



DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE DE REGULATION DES NAISSANCES :

Contraception, IVG, prévention des risques liés à la sexualité

UFR Necker Cochin Port Royal

Rôle infirmier au centre d'orthogénie de l'hôpital de Bicêtre



Chrystel MATHURIN BORNAT

Session 2009 2010

Remerciements

Je tiens à remercier :

- Les Docteurs Sophie Gaudu et Michel Teboul qui ont permis mon inscription à ce DIU. Cette année fut pour moi, riche d'enseignement et de rencontre.
- Mes collègues infirmières, Claudine Delpech et Geneviève Le Page, avec qui les échanges sont nombreux, riches, parfois contradictoires, permettant ainsi à ma réflexion de se clarifier, à mon expression de se simplifier
- L'ensemble du service d'orthogénie de Bicêtre, qui a supporté mes absences autant pendant la formation que pendant la réalisation de ce mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
PROBLEMATIQUE	4
CADRE CONCEPTUEL	7
I. Présentation du service	7
A. Présentation de la ville et du département.....	7
B. Historique	7
C. Registre des activités	9
D. Situation actuelle	9
E. Quelques chiffres.....	10
II. Soins infirmiers.....	11
A. Définitions :.....	11
B. Législation.....	14
DESCRIPTION DU ROLE INFIRMIER AU CENTRE D'ORTHOGENIE DE L'HOPITAL BICETRE	15
I. Liste (non exhaustive) de soins infirmiers en fonction des activités du service	15
A. Activités de consultation pré et post IVG.	15
B. Activité de réalisation d'IVG.....	16
C. Activité de planification familiale et des dépistages des IST	17
D. Relation avec l'extérieur.....	18
E. Formation	18
II. Présentation de cas concrets et analyse	19
III. Bilan.....	28
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	32
ANNEXES	34

INTRODUCTION

Lorsque j'ai décidé de changer de service, passant du service de chirurgie générale au centre d'orthogénie, je ne pensais pas devoir m'interroger aussi intensément sur ma pratique infirmière. Ma dextérité en soins techniques me confortait dans l'assurance d'un rôle bien acquis. Lors de ma prise de poste, j'ai vite compris que ces soins techniques me seraient de peu de secours. L'écoute bienveillante, l'information, l'entretien, devenaient désormais mes cartes maîtresses. Ainsi, de mon rôle actif de savoir faire, j'ai dû développer d'autres compétences. Aujourd'hui, après 10 ans de pratique, je continue à m'interroger. Si certaines situations me confortent dans mes acquis, d'autres me confrontent à mes limites.

Quel rôle au juste, l'infirmier¹ se doit-il d'assumer ? Quelle place peut-il prendre dans le fonctionnement du centre d'orthogénie ?

Le DIU² de Régulation des Naissances m'a permis de poursuivre cette réflexion. J'ai été frappée du peu d'infirmiers participant à cette formation. Cette représentation ne semble pas correspondre au pourcentage d'infirmiers exerçant en CPEF³ ou en centre d'orthogénie. Pourquoi si peu ? Ne ressentent-ils pas le besoin de compléter leur formation initiale, ou bien n'y ont ils pas ou peu accès ? Quelle place donne-t-on à l'infirmier dans un centre d'orthogénie, quelle place y ai-je moi même ?

La place accordée à l'infirmière au centre d'orthogénie de l'hôpital Bicêtre est elle légitime ou existe t-il un glissement de tâches ? Les actions menées par l'infirmière dans la structure sont-elles légales ou bien celle-ci se met-elle en situation « d'incompétence » ? La loi évoque-t-elle ce genre d'activité ?

Après une présentation, de la législation encadrant les activités infirmières et des nouvelles manières de concevoir le métier d'infirmier, je tenterai d'établir une liste des activités de l'infirmière dans le service, ainsi qu'une présentation de ce qui peut se faire au décours des entretiens infirmiers. Peut être, pourrais je alors définir de façon plus précise le rôle de l'infirmier au centre d'orthogénie de l'hôpital Bicêtre.

¹ Entendre infirmier/infirmière

² Ici, Diplôme inter universitaire

³ Centre de planification et d'éducation familiale

PROBLEMATIQUE

Je n'avais aucune idée de ce que pouvait être la prise en charge infirmière d'une femme en demande d'IVG⁴ à mon arrivée au centre d'orthogénie de l'hôpital de Bicêtre. Ma pratique en service de chirurgie générale me permettait de supposer l'importance d'une attitude bienveillante, mais comme la plupart des gens, j'étais surprise du nombre d'IVG réalisées en regard de la diffusion des contraceptifs qui étaient, de mon point de vue, facilement accessibles.

En septembre 2000, date de ma prise de poste, peu de choses étaient écrites sur le travail infirmier auprès des femmes en demande d'IVG. Aujourd'hui encore, et par rapport à d'autres spécialités, il existe très peu d'écrits infirmiers à propos de leur rôle dans des structures telles que les centres d'orthogénie.

Sûrement cela est-il dû au petit nombre de professionnels pratiquant cette activité, mais aussi au fait que les infirmiers ne sont pas des professionnels qui ont l'habitude d'écrire à propos de leur pratique. Comme le dit Dominique Lebœuf⁵ « *les infirmiers en France ne disposent pas (hormis l'ARSI⁶) de société dite savante en mesure de saisir la HAS⁷ sur des sujets susceptibles de favoriser l'élaboration et la diffusion de recommandations spécifiques et adaptées à l'exercice infirmier* ». Dans une association comme l'ANCIC⁸, les infirmiers sont là encore sous représentés. Les interventions lors des congrès n'évoquent que très rarement le travail infirmier. La place de l'infirmier n'est peut être pas clairement définie entre celle des médecins, sages-femmes et conseillères conjugales. L'infirmier semble avoir du mal à affirmer face aux autres intervenants, la légitimité de sa place dans la prise en charge des femmes en demande d'IVG, une autre place que celle d'exécutant.

J'ai interrogé au téléphone quelques infirmiers d'autres centres d'orthogénie de l'Assistance Publique et j'ai constaté que l'effectif infirmier n'est pas le même d'un lieu à l'autre, même quand le nombre d'actes réalisés est identique. Leur activité semble aussi être différente d'un lieu à l'autre.

La proportion d'infirmiers dans les centres d'orthogénie semble en partie être due à l'histoire de la création du centre, et à la place qu'ont occupée ces professionnels à ce moment précis. Elle est aussi fonction du nombre de conseillères conjugales en poste et de leur présence sur la totalité du temps d'ouverture.

⁴ Interruption Volontaire de Grossesse

⁵ Cadre infirmier sociologue

⁶ Association de Recherche en Soins Infirmiers

⁷ Haute autorité de santé

⁸ Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception

Depuis l'ouverture de la structure de l'hôpital de Bicêtre en 1978, les médecins, les psychologues et l'assistante sociale sont employés à temps partiel, les infirmières et le personnel dédié à l'accueil, à temps complet. De ce fait, elles sont parfois exposées aux demandes des « clientes », urgentes ou non, sans présence médicale. Par exemple, elles se doivent de répondre aux inquiétudes face à des expositions aux risques d'IST⁹, à la nécessité de reprendre une contraception dès le lendemain, aux demandes de contraception d'urgence, à la demande d'un test de grossesse pour une mineure, à la détresse, au désarroi des femmes en demande d'IVG certaines fois dans des délais approchant la limite des 14 semaines d'aménorrhée.

Dans un centre d'orthogénie, il y a des médecins orthogénistes, des professionnels de l'entretien dont le rôle est de réaliser « la consultation psycho-sociale » (conseillère familiale, assistante sociale ou psychologue), des agents dévolus à l'accueil physique ou téléphonique, et des infirmiers. C'est dans cette dernière catégorie de personnel, que la place, la mission, le rôle semble moins défini par rapport à la désignation même de la fonction.

De même dans les dernières nouveautés en matière de politique de contraception, on évoque la place de l'infirmier scolaire dans le « Pass contraception ». A quel endroit exactement va se situer l'action infirmière et sera-t-elle là encore, fonction de l'autorisation des chefs d'établissement comme cela se passe déjà dans le cadre de la délivrance de la contraception d'urgence. On évoque aussi depuis le mois de juin la possibilité pour l'infirmier de renouveler l'ordonnance de contraception orale. De quel infirmier parle-t-on ici ? Des infirmiers scolaires, libéraux, de planification familiale, ... ?

Comment définir le rôle de l'infirmier dans la contraception et dans un centre d'orthogénie ? A quel moment intervient-il dans la prise en charge des femmes ? Quelles compétences développe-t-il ? Cette pratique infirmière est-elle légale ? Quel est son devenir dans les nouvelles lois hospitalières HPST¹⁰ et dans la politique actuelle de l'assistance publique ? Quelles compétences l'infirmier d'un centre d'orthogénie doit-il avoir, doit-il développer, pour assumer la fonction ?

Dans un premier temps, j'ai tenté de faire une liste des actes infirmiers réalisés dans le centre d'orthogénie de Bicêtre. C'est un outil qui peut me servir autant pour cet écrit, que pour la suite des travaux que j'ai à réaliser permettant l'accueil des étudiants en soins infirmiers dans le cadre du nouveau diplôme.

Or, pour faire une liste il faut être capable de nommer les actes de façon claire afin que chacun puisse comprendre ce qu'il y a derrière les mots. Je me suis alors rapidement rendue compte que la partie la plus difficile à nommer n'est pas le volet que constituent les actes

⁹ Infection Sexuellement Transmissibles

¹⁰ Hôpital, patients, santé territoires

infirmiers sur prescription médicale, mais tous les actes qui relèvent du rôle propre, et surtout tout ceux qui se réalisent par l'oral : entretien d'accueil, téléphonique, d'urgence, d'orientation, de rendez vous, d'information, d'organisation, d'éducation...

Je vais donc par ce travail, exposer la prise en charge infirmière des patients dans notre service, et à travers celui-ci le rôle infirmier en fonction des diverses situations. S'agit-il ici d'une véritable et légitime place de l'infirmier ?

Quel est le rôle de l'infirmier au centre d'orthogénie de l'hôpital de Bicêtre, quelles compétences développe t-il ?

CADRE CONCEPTUEL

I. Présentation du service

A. Présentation de la ville et du département

Le Kremlin Bicêtre est une ville de 25 859 habitants, située au nord est du Val-de-Marne dans la petite ceinture parisienne, dont la densité de population est au 4^{ème} rang national, soit 3 518 habitants au km².

Le département compte 37 hôpitaux ou cliniques, dont 13 ne peuvent réaliser d' IVG du fait de leur hyper spécificité, en gériatrie, rééducation, psychiatrie, pneumologie ou cancérologie.

Après une enquête réalisée par téléphone auprès de 24 autres établissements de santé restants, seuls 15 d'entre eux prennent en charge les femmes en demande d'IVG (dont deux uniquement pour la méthode médicamenteuse).

B. Historique

Le centre d'orthogénie de l'hôpital de Bicêtre ouvre ses portes en mai 1978 après deux années de démarches auprès de l'administration hospitalière et des élus locaux, grâce à une équipe de médecins et de paramédicaux tous motivés pour travailler ensemble sur un projet commun. Dans les six mois précédant l'ouverture, l'ensemble des membres qui allaient constituer l'équipe du personnel médical et paramédical, ont réfléchi en commun au fonctionnement du service, à l'organisation de la prise en charge des femmes, à la place de chacun. Le but est d'assumer la pratique des IVG dans les meilleures conditions techniques et psychologiques possibles pour les femmes et de répondre à une demande de soin effective. En effet, en mai 1977, les statistiques du MFPP¹¹ du Val de Marne, montrent que sur 1459 demandes comptabilisées à leur centre pour les années 1975 et 1976, 1235 avortements ont été réalisés dans des cliniques privées, 186 à l'étranger et seules 38 femmes ont été prises en charge à l'Hôpital public soit 2,5%.

A partir de la loi de 1975, et jusqu'à l'ouverture du centre en mai 1978, l'hôpital de Bicêtre dans lequel il n'y a pas de maternité, assume environ 6 IVG par semaine, effectuées dans le

¹¹ Mouvement Français pour le Planning Familial

service de chirurgie générale, sans structure d'accueil particulière. Avec le soutien du Professeur Testas, chef de service de chirurgie, qui accepte de couvrir le tout de son autorité, le centre d'orthogénie va être installé dans des locaux provisoires et excentrés, où ne peut être pratiquée la totalité de l'activité. Les aspirations sous anesthésie générale sont réalisées au bloc central par des internes alors que celles réalisées sans anesthésie sont pratiquées dans les locaux du centre d'orthogénie. L'équipe est alors constituée de 6 médecins vacataires, 2 infirmières à mi-temps, 1 aide-soignante et une secrétaire à plein temps, 3 conseillères à mi-temps dont une sage femme, une psychologue et une assistante sociale.

Très rapidement les internes en chirurgie générale feront valoir leur clause de conscience et ce sont les médecins de la structure qui se déplaceront au bloc central, les femmes étant ensuite hospitalisées en chirurgie générale. Dès 1980, l'équipe va adjoindre l'anesthésie locale à la pratique des IVG réalisées jusque là sans anesthésie.

La composition de l'équipe va progressivement se modifier, un deuxième plein temps d'infirmière va être créé puis un troisième qui va remplacer le poste de la secrétaire médicale en 1986.

Dès 1985, le centre participe aux expérimentations du RU 486, les infirmières étant partie prenante. Le centre va rester dans les locaux provisoires car la maternité évoquée dès 1978 ne se construit pas. Ce n'est qu'en avril 2000 qu'il va être installé dans des locaux modernes au sein du Pierre Testas, qui abrite aussi l'Unité de Chirurgie Ambulatoire. Les femmes pratiquant une IVG sous anesthésie générale sont alors prises en charge par l'Unité de Chirurgie Ambulatoire.

Dès 2001, avec la loi évoquant la possibilité de pratiquer les IVG médicamenteuses hors établissement de santé, suite à l'expérience de centres pilotes comme Broussais, et avant les décrets d'application, l'équipe propose cette nouvelle alternative aux femmes. Une partie des femmes vue à l'hôpital, auront la possibilité, dans le cadre de l'IVG médicamenteuse sous certaines conditions, de prendre le misoprostol à leur domicile.

L'évolution des techniques d'IVG a toujours été prise en compte par l'équipe car, il lui paraît essentiel de proposer aux femmes le choix le plus large possible sur la méthode d'IVG et donc sur leur participation à l'acte d'avortement lui-même.

C'est seulement en 2003 qu'une convention est signée avec le département du Val de Marne, afin d'obtenir un remboursement pour la prise en charge des mineures ou des femmes non assurées sociales pour les actes relevant de la contraception et des recherches des IST. Jusque là, c'est l'Assistance Publique qui prenait en charge toutes ces dépenses.

En mai 2009, la fermeture de la maternité de Jean Rostand à Ivry sur seine, va avoir lieu, conjointement avec l'ouverture d'une maternité de niveau 3 à l'hôpital de Bicêtre. L'avenir de notre structure n'est pas clairement énoncé par les instances dirigeantes de l'hôpital de

Bicêtre, mais on sait que l'avenir des centres autonomes d'IVG est à mal engager. Il semblerait que le centre d'orthogénie soit bientôt englobé dans le pôle AME¹².

C. Registre des activités

Le terme même de « **centre d'orthogénie** » comprend plusieurs dimensions : un service qui centralise les activités qui tournent autour du libre choix de la femme à planifier sa ou ses grossesses. Les missions du centre de Bicêtre, ont été définies par l'équipe à ses débuts :

- ✚ Activité de consultation pré et post IVG
- ✚ Activité d'IVG proprement dite dans la réalisation des actes d'avortement en aspiration comme en prescription et délivrance de Mifégyne®
- ✚ Activité de planification familiale avec information, prescription et suivi de contraception, délivrance pour les mineures
- ✚ Prise en charge des dépistages des IST, des dépistages des cancers du col
- ✚ Relations avec l'extérieur : conseil général du Val de Marne, PMI et centre de santé des alentours, autres services de l'hôpital, INSERM, constitutions de réseau ville-hôpital pour l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé
- ✚ Formation : établissements scolaires, accueil d'étudiants (IDE, sage femme, interne en médecine générale dans le cadre du SASPAS...)

D. Situation actuelle

Aujourd'hui, l'équipe est composée de :

- ✚ De six médecins contractuels, (3 généralistes, 3 gynécologues médicaux ; 3 hommes, 3 femmes)
 - ✚ trois infirmières,
 - ✚ une aide soignante,
 - ✚ une secrétaire médicale
- } à plein temps
- ✚ Deux psychologues à temps partiel exerçant auprès des patientes, une psychologue à temps partiel assurant une réunion de supervision

¹² Adolescent-Mère-Enfant

- ✚ une assistante sociale à tiers temps
- ✚ un cadre infirmier à mi temps

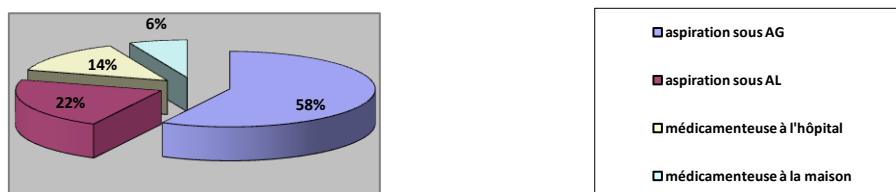
Les IVG peuvent être pratiquées :

- ❖ par aspiration sous anesthésie générale dans le service de chirurgie ambulatoire
- ❖ par aspiration sous anesthésie locale au sein du centre d'orthogénie,
- ❖ par méthode médicamenteuse, dans ou hors milieu hospitalier.

La spécificité du service est sûrement de pouvoir réaliser toutes les méthodes d'avortement sur un même lieu par une même équipe. Le choix de la méthode est celui de la femme, guidée par le médecin qui fait la consultation de demande d'IVG, en fonction de son terme et des données médicales : terme de grossesse, antécédents médicaux, vécu de l'examen gynécologique, aspect du col ou particularité anatomique...

E. Quelques chiffres

Répartition des IVG en fonction des méthodes, année 2009



En 2009, le centre d'orthogénie de l'hôpital de Bicêtre a réalisé 822 IVG dont 98 pour des jeunes femmes mineures.

Environ 3000 femmes ont consulté un médecin de la structure, dont 1400 dans le cadre de la planification familiale (120 mineures), 47 pour une pose de DIU, 40 pour un retrait d'implant contraceptif, 891 pour une demande d'IVG (110 mineures), 550 en post IVG.

Le service a délivré 675 contraceptifs (plaquettes de pilule, implants, anneaux, patches ou DIU¹³) et 20 contraceptifs d'urgence.

¹³ Dispositif intra utérin

120 tests de grossesse urinaires ont été demandés soit par des mineures, soit par de jeunes majeures ou des femmes en situation précaire.

Dans ces chiffres n'apparaissent pas le nombre d'implants et DIU posés juste après une IVG par aspiration.

Ont été prélevés :

- ✚ 40 bilans de suivi de contraception dont 19 pour des mineures,
- ✚ 153 dépistages d'HIV dont 83 pris en charge en convention,
- ✚ 905 dépistages de chlamydia dont 101 au titre de la convention,
- ✚ 100 dépistages d'autres IST (hépatite, syphilis)
- ✚ 20 bilans de grossesse initiaux dont 9 pris en charge par la convention
- ✚ 12 autres examens liés à la grossesse
- ✚ 225 frottis cervicaux

77 prélèvements de chlamydiae se sont révélés positifs, dont 13 concernaient des jeunes femmes mineures, ce qui induit la délivrance de traitement antibiotique pour les jeunes femmes et parfois leur partenaire.

II. Soins infirmiers

A. Définitions :

Définition de l'infirmier selon le code de la santé publique, article L4311-1 : *est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement...*

Plusieurs définitions du soin infirmier ont été données par des théoriciens en soins infirmiers au cours du temps à partir de Florence Nightingale en 1859. Celle ci parlera de « *prise en charge de la santé de quelqu'un de manière individuelle avec comme objectif de mettre les patients dans les meilleures conditions pour qu'ils puissent de manière naturelle répondre à leurs propres besoins* ». C'est en 1950 que la terminologie de Soins infirmiers a été officiellement employée lors de la première session du Comité d'experts des soins infirmiers de l'OMS. Virginia Henderson, en 1960, décrit les soins infirmiers comme la réponse aux besoins fondamentaux de chaque individu. Le soin infirmier est donc défini comme une pratique à part entière. Les théoriciennes américaines Martha

Rogers et Jean Watson feront encore évoluer le concept. En 1970, M. Rogers décrit les soins infirmiers comme étant « *à la fois un art et une science reposant sur une base de connaissances uniques nées de l'analyse logique et de la recherche scientifique, capables d'être transformées « en pratique infirmière »* ». J. Watson développera l'idée que « *la science des soins infirmiers requiert que l'infirmière examine et essaie de comprendre la signification des actions humaines et des valeurs qui détermine un choix humain en santé ou vers la maladie. Les soins infirmiers sont concernés par la promotion de la santé, la prévention de la maladie, l'aide au malade, la restauration de la santé. De ce fait, les soins infirmiers intègrent les connaissances biophysiques et la connaissance des comportements humains afin, dans tous les cas, de promouvoir le bien être* ». On voit alors apparaître la notion de savoir faire infirmier mais aussi de savoir être.

Ces dernières années on parle de plus en plus de prise en charge holistique du patient, de tenir compte de l'individu dans toute sa dimension psycho-socio- culturelle.

Dans la première définition on voit donc apparaître deux grands niveaux d'interventions : le soin du rôle propre, et le soin sur prescription médicale (rôle délégué).

Dans une structure comme la nôtre, les soins sur prescription médicale sont une infime partie de l'activité infirmière. L'essentiel des actes infirmiers sont des soins relevant du rôle propre.

Selon le dictionnaire des soins infirmiers¹⁴ « *le rôle propre infirmier est défini comme la fonction de l'infirmier qui se voit reconnaître, l'autonomie, la capacité de jugement et l'initiative. C'est dans ce domaine que l'infirmier est responsable des décisions qu'il prend et de leur réalisation* ».

Selon Katy le Neurès¹⁵, le rôle propre concerne :

« Les soins relevant de la décision et de l'initiative de l'infirmier, et on peut citer entre autres, les soins d'accueil et d'évaluation de la douleur et de l'indépendance, de la relation d'aide, de la surveillance des signes vitaux et de l'efficacité thérapeutiques d'éducation thérapeutique...

LES soins s'appuyant sur l'expertise professionnelle de l'infirmier et sur l'élaboration d'un projet de soin.

*Les soins techniques mis en œuvre en cohérence avec les projets de soins des personnes.
La traçabilité des soins dans le dossier de soin du patient. »*

Parallèlement à l'évolution de la conceptualisation des soins infirmiers, la formation et les exigences permettant d'obtenir le diplôme d'état infirmier ont beaucoup évolué.

¹⁴, René Magnon et al, groupe infirmier de recherche, AMIEC Lyon 2000

¹⁵ Réussir la démarche de soin, édition Masson

La formation des étudiants en soins infirmiers a été complètement remaniée en France l'année dernière, dans l'idée de faire des infirmiers des étudiants à part entière, inscrits dans un processus universitaire avec le système licence-master-doctorat. Ainsi, désormais, depuis le 31 juillet 2009 (arrêté relatif au Diplôme d'Etat Infirmier), les 5100 heures d'études sont réparties de la manière suivante :

- 2100 h d'enseignement théorique
- 2100 h de formation clinique lors d'inclusion dans le milieu professionnel en balayant les soins de courte durée, de long séjour, de rééducation, de santé mentale et psychiatrie de soins dans les lieux de vie et à domicile
- 900 h de charge en travail personnel

La formation est déclinée en référentiels d'activités infirmières qui font appel à dix compétences, celles-ci sont à valider dans un temps clairement imparti :

1. Evaluer une situation clinique
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
3. Accompagner une personne dans la réalisation des soins quotidiens
4. Mettre en œuvre des actions à visées diagnostique et thérapeutique
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation

Cette déclinaison des compétences nous montre combien la conceptualisation du rôle de l'infirmier a évolué. Il s'agit désormais de construire un projet de santé, centré sur le patient, où l'analyse et l'initiative sont exigées. Ainsi, de même que le médecin, l'infirmier s'engage à part entière dans le processus de soins. D'anciennement exécutant, l'infirmier devient un véritable collaborateur.

Cette nouvelle exigence peut elle être effective dans un centre d'orthogénie ? Comment l'infirmier doit il exercer pour y répondre ?

B. Législation

Le décret de compétence relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, est le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique. Selon Nathalie Lelièvre, juriste spécialisée en droit de la santé, « *cela a été pour la profession un document non négligeable : il a permis en un seul texte de regrouper deux parties fondamentales de la profession d'infirmière* ».

Ainsi auparavant, le décret du 16 février 1993, comprenait l'ensemble des règles professionnelles. D'autre part, le décret du 11 février 2002 énumérait la liste des actes relevant de la compétence infirmière, les distinguant en fonction du rôle propre, du rôle sur prescription médicale ou du rôle en collaboration.

« Ce regroupement peut paraître anodin, voire pratique mais on peut aussi penser que ce regroupement des textes atteste de l'évolution de la prise en charge des patients »... Désormais, « la relation du patient ne se limite pas à un geste technique. On tient compte de la santé physique du patient mais aussi de la dimension psychologique et des souffrances »... « L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation des soins infirmiers et leur évaluation. Les soins curatifs, préventifs, palliatifs intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade »...

DESCRIPTION DU ROLE INFIRMIER AU

CENTRE D'ORTHOGENIE DE L'HOPITAL BICETRE

I. Liste (non exhaustive) de soins infirmiers en fonction des activités du service

Le rôle infirmier ou le moment d'intervention de l'infirmier dans la prise en charge des patients est fonction des demandes spécifiques des usagers en rapport aux activités et aux missions du service.

A. Activités de consultation pré et post IVG.

Les infirmières, comme les autres paramédicaux du service, assurent l'accueil des femmes ou des couples en demande d'IVG. Elles vont particulièrement être sollicitées lors de la prise de rendez vous, dans les situations d'urgence ou de prise en charge exceptionnelle ou rare (situations approchant les 14 SA, ou délais dépassé maladies ou antécédents sortant du cadre de la prise en charge en chirurgie ambulatoire...)

Les infirmières participent aussi à l'accueil des femmes avant la première consultation médicale : « Ouvrir le dossier » afin de recueillir les informations concernant la patiente, donner les indications succinctes sur le déroulement de la prise en charge, rassurer du respect du secret professionnel, proposer l'entretien pré IVG avec la psychologue ou l'assistante sociale, donner le temps d'attente en cas de retard si nécessaire, le nom du médecin qui fera la consultation et expliquer rapidement le déroulement de la consultation gynécologique, répondre aux questions.

Les infirmières reçoivent toutes les femmes après la consultation médicale de demande d'IVG. Elles organisent le déroulement de la prise en charge de façon à ce que l'acte puisse se dérouler dans un délai raisonnable en fonction de la loi et du désir de la patiente. La particularité du service, avec le choix des méthodes, nécessite assez souvent de s'assurer de ce que la femme a compris de la méthode qu'elle a choisie avec le médecin. Une ré-explication peut être nécessaire car très souvent la situation de grossesse non programmée ne permet pas à la femme d'entendre de façon sereine les explications médicales et certaines confusions sont possibles.

L'infirmière, lors d'un entretien individuel, reprend donc les explications sur le déroulement de la méthode et les contraintes que chacune exige. Elle proposera en fonction du programme opératoire, les dates et les heures d'intervention. Elle donne

et/ou remplit avec la patiente les documents administratifs et médicaux (dossier de chirurgie ambulatoire, autorisation d'opérer, informations sur les dilatateurs...)

Les bilans sanguins, prescrits par le gynécologue ou l'anesthésiste, sont effectués à ce moment là. Parfois l'infirmière, à la demande ou avec l'accord du médecin, peut proposer à la patiente d'effectuer un prélèvement sanguin de dépistage des IST. Elle s'assure de la présence de la carte de groupe sanguin dans le dossier et si besoin le prélève.

L'infirmière explique les démarches administratives indispensables à la réalisation de l'IVG, le coût, en fonction de sa couverture sociale. Cela peut être l'occasion de proposer de nouveau une consultation sociale pour l'aide à la prise en charge des frais de l'IVG. C'est aussi l'occasion de découvrir une situation précaire ou la méconnaissance des femmes de leurs droits sociaux.

L'infirmière revoit avec la femme la contraception qui lui a été prescrite, l'acceptation de celle-ci et elle évalue les difficultés de la femme ou du couple. L'infirmière vérifie que la femme a compris comment prendre sa contraception, les stratégies d'adaptation à mettre en place en cas d'incident. L'entretien reste ouvert afin que la femme ou le couple puisse poser toutes les questions nécessaires et livrer ses inquiétudes.

L'infirmière délivre les médicaments dilatateurs pour les IVG par aspiration.

L'infirmière s'inquiète de la qualité de l'entourage de la femme. De quel soutien bénéficie-t-elle ? Est-il indifférent ? Culpabilisant ? Persécutant ? Inexistant ? Cela peut-être l'occasion de réaliser un dépistage des violences conjugales.

Tout au long de cet entretien, l'infirmière écoute la femme et relève les actes ou les silences qui évoquent le vécu de la patiente dans sa demande d'avortement. Dans la mesure du possible, elle n'hésite pas à aborder avec elle les émotions qu'elle perçoit, elle réitère la proposition de s'entretenir avec la psychologue ou l'assistante sociale avant ou après l'IVG.

L'infirmière donne un rendez vous pour une consultation de contrôle¹⁶, en explique l'importance. Elle précise les suites immédiates de l'IVG et indique les éventuels symptômes des complications ainsi que la conduite à tenir.

Le prélèvement de l'HCG de contrôle à J 15d'une IVG médicamenteuse est aussi effectué au centre.

B. Activité de réalisation d'IVG

Comme l'explique Claudine Delpech¹⁷ dans son document, l'infirmière accompagne la femme en intervention lors d'une aspiration sous anesthésie locale. Au moment de

¹⁶ Voir annexe VI, fiche de rendez vous post opératoire

l'aspiration, l'infirmière est à côté de la femme, elle n'est pas l'aide opératoire du médecin, sauf si la situation l'exige.

Dans le cadre de l'IVG médicamenteuse, l'infirmière délivre la mifépristone et le misoprostol selon le protocole de service. Elle surveille les constantes vitales, évalue les douleurs de façon à agir de façon rapide. Elle accompagne la femme pour lui permettre de se sentir en sécurité. Elle lui délivre si nécessaire, des antalgiques, les antiémétiques et parfois des anxiolytiques. Dans le cadre de l'IVG médicamenteuse à domicile, elle vérifie que la femme et son accompagnant s'il est présent, ont compris la méthode, les symptômes attendus, les signes d'alerte en cas de complications et aussi les conduites à tenir face aux événements. Elle remet à la patiente les supports écrits accompagnant la méthode et les ordonnances. Elle effectue le prélèvement sanguin pour le dosage de l'HCG plasmatique. Elle s'assure que le groupe sanguin soit connu. En cas de rhésus négatif, l'infirmière injecte les gammaglobulines anti D.

Elle accompagne la femme ou le couple dans le vécu de l'IVG¹⁸.

Elle assure les modalités de sortie.

C. Activité de planification familiale et des dépistages des IST

L'infirmière participe à l'information sur la contraception et sur les IST avant ou après une consultation médicale. Elle participe aussi à des actions ponctuelles comme la journée internationale de lutte contre le SIDA.

L'infirmière assure les prélèvements prescrits par les médecins dans la surveillance biologique de la contraception et du dépistage des infections sexuellement transmissibles.

L'évaluation de l'acceptation et de l'observance de la contraception peut aussi être réalisée à distance de la prescription, lors des prises de sang par exemple.

L'infirmière peut donner des précisions sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule ou de non observance. L'infirmière délivre la pilule d'urgence Norlevo®

L'infirmière donne des préservatifs, s'assure de compréhension de leur utilisation.

L'infirmière pratique des tests de grossesse sur les urines, et rend les résultats.

L'infirmière participe à l'accueil des femmes ou des couples venant avec ou sans rendez vous.

¹⁷ Voir annexe I, « accompagnement de la femme en AL » par Claudine Delpech

¹⁸ Voir annexe II, intervention extrait de journée de l'ANCIC Bobigny, mai 1994

D. Relation avec l'extérieur

L'infirmière, avec d'autres acteurs du service, participe à la quantification des actes et à l'élaboration des documents nécessaires à la prise en charge financière du département, dans le cadre de la convention.

Elle crée ou maintient le lien avec les interlocuteurs de structure des alentours comme les infirmières scolaires, les PMI, les CPEF.

Elle participe actuellement à la mise en place du réseau ville-hôpital, dans la prise en charge des IVG médicamenteuses à domicile.

Elle participe aux différentes enquêtes proposées par l'INSERM, l'ANCIC, la DRASS...

Elle est régulièrement en relation avec le personnel de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire. Cela permet par exemple d'anticiper sur un problème purement médical (prise en charge de femmes diabétiques, atteintes de maladie de Willebrand, ...) ou de répondre à une difficulté ponctuelle lors de l'hospitalisation d'une patiente manifestant des signes de détresse. Ce lien privilégié avec l'équipe accueillant les patientes en IVG sous anesthésie générale, facilite les transmissions, dans le but d'assurer une prise en charge de qualité, individualisée, des femmes adressées dans la structure.

E. Formation

L'infirmière participe à des actions de prévention auprès de jeunes publics dans et en dehors de l'établissement.

Elle encadre les étudiants en soins infirmiers, prend part à la formation des étudiants sages-femmes, d'internes en médecine, de conseillères conjugales.

L'infirmière intervient dans les IFSI, pour des cours sur la contraception, l'IVG, l'adolescent et la sexualité...

Par ailleurs, nous tenons à signaler l'importance des actes afférents aux patients : ce sont en général des tâches qui sont communes à de nombreux services, même si elles sont toujours spécifiques au lieu de travail. Cela concerne par exemple la gestion des dossiers, du planning opératoire, la commande des produits pharmaceutiques, la gestion du matériel, la comptabilité des actes, l'hygiène des locaux. Dans le cadre de l'IVG, cela va aussi être, la gestion de la prise en charge des femmes lors des périodes de vacances et surtout durant la saison estivale. C'est aussi la gestion du planning opératoire de façon à optimiser le nombre de prise en charge dans cette période où les médecins « orthogénistes » sont peu nombreux.

II. Présentation de cas concrets et analyse

Voilà quelques situations d'intervention de l'infirmière. Chaque entretien infirmier fait l'objet d'un compte rendu, plus ou moins détaillé, inséré au dossier médical de la patiente¹⁹.

Nous ferons ici, une analyse du contenu de l'entretien du point de vue de l'activité infirmière et non pas une analyse des femmes. Nous tenterons de faire apparaître ce qui paraît nouveau à chaque entretien pour éviter les redites.

Mlle A vient sans rendez vous. Elle arrive un après midi où il n'y a pas de présence médicale. Elle est reçue dans un bureau d'entretien.

Compte rendu de cet entretien :

Jeune fille de 16 ans, ayant des rapports sexuels depuis un peu plus d'un an, vient accompagnée d'une camarade qui l'a incité à venir nous rencontrer. Mademoiselle n'a jamais utilisé d'autre contraception que la pilule du lendemain qu'elle se procure à la pharmacie. Elle est inquiète ce jour car elle a une douleur au bas du ventre. Son dernier rapport sexuel a eu lieu il y a 3 jours, elle s'est procuré Norlevo® dès le lendemain. Elle pense avoir eu ses règles il y a environ 20 jours. Elle ne se souvient pas exactement des rapports sexuels précédents, mais elle en aurait eu un autre après ses règles, suivi là encore de prise de la contraception d'urgence. Elle n'a jamais consulté de gynécologue, a très peur que cela fasse mal, d'être mal à l'aise, mais elle souhaiterait avoir la certitude que *«/le médecin lui dise que tout est normal»*. Ce qui motive sa demande est l'opinion du pharmacien il y a 3 jours. « Ce n'est pas bien de prendre toujours la pilule du lendemain, c'est dangereux ! ». De plus, son amie lui a parlé d'une maladie qu'on ne peut pas voir mais qu'elle même aurait eue après son premier rapport sexuel...

Pour répondre à son inquiétude, j'essaie d'obtenir des renseignements plus précis, et c'est avec difficulté qu'elle se souvient avoir eu quelques saignements très légers au milieu de son cycle après sa première prise de Norlevo® de ce mois. Elle a depuis quelques temps des cycles très irréguliers.

Elle a un nouveau partenaire, âgé de 18 ans, depuis 6 mois environ. Il ne s'est jamais inquiété de la contraception car elle lui a dit qu'elle prendrait la pilule. Il n'a jamais proposé de mettre le préservatif, n'a jamais évoqué les maladies sexuellement transmissibles. Ce sujet a été discuté en classe cette année par le professeur de SVT, elle en a retenu qu'il fallait *« se protéger, surtout par rapport au SIDA »*. Elle ne l'a pas fait car elle *« ne se voit pas dire ça à son copain »*. Mais ce que sa camarade lui a dit l'inquiète...Elle est aussi

¹⁹ Voir annexe I, compte rendu infirmier de la prise en charge de femmes en demande d'IVG

préoccupée par ses douleurs au ventre, est-ce un signe de grossesse finira t-elle par demander.

Mlle A est française d'origine Malienne, elle est la deuxième fille de sa mère qui a 6 enfants et, la 3^{ème} fille de son père qui a aussi 7 enfants avec sa deuxième femme. Elle ne parle jamais de sa vie intime avec aucune de ses sœurs, même si elle sait qu'une des aînées fréquente quelqu'un, et n'avait jamais évoqué non plus le sujet avec qui que ce soit avant hier, « *c'est le coup de son copain qui l'a fait parler* ». Elle ne connaît en moyen de contraception que le préservatif et la pilule du lendemain.

Après une longue discussion pour répondre à ses questions et avant de réaliser un test de grossesse urinaire (surtout pour nous rassurer nous car elle n'est plus très sûre de la date de ses dernières règles !) elle dit qu'en évoquant son doute quant à une éventuelle grossesse avec son partenaire, la situation a dégénéré. Le fait qu'elle ait tout de suite pensé à avorter a déclenché chez celui ci une réaction très violente. Il lui a donné un coup de poing dans le ventre « *puisque'elle ne voulait pas garder son bébé !* ». Depuis elle n'a plus de ces nouvelles et il ne répond plus au téléphone.

La réaction violente de son partenaire la rend triste, elle conçoit que « *ce n'est pas normal* » mais elle n'est pas en colère. Ce n'est pas une raison de rupture semble t-il. Elle attend qu'il rappelle.

Elle n'avait pas notion de risque d'échec de la contraception qu'elle utilise, d'autant plus que jusqu'à présent elle n'a pas eu de soucis. Elle a été surprise de l'attitude du pharmacien qui « *a été méchant avec elle* » lors de son dernier passage « *c'est dangereux et cela peut vous rendre stérile à force !... toutes ces hormones ce n'est pas bon pour le corps* ».

Elle s'est inquiétée d'avoir contracté d'éventuelles IST uniquement lorsque son amie lui en a parlé. Quand celle-ci lui a fait part de son expérience, mademoiselle a aussitôt pensé qu'il s'agissait du VIH. Comme son amie en aurait guéri, mademoiselle en aurait déduit que le VIH se soigne rapidement...

Que fait l'infirmière ? Quel est son objectif ?

On est ici dans le cadre, très balisé, de l'accueil infirmier au centre de planification et d'éducation familial. Dans ce cadre, l'infirmière évalue les connaissances, pose un diagnostic infirmier et définit ses actions en fonction de la demande de la patiente dans les limites des missions du service. Elle participe à la prise en charge des patientes, comme conseillère en santé. Elle peut avoir des actions relevant du rôle propre ou d'orienter : pertinence d'une consultation médicale, sociale, ou avec un psychologue, ou parfois dans d'autres structures. De même, elle évalue la nécessité d'une prise en charge en urgence ou non en rapport avec les possibilités du service.

Mademoiselle A est reçue par l'infirmière dans un espace permettant un échange dans le respect de la confidentialité. Cet espace d'entretien nommé par l'infirmière, va permettre à la jeune fille non seulement d'exposer sa demande de consultation, mais aussi de s'exprimer plus largement sur le déroulement des événements qui sont à l'origine de ce souhait.

Le sujet de la sexualité est semble t-il tabou, dans l'environnement de mademoiselle, et elle même s'autocensure : peu d'échanges avec son partenaire, aucun avec ses sœurs. Ce n'est qu'en raison des confidences qu'une amie lui a faites que le sujet de la sexualité a pu être abordé. La démarche qui l'amène dans notre service paraît être comme un passage à l'acte, un exutoire à son trop plein d'angoisse, face à une première prise de conscience des risques pris. L'entretien avec l'infirmière va répondre à son besoin d'avoir des réponses immédiates. Dans le cadre de l'accueil des adolescents, répondre à ces urgences se justifie pleinement. En effet, cela permet de maintenir à distance leur angoisse et ainsi de pouvoir amorcer ensemble un lien qui les conduira à une prise en charge plus formalisée dans l'avenir.

Pour mademoiselle, ce sont ses sensations physiques et les paroles d'un pharmacien, « quelqu'un qui sait », qui la confronte à ses prises de risques. C'est aussi l'expérience d'un pair qui l'emmène à ramener à sa propre situation les connaissances qu'elle a reçues et comprises.

Le décret du 29 juillet 2004 cite dans l'article R-4311-5 :

n°39 « entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ».

Cet entretien infirmier, se déroule en plusieurs étapes clairement définies :

- Recueil de données avec élucidation : compréhension de la situation par l'infirmière,
- Analyse et pose d'un diagnostic infirmier,
- Validation du diagnostic par le patient
- Mise en place d'action infirmière

Dans le cas de mademoiselle A, l'entretien met en évidence un diagnostic essentiel : manque de connaissance vis à vis des IST et de la contraception. Peu de connaissances mais aussi mauvaises connaissances, fausses idées. L'écoute bienveillante, empathique, permet à l'adolescente d'élaborer elle même une réflexion, qui pourra l'amener à remettre en cause, ses idées, son attitude face aux IST et à la contraception.

C'est au moyen d'un feed-back permanent que l'on entamera l'éducation à la sexualité et à la vie affective. Ce feed-back consiste à donner des informations, à vérifier qu'elles aient été comprises, et au besoin à réajuster tout en ayant conscience des limites et des résistances du patient.

L'entretien infirmier est une étape dans la prise en charge globale de la patiente. Il a comme fonction de créer du lien entre la jeune fille et l'équipe, en répondant à certaines questions, en

en suscitant d'autres. Mademoiselle sait désormais où s'adresser pour obtenir des réponses au sujet de la sexualité. Dans une prise en charge future, cette première étape pourra servir de point d'ancrage, afin d'élaborer avec elle une réflexion sur sa vie affective.

L'entretien infirmier a mis en évidence une situation de violence entre mademoiselle et son partenaire. Si elle qualifie la réaction de son ami comme « pas normale » elle semble rester assez passive. N'ayant pu approfondir ce sujet dans ce premier entretien, il reste important de le noter dans le dossier médical. Les faits de violences conjugales font partie du secret partagé entre les différents intervenants de l'équipe et sont systématiquement écrits quelque soit l'écouter. Ainsi, ce point sera à reprendre lors d'une prochaine rencontre.

Mme B est reçue après sa consultation de demande d'IVG. Je la reçois dans un bureau d'entretien.

Compte rendu d'entretien :

Jeune femme de 22 ans et demi, grossesse dont le terme est en rapport avec 8 semaines et demie d'aménorrhée. Elle a découvert son état de grossesse grâce à un test urinaire il y a 7 jours, est allée à la PMI²⁰ où elle est suivie régulièrement. Le personnel médical était en vacances et la personne de l'accueil lui a conseillé d'aller voir son généraliste. C'est celui-ci, qui à la suite de sa consultation, a pris rendez vous dans notre service. Elle choisit de pratiquer une IVG sous anesthésie générale, n'est pas à l'aise pendant l'examen gynécologique et préfère ne pas être consciente durant l'acte d'IVG. Elle souhaite qu'on lui pose un implant contraceptif en fin d'intervention. Elle explique que le rendez vous à la PMI était programmé début juin pour une pose d'implant, qu'il a été annulé et reporté en septembre. Elle n'a utilisé aucune méthode de contraception en attendant, son partenaire étant lassé de mettre le préservatif et elle n'a eu que 2 rapports sexuels. Quand madame a pris conscience de son retard de règles, elle a tout de suite pensé qu'elle était enceinte comme les autres fois. En effet, elle explique avoir débuté sa vie sexuelle « tard, à 19 ans presque 20, et être tombée enceinte » dès le premier rapport sexuel. Elle a choisi de garder cette première grossesse à l'insu de sa famille qui n'a appris son état qu'à 6 mois de gestation. Ils ont été « choqués » de la situation, l'incitant à avorter jusqu'à ce qu'ils comprennent que ce n'était plus possible. Madame justifie leur réaction par une inquiétude quant à son avenir et à sa situation matrimoniale : « j'étais étudiante et pas mariée » dit-elle. Elle vivait encore chez ses parents. Elle est de nouveau enceinte quatre mois après son premier accouchement. Cette fois ci, c'est elle qui a été inquiète du fait de l'âge de son enfant mais elle a gardé cette deuxième grossesse comme une évidence. Elle dit avoir pris du temps pour écouter la sage femme à la maternité après son deuxième accouchement, pris en compte ses conseils et décidé de prendre la pilule. La prise quotidienne et régulière lui

²⁰ Protection maternelle et infantile

était difficile. Le personnel de la PMI lui parle de l'implant contraceptif, qu'elle a accepté de poser.

Aujourd'hui, elle n'est pas mariée, vit avec ses enfants dans son propre logement. Son compagnon est le père de ses enfants et le géniteur de cette grossesse. Ils ne vivent pas ensemble, il est au courant de cette grossesse, de ses démarches et la soutient dans sa décision. Les parents de madame, mis au courant du choix d'avorter du couple, acceptent de garder les enfants pendant les consultations au centre d'orthogénie, même s'ils ne partagent pas leur avis.

Madame ne comprend pas pourquoi le gynécologue lui a fait un prélèvement vaginal²¹ lors de la consultation pour les maladies puisqu'elle a toujours eu le même partenaire. (Présence de pertes à l'examen faisant penser à des *Gardenerella*, prescription de Flagyl®). *Deux jours après l'intervention la recherche de chlamydiae revient positive. Mme est immédiatement appelée par téléphone afin de venir chercher une ordonnance pour un traitement. Mme ne semble pas surprise, avouant que c'est un événement qui lui est déjà arrivé l'année précédente, mais qu'elle a déjà été traitée. Elle prendra son ordonnance d'antibiotique ainsi que celle pour son compagnon sans poser aucune question.*

Madame dit être clairement décidée à faire une IVG, arguant du fait qu'elle poursuit désormais ces études par correspondance, et que sa relation avec son partenaire est un peu difficile depuis le deuxième enfant. Elle est vue le même jour par l'anesthésiste, son avortement aura lieu 2 jours plus tard, la pose de l'implant étant réalisée en per-opératoire.

Particularité de cet entretien

Même si madame B relate les circonstances de survenue de ses grossesses, elle n'exprime pas d'affects. Sur ce point, madame restera réservée tout au long de l'entretien. Est-elle mal à l'aise par rapport à la situation qui l'amène ? Le sujet est-il difficile à aborder pour elle ?

A la lecture du dossier médical, je constate qu'il s'agit de la troisième grossesse en 2 ans et demi. Elle a deux enfants, 18 et 6 mois, issus de grossesse non programmées. Son souhait est de faire rapidement une IVG et de poser un implant en per opératoire. En dehors d'organiser l'IVG, que puis-je alors lui apporter ?

Si madame ne souhaite pas engager une réflexion plus approfondie face à l'événement, dans quelle mesure cela est-il nécessaire ? Est-ce du ressort de l'infirmier de l'y inciter ?

On touche là, à ce que l'infirmier peut faire en fonction de la demande de la femme. Il peut tenter de faire surgir des demandes en ouvrant l'entretien sur des sujets plus larges que la situation de départ. Proposer une réflexion à propos d'un point particulier, mais il est évident qu'il ne peut agir en dehors de la demande de la patiente et de la complaisance de celle-ci à participer à une certaine réflexion, sur la cause de ce qui l'emmène à cette état de grossesse non programmée et non désirée par exemple. Même si l'équipe de Bicêtre et donc l'infirmière appartenant à celle ci partage l'idée que l'IVG peut être l'occasion de prendre le temps de

²¹ Recherche de chlamydia Trachomatis et de Neisseria gonorrhoeae par amplification génique en prélèvement vaginal

réfléchir, que sur un acte d'IVG il y a aussi une parole possible, elle ne peut abuser de sa position de pouvoir. L'attitude bienveillante peut aussi être de respecter le silence de la femme.

Dans le cas de madame B, malgré ce que l'on peut apercevoir au décours de ses quelques dires, on ne peut faire effraction. En effet plusieurs faits nous interpellent. Sa surprise au prélèvement vaginal, comme si nous lui faisons violence et en réponse, la découverte qu'elle a déjà été en contact avec le chlamydiae. Est-ce là encore une réaction de mal aise ? Cette situation nous emmène à nous poser quelques questions. Que va-t-elle dire à son compagnon ? Va-t-elle lui donner l'ordonnance ? Va-t-il prendre le traitement ? L'a-t-il pris la fois précédente ? Comment madame se sert-elle de son expérience pour mettre en place des actions, afin d'éviter que les choses ne se reproduisent ? C'est le cas pour l'infection à chlamydiae comme pour la grossesse non programmée.

Le recueil de ces quelques données concédées à l'infirmière peut faire penser au diagnostic : stratégies d'adaptation inefficace. Ce diagnostic ne peut être affirmé car la participation de la patiente ne l'a pas permis.

Cette situation difficile permet de réfléchir sur la position du soignant : cette nécessité à ne pas être dans une position de toute puissance. Le sentiment de ne pas avoir pu aider est à prendre avec recul, car sans cela il placerait le soignant en situation d'incompétence professionnelle et le rendrait inapte à l'écoute bienveillante. Savoir apprécier ses limites, fait partie de l'essence de la fonction de tout acteur de santé.

Madame avait une demande précise : faire une IVG par aspiration sous anesthésie générale et obtenir la pose d'un implant. C'est ce qu'elle a obtenu. Peut être le respect de la distance mise par la patiente lui permettra de pouvoir s'adresser à l'équipe de nouveau en cas de soucis. La neutralité est aussi un positionnement professionnel.

Mlle C, vient pour une prise de sang, sur rendez vous, suite à l'ordonnance du prélèvement d'un bilan lipido-glucidique. Je la reçois dans le box de prélèvement.

Compte rendu de cet entretien :

Mademoiselle à 17 ans, et utilise comme contraception un anneau vaginal depuis un an. Cela fait deux ans qu'elle est suivie au centre d'orthogénie dans le cadre de la planification familiale, suite à une IVG. Ses parents ne sont pas au courant de la situation. En septembre, elle rentrera en terminale. Elle habite à Créteil mais elle préfère un suivi assez loin de chez elle de façon à ne pas rencontrer quelqu'un qu'elle connaît. L'année dernière, elle était revenue en urgence, pour une pilule du lendemain, suite à un oubli de pilule. Elle a réfléchi avec l'équipe à la contraception qui lui conviendrait le mieux car elle partage sa chambre avec ses deux sœurs cadettes. Sa plaquette de pilule était « gardée » par la voisine, mais celle-ci

s'est un jour absente sans la prévenir Elle n'a donc plus eu accès à sa contraception de façon brutale et non programmée.

Aujourd'hui, mademoiselle utilise un anneau vaginal, que le centre lui délivre régulièrement. Les anneaux suivants sont dans son sac de classe elle ne pense pas que ses sœurs sauraient de quoi il s'agit si elles les découvraient par inadvertance. Au départ, elle a eu très peur de ne pas savoir l'utiliser (le mettre, l'enlever) et la première pose a eu lieu dans le service avec l'aide et l'information de l'infirmière. Le bilan de l'année est très positif (bonne tolérance, bonne observance).

Elle va bientôt partir en vacances, interrompre son traitement le temps de son séjour en Turquie.

Depuis quatre mois elle a un nouveau partenaire, ils utilisent actuellement le préservatifs en plus de l'anneau. Elle s'interroge sur la façon de reprendre l'anneau à son retour de vacances, et elle voudrait savoir où ils doivent s'adresser pour faire un test de dépistages des IST de façon à ne plus mettre le préservatif. Elle souhaite attendre la fin des vacances, « *c'est plus sûr, on ne sait jamais qui il peut rencontrer pendant que je ne suis pas là* ». Mademoiselle a eu une gonococcie il y a 10 mois, ce qui a mis fin à sa relation précédente. Elle choisit de faire son dépistage, en même temps que son partenaire à son retour de vacances dans le courant du mois d'octobre. « *Si il tient jusque là, cela voudra dire qu'il tient à moi !* »... Elle souhaite que son bilan soit réalisé chez nous...

Particularité de cet entretien

Mademoiselle a un véritable vécu dans l'équipe. Le premier contact a eu lieu juste après son 15^{ème} anniversaire. Elle semble pouvoir se saisir des services proposés par l'ensemble du personnel, pour son suivi gynécologique. L'équipe, et surtout un agent de celle-ci, semble être un point d'ancrage pour elle. Elle a choisi le centre comme lieu de référence, et dans ce centre un adulte. Elle arrive par cet accompagnement bienveillant et individualisé à se dépasser, par exemple dans le cas de l'apprentissage de la pose de l'anneau vaginal. Elle a confiance.

Mademoiselle arrive à se saisir des événements pour apprendre sur elle, afin d'en prendre la mesure et ainsi éviter de nouvelles prises de risque. Elle sait reconnaître quand elle ne sait pas. De même elle arrive à anticiper malgré la distance géographique qui existe entre son domicile et le centre.

Mademoiselle pose des questions précises, ciblées ; il semble qu'elle y réfléchisse avant de venir. Elle est partie prenante dans cet accompagnement. Elle est actrice : elle utilise ces moments de rendez vous, qu'elle prend elle-même pour obtenir des réponses. Elle anticipe.

Elle a des exigences en matière de contraception, de prévention d'IST mais aussi de relation amoureuse. L'infirmière reconnaît ces bonnes stratégies d'adaptation : un renforcement positif afin de l'accompagner à prendre son autonomie.

Le cas de mademoiselle C, est un exemple d'un projet infirmier d'accompagnement des mineures. Venue en premier lieu pour une IVG, et suivie dans le cadre de la planification familiale.

L'éducation à la sexualité fait partie des activités infirmières répertoriées dans le décret de compétence de juillet 2004.

Mme D, est reçue après sa consultation médicale pour une demande d'IVG. Elle ne souhaite pas d'entretien pré IVG

Compte rendu d'entretien :

Madame souhaite réaliser une intervention sous anesthésie locale comme il y a trois ans. Madame, à cette époque, était adressée par la consultation de médecine infectieuse afin de consulter un gynécologue pour « une pose d'implant, contraception mieux adaptée que la pilule ». Lors de la consultation médicale, on découvrira un très léger retard de règles, le test urinaire s'avèrera positif. Madame surprise, ne sait pas quoi faire, ne voudra rencontrer personne, disant qu'elle nous rappellerait. Elle consultera 3 semaines plus tard en demande d'IVG. Lors de cette première prise en charge en demande d'IVG, c'est déjà moi qui l'accompagne dans sa démarche. Elle m'expliquera alors, qu'elle n'a pas mis son partenaire au courant, de peur qu'il ne lui rende la vie impossible afin qu'elle poursuive cette grossesse.

Madame est mère de trois enfants en 2007, (13 ans, 11 ans et 6 mois), cet homme étant le père du dernier. Elle a découvert il y a 4 ans sa séropositivité, son dernier enfant ne serait pas contaminé et son partenaire non plus. L'intervention se déroulera deux jours plus tard sans soucis particulier, peu de sensation douloureuse sinon une contraction utérine finale qu'elle ressent comme ses règles. La pose de l'implanon® se fera dans le même temps. Madame ne reviendra pas en consultation de contrôle.

Un an plus tard, madame viendra en consultation pour l'ablation de l'implant afin de reprendre une pilule.

En fait, madame a été enceinte 6 mois plus tard, grossesse qu'elle a gardée. Ce dernier enfant a aujourd'hui 6 mois. Depuis l'accouchement elle est sous Microval®. Elle n'a jamais allaité. Elle était très irrégulière dans sa prise de contraceptif, avoue être « fatiguée de prendre plein de médicaments ». Elle pose beaucoup de questions sur le stérilet et entre autres les effets secondaires, l'absence des règles, et si son mari sentira la présence du dispositif intra utérin pendant les rapports sexuels. Madame exprime peu d'émotions par rapport à cette IVG, elle ne semble pas avoir d'inquiétude par rapport au geste même si elle ne se souvient pas précisément du déroulement de l'acte.

Cette fois ci, son mari est au courant de la situation, et c'est lui qui s'est rendu compte de l'absence de ses règles, ayant tout de suite annoncé qu'il souhaitait qu'elle avorte. Madame dit être parfaitement en accord avec cette décision, fatiguée par les enfants, le bébé mais surtout des difficultés de sa fille de trois ans et demi.

Celle ci a un comportement qui a été signalé aux parents par la maîtresse à plusieurs reprises. L'enseignante leur a conseillé de s'adresser à un psychologue. Madame est très inquiète de la situation qui ne s'arrange pas. Elle n'a pas consulté parce que son partenaire n'est pas d'accord, estimant que les enseignants ne sont pas assez sévères, et en même temps pas assez patients. Monsieur associerait la consultation avec un psychologue à la folie. Madame n'est pas satisfaite de l'attitude de son partenaire, car tout en lui interdisant une consultation avec un spécialiste, il ne s'occupe pas des enfants alors qu'il a récemment perdu son emploi. Même pour venir consulter chez nous, madame a dû demander à une amie de l'aider à garder les enfants.

La question de la qualité de la relation avec son partenaire (il est gentil avec vous ?) fait soudainement apparaître des émotions. Madame éclate en sanglot, et avoue une situation de violence conjugale extrêmement importante, avec des violences physiques, verbales, psychologiques, sexuelles et économiques. Cette situation dure depuis un long moment. Les rapports sexuels sont imposés sans préservatifs, et à plusieurs reprises monsieur a jeté les plaquettes de pilules. C'est lui qui a imposé l'ablation de l'implant il y a 2 ans quand il a découvert la présence de celui ci par l'irrégularité des règles. Monsieur a démissionné de son emploi, ne touche donc plus de salaire ni d'allocation chômage. Il utilise l'argent du ménage (le salaire de la dame pour quelques heures de ménage et les allocations familiales) pour son usage personnel, donnant à peine ce qu'il faut à madame pour les besoins courants. Le couple ne bénéficie d'aucune aide malgré la précarité de leur situation du fait de la démission de monsieur. Je découvre que c'est la première fois que madame exprime la situation à quelqu'un et quand je lui demande pourquoi elle ne m'en a pas parlé la dernière fois elle répond simplement : « vous ne m'avez pas demandé ! » Pourquoi elle n'a pas souhaité d'entretien pré IVG « parce qu'elle est sûre de sa décision ». Finalement, elle verra l'assistante sociale pour une aide financière à l'avortement, posera un DIU en fin d'intervention, viendra en consultation de contrôle pour voir le gynécologue et la psychologue pendant quelques séances.

Particularité de cet entretien

En début d'entretien madame ne souhaite pas d'entretien avec la psychologue ou l'assistante sociale. Elle semble craindre le jugement. Le temps accordé à sa prise en charge au-delà du temps nécessaire pour organiser une IVG par aspiration sous anesthésie locale lui permettra de relâcher ses tensions internes et de laisser transparaître des informations qui permettront de découvrir une situation de violence conjugale.

« Dépistage et évaluation des risques de maltraitance » fait aussi partie de l'article R4311-5 du décret du 29 juillet 2004 relatif à l'exercice de la profession d'infirmière.

L'entretien infirmier va ici déboucher sur l'orientation de la patiente à d'autres professionnels pour une prise en charge globale.

La connaissance plus approfondie de l'infirmière au sujet de la problématique des violences conjugales, va permettre au soignant de se permettre de poser des questions plus précises sur

une situation qu'elle pressent. Madame D va pouvoir se livrer, dans une relation de confiance, où elle se sentira comprise.

On voit ici apparaître la notion de compétences élargies.

L'entretien ici est plus vaste, il touche d'autres domaines, en dehors des motifs de la consultation initiale de madame D. Nous pouvons penser qu'il est en dehors du cadre de la prise en charge d'une femme en demande d'IVG.

Il permet là encore une prise en charge de madame dans toutes ses dimensions, psycho socio affective, et la verbalisation de son vécu de violences conjugales est une première étape. Elle peut aussi lui permettre de débiter une prise en charge des autres problèmes soulevés : précarité sociale, difficultés de sa fille, contraception...

III. Bilan

Pour définir les entretiens infirmiers, il est nécessaire de chercher à en préciser la nature.

Dominique Friand²², définit l'entretien infirmier comme : « *un dispositif par lequel un soignant répondant professionnellement à une demande d'aide concernant un patient, favorise la production d'un discours de ce patient pour obtenir des informations et agir sur la problématique subjective de ce patient* ».

Il décrit

- trois types d'entretien infirmier :
 - ❖ l'entretien de diagnostic et de recueil de données déjà évoqué précédemment. « *Il est essentiellement constitué par une exploration de la problématique psychique, physique et sociale du patient* ». Il est généralement utilisé dans des situations de demande clairement définie. Le soignant peut alors élaborer un projet de soin, mais il n'est pas uniquement réduit à cette objectif, il est aussi un temps relationnel.
 - ❖ l'entretien de soutien, « *constitué par la fonction de recueil de données et par la fonction de protection, de portage des affects du patient qui permet un certain relâchement de la tension psychique et favorise l'expression du problème* ». Cet entretien de soutien psychologique est aussi listé dans le décret de juillet 2004. Il est mis en évidence dans le cas de madame D.
 - ❖ l'entretien d'intervention ou thérapie. « *Constitué par la fonction de recueil de données, de soutien et de traitement, qui par un remaniement des modes de pensée et des comportements du patient vise à l'amélioration de l'état psychique* ». Cet un outil utilisé par l'infirmière essentiellement dans les cas complexes où elle va tenter de toutes les

²² Infirmier formateur

façons d'insister la patiente à consulter. C'est aussi la preuve de la nécessité du travail en collaboration.

- Deux formes :

- ❖ L'entretien structuré, « *quand la demande du patient porte sur un problème précis, à régler rapidement ou lorsque ce problème nécessite une solution à court terme* ». C'est un outil de choix quand nous avons comme objectif de conseiller, recueillir des informations, examiner une question.
- ❖ L'entretien non structuré, est utilisé quand « *la demande du patient ne porte pas sur un problème précis à résoudre mais sur une situation difficile avec lequel il doit apprendre à vivre* ». Cela peut tout à fait être le cas pour la femme en demande d'IVG, dans une certaine ambivalence. Le patient retire de cet entretien, un appui, un étayage, une référence, un lieu qui lui permet de se situer, de se reconnaître, de s'accepter. C'est par exemple le cas de mademoiselle C.

- Quatre conditions :

- ❖ L'entretien unique, quand la rencontre avec le patient est unique. C'est le cas de l'infirmière de chirurgie de jour (en chirurgie ambulatoire lors des aspirations sous anesthésie générale) ou dans le cas d'une orientation. C'est le plus souvent un entretien très structuré, qui demande une certaine habileté de façon à cerner rapidement les besoins du patient tout en instaurant un climat de confiance.
- ❖ L'entretien de solution de problème, « *renvoie à la démarche de soin classique...l'infirmière peut prodiguer un enseignement sur des situations de santé...* » C'est une partie de cette technique qui est utilisée dans le cas de mademoiselle A.
- ❖ L'entretien de soutien émotif et de situation de crise, « *le patient manifeste avant tout le besoin d'être compris...l'infirmier centre ses interventions sur la reconnaissance et l'accompagnement des processus psychologiques présents* ». C'est un outil régulièrement utilisé dans l'accompagnement de la femme en demande d'IVG, dans les situations de violences conjugales, mais aussi avec les femmes qui découvrent une pathologie comme une IST (chlamydiae, gonocoques ou HPV, le plus souvent dans notre cas).

- ❖ les entretiens fréquents et de courtes durées souvent utilisés dans les services de soins généraux où tout au long de la journée l'infirmier va pouvoir, à plusieurs reprises, lors des soins mais aussi lors des situations banales de la vie quotidienne, établir une relation d'aide privilégiée avec le patient.

On peut donc affirmer que l'entretien infirmier n'est pas une conversation, ni un interrogatoire. Il exige des connaissances théoriques mais aussi une grande pratique. L'infirmière ne peut que progresser si elle partage son vécu avec d'autres professionnels. Elle doit aussi pouvoir réfléchir sur ses pratiques et dans le cas de Bicêtre les réunions de supervision vont l'aider à acquérir des compétences spécifiques aux situations le plus souvent rencontrées : les mineures, les IVG itératives, les violences conjugales...

Comme le dit Christine Fabre-Centogambe²³, il n'y a pas « d'un côté les infirmiers techniciens et de l'autre les infirmiers éducateurs ». L'infirmière mène conjointement des actions du rôle propre, et des actions du rôle délégué, sur prescription médicale.

Les cas concrets présentés, permettent de démontrer que l'infirmière peut agir en amont, ou en aval de la consultation médicale, elle peut aussi avoir des actions et des prises en charge en totale autonomie. Elle a aussi une action en collaboration. Les méthodes de consueing en contraception sont pratiquées par l'ensemble des acteurs. Ce conseil en contraception, individualisé, va être débuté avec le médecin et poursuivi avec les infirmières ou vice et versa.

Les activités infirmières listées font toutes parties du décret du 29 juillet 2004. Certaines compétences sont renforcées par l'expérience, d'autre par des formations complémentaires.

En regard du référentiel du diplôme infirmier, on peut s'apercevoir que sur les dix compétences définies, neuf s'appliquent dans le cadre du rôle infirmier au centre d'orthogénie de Bicêtre. Quatre compétences « cœur de métier » sur cinq et cinq compétences « transverses » sur cinq sont mises en évidence par ce travail. Seule la compétence, « accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens » ne peut être appliquée.

Il ne faut pas omettre de préciser, que l'infirmière fait partie d'une équipe. Ses actions, ses projets de soins sont validés lors de réunion de service, au décours de réunion de supervision. Elle participe à une prise en charge globale, dans le partage d'une philosophie de soin avec les autres acteurs du centre d'orthogénie. Elle est parfois le lien entre les autres intervenants, qui peuvent ne pas se rencontrer, dans la prise en charge d'une patiente.

²³ La consultation infirmière, revue objectif soins, mars 2004

CONCLUSION

Au centre d'orthogénie de Bicêtre, l'infirmier assume une grande variété de tâches. S'il n'est pas seul à assumer ces activités, il y est particulièrement confronté par le fait que, contrairement aux membres de l'équipe (médecins, psychologues, assistant social), il travaille à plein temps. Ainsi, de cette spécificité, l'infirmier au centre de Bicêtre, doit faire face à une diversité importante de demandes, en fonction des limites de ses compétences. Afin de répondre à cette polyvalence, il a dû développer des capacités spécifiques, notamment en matière d'observations, d'évaluations et d'analyses des situations cliniques. Si l'expérience en la matière est un atout majeur, désormais le décret de compétence, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier lui reconnaît ce rôle. Celui-ci donne une place à part entière à cette catégorie de personnel dans la dynamique de soins. Si cette place est actuellement reconnue au centre d'orthogénie de Bicêtre, une certitude reste : seul le travail en équipe pluridisciplinaire permet aux couples, aux femmes, une prise en charge optimum.

Ainsi, il n'est pas question que l'infirmier fasse valoir son rôle au détriment de celui des autres, mais d'accepter l'entière responsabilité de sa fonction spécifique. A l'heure où l'on commence à évoquer la consultation infirmière, peut être peut on affirmer que la consultation infirmière d'orthogénie existe, qu'elle a toute sa place dans une équipe comme celle de Bicêtre.

Elle est définie comme « une prestation qui consiste à informer, conseiller, éduquer un patient ou son entourage en matière de santé et de soins infirmiers. La consultation est réalisée en milieu hospitalier, soit sur prescription médicale, soit à la demande du patient ou des infirmières »²⁴. Elle a comme fonction d'assurer des soins de prévention, d'éducation et de soutien psychologique.

L'infirmier d'orthogénie se doit d'assumer pleinement son savoir faire et son savoir être dans cette époque de mouvance en matière d'IVG et de contraception (réseaux ville hôpital par rapport à l'IVG médicamenteuse, Pass contraception ou renouvellement de la prescription de contraception orale).

L'infirmier saura t-il saisir ce tournant ? Comment l'infirmier diplômé d'état peut-il être soutenu par l'équipe pour valoriser ses compétences ?

²⁴ R Magon : dictionnaire des soins infirmiers. AMIEC, 1998

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

- Madeleine LEVEAU-FERNANDEZ, *Histoire du Kremlin Bicêtre, identité d'une ville*, édité par la ville du Kremlin Bicêtre.
- Ljiljana JOVIC, *La Consultation infirmière à l'Hôpital*, éditions ENSP, mai 2002
- Katy LE NEURES, *Réussir la démarche de soins, Méthodologie et applications*, édition Masson
- Marlène BLONDEL, Véronique LEJEUNE, *Gynécologie obstétrique et soins infirmiers*, éditions Lamarre module 15
- R MAGNON, *Dictionnaire des Soins Infirmiers*, AMIEC 1998

REVUES.

- Dossier, « la clinique infirmière une réalité en devenir », revue Soins n° 684 année 2004, pp26-59
- Dominique LEBOEUF, « Consultation infirmière enjeu et perspective », revue Soins, Vol 51, N°707 –aout 2006 p61
- Christine FABRE-CENTOGAMBE, « La consultation infirmière », revue Objectif soins, mars 2004,
- Sylvie WARNET, « De plus en plus d'IVG chez les moins de 20 ans », revue La revue de l'infirmière, Vol 57, n° 145 - novembre 2008 p10
- Dossier« Les compétences infirmières et la formation initiale », revue Soins, tirage à part 2009

LOIS

- Loi du janvier 1975 relative à l'Interruption volontaire de grossesse
- Loi du 13 juillet 2000 et du protocole nationale du 27 mars 2001, relatifs à la contraception d'urgence : article 24, décret janvier 2002
- Loi du 4 juillet 2001 relative à l'Interruption volontaire de grossesse et la contraception
- Loi du 4 mars 2002, ART.L.1111-2 (loi Kouchner)
- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
- article L4311-1 du code de la santé publique, modifié par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 – art 88
- Arrêté du 25 mai 2010 fixant la liste des médicaments contraceptifs oraux visée aux articles L. 4311-1 et L. 5125-23-1 du code de la santé publique

SITE

- [www.ancic.asso.fr/professionnels/accompagnement de femme au cours de l'IVG au CIVG de Bicêtre](http://www.ancic.asso.fr/professionnels/accompagnement%20de%20femme%20au%20cours%20de%20l%27IVG%20au%20CIVG%20de%20Bicetre), *.BOULANGER - L COLLIOUD - C. DELPECH-KERMAIDIC - Dr D. PLATEAUX* - (Journées de Bobigny Mai 95)
- www.serpsy/piste-recherche/entretien_index.html, approche technique de l'entretien infirmier, D. Friard, 2003

ANNEXES

- I. Aspiration sous anesthésie locale, rôle de l'IDE, Claudine Delpech
- II. L'accompagnement de la femme au cours de l'IVG au CIVG de Bicêtre, journée de l'ANCIC, Bobigny, mai 1994
- III. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à la profession d'infirmier, chapitre I, section I
- IV. Arrêté du 25 mai 2010 fixant la liste des médicaments contraceptifs oraux
- V. Fiche de compte rendu de l'entretien infirmier, centre d'orthogénie de Bicêtre
- VI. Document du centre d'orthogénie de Bicêtre, « fiche de rendez vous post IVG par aspiration, conduite à tenir »
- VII. Copie d'un article du journal « l'Humanité » du 12 mai 1978 : deux an et demi pour un centre d'avortement,
- VIII. B.O de l'Education Nationale, HS N° 1 du 6 janvier 2000, « contraception d'urgence dans les écoles et les EPLE
- IX. Fiches anatomiques, outils des infirmières du centre d'orthogénie de Bicêtre.

ANNEXE I

ASPIRATION SOUS ANESTHESIE LOCALE, ROLE DE L'INFIRMIERE

Claudine DELPECH, infirmière du centre d'orthogénie de l'Hôpital Bicêtre

16 janvier 2003

Même si elles ont choisi d'être réveillée pendant leur intervention, les femmes que j'accompagne lors de leur IVG par aspiration sous anesthésie locale, n'en ressentent pas moins, pour la plupart, une angoisse.

Quel est alors le rôle de l'infirmière ?

Une première rencontre avec la femme quelques jours plus tôt, a permis dans la plupart des cas d'établir avec elle une relation de confiance. Le jour de l'IVG, la présence de l'infirmière se veut rassurante. Attentive à ce qui se dit, se tait, se crie ou fait grimacer. Proximité chaleureuse ou distance qu'elle me demande de garder, je dois m'adapter à chacune. Expliquer, savoir me taire pour permettre la parole, tenter d'apaiser par des mots ou des gestes les éventuelles douleurs physiques et psychiques.

Je les invite alors à respirer lentement avec moi pour se détendre et favoriser ainsi le bon déroulement de l'intervention. Car si je n'effectue aucun geste technique, n'aide nullement le médecin dans ses gestes, ma présence doit permettre l au moment de l'acte, le bon déroulement de l'intervention.

Elles peuvent avouer leur désarroi, leurs peurs, leur culpabilité. Ces affects qui n'ont parfois pas pu s'exprimer auparavant peuvent me surprendre. Il s'agit de les entendre, d'accepter au moment de l'aspiration le débordement d'émotions qu'elles cachent parfois en retenant leurs larmes.

Je me situe là en tant qu'actrice dans leur parcours tout en restant vigilante à ne pas être voyeuse.

Dans ce moment particulier, s'exprime un double langage : corporel et verbal. Témoin de ce qui se dit, se tait ou s'exprime par les gestes, je m'autorise après l'intervention à renvoyer aux femmes ce que j'ai perçu de leur souffrance, de leur silence, leur peur ou leur tranquillité. Je les invite ainsi, juste après dans la salle ou dans la chambre, si elles le souhaitent, à exprimer leur vécu, leur ressenti.

J'ouvre ainsi à nouveau un espace de parole, qu'elles peuvent saisir ou ignorer selon les cas. Le principal étant de leur laisser la possibilité **d'une mise en MOTS de leurs MAUX.**

ANNEXE II

L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FEMME AU COURS DE L'IVG AU CIVG de
BICETRE

Journée de l'ANCIC Bobigny, mai 1994

*Patricia BOULANGER, Laurence COLLIOUD, Claudine DELPECH KERMAIDIC,
Infirmières
DR Dominique PLATEAUX*

Présentation du centre

Le centre de contraception et d'Interruption Volontaire de Grossesse de l'hôpital Bicêtre est un centre autonome fonctionnant depuis 1978. Un praticien hospitalier, une psychologue, une sage-femme conseillère conjugale, une assistante sociale et une aide-soignante y travaillent à mi-temps, cinq médecins sont vacataires et trois infirmières y travaillent à temps plein. Tous les membres de l'équipe ont choisi d'exercer leur profession dans ce centre. On pratique environ 900 IVG par an, le RU 486 représente plus d'un quart de l'activité IVG. Six rendez-vous par semaine sont proposés pour le RU, dix pour les anesthésies générales, huit pour les anesthésies locales. Nos possibilités sont limitées par des locaux exigus, nous ne disposons que d'une seule chambre à deux lits.

Introduction

Nous avons participé aux premières expérimentations du RU en 1985 et nous avons alors découvert une nouvelle technique à laquelle il a fallu nous adapter. Il nous est rapidement apparu que cette méthode nécessitait une prise en charge différente de celle de l'aspiration, un accompagnement spécifique tout au long des différentes étapes du processus.

Cet accompagnement débute dès la prise du rendez-vous, il se poursuit lors de l'entretien et de la consultation, de la première et de la deuxième prise des comprimés et se termine au moment du contrôle. Nous détaillerons plus précisément comme il nous l'a été demandé la place de l'infirmière dans cet accompagnement tout en étant conscientes que chacun dans sa fonction y joue un rôle.

Déroulement

I / La prise de rendez-vous

Lors de la prise du rendez-vous, nous remarquons souvent un décalage entre ce que la femme sait et attend de la méthode et la réalité de celle-ci. On entend souvent : " c'est juste des comprimés, pourquoi une hospitalisation ? C'est douloureux ? Pourquoi plusieurs rendez-vous ? ".

Ainsi notre première tâche consiste à énoncer les différentes étapes de l'IVG et aborder le vécu de la méthode.

Il nous semble indispensable de préciser la réalité dès ce premier contact, d'une part pour l'organisation de nos rendez-vous, d'autre part parce que ces rendez-vous sont souvent sollicités dans l'urgence : "parce que c'est tout petit" disent-elles, que leur médecin leur a dit de faire vite.

Une écoute privilégiée est très importante dès ce moment puisque dans certains cas elle ne nous permet d'entendre chez la femme un déni d'IVG : "ne pas faire d'IVG, des comprimés

pour faire revenir les règles" et donc de repérer un déni possible de la réalité de la grossesse. On entend également parfois "j'ai déjà fait une IVG, je veux un RU".

Après ce premier échange, certaines femmes confirment leur choix initial, d'autres réalisent que cette méthode est plus compliquée qu'elles ne l'envisageaient et s'orientent vers l'aspiration.

L'entretien effectué quelques jours plus tard reprend tous ces éléments et aide la femme à élaborer la réflexion nécessaire à sa demande d'IVG.

Les conseillères constatent lors de cet entretien que les femmes ont une difficulté à se centrer sur la réalité de la grossesse. Elles parlent souvent de : " faire une fausse couche, voir les règles revenir... ". Il faut les ramener à la réalité, ne pas les suivre dans leur précipitation mais les aider à soulever le voile de leur histoire afin de les éclairer sur ce qu'elles nomment si souvent " l'accident ".

Une description objective de la méthode, l'écoute de leurs motivations : " c'est plus naturel, moins traumatisant, on ne me touche pas " permettra que leur choix ne se fasse plus dans l'urgence mais dans la réflexion.

La consultation avec l'examen gynécologique et l'interrogatoire médical permet une confrontation directe au corps qui rappelle la femme à la réalité physique de l'IVG. Il arrive alors que certaines décident d'une autre méthode.

II / La prise des comprimés

La prise des premiers comprimés a lieu quelques jours après la consultation. Si cette méthode doit être réalisée très tôt dans la grossesse, elle ne doit pas l'être dans l'urgence.

En effet, la femme a besoin d'un minimum de temps pour prendre conscience de sa grossesse puis pour se préparer à l'interrompre.

Ainsi elle peut laisser libre cours à ses réflexions, interrogations et émotions sur sa situation. Quelquefois les femmes ne sont pas prêtes psychologiquement à prendre les comprimés le jour prévu même si leur décision d'IVG est claire : " je n'ai pas le choix, mais je ne peux pas aujourd'hui ", et il nous arrive et il leur arrive de différer l'IVG.

Dans notre centre, l'infirmière donne les comprimés à la femme et permet par ce geste que l'IVG se réalise (contrairement à l'aspiration où c'est le médecin qui agit). Une plus grande implication nous est demandée.

" Les médicaments, pilules " comme elles les appellent parfois ne sont pas toujours avalés avec facilité.

Pris les trois ensembles l'un après l'autre, avec peu ou beaucoup d'eau, du bout des lèvres ou au fond de la gorge, lentement ou rapidement, ils ont parfois du mal à être ingurgités. " Ça ne passe pas, ils sont gros, il faut que je prenne les trois ensembles ? Et si je vomis ? ".

Ce qu'elles peuvent dire au moment d'avalier révèle l'importance psychique de l'acte par rapport à la banalité du geste. Il est même arrivé que quelques femmes parlent de " poison ". L'idée de mort n'est parfois pas très loin : Madame M. évoquait le décès de sa mère à ce moment-là.

L'écoute est très importante. Il s'agit d'entendre les éventuelles angoisses, permettre à la femme de s'exprimer sur son ressenti, dans la mesure où on la sent prête et/ou à craquer, l'aider à formuler son éventuelle culpabilité.

Moment d'intimité, nous sommes là les garants, les témoins, les complices, comme peuvent le dire certaines femmes, de cette IVG. Nous pouvons entendre dans ce mot fort "proximité", "aide chaleureuse". La distance et les mots justes sont alors très importants à trouver.

Certaines repartent très rapidement après, vaquer à leurs occupations professionnelles ou familiales pour continuer comme si de rien n'était, sans avoir voulu ou pu s'exprimer. Ainsi

cette femme pour qui la décision d'IVG était claire depuis le départ : "pas de place pour un enfant dans sa vie de couple" et qui après avoir avalé les comprimés sans hésitation, a fait part d'angoisses inattendues, et a déclaré "on va peut-être regretter ce bébé".

III / L'hospitalisation

Quarante-huit heures après, la femme revient pour l'hospitalisation et est prise en charge par la même infirmière. Nous lui proposons de s'installer dans une chambre où un lit et un fauteuil sont à sa disposition.

Que s'est-il passé durant ces quarante-huit heures ?

"J'ai commencé à saigner, j'ai eu mal au ventre, des nausées, je suis fatiguée. Il ne s'est rien passé, est-ce normal ?"

Comment imaginent-elles l'hospitalisation ? Que redoutent-elles ? Et qu'est-ce qui se cache derrière ces craintes ? Autant de questions auxquelles on les aidera dans la mesure du possible à répondre.

Durant les trois heures d'hospitalisation, nous sommes attentives à intervenir en fonction de chaque situation.

Certes, présente auprès de celles qui sont en demande évidente : douleurs, nausées, mais aussi auprès d'autres plus silencieuses.

Les douleurs physiques variables, allant de l'absence totale de douleurs à des douleurs très fortes, sont à considérer aussi comme l'expression possible d'une souffrance psychique.

En fonction de ce critère et en accord avec la femme, nous allons mettre en œuvre un certain nombre de moyens destinés à l'apaiser.

Parallèlement à une réponse médicale par antalgique, nous allons essayer de l'aider à se détendre, la douleur forte étant souvent associée à l'anxiété.

Nous lui proposons alors des exercices de respiration et/ou de sophrologie, de la musique relaxante, la diffusion d'huiles essentielles. Lorsque les douleurs s'estompent, il est important de lui permettre de s'exprimer dans la mesure du possible sur son anxiété.

Celles plus nombreuses chez qui la douleur est inexistante ou presque, sont parfois inquiètes que cela se passe trop bien " je n'ai pas mal, je n'ai pas aussi mal que ma voisine, est-ce que cela va quand même marcher ? ".

Même source d'inquiétude, les métrorragies qui tardent à apparaître " et si je ne saigne pas... ? ".

Lorsqu'elles surviennent brutalement et sont abondantes, la femme nous interroge. Il faut alors être à présente et entendre ce qu'elle dit : " ça y est, j'ai mes règles " ... " je ne vais pas me vider ? Faire une hémorragie ? "....

L'inquiétude peut être présente d'où la nécessité de rassurer. La prise de conscience que l'expulsion peut être imminente amène parfois des questions comme " vais-je voir et que vais-je voir ? ". La réalité de l'IVG apparaît parfois seulement à ce moment là. Certaines femmes préfèrent vérifier avec nous que l'expulsion a bien eu lieu pour se rassurer, d'autres plus nombreuses ne souhaitent " pas voir " et nous respectons leur désir.

L'hospitalisation peut paraître longue pour certaines femmes impatientes de partir, d'autres au contraire restent au centre au-delà du temps prévu comme si le retour chez elles était difficile : " je vais être seule chez moi, mes parents ne sont pas au courant ".

Du silence au flot de paroles, de l'absence de manifestations douloureuses à la douleur aiguë, du repli à l'expression physique des sentiments et émotions toutes les attitudes sont possibles et nous devons les respecter et les accepter comme faisant partie de l'histoire de la femme.

Qu'elles aient pu sentir une présence rassurante, trouvé en nous une écoute bienveillante, et non une surprotection et qu'elles aient senti que leurs émotions avaient été écoutées, notre rôle est alors rempli même si l'accompagnement se terminera réellement au moment du contrôle.

IV / Post hospitalisation et contrôle

Les femmes téléphonent peu pendant les quinze jours suivant l'IVG. Le contact est souvent rétabli au moment de la prise de sang de contrôle par l'infirmière qui s'est occupée de la femme.

À distance de l'IVG, les femmes reparlent alors de leur vécu. Certaines ont été surprises par l'abondance des saignements, d'autres marquées par l'importance des douleurs ou satisfaites de leur absence, ou encore comme Madame T. " déçue de ne pas avoir eu assez mal ".

Elles sont pour la plupart soulagées et confiantes " avec tout ce que j'ai perdu, je ne me sens plus enceinte " et attendent la consultation sans trop d'inquiétude. D'autres font une sorte de bilan comme cette femme pour qui le vécu du RU a fait prendre conscience de la violence qu'elle s'infligeait et de son désir d'entamer une psychothérapie.

La consultation de contrôle est en principe la dernière étape de l'IVG.

Le médecin confirme le plus souvent le succès de la méthode. Cela ne signifie pas que tout est terminé pour la femme.

Le travail de deuil est un processus plus ou moins long ; le vécu de cette " IVG au ralenti " paraît le favoriser.

Quoiqu'il en soit et comme pour toute IVG, un entretien " post " peut-être proposé.

Conclusion

À l'écoute de cet exposé, on peut s'étonner des difficultés que soulève le RU.

Cette méthode qui paraissait au départ si simple, rapide, n'en reste pas moins une IVG à part entière. Sœur cadette de l'aspiration, leur ressemblance vient de leur origine : la grossesse.

Le RU n'est pas forcément la meilleure méthode mais un choix supplémentaire que la femme fait en fonction de son histoire et de sa personnalité.

Certaines femmes sont tentées de choisir le RU comme moyen d'occulter la grossesse et l'IVG.

Mais en fait que leur offre cette méthode ?

Certes un déni si elles le souhaitent mais la lenteur du processus les invite à une confrontation à la réalité de l'événement qu'il est difficile d'éviter.

Notre accompagnement tend à permettre cette confrontation dans le respect des souhaits et des possibilités de chaque femme.

L'infirmière à une place privilégiée : ses compétences lui permettent de recevoir les paroles et de soulager les maux.

Certains pourraient penser que l'on en fait trop, envisageraient même de supprimer l'hospitalisation. Mais qui du soignant ou de la femme en trouverait bénéfice ?

ANNEXE V

	Date de la consultation
	Terme échographique
	Date de l'entretien infirmier

Age Si mineure : Accompagnant

Médecin consultant	Infirmière	Psychologue	Assistante Sociale

Choix de la méthode :

Entourage/ environnement :

Contraception ?

Avant cette grossesse

Après cette grossesse

Organisation de l'IVG

- | | | | |
|--|---|-------------|--|
| <input type="checkbox"/> Anesthésie générale | } | Dilatateurs | <input type="checkbox"/> Mifégyne..... |
| <input type="checkbox"/> Cs° anesthésie le | | | <input type="checkbox"/> Cytotec |
| <input type="checkbox"/> Anesthésie locale | | | |

Pré-admission : Faite / Non faite

Prélèvements sanguins : NFS Hémostase Groupe Rhésus (Copie dans le dossier)
Autres

RDV de contrôle.....

Transmissions ciblées :

.....
.....

ANNEXE VI

ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE PARIS

Centre d'orthogénie
 Hôpital de Bicêtre
 78, rue du Général Leclerc
 94270 Le Kremlin Bicêtre
 Tel : 01 45 21 22 15
 Fax : 01 45 21 20 72

Lundi et mercredi de 8h30 à 17h
 Mardi et jeudi de 8h30 à 19h
 Vendredi de 8h30 à 13h

Infirmière Référente.....

Madame, Mademoiselle,

Vous venez de pratiquer une interruption de grossesse

- Des saignements d'abondance variable peuvent persister jusqu'à 15 jours après l'IVG et être accompagnés de caillots. Il est également possible qu'il n'y ait pas de saignements.
- Si quelques jours après l'IVG, des douleurs surviennent
 1. Prenez votre température
 2. Si vous avez moins de 38°C, prenez les médicaments que vous avez l'habitude de prendre, Paracétamol, Ibuprofène, spafon...
 3. En fièvres, à partir de 38°C et/ou de douleurs persistantes, contactez nous.
- Eviter pendant une semaine, bains, tampons et rapports sexuels
- La contraception est à débiter jours après l'IVG, soit

La visite de contrôle a lieu le

A

Avec le Docteur

Si vous ne pouvez pas venir, merci de nous prévenir

Si un problème vous inquiète, n'hésitez pas à téléphoner au centre d'orthogénie.

En cas d'urgence, pendant les horaires de fermeture du service, vous pouvez vous rendre aux urgences gynécologiques du CHU de Bicêtre à la porte 29

ANNEXE IX

