



ORDRE DES SAGES-FEMMES
Conseil National

CONTRIBUTION RELATIVE A L'ACCES A L'IVG EN FRANCE

LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes garantit les principes de moralité, de probité et de compétences indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme. Toutes les sages-femmes en exercice sont inscrites auprès de l'Ordre des sages-femmes.

On compte aujourd'hui en France plus de 24.000 sages-femmes en exercice. Spécialistes de la physiologie, ces professionnelles médicales exercent leurs compétences auprès des femmes en bonne santé. Les sages-femmes sont notamment les spécialistes de la grossesse et de l'accouchement physiologiques.

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes participe à l'évolution du système de santé afin de garantir aux femmes un meilleur accès aux soins, le respect de leur choix et de leurs droits.

Ainsi, l'instance s'est engagée en faveur d'une augmentation des compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique, de contraception et d'IVG, qui permettent un meilleur maillage territorial de l'offre de soins. Le Conseil national plaide pour une meilleure prise en compte du choix des femmes, comme le démontre sa grande implication en faveur de l'expérimentation des maisons de naissance. Enfin, la lutte contre les violences faites aux femmes et le respect des droits des femmes constituent des priorités pour l'instance.

A travers ses actions, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes entend remplir son rôle : veiller à l'observation, par tous ses membres, des règles contenues dans le code de déontologie en privilégiant le respect et l'intérêt de la patiente et du nouveau-né.

LES SAGES-FEMMES : DEFENSEURS DES DROITS DES FEMMES

Dans un monde où les droits des femmes ne sont jamais acquis, les sages-femmes se mobilisent chaque jour pour la protection de ces dernières. Ce combat historique est toujours d'actualité : les sages-femmes défendent sans répit le droit des femmes de vivre à l'abri du sexisme et des violences, l'accès aux soins et la liberté de disposer de leur corps. Mais aujourd'hui, la parole des femmes est libérée : elles réclament le droit de choisir : choisir leur prise en charge, choisir leurs praticiens, choisir le lieu et la façon dont elles seront suivies. Cet engagement implique pour les sages-femmes une lutte constante pour l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Sage-femme, une profession médicale au service des besoins des femmes

La sage-femme accompagne par essence les femmes dans leur grossesse quelle qu'en soit l'issue. Mais la profession de sage-femme mute pour suivre les évolutions des besoins et des désirs des femmes.

Pour répondre aux besoins dans le domaine de la prévention et plus particulièrement dans le domaine de la santé génésique des femmes, la sage-femme s'est adaptée : elle est devenue compétente, depuis 10 ans, pour assurer le suivi gynécologique de prévention, pour dépister des cancers gynécologiques et les infections sexuellement transmissibles.

Désormais, les sages-femmes œuvrent au quotidien pour garantir l'accès à l'IVG. Depuis la loi santé de janvier 2016, les sages-femmes peuvent prescrire et pratiquer des IVG médicamenteuses.

UN ACCES A L'IVG INEGAL ET INSUFFISANT :

Aujourd'hui, si le délai moyen entre la prise de contact avec le professionnel de santé et la réalisation effective semble se raccourcir (7,4 jours d'après une enquête auprès des ARS), **les inégalités d'accès à l'IVG persistent voire se renforcent.**

De moins en moins de centres

Ainsi, la fermeture de nombreuses maternités a conduit à **une diminution du nombre d'établissements de santé pouvant pratiquer une IVG instrumentale.** Il existe de nombreuses zones de tension et parfois même, selon la saisonnalité, des zones blanches. La **période estivale est très régulièrement problématique** y compris dans de grandes agglomérations comme Lyon. Chaque année, de plus en plus de femmes se retrouvent fortement éloignées de l'accès à l'IVG instrumentale.

La méthode médicamenteuse est de plus en plus imposée.

Selon le rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, **moins de 4 femmes sur 10 ont pu choisir la méthode de leur avortement.** La loi du 17 janvier 2013 réaffirme pourtant **le droit pour les femmes de choisir de la méthode d'avortement** : par aspiration ou par voie médicamenteuse. Mais aujourd'hui, **66% des IVG pratiquées France ont été réalisées par la méthode médicamenteuse.** Ce chiffre n'était que de 10 % en 1992.

Absorber des comprimés n'est pas forcément la solution la plus pratique, ni la plus discrète. Il y a une possibilité importante de saignements pendant 3 à 10 jours qui peuvent potentiellement compliquer la reprise du travail mais aussi **la faculté de garder secrète son IVG auprès de son entourage pour les femmes qui le désirent.** Cette problématique est particulièrement vraie pour les mineures isolées qui désirent recourir à l'avortement.

Une mauvaise organisation des avortements tardifs

Les avortements tardifs réalisés entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée ont représenté selon la DREES seulement 5 % des IVG pratiquées en France en 2017. Mais chaque année, **3000 à 5000 femmes partent avorter à l'étranger selon les différentes sources.** Ces avortements à l'étranger en raison du dépassement du délai légal **ont pour origine une mauvaise information des femmes, des parcours de soins inadaptés et l'absence de possibilité d'effectuer une IVG instrumentale.** Il s'agit pourtant de la méthode recommandée et la moins traumatisante pour des interruptions tardives.

En 2018, **13 % des établissements publics n'ont pas réalisé d'IVG tardive.** Dans le privé, cela est plus du double, avec un taux de 30 %. Le Planning familial a également comptabilisé au moins 45 hôpitaux où les IVG instrumentales ne sont plus réalisées après 12 semaines.

Des délais trop longs

Les délais d'accès à la suite d'un premier contact avec un établissement de santé sont également très problématiques. D'après le testing réalisé en 2017 par la DGOS, lorsqu'une femme appelle dans le but d'avorter, un établissement sur deux ne propose pas de rendez-vous et renvoie très souvent vers un autre établissement. 54 % des établissements proposent un rendez-vous plus de deux jours après l'appel.

Une inégalité économique

Enfin, le dernier facteur favorisant **les inégalités à l'accès à l'IVG est économique.** L'échographie pré-IVG qui a pour but de dater précisément le début de la grossesse en mesurant l'embryon est exigée pour entamer une démarche d'IVG. Elle coûte normalement 35,65 euros et est remboursée à 100 %, comme tous les frais médicaux liés à l'avortement.

Mais dans la réalité, certains échographistes réalisent et facturent une échographie plus complexe qui ne sera pas remboursée entièrement.

En 2018, il y a eu 224.300 interruptions volontaires de grossesse réalisées. On peut noter une légère hausse de 3% par rapport à 2017 mais le chiffre reste globalement stable depuis 2001. Toutefois, si l'on observe le rapport entre le nombre d'IVG et le nombre de naissances, la hausse est beaucoup plus importante sur les 5 dernières années.

LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES :

Depuis la loi santé de janvier 2016, la sage-femme est compétente pour prescrire et pratiquer l'IVG médicamenteuse.

Hors des établissements de santé, la sage-femme peut pratiquer l'IVG médicamenteuse dans **la limite du délai de 7 semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire 5 semaines de grossesse.**

Si l'IVG médicamenteuse est pratiquée à l'hôpital, le délai peut être prolongé jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée, soit 7 semaines de grossesse.

La sage-femme, pour pouvoir exercer cette compétence, **doit justifier d'une pratique suffisante et régulière des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses** dans un établissement de santé, attestée par le directeur de cet établissement sur justificatif présenté par le responsable médical concerné.

Dans le cadre de leur convention avec l'établissement de santé, les sages-femmes **doivent communiquer aux femmes le nom de l'établissement partenaire qui pourra les prendre en charge à tout moment en cas de complication.** Il est remis également à la femme **une fiche de liaison, définie conjointement avec l'établissement de santé** signataire de la convention, contenant les éléments utiles de son dossier médical.

Enfin, la sage-femme peut prescrire un arrêt de travail. **La durée de l'arrêt de travail prescrit ne devra cependant pas excéder 4 jours calendaires,** renouvelable une fois.

3,5% des sages-femmes libérales sont conventionnées avec un établissement pour pratiquer les IVG médicamenteuses, soit un peu plus de 200 sages-femmes. **Elles ont réalisé 5100 avortements en 2018.** Cela représente 10% des IVG hors établissement de santé. Pour rappel, il y a eu **224.300 interruptions** volontaires de grossesse réalisées en 2018.

DES SOLUTIONS NON PERTINENTES POUR FAVORISER L'ACCES A L'IVG

La double clause de conscience :

La double clause de conscience **n'est pas un problème en soi. Elle n'agit pas directement sur l'accès à l'IVG.**

Cependant, il est important de relever **la problématique du non-respect des conditions qui encadrent son utilisation par le praticien.** Trop souvent, les **praticiens ne respectent ni l'obligation d'avertir la femme sans délai de leur décision ni celle d'orienter les femmes** vers un établissement ou un praticien qui pratique l'IVG. Ces pratiques peuvent conduire la femme à dépasser le délai légal pour réaliser un avortement en France.

Parfois, la clause de conscience est utilisée pour **refuser la méthode instrumentale dans des services hospitaliers.** C'est pourquoi certains établissements affichent des taux d'IVG médicamenteuses à 100%. La liberté de choix de la méthode de l'IVG par la femme se retrouve limitée. Selon Nathalie Trignole, présidente de l'ANCIC, *« avec la méthode instrumentale, le praticien doit réaliser l'IVG alors qu'avec la méthode médicamenteuse, c'est la femme qui est actrice en les prenant ».* *« Le médecin n'a qu'à lui prescrire des comprimés puis ce sont les sages-femmes et les infirmières qui accompagnent les femmes lorsque l'IVG est réalisée en établissement »* selon Michel Neny médecin au centre d'orthogénie du CHR d'Orléans.

Enfin, **pour une meilleure qualité des soins et un meilleur accompagnement des femmes, il est préférable que le personnel soit favorable à ces actes.**

L'allongement du délai à 14 semaines :

L'allongement du délai n'est **pas une solution en soi pour améliorer l'accès à l'IVG.** La priorité est de **construire des parcours effectifs dans les territoires et de redonner aux femmes la liberté de choisir la méthode** et les conditions (ville ou établissement de santé).

L'accès à l'IVG dans les 12 semaines doit être **réellement effectif en devenant un véritable droit opposable.** Cela permettra de réduire les IVG tardives et les dépassements du délai légal. Il est donc absolument nécessaire de construire des parcours clairs et identifiés et d'en informer les femmes.

Le déficit d'informations (volontaire et involontaire) est un risque pour les femmes. Il peut conduire à une détresse psychologique devant la difficulté à trouver une solution.

Il est nécessaire de travailler à **la construction de répertoires de professionnels et d'établissements qui pratiquent les IVG** avec une information sur les méthodes qu'ils

proposent. Ce répertoire doit être régional et saisonnier pour délivrer une information utile, réelle et actualisée.

L'étude sur les interruptions volontaires de grossesses en Ile-de-France de l'observatoire régional de santé d'Ile-de-France démontre que c'est **dans les départements où le nombre de praticiens libéraux réalisant des IVG est le plus faible que les IVG sont les plus tardives**. Il faut donc travailler en priorité sur la complémentarité de l'offre en établissement de santé et hors établissement de santé, avec accès aux différentes méthodes.

L'allongement du délai ne résoudra pas les problèmes d'accès à l'IVG. Plus le délai est long, plus les risques pour la santé de la femme sont importants.

VERS UNE PRATIQUE DE L'IVG INSTRUMENTALE PAR LES SAGES-FEMMES ?

Le CNOSF, depuis de nombreuses années, plaide en faveur de la possibilité pour les sages-femmes de réaliser des IVG instrumentales dans les établissements de santé. Cette évolution permettrait de donner une pleine compétence à la sage-femme en matière d'orthogénie.

Cette proposition est pour l'Ordre la plus à-même de **garantir le droit des femmes à disposer de leur corps et de leur permettre de choisir librement la méthode pour réaliser l'arrêt de la grossesse**. C'est aussi la meilleure solution pour lutter contre les inégalités territoriales d'accès à l'IVG, au regard du maillage territorial des sages-femmes.

L'IVG instrumentale, un geste endo-utérin

La sage-femme est aujourd'hui compétente et formée pour pratiquer des gestes endo-utérins comme la pose de stérilet, la délivrance artificielle ou la révision utérine.

L'IVG instrumentale est un geste endo-utérin. Depuis 2016, **l'Organisation mondiale de la santé préconise l'intervention autonome des sages-femmes dans l'IVG instrumentale au premier trimestre de la grossesse**.

La technicité du geste est simple mais comme pour tout acte endo-utérin, il est nécessaire d'être particulièrement prudent et attentif aux réactions et paroles des femmes.

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

Un préalable : une formation complémentaire et une pratique suffisante

La capacité d'effectuer une IVG instrumentale ne peut pas être ouverte à l'ensemble des sages-femmes. Pour pouvoir exercer pleinement, cette **compétence la sage-femme devra à la fois suivre une formation complémentaire (théorique et pratique)** lui permettant de réaliser l'ensemble des actes nécessaires à un avortement instrumental mais aussi **avoir des expériences minimales spécifiques**. Il s'agira notamment d'une formation à la pratique des échographies, de l'aspiration et de l'anesthésie locale. Enfin, deux expériences cumulatives pourraient être requises : une première comme sage-femme en bloc gynécologique et une seconde dans un centre de planification familiale.

Des risques similaires pour les deux méthodes

Selon les Recommandations pour la pratique clinique (RPC) de 2016 du CNGOF, **les taux de succès, de complications et d'effets secondaires sont très similaires entre l'IVG médicamenteuse et instrumentale**. Ce rapport réaffirme également que le **risque de décès à la suite d'une IVG est de l'ordre de moins d'une femme pour 100 000**, soit largement inférieur au risque de décès en post-partum, estimé à 10 femmes pour 100 000 naissances vivantes par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) en 2017.

Quelle que soit la méthode, l'hémorragie constitue le principal risque, mais reste néanmoins très rare, puisqu'elle survient **dans 1 % des IVG**.

Pour l'IVG par aspiration (instrumentale), **le risque de perforation utérine demeure « exceptionnel »**. **Il est estimé entre 0,4 et 0,9 % par la HAS**. Par ailleurs, cette méthode ne semble pas augmenter le risque d'infertilité ultérieure, le risque d'anomalie d'insertion placentaire ultérieure, ni le risque d'accouchement prématuré ultérieur selon les RPC du CNGOF.

L'objectif est de disposer de praticiens supplémentaires formés et volontaires pour offrir aux femmes un véritable choix et de réduire les inégalités d'accès à l'IVG.

QUELQUES AUTRES PISTES :

- ✓ Il est nécessaire de poursuivre **l'effort de revalorisation engagé pour amener le forfait IVG à un niveau permettant d'en couvrir les coûts**. Cela invitera de plus en plus de praticiens et d'établissements à pratiquer l'IVG.
- ✓ **Revoir les recommandations de bonnes pratiques de la HAS** : il s'agit d'étudier une modification des dates et des délais prévus dans les recommandations actuelles pour les deux méthodes.

SOURCES :

- Statistique annuelle des établissements (1992, 2016, 2017, 2018), Drees
- Scan Santé 2018, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
- Enquête qualitative et territoriale auprès des agences régionales de santé de 2019
- Les interruptions volontaires de grossesses en Ile-de-France, rapport de l'observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Janvier 2019
- Proposition de protocole de coopération entre professionnels de santé, Interruption volontaire de grossesse chirurgicale par une sage-femme, Région Île-de-France, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, déposé à la HAS
- Testing accès à un rdv IVG, réalisé par la société BVA pour la DGOS, 2017
- Rapport n°2013-1104-SAN-009 relatif à l'accès à l'IVG, Haut Conseil à l'égalité homme femme, 7 novembre 2013
- Recommandations pour la pratique clinique, L'interruption volontaire de grossesse, Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 2016
- Rapport « poursuivre l'effort de revalorisation engagé pour amener le forfait IVG à un niveau permettant d'en couvrir les coûts », IGAS, 2009