 12 soit **67%** ont des connaissances suffisantes sur la prise en charge de l'IVG (IC= [45%-88%]).

- *parmi les 35 sages-femmes travaillant en hôpital de niveau 2* : 13 soit **37%** ont des connaissances moyennes (IC= [21%-53%]) et 22 soit **63%** ont des connaissances suffisantes (IC= [47%-79%]).

- *parmi les 47 sages-femmes travaillant en hôpital de niveau 3* : 2 soit **4%** ont des connaissances insuffisantes ; 15 soit **32%** ont des connaissances moyennes (IC= [19%-45%]) et 30 soit **64%** ont des connaissances suffisantes (IC= [50%-78%]).

- *parmi les 25 sages-femmes travaillant en clinique* : 1 a des connaissances insuffisantes ; 12 soit **48%** ont des connaissances moyennes (IC= [28%-68%]) et 12 soit **48%** ont des connaissances suffisantes (IC= [28%-68%]).

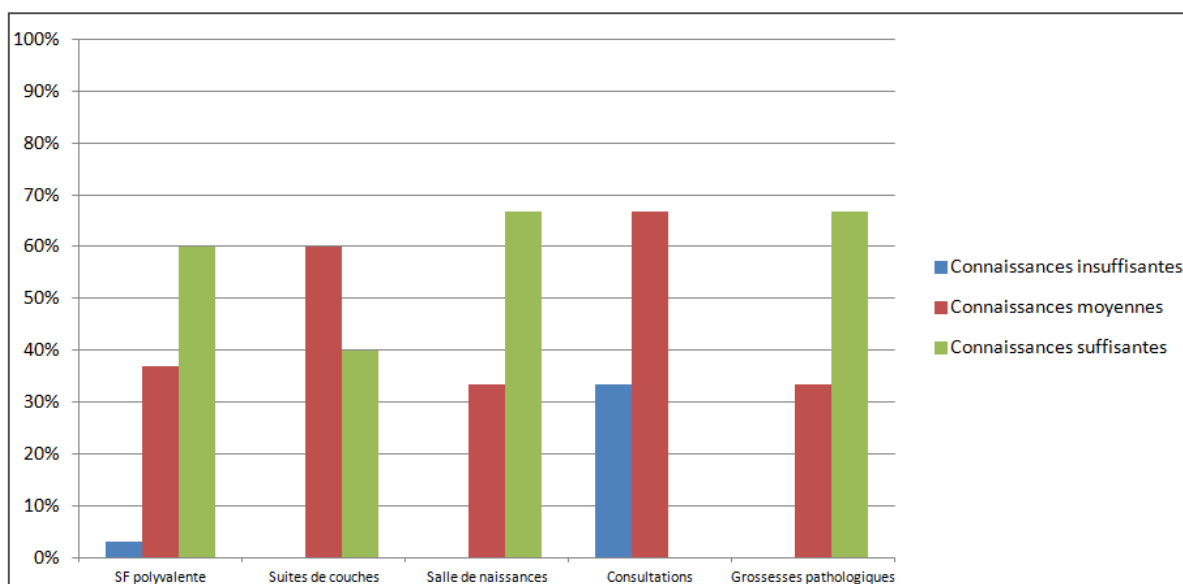
- *les 2 sages-femmes territoriales* ont des connaissances suffisantes.

- *parmi les 13 sages-femmes libérales* : 3 soit **23%** ont des connaissances insuffisantes ; 5 soit **38%** ont des connaissances moyennes (IC= [12%-65%]) et 5 soit **38%** sages-femmes ont des connaissances suffisantes (IC= [12%-65%]).

- *parmi les 6 sages-femmes multi-statuts* : la moitié a des connaissances moyennes et l'autre moitié a des connaissances suffisantes sur la prise en charge de l'IVG.

2.1.3 En fonction de leurs secteurs d'activité

Ici nous avons corrélé le secteur d'activité des sages-femmes avec les connaissances des sages-femmes sur la pratique de l'IVG.



D'après ces résultats, il ressort que :

- *parmi les 100 sages-femmes polyvalentes* : **3%** ont des connaissances insuffisantes ; **37%** ont des connaissances moyennes (IC= [28%-46%]) et **60%** ont des connaissances suffisantes (IC= [50%-70%]).

- *parmi les 5 sages-femmes travaillant exclusivement en suites de couches* : 3 soit **60%** ont des connaissances moyennes et 2 soit **40%** ont des connaissances suffisantes.

- *parmi les 9 sages-femmes travaillant uniquement en salle de naissances* : 3 soit **33%** ont des connaissances moyennes (IC= [3%-64%]) et 6 soit **67%** ont des connaissances suffisantes (IC= [36%-97%]).

- *parmi les 3 sages-femmes du secteur des consultations* : 1 sage-femme a des connaissances insuffisantes et les 2 autres ont des connaissances moyennes.

- *parmi les 3 sages-femmes du service des grossesses pathologiques* : 1 sage-femme a des connaissances moyennes et les 2 autres ont des connaissances suffisantes.

- *les 2 sages-femmes du secteur de PMA* ont des connaissances suffisantes.

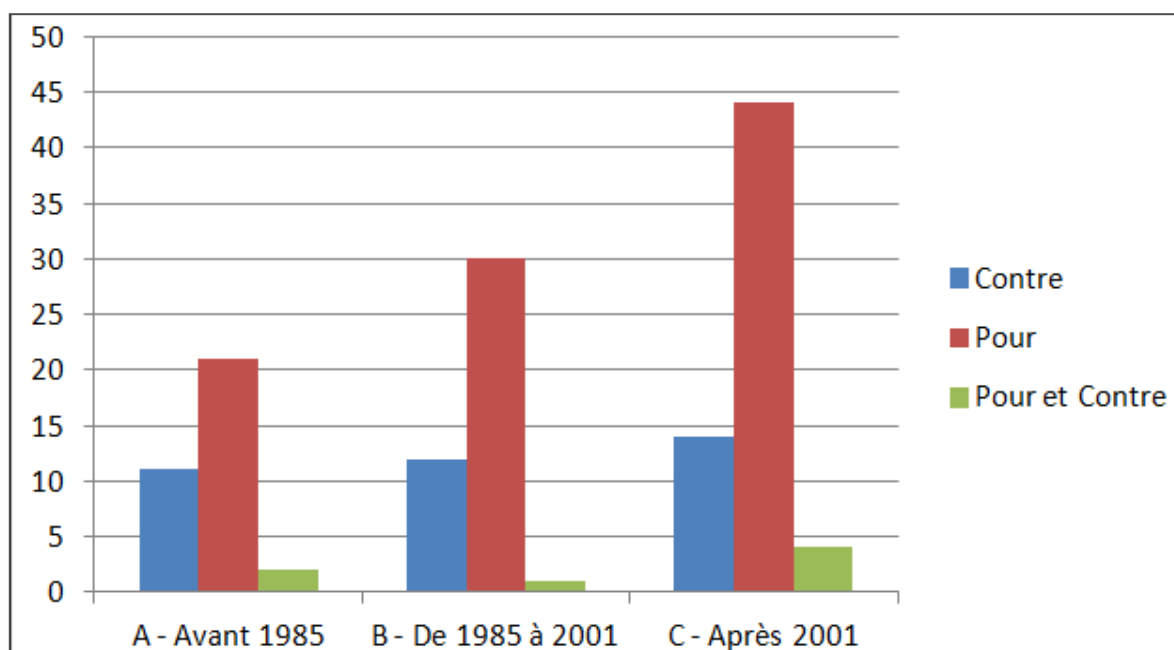
- *les 4 sages-femmes travaillant dans le service de planification* ont des connaissances suffisantes.

- la sage-femme travaillant au DAN a des connaissances suffisantes.

2.2 Evaluation du positionnement des sages-femmes sur la prescription de l'IVG médicamenteuse

2.2.1 Selon leur année d'obtention du DE

Ici nous avons corrélié l'année d'obtention du DE avec le positionnement des sages-femmes pour la pratique de l'IVG médicamenteuse.



D'après ces résultats, nous voyons que :

- pour les sages-femmes ayant obtenu le DE avant 1985 soit 34 sages-femmes : 21 sages-femmes soit **62%** sont favorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes (IC= [45%-78%]) ; 11 soit **32%** sont défavorables (IC= [17%-48%]) ; 2 soit **6%** ont un avis partagé.

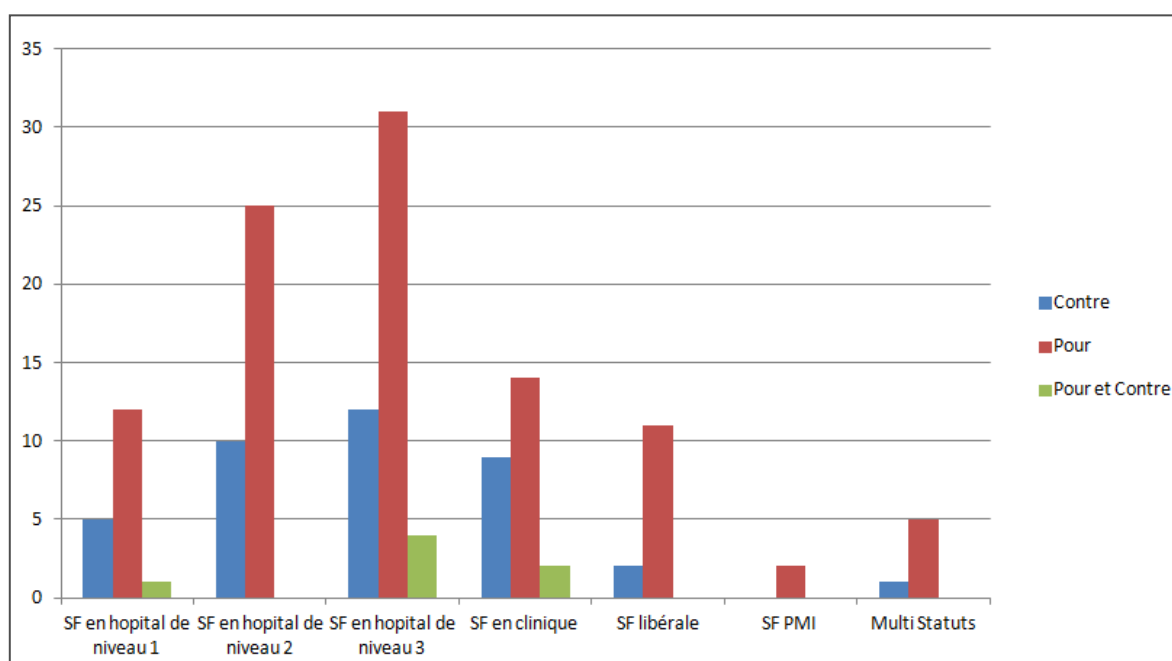
- pour les sages-femmes ayant obtenu leur DE entre 1985 et 2001 soit 43 sages-femmes : 30 sages-femmes soit **70%** sont favorables (IC= [56%-

83%]) ; 12 soit **28%** sont défavorables (IC= [17%-44%]) ; 1 a un avis partagé.

- pour les sages-femmes ayant obtenu leur DE après 2001 soit 62 sages-femmes : 44 sages-femmes soit **71%** sont favorables (IC= [60%-82%]) ; 14 soit **23%** sont défavorables (IC= [11%-31%]) ; 4 soit **6%** ont un avis partagé.

2.2.2 Selon leurs modalités d'exercice

Ici nous avons corrélié les modalités d'exercice avec le positionnement des sages-femmes pour la pratique de l'IVG médicamenteuse.



D'après ces résultats, nous observons que :

- l'effectif des sages-femmes travaillant en hôpital de niveau 1 est de 18 : 12 soit **67%** sont favorables (IC= [45%-88%]) ; 5 soit **28%** sont défavorables (IC= [7%-48%]) ; 1 seule a un avis partagé.

- l'effectif des sages-femmes travaillant en hôpital de niveau 2 est de 35 : 25 soit **71%** sont favorables (IC= [56%-86%]) ; 10 soit **29%** sont défavorables (IC= [14%-44%]).

- parmi les 47 sages-femmes travaillant en hôpital de niveau 3 : 31 soit **66%** sont favorables (IC= [52%-80%]) ; 12 soit **26%** sont défavorables (IC= [13%-38%]) ; 4 soit **9%** ont un avis partagé.

- parmi les 25 sages-femmes travaillant en secteur privé : 14 soit **56%** sont favorables (IC= [37%-75%]) ; 9 soit **36%** sont défavorables (IC= [17%-55%]) ; 2 soit **8%** ont un avis partagé.

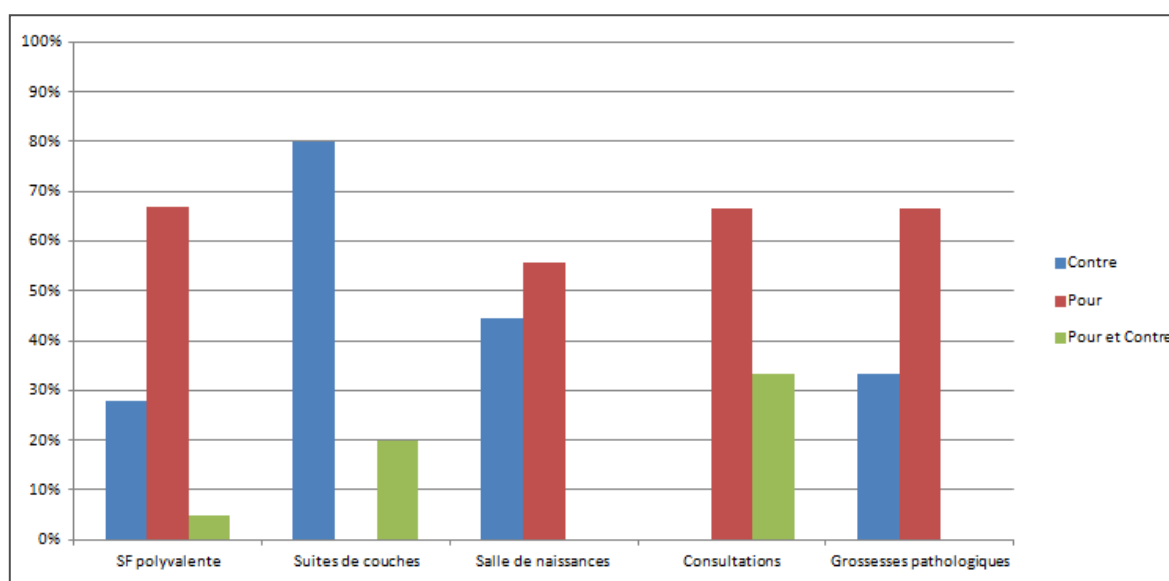
- parmi les 13 sages-femmes libérales : 11 soit **85%** sont favorables ; 2 soit **15%** sont défavorables.

- les 2 sages-femmes territoriales qui ont répondu sont favorables.

- parmi les 6 sages-femmes qui sont multi-statuts : 5 soit **83%** sont favorables et 1 soit **17%** est défavorable.

2.2.3 Selon leurs secteurs d'activité

Ici nous avons corrélé le secteur d'activité des sages-femmes avec leur positionnement pour la pratique de l'IVG médicamenteuse.



D'après ces résultats, nous nous apercevons que :

- *parmi les 100 sages-femmes polyvalentes : **67%** sont favorables (IC= [58%-76%]) ; **28%** sont défavorables (IC= [19%-37%]), **5%** ont un avis partagé.*

- *parmi les 5 sages-femmes travaillant uniquement en suites de couches : 4 soit **80%** sont défavorables et 1 soit **20%** a un avis indécis.*

- *parmi les 9 sages-femmes travaillant uniquement en salle de naissances : 5 soit **56%** sont favorables (IC= [23%-88%]) et 4 soit **44%** sont défavorables (IC= [12%-77%]).*

- *parmi les 3 sages-femmes du secteur de consultations : 2 sont favorables ; 1 est indécise.*

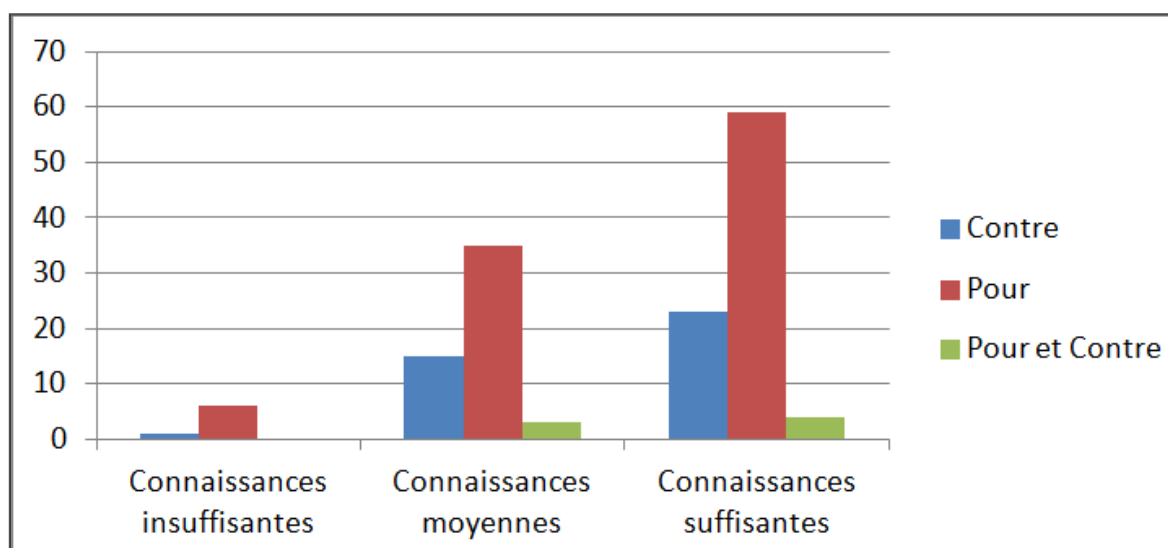
- *parmi les 3 sages-femmes du secteur de grossesses pathologiques : 2 sont favorables ; 1 est défavorable.*

- *les 2 sages-femmes travaillant en secteur de PMA sont favorables.*

- *les 4 sages-femmes travaillant en secteur de planification sont favorables.*

- *la sage-femme travaillant au DAN est favorable.*

2.3 Positionnement des sages-femmes en fonction de leurs connaissances sur la pratique de l'IVG



Ces résultats montrent que :

- *parmi les 7 sages-femmes qui ont les connaissances insuffisantes sur la prise en charge de l'IVG* : 1 sage-femme est défavorable et les autres sages-femmes sont favorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse

- *parmi les 53 sages-femmes qui ont des connaissances moyennes* : 15 sages-femmes sont défavorables ; 35 sages-femmes sont favorables et 3 sages-femmes ont un avis partagé.

- *parmi les 86 sages-femmes qui ont les connaissances suffisantes* : 23 sages-femmes sont défavorables ; 59 sont favorables et 4 ont un avis partagé.

Après avoir présenté les résultats de l'étude, la dernière partie s'attache à l'analyse de ces résultats.

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION ET ANALYSE DES RESULTATS

1. ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

Le taux de participation de 68,5% (n=146) ce qui est un chiffre plutôt correct. 57% des sages-femmes du Limousin ont moins de 40 ans, par conséquent, il s'agit d'une population plutôt jeune.

1.1 Points forts de l'étude

L'originalité de ce travail tient au fait qu'aucune étude de ce type n'a été réalisée auparavant, même s'il ne s'agit que d'une étude régionale. Les pétitions et questionnaires adressés aux sages-femmes que l'on peut retrouver sur les sites internet du CSFD ou de l'ANSFO pose la même question que celle de notre étude sans s'attacher aux connaissances des sages-femmes sur l'IVG ni même demander d'argumenter leurs propos.

De plus, les questionnaires qui nous ont été retournés ont été majoritairement bien remplis par les sages-femmes.

1.2 Limite de l'étude

La distribution et le retour des questionnaires en mains propres aux sages-femmes libérales, territoriales ainsi qu'aux maternités périphériques plutôt que par courrier auraient peut-être permis d'avoir un taux de participation plus élevé.

En outre, en Limousin, il y a des secteurs d'activité qui comprennent peu de sages-femmes (en consultations, en PMA, en centre d'orthogénie...). En conséquence, nous ne pouvons pas tirer de conclusion sur ces résultats du fait de ces faibles effectifs.

1.3 Discussion des résultats

Le recueil des données révèle des informations sur les connaissances des sages-femmes de la région Limousin sur l'IVG. Ceci a été une des bases essentielles du travail puisque la simple observation de ces résultats peut renseigner sur les connaissances des sages-femmes de manière générale. La question phare de l'étude c'est-à-dire leur positionnement sur la prescription de l'IVG médicamenteuse les a amenées à prendre position, à donner leur opinion. Or, chacune des sages-femmes qui a répondu a un parcours différent, des compétences propres et diverses, et surtout une sensibilité et des convictions qui leurs sont personnelles.

Par exemple, une sage-femme travaillant exclusivement en suites de couches ne peut pas avoir la même sensibilité ni le même intérêt sur ce sujet qu'une sage-femme qui exerce en centre de planification et qui est confrontée à l'IVG tous les jours. Cette population de sages-femmes travaillant en centre d'orthogénie sera forcément plus encline à prescrire et réaliser les IVG.

Il s'agit d'un choix professionnel de la sage-femme qui peut influencer de manière subjective son positionnement.

1.3.1 Concernant les connaissances des sages-femmes sur l'IVG

Une précision doit être apportée quand au terme légal de l'IVG médicamenteuse. Selon l'HAS [13], dans la pratique courante et reconnue, une IVG médicamenteuse est possible jusqu'à 7 SA mais peut être pratiquée jusqu'à 9 SA en secteur d'hospitalisation si les conditions de prise en charge le permettent. Les questions posées aux sages-femmes ont été élaborées à partir du dossier-guide [11] rédigé par le Ministère de la santé et distribué aux patientes qui viennent au centre de planification de Limoges. Ce livret considère la prise en charge de l'IVG médicamenteuse uniquement jusqu'à 7

SA. En conséquence, le centre d'orthogénie de Limoges n'accepte de faire des IVG médicamenteuses que jusqu'à 7 SA.

Nous pouvons faire un parallèle entre ce que pensent les sages-femmes du Limousin favorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse à propos de leurs connaissances, avec le résultat réel de leurs connaissances sur l'IVG. Ces sages-femmes pensent à 64% qu'elles ont les connaissances médicales suffisantes pour pouvoir prendre en charge l'IVG ce qui se retrouve sensiblement dans la réalité avec une proportion de 59% des sages-femmes du Limousin qui ont des connaissances suffisantes concernant la prise en charge de l'IVG.

Selon les résultats obtenus, les sages-femmes ont des connaissances médicales meilleures lorsque l'obtention du DE est d'autant plus récente ce qui est en corrélation avec l'évolution du programme de gynécologie au cours des études.

1.3.2 Concernant le positionnement des sages-femmes sur la prescription de l'IVG médicamenteuse

L'argument le plus fortement exprimé par 70% des sages-femmes du Limousin qui sont défavorables à l'élargissement des compétences à l'IVG, se retrouve dans les avis opposés au projet de loi manifestés par les sages-femmes du CSFD, à savoir que la prescription de l'IVG médicamenteuse est proposée aux sages-femmes en raison de la pénurie des gynécologues. Les sages-femmes pensent être mises à contribution en raison du manque de médecins.

Conformément aux résultats de notre enquête, les sages-femmes du Limousin semblent d'autant plus favorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse qu'elles ont obtenu leur DE récemment. Cela peut s'expliquer par le fait que les sages-femmes plutôt jeunes diplômées se

sentent peut-être plus impliquées, plus concernées par les nouvelles compétences en gynécologie en raison de l'enseignement en gynécologie et contraception qui est plus proche ainsi que l'immersion sur les terrains de stage dans les secteurs de consultations gynécologiques, par rapport aux sages-femmes s'approchant de leur fin de carrière.

Cependant, le calcul du Chi2 donne le résultat de 1,1 et $0,50 < p < 0,90$: nous concluons qu'il n'y a pas de lien entre l'année d'obtention du DE et le positionnement des sages-femmes sur la prescription de l'IVG médicamenteuse.

En ce qui concerne les différents secteurs d'activité, la majorité des sages-femmes favorables est polyvalente. Les sages-femmes qui exercent en secteur exclusif comme par exemple le secteur des suites de couches, le secteur des grossesses pathologiques ou encore celui des consultations le font souvent par choix et ne souhaitent pas forcément qu'on leur demande d'accepter une compétence qui ne correspond pas à leur choix.

Le calcul du Chi2 démontrant le lien entre le positionnement des sages-femmes et leurs connaissances sur l'IVG est nul avec une valeur de $p > 0,90$, nous pouvons donc conclure que les connaissances des sages-femmes sur l'IVG qu'elles soient suffisantes ou pas n'influent pas sur leur opinion quant à la prescription de l'IVG médicamenteuse.

1.4 Vérification des hypothèses

1.4.1 Hypothèse principale

Elle sous-tendait que : « *Les sages-femmes de la région Limousin sont majoritairement défavorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse* ».

L'étude a permis de montrer que les sages-femmes du Limousin sont à 68% favorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes (IC= [64%-79%]).

D'après les avis opposés au projet de loi de Mme Poletti qui ont été collectés, la prescription de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes est censée être en contradiction avec le rôle de la sage-femme qui est considéré comme préparant, accompagnant la naissance, aidant à donner la vie. Cependant, d'après les résultats de l'étude, 9% des sages-femmes du Limousin ayant répondu sont en désaccord avec cette position contre 88% qui considèrent que l'accompagnement de l'IVG est une des missions de la sage-femme. C'est l'argument le plus fort émis par les sages-femmes favorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse. C'est donc étonnant de voir que les sages-femmes du Limousin sont très majoritairement en désaccord avec les sages-femmes qui s'étaient mobilisées pour faire abroger ce projet de loi.

L'hypothèse principale n'est donc pas vérifiée.

1.4.2 Hypothèses secondaires

1^{ère} hypothèse : « *La prescription de l'IVG médicamenteuse ne relève pas de la mission première de la sage-femme* ».

D'après notre enquête, 86% des sages-femmes du Limousin pensent que la sage-femme a une place en centre d'IVG et 88% considèrent que l'accompagnement de l'IVG fait partie de la mission de la sage-femme.

Sur les 46 sages-femmes défavorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes, 3 sages-femmes (7%), soit 2 âgées de moins de 30 ans et une ayant plus de 50 ans, estiment que la sage-

femme n'a pas sa place en centre d'IVG ; d'autre part, 4 sages-femmes (9%), dont 2 âgées de moins de 30 ans et une ayant entre 41 et 50 ans, ont répondu que prescrire l'IVG n'appartient pas à la mission première de la sage-femme, que cela est incompatible avec le rôle de la sage-femme. C'est une position que les sages-femmes ont eu de tous temps même lorsque certaines d'entre elles participaient illégalement à des pratiques abortives, mais ces sages-femmes se sentaient tout de même obligées d'aider ces femmes en difficulté. Tous âges confondus, ces 7 sages-femmes du Limousin doivent penser que l'IVG n'entre pas dans l'essence même du métier de sage-femme, que c'est un acte qui dénature le métier à l'instar des sages-femmes du CSFD.

Cependant, ces arguments corroborant l'hypothèse sont les plus faiblement représentés parmi les arguments qui ont été énoncés par les sages-femmes défavorables.

L'hypothèse n'est pas vérifiée.

2^{ème} hypothèse : « *Les sages-femmes n'ont pas les connaissances médicales suffisantes concernant les modalités de prise en charge de l'IVG médicamenteuse* ».

D'après les personnalités politiques qui se montraient favorables au projet de loi, les sages-femmes ont les connaissances suffisantes pour prendre en charge l'IVG médicamenteuse. Notre étude l'atteste. En effet, seules 5% des sages-femmes du Limousin ont des connaissances médicales insuffisantes sur la pratique de l'IVG : la majorité de ces sages-femmes ont plus de 40 ans, 3 sont sages-femmes libérales, une autre exerce en clinique. De part leur âge et leur modalité d'exercice, ce sont des sages-femmes qui se sentent peut-être moins concernées par les IVG, par conséquent ne s'y intéressent pas forcément ce qui peut se traduire par un manque de connaissances sur la pratique de l'IVG.

Nous pouvons penser que l'intégration des nouvelles compétences dans les études de sage-femme (stages en centre d'orthogénie, en consultation de gynécologie et de contraception) va encore faire diminuer ce chiffre. En effet, nous pouvons attester de l'intérêt croissant des sages-femmes pour le domaine de la gynécologie quand on observe un nombre croissant d'inscriptions de sages-femmes au DU de contraception et de régulation des naissances par exemple.

L'hypothèse n'est donc pas vérifiée.

3^{ème} hypothèse : « *La prescription de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes est considérée par ces dernières comme un moyen de résoudre le problème d'accès à l'IVG* ».

Un des arguments mentionné par les membres politiques favorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes était que cela résoudrait le problème d'accès à l'IVG dans des secteurs où les médecins sont trop peu présents.

Sur les 107 sages-femmes du Limousin qui sont favorables à la prescription de l'IVG, 37 (35%) ont argumenté leur positionnement par le fait que la prescription de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes résoudrait ce problème d'accès à l'IVG, c'est plutôt objectif et encourageant. Cependant, cela ne résoudra pas tous les problèmes (nombre de places, disponibilité des centres, recrutement insuffisant...). Depuis un certain nombre d'années, les conditions de prise en charge de l'IVG se sont dégradées. Les établissements privés ainsi que les petits centres qui les réalisaient ferment petit à petit ce qui contraint les grands hôpitaux à réaliser cet acte. Dans la grande majorité des cas, l'avortement n'intéresse pas les gynécologues-obstétriciens et ceux qui les pratiquent partent à la retraite. La sage-femme est le professionnel qui connaît le mieux tant physiologiquement que psychologiquement la femme enceinte avec ses

ambiguïtés. En respectant les convictions de chacun et la clause de conscience, pourquoi les sages-femmes qui l'acceptent n'auraient-elles pas le droit de réaliser des IVG ? Il n'y en aurait peut-être pas beaucoup mais cela représenterait un effectif supplémentaire pour améliorer les conditions de prise en charge des femmes désirant interrompre leur grossesse.

L'hypothèse est vérifiée.

4^{ème} hypothèse : « *Le positionnement des sages-femmes sur la prescription et la prise en charge de l'IVG médicamenteuse est influencé par leur lieu d'exercice* ».

Le nombre de sages-femmes qui sont favorables au projet de loi est sensiblement le même dans les trois niveaux d'hôpitaux, et est élevé (67% en hôpital de niveau 1, 71% en hôpital de niveau 2, 66% en hôpital de niveau 3). Le nombre de sages-femmes libérales qui sont favorables est également élevé (85%). Ce sont des modalités d'exercice où les sages-femmes exercent leur métier en toute indépendance. En revanche, la proportion des sages-femmes favorables travaillant en clinique est un peu moins importante (56%) : nous pourrions penser que c'est en raison du fait que les établissements privés sont beaucoup moins concernés par les IVG et qu'en conséquence, les sages-femmes qui y travaillent ont plus de difficultés à se projeter en ce qui concerne cette pratique.

Le calcul du Chi² prenant en compte les sages-femmes travaillant en hôpital et toutes les autres sages-femmes ensemble donne un résultat de 3,6 avec $0,05 < p < 0,10$. Par conséquent, le positionnement des sages-femmes n'est pas influencé par leur lieu d'exercice.

L'hypothèse n'est donc pas vérifiée.

2. PROPOSITIONS

Les résultats de notre étude pourront servir de base de travail notamment aux travaux d'étude des personnes concernées par ce thème notamment les sages-femmes de l'ANSFO qui avaient pris contact il y a quelques temps pour qu'on leur envoie les résultats de notre enquête.

Au vu des conclusions de notre sondage, il y a plus de la moitié des sages-femmes du Limousin qui sont favorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes. C'est plutôt objectif et cela nous laisse penser que des chiffres similaires pourraient être retrouvés au niveau national. Si la classe politique voulait réitérer sa proposition de loi, elle doit donner des arguments clairs et précis pour expliquer pourquoi elle veut confier la prescription de l'IVG médicamenteuse aux sages-femmes. Il est vrai que ce projet de loi apparaît dans un contexte de manque de médecins, de gynécologues et donc les sages-femmes se sont senties mises à partie parce qu'elles ont eu l'impression qu'une tâche supplémentaire leur était octroyée d'avantage pour suppléer au manque de médecins que par reconnaissance réelle de leurs compétences dans le domaine de la gynécologie, comme le manifestent les sages-femmes du Limousin qui sont défavorables au projet de loi.

Une étude nationale ou représentative de la population des sages-femmes n'a pas été réalisée finalement pour faire accepter ce projet de loi. Elle serait intéressante pour avoir l'assentiment global de toutes les sages-femmes. Pour être plus facilement réalisable, le sondage pourrait passer par les Conseils de l'Ordre des sages-femmes départementaux, comme cela avait été prévu pour la région du Limousin.

CONCLUSION

CONCLUSION

L'IVG et la contraception concernent les femmes de toutes les catégories sociales, de tous les niveaux de formation, de toutes les classes d'âge durant leur période de fécondité.

Dans le couple ou la famille, l'IVG est toujours un moment de crise, de remise en question de l'ensemble des relations.

L'évolution de la science et de la technologie remet sans cesse en question les définitions de la vie et de la mort. Quand commence la vie ? A la première cellule de l'embryon ? Quand son cœur commence à battre ? Quand le nouveau-né respire ? Et quand se termine la vie ? Quand le cœur ou le souffle s'arrête ? Ces questions sont primordiales et sont à l'origine de la construction sociale de la culpabilité et de l'anxiété que peuvent ressentir hommes et femmes confrontés à l'IVG. Ces questions permettent de comprendre pourquoi la question de l'IVG est difficile à régler socialement et politiquement. Et d'expliquer en quoi les campagnes des opposants à l'IVG contribuent à faire amplifier la culpabilité des individus.

Dans ce débat entre politiques et sages-femmes, la véritable question est qu'en tant que sage-femme de pouvoir réaliser une IVG ou d'aider, d'accompagner une femme en détresse. Le débat n'est pas de savoir si la pratique de l'IVG fait partie des missions d'une sage-femme, en l'occurrence ce sont des missions qui sont définies par le législateur, mais est-ce qu'une sage-femme accepterait de participer de près ou de loin à une IVG. Le fait qu'une grossesse ne soit pas désirée ne la qualifie pas forcément de pathologique.

Certes, les sages-femmes qui sont opposées au projet de loi sont portées par l'argument fort qu'elles sont mises à contribution en raison du manque de gynécologues, cela s'entend. Mais ce contexte-là implique

justement que les législateurs se tournent vers une profession qui fait valoir son accompagnement spécifique à la parentalité et aux conditions de la femme en général. Ce n'est pas le fait de vouloir remplacer d'autres professions car les sages-femmes à elles seules ne peuvent pas prescrire la contraception et gérer les IVG pour toutes les femmes de France mais de s'inscrire dans le maillage du travail en réseau construit autour de la femme. Le débat doit s'élever au-delà des conflits opposants de manière récurrente gynécologues et sages-femmes dans l'intérêt des femmes à travers le recours à l'IVG dont l'accès demeure un véritable problème de santé publique. Quoi qu'il en soit il faut ajouter que la clause de conscience n'est et ne sera en aucun cas remise en question.

De part sa formation médicale et psycho-sociale, la sage-femme revendique une reconnaissance en tant que professionnel de premier recours pour le suivi global de toutes les femmes en bonne santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Rapport de l'OMS - *L'avortement spontané ou provoqué*, Genève 1970 ; p.8 [consulté le 17 décembre 2012], disponible sur : wholibdoc.who.int/trs/WHOTRS_461_Fre.pdf

[2] Histoire de l'avortement en France [consulté le 13 Septembre 2010], disponible sur : www.avortementivg.over-blog.com/pages/Histoire_de_l_avortement_en_France-471938.html

[3] Histoire de l'avortement, [consulté le 6 septembre 2010], disponible sur : www.linternaute.com/histoire/motcle/2802/a/1/1/avortement.shtml

[4] Diplôme Universitaire Contraception, IVG, sexualité 2012 de Limoges

[5] Hassoun D., Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement. [consulté le 6 décembre 2010], disponible sur : www.ancic.asso.fr/textes/ressources/historique_ivg-veil.html. 1997.

[6] Discours de Simone Veil à l'Assemblée Nationale, première séance du 26 novembre 1974, disponible sur www.assemblee-nationale.fr/histoire/interruption/simone_veil_tribune-1.asp

[7] Galaup K., Pinto I., Parcours de santé 2012 et IVG de l'ARS Ile-de-France de juillet 2012. [consulté le 25 août 2012], disponible sur : www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-France/ARS/2_Offre-Soins_MS/IVG/IVGVFinale.pdf

[8] Vilain A., Mouquet M-C., *Les interruptions volontaires de grossesse en 2010*, In Etudes et Résultats n°804, juin 2012 [consulté le 5 février 2013], disponible sur : www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er804.pdf

[9] Rapport de l'OMS - *L'avortement, spontané ou provoqué*, Genève 1970, p 30. [consulté le 17 décembre 2012], disponible sur : wholibdoc.who.int/trs/WHOTRS_461_Fre.pdf

[10] Article L.2212-1 du Code de la santé publique [consulté le 12 septembre 2010], disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006687521&cidTexte=LEGITEXT000006072665

[11] Dossier-guide du Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, *Interruption volontaire de la grossesse*, 2007

[12] Brunerie-Kauffman J., RU 486 et IVG, historique [consulté le 15 décembre 2012], disponible sur : www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/95/antipg2.htm

[13] HAS, « Conditions de prise en charge de l'IVG par méthode médicamenteuse » In *Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse, recommandations de bonnes pratiques* 2010, p.6-7 [consulté le 20 décembre 2012], disponible sur : www.has-sante.fr

[14] Birman C., *La sage-femme et la pratique de l'IVG* [consulté le 30 août 2012], disponible sur : www.ancic.asso.fr/textes/ressources/professionnels_sage-femme.html

[15] Gélis J., *Sages-femmes et accoucheurs : l'obstétrique populaire aux XVIIe et XVIIIe siècles* In *Annales Economies, Sociétés, Civilisations*, 89

1977 vol 32, num 5, p 927-957, [consulté le 5 février 2013], disponible sur : www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ahess_0395-2649_1977_num_32_5_293872

[16] International Confederation of Midwives [consulté le 17 décembre 2010], disponible sur : www.internationalmidwives.org/

[17] Rapport de l'Association Nationale des Etudiants Sages-femmes (ANESF) : « *Contribution sur l'intégration de la filière sage-femme au sein des universités* », [consulté le 17 décembre 2012], disponible sur : anesf.com/wp/wp-content/uploads/Contrib-ANESF-lintegration-de-la-filiere-sage-femme-au-sein-des-universites.pdf

[18] Ordre des sages-femmes, [consulté le 17 décembre 2012], disponible sur : www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/partie_extranet/news_dexia/tout_savoir_sur_la_paces/index.htm

[19] Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sages-femmes paru au JO du 19 décembre 2001 du Ministère délégué à la Santé [consulté le 17 décembre 2012], disponible sur : www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-02/a0020155.htm

[20] Programme du Diplôme Universitaire de Contraception, IVG et sexualité de l'université de Limoges de 2011-2012 [consulté le 10 décembre 2012], disponible sur : www.medecine.unilim.fr/IMG/pdf/DU_contraception_reglement_des_etudes.pdf

[21] Code de la santé publique, article L4151-1 modifié par la LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art.38 relatif aux conditions d'exercice des

sages-femmes [consulté le 17 décembre 2012], disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=064E06421D5BDAD59563A358AAAF265F.tpdjo17v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171285&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130127

[22]. Collectif Associatif et Syndical des Sages-femmes-Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes ; *Référentiel métier et compétences des sages-femmes de janvier 2010* [consulté le 12 septembre 2012], disponible sur : www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf

[23]. Code de déontologie, version consolidée du 19 juillet 2012 [consulté le 2 février 2012], disponible sur : www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/2/1431_Codeded ontologiedessages-femmes-versionau19juillet2012.pdf

[24]. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes [consulté le 15 septembre 2010], disponible sur : www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/les_compences/les_consultations_de_contraception_et_de_suivi_gynecologique_de_prevention/index.htm

[25] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 HPST, disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id#JORFSCTA000020879478

[26] Poletti B., Rapport d'information n°1206 déposé sur l'application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception à l'Assemblée Nationale le 22 octobre 2008 [consulté le 12 septembre 2010], disponible sur : www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1206.asp

[27] Collectif sages-femmes de demain [consulté le 10 mai 2012], disponible sur : www.sages-femmes.info/index.php?id=2442&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=2232&tx_ttnews%5Byear%5D=2009&tx_ttnews%5Bmonth%5D=02&tx_ttnews%5Bday%5D=13

[28] Collectif sages-femmes de demain [consulté le 10 mai 2012], disponible sur : www.sages-femmes.info/index.php?id=2442&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=2244&tx_ttnews%5Byear%5D=2009&tx_ttnews%5Bmonth%5D=02&tx_ttnews%5Bday%5D=19

[29] Collectif sages-femmes de demain [consulté le 10 mai 2012], disponible sur : www.sages-femmes.info/index.php?id=2442&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=2245&tx_ttnews%5Byear%5D=2009&tx_ttnews%5Bmonth%5D=05&tx_ttnews%5Bday%5D=17

[30] Collectif sages-femmes de demain [consulté le 10 mai 2012], disponible sur : www.sages-femmes.info/index.php?id=2442&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=2269&tx_ttnews%5Byear%5D=2009&tx_ttnews%5Bmonth%5D=07&tx_ttnews%5Bday%5D=17

[31] Collectif sages-femmes de demain [consulté le 10 mai 2012], disponible sur : www.sages-femmes.info/index.php?id=2442&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=2536&tx_ttnews%5Byear%5D=2011&tx_ttnews%5Bmonth%5D=04&tx_ttnews%5Bday%5D=20

[32] Collectif sages-femmes de demain [consulté le 10 mai 2012], disponible sur : www.sages-femmes.info/index.php?id=2442&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=2548&tx_ttnews%5Byear%5D=2011&tx_ttnews%5Bmonth%5D=07&tx_ttnews%5Bday%5D=05

[33] Décision n°2011-640 DC du 4 août 2011 du Conseil Constitutionnel parue au JO du 11 août 2011 [consulté le 30 août 2012], disponible sur : www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2011/2011-640-dc/decision-n-2011-640-dc-du-04-aout-2011.99340.html

[34] Poletti B., Door J-P., Bur Y., Amendement n°1570 à l'Assemblée Nationale; article additionnel du 6 février 2009 [consulté le 3 Septembre 2010], disponible sur : www.sages-femmes.info/index.php?id=2442&no_cache=1&tx_ttnews%5Byear%5D=2009&tx_ttnews%5Bmonth%5D=02&tx_ttnews%5Bday%5D=09&tx_ttnews%5Btt_news%5D=2205

[35] Dépêche APM du 5 juin 2009 concernant la loi HPST [consulté le 6 septembre 2010], disponible sur : www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/menu/communiqués_de_presse/hpst_les_senateurs_etendent_les_missions_des_sagesfemmes_a_la_prescription_de_contraception/index.htm

[36] Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes, pétition en ligne [consultée le 6 septembre 2010], disponible sur : www.sages-femmes-orthogéniques.com/fr/index.html

[37] Morlet F., Sage-femme et IVG. *Vocation Sage-femme* n°76, p.40, 2009. Consulté le 7 septembre 2010.

[38] Réflexion du CASSF sur l'IVG et les sages-femmes [consulté le 4 janvier 2011], disponible sur : <http://www.sages-femmes-orthogenistes.org/wp-content/uploads/2012/07/IVG-2010-CASSF.pdf>

[39] Lenoble-Pinson M., Leroy F., *Les dessous étymologiques de la sage-femme*, p.5 [consulté le 8 septembre 2010], disponible sur : www.ulb.ac.be/facs/medecine/sbhm/documents/fernandleroy.pdf

[40] Knibiehler Y., *Accoucher femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle*, ENSP 2007, p.40

[41] Collectif sages-femmes de demain [consulté le 7 septembre 2010], disponible sur : www.sages-femmes.info/index.php?id=2595

[42] Collectif sages-femmes de demain [consulté le 7 septembre 2010], disponible sur : www.sages-femmes.info/index.php?id=2596

[43] Sondage IFOP de septembre 2008, consulté le 8 septembre 2010, disponible sur : www.ifop.com/media/poll/252-1-study_file.pdf

[44] Dossier de presse du Ministère de la Santé et du Sport du 8 mars 2010-*Journée internationale de la femme : Mesures de prévention et de prise en charge des grossesses non désirées* [consulté le 15 août 2012], disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse-journeedelafemme080310-3.pdf

[45] Boutant M., Question écrite n°00412 publiée au JO du Sénat le 12 juillet 2012, p1517 [consulté le 25 août 2012] ; disponible sur : www.sages-femmes-orthogenistes.org/12-juillet-2012-question-ecrite-dun-senateur-competences-des-sages-femmes/

[46] Tible T., *Un service d'IVG médicamenteuse a été créé en fin d'année à l'hôpital Jacques-Boutard de Saint-Yrieix*, article in *Le populaire* du 07/01/13 [consulté le 10 janvier 2013], disponible sur : www.lepopulaire.fr/limousin/actualite/departement/haute-vienne/saint-yrieix/2013/01/07/livg-medicamenteuse-offre-aujourd'hui-une-alternative-interessante-et-efficace-dans-98-cas-1396371.html

[47] Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes, *Sages-femmes et orthogénie, où en est-on ?* publié le 9 décembre 2012 [consulté le 1^{er} mars 2013], disponible sur : www.sages-femmes-orthogenistes.org/sage-femme-et-orthogenie-ou-en-est-on/

ANNEXE : Questionnaire destiné aux sages-femmes