



21èmes Journées de l'Association Nationale des Centres d'Interruption de Grossesse et de Contraception

Vendredi 6 Novembre
Samedi 7 Novembre

2015
BORDEAUX

COMITE D'ORGANISATION

*Marjorie Agen
Marielle Alla
Mitsuo Bavay
Chantal Birman
Isabelle Blazy
Hélène Cesbron
Martine Chosson
Laurence Danjou
Emilie De Saint-Pol
Laurence Esterle
Sophie Eyraud
Sandrine Frantz
Martine Hatchuel
Isabelle Le Hen
Emmanuelle Lhomme
Véronique Maugars
Véronique Slitinsky
Brigitte Tandonnet
Maryse Tourne*

ANCIC
MDA 14 BP 84 22 rue Deparcieux
75014 PARIS
www.ancic.asso.fr

Avec le soutien de :



HOPITAL XAVIER ARNOZAN, INSTITUT DES METIERS DE LA SANTE

LE VENDREDI 6 & SAMEDI 7 NOVEMBRE 2015

21^{ES} JOURNÉES DE L'ANCIC

PROGRAMME

Vendredi 6 novembre 2015

8h15 : Accueil des participants

8h45 : Mot des Coprésidentes

9h00 : Allocutions

Monsieur Jean-Luc Gleyge, Président du Conseil Départemental de la Gironde

Monsieur Michel Laforcade, Directeur de l'ARS Aquitaine

Madame Naïma Charaï, Conseillère Régionale déléguée aux solidarités, à l'égalité femmes-hommes, à la lutte contre les discriminations et à la citoyenneté

9h30

TABLE RONDE REGIONALE

1- Histoire des commandos anti IVG en Aquitaine, impact sur la loi de délit d'entrave

Hélène Cesbron (Bègles/Bordeaux), Brigitte Tandonnet (Bordeaux)

2- Prise en charge et prévention des grossesses non souhaitées, un axe à part entière de la périnatalité en Aquitaine

Sami Haddad (Périgueux), Sandrine Frantz (Bordeaux)

3- Etats des lieux en Aquitaine

Charlotte Tauzin (Bordeaux)

4- Les IVG en CPEF du Planning Familial de Pau

Marie-Agnès Desjouis (Pau), Christelle Cazette (Pau)

11h00 : **PAUSE**

11h30

COMMUNICATIONS LIBRES

1- Parole de l'ANCIC : les 40 ans de la loi Veil - projets et perspectives

Coprésidence

2- La fin des conseillères conjugales et familiales en CIVG et en CPEF ?

Marie-Laure Bazile (Paris), Martine Chosson (Paris), Véronique Le Ralle (Evry),
Nathalie Peltier (Clamart)

3- DIU chez la nullipare et chez l'adolescente

Philippe Faucher (Paris)

4- Subjectivité du praticien dans la prescription contraceptive, comparaison France/Grande-Bretagne

Cécile Ventola (Paris)

5- Diagnostic anténatal et IVG illégale

Sophie Gaudu (Paris), Nathalie Trignol-Viguié (Tours)

13h00 : **PAUSE REPAS**

14h30

TABLE RONDE

Evolution du parcours des femmes en demande d'IVG

Modératrice : Laurence Esterle (Paris)

1- Virage ambulatoire et évolution de la demande

Nathalie Pelletier-Fleury (Villejuif)

2- Sortir l'IVG de l'hôpital : un progrès pour la santé des femmes ?

- *IVG médicamenteuse*

Claire de Truchis (Le Plessis-Robinson), Michel Teboul (Paris)

- *IVG sous AL*

Martine Hatchuel (Paris), Emmanuelle Lhomme (Colombes)

16h00 : **PAUSE**

16h30

TABLE RONDE

Le secret, une préoccupation quotidienne dans nos pratiques

Modératrice : Martine Chosson (Paris)

1- L'IVG pratiquée sur une mineure qui souhaite voir conserver le secret sur cette demande : acteurs concernés, règles applicables

Dominique Thouvenin

2- Regard anthropologique sur le secret médical

Sylvie Fainzang (Villejuif)

3- L'application du secret médical concernant les mineurs en médecine générale

Cécile Roche Dominguez (Montreuil)

18h00 : **FIN DE LA JOURNEE**

19h30 SOIREE DE L'ANCIC (sur inscription)

Centre Culturel Hâ 32

Animations

Dîner

Concert acoustique : La Contrebande à Simone

Samedi 7 Novembre 2015

8h30 : **Accueil des participants**

9h00

ATELIERS

Atelier 1 : Préserver le secret : échange sur les pratiques et les difficultés

Nathalie Trignol-Viguié (Tours), Nathalie Peltier (Clamart),
Claire de Truchis (Le Plessis-Robinson)

Atelier 2 : Paroles autour de l'excision lors des consultations

Mathilde Delespine (Montreuil), Dominique Plateaux (Paris)

Atelier 3 : Dépistage des violences en consultation

Sophie Eyraud (Paris)

Atelier 4 : Atelier Théâtre « Les tricoteuses de Giscard »

Equipe de la Clinique Jules Vernes (Nantes)

Atelier 5 : Projection de « Laissez-les avorter tranquille ! »

Un film d'Alima Arouali et François Bernard (France, les Films d'Alice/ Alice Guy
production, 2013, vidéo, couleur, 48 min)

Atelier 6 : IVG sous anesthésie locale : technique et accompagnement

Emmanuelle Lhomme (Colombes), Catherine Aillet (Colombes)

11h30

TABLE RONDE

La sage-femme et l'IVG, incongruité ou retour aux sources ?

Modératrices : Cécile Le Négaret (Les Lilas), Zina Hebbache (Les Lilas)

**1- Place de la régulation des naissances dans la formation initiale des sages-femmes :
Enquête en IDF 2012**

Sophie Flandin-Créton (Suresnes)

**2- Protocole d'expérimentation d'IVG instrumentales pour les sages-femmes à la Pitié-
Salpêtrière**

Delphine Giraud (Paris)

3- Le travail des sages-femmes en centre d'orthogénie

Marjorie Agen (Périgueux)

**4- Les savoirs passés et présents des sages-femmes pourraient-ils être porteurs d'un
autre féminisme ?**

Chantal Birman (Bagnolet)

12h30 **CLÔTURE DES JOURNÉES** Coprésidence



PRESENTATION DE L'ANCIC

ANCIC
ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION

L'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (Ancic) a été fondée en 1979 à l'occasion du vote définitif de la loi sur l'avortement en France.

Elle rassemble des professionnels travaillant dans les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les Centres d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) et les Établissements d'information de conseil conjugal et familial (EICCF) : médecins, conseillères conjugales et familiales, infirmières, sages-femmes, psychologues et toute personne participant à la défense des droits des femmes, à la réflexion et aux recherches théoriques et pratiques concernant la sexualité, la maîtrise de la procréation et l'éducation sexuelle.

Notre expérience de professionnels, confortée par les résultats de multiples rapports sur l'IVG en France (Igas, Drees, CSIS, HAS), montre que les meilleures conditions pour la réalisation des IVG sont **des centres de proximité à taille humaine, répartis sur l'ensemble du territoire** avec :

- Un personnel dédié et volontaire ;
- Des locaux dédiés et adaptés ;
- Un secrétariat et une ligne téléphonique dédiés ;
- Des moyens de fonctionnement dédiés ;
- Des activités de planification et d'IVG réalisées dans le même espace.

L'ANCIC A VOCATION À :

- **Défendre le droit à l'avortement et à la contraception pour tous :**
 - En défendant la bonne application de ces droits et l'obtention des moyens nécessaires pour les exercer dans les meilleures conditions de sécurité, médicales et psychologiques ;
 - En luttant pour l'amélioration des conditions de prise en charge financière de l'IVG et de la contraception et en défendant l'accès à l'IVG aux femmes sans couverture sociale ;
 - En promouvant l'information sur les différentes techniques d'avortement volontaire (IVG instrumentales sous anesthésie locale et générale, IVG médicamenteuses dans et hors établissement de santé).
- **Promouvoir des structures dédiées avec un personnel volontaire** en défendant tout particulièrement :
 - Le développement d'un secteur public largement accessible à toutes les femmes avec l'obligation d'y organiser des IVG ;
 - L'autonomie des CIVG au sein des hôpitaux et maternités ;
 - Le maintien des centres existants et le soutien aux personnels des CIVG en difficulté ;

- La diversification des activités des CIVG : prise en charge des IST, accueil des victimes de violences sexuelles, conjugales et familiales, prise en charge des stérilisations volontaires féminines et masculines ;
- La protection du travail des professionnels de l'orthogénie par l'obtention ou le maintien d'un statut leur garantissant reconnaissance et stabilité professionnelle.
- **Favoriser l'information et la diffusion en matière de contraception et d'IVG**, et entre autres :
 - Défendre le droit à l'information en matière d'égalité femme-homme, d'éducation sexuelle et de contraception, en particulier auprès des jeunes, scolarisés ou non ;
 - Favoriser l'information sur la contraception d'urgence et sa diffusion ;
 - Travailler à la prévention des grossesses non prévues.
- **Promouvoir l'enseignement, la formation, et la recherche** par:
 - La formation des professionnels à la contraception et aux différentes techniques d'IVG (instrumentales sous anesthésie locale ou générale, médicamenteuses) ;
 - Le développement de la recherche académique et appliquée en matière d'orthogénie ;
 - Les échanges entre professionnels et scientifiques.
- **Lutter pour la défense des lois et leur évolution** et notamment :
 - Débattre sur l'allongement du délai légal de 14 semaines d'aménorrhée ;
 - Rester vigilants quant aux lobbyings et aux mouvements anti-IVG ainsi qu'à l'application de la loi Neiertz (délit d'entrave à l'IVG) ;
 - Soutenir et faire connaître le travail, les initiatives et les luttes des équipes en région.

LA VIE DE L'ANCIC, C'EST :

- **Une organisation dynamique**, avec :
 - Une assemblée générale annuelle regroupant tous les adhérents pour décider des orientations de l'association ;
 - Des réunions régulières du Conseil d'Administration pour les mettre en application ;
 - Des commissions sur des thématiques précises (régionalisation, information, recherche, congrès...).
- **Des activités de communications et des échanges**, avec :
 - Des journées nationales et régionales permettant de confronter les expériences des professionnels, de stimuler la recherche ;
 - La réalisation de documents écrits et audiovisuels (cédéroms de formation, plaquettes d'information, brochures...) ;
 - Un site Internet dédié à la diffusion d'informations pratiques et de documentation sur l'avortement et la contraception ;
 - Un journal trimestriel numérique d'information (L'écho de l'Ancic) ;
 - Des communiqués de presse.
- **La réalisation d'enquêtes et études scientifiques**
- **Un engagement régional, national et international**, avec
 - Des réunions régulières et des manifestations avec les différentes associations de défense des droits des femmes, européennes et internationales ;
 - Une participation en tant qu'expert aux groupes de travail dans différentes institutions ;
 - Des actions auprès des politiques.

BULLETIN D'ADHESION A RETOURNER AU SIEGE DE L'ANCIC
ADHESION UNIQUEMENT INDIVIDUELLE

Médecin : 50 euros

Autres professions : 30 Euros

ADRESSE E-MAIL :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TELEPHONE :

PROFESSION :

LIEU DE TRAVAIL (adresse et téléphone) :

L'adhésion vous permet de participer à la vie de l'association en assistant à l'assemblée générale, en ayant un accès personnel au site, en recevant les comptes rendus de CA (Conseil d'Administration) et l'écho de l'ANCIC, en rejoignant les groupes de travail.

Et pourquoi pas, au bout d'un an, décider de vous investir un peu plus en rejoignant le CA !

Coupon à retourner à :

ANCIC
BP 84
Maison des Associations du 14^{ème}
22 rue Deparcieux
75014 PARIS

1- Histoire des commandos anti IVG en Aquitaine, impact sur la loi de délit d'entrave

Hélène Cesbron (Bègles/Bordeaux), Brigitte Tandonnet (Bordeaux)

L'hôpital Universitaire de Bordeaux (33), la Maison de Santé Protestante de Bagatelle de Talence (33), le CIVG de Pau (64), de Lourdes (65, 60km de Pau) vont connaître entre 1990 et 1992 les violences des actions directes des commandos anti-avortements. Ces derniers, organisés déjà aux USA, vont terroriser les femmes dans leur choix, les personnels sur leur lieux de travail.

les prières et chants autour des centres, les insultes aux femmes « tueuse d'enfant, nazie, assassin... » dans les salles d'attente, puis les injonctions écrites et menaces d'opérations punitives aux hôpitaux. Enfin les actions violentes de dégradations de matériel médical aux brutalités physiques envers le personnel soignant.

Les équipes d'Aquitaine connaissaient les risques d'intrusions et ont continué de travailler auprès des femmes malgré le climat de tension nationale. Les commandos, d'abord en région parisienne, se sont déployés en province, de plus en plus violemment. Nancy et Strasbourg, puis Lille, Nantes, Lyon et Bordeaux furent tour à tour exposées aux déchainements de fureurs et d'outrages.

Malgré les plaintes des hôpitaux, aucune sentence ne sera retenue et les délinquants continueront sans alarme leurs harcèlement destructeur.

La secrétaire d'état aux Droits des Femmes de 1992 à 1993, Véronique Neiertz, devant la difficulté à qualifier juridiquement ces actes d'agressions et poussée par les mouvements féministes proposera et fera voté le « délit spécifique d'entrave à l'ivg ».

Le procès de Bordeaux en juin 1993 ouvrira une nouvelle voie, celle d'un procès porté par une nouvelle loi en faveur des femmes. Un procès « phare », un test national qui donnera enfin accès à une reconnaissance de la culpabilité des commandos.

SI LOIN, SI PRES ...

Quand Hélène Cesbron m'a demandé de témoigner sur l'attaque des commandos anti IVG à l'hôpital St André je me suis dit que c'était bien loin dans ma mémoire et que j'aurai quelques failles. mais petit à petit en parlant et en cherchant dans mes archives cette journée si particulière du 29 Mai 1992 est revenue....

Bien sûr, nous étions déjà à cran, les mois d'Avril et de Mai avaient été « chauds », les intrusions se succédaient dans le Sud ouest et nous avions cette menace en arrière pensée...

Qu'est ce qui m'a le plus marquée dans cette journée ?

La violence

La violence envers Dany, l'aide soignante qui est allée ouvrir (je rappelle que depuis la première attaque fin 1990 à l'hôpital St André, la porte de l'unité était fermée), Dany a été plus que bousculée, blessée physiquement et surtout moralement.

La violence envers les patientes qui ont dû attendre que tout soit résolu

En premier les rassurer et les protéger, faire en sorte que les membres du commando n'aient pas accès aux chambres

Je me souviens que l'anesthésiste a couru vers moi en m'enjoignant de rester calme ! J'étais calme...

La consigne était de ne pas faire de vagues, de n'alerter personne... je n'étais pas d'accord, je me suis enfermée dans le bureau de la surveillante, là où il y avait une ligne téléphonique directe, et j'ai fait en sorte que l'AFP soit mise au courant, impossible de passer ça sous silence...

La violence aussi des CRS ... les membres du commando couchés dans le bloc et dans le couloir refusaient de se lever pour sortir, ils ont donc été tirés par les pieds et ont descendu deux étages ... pas d'ascenseur dans cette partie de l'hôpital

Deux autres étaient enchaînés à la table d'opération... et avaient avalé la clef du cadenas...

Le Collectif Bordelais pour la défense du droit à la contraception et à l'avortement créé en septembre 1991, très actif, a été galvanisé par cette dernière attaque, mobilisant de nombreuses associations, partis politiques, et des personnes à titre individuel...

Il a fallu attendre 4 actions commando à BX pour que la recevabilité des assos qui s'étaient portées parties civiles soit reconnue, temps fort en Février 1993,

Mars 1993 meeting Droit de choisir pour toutes (plus de 300 personnes)...

Et 29 JUIN 1993 enfin le procès... et aussi la Conférence de presse ! où ça, je vous le donne en mille au Centre Hâ 32 !! où nous serons ce soir... je me souviens qu'il y avait Joëlle Brunerie, Maya Surduts Béatrice Fougeyrollas...et de chez nous Bernard Coadou

Comme vous le voyez, si loin si près...

Face à ces menaces, que je sens toujours présentes, larvées, insidieuses... Face à ce que nous croyons acquis et qui est constamment remis en question, RESTONS VIGILANTS.

Brigitte TANDONNET

Gynécologue BORDEAUX

Bordeaux le 4 Octobre 2015

2- Prise en charge et prévention des grossesses non souhaitées, un axe à part entière de la périnatalité en Aquitaine

Dr Sami Haddad (Réseau Périnat Aquitaine) - Dr Sandrine Frantz (CHU Bordeaux)

Historique et fonctionnement

Dans le cadre de la politique de santé en périnatalité de notre région, la Commission Régionale de la Naissance (CRN) a été créée en avril 2006 et un groupe de travail régional, multidisciplinaire et multi-institutionnel, intitulé « IVG/Contraception » a été effectif en septembre 2007.

Les participants à ce groupe viennent de l'ARS (siège et DT), des 5 Conseils Départementaux (CD), de nombreux CIVG représentatifs de la région dont le CHU, de différents CPEF, du PF, ainsi que de professionnels libéraux (médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes).

Ce groupe a ensuite demandé et obtenu en 2008 son affiliation au Réseau Périnat Aquitaine (RPA).

La CRN n'ayant pas été reconduite en 2010, il est devenu un groupe de travail à part entière du RPA, ce qui lui assure une pérennisation, une labellisation et une normalisation.

Des visioconférences régionales ont lieu 5 fois par an et des journées régionales d'échanges de pratiques en régulation des naissances sont organisées tous les 2 ans.

Actions réalisées

La première action a consisté à faire un état des lieux de l'accessibilité de L'IVG en Aquitaine afin de repérer les problèmes les plus urgents (rapport de stage, Master santé publique, ISPED), ce qui a permis de constater l'âge moyen des praticiens de l'IVG en Aquitaine retrouvé à 54 ans. Ce constat a conduit le groupe à promouvoir le Diplôme Universitaire sur la régulation des naissances et le suivi de la femme, organisé par le Pr C. Hocké, destiné aux médecins et aux sages-femmes, de manière à susciter des vocations et ainsi répondre à la diminution redoutée des professionnels concernés, tant au niveau régional que dans le centre d'orthogénie du CHU.

Un autre constat a été la mise en évidence de dysfonctionnements concernant la prise en charge des usagers en demande d'IVG, sur le délai d'attente (< 5 jours ouvrables), les termes tardifs (12/14 SA), les mineures et les IVG répétées, ce qui a justifié une inspection par la DRASS et leurs Directions Départementales de tous les centres pratiquant des IVG en Aquitaine.

La deuxième action a été de mettre en place des enquêtes communes sur l'aquitaine pour améliorer la compréhension du phénomène IVG, élaborer une culture régionale commune et proposer des axes de prévention. A cette fin, 3 enquêtes régionales prospectives multicentriques, en 2009, 2010 et 2014, ont été réalisées et données lieu à des thèses de médecine générale, concernant les IVG à

répétition, les IVG chez les femmes mineures et le parcours de soin des femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en fonction de leur vulnérabilité, mesurée par le score Epices.

La troisième action a été de mettre en place des rencontres d'échanges de pratiques entre l'ensemble des professionnels afin d'harmoniser la prise en charge et les pratiques en aquitaine. 3 journées régionales d'échanges de pratiques ont eu lieu en 2010, 2011 et 2013.

Les autres actions ont été l'élaboration grâce à un travail collaboratif avec l'ARS

- D'indicateurs régionaux en orthogénie basé sur l'exploitation des 3 sources disponibles (SAE, PMSI, BIG) livrés tous les ans par le RPA,
- D'une fiche d'événements indésirables dans l'accès à l'IVG,
- D'une coordination régionale des IVG médicamenteuses hors ES, inspirée du réseau REVHO, intégrée à l'équipe de coordination régionale du RPA.

Un travail collaboratif avec le PF a facilité la mise en place :

- De la ligne téléphonique régionale « IVG/Contraception »,
- Du Pass Accès Contraception.

Le groupe a par ailleurs créé un outil régional commun d'évaluation des CPEF.

Actions en cours

La réalisation d'un état des pratiques des CIVG d'Aquitaine (déjà réalisé en Lot et Garonne) est en cours. L'objectif principal est de proposer une harmonisation régionale des pratiques avec un objectif spécifique consistant à réaliser un annuaire détaillé des différentes unités d'orthogénie, sous forme de fiches signalétiques potentiellement utilisables par les ES, et un objectif secondaire sur une réflexion inter établissements concernant l'opportunité de création d'un dossier régional commun en orthogénie.

Projets

La formalisation d'une procédure d'urgence pour les femmes en demande d'IVG entre 12 et 14 SA sera réalisée.

Une nouvelle enquête régionale prospective multicentrique est prévue en 2016 et donnera lieu à une autre thèse de médecine générale. Le thème choisi est la consultation post IVG : comment améliorer son observance et son utilisation ?

La 4^{ème} journée régionale d'échanges de pratiques est prévue en juin 2016 à Agen.

Au même titre que les autres disciplines de la périnatalité, des protocoles régionaux de pratiques d'orthogénie utilisables par tous les CIVG seront élaborés.

La réflexion sur la création d'un dossier régional d'orthogénie commun informatisable sera poursuivie

Des formations régionales sont en cours de réflexion en direction :

- Des personnels d'accueils des CIVG (téléphone, direct,...),
- De la pratique des IVG chirurgicales sous anesthésie locale,
- De la pratique des IVG médicamenteuses entre 7 et 9 SA.

Conclusion

Le RPA n'a pas attendu le nouveau cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité sorti en juillet 2015 pour intégrer les thématiques de la contraception et de l'orthogénie dans ses missions. Le soutien sans faille de l'ARS d'Aquitaine, tant de son Directeur Général que des médecins de santé publique et des chargées d'études statistiques, a permis l'appropriation de ces thématiques par les professionnels de la périnatalité.

La nature pluridisciplinaire et interinstitutionnelle de ce groupe de travail, dont la croissance est continue et régulière, est une vraie illustration du travail en réseau régional où chaque place est respectée contribuant ainsi à la richesse des échanges et de ce fait à la qualité des projets portés et réalisés.

3- Etats des lieux en Aquitaine

Charlotte Tauzin (Bordeaux)



LES IVG EN AQUITAINE **Point de situation**

Le contexte actuel autour de la prise en charge des IVG (recours aux IVG ne diminuant pas, évolution des pratiques médicales, diminution des lieux de prises en charge, ...) a rendu nécessaire une réflexion partagée. Dans notre région, un groupe de travail, multidisciplinaire et multi-institutionnel, a travaillé sur le sujet. Une des difficultés soulevées a été de ne pas pouvoir évaluer et suivre le phénomène IVG de manière fiable et régulière.

L'étude réalisée permet donc de faire un premier état des lieux régional des pratiques en orthogénie afin de dégager des axes d'amélioration spécifiques en direction, notamment, des professionnels de santé.

Avec plus de 10 500 IVG réalisées en 2013, la région Aquitaine a un taux d'IVG plus faible que celui de la moyenne nationale métropolitaine : 15,1 IVG sont réalisées pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans contre 15,6. Cela représente moins de 5% des IVG du territoire national. Vingt-huit établissements, dont plus de la moitié sont publics, ont déclaré la réalisation d'IVG en établissement ou par le biais de convention avec des médecins de ville. La prise en charge des IVG se fait à 80,0% par les structures publiques.

Les IVG sont majoritairement chirurgicales contrairement au niveau national où la technique médicamenteuse s'est imposée (44,8% versus 58,0% de médicamenteuses). Les IVG chirurgicales sous anesthésie locales sont encore peu développées en Aquitaine ; seul le département des Pyrénées-Atlantiques est atypique sur le sujet : près d'un cinquième des IVG ont été réalisées selon cette technique. Bien qu'encore minoritaires, les IVG médicamenteuses sont deux fois plus pratiquées que dans les années 2000 ; la prise en charge par les médecins de ville conventionnés explique en partie cette tendance. Ces derniers réalisent en effet un tiers des IVG médicamenteuses. C'est plus qu'au niveau national où moins d'un quart des IVG médicamenteuses ont été réalisées hors établissement de santé. Les conventions signées entre établissements de santé et médecins de ville sont essentiellement conclues en Gironde : 42 conventions officielles soit 84,0% des signatures.

L'âge moyen au moment du recours est de 28 ans. Comme pour les naissances, les IVG sont plus fréquentes aux âges moyens. La proportion de grossesses interrompues par une IVG est à l'inverse maximale aux âges extrêmes de fécondité, et particulièrement pour les femmes mineures où le recours à l'IVG est supérieur aux nombre de naissances.

Un tiers des femmes ayant subi une interruption volontaire de grossesse ont au moins un antécédent d'IVG.

Les caractéristiques des femmes ayant recours à une IVG précoce ou tardive sont les mêmes qu'au niveau national. Ce sont les femmes plus jeunes, au chômage, sans enfant qui ont eu recours à l'avortement le plus tardivement. Inversement, ce sont les femmes les plus âgées, occupant un emploi qui ont eu recours à l'IVG en début de grossesse.

Les IVG réalisées sur des femmes de moins de 18 ans représentent 5,5% de l'ensemble des IVG réalisées dans la région. La prise en charge des femmes mineures est réalisée majoritairement dans les établissements de santé publics de la région, les médecins de ville en ayant pris en charge 5,0% et les établissements de statut privé 8,0%. Moins d'un tiers des IVG réalisées chez les femmes mineures sont médicamenteuses.

Plus de 90,0% des IVG réalisées en Aquitaine concernent des femmes résidentes dans la région. Ces dernières restent d'ailleurs majoritairement dans leur département d'habitation pour la réalisation de l'acte. C'est dans les Pyrénées-Atlantiques que l'accueil de femmes résidant hors département est la plus importante (18,4%) avec notamment 13,0% de femmes landaises accueillies.

Caractéristiques du recours à l'IVG en Aquitaine, 2013

	Nombre	% de médicamenteuses	% d'anesthésie locale	% de mineures	% de répétitions
Dordogne	894	54,1	7,6	7,9	50,8
Gironde	4 870	43,8	1,2	5,3	40,5
Landes	664	45,5	2,8	4,6	40,4
Lot-et-Garonne	672	50,5	0,6	6,0	51,4
Pyrénées-Atlantiques	1 531	36,6	17,8	4,8	34,0
Aquitaine	8 631	44,2	4,9	5,5	40,8

Sources : INED, Bulletins d'Interruptions volontaires de Grossesse 2013

Exploitation : ARS Aquitaine - DOSA, Pôle Etudes et PMSI

4- Les IVG en CPEF du Planning Familial de Pau

Marie-Agnès Desjouis (Pau), Christelle Cazette (Pau)

IVG MEDICAMENTEUSE EN VILLE AU PLANNING FAMILIAL DE PAU

Nous pratiquons les IVG médicamenteuses en ville au Planning Familial de PAU depuis mars 2012. Ce projet a pu voir le jour par la volonté de l'équipe d'offrir aux femmes la possibilité de réaliser une IVG en dehors de l'hôpital dans des conditions différentes, en terme d'organisation notamment. Nous souhaitons également pouvoir les recevoir dans des conditions d'écoute totalement non jugeantes.

Notre équipe dédiée aux IVG comprend 3 conseillères conjugales et 2 médecins (une gynécologue et une généraliste). Notre activité se développe peu à peu. Le retour que nous font les femmes à travers les questionnaires de satisfaction sont très positifs notamment sur le point crucial de l'accueil.

COMMUNICATIONS LIBRES

1- Parole de l'ANCIC : les 40 ans de la loi Veil - projets et perspectives

Coprésidence

2- La fin des conseillères conjugales et familiales en CIVG et en CPEF ?

Métier validé par les lois sur les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et celle sur l'ivg en 1975, et pourtant sans cesse remis en cause.

Difficile d'exister sans reconnaissance statutaire.

Certains centres ont réussi à maintenir et confirmer la place des conseillères conjugales et familiales dans le parcours des femmes en demande d'IVG

Mais pourtant nous ressentons de plus en plus une tendance à l'éviction des CCF dans les CPEF et les CIVG.

Depuis l'annulation de l'obligation de l'entretien pré ivg pour les femmes majeures, peu de professionnels recevant les femmes dans leur première demande, les invitent à rencontrer une CCF.

L'agrément pour les formations au conseil conjugal et familiale n'a pas été renouvelé depuis la disparition du CSIS. Devant ce vide juridique, de nouvelles formations sans contrôle de la qualité de la formation voient le jour comme des formations par internet.

La Commission Nationale de Certification Professionnelle en décembre 2014 a émis un avis défavorable pour l'inscription des ccf au répertoire nationale des métiers sous prétexte du faible taux d'insertion professionnelle en temps plein. Il s'agit pour cette commission d'une activité complémentaire. Mais comment avoir un temps plein quand il n'y a aucune inscription dans les grilles salariales de la fonction publique territoriale ou hospitalière ?

Dans les CPEF et les CIVG les conseillères conjugales et familiales partant en retraite sont de plus en plus remplacées par d'autres professionnels avec plusieurs casquettes permettant ainsi de réduire les coûts.

Dans les centres de santé où vont pouvoir être pratiqué les ivg sous anesthésie locale dès le vote prochain, présence de très peu de CCF, plutôt un personnel infirmier. Les psychologues font office de conseillère dans certains centres.

Plusieurs CPEF ont fermé, d'autres ont vu leur subvention diminuer.

Les CDAG et les CIDDIST vont être restructurés pour devenir des CeGIDD avec aussi pour vocation la prévention des grossesses non désirées par la prescription de contraception, et l'éducation à la vie affective et sexuelle.

Actuellement ces missions sont essentiellement assurées par les CCF dans les CPEF et les EICCF.

La discussion actuelle sur la restructuration de la PMI et de la planification est inquiétante.

Les femmes et les couples n'ont-ils plus rien à dire de ces moments de vie ? N'est-il plus important de prendre en compte les sentiments, émotions qui peuvent émerger ? Est-on dans l'ère de l'agir, la pensée n'a-t-elle plus sa place ?

Tout ceci à de quoi nous interroger et nous inquiéter

C'est notre colère et en même temps l'affirmation de nos compétences que nous avons choisi de vous présenter aujourd'hui.

3- DIU chez la nullipare et chez l'adolescente

Philippe Faucher (Paris)

4- Subjectivité du praticien dans la prescription contraceptive, comparaison France/Angleterre

Cécile Ventola (Paris)

Contexte : Les recommandations sanitaires internationales en matière de contraception préconisent de favoriser le choix des usager.e.s : l'efficacité d'une méthode contraceptive se trouverait améliorée par l'adéquation entre celle-ci et les préférences et le mode de vie des usager.e.s (Organisation mondiale de la santé., 2005, 2009, 2013). La mise en application de ces recommandations, reprises par les autorités sanitaires françaises, requiert l'implication des professionnel.le.s de santé. L'accès au choix pour les usager.e.s nécessite que les prescripteurs les informent sur la totalité des méthodes disponibles, dans une attitude de neutralité, afin de laisser les préférences individuelles s'exprimer. La spécificité de cette interaction médicale, qui accorde la primauté à la décision de l'usager.e, peut entrer en contradiction avec les habitudes prescriptives médicales (Bretin, 1992 ; Bajos et Ferrand, 2002 ; ANAES, AFSSAPS et INPES, 2004 ; INPES, 2013).

Objectif : L'objectif de cette communication est d'analyser les conditions réelles du choix des usager.e.s en s'intéressant aux logiques de recommandation contraceptive des professionnel.le.s. La comparaison des pratiques et représentations des prescripteurs dans deux pays européens, la

France et l'Angleterre, pays voisins mais qui se distinguent en termes d'histoire et d'usages contraceptifs et de système de santé, met en évidence la variabilité des standards nationaux et permet de caractériser les conditions du choix contraceptif dans chaque pays.

Méthode : Cette analyse s'appuie sur le terrain de recherche d'une thèse de doctorat en santé publique. Une comparaison historique et institutionnelle a été réalisée à l'aide de la consultation d'archives et de la conduite d'entretiens avec des personnalités institutionnelles et académiques dans les deux pays. Des entretiens semi-directifs (n=34) ont été menés avec les prescripteurs en France et en Angleterre. Enfin, une analyse quantitative a été effectuée sur les données de l'enquête FECOND Médecins (INSERM-INED, 2010) portant sur les pratiques d'un échantillon de 1011 médecins.

Résultats : L'encadrement institutionnel des pratiques médicales britanniques a pour conséquence une forte standardisation des protocoles de recommandation contraceptive et la proposition systématique d'un large choix contraceptif aux usager.e.s. En France, l'absence de contrôle des pratiques professionnelles, de la formation et de l'application des recommandations, se traduit par une grande hétérogénéité des pratiques et par une large place laissée à la subjectivité des praticien.ne.s. Le choix contraceptif proposé aux usager.e.s se révèle restreint, et dépendant des caractéristiques individuelles des professionnel.le.s rencontré.e.s.

Bibliographie sélective:

ANAES, AFSSAPS et INPES, 2004, *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme.*

Recommandations pour la pratique clinique, Haute Autorité de Santé.

Bajos Nathalie et Ferrand Michèle, 2002, *De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues*, Institut national de la santé et de la recherche médicale éd. Paris, France, INSERM.

Bretin Hélène, 1992, *Contraception, quel choix pour quelle vie ? : récits de femmes, paroles de médecins*, INSERM. Paris.

INPES, 2013, *Comment aider une femme à choisir sa contraception ?*,

Organisation mondiale de la santé., 2009, *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la santé., 2013, *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la santé., 2005, *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*, Genève, Organisation mondiale de la santé. Département santé et recherche génésiques.

5- Diagnostic anténatal et IVG illégale

Sophie Gaudu (Paris), Nathalie Trignol-Viguié (Tours)

TABLE RONDE

Evolution du parcours des femmes en demande d'IVG

Modératrice : Laurence Esterle (Paris)

1- Virage ambulatoire et évolution de la demande

Nathalie Pelletier-Fleury (Villejuif)

Le système de santé français en vigueur est un système hospitalo-centré caractérisé par un défaut de coordination des soins entre la ville et l'hôpital et une prise en charge morcelée des patients. Ce modèle n'est plus adapté à la demande de soins qui a beaucoup évolué ces dernières décennies avec l'augmentation des maladies chroniques, le vieillissement de la population, et

l'augmentation de la dépendance. De plus, ce système est jugé très inflationniste. Un virage ambulatoire s'est amorcé.

Il peut se définir comme un virage dans l'organisation des services de santé où la personne, qui peut se déplacer, n'est plus hospitalisée pour recevoir les traitements et les interventions qui lui sont nécessaires. Il a débuté en confiant des responsabilités croissantes aux médecins généralistes. C'est d'abord la réforme de 2004 qui institue le médecin traitant, coordinateur des soins de premier recours. La loi Hôpital Patient Santé Territoires viendra ensuite préciser les contours des soins de premier recours et les missions de chacun, en particulier par l'article 51 sur le protocole de coopération entre professionnels de santé. Dans le même temps, les modalités de rémunération du médecin généraliste ont beaucoup évolué au cours de la dernière décennie, avec l'introduction de la rémunération sur objectifs de santé publique en 2012, en complément du paiement à l'acte et des forfaits ('affections de longue durée', 'médecin traitant', etc.). Par ailleurs, la création de maisons de santé pluri-professionnelles (médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, diététiciens, etc.) est encouragée via la rémunération d'équipes pluri-professionnelles de proximité.

La Stratégie Nationale de Santé de 2014 prône 'le décloisonnement nécessaire entre la prévention, les soins, l'accompagnement médicosocial, l'accompagnement social afin que la prévention puisse traverser l'ensemble des dispositifs de santé'. La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse et de la contraception peut bénéficier de ces évolutions. Même si les obstacles d'ordre professionnel, organisationnel et politique sont encore vifs, le mouvement est désormais en marche vers une prise en charge centrée sur le patient.

2- Sortir l'IVG de l'hôpital : un progrès pour la santé des femmes ?

- IVG médicamenteuse en ville

Claire de Truchis (Le Plessis-Robinson), Michel Teboul (Paris)

La loi de 2001 et son application, trois ans plus tard, ont permis aux femmes qui souhaitent avorter en ville de le faire jusqu'à sept semaines d'aménorrhée (SA) avec leur gynécologue ou leur médecin traitant.

Les avantages attendus étaient :

- De réduire le temps d'attente
- Horaires souples
- Eviter le contact hospitalier
- Simplifier l'avortement

Les difficultés pour les femmes

- Etre dans les temps, sept semaines d'aménorrhée maximum le jour de la prise de mifégyne
- Etre sûre de la méthode choisie et en connaître les avantages et les inconvénients
- Avancer l'argent du forfait - du tiers payant jusqu'en 2013-, et des frais des prises de sang et des échographies

Les difficultés pour les médecins de ville

- Travailler seul
- consultations longues, être formé à l'écoute
- Assumer le suivi et les éventuelles complications

Les pièges

- Promouvoir l'IVG médicamenteuse au-delà de 7 SA en ville, dans une logique d'économie
- Que l'IVG médicamenteuse prenne le pas sur toutes les autres méthodes au point que ce ne soit plus un choix, mais l'unique manière d'avoir une IVG

Ville et hôpital doivent rester complémentaires, pour permettre aux femmes de choisir ce qui leur convient le mieux.

- IVG sous AL

Martine Hatchuel (Paris), Emmanuelle Lhomme (Colombes)

La loi sur l'IVG va changer : Il sera sans doute bientôt possible de faire des IVG par aspiration hors de l'hôpital.

Il y a plus de 40 ans maintenant, les militants de l'IVG voulaient légaliser l'avortement pour faire cesser ses complications dramatiques. Il s'agissait alors de faire rentrer l'IVG dans l'hôpital et de faire accepter aux professionnels de santé une pratique jusqu'alors décriée, à la seule demande des femmes.

De la légalisation de l'avortement jusqu'à nos jours, la pratique de l'IVG dans les établissements de santé s'est accompagnée d'une sécurité sanitaire sans précédent pour les femmes demandant une IVG dans notre pays.

Pourtant, même si le regard des professionnels de santé sur le droit à l'avortement a évolué, il arrive encore que les femmes soient maltraitées, et culpabilisées pour leur choix.

La nouvelle gestion de la santé s'engage de plus en plus vers les soins ambulatoires, et les soins hors établissements de santé. La loi sur l'IVG a été modifiée une première fois dans ce sens permettant la pratique des IVG médicamenteuses hors établissements de santé, elle le sera très certainement très prochainement à nouveau pour faire sortir l'IVG par aspiration de l'hôpital.

Comment et pourquoi aujourd'hui l'évolution des pratiques autour de l'IVG a-t-elle conduit les praticiens et les législateurs à vouloir ressortir cet acte de l'hôpital ? S'agit-il d'une avancée pour les femmes ? Quels en sont les enjeux ?

TABLE RONDE

Le secret, une préoccupation quotidienne dans nos pratiques

Modératrice : Martine Chosson (Paris)

1- L'IVG pratiquée sur une mineure qui souhaite voir conserver le secret sur cette demande : acteurs concernés, règles applicables

Dominique Thouvenin - Professeure émérite de l'EHESP, Centre de Recherche « Droit, Sciences et Techniques » (CRDST), UMR 8103, Paris1 Panthéon-Sorbonne

La loi française prévoit que la femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut en demander l'interruption à un médecin. Les règles qui l'organisent fixent les conditions de sa demande ainsi que celles que le médecin doit respecter pour pratiquer l'IVG.

L'IVG demandée par une mineure obéit à des conditions spécifiques. Celles-ci ménagent les règles de droit commun en matière de minorité avec le souhait de la femme mineure de garder, à l'égard de ses parents, le secret sur sa demande. Dans ce cas, le médecin est autorisé à pratiquer l'IVG malgré l'absence de consentement des parents de la jeune fille.

Et s'agissant d'une pratique médicale, toutes les règles visant à garantir la confidentialité des informations médicales liées à cette démarche sont applicables, notamment celles en matière de secret médical.

L'ensemble de ces dispositions sont celles du code de la santé publique qui régissent la situation de la mineure demandant une IVG dans le seul champ de cette pratique médicale et non pas la situation de cette femme au regard de toutes les conséquences sociales de sa demande d'IVG.

Ceci explique pourquoi la mineure par ailleurs scolarisée peut rencontrer des difficultés vis-à-vis de l'établissement d'enseignement dont elle relève, parce que ces règles ne s'y appliquent pas. Et, il n'existe pas de règle de protection du secret de l'IVG équivalente à celle existant en matière de contraception d'urgence administrée aux élèves des établissements du second degré par les infirmières qui y sont rattachées, parce que l'IVG est pratiquée par un médecin extérieur à ces derniers.

On examinera successivement comment une IVG peut-être pratiquée à la demande d'une mineure qui souhaite que ses parents n'en soient pas informés, comment est assurée la confidentialité des diverses informations relatives à cette IVG et quelles garanties la mineure peut attendre de son établissement d'enseignement pour s'absenter afin de faire pratiquer l'IVG et pour que cette absence comme ses motifs restent confidentiels.

Chapitre II : Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse.

Article L2212-1

Modifié par LOI n°2014-873 du 4 août 2014 - art. 24

La femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse.

Article L2212-2

Modifié par LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 71

L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin.

Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement de santé, public ou privé, ou dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien ou un centre de planification ou d'éducation familiale ou un centre de santé et un tel établissement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L2212-3

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 7

Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels.

Il doit lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins une fois par an, comportant notamment le rappel des dispositions des articles L. 2212-1 et L. 2212-2, la liste et les adresses des organismes mentionnés à l'article L. 2212-4 et des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse.

Les agences régionales de santé assurent la réalisation et la diffusion des dossiers-guides destinés aux médecins.

Article L2212-4

Modifié par Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 1 JORF 7 juillet 2001

Il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un

autre organisme agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

Pour la femme mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation. Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure mentionnée à l'article L. 2212-7 susceptible de l'accompagner dans sa démarche.

Les personnels des organismes mentionnés au premier alinéa sont soumis aux dispositions des articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

Article L2212-5

Modifié par Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 1 JORF 7 juillet 2001

Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 2212-3 et L. 2212-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite ; il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme, sauf dans le cas où le terme des douze semaines risquerait d'être dépassé. Cette confirmation ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de deux jours suivant l'entretien prévu à l'article L. 2212-4, ce délai pouvant être inclus dans celui d'une semaine prévu ci-dessus.

Article L2212-6

Modifié par Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 1 JORF 7 juillet 2001

En cas de confirmation, le médecin peut pratiquer lui-même l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article L. 2212-2. S'il ne pratique pas lui-même l'intervention, il restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin choisi par elle et lui délivre un certificat attestant qu'il s'est conformé aux dispositions des articles L. 2212-3 et L. 2212-5.

Le directeur de l'établissement de santé dans lequel une femme demande son admission en vue d'une interruption volontaire de la grossesse doit se faire remettre et conserver pendant au moins un an les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 2212-3 à L. 2212-5.

Article L2212-7

Modifié par Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 7

Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.

Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient **consultés** ou **doit vérifier que cette démarche a été faite** lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés

peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures.

Article L2212-8

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 1

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.

Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

Un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux.

Toutefois ce refus ne peut être opposé par un établissement mentionné au 2° de l'article L. 6161-5 ou par un établissement ayant conclu un contrat de concession en application de l'article L. 6161-9 dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.

Les catégories d'établissements publics qui sont tenus de disposer des moyens permettant la pratique des interruptions volontaires de la grossesse sont fixées par décret.

Article L2212-9

Modifié par Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 1 JORF 7 juillet 2001

Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.

Article L2212-10

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 7

Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence ; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.

2- Regard anthropologique sur le secret médical

Sylvie Fainzang (Villejuif) - Directrice de recherche à l'Inserm (Cermes3)

Si le secret médical est destiné à protéger le patient, sa mise en pratique se heurte à toute une série de difficultés. Qu'en est-il du secret médical aujourd'hui ? Quel est le traitement social des informations relatives au malade et à son état de santé ? A qui s'adresse le secret médical ? Qui en est le bénéficiaire ? Pour contribuer à une réflexion sur les enjeux éthiques et anthropologiques du secret, il convient de s'interroger sur ses modalités et son application. L'analyse permet de montrer son éventuelle collision avec d'autres valeurs défendues dans notre système médical et, par conséquent, d'en souligner les limites ou les paradoxes.

3- L'application du secret médical concernant les mineurs en médecine générale

Cécile Roche Dominguez (Montreuil)

Introduction :

Le secret médical est nécessaire à l'accès aux soins. Pour les mineurs, il est garanti par la Loi du 4 Mars 2002. Chez ces jeunes patients, nous rencontrons des difficultés en médecine générale pour appliquer ce droit. Cette réflexion a fait l'objet de ma thèse : « Difficultés de respecter le secret médical chez les mineurs par les médecins, évaluation d'un document d'information ».

L'objectif principal de cette recherche était de comprendre la nature de ces difficultés chez les médecins. L'objectif secondaire était de tester l'utilité d'une fiche d'information destinée aux mineurs.

Matériel et Méthode :

SERIE 1 : Entretiens semi-dirigés jusqu'à saturation des données auprès d'un échantillon raisonné diversifié de médecins (pédiatres, généralistes, scolaires, planning familial) concernant les difficultés rencontrées.

SERIE 2 : Conception d'un document informatif destiné aux mineurs que le médecin remettrait au patient comme support de discussion. Cette fiche était présentée (phase pré test) lors de l'entretien. Elle était ensuite remise aux médecins interviewés, puis un entretien libre 8 mois plus tard auprès des médecins était réalisé pour tester l'utilité du document (phase post test).

Résultats :

Parmi les difficultés, on observait une méconnaissance de la loi. La consultation d'un patient mineur, avec ou sans les parents, était complexe. Le partage du secret avec les autres professionnels était aussi problématique. Les propres préjugés des médecins prenaient parfois le pas sur le respect de la confidentialité. Le problème du remboursement des soins n'était pas résolu en ville. La fiche d'information était utile pour les médecins, elle pouvait être un bon support d'information. Cependant il était craint qu'elle effraie les parents.

Discussion :

Il y a un besoin d'information autour de cette loi peu connue. Cependant, le texte est complexe, son application n'est pas évidente. L'organisation des soins reste problématique.

Le respect du secret médical peut se faire au détriment du mineur vulnérable, cependant il est nécessaire à une bonne prise en charge et doit être présent à l'idée du médecin au cours de chaque consultation.

TABLE RONDE

La sage-femme et l'IVG, incongruité ou retour aux sources ?

Modératrices : Cécile Le Négaret (Les Lilas), Zina Hebbache (Les Lilas)

1- Place de la régulation des naissances dans la formation initiale des sages-femmes : Enquête en IDF 2012

Sophie Flandin-Créton (Suresnes)

TRAVAIL ORIGINAL

S. Flandin-Créton^a, J-F Dreyfus^b

a École de Sages-Femmes Hôpital Foch, 92151 Suresnes cedex, Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines, France

b Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation, hôpital Foch, Méthodologie-Statistiques-Vigilance, 92151 Suresnes cedex, France

Résumé

Objectif. – La santé sexuelle et reproductive des femmes en France est une priorité de santé publique. Depuis 2009, les sages-femmes ont leur champ de compétences élargi au suivi gynécologique de prévention et à la pratique contraceptive. Notre étude visait à déterminer si l'enseignement dispensé lors de la formation initiale des sages-femmes en matière de régulation des naissances correspondait aux exigences actuelles de compétences sur le terrain.

Méthodologie – Etude observationnelle sur des questionnaires anonymes remplis par les étudiants sages-femmes des 4 écoles d'île de France à diplômer en 2012. Les questionnaires distribués entre mars et mai 2012 ont été récupérés sous forme papier ou par voie électronique. Il s'agissait pour les étudiants d'exprimer leur niveau de satisfaction quant aux acquisitions théoriques, aux enseignements dirigés et à la pratique clinique, pour 11 items correspondant chacun à un objectif d'enseignement en matière de régulation des naissances.

Résultats – Cinquante six étudiants, 43 % des 130 contactés, ont fourni des réponses exploitables. L'analyse descriptive montre une moindre satisfaction pour l'enseignement clinique (47 %) et l'enseignement dirigé (58 %) que pour l'enseignement théorique (69 %). Les acquisitions liées aux pratiques médicales de prescription semblent globalement plus satisfaisantes que celles liées aux autres pratiques telles que répondre aux particularités culturelles et religieuses, animer des groupes d'adolescents, accompagner une demande d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) et ce, quel que soit le mode d'apprentissage. Une analyse factorielle a permis de dégager trois facteurs qui semblent sous-tendre les résultats et représenter la perception de l'enseignement par les étudiants. Le premier facteur se rapporte à l'apprentissage thérapeutique tant théorique que clinique, le deuxième porte sur l'enseignement dirigé à visée médicale et le troisième regroupe les différents modes d'acquisition des connaissances concernant l'information des adolescents et l'interruption de grossesse.

Discussion : Les étudiants à diplômer en 2012 ont bénéficié d'un enseignement aménagé dans lequel les connaissances en rapport avec les nouvelles compétences ont été introduites de façon non formelle et sans harmonisation entre les écoles. L'étude confirme qu'il est nécessaire d'améliorer la formation et d'adapter les compétences acquises en formation initiale aux exigences du futur exercice professionnel. La littérature se référant à des études menées auprès de médecins en formation corrobore ce constat en révélant, pour certains domaines, une inadéquation entre les compétences acquises en formation initiale et les exigences de terrain, ainsi que le caractère aléatoire de la formation, notamment dans le cadre de l'apprentissage clinique.

Conclusion : Les sages-femmes ont un rôle important à jouer dans le domaine de la santé génésique des femmes et leur formation initiale doit leur permettre de développer les compétences nécessaires. Les interventions auprès des populations adolescentes représentent des actions de prévention précoces pour lesquelles les étudiants sages-femmes semblent insuffisamment formés.

Mots clés : Régulation des naissances, Formation initiale, Sage-Femme

Summary

Objective. - Sexual and reproduction health of French women is a public health priority. As of 2009, midwives had their competences extended to gynecological prevention and contraceptive practice. Our study aimed at determining if the teaching dispensed during the training of midwives regarding birth control corresponded to these newly required skills.

Methodology - Observational study based on an anonymous questionnaires filled in by midwifery trainees of 4 schools in Paris and its suburbs. These trainees were to be awarded their certification diploma in 2012. These questionnaires were distributed from March to May 2012 and returned by mail or internet. We sought to determine to which degree students were satisfied with their theoretical acquisitions, their practical training and their clinical practice, on 11 items, each corresponding to a training objective regarding birth control.

Results - Fifty six students, 43% of the 130 contacted, provided usable answers. Descriptive analysis indicates less satisfaction with clinical teaching (47%) and practical training (58%) than with theoretical teaching (69%). Acquisitions related to the medical practices of prescription seem globally more satisfactory than those on other issues such as dealing with cultural and religious differences, moderating groups of teenagers, or accompanying a request for pregnancy termination, whatever the type of training. A factor analysis showed a 3-factor structure for the questionnaire, which seems to represent students' perception of their training. The first factor relates to therapeutic procedures either theoretical or clinical; the second one bears on practical training for medical procedures and the third one relates to the various modes of acquiring knowledge to inform teenagers and support women as regards pregnancy termination.

Discussion: Students that were to be awarded their certification diploma in 2012 benefited from a specific training in their newly authorized competences which was not formally defined and was not standardised among schools. Our study confirms that it is necessary to improve this training and to adapt the acquired skills to future professional needs. Studies conducted on physicians in training led to similar conclusions, revealing, for certain domains, an inadequacy between the skills acquired and the practical requirements, and the unpredictable level of training that is provided especially in clinical practice.

Conclusion: midwives have an important role to play in the field of women's reproductive health and their initial academic training should allow them to develop the necessary skills. Interventions on teenagers represent early prevention initiatives for which junior midwives seem to be insufficiently prepared.

Keywords: birth control, training, midwife

Introduction

En 2011, l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) de la France (2,01), se place au 2^{ème} rang européen après l'Irlande (ICF = 2,07.) Le nombre de grossesses chez les mineures est stable depuis la fin des années 1990, avec un taux d'au moins 14 pour 1.000 femmes de 15 à 17 ans [1] La prévalence contraceptive est élevée puisque 75 % des femmes de 15 à 49 ans utilisent une méthode de contraception moderne. La méthode de loin la plus fréquemment utilisée étant la pilule (55 %), suivie par le DIU (30 %), et par le préservatif. Les 15-24 ans sont les personnes qui déclarent le plus souvent utiliser un moyen de contraception (85,1 %), suivies des 25-44 ans (76,6 %) et des 45-54 ans (50,2 %.) [2] Toutefois, d'après l'étude « COCON », 33 % des grossesses sont des grossesses non prévues (contre 46 % vers 1975) et parmi celles-ci 62 % ont fait l'objet d'une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) [3] Ainsi, les deux tiers des grossesses non prévues surviennent sous contraception (30 % sous contraception médicalisée.) Par ailleurs, bien qu'aujourd'hui 90 % des premiers rapports sexuels soient protégés par une utilisation du préservatif, les jeunes les plus défavorisés et les personnes non diplômées restent encore en retrait [4] et un peu plus de 222.000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été pratiquées en France en 2009. A l'heure actuelle, avec 15 IVG pour 1.000 femmes, la France se situe dans la moyenne Européenne. Bien que le recours à l'IVG pour les femmes les plus jeunes se soit stabilisé en 2008 et 2009, en 2009 11.670 IVG ont concerné les 15-17 ans (10 pour 1.000) et 17.334 IVG des femmes âgées de 18-19 ans (22 pour 1.000) [5] alors même qu'il existe une sous déclaration des IVG [6]

Cette stabilité globale du recours à l'IVG résulte de deux mouvements opposés : une baisse des grossesses non prévues liée à la diffusion de la contraception et une augmentation du recours à l'IVG en cas d'échec. Le recours à l'IVG n'est donc pas un fait isolé, mais le résultat des étapes antérieures, activité sexuelle, pratiques contraceptives, survenue de grossesses non désirées et accès aux soins pour la réalisation de l'acte. [7]

En Ile-de-France, en 2007, on comptait environ 6 millions de femmes, en moyenne plus jeunes que dans le reste du pays. La région a le taux brut de natalité le plus élevé de France Métropolitaine, soit 15,4 ‰, contre 12,6 en moyenne nationale. Les échecs de contraception et de prévention sont relativement plus nombreux parmi les jeunes d'Ile-de-France que dans les autres régions. Dans le même temps, concernant le recours à l'IVG, avec un taux de 19 pour 1.000 femmes, l'Ile-de-France se singularise par des taux de recours bien supérieurs à la moyenne nationale mais sont inférieurs à ceux de la région PACA (21 ‰.) Chez les femmes de moins de 35 ans 10,4 % ont déclaré avoir eu au moins une IVG dans les cinq dernières années, [8] un taux bien supérieur à la moyenne nationale (7,7 %.)

De plus, près de 40 % des Franciliennes (et 10 % des mineures) ayant interrompu leur grossesse en 2006 avaient déjà un antécédent d'IVG ; alors qu'elles ne sont qu'un tiers environ en France (dont 7 % de mineures.) [9] Enfin, les IVG tardives sont plutôt fréquentes chez les mineures (9 % sont réalisées après 13 semaines d'aménorrhée, alors que ce n'est le cas que pour 4 % des IVG chez les parisiennes de plus de 20 ans.

L'Ile-de-France est une région très touchée par l'épidémie du SIDA. Le nombre de découvertes de séropositivité en 2009 s'élève à 24,3 pour 100.000 habitants soit, quatre fois supérieur à celui observé hors Ile-de-France (6,6) et l'on note une prise de risque plus importante dans la sexualité (moindre utilisation chez les filles du préservatif au premier rapport et plus grand recours à la contraception d'urgence.) [10] Les jeunes sexuellement actifs sont particulièrement exposés au chlamydia et à l'HPV (Human Papilloma Virus) mais parfois aussi au VIH (Virus de l'Immunodéficience humaine.)

Au début 2011, 18.800 sages-femmes exerçaient leur activité en France soit une moyenne de 126 sages-femmes pour 100.000 femmes de 15 à 49 ans. [11] L'Ile-de-France est l'une des trois régions où l'on compte le plus faible nombre de sages-femmes en exercice rapporté à la population, inférieure de plus de 15 % à la densité nationale, et c'est aussi l'une des moins formatrice. [12]

Dans son projet régional de santé 2011/2016, [13], l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France définit la prévention comme prioritaire. Elle présente pour objectif d'assurer à chaque francilien un parcours de santé lisible, cohérent et adapté avec un égal accès à la santé et pas seulement à la médecine. Dans les moyens à mettre en œuvre, la revalorisation des professionnels du premier recours apparaît comme un objectif stratégique. Enfin, la promotion de la santé des jeunes est abordée de façon individualisée avec la question de l'éducation à la vie affective et sexuelle présentée comme un axe essentiel nécessitant des actions spécifiques autour de la contraception, du recours à l'avortement et de la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Pour améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé, l'ARS souhaite contribuer à la qualité de la formation initiale des professionnels de santé.

Des évolutions législatives récentes positionnent la sage-femme comme un professionnel de premier recours potentiel dans la champ de la régulation des naissances.[14],[15] A ce titre, il semble pertinent de s'intéresser au contenu de la formation initiale en la matière. On sait que seuls 27,9 % des internes en médecine générale se sentent suffisamment formés à la gynécologie,[16], or, en 2004, le premier motif de consultation des patientes de 18 à 25 ans chez un médecin généraliste était une demande de contraception. Nous avons donc tenté d'évaluer si l'enseignement dispensé lors de la formation initiale des sages-femmes en matière de régulation des naissances correspond aux attentes des futurs diplômés qui seront rapidement confrontés au terrain. L'évaluation conduite auprès de cette population pourrait permettre d'adapter cet enseignement dans le nouveau référentiel.

Population et Méthode

Les étudiants sages-femmes à diplômer en 2012 ont connu une adaptation du programme en rapport avec les textes mais ils font partie des dernières promotions avant la mise en place du nouveau référentiel de formation qui a débuté en 2011. Il s'agissait avant tout de considérer l'enseignement en matière de régulation des naissances avec une vision holistique prenant en compte l'ensemble des enjeux en lien avec cette thématique de santé.

A ce titre, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- L'enseignement théorique sur la contraception dispensé dans les écoles de sages femmes d'Île-de-France, correspond aux exigences de savoir médical actualisé.
- L'enseignement théorique en sciences humaines et sociales dispensé est insuffisant compte tenu des exigences de savoir en matière de régulation des naissances.
- Les travaux dirigés sur la régulation des naissances dispensés dans les écoles de sages femmes d'Île-de-France permettent aux étudiants de développer les capacités nécessaires à la mise en action de leur savoir.
- L'apprentissage au travers des stages ne permet pas une intégration du savoir en rapport avec les exigences de la pratique professionnelle en matière de contraception.

Notre enquête a porté sur les quatre écoles franciliennes ; Saint Antoine, Baudelocque, Poissy et Foch, soit un total de 130 étudiants à diplômer en juin 2012.

En février 2012 un questionnaire « École » a été adressé par voie électronique à un enseignant de chaque école afin qu'il puisse le remplir en concertation avec l'équipe pédagogique.

Ce questionnaire interrogeait sur le volume d'enseignement théorique, pratique ainsi que sur les stages spécifiques. Il permettait par ailleurs de préciser les travaux dirigés et pratiques organisés. L'année scolaire concernée était précisée pour chaque réponse. Ces informations nous ont permis de vérifier que les étudiants avaient bénéficié d'un enseignement pratiquement identique bien que dispensé dans des écoles différentes.

Notre population cible était constituée par tous les étudiants de quatrième année à diplômer en 2012, soit un total de 130 (Saint Antoine/40, Baudelocque/31, Foch/25 et Poissy/34.)

A Foch, un exemplaire papier du questionnaire « Étudiant » a été utilisé.

Dans les trois autres écoles, le questionnaire « Étudiant » a été adressé par voie électronique à chacun des enseignants référents pour la quatrième année afin qu'il soit transféré sur la boîte mail de l'ensemble des étudiants. Les questionnaires remplis ont été réceptionnés sur une boîte mail avant d'être imprimés et rassemblés avec ceux de Foch. Les questionnaires étaient anonymes tant pour l'étudiant que pour son école. Une lettre d'information précisant ce point ainsi que l'objet de l'étude avait été adressée à chaque étudiant. L'envoi ayant eu lieu en mars une relance a été effectuée en avril et en mai.

Le questionnaire comportait onze items correspondant chacun à un objectif important de l'enseignement en matière de régulation des naissances. Il était demandé aux étudiants d'exprimer pour les onze items leur satisfaction quant au niveau d'acquisition qu'ils avaient pu obtenir en théorie, en enseignement dirigé et en apprentissage clinique. En ce qui concerne l'ensemble des résultats, afin de mieux mettre en évidence la variabilité et la spécificité selon le type d'enseignement considéré, compte tenu du faible échantillon, nous avons regroupé les réponses « satisfaisant » et « très satisfaisant. »

Les données ont été saisies sur un tableur Excel® puis traitées en utilisant le logiciel NCSS 8 (Kaysville, Utah.) Une analyse des dimensions sous-jacentes aux réponses données a été réalisée en utilisant une analyse en composantes principales, suivie d'une rotation Varimax.

Résultats

Les 56 questionnaires de satisfaction exploitables représentent les réponses d'une minorité (43 %) des étudiants sages-femmes à diplômer en 2012.

Les réponses « satisfaisante » et « très satisfaisante » pour les onze items montrent que les étudiants sont plutôt satisfaits pour l'enseignement théorique (69 %), moyennement satisfaits pour l'enseignement dirigé (58 %) et faiblement satisfaits pour l'enseignement clinique (47 %.) (tableau 1).

Tableau 1 : Satisfaction globale des étudiants par champ d'apprentissage.

Réponses en %	Théorie	Enseignement dirigé	Apprentissage clinique
Très satisfaisant	28	25	16

Satisfaisant	41	33	32
Insatisfaisant	22	24	29
Très Insatisfaisant	9	18	23
Très satisfait & satisfait	69	58	47

Tableau 2 : L'enseignement dispensé aux étudiants dans les écoles franciliennes leur permet :

Question	<i>Théorie</i>	<i>Enseignement dirigé</i>	Apprentissage clinique
D'avoir les outils pour conduire un entretien de demande de contraception de façon satisfaisante	92	80	59
De répondre aux particularités culturelles/religieuses des patientes de façon satisfaisante	32	30	30
De connaître les spécificités des différents modes de contraception existants de façon satisfaisante.	86	82	64
De prescrire une contraception adaptée au profil médical de la patiente de façon satisfaisante	88	75	64
De prescrire une contraception dans la situation particulière du post-partum de façon Satisfaisante.	92	72	93
De prescrire une contraception dans la situation particulière de l'adolescence de façon satisfaisante	66	70	41
De conseiller et de prescrire la contraception d'urgence de façon satisfaisante	89	80	48
De connaître les modalités pratiques de mise en place d'un Dispositif Intra Utérin de façon satisfaisante	86	80	27
D'animer des groupes d'information auprès des jeunes de façon satisfaisante	14	5	11
D'accompagner une patiente dans une démarche de demande d'IVG médicamenteuse de façon satisfaisante	59	27	41
D'accompagner une patiente dans une démarche de demande d'IVG chirurgicale de façon satisfaisante	48	23	43

Pourcentage des réponses « satisfait. »

On note une majorité d'insatisfaits pour (tableau 2):

- répondre aux particularités culturelles/religieuses des patientes
- animer des groupes d'information auprès des jeunes
- accompagner une patiente dans une démarche de demande d'IVG

Par ailleurs, l'enseignement dirigé est considéré comme moins satisfaisant que l'enseignement théorique.

Enfin, il semble que les acquisitions globales liées aux pratiques médicales de prescription soient plus satisfaisantes que celles liées aux autres pratiques évaluées (IVG, entretien, animation de groupes.)

L'analyse factorielle permet d'aller un peu au-delà de cette analyse descriptive ; trois facteurs expliquent plus de la moitié de toute l'information contenue dans les 56 questionnaires. Trois questions ne sont pas suffisamment corrélées à l'un des facteurs. Il s'agit de l'enseignement dirigé et pratique pour la pose de Dispositifs Intra Utérins (DIU) et des particularités culturelles et religieuses en enseignement dirigé.

Les rôles joués par chaque item dans les trois facteurs sont donnés par le tableau des coefficients de corrélations entre items et facteurs, aussi appelées saturations.

Pour le facteur 1 que l'on pourrait intituler « Apprentissage thérapeutique », il s'agit d'un facteur d'apprentissage médical de la prescription de contraception dans les différentes situations. Il faut noter qu'aucun enseignement dirigé ne figure dans ce facteur.

Le facteur 2 pointe la dimension supplémentaire apportée par les « Enseignements dirigés à visée médicale. » Il montre que les enseignements dirigés sont pris en compte de manière spécifique et doivent donc être considérés comme des parties d'enseignement à envisager de manière plus autonome.

Enfin **le facteur 3** « IVG et info-ado » montre le rôle de ces deux domaines qui semblent apporter une dimension indépendante par rapport aux deux premiers et qu'il faut insister sur le caractère particulier des enseignements sur

l'IVG d'une part et sur la manière de communiquer les informations sur la contraception à des jeunes qui ne sont pas directement concernés par une prescription d'autre part.

Ainsi, dans l'esprit des étudiants qui ont répondu, l'enseignement semble comporter trois dimensions indépendantes qu'il faudra prendre en compte afin de définir des choix d'amélioration cohérents.

Tableau 3 : Analyse factorielle :

Facteur 1 : Facteur général d'apprentissage		Facteur 2 : Enseignement dirigé		Facteur 3 : IVG et Info-Ado	
	Saturation		Saturation		Saturation
Prescription en post-partum (clinique)	0.80	Entretien en vue d'une contraception (ED)	0.85	Information des jeunes (clinique)	0.7
Prescription contraceptive adaptée au profil médical (théorie)	0.72	Spécificité des méthodes contraceptives (ED)	0.89	IVG médicale (ED)	0.70
Prescription en post-partum (théorie)	0.69	Prescription contraceptive adaptée au profil médical (ED)	0.82	IVG chirurgicale (théorie)	0.69
Spécificité des méthodes contraceptives (clinique)	0.69	Prescription d'une contraception adaptée aux adolescents (ED)	0.80	IVG chirurgicale (ED)	0.65
Contraception d'urgence (théorie)	0.66	Contraception d'urgence (ED)	0.78	IVG médicale (clinique)	0.63
Entretien en vue d'une contraception (théorie)	0.65	Prescription en post-partum (ED)	0.58	IVG médicale (théorie)	0.62
Contraception d'urgence (pratique)	0.63			IVG chirurgicale (clinique)	0.60
Entretien en vue d'une contraception (clinique)	0.61			Information des jeunes (théorie)	0.59
Prescription d'une contraception adaptée aux adolescents (clinique)	0.60			Information des jeunes (ED)	0.54
Contraception adaptée aux pratiques socio-culturelles (théorie)	0.60				
DIU (théorie)	0.59				
Prescription contraceptive adaptée au profil médical (clinique)	0.57				
Prescription d'une contraception adaptée aux adolescents (théorie)	0.57				
Spécificité des méthodes contraceptives (théorie)	0.57				
Contraception adaptée aux pratiques socio-culturelles (pratique)	0.55				

Discussion

La satisfaction globale exprimée par les étudiants dans les trois champs d'apprentissage est plus grande pour l'enseignement théorique (69 %) que pour l'enseignement dirigé (58 %) qui est pourtant une étape essentielle pour une intégration des connaissances.

De plus, l'enseignement clinique (47 %) sur les lieux de stage peut globalement être qualifié d'insuffisant alors qu'il représente l'étape en rapport avec le savoir-faire et donc l'acquisition de compétences (tableau 1).

Dans tous les pays il semble, notamment pour les médecins, que la formation, variable et non standardisée, entre autres pour la médecine sexuelle, soit souvent considérée comme inadéquate.[17] Il en est de même pour l'aptitude à délivrer des soins de santé primaire en prenant en compte la dimension inter-culturelle.[18] Au final, au-delà de la filière médicale choisie, ce sont les opportunités durant la formation qui impactent la variabilité de son contenu. Quant à la progression en terme d'acquisition de compétences jusqu'à un niveau satisfaisant en fin de cursus, elle ne semble pas toujours se réaliser en pratique.[19],[20]

Concernant l'enseignement théorique sur la contraception, les étudiants sages-femmes expriment une grande satisfaction quant à leurs acquisitions, que ce soit pour la connaissance des spécificités des différents modes de contraception (93 %) ou pour les prescriptions adaptées au profil médical de la patiente (88 %). La prescription dans le cadre du post-partum semble également très bien maîtrisée d'un point de vue théorique (93 %) alors qu'elle l'est nettement moins pour les populations adolescentes (66 %). Les connaissances des étudiants sont également satisfaisantes ou très satisfaisantes (89 %) en ce qui concerne la contraception d'urgence et les modalités pratiques pour la mise en place d'un DIU (86 %) (tableau 2). Ainsi l'enseignement théorique sur la contraception dispensé dans les écoles de sages-femmes d'Île-de-France semble correspondre aux exigences d'un savoir médical actualisé.

Toutefois, même si les étudiants sont sanctionnés par des examens écrits dans leur cursus, il serait intéressant de croiser leur niveau de satisfaction avec leur niveau de compétence réel. L'évaluation de la qualité de la formation médicale semble légitime [21] en particulier pour la prescription d'une contraception d'oestro-progestatifs,[22] mais également pour les situations à risque non médical comme par exemple l'échec au changement de contraception puisque 50 % des patientes désirant une IVG suite à une grossesse non programmée ont changé de méthode de contraception dans les six mois ayant précédé l'IVG.[23]

Par contre, on note que, malgré la satisfaction concernant l'apprentissage théorique pour des outils permettant de conduire un entretien de demande de contraception exprimée par 92 % des étudiants, les acquisitions répondant aux particularités culturelles et religieuses des patientes ne sont satisfaisantes ou très satisfaisantes que pour 32 % d'entre eux (tableau 2). Dans la mesure où la population de femmes immigrées est particulièrement importante en Île-de-France, nous pouvons nous interroger sur les conséquences de l'absence de connaissances dans ce domaine.

Cet élément semble pointer le fait que l'enseignement théorique en sciences humaines et sociales dispensé dans nos écoles ne répond pas complètement aux exigences de savoir en matière de régulation des naissances.

De la même façon, il aurait été important de questionner les étudiants sur leurs connaissances en psychologie et leur aptitude à repérer une femme en difficulté car cela peut représenter un facteur de risque pour les échecs de contraception et donc la survenue d'une grossesse non désirée ce qui peut conduire à des IVG à répétition. Plus précisément, un enseignement sur les aspects psychologiques de la relation thérapeutique, notamment dans le contexte de la régulation des naissances, apparaît comme un savoir important à acquérir pour répondre aux exigences de qualité de prise en charge.

Même si la satisfaction concernant l'enseignement dirigé est un peu moindre, dans presque tous les champs d'acquisition, par rapport à l'apprentissage théorique, la satisfaction reste à un niveau élevé avec des taux allant de 86 % pour la contraception du post-partum, à 70 % pour la prescription chez les adolescents (tableau 2).

Par contre, on retrouve à nouveau une très faible satisfaction, autour de 30 %, quant aux capacités à répondre aux particularités culturelles et religieuses des patientes. Ainsi, l'enseignement dirigé dispensé semble globalement permette aux étudiants de développer les capacités nécessaires à la mise en action de leur savoir médical, mais il ne tient pas suffisamment compte des connaissances nécessaires à la prise en charge des particularités culturelles ou religieuses en jeu dans les décisions de choix contraceptifs. A ce jour, seuls les travaux pratiques de pose de DIU sur mannequins, qui sont organisés sur 3 à 4 heures, correspondent à un enseignement dirigé commun aux quatre écoles et satisfaisant. Alors que par ailleurs les enseignements dirigés prennent une part de plus en plus importante dans l'enseignement de la maïeutique et que de nouveaux outils d'apprentissage se développent (ateliers de simulation, Examens Cliniques Objectifs Structurés ou ECOS) il conviendrait donc de réfléchir au renforcement et à l'harmonisation de l'enseignement dirigé sur la pratique de la contraception.

C'est dans le cadre de la formation clinique lors des stages que les plus grandes disparités de satisfaction sont retrouvées. La pratique clinique dans le cadre de la contraception du post-partum semble de loin la plus satisfaisante avec 93 % d'étudiants satisfaits et très satisfaits (tableau 2). Cela peut aisément s'expliquer par le nombre de stages en suites de couches : entre douze et quinze semaines si le stage à option de quatrième année se déroule en suites de couches. Ceci étant, on peut imaginer qu'il s'agit essentiellement de situations cliniques relatives au post-partum immédiat. Il aurait été intéressant de distinguer post-partum immédiat et consultation post-natale. Si l'on considère à présent l'approche médicale de la prescription avec la maîtrise en pratique clinique des spécificités des différents modes de contraception (64 %) et du profil médical de la patiente (64 %), comprenant les contre-indications, on remarque une moindre satisfaction que pour les acquisitions théoriques et en enseignement dirigé, mais qui reste acceptable (tableau 2). Ces résultats sont peut être biaisés car ils peuvent ne concerner que la satisfaction de ces

objectifs dans le cadre du post-partum. Ainsi il est difficile d'évaluer précisément le savoir-faire médical dans toutes les situations de prescription de contraception, d'autant que, lorsqu'on interroge en particulier sur les prescriptions chez les adolescents, la satisfaction n'est que de 41 %, ce qui confirme qu'il aurait été intéressant de décliner ces items dans les différentes situations cliniques de prescription.

Par contre, alors que la contraception d'urgence semblait bénéficier d'un enseignement théorique et dirigé très satisfaisant, les objectifs de pratique clinique ne sont pas atteints (seulement 48 % de satisfaction) (tableau 2).

Il en va de même pour la pose de DIU, avec uniquement 27 % d'étudiants satisfaits de leur expérience clinique en stage. Cinq des étudiants ont répondu qu'ils étaient satisfaits, voire très satisfaits alors même qu'ils indiquaient n'avoir posé aucun DIU. Pour les 5 étudiants indiquant n'avoir posé qu'un seul DIU, 2 se déclarent satisfaits, et 3 non satisfaits. Enfin trois étudiants ont noté avoir posé respectivement, 3, 5 et 7 DIU.

L'accès à la prescription de contraception d'urgence et à la pose de DIU semble donc très aléatoire et fonction du stage mais aussi de la bonne volonté des stagiaires. Ces résultats semblent confirmer que l'apprentissage au travers des stages ne permet pas une intégration suffisante du savoir en rapport avec les exigences de la pratique professionnelle en matière de contraception. Concernant la formation des médecins, des études américaines [24],[25] ont bien pointé qu'à l'exception de la prescription de la contraception orale, il existe une difficulté d'accès en cours de formation à une expérience clinique de prescription de contraception avec pose de DIU.

On note enfin, le maintien attendu de l'insatisfaction en pratique clinique concernant la capacité à répondre aux particularités religieuses et culturelles, puisque seulement 30 % des étudiants se disent satisfaits et très satisfaits (tableau 2). Par contre, on note, pour la conduite d'un entretien de contraception, une baisse importante de la satisfaction qui n'est plus que de 59 % dans le cadre de l'apprentissage clinique. Les raisons d'une telle inadéquation restent à préciser. Il peut s'agir de terrains de stages inadaptés dans le sens où les objectifs ne peuvent y être atteints (trop peu de possibilités d'effectuer des gestes, trop d'étudiants, pas assez d'encadrement...) Mais compte-tenu de la place accordée à la pratique clinique en régulation des naissances dans les quatre écoles au moment de l'étude il semble plutôt que ce soit des stages à mettre en place car inexistant ou seulement optionnels à ce jour.

Avec un taux de satisfaction à 59 % pour l'accompagnement d'une patiente en demande d'IVG médicamenteuse et de 48 % pour les situations d'IVG chirurgicales, on relève un niveau de satisfaction moyen voir insuffisant pour ce volet de l'enseignement théorique (tableau 2). Dans la mesure où trois écoles sur quatre organisent un séminaire de formation théorique sur l'IVG, avec trois heures supplémentaires à Saint Antoine consacrées aux techniques, il semble important d'envisager localement une évaluation de cet enseignement. L'enseignement dirigé semble encore plus insatisfaisant que l'apport théorique avec un taux de satisfaction de seulement 27 % pour l'IVG médicamenteuse et de 23 % pour l'IVG chirurgicale. De ce fait, les travaux dirigés dispensés dans les écoles de sages-femmes d'Île-de-France ne semblent pas permettre aux étudiants de développer les capacités nécessaires à la mise en action de leur savoir dans le cadre de l'IVG. Concernant les acquisitions en apprentissage clinique, les taux de satisfaction sont respectivement de 41 % pour l'IVG médicamenteuse et de 43 % pour l'IVG chirurgicale, donc globalement insuffisants, bien que supérieurs à ceux obtenus pour l'enseignement dirigé. On observe par ailleurs de grandes variations individuelles, notamment sur le nombre de patientes en demande d'IVG accompagnées (de 0 à 20) ce qui semble se corrélérer à des expériences de stage très différentes. Même si à ce jour les sages-femmes ne s'inscrivent pas dans le soin, mais dans l'accompagnement des IVG et la prévention des grossesses non désirées, il semble essentiel que les professionnels souhaitant s'impliquer dans ce domaine de prise en charge aient acquis en formation initiale les compétences nécessaires pour accompagner ces patientes de façon adaptée.

Les étudiants semblent globalement satisfaits voir très satisfaits des outils qu'ils ont pu acquérir en formation initiale pour la conduite d'un entretien de contraception. Dans le domaine de la contraception, le fait de permettre aux personnes de choisir est associé à une plus grande satisfaction ainsi qu'à une meilleure utilisation des méthodes.[26] L'aide au choix peut s'inscrire dans une approche éducative ou dans une démarche de conseil et d'accompagnement. Il a en effet été observé un impact favorable d'une activité de « counseling » sur l'utilisation de la contraception, notamment hormonale [27] avec une réduction du différentiel entre efficacité théorique et pratique [28] qui, on le sait, est très important dans le cadre de la contraception orale (de 0,3 % en théorie à 8 % en pratique.)

A noter toutefois que cet apprentissage des techniques d'entretien tel qu'il est actuellement dispensé dans les écoles considérées dans l'étude, n'est pas totalement ciblé sur les entretiens de contraception et qu'au vu des résultats (satisfaction à 14 % pour l'enseignement théorique, à 5 % pour l'enseignement dirigé et à 11 % pour la pratique clinique) (tableau 2), cette formation en communication n'intéresse pas, ou très peu, la gestion de groupes et en particulier de groupes d'adolescents. Par là même on peut conclure que la formation initiale ne donne pas à ces futures sages-femmes les outils nécessaires pour remplir les missions d'éducation à la sexualité en milieu scolaire. Or, il s'agit d'une population cible pour des actions d'information et de prévention dans la mesure où il s'agit d'une population particulièrement à risque. Les besoins sont réels et la sexualité des jeunes (15-25 ans) est un enjeu majeur de politique publique, sur les plans tant éducatif que sanitaire [29] et il semble nécessaire d'accorder une priorité aux actions de prévention en direction des milieux scolaires. Le rapport de synthèse de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) [30] montre qu'il n'y a pas en 2009 de bilan positif de l'application des dispositions de la loi de 2001 [31] concernant l'information et l'éducation à la sexualité dispensées en milieu scolaire. Face à l'importance des besoins, au faible niveau de ressources humaines et à l'absence, à ce jour, d'un dispositif clair pour la mise en œuvre d'une politique préventive, la légitimité pour intervenir dans le cadre de ces actions de prévention, ne semble pas porter sur le profil du professionnel (médecin, sage-femme, infirmière, conseillère conjugale...) mais sur ses compétences propres, sa capacité à évaluer ses pratiques et à inscrire sa démarche dans le cadre d'un réseau de prise en charge. Au-

delà des enjeux liés à l'utilisation de la contraception et à la prévention des infections sexuellement transmissibles, il convient plus largement d'associer cette politique d'éducation à la sexualité auprès des jeunes. Cela inclut un travail sur le respect de l'autre, la prise de risque et l'éveil à la sexualité en marge de la pornographie. Le fait d'admettre qu'une formation puisse par ailleurs s'avérer nécessaire et ce, quel que soit le profil de l'intervenant, semble un point intéressant. A l'image de ce qui se développe dans les réseaux, y compris les réseaux de périnatalité, on pourrait imaginer la mise en place de formations communes aux différentes écoles, mais aussi pluridisciplinaires, afin d'apporter de la cohérence au système de prise en charge où chaque acteur pourrait trouver sa place en fonction de ses compétences. Enfin, parce que ce travail de partenariat implique la définition d'objectifs précis, il permettrait par ailleurs de développer l'évaluation des actions menées.

Conclusion

Nous avons vu que de nombreuses améliorations sont à apporter à la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive, notamment auprès de la population des adolescents et des femmes en situation de précarité.

Parmi les axes d'amélioration on retrouve l'importance de la formation des professionnels. Les sages-femmes sont l'un des intervenants en matière de régulation des naissances. L'analyse factorielle de nos résultats d'enquête nous a permis de comprendre que la formation se déclinait en trois dimensions qu'il semblait important de considérer de façon spécifique. L'enseignement théorique est satisfaisant, voire très satisfaisant. Il faut donc maintenir cette qualité de formation avec des compétences de prescription adaptées aux différentes situations particulières comme l'adolescence. Par contre, il semblerait souhaitable d'introduire dans l'enseignement théorique une meilleure connaissance des particularités culturelles et religieuses avec leur incidence en matière de régulation des naissances ainsi qu'une sensibilisation au risque représenté par les changements de contraceptifs. Dans l'enseignement en pratique clinique, l'acquisition en stage d'une expérience de prescription dans les différentes situations et auprès d'une population variée de par son profil social et culturel ainsi que la possibilité de poser des dispositifs intra-utérins paraissent incontournables.

L'enseignement dirigé représente le maillon essentiel entre le temps théorique du savoir et l'apprentissage clinique du savoir-faire. Le développement de la pédagogie médicale et l'apprentissage par simulation deviennent de plus en plus performants et représentent une vraie priorité dans les modalités d'enseignement à développer en particulier en formation initiale.

Concernant la pratique de l'IVG, compte tenu de notre champ de compétences actuel, il n'apparaît pas nécessaire de renforcer l'enseignement théorique. Par contre, l'enseignement sous la forme de séminaires nécessite une évaluation afin que son contenu et son organisation soient mieux adaptés à des étudiants en formation initiale. Les stages en Centre de Planification et d'Education Familiale ou en centre d'orthogénie ne sont pas tous introduits de façon identique selon les écoles. L'idée de rendre un stage obligatoire en CPEF ou en centre d'orthogénie semble intéressante si cela peut être couplé à des objectifs de pratique contraceptive. Il semblerait plutôt pertinent de l'inscrire en deuxième partie de formation, c'est-à-dire en M1 ou M2.

Enfin, la formation relative aux entretiens à visée informative avec des adolescents doit être totalement repensée. Elle est inexistante alors qu'il s'agit d'une population à risque pour laquelle des priorités de santé publique ont été définies. Il pourrait être pertinent d'inscrire les étudiants dans une démarche qui associe leur formation à la mise en place d'actions sur le terrain structurées et évaluées.

Déclaration d'intérêts

*Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Note de cadrage « Mise à disposition de la contraception d'urgence », Haute Autorité de Santé, Novembre 2011
- [2] GUILBERT P., GAUTIER A., Baromètre Santé 2005. Premiers résultats Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint Denis : INPES ; 2006
- [3] BAJOS N., LERIDON H., GOULARD H., OUSTRY P., JOB SPIRA N., Cocon Group. Contraception : from accessibility to efficiency. Hum Reprod 2003 ; 18 (5) : 994-9
- [4] BAJOS N., BOZON M., Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, Genre et Santé, Ed La Découverte, Paris, 2008
- [5] DRESS, études et résultats, Les interruptions de grossesse en 2008 et 2009, N°765, juin 2011
- [6] BAJOS N., MOREAU C., Synthèse de l'enquête COCON (2000-2004), Iserm-Ined Unité 822, octobre 2008
- [7] BAJOS et al. Population & Société, 2004
- [8] JASPARD M., LESNE M., Enquête sur les comportements sexistes et les violences envers les filles, Observatoire des violences envers les femmes en Seine Saint Denis, 2006
- [9] Les violences envers les femmes en île de France - Enveff, Institut de Démographie de l'université de Paris 1 (Idup), 2000
- [10] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Repères pour votre pratique, Dépistage du VIH et des IST, actualisation novembre 2007
- [11] CAVILLON M., La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs, DRESS, Etudes et Résultats, N° 791 • 7 mars 2012

- [12] JAKOUBOVITCH S., Le parcours des étudiants en école de sages-femmes, DRESS, études et Résultats, N°768, juillet 2011
- [13] Projet Régional de Santé, Plan Stratégique 2011-2016, Agence Régionale de Santé d'île de France
- [14] Article L.4151-1 du code de la santé publique dans sa version modifiée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- [15] Article L.5134-1 du code de la santé publique
- [16] POLETTI B., Rapport d'information fait au nom de la Délégation aux Droits des Femmes et à l'égalité des chances entre les Hommes et les Femmes sur la contraception des mineures, Assemblée Nationale N°3444, 17 mai 2011
- [17] PARISH SJ., CLAYTON AH., Sexual Medicine Education : review and commentary, J Sex Med. 2007 Mar;4(2):259-67
- [18] JOSEPH A. GREER, ELYSE R. PARK, ALEXANDER R. GREEN, JOSEPH R. BETANCOURT AND JOEL S. WEISSMAN, Primary care resident perceived preparedness to deliver cross-cultural care: an examination of training and speciality differences, Journal of General Internal Medicine, Volume 22, Number 8 (2007), 1107-1113
- [19] CONWAY T., HU TC., MASON E. and MUELLER C., Are Primary care Residents Adequately Prepared To Care for Women of Reproductive Age ?, Family Planning Perspectives, volume 27, Number 2, March/April 1995
- [20] VELOUDIS GM. JR, MURRAY SC., Emergency contraception knowledge and prescribing practices : a comparison of primary care residents at a teaching hospital, J Pediatr Adolesc Gynecol. 2000 Aug;13(3):125-8
- [21] SCHREIBER CA., HARWOOD BJ., SWITZER GE., CREININ MD., REEVES MF., NESS RB., Training and attitudes about contraceptive management across primary care specialties : a survey of graduating residents, Contraception. 2006 Jun;73(6):618-22.
- [22] VAN LUSEN HW., Recent oral contraceptive use patterns in four European countries: evidence for selective prescribing of oral contraceptives containing third-generation progestogens, Eur J Contracept Reprod Health Care, 1996 mar-May; 1 (1):39-45
- [23] MOREAU C., BOUYER J., BAJOS N., RODRIGUEZ G. and TRUSSELL J., Frequency of discontinuation of contraceptive use : results from a french population-based cohort, Human Reproduction, Vol 24, N°6 pp1387-1392, 2009
- [24] STEINAUER JE., DEPINERES T., ROBERT AM., WESTFALL J., DARNEY P., Training Family Practice residents in abortion and other reproductive health care : a nationwide survey, Fam Plann Perspect 1997 ; 29 :222-7
- [25] CHENG D., Family planning training in Maryland family practice and obstetrics/gynecology residency programs, J Am Med Womens Assoc. 1999 Fall;54(4):208-10
- [26] Comment aider une femme à choisir sa contraception ? Ineps, mai 2005
- [27] LEE JK., PARISI SM., AKERS AY., BORRERO S., SCHWARZ EB., The impact of contraceptive counseling in primary care on contraceptive use, J Gen Intern Med 2011 Ju ;26(7):731-6
- [28] BITZER J. Contraceptive compliance – why is contraceptive failure still so frequent ?, Ther Umsch. 2009 Feb; 66(2):137-43.
- [29] NAVES MC., SAUNERON S., Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale, La note d'analyse, Questions Sociales, juin 2011, N°226
- [30] AUBIN C., JOURDAIN-MENNINGER D., Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 ; rapport de synthèse, octobre 2009
- [31] Art 22 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

2- Protocole d'expérimentation d'IVG instrumentales par les sages-femmes à la Pitié-Salpêtrière

Delphine Giraud (Paris)

*Centre de Planification Familiale
Service de Gynécologie-Obstétrique - Pr. Dommergues
GH Pitié Salpêtrière – PARIS 13*

Delphine Giraud Sage-Femme

1- Contexte

Le rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, publié le 7 novembre 2013, relatif à l'accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), rappelle que :

« l'IVG est un évènement assez courant dans la vie sexuelle et reproductive des femmes. Près d'une femme sur trois aura recours à une IVG dans sa vie. L'IVG n'est pas un problème : c'est une solution pour toute femme qui souhaite interrompre sa grossesse dans les délais prévus par la loi. Pourtant, aujourd'hui encore, en France, l'accès à une IVG est parfois problématique [...] Le parcours de soins est parfois difficile et peu accessible. L'évolution de la démographie médicale, doublée des départs à la retraite à venir des générations de médecins fortement impliqués dans la prise en charge des IVG risquent d'aggraver cette situation. »

En France métropolitaine, la région Ile de France connaît l'un des plus fort taux d'IVG.

Le rapport de 2009 de l'IGAS montre que l'offre de soin en matière d'IVG en Ile de France ne répond pas pleinement à la demande. Les délais de prise en charge pour une IVG y sont notamment plus longs qu'ailleurs.

L'un des problèmes rencontrés concerne le recrutement des médecins : dans de nombreux centres d'orthogénie il est en effet difficile de recruter des médecins susceptibles d'assurer cette activité. Bien souvent, ces actes sont délégués à de jeunes internes.

La formation d'autres professionnels de santé à la réalisation d'IVG et notamment des sages-femmes, pourrait donc contribuer à améliorer cette situation.

On peut penser que les compétences des sages-femmes dans le suivi obstétrical et gynécologique des femmes et notamment en terme de dépistage et de prévention (médicale et psychosociale) pourraient être bénéfiques dans ce type de prise en charge.

Les données de la littérature scientifique montrent que la fréquence des complications des IVG réalisées par des non médecins formés spécifiquement n'est pas supérieure à la fréquence des complications des IVG effectuées par des médecins.

La sécurité de l'IVG pratiquée par des professionnels de santé dits « intermédiaires » (dont des sages-femmes) formés à cette activité, a également été reconnue par l'OMS.

2- Protocole de coopération IVG médecin – sage-femme

En collaboration avec la direction des ressources humaines, la direction de l'organisation médicale, la direction des soins et la direction des affaires juridiques de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), un protocole de coopération entre professionnels de santé a été soumis à l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile de France.

Ce protocole s'intitule : « Réalisation d'IVG médicamenteuse ou chirurgicale par une sage-femme en lieu et place du médecin gynécologue obstétricien ou du médecin d'orthogénie ».

La mise en œuvre de ce dispositif devrait permettre:

- pour les patientes : d'améliorer l'accès aux soins en réduisant les délais de prise en charge tout en respectant la qualité et la sécurité des soins
- pour le délégant (médecin): de libérer du temps médical pour assurer la prise en charge de patientes en situations plus complexes
- pour le délégué (sage-femme) : d'acquérir de nouvelles compétences et d'élargir son champ d'activité avec la réalisation d'actes dérogatoires: les consultations médicales préalables à l'IVG et les consultations médicales de contrôle post IVG, la réalisation d'IVG médicamenteuses et d'IVG chirurgicales

La rédaction de ce protocole, selon le cadre prévu par la Haute Autorité de Santé (HAS), a nécessité de préciser le périmètre d'action de la sage-femme, son articulation avec les médecins du service et les modalités de supervision par le délégant.

Par ailleurs, la réflexion a permis de s'intéresser aux pré requis nécessaires à la réalisation d'IVG par une sage-femme: formation théorique et pratique, évaluation des acquis et de l'expérience.

Une des conditions indispensables de la mise en place d'une telle organisation est l'anticipation des risques éventuels avec la rédaction de procédures spécifiques permettant de garantir la sécurité de la prise en charge des patientes.

Une évaluation de ce protocole est également prévue afin de mesurer les bénéfices obtenus et d'adapter éventuellement le dispositif.

La lettre d'intention a été acceptée par l'ARS d'Ile de France le 4 février 2014.

Validé par les instances de l'AP-HP, le protocole est actuellement à l'étude auprès de l'ARS.

3- Le travail des sages-femmes en centre d'orthogénie

Marjorie Agen (Périgueux)

Au niveau international

Après un bref résumé des nouvelles recommandations OMS 2015 « Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception », des exemples de pratiques des sages-femmes en centre d'orthogénie seront exposés au niveau international.

Management of abortion and post-abortion care in the first trimester

	Lay health workers	Pharmacy workers	Pharmacists	Doctors of complementary systems of medicine	Auxiliary nurses/ ANMs	Nurses	Midwives	Associate/ advanced associate clinicians	Non-specialist doctors	Specialist doctors
Vacuum aspiration for induced abortion	**	**	**						*	*
Vacuum aspiration for management of uncomplicated incomplete abortion/ miscarriage	**	**	**						*	*
Medical abortion in the first trimester	Recommendation for subtasks (see below)		Recommendation for subtasks (see below)						*	*
Management of uncomplicated incomplete abortion/ miscarriage with misoprostol									*	*

* considered within typical scope of practice; evidence not assessed.

** considered outside of typical scope of practice; evidence not assessed.

Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception

En France

Les sages-femmes exercent une profession médicale à compétence définie c'est-à-dire que le code de la santé publique a déterminé leur champ d'intervention.

Leurs compétences en Orthogénie seront listées en regard de la législation actuelle et en cours de validation (projet de Loi Santé : les sages-femmes pourraient réaliser les IVG médicamenteuses) et dans la réalité (certains actes sont pratiqués depuis longtemps sous la délégation des médecins).

Pour compléter leur formation initiale des sages-femmes dont le diplôme a été obtenu avant 2009, virage législatif sur l'élargissement des compétences des sages-femmes (suivi gynécologique de prévention, contraception pour toutes les femmes en bonne santé tout au long de leur vie), un ensemble de formations diplômantes ou non leur sont proposées.

Certaines sages-femmes complètent aussi leur formation initiale en se spécialisant. Différents champs de compétences complémentaires sont alors possibles et intéressants pour leurs exercices en centre d'orthogénie : Conseil conjugal et familial optionnel (article 2311-9 du CSP), sexologie, tabacologie et/ou addictologie...

La pratique des sages-femmes en centre d'orthogénie en France reste à ce jour très hétérogène mais évolutive, selon la structure et ses missions, leurs propres compétences pratiquées...

Des exemples sont décrits pour apprécier cette diversité d'exercice.

Afin de préparer au mieux nos futures sages-femmes, les étudiants sages-femmes sont accueillis en centre d'orthogénie lors de leur cursus : un exemple de stage en orthogénie sera détaillé.

Afin de permettre aux sages-femmes de mieux accompagner les femmes et les couples, l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO) continuera de militer pour l'acquisition des compétences « manquantes » des sages-femmes en France :

- pouvoir réaliser les aspirations instrumentales en cas d'Interruption Volontaire de Grossesse,
- pouvoir recevoir la demande de stérilisation définitive (respect du choix contraceptif et orientation vers un médecin),
- pouvoir prescrire un dépistage IST au partenaire masculin (les sages-femmes ne peuvent prescrire des actes qu'aux femmes et aux nouveaux-nés actuellement).

Association Nationale des Sages-femmes Orthogénistes (ANSFO)

BP 10082 - 24003 Périgueux Cedex

sforthogenistes@gmail.com

www.sages-femmes-orthogenistes.org

[FACEBOOK 1](#) [FACEBOOK 2](#) [TWITTER](#)

[Adhérer à l'ANSFO](#)

Siret 519 970 974 00019 – APE 8899B

4- Les savoirs passés et présents des sages-femmes pourraient-ils être porteurs d'un autre féminisme ?

Chantal Birman (Bagnolet)

« La sage-femme et l'IVG, incongruité ou retour aux sources »

La physiologie amène à s'interroger à propos des nuances dans les pratiques et les accompagnements comparés entre soins en médecine classique et ceux en gynécologie obstétrique. Même si chaque événement exige des mobilisations énergétiques spécifiques une similitude dans le parcours de soin en gynécologie et en obstétrique existe bel et bien. C'est donc une réflexion sur ces dissemblances et similitudes des soins qui s'opèrent dans les différents compartiments de la médecine qui est proposée.

A l'heure où les sages-femmes se voient octroyer de nouvelles compétences (gynécologie physiologique, contraception, vaccinations, IVG médicamenteuse) la question est : que peuvent-elles apporter, par leur histoire, leur pratique, leur pensée à la médecine traditionnelle ? C'est donc une ébauche de réponse faite à cette interrogation qui est proposée lors de cette table ronde.

NOTES