
UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

FACULTE DE SANTÉ



Année 2024-2025

Charlène Cléry

L'appropriation de l'IVG instrumentale par les sages-femmes : retours d'expérience après la formation et la mise en pratique
--

MEMOIRE POUR LE DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE REGULATION DES
NAISSANCES : ORTHOGENIE SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUE, CONTRACEPTION, IVG,
PREVENTION DES RISQUES LIÉS À LA SEXUALITÉ

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tenais à remercier les coordinatrices de ce DIU « régulation des naissances », Nathalie Trignol- Viguiet et Sophie Gaudu pour l'enseignement qualitatif et passionnant dans le cadre de ce DIU.

Je remercie également les enseignants de ce DIU pour la richesse de leurs échanges et de leurs apports de connaissances.

Enfin, je tenais à remercier Flora et Axelle, collègues de la promotion 2024-2025 ce DIU, pour leur soutien durant cette année scolaire.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	5
-----------------	---

INTRODUCTION	6
--------------------	---

1. Cadre conceptuel	6
---------------------------	---

1.1. Cadre législatif	6
-----------------------------	---

1.2. IVG médicamenteuse et instrumentale	7
--	---

1.3. Extension des compétences en orthogénie pour le métier de sage-femme	9
---	---

1.4. Sage-femme et IVG instrumentale	10
--	----

2. Problématique	13
------------------------	----

3. Objectifs	13
--------------------	----

3.1. Objectif principal	13
-------------------------------	----

3.2. Objectifs secondaires	14
----------------------------------	----

MATERIEL ET METHODE	14
---------------------------	----

MATERIEL	14
----------------	----

1. Type d'étude	14
-----------------------	----

2. Population	14
---------------------	----

3. Faisabilité et mode de recrutement	14
---	----

METHODE	15
---------------	----

4. Outil de recueil	15
---------------------------	----

4.1. Type d'entretiens	15
------------------------------	----

4.2. Guide d'entretiens	15
-------------------------------	----

5. Analyse des entretiens	15
---------------------------------	----

6. Aspects réglementaires	15
---------------------------------	----

RESULTATS	16
-----------------	----

1. Description de la population étudiée.....	16
2. Résultats de l'étude	18
2.1. Des sages-femmes engagées.....	18
2.2. Expérimentation de l'IVG instrumentale par les sages-femmes	18
2.3. La pratique en autonomie	25
2.4. Décret relatif à la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes.....	31
2.5. Avenir professionnel	32
DISCUSSION	33
1. Analyse des points forts et des limites de l'étude.....	33
1.1. Points forts de l'étude.....	33
2. Analyse des résultats	34
2.1. Apprentissage et formation.....	34
2.2. Une prise en charge globale des patientes souhaitée : entre désir et réalité	36
2.2. Un décret jugé limitant.....	39
3. Perspectives	40
CONCLUSION.....	42
BIBLIOGRAPHIE	44
ANNEXES	51

GLOSSAIRE

ANCIC : Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception

ANSFO : Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes

ARS : Agence Régionale de Santé

CNGOF : Conseil National des Gynécologues-Obstétriciens Français

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CPP : Centre Périnatal de Proximité

DA : Délivrance Artificielle

DIU : Diplôme Inter- Universitaire

DU : Diplôme d'Université

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

FCS : Fausse Couche Spontanée

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

UNSSF : Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes

REVHO : Réseau Ville Hôpital

RU : Révision Utérine

SA : Semaines d'Aménorrhée

INTRODUCTION

1. Cadre conceptuel

1.1.Cadre législatif

En France, l'IVG est un droit et concerne 1 femme sur 3. L'IVG a été dépénalisée en 1975 avec la loi Veil permettant un encadrement de celle-ci à travers des textes de loi. Auparavant, l'avortement était répressible et les femmes avortaient donc de façon clandestine. La France fait partie des 25 sur les 27 États de l'Union Européenne où l'IVG est dépénalisée sans besoin de justification de la part de la femme qui décide d'y recourir (1).

Avec la loi Veil de 1975, l'IVG ne peut être pratiquée que jusqu'à 10 semaines de grossesse et uniquement par un médecin, dans un centre de santé agréé (2,3). Par la suite, les lois encadrant le recours à l'IVG évoluent considérablement et font passer le délai de recours à l'IVG à 12 semaines de grossesse avec la loi du 4 juillet 2001 (4) et désormais à 14 semaines de grossesse avec la loi Albanie Gaillot du 02 mars 2022 (5). L'IVG est en France, un enjeu de santé publique, au cœur des débats politiques. Le 8 mars 2024, la liberté de recourir à une IVG est inscrite dans la Constitution française et par conséquent, aucune loi française ne peut remettre en cause cette liberté (6). En revanche, dans de nombreux pays, l'IVG est fortement menacée. En effet, dans plusieurs pays, l'IVG est restreinte voire interdite. C'est le cas aux États-Unis ; le 24 juin 2022, les juges de la Cour Suprême ont abrogé l'arrêt Roe vs Wade qui garantissait le droit à l'avortement dans la Constitution (7). Ainsi, le maintien du droit à l'IVG est loin d'être garanti dans le temps comme on peut notamment le constater en Europe : en Pologne, depuis janvier 2021, l'IVG n'est autorisée qu'en cas de viol ou de danger pour la vie de la mère. Les législations concernant l'IVG évoluent dans le temps et dépendent des gouvernements ainsi que de l'opinion publique (1).

1.2.IVG médicamenteuse et instrumentale

L'IVG peut se réaliser selon 2 méthodes : la méthode médicamenteuse et la méthode dite instrumentale. La prise de médicaments concernant la méthode médicamenteuse peut se réaliser en établissement de santé, en centre de santé, en centre de santé sexuelle, en cabinet de ville ainsi qu'à travers une téléconsultation. En revanche, l'IVG instrumentale ne peut être réalisée qu'en établissement de santé et en centre de santé/ centre de santé sexuelle. L'IVG instrumentale réalisée en centre de santé sous anesthésie locale est possible depuis 2021 et ne peut être pratiquée que par un médecin (8). 41 % des IVG ont été réalisées hors établissement de santé en 2023 (9).

Le choix de la méthode va dépendre du stade de la grossesse mais aussi surtout du choix de la patiente. L'HAS, selon son protocole IVG de 2021 (10), préconise le recours à l'IVG médicamenteuse jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée révolues. Passé ce délai, c'est-à-dire de 9 semaines d'aménorrhée à 14 semaines d'aménorrhée, l'HAS préconise l'IVG instrumentale. Cependant, avec la loi récente Albane Gaillot du 02 mars 2022 allongeant le délai de l'IVG à 16 semaines d'aménorrhée, aucune recommandation n'a été mise en évidence au niveau national concernant les IVG de 14 à 16 semaines d'aménorrhée. Les établissements de santé ont donc mis en place leurs propres protocoles de santé concernant les IVG tardives. Ces protocoles ne sont donc pas uniformes et varient d'un établissement à l'autre.

On considère que les IVG médicamenteuses représentent plus des trois quarts des IVG. L'IVG médicamenteuse peut être réalisée dans le cadre de la médecine de ville (cabinet libéral, centre de santé, centre de santé sexuelle) seulement si le médecin ou la sage-femme a conclu une convention avec un établissement de santé (11). L'IVG médicamenteuse consiste en la prise orale séquentielle d'un anti-progestérone et d'un analogue de prostaglandine. Cette méthode est efficace à 95 % (12). Par ailleurs, l'IVG médicamenteuse peut être réalisée à travers la

téléconsultation (13). Les complications possibles relatives à l'IVG médicamenteuse sont les suivantes :

- L'hémorragie utérine représentant moins de 3% des IVG médicamenteuses
- La rétention utérine évaluée entre 2,5 et 6% (14).

Quant à elle, l'IVG instrumentale « peut être pratiquée par un médecin dans un établissement de santé ou un centre de santé autorisé ou par une sage-femme formée exerçant en établissement de santé pour ceux réalisant cette pratique » (11). Elle se réalise sous anesthésie locale ou générale en fonction de l'offre de soins et du choix de la patiente. Quelques établissements développent des « salles blanches », pour réaliser les IVG instrumentales sous anesthésie locale. L'IVG instrumentale consiste en l'aspiration du contenu utérin par une canule insérée par le médecin ou la sage-femme après dilatation du col utérin. Elle est efficace à 99,7% (12). Les complications possibles de cette méthode peuvent être :

- Les lésions cervicales traumatiques, estimées à 1% des aspirations ;
- La perforation utérine de l'ordre de 0,01 à 2 % des interventions ;
- L'hémorragie utérine représentant moins de 1,5% des aspirations ;
- Les synéchies utérines estimées à moins de 7% dans le cadre d'une aspiration (14).

Ainsi, les complications de l'IVG, peu importe la méthode, sont rares.

Concernant ces 2 méthodes différentes, la demande d'IVG est la même et se déroule en 2 temps (12) :

- Dans un premier temps, une consultation d'information est effectuée afin de présenter les différentes méthodes d'IVG, la réalisation ainsi que les risques et complications possibles.

- Dans un deuxième temps, le consentement écrit de demande d'avortement est remis au médecin ou à la sage-femme. C'est à ce moment-là qu'est choisie la méthode d'IVG, la méthode d'analgésie ainsi que le lieu de réalisation.

Depuis la loi Albanie Gaillot du 2 mars 2022, il n'existe plus de délai de réflexion imposé. Ainsi, une femme peut choisir de réaliser la consultation d'information et la remise du consentement écrit sur le même temps de consultation (12).

1.3.Extension des compétences en orthogénie pour le métier de sage-femme

Comme évoqué ci-dessus, les médecins et sages-femmes sont acteurs de la santé gynécologique des femmes en participant à la prise en charge de l'IVG, médicamenteuse et instrumentale. Mais cela n'a pas toujours été le cas. Jusqu'en 2016, seuls les médecins pouvaient réaliser des IVG. C'est cette année-là, avec la loi que les sages-femmes se voient confier la prise en charge des IVG médicamenteuses (15). En effet, les conditions d'accès à l'IVG sont compliquées et certaines femmes peinent à trouver un rendez-vous. Le rapport de la DREES de juin 2017 portant sur l'année 2016 dresse une inégalité territoriale en France concernant l'IVG. En effet, la prise en charge de l'IVG varie d'une région à l'autre et est dépendante du nombre de praticiens ainsi que du nombre d'établissements de santé proposant l'IVG (16). Cependant, malgré cette ouverture aux sages-femmes, l'accès à l'IVG reste inégal. Les centres et le personnel pratiquant l'IVG sont en diminution et pour ceux qui la pratiquent, peu d'entre eux réalisent des IVG tardives contraignant 3000 à 5000 femmes à partir avorter à l'étranger. Par ailleurs, certains médecins exercent une double clause de conscience spécifique à l'IVG, leur permettant de ne pas réaliser d'IVG. Le CNGOF s'est positionné récemment pour la suppression de cette clause de conscience spécifique à l'IVG qui relève d'un obstacle aux parcours de soins des femmes (17). C'est notamment pour ces raisons que le CNSOF plaide depuis plusieurs années pour la pleine compétence orthogénique par les sages-femmes, c'est-à-

dire concernant l'IVG médicamenteuse et l'IVG instrumentale (18). En 2023, les sages-femmes réalisaient 47 % des IVG soit près de la moitié des IVG en cabinet (9).

1.4.Sage-femme et IVG instrumentale

La voix des sages-femmes orthogénistes réclamant cette pleine compétence est entendue avec la loi de financement de la Sécurité Sociale du 14 décembre 2020 introduisant l'expérimentation de l'IVG instrumentale par les sages-femmes en établissement de santé pour une durée de 3 ans (19). Le décret du 30 décembre 2021 fixe les conditions : « les sages-femmes éligibles à cet acte » doivent justifier d'une expérience professionnelle spécifique adaptée constituée d'une qualification universitaire en orthogénie ou d'une expérience professionnelle préalable minimale d'un an dans le domaine de la santé de la femme dont 6 mois en orthogénie, complétée d'une formation théorique préalable de deux jours portant sur le geste chirurgical d'interruption volontaire de grossesse, ses complications et l'analgésie locale ». Cette formation théorique prévue par le décret, peut être effectuée à travers une formation universitaire spécifique en orthogénie ou à travers des formations prévues par les différents réseaux de périnatalité ou réseaux de santé en orthogénie tels que le REVHO (20). Cependant, cette formation théorique doit être complétée par une formation pratique afin d'être reconnu pleinement compétent pour la réalisation de cet acte. Les sages-femmes doivent bénéficier « d'une formation pratique constituée par l'observation d'au moins trente actes d'interruptions volontaires de grossesse par voie instrumentale, complétée par la réalisation d'au moins trente actes, en présence d'un médecin formé à cette activité et disposant d'une expérience en la matière de plus de deux ans ou ayant réalisé plus de soixante actes. » (21)

Les sages-femmes orthogénistes voient la pratique de l'IVG instrumentale comme un geste sûr et estiment être compétentes pour la réalisation de cet acte comme nous le révèlent les mémoires pour le diplôme d'État de Sage-Femme d'Héloïse Hanon (22) et de Charlène Cléry (23).

1.4.1. Expérimentation de l'IVG instrumentale par les sages-femmes

En effet, l'expérimentation de l'IVG instrumentale par les sages-femmes a pu se réaliser au niveau national du 28 octobre 2022 au 14 décembre 2023 dans différents établissements de santé retenus après un appel à projet. 26 établissements de santé français ont été retenus pour y participer selon les arrêtés du 27 octobre 2022 et du 30 décembre 2022 (24,25). Cependant, les établissements ayant obtenu l'agrément pour y participer mettent en exergue une disparité territoriale. En effet, ceux-ci se trouvent essentiellement sur le bassin parisien, en Bretagne, en région Provence Alpes Côte d'Azur et en Rhône-Alpes. A la fin de cette expérimentation, est réalisée une évaluation basée sur des rapports d'activité ainsi que sur la prise en charge et sécurité des patientes recourant à une IVG instrumentale par une sage-femme. L'évaluation finale est réalisée par le ministère de la Santé permettant ainsi de fixer les conditions nécessaires.

Cependant, dans le même temps, la loi Albane Gaillot, promulguée le 02 mars 2022 (5) vient pérenniser l'expérimentation antérieure en permettant aux sages-femmes de disposer légalement de la pratique des IVG instrumentales en établissements de santé. Mais, le décret relatif à cette loi précisant les conditions d'exercice de cette pratique par les sages-femmes, peine à être publié. Ce n'est qu'en décembre 2023, après la fin de l'expérimentation et évaluation de celle-ci, qu'est publié ce décret précisant les conditions de formation et l'expérience requise pour pratiquer l'IVG instrumentale en tant que sage-femme. Cependant, ce décret n'est pas bien reçu par les sages-femmes orthogénistes compte tenu du succès de l'expérimentation. En effet, ce décret prévoit :

- Une formation pratique reposant sur « L'observation d'au moins dix actes d'interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale » et « La réalisation d'au moins trente actes d'interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale, sous la supervision d'un médecin ou d'une sage-femme, formé à cette activité et disposant d'une

expérience en la matière de plus de deux ans ou ayant réalisé plus de soixante de ces actes. » ;

- La présence dans l'établissement « dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des soins, d'un médecin compétent en matière d'interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale, d'un gynécologue-obstétricien et d'un anesthésiste-réanimateur. Elle permet la prise en charge, sur site ou par convention avec un autre établissement de santé, des embolisations artérielles, dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des soins, par des médecins justifiant d'une formation et d'une expérience dans la pratique de ces actes. » (26)

Pourtant, la loi Albane Gaillot, en introduisant la pratique de l'IVG instrumentale aux sages-femmes, a pour but de renforcer le droit à l'avortement ainsi que de renforcer le droit des femmes à choisir la technique qu'elles souhaitent pour interrompre leur grossesse. Les conditions de ce décret imposent la présence de 3 médecins sur site ainsi que d'un médecin en capacité de réaliser des embolisations artérielles, sur site ou par convention avec un autre établissement de santé. Ces conditions requises ne sont pourtant pas retrouvées dans toutes les maternités alors que le risque hémorragique lors d'un accouchement est majoré par rapport à une IVG.

De nombreux représentants des professionnels de l'IVG dont l'ANCIC, l'ANSFO, le CNOSF, le CNGOF se sont insurgés devant cette parution de décret, incompréhensible devant le bilan positif de l'expérimentation (27). En effet, l'évaluation de l'expérimentation a pu en dresser un bilan prometteur puisque « au 15 septembre 2023, 479 IVG instrumentales avaient été réalisées par des sages-femmes, sans aucune complication grave » (28).

Le 24 avril 2024, un nouveau décret est publié au Journal officiel et assouplit les conditions d'exercice des sages-femmes pratiquant l'IVG instrumentale. En effet, celui-ci fixe les mêmes conditions de sécurité que celles appliquées aux médecins et par conséquent, les sages-femmes

peuvent réaliser des IVG instrumentales sans la supervision de médecins (29). En janvier 2025, selon l'ANSFO, 32 établissements de santé disposaient de sages-femmes pratiquant des IVG instrumentales.

1.4.2. Retours d'expérience post expérimentation

Nous avons pu voir avec le mémoire de Charlène Cléry de 2023 que lors de la mise en place de l'expérimentation, les 10 sages-femmes expérimentatrices interrogées étaient motivées et avaient pour motivation d'améliorer l'accès à l'IVG. Néanmoins, elles craignaient le geste technique ainsi que l'accueil hostile des équipes du bloc opératoire. Par ailleurs, elles témoignaient que l'expérimentation avait du mal à débuter car il a fallu réaménager les plannings, recruter du personnel volontaire, créer des protocoles et ceci avec un calendrier serré. Lors des entretiens, nous n'avions pas encore suffisamment de recul ; elles débutaient tout juste leur formation pratique et ne réalisaient pas encore les IVG instrumentales, seules. Comme évoqué dans ce mémoire de 2023, il peut être intéressant d'effectuer un retour d'expérience post-expérimentation.

2. Problématique

Comment les sages-femmes s'approprient-elles l'IVG instrumentale, de la formation à la pratique en autonomie ?

3. Objectifs

3.1.Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les ressentis et perceptions des sages-femmes ayant participé à l'expérimentation de l'IVG instrumentale, de leur formation jusqu'à la mise en œuvre pratique.

3.2.Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Identifier les leviers et freins rencontrés lors de leur formation et de leur pratique professionnelle
- Comparer les écarts entre les attentes initiales et les réalités professionnelles des sages-femmes ayant participé à l'expérimentation

MATERIEL ET METHODE

MATERIEL

1. Type d'étude

Afin de répondre à l'objectif énoncé précédemment, une étude qualitative a été menée.

2. Population

Pour répondre à notre problématique de recherche, la population étudiée est constituée de sages-femmes françaises ayant participé à l'expérimentation de l'IVG instrumentale au sein des établissements de santé sélectionnés pour y participer. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

3. Faisabilité et mode de recrutement

Les sages-femmes interrogées ont été contactées via leur adresse électronique. En effet, lors de la réalisation du mémoire pour le diplôme d'État de Sage-femme, elles avaient été recrutées de manière semi-directe par mail ou appel téléphonique. Une adresse électronique spécifique pour le mémoire avait été créée pour les contacter et collecter les différents échanges écrits avec les sages-femmes de l'étude. Nous avons donc pu récupérer les coordonnées de toutes les sages-femmes de l'étude. Par conséquent, pour la réalisation du mémoire du DIU régulation des naissances, nous les avons toutes contacté avec les adresses électroniques collectées.

Parmi les 10 sages-femmes de l'étude précédente, 7 nous ont répondu favorablement, 1 nous a répondu de manière défavorable car l'expérimentation n'avait pas abouti dans son établissement et 2 ne nous ont pas donné suite malgré les relances.

METHODE

4. Outil de recueil

4.1.Type d'entretiens

Cette étude est réalisée à l'aide d'entretiens semi-directifs, qui ont été mis en place grâce à une grille de recueil. Tous les entretiens se sont déroulés en visioconférence via l'outil « Zoom » permettant une communication orale et visuelle.

4.2.Guide d'entretiens

Les entretiens ont été effectués à l'aide d'un guide d'entretiens sous forme de grille, disponible en annexe N°1. Les questions posées ont été regroupées par thème. Ainsi, le guide d'entretien aborde les notions suivantes :

- L'exercice professionnel ;
- L'expérimentation ;
- Opinion sur le décret relatif à la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes ;
- La pratique de l'IVG instrumentale en autonomie.

5. Analyse des entretiens

Dans un premier temps, les entretiens enregistrés ont été retranscrits en intégralité. La retranscription s'est réalisée mot à mot afin de respecter la parole exacte des personnes interrogées. À la suite de cette retranscription, pour nos sept entretiens, une analyse thématique a été réalisée. En effet, lors de la première lecture, nous avons pu repérer les différents thèmes qui se présentaient dans nos entretiens. Puis, à l'aide d'une seconde lecture, nous avons identifié les mots clés en rapport avec les thèmes sélectionnés. Nous avons classé ces mots clés pour les répartir dans le tableau. L'analyse thématique nous a permis de comparer les entretiens entre eux et de les confronter pour identifier des éléments communs ainsi que divergents.

6. Aspects réglementaires

Les sages-femmes ayant participé à l'étude ont donné leur accord pour réaliser un entretien anonyme. De plus, une demande d'accord pour l'enregistrement de la visioconférence sur la plateforme Zoom était demandée à chaque début d'entretien.

Pour permettre l'anonymat des sages-femmes lors de la retranscription, elles ont été nommées de la façon suivante : sage-femme suivi d'un chiffre correspondant à l'ordre de réalisation de l'entretien (Sage-femme 1, sage-femme 2, sage-femme 3, etc).

Par ailleurs, certaines sages-femmes nous ont mentionné des données identifiantes tel que leur lieu d'exercice. Afin de garantir leur anonymat, nous avons remplacé leurs mentions par « ... ».

RESULTATS

1. Description de la population étudiée

Nous avons interrogé 7 sages-femmes françaises orthogénistes exerçant toutes en établissements de santé et pratiquant l'IVG instrumentale. Les entretiens réalisés ont duré entre 17 et 62 minutes. Ces sages-femmes proviennent d'établissements différents, qui ne seront pas révélés en raison de l'anonymat.

	Date et durée de l'entretien	Lieu d'exercice	Type d'exercice actuel	DU/DIU
Sage-femme 1	3 février 2025 (20 minutes)	Hospitalier Niveau 3	Consultations gynéco-obstétricales Consultations d'orthogénie	
Sage-femme 2	5 février 2025 (51 minutes)	Hospitalier Niveau 3	Gardes de 12 heures en service de gynécologie/orthogénie Consultations gynéco-obstétricales Consultations d'orthogénie	
Sage-femme 3	11 février 2025 (26 minutes)	Hospitalier Niveau 1	Gardes de 12 h Consultations gynéco-obstétricales Consultations d'orthogénie	DU de gynécologie

			Consultations accueil femmes victimes de violences	
Sage- femme 4	13 février 2025 (24 minutes)	Hospitalier Niveau 3	Gardes de 12 h Consultations d'orthogénie	DIU régulation des naissances
	Date et durée de l'entretien	Lieu d'exercice	Type d'exercice actuel	DU/DIU
Sage- femme 5	13 février 2025 (23 minutes)	Hospitalier Niveau 3	Consultations en centre de santé sexuelle Coordinatrice en centre de santé sexuelle	DIU régulation des naissances DIU d'acupuncture
Sage- femme 6	13 février 2025 (17 minutes)	Hospitalier Niveau 3	Consultations en centre de santé sexuelle Gardes de 12 h	DIU régulation des naissances
Sage- femme 7	22 février 2025 (62 minutes)	Hospitalier Niveau 1 CPP	Consultations gynéco- obstétricales Consultations d'orthogénie Consultations d'échographie Gardes de 12h	DIU d'échographie DU « contraception, orthogénie »

2. Résultats de l'étude

2.1.Des sages-femmes engagées

Les sages-femmes interrogées font toutes des consultations d'orthogénie mais de manière non exclusive ; en effet, ces consultations ne représentent pas un temps plein (100%), elles sont polyvalentes. Certaines effectuent encore des gardes en service de maternité et d'autres ne font que des consultations. Par ailleurs, cette place conférée à la sage-femme en service d'orthogénie a permis à la sage-femme 5 d'occuper un poste de coordinatrice en centre de santé sexuelle. On remarque également que la plupart exercent en centre hospitalier de niveau 3, permettant un apprentissage facilité. En effet, ceux-ci sont très souvent universitaires et sont caractérisés par la présence de nombreux professionnels avec une activité importante. Ainsi, cela offre un cadre pédagogique pour les sages-femmes.

2.2.Expérimentation de l'IVG instrumentale par les sages-femmes

2.2.1. Formation théorique

Dans le cadre de l'expérimentation de l'IVG instrumentale par les sages-femmes, celles-ci ont dû réaliser une formation théorique et pratique. La plupart des sages-femmes de l'étude ont pu bénéficier de la formation théorique de REVHO, un réseau proposant de multiples formations autour de l'orthogénie (30). C'est notamment le cas de la sage-femme 1,2 et 4. Les autres sages-femmes ont toutes eu également une formation théorique à l'exception de la sage-femme 5 « *je n'avais pas fait la formation du REVHO parce que je n'ai pas pris le temps de m'inscrire. Les médecins devaient nous en faire une, ils ne l'ont pas faite.* ». Globalement, cette formation théorique a répondu aux attentes des sages-femmes. Cependant, certaines auraient apprécié aborder certaines situations comme la sage-femme 2 « *j'aurais bien aimé avoir plusieurs films de réalité vraiment filmés d'un opérateur qui pratique une IVG à différents termes* » et la sage-femme 7 aurait souhaité avoir un apport théorique concernant les IVG tardives. L'IVG

instrumentale étant un acte technique, son apprentissage repose essentiellement sur la pratique comme la sage-femme 4 a pu l'exprimer *« je peux avoir la théorie, mais tant que je n'ai pas la pratique, je n'arrive pas à voir exactement et en fait elles parlaient de choses que je ne comprenais pas »*.

2.2.2. Formation pratique

Cette formation théorique est donc complétée par une formation pratique reposant sur l'observation de 30 et la réalisation de 30 IVG instrumentales. L'observation de 30 IVG instrumentales était prévue dans le décret initial puis a été réduite à 10 IVG observées avec le décret du 16 décembre 2023 (26). L'étude portée sur la mise en place de l'expérimentation de Charlène Cléry pour la réalisation de son mémoire de fin d'études en 2023, nous rapportait que les sages-femmes expérimentatrices voyaient l'observation des 30 IVG comme un obstacle dressé aux sages-femmes. La sage-femme 1 nous dit *« les 30 observations c'est clair, totalement inutile »*.

Le temps de formation varie d'une sage-femme à l'autre :

- *« 1 an »* pour la sage-femme 1 ;
- *« la formation au total a duré trois semaines, je crois, j'ai fait une semaine ou j'ai pu observer les 30 et après, j'ai fait deux semaines ou j'ai pu pratiquer de façon supervisée »* pour la sage-femme 3 ;
- *« j'avais commencé en février 2023 et jusqu'à la fin, jusqu'à fin de décembre 2023, jusqu'à ce que le décret paraisse en fait »* pour la sage-femme 4 ;
- *« on a commencé en mars je crois et ça a duré 6 mois. »* pour la sage-femme 5 ;
- *« de novembre 2023 à avril 2024 »* pour la sage-femme 6 ;
- *« ça a duré en tout trois semaines »* pour la sage-femme 7.

2.2.2.1. Une formation interrégionale

Cette différence de temps de formation s'explique notamment par le fait que les sages-femmes ont été formées dans des hôpitaux différents, avec des effectifs différents. Cependant, on remarque que la formation a duré peu de temps pour la sage-femme 3 et la sage-femme 7. Ces sages-femmes ont été formées à l'IVG instrumentale dans un hôpital « de référence » différent de celui où elles exercent « *donc je l'ai fait à l'hôpital ..., c'était quand même conseillé que ce soit là-bas, parce que c'est eux qui chapeautaient un peu la formation des sages-femmes de notre région* » pour la sage-femme 7, « *j'ai pu pratiquer de façon supervisée et je les ai faites en CHU dans un autre hôpital.* » pour la sage-femme 3. En effet, leurs hôpitaux respectifs ne réalisent que très peu d'IVG donc leur formation a été réalisée dans un CHU de proximité pour ainsi apprendre le geste et les différentes complications dans un hôpital ayant plusieurs plages dédiées à l'IVG instrumentale. L'hôpital de référence étant éloigné géographiquement, la formation a été condensée pour leur éviter de faire plusieurs allers-retours comme le témoigne la sage-femme 7 « *c'est de l'organisation du coup d'aller loin de chez soi à deux heures de temps. Voilà. Tu passes la semaine à l'hôtel mais ça se fait très bien, sans souci après.* » S'être formée en 3 semaines a été bénéfique pour cette sage-femme : « *tu y vas, tu ne fais que ça, c'est très répétitif et tu progresses très vite en compétence parce qu'il y a beaucoup d'activités* ».

2.2.3. Encadrement médical

2.2.3.1. Compagnonnage

Certaines ont été formées par les gynécologues comme c'est le cas pour la sage-femme 1, 2 et 5. Par ailleurs, les sages-femmes 5 et 6 ont pu être formées par des internes. La sage-femme 6 évoque une déception concernant sa formation pratique « *je pense qu'on n'a pas été vraiment hyper bien formé* » « *chacun fait à sa façon* ». Elle aurait aimé pratiquer avec « *un médecin vraiment expérimenté et qui a l'habitude vraiment de faire les bons gestes* ». A l'inverse, la sage-femme 7 a apprécié réaliser son apprentissage avec des internes, permettant un échange de compétences « *c'est hyper stimulant parce que tu as des internes, c'est dynamique* »

« c'étaient souvent des jeunes médecins généralistes qui étaient plus jeunes que moi et tu vois par exemple, ils ne maîtrisaient pas l'écho. Donc on échangeait vachement là-dessus ». Quant à elles, les sage-femmes 4 et 7 ont pu être formées par des médecins généralistes.

Cette collaboration entre médecin et sage-femme a été appréciée par les sages-femmes de l'étude. La sage-femme 3 nous relate « c'était chouette du coup de faire ça avec les médecins de mon équipe, un compagnonnage sur place », la sage-femme 7 « les gynécos, médecins généralistes, hommes, femmes, tous me laissaient faire et m'accueillaient presque comme s'ils étaient contents de voir des sages-femmes venir se former pour faire ça ailleurs ». Le soutien et l'acceptation des équipes encadrantes est primordial pour permettre un apprentissage dans les meilleures conditions. Cela permet ainsi une sécurité pédagogique et donne aux sages-femmes la possibilité d'acquérir cette compétence en répétant le geste plusieurs fois. Cette qualité de la formation est soulignée par la sages-femmes 1 « j'ai apprécié quand même d'avoir quelqu'un avec moi, longtemps. Et je me suis dit que si j'avais été interne, qu'on m'avait montré une fois et après débrouille toi et ça aurait été chaud », par la sage-femme 2 « c'est observer après faire à quatre mains et puis après être accompagné par un pair » et par la sage-femme 4 « les atouts, c'est que j'ai été bien encadré moi et que j'avais de beaucoup de plages. En fait, j'avais beaucoup d'occasion de faire des IVG ».

2.2.3.2. Un nouvel environnement de travail

L'accueil des équipes du bloc opératoire était une crainte des sages-femmes au début de l'expérimentation ; elles arrivaient dans un environnement méconnu, le bloc opératoire, qui est selon la sage-femme 2 « le summum de la mise en scène, je dirais du pouvoir médical, le médecin qui fait tout et tout gravite autour de l'opérateur : on le sert, on l'attend et tout dépend de lui. ». Finalement, les équipes se sont montrées accueillantes comme nous le témoignent la sage-femme 1 « les infirmières de bloc sont très contentes [...] elles apprécient, elles nous le

disent, que c'est franchement mieux », « on était soutenus par tout le monde, ça change tout », la sage-femme 3 « là où j'ai été formé, les équipes dédramatisaient complètement », la sage-femme 5 « notre chef de service ici, si toutes les sages femmes pouvaient être formées à l'IVG ! C'est lui qui avait insisté pour qu'on se présente » et la sage-femme 6 « on a été plutôt très bien accueilli au bloc. On commence à connaître les équipes d'anesthésie, tout ça et c'est plutôt sympa ». Cependant, pour certaines, il a fallu se faire cette place au bloc opératoire et prouver aux équipes qu'elles la méritaient. La sage-femme 2 nous témoigne « mais ce qui a été vraiment plus dur, c'est ça, c'est à dire, de s'imposer, de faire sa place en tant qu'opératrice au bloc opératoire ». La sage-femme 4 a connu également des difficultés « et après ça a été surtout l'intégration à l'équipe avec les autres catégories de professionnel comme les infirmières. Ma venue leur a fait un peu peur et ça a été compliqué pour moi. ». Les sages-femmes de notre étude ont pu remarquer le manque de connaissances des compétences gynécologiques de leur profession par les autres professionnels de santé notamment avec ceux du bloc opératoire comme par exemple la sage-femme 2 « on m'a déjà regardé avec des gros yeux au bloc opératoire « non, non, mais là vous vous êtes trompé de salle, ce n'est pas une césarienne, là c'est une IVG » », la sage-femme 5 « c'est plus les IBODE ou IADE qui ne comprenaient pas, « mais les sages femmes, vous êtes là pour accoucher les bébés. C'est bizarre de faire des aspis » », la sage-femme 7 « « qu'est-ce que tu viens faire des avortements ? Tu es là pour donner la vie, pas pour enlever une vie. » Tu vois ? Puis alors ces trucs dits en pleine salle de bloc, en pleine intervention, quand la femme dort les jambes en l'air ». Certaines de ses paroles pourraient provenir de personnes dites « anti-choix » et stigmatisent l'IVG.

Étant donné cette méconnaissance des compétences gynécologiques des sages-femmes, certaines se sont retrouvées confrontées à des comportements hostiles lors de leur venue au bloc opératoire. Les sages-femmes suivantes en sont témoins : la sage-femme 1 « il m'a dit que je tirais la médecine vers le bas », la sage-femme 3 « je m'étais faite agressée par un anesthésiste

au bloc », la sage-femme 7 « *j'enfile mes gants stériles, l'IBODE qui me sert me donne une tape au niveau des fesses limite en bas du dos en me disant « qu'est-ce que tu me fais ? Ce n'est pas comme ça qu'on enfile des gants. »*

2.2.4. Une formation technique...mais pas seulement

Cette formation s'est montrée complète et enrichissante sur plusieurs volets ; elle met également en lumière que l'IVG n'est pas seulement un geste technique mais a une dimension psychosociale. La sage-femme 7 a pu lors de l'expérimentation bénéficier de la découverte des différents versants de l'IVG, en étant formée aux côtés de différentes professions : « *j'avais tourné avec les médecins, les infirmières, la conseillère conjugale, la psychologue un peu. J'ai vraiment profité de tout ce que le stage pouvait m'apporter » « et à l'issue des trois semaines, j'étais au taquet sur le geste de l'IVG instru, tout ce qui est pris en charge IVG médicamenteuse ».*

2.2.5. Une montée en compétence des sages-femmes

Apprendre cette compétence technique a permis de valoriser leur profession et de leur procurer un sentiment de polyvalence et de progression comme nous le relatent les sages-femmes 1 « *une certaine excitation, d'apprendre quelque chose de nouveau* », sage-femme 5 « *il y a quand même le côté très agréable, satisfaisant d'apprendre un nouveau geste technique* », sage-femme 6 « *ça permet aussi de se diversifier un peu aussi dans ce qu'on fait* ».

2.2.6. Une formation engageante et émotionnelle

2.2.6.1. Un retour à la formation initiale

Cette formation n'a pas laissé les sages-femmes sans émotions. Cet apprentissage a renvoyé la sage-femme 1 à ses débuts, en tant qu'étudiante sage-femme « *je retrouvais des émotions d'étudiante sage-femme* ». Cette formation a donc réactivé leurs souvenirs de formation initiale. Ce retour en situation d'apprentissage les a confrontés à revivre des émotions, sentiments

comparables à ceux d'étudiante sage-femme tel que le stress, la pression, la crainte de mal faire, la peur du jugement par les pairs.

2.2.6.2. Aspect émotionnel du visuel

La sage-femme 7 craignait de sa réaction en voyant une IVG instrumentale. Elle nous raconte même l'image qui lui est venue lorsqu'elle a assisté à la 1^{ère} IVG instrumentale lors de la formation : *« sans que ce soit réfléchi, ma première aspi que j'ai observé, il y avait l'échographe. L'infirmière avait fait des réglages au début et elle n'a pas retiré la sonde d'écho du ventre de la dame tout de suite. Et en fait forcément, qu'est-ce que j'ai fait ? J'ai regardé. Et du coup, je vois la canule d'aspi qui arrive et le geste qui commence à se faire. Donc avec ses mouvements répétitifs comme ça, et vraiment je m'en souviens encore cette image de comme le LOTO là avec les balles qui font comme ça, dans tous les sens. Et ben voilà, l'œuf et la grossesse qui bouge comme une balle de ping pong sous l'effet de la canule. »* Cette sage-femme a effectué un travail pour mettre une distance psychologique avec l'objet de l'IVG et s'est ainsi réapproprié un langage pour se protéger de ces représentations : *« en fait de se dire que ce n'est pas un bébé, c'est une grossesse. Là même le mot fœtus, c'est une grossesse »* et insiste même sur l'absence d'innervation. Ceci montre à quel point la formation par le compagnonnage est nécessaire pour appréhender l'aspect émotionnel et technique de l'IVG.

2.2.6.3. Le militantisme, un sentiment fort

Une des sages-femmes de l'étude, la sage-femme 2, nous décrit son implication forte et ce travail de longue haleine mené par les sages-femmes orthogénistes dans les combats associatifs pour en arriver à cette compétence. Cette quête menée l'amène à être fière de cet accomplissement *« d'avoir voilà la satisfaction de se dire, je passe du truc en haute sphère où on a lutté et maintenant dans ce bloc aujourd'hui, c'est moi qui le fais »*. Le militantisme lui a

procuré ce « *sentiment inédit* » et renforce aujourd'hui sa motivation à exercer cette nouvelle compétence.

Cette formation va au-delà du geste technique ; elle est engageante émotionnellement et montre les enjeux qui en découlent.

2.2.7. Un sentiment de légitimité renforcé

Les sages-femmes ont persévéré dans leur formation renforçant ainsi leur sentiment de légitimité comme ont pu nous le communiquer les sages femmes 2 « *nous les sages-femmes on est quand même assez aguerries parce que les accouchements, ce n'est pas si simple* », la sage-femme 3 « *clairement, j'ai vraiment l'impression de moins me mettre en danger à faire ça qu'à faire des accouchements* », la sage-femme 5 « *en fait, on est des sages-femmes. La sphère génitale, c'est quand même vraiment notre domaine. Donc finalement, c'est un autre geste, mais ce n'est vraiment pas compliqué* ». La sage-femme 2 nous livre également « *je me dis souvent que j'ai fait des choses bien plus difficiles [...]]'ai fait un certain nombre, un nombre très certain, assez conséquents d'accouchements d'enfants morts à terme et d'interruptions médicales de grossesse ou là c'est pareil, tu es seule avec la patiente de jour comme de nuit* ». Ainsi, les sages-femmes estiment que l'IVG instrumentale est un geste moins difficile que ceux exercés en obstétrique et à leur portée.

2.3.La pratique en autonomie

2.3.1. Un changement de regard

De manière générale, cette formation a répondu aux attentes des sages-femmes et elles ont été actrices de leur montée en compétences permettant une pratique en autonomie diversifiée. Les sages-femmes ont lutté pour obtenir cette compétence avec l'aide des représentants des professionnels de l'IVG. Cette ambition force désormais l'admiration de leurs collègues médecins comme témoigne la sage-femme 2 « *j'ai senti un regard quand même de*

considération de nos collègues médecins [...] Ils ont vu qu'on est allé chercher cette compétence, qu'on n'a pas lâché, qu'on n'a pas failli et qu'on est allé jusqu'au bout et qu'on n'a pas lâché, qu'on s'y tient toujours, qu'on y va toujours » et la sage-femme 3 *« je suis donc la seule dans mon hôpital, mais je suis la seule dans mon département aussi à faire ça pour l'instant. Et donc, du coup, tout le monde se dit « on a la sage- femme orthogéniste du département » et ça c'est cool »*. Les sages-femmes ont désormais les mêmes compétences que les médecins en matière d'IVG et le regard des professionnels s'est transformé comme nous l'indique la sage-femme 4 *« peut- être que je dois être considérée aussi maintenant comme l'égal des médecins au planning un petit peu. »*.

2.3.2. Une nouvelle façon de travailler

La sage-femme 7 nous explique que cette formation l'a transformé ; cela lui a permis d'être plus attentive à l'histoire singulière de chaque femme que ce soit lors d'une demande d'IVG ou en salles d'accouchement *« j'accompagne les gens encore plus »*. Son attitude et sa prise en charge lors des échographies de datation ont pu également évoluer avec la formation comme elle nous le transmet *« mais en fait dans les échos de datation tu as peut-être aussi des femmes qui ne savent pas du tout si elles veulent garder la grossesse et une écho de datation, c'est aussi en vue d'une IVG [...] Et tu vois maintenant, quand je reçois une femme en écho de datation, je demande « est ce que c'est une grossesse qui est suivie ? » « est-ce que vous voulez regarder l'examen ? » »*. Cela montre que cette formation a permis de renforcer l'accompagnement global et individualisé lors d'un parcours de soin IVG, au-delà de l'acte technique. L'IVG est avant tout un soin.

2.3.3. Une mise en pratique avec de l'appréhension

Toutes les sages-femmes interrogées se sentaient prêtes à démarrer en autonomie une fois leur formation terminée, non sans appréhension comme nous le témoignent la sage-femme 3 *« même*

maintenant, j'ai envie de dire, quand c'est ma matinée d'IVG, ça me demande quand même de la concentration. Je n'y vais pas encore complètement détendue. Alors que je n'ai pas eu de complications et que je trouve que c'est quand même moins exposant qu'une hémorragie de la délivrance ou une dystocie des épaules » et la sage-femme 4 *« je me sentais prête, mais pas à l'aise. J'étais stressée. »*.

2.3.4. Faire face aux complications

Certaines sages-femmes se sentaient confiantes avant de faire face à des complications propres à l'IVG instrumentale générant un sentiment de remise en question comme ont pu le vivre les sages-femmes suivantes :

- La sage-femme 1 : *« je commence à me sentir un peu plus sereine. Mais, j'ai eu une petite piqûre de rappel. J'ai une situation où ça a été un peu compliqué et ça m'a fait dire que oui, on ne peut jamais être totalement sûre, il faut être un peu sur ses gardes. »*
« les deux seuls cas que j'ai eu ce sont des problèmes de saignement »
- la sage-femme 3 *« il y a eu une fois une patiente qu'il a fallu reprendre parce qu'elle saignait »*
- la sage-femme 6 *« des cols difficiles à dilater, des utérus très rétroversés, pas faciles à remettre aussi dans l'axe. Et puis j'ai une hémorragie et une rétention. Et c'est déjà pas mal ! »*
- la sage-femme 7 *« deux fois où j'avais des doutes sur des perforations, ce sont plus des difficultés techniques »*.

Cette rencontre de difficultés a généré chez certaines sages-femmes du stress, de l'appréhension et ont parfois eu envie d'abandonner. La sage-femme 6, ayant rencontré peu de complications durant sa formation nous livre *« après l'hémorragie, j'étais prête à arrêter les IVG*

instrumentales [...] Après on n'est pas fière de retourner au bloc, je vous le dis. C'est flippant quand même. ».

2.3.4.1. Un cadre sécurisant

Les sages-femmes de notre étude ont rencontré ces complications dans les établissements de santé dans lesquels elles exercent respectivement. Ainsi, elles n'étaient pas seules face à ces complications et ont pu avoir de l'aide rapidement. Ainsi, les sages-femmes peuvent exercer dans un cadre sécurisant comme nous l'indiquent les sages-femmes 5 « *et puis le fait de travailler à l'hôpital, en fait, c'est facile. C'est rassurant aussi quand on commence d'avoir tout à côté avec des équipes qu'on connaît, qui nous connaissent et puis voilà le tout. Le plateau technique qui va avec aussi.* » et la sage-femme 6 « *bon après, on n'hésite pas à appeler le médecin si on a la moindre difficulté en fait. Alors qu'au début, on voulait faire les grandes (rires) ».*

2.3.5. Freins rencontrés

2.3.5.1. Une prise en charge discontinuée

Cependant, elles nous ont fait part de certains freins à leur autonomie depuis qu'elles exercent seules. Toutes aujourd'hui ont inclus l'IVG instrumentale à leur planning. En effet, les sages-femmes de notre étude réalisent une journée de vacation par semaine comme la sage-femme 5 « *j'en fais que le mardi une fois par semaine* » ou tous les 15 jours comme c'est le cas pour la sage-femme 2 « *mais donc c'est deux matinées par mois pour chacune des 2 sages-femmes, moi et ma collègue* », la sage-femme 4 « *je fais des IVG tous les mardis, tous les 15 jours* », la sage-femme 6 « *deux blocs par mois* ». Les principales explications sont que les places au bloc opératoire sont restreintes et doivent être partagées avec d'autres activités comme nous le rappelle la sage-femme 2 « *on se rend compte depuis des années d'ailleurs que l'IVG n'est pas la priorité en termes de programmation et que on n'a pas toujours le nombre de places*

souhaitées et que l'accès au bloc déjà, ce n'est pas quotidien ». Par ailleurs, les sages-femmes ont été intégrées aux effectifs de praticiens pratiquant l'IVG ; ainsi elles sont du personnel supplémentaire et non pas de remplacement. Elles doivent donc travailler en quinconce avec les médecins. Par conséquent, dans la majorité des cas, les femmes sont prises en charge par deux professionnels différents comme le transmet la sage-femme 4 *« mais la plupart du temps, elles montent au bloc et elles ne savent pas qu'elles ont affaire à moi ».*

2.3.5.2.La pratique de l'échographie

Par ailleurs, le manque de formation à l'échographie est un frein exprimé par les sages-femmes 3 *« moi, ce qui m'a manqué c'est clair et ce qui me manque toujours clairement, c'est l'échographie »*, 4 *« après la seule chose que je regrette, c'est de ne pas m'être formée à l'échographie avant. Ça a vraiment été un handicap pour moi. Il a fallu que j'aie vu des collègues en libéral pour aller faire de l'échographie, pour trouver l'utérus, pour mesurer une clarté nucale, etc »*, 5 *« mais donc voilà quand j'ai commencé, la difficulté c'était mon incertitude d'avoir bien la ligne de vacuité à l'écho quoi ».* Selon les dires de celles-ci, l'échographie dans le parcours de soins de l'IVG apparaît importante.

2.3.5.3.Pratique de l'IVG sous anesthésie locale

Le manque de formation concernant l'IVG instrumentale par anesthésie locale est également exprimé par les sages-femmes 1 *« par rapport à la pratique de l'anesthésie locale. Là franchement, il y a un gros manque »* *« avoir une formation pratique pas que théorique pour l'anesthésie locale »* et la sage-femme 2 *« une possibilité d'aller sur un terrain de stage et faire quelques IVG sous locale en compagnonnage, puisque chez moi, ça ne se fait pas ».*

2.3.5.4.Des relations tendues avec l'équipe encadrante

La sage-femme 7 a quant à elle fait face à des difficultés organisationnelles en lien avec l'équipe encadrante. Elle nous raconte : *« il y a des femmes que je faisais venir en dehors des créneaux*

de consultation, tu vois » sur ses créneaux de consultations d'obstétrique et d'échographie obstétricale car il a peu de créneaux d'orthogénie. Étant installée dans une région de montagne sous dotée, où les patientes font parfois plusieurs heures de route pour une demande d'IVG, la demande est très importante. Pour répondre à cette forte demande, elle procédait ainsi. Cette organisation a été critiquée par l'équipe encadrante qui lui ont demandé de plus fonctionner ainsi. Elle a eu l'impression « *de faire ça clandestinement* » et a donc cessé cette organisation, à contrecœur.

2.3.5.5.IVG tardives

Par ailleurs, certaines sages-femmes se sont retrouvées limitées dans leur pratique et l'exercice de leurs compétences comme a pu nous le transmettre la sage-femme 7 « *je n'ai pas envie qu'on m'interdise de faire un truc que j'ai le droit de faire d'après les textes* ». En effet, cette sage-femme fait référence à la pratique des IVG tardives.

On remarque des inégalités de formation à cette pratique suivant les établissements. Les sages-femmes 1, 2, 4, 5 pratiquent les IVG tardives dans leur établissement. Seule la sage-femme 5 ne les pratique pas en autonomie « *il doit y avoir un chef présent sur place. On appelle le chef pour faire l'IVG et on ne la fait pas toute seule* ». En revanche, les sages-femmes 3,6 et 7 ne pratiquent pas l'IVG instrumentale et certaines n'ont même pas été formées pendant l'expérimentation. Elles nous disent :

- « *Je n'ai pas encore pratiqué ni même vu les 14-16* » « *Et j'ai découvert très récemment que notre chef de service avait fait un protocole pour les 14-16 qui m'excluait en fait* » (sage-femme 3) ;
- « *Il faudrait qu'on apprenne déjà à faire les 14 16 déjà* » « *Une fois qu'on aura trouvé un médecin qui veut bien nous les apprendre* » (sage-femme 6) ;

- « *Je me sentais prêt à faire les 14-16 en aspiration depuis 6 bons mois. Et j'en ai parlé avec notre chef de service, tout ça et une autre collègue gynéco qui est un peu référente sur l'hôpital qui en gros m'a fait comprendre qu'elle préférait que ce soient les gynécos qui fassent.* » (sage-femme 7).

La sage-femme 7 est frustrée de ne pas pouvoir prendre en charge les patientes quel que soit le terme de la grossesse alors que cela fait partie de ses compétences « *mais prendre en charge une patiente qui vient, qui a une demande et d'adresser à un gynéco alors que c'est dans mes cordes, ça m'embête un peu. C'est peut-être une histoire d'ego. Bon, pour le moment, je laisse, c'est organisé comme ça* ». Cette volonté de prendre en charge les IVG à ce terme provient d'une maturité psychologique apportée par la formation puisque cette sage-femme s'était projetée à ne pas les faire dès le début de la formation : « *je me suis même demandé si je n'allais pas faire valoir ma clause de conscience pour refuser de les faire à partir d'un certain terme [...] Moi ne serait-ce qu'au début, les 14-16, je m'étais dit que je ne les ferais pas, mais parce que j'avais des collègues gynéco qui les faisait et que je ne me sentais pas prêt* ».

2.4.Décret relatif à la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes

Cette introduction des sages-femmes à l'IVG instrumentale avait pour but selon la législation d'augmenter le nombre de praticiens et de permettre un meilleur accès à l'IVG sur le territoire français. Avec les conditions posées par ce décret, c'est-à-dire la présence de 4 médecins, la pratique des sages-femmes est limitée. Les sages-femmes de notre étude ont trouvé ce discours très limitant et réducteur pour leur profession. A la question « qu'avez-vous pensé de ce décret ? », elles nous ont répondu :

- « *Une fois de plus, ils nous mettent des bâtons dans les roues [...] c'était juste parce qu'on était sage-femme* » ;

- « *Donc là de nouveau, se retrouver sous tutelle et sous condition, ça vidait totalement cette loi de son sens* » ;
- « *Il était stupide parce que en fait, ils veulent augmenter le nombre de pratiquants pour l'IVG mais en fait avec ce décret, ils voulaient simplement le diminuer* » ;
- « *C'était évidemment extrêmement limitant, encore une fois de border au maximum le cadre parce que des sages femmes accèdent à un geste que les internes quand ils commencent premier semestre, on leur montre trois fois, ils les font tout seuls et sans s'inquiéter de tout ce qu'il y a autour* » ;
- « *Bon après je trouve que c'est un peu exagéré ce décret... Les internes on ne leur demande pas qu'il y ait un centre d'embolisation à côté. Ça laisse sous-entendre quand même qu'on est plus dangereuses que l'interne* » ;
- « *Après ce qui me gênait, c'est qu'à chaque fois qu'il y a un truc pour les sages femmes, il faut toujours tout entourer de sécurité, comme si on confiait quelque chose à une boulangère qui allait faire n'importe quoi.* ».

Cependant, ce décret n'a pas été un obstacle à la pratique de l'ensemble des sages-femmes de l'étude. En effet, pour la plupart, elles disposent dans leurs centres respectifs de l'ensemble des conditions requises par ce décret. Certaines sages-femmes ont même interprété ce décret comme quelque chose de sécuritaire pour les patientes et les équipes.

2.5. Avenir professionnel

Toutes les sages-femmes de notre étude ont la volonté de poursuivre leur exercice en orthogénie. Elles émettent l'envie d'augmenter leur activité en orthogénie comme la sage-femme 3 « *moi, j'aimerais en faire plus, avoir plus de temps de travail pour ça* », la sage-femme 4 « *l'idéal ce serait même d'en faire un peu plus* », la sage-femme 7 « *peut-être faire un peu moins de consult d'obstétrique parce qu'il y en a moins et diversifier l'orthogénie et la gynécologie* ». Elles expriment également le souhait de diversifier leur pratique dans une

volonté de prise en charge globale des femmes et de proposer une offre variée ; elles souhaitent se former à l'IVG sous anesthésie locale ainsi qu'aux IVG tardives.

DISCUSSION

1. Analyse des points forts et des limites de l'étude

1.1. Points forts de l'étude

Tout d'abord, l'un des points forts de l'étude est la diversité du profil des sages-femmes. Toutes n'exercent pas dans le même lieu et ont donc pu nous livrer des ressentis, des vécus différents de leur formation et de leur pratique. Par ailleurs, le fait que les sages-femmes de l'étude soient des sages-femmes de l'étude du mémoire de Charlène Cléry de 2023 permet d'avoir un suivi et d'observer l'évolution de leurs perceptions.

Par ailleurs, cette étude donne la parole à des sages-femmes qui ont vécu l'expérimentation et sont allées sur le terrain. Ainsi, leurs discours nous relatent des événements chargés de vie, d'émotions. Avoir pu réaliser des entretiens semi-directifs a pu leur permettre d'exprimer librement leur parole.

Enfin, il existe peu d'études portant sur ce sujet. Il s'agit d'un sujet récent et novateur étant donné la législation mise en vigueur en mars 2022. C'est un sujet qui permet de nous donner un aperçu de l'offre de soins actuelle.

1.2. Limites de l'étude

L'une des principales limites de cette étude est l'échantillon restreint de l'étude ; seuls 7 sages-femmes ont pu être interrogées alors que nous avons interrogées 10 sages-femmes précédemment en 2023. Cependant, malgré ce faible échantillon, les entretiens ont pu nous fournir suffisamment d'éléments riches pour notre étude.

Aussi, il existe un possible biais de sélection. En effet, les sages-femmes interrogées sont un personnel volontaire et sont des actrices engagées dans la prise en charge de l'IVG.

Enfin, le manque d'expérience de l'enquêtrice à réaliser des entretiens a pu s'observer à travers notre étude. En effet, il existe un manque de relances pertinentes pour certaines questions. Cette absence de relance s'est ressentie lors de la réalisation de notre analyse.

2. Analyse des résultats

2.1. Apprentissage et formation

Les sages-femmes interrogées nous ont fait part de l'importance du compagnonnage et de l'encadrement médical afin d'apprendre une compétence nouvelle. Les sages-femmes de l'étude devaient être formées par un personnel qualifié ; un médecin formé à cette activité et disposant d'une expérience en la matière de plus de deux ans ou ayant réalisé plus de soixante actes (21). Cependant, certaines ont été formées par des internes qui n'avaient pas cette expérience requise. Or, on sait que la qualité de la formation joue un rôle clé dans l'apprentissage d'un geste. Les sages-femmes ont été pro actives dans leur apprentissage et sont allés chercher cette compétence. Elles ont apprécié avoir été supervisées le temps de l'expérimentation pour être confrontées aux différentes situations et complications.

Par ailleurs, certaines ont reçu un accueil hostile de la part des équipes du bloc opératoire. En effet, le bloc opératoire n'est pas un terrain habituel de la sage-femme. Le métier de sage-femme et ses compétences sont encore méconnues du grand public et même de certaines professions médicales. Une étude auprès d'internes de médecine générale a été réalisée en 2024 dans le cadre d'un mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme. Cette étude a révélé que la moitié de l'échantillon interrogé a des connaissances insuffisantes concernant les compétences gynécologiques des sages-femmes, faute d'enseignement (31). Certaines ont été confrontées à des paroles déplacées et parfois stigmatisantes envers l'IVG. Ceci amène certains

professionnels de santé à recourir à la clause de conscience (32). Le CNGOF s'est positionné récemment pour la suppression de la clause de conscience spécifique à l'IVG afin d'améliorer l'accès à ce soin (17).

Globalement, les sages-femmes estiment que l'IVG est un geste sûr et moins dangereux que l'accouchement malgré les complications qu'elles ont pu rencontrer. Une étude réalisée entre 1998 et 2005 aux États Unis nous montre qu'en terme de mortalité, l'IVG est 14 fois plus sûre qu'un accouchement (33). Lors de l'expérimentation en 2023, Nathalie Trignol-Viguié, co-présidente de l'ANCIC, a rapporté « Au 15 septembre, 479 IVG instrumentales avaient été réalisées par des sages-femmes, sans aucune complication grave" montrant ainsi que les sages-femmes sont compétentes pour ce geste (28).

Cette formation a également pu mettre en lumière auprès des sages-femmes que l'IVG n'est pas seulement un acte technique mais est aussi psycho-social. Les professionnels en charge de l'IVG doivent pouvoir être formés à un accompagnement bienveillant au service de la femme. L'écoute et la prise en compte de l'histoire individuelle de chaque femme est primordial (34) pour faire de l'IVG un soin. Cet aspect psychosocial de l'IVG s'inscrit dans une prise en charge pluridisciplinaire et durant tout le parcours IVG de la femme : les consultations médicales pré-IVG, la réalisation de l'échographie de datation, la réalisation de l'IVG et la consultation post-IVG menées par le médecin ou la sage-femme ainsi que l'entretien psychosocial mené par un psychologue, un conseiller conjugal ou une assistante sociale. Ce maillage professionnel permet d'aller à la rencontre de chaque femme et de l'accompagner dans cet événement de vie. Le soutien psychologique, l'écoute et l'empathie sont nécessaires pour accompagner ces femmes et préserver leur santé. Une étude a montré que les soins prodigués lors d'une IVG (soutien émotionnel, soulagement de la douleur, préservation de l'intimité) jouaient un rôle majeur concernant la santé mentale de la femme (35). Cette vision globale de l'IVG a permis d'enrichir

professionnellement les sages-femmes et ainsi de leur permettre d'adopter une approche holistique auprès de leurs patientes.

2.2. Une prise en charge globale des patientes souhaitée : entre désir et réalité

2.2.1 Des soucis de logistique

Lors de l'étude menée en 2023 par Charlène Cléry portant sur la mise en place de l'expérimentation de l'IVG instrumentale, les sages-femmes de l'étude désiraient se former à la pratique de l'IVG instrumentale afin d'assurer une prise en charge globale de la femme, de la consultation pré-IVG jusqu'à la consultation post-IVG. C'est notamment dans ce sens que convergent la loi HPST de 2009 (36) en incluant les sages-femmes aux consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que la loi Albane Gaillot de mars 2022 (37) en ouvrant la pratique de l'IVG instrumentale aux sages-femmes. Cependant, sur le terrain, elles constatent ce décalage entre leur idéal de continuité de prise en charge et la réalité organisationnelle des plannings. La répartition hebdomadaire et mensuelle de leurs vacations au bloc et le fonctionnement en quinzaine vient révéler des contraintes logistiques. Le temps au bloc opératoire des sages-femmes de l'étude représente un faible pourcentage de leur temps de travail global. Aussi, peu de plages sont disponibles au bloc opératoire. L'activité d'IVG doit être partagée avec les autres activités chirurgicales. Ainsi, les plages de bloc opératoire sont souvent saturées. Par ailleurs, un manque de personnel tel que les anesthésistes peut expliquer le fait que certaines interventions ne peuvent être programmées.

Les sages-femmes nous ont également révélé qu'elles ne disposaient pas de tous les outils nécessaires pour prendre en charge les patientes dans leur intégralité et à leur convenance.

2.2.2 L'échographie : un outil essentiel dans la prise en charge de l'IVG

Certaines se sont retrouvées en difficulté pour la réalisation des échographies dans la prise en charge des IVG car elles n'avaient pas été formées au préalable. Lors d'une IVG instrumentale,

l'utilisation de l'échographie est possible mais n'est pas obligatoire. En revanche, elle est systématiquement utilisée pour dater la grossesse et ainsi déterminer la méthode d'IVG. La formation des professionnels de santé en charge de l'IVG instrumentale est primordiale afin de ne pas constituer un frein d'accès à l'IVG pour les patientes en raison d'un manque de formation (38). C'est notamment le cas de REVHO qui propose une formation intitulée « échographie dans la prise en charge des IVG » comportant 2 volets : 1 volet théorique et 1 volet pratique avec une formation par simulation haute-fidélité pour ainsi mettre en pratique différentes situations (39).

2.2.3 Anesthésie locale

Par ailleurs, certaines n'ont pas pu bénéficier de formation concernant l'anesthésie locale alors qu'elles aimeraient pouvoir le proposer à leurs patientes. L'anesthésie locale para cervicale est la technique d'anesthésie locale de référence. Cependant, cette technique est peu utilisée en France. En 2013, on estime qu'environ seulement 10% du total des IVG sont réalisées par analgésie locale contre 35% sous anesthésie générale (40). Par ailleurs, il n'existe pas de différence significative en termes de risque entre anesthésie générale et anesthésie locale ; le choix doit donc être laissé à la patiente (41). Certaines études montrent même une diminution du risque de complications lorsque l'IVG est réalisée sous anesthésie locale (42). C'est une méthode très utilisée dans des pays tels que la Belgique, le Royaume-Uni et les Pays-Bas où les IVG instrumentales sont réalisées dans des centres spécialisés. Cependant, en France, les IVG sont majoritairement réalisées à l'hôpital et tous les établissements de santé ne disposent pas de « salle blanche » pour effectuer les IVG sous anesthésie locale. Par ailleurs, il est nécessaire d'avoir un personnel dédié et formé à l'IVG, ce qui n'est pas toujours le cas. Dans certains établissements, ce sont les jeunes médecins, les internes qui réalisent les IVG instrumentales et ne possèdent ni la formation ni l'expérience pour les anesthésies locales. Le choix de la patiente peut donc ne pas être respecté suivant l'établissement (43). Ainsi, former du personnel

volontaire permettrait de diversifier l'offre de soins et de respecter le choix de la patiente en ayant des professionnels formés et engagés. Depuis le décret du 15 avril 2021 (8), les IVG instrumentales peuvent être réalisées en centre de santé, uniquement sous anesthésie locale, selon un cahier des charges spécifique défini par la HAS. Cela permet ainsi aux femmes d'avoir un accès plus large aux différentes méthodes d'IVG et d'analgésie. Cependant, le personnel médical pouvant réaliser les IVG instrumentales en centre de santé est restreint puisque seuls les médecins y sont autorisés.

2.2.4 IVG tardives

Enfin, certaines sages-femmes se sont retrouvées limitées dans l'exercice de leurs compétences ; en effet, certaines n'ont pas pu être formées aux IVG tardives comprises entre 14 et 16 SA et d'autres n'ont pas le droit de les réaliser dans leur établissement.

Les IVG tardives réalisées entre 14 et 16 SA représentent une faible part du total des IVG instrumentales ; la proportion des IVG réalisées après 13 SA est estimée entre 2 et 3% des IVG réalisées en établissement de santé, soit moins de 1,5 % de l'ensemble des IVG (44). Cette faible proportion d'interventions de ce type limite ainsi les opportunités de formation des professionnels de santé habilités à réaliser des IVG instrumentales, en particulier des sages-femmes.

Depuis la loi Albane Gaillot, le délai légal pour recourir à l'IVG est passé de 14 à 16 semaines d'aménorrhée (5,37). Les IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée par méthode instrumentale sont réalisées selon un processus incluant une préparation cervicale en amont de l'aspiration avec une canule adaptée à l'âge gestationnel. Ce geste technique d'aspiration est facile d'apprentissage et il n'existe pas d'augmentation significative de complications opératoires entre les IVG réalisées précocement et celles réalisées de 12 à 14 SA. Par ailleurs, l'expérience de l'opérateur n'a pas d'effet significatif sur le taux de complications (45).

Passé le délai de 14 SA, la technique d'IVG instrumentale connaît quelques changements. En effet, la procédure commence par la réalisation d'une aspiration intra-utérine avec une grosse canule. L'utilisation complémentaire d'une pince spécifique est souvent nécessaire lorsque le délai de 15 SA est franchi. Avant ce délai, seule l'aspiration peut parfois suffire. Ce geste complémentaire permet l'évacuation de tous les tissus fœtaux. Cette technique est appelée « Dilatation Évacuation ». Les données scientifiques publiées jusqu'ici ne montrent pas d'augmentation du risque de complications sur les IVG réalisées entre 14 et 16 SA (46). Une étude française a été réalisée à l'hôpital Armand Trousseau et inclut 46 femmes ayant eu une IVG tardive. Cette étude montre que la méthode « Dilatation Évacuation » pour ces IVG n'est pas accompagnée d'une morbidité importante (47). Aux États Unis et au Royaume-Uni, cette méthode est majoritairement utilisée pour les IVG car il s'agit d'une méthode sûr et efficace ; elle concerne 98,6% des IVG entre 13 et 15 SA et 95,4% entre 16 et 20 SA (48). Cependant, cette technique ayant été introduite depuis la loi Albanie Gaillot en 2022 en France et donc peu connue, il était recommandé que seuls les praticiens habitués à pratiquer des IVG instrumentales réalisent les IVG tardives. La formation à cette pratique des nouveaux acteurs de santé tels que les sages-femmes doit être réalisée afin de garantir l'accès à l'IVG sur le territoire français. Le 30 novembre 2023, plusieurs représentants des professionnels de l'IVG (Ancic, ANSFO, CNGOF) se sont réunis afin de relire le projet du décret propre à la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes. Pour eux, il ne doit pas exister de limite de terme pour les sages-femmes, autre que celle imposée par la loi, soit 16 SA (28).

2.2. Un décret jugé limitant

Le décret publié le 16 décembre 2023 requiert la présence de 3 médecins sur site mais aussi un médecin capable de réaliser des embolisations artérielles. Pourtant, ces conditions restrictives ne sont pas demandées lorsqu'il s'agit de médecins réalisant les IVG ou pour les accouchements qui présentent un risque hémorragique supérieur à celui de l'IVG (26) (49). Par ailleurs, ce

décret va à l'encontre de la loi Albanne Gaillot, visant à renforcer l'accès à l'IVG. Ainsi, il stigmatise la profession de sage-femme.

Ce décret n'a pas été un obstacle aux sages-femmes de notre étude car leurs établissements bénéficiaient déjà de toutes les conditions requises avant la parution du décret. Cependant, à la suite de ce décret, trois centres expérimentateurs ont voulu annuler leur participation rapporte Isabelle Derrendinger, présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, dans un article (50).

La lutte des différents représentants des professionnels de l'IVG a permis une modification de ce décret. En effet le décret du 16 décembre 2023 (49), fixent les mêmes conditions de pratique de l'IVG instrumentale pour les sages-femmes et les médecins. Ainsi, les sages-femmes orthogénistes ont pu obtenir ce qu'elles revendiquaient depuis plusieurs années : leur inclusion légitime dans la prise en charge de l'IVG instrumentale.

3. Perspectives

Comme nous avons pu le remarquer précédemment, la formation des sages-femmes concernant les IVG sous anesthésie locale, les IVG tardives ainsi que l'échographie apparaît primordial pour sécuriser la prise en charge. Ainsi, il serait utile de développer des formations spécifiques avec un axe pratique basé sur le compagnonnage et la simulation haute-fidélité.

Par ailleurs, la pratique de l'IVG instrumentale en centre de santé est actuellement réservée uniquement aux médecins. L'expérimentation de l'IVG instrumentale par les sages-femmes ayant fait ses preuves, on pourrait penser à créer une expérimentation de la pratique des IVG instrumentales par les sages-femmes en centre de santé. Il faudrait avant ceci évaluer la faisabilité en déterminant la proportion de sages-femmes intéressées par cette activité.

Aussi, nous avons pu voir que les sages-femmes de notre étude n'ont pas une activité consacrée entièrement à l'orthogénie. Il serait intéressant de créer des postes de sage-femme avec un

temps de travail à 100% dédié à l'orthogénie. Ceci permettrait d'obtenir des équipes formées et spécialistes de l'IVG afin d'améliorer la continuité des soins.

De plus, avec l'intégration des sages-femmes à la pratique de l'IVG instrumentale, on pourrait se poser la question de la prise en charge médicale des grossesses arrêtées par les sages-femmes. En effet, les recommandations actuelles de la HAS prévoient un traitement médicamenteux en 1^{ère} intention et une évacuation chirurgicale en cas d'échec de celui-ci ou d'expulsion incomplète. Le traitement médicamenteux comporte les mêmes molécules que celles utilisées pour l'IVG médicamenteuse. Le traitement chirurgical consiste en l'aspiration du contenu utérin, geste identique à celui réalisé pour une IVG instrumentale. Cependant, seuls les médecins peuvent prendre en charge le parcours de soins des grossesses arrêtées alors que les sages-femmes maîtrisent déjà ces gestes dans la pratique de l'IVG. Les sages-femmes sont déjà très impliquées dans l'accompagnement émotionnel des femmes ayant vécu une grossesse arrêtée (51). L'UNSSF souhaite renforcer la prise en charge des femmes vivant une FCS par les sages-femmes. Il s'agit de prévoir une prise en charge globale de la femme et non pas uniquement psychologique pour simplifier le parcours de soins. Pour plaider cette cause, des amendements ont été déposés et une proposition de loi a été effectuée à l'Assemblée Nationale (52). Toutefois, ces aspects n'ont pas été retenus.

Enfin, reste à définir la formation des étudiantes sages-femmes à la pratique de l'IVG instrumentale. Aujourd'hui, la formation initiale des sages-femmes n'intègre pas la pratique de l'IVG instrumentale au tronc commun. Cependant, l'orthogénie est enseignée avec certains cours théoriques et des stages. La formation initiale ne permet pas d'être formée sur tous les versants de l'IVG et une formation complémentaire tel que les DU/DIU s'avère nécessaire (53).

CONCLUSION

La pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes permise par l'évolution législative et notamment la loi Albanie Gaillot vient renforcer les équipes dans un but d'amélioration de l'accès à l'IVG sur le territoire français et ainsi réduire les inégalités territoriales. Cette évolution a été rendue possible grâce au militantisme des représentants des professionnels de l'IVG depuis de nombreuses années. Les sages-femmes ont pu être introduites à cette pratique par le biais de l'expérimentation ayant pour but de former celles-ci à l'IVG instrumentale afin de garantir une offre de soins sécurisée et homogène sur le territoire. Celle-ci s'est déroulée durant l'année 2023 et a permis aux sages-femmes de réaliser leur formation théorique et pratique avant de débiter en autonomie. Les sages-femmes de notre étude ont souligné l'importance du compagnonnage et de l'accueil des équipes pour réussir leur formation dans de bonnes conditions. Globalement, elles ont été bien accueillies malgré quelques déceptions, rapidement résolues. Les sages-femmes ont dû s'affirmer et se faire leur place pour permettre l'acceptation de leur rôle par les équipes au bloc opératoire.

Cette formation les a confrontées à des émotions fortes mêlées de stress, d'appréhension et d'excitation. Estimant leur pleine légitimité pour cet acte, elles n'ont pas failli et sont allées jusqu'au bout de l'expérimentation. Globalement, l'expérimentation s'est bien déroulée et a fait ses preuves, permettant ainsi l'élaboration d'un décret adapté à la loi Albanie Gaillot et de rendre possible la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes en autonomie, dans les mêmes conditions que les médecins.

La mise en pratique dans leur établissement a généré du stress et de l'appréhension lors des débuts. La pratique dans un cadre sécuritaire et avec des équipes connues leur permet de prendre confiance en elles au fur et à mesure et d'apprendre à gérer les complications relatives à l'IVG.

Cependant, certaines sages-femmes de l'étude ont relevé quelques freins à leur pratique en autonomie. En effet, la logistique des plannings ne leur permet pas de prendre en charge les femmes dans leur globalité à toutes les étapes de l'IVG ni d'effectuer des consultations de façon régulière. Par ailleurs, elles soulignent un manque de formation concernant l'échographie, l'anesthésie locale ainsi que pour les IVG tardives.

Les sages-femmes interrogées souhaitent toutes continuer à s'investir dans l'IVG et certaines voudraient avoir plus de temps dédié à l'orthogénie. Cette formation a transformé leur approche humaine et professionnelle. Ainsi, cette ouverture de l'IVG instrumentale aux sages-femmes est une avancée pour la profession ainsi que pour l'offre de soins, renforçant le droit des femmes à disposer de leur corps. Cependant, elle nécessite quelques ajustements humains et pédagogiques afin d'évoluer.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ledroit V. Le droit à l'avortement dans l'Union européenne. 2024 Disponible sur :
<https://www.touteurope.eu/societe/le-droit-a-l-avortement-dans-l-union-europeenne/>
2. Article L162-2 - Code de la santé publique - Légifrance. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006692434/1975-01-18
3. Article L162-1 - Code de la santé publique - Légifrance. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006692432/1975-01-18
4. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1). 2001-588 juill 4, 2001.
5. Loi 2 mars 2022 renforcer droit à avortement délai porté à 14 semaines | vie-publique.fr. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/loi/276586-loi-2-mars-2022-renforcer-droit-avortement-delai-porte-14-semaines>
6. L'IVG dans la Constitution | ivg.gouv.fr. 2024. Disponible sur : <https://ivg.gouv.fr/livg-dans-la-constitution>
7. Avortement aux États-Unis : les femmes sacrifiées. Amnesty France. Disponible sur :
<https://www.amnesty.fr/chronique/avortement-aux-etats-unis-les-femmes-sacrifiees>
8. Décret n°2021-454 du 15 avril 2021 relatif aux conditions de réalisation des IVG instrumentales en centre de santé. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/w2VIa9haCh9zFPpmrJyJlGFxjp-OhM2wb5Aj0O8TSo=/JOE_TEXTE
9. rapport DREES septembre 2024. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-09/ER1311EMB.pdf>

10.Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse - Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223429/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse-mise-a-jour

11.Le troisième temps : la réalisation de l'IVG.pdf. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ivg_troiseme_temps.pdf

12.L'IVG étape par étape | ivg.gouv.fr. 2022. Disponible sur : <https://ivg.gouv.fr/ivg-etape-par-etape>

13.Comment réaliser des IVG médicamenteuses en téléconsultation ? | ivg.gouv.fr. 2025. Disponible sur : <https://ivg.gouv.fr/comment-realiser-des-ivg-medicamenteuses-en-teleconsultation>

14.Le temps de l'ivg. Que Sais-Je. Nisand I, Araújo-Attali L, Schillinger-Decker AL. 12 juin 2012;91-112.

15.Section 3 : Conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé. (Articles R2212-9 à R2212-19) - Légifrance. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000032634141/2016-06-06>

16.Etudes & résultats numéro 1013.pdf. DREES. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1013.pdf

17.Clause de conscience spécifique à l'IVG : positionnement du CNGOF. Disponible sur : <https://cngof.fr/app/uploads/2025/06/Clause-de-conscience-IVG-Position-CNGOF-JUIN25.pdf?x58847>

18.Plaidoyer du CNOSF pour une pleine compétence orthogénique des sages-femmes. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/plaidoyer-du-cnosf-pour-une-pleine-competence-orthogenique-des->

sages-femmes/

19.Loi 14 décembre 2020 financement sécurité sociale 2021 PLFSS budget sécu | vie-publique.fr. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/loi/276423-loi-14-decembre-2020-financement-securite-sociale-2021-plfss-budget-secu>

20.REVHO. Disponible sur : <https://www.revho.fr/revho>

21.Décret n° 2021-1934 du 30 décembre 2021 relatif à l'expérimentation relative à l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes. 2021-1934 déc 30, 2021.

22.Positionnement des sages-femmes orthogénistes de la région ara face à la pratique de l'IVG instrumentale. Hanon H.

23.L'IVG instrumentale, nouvelle compétence des sages-femmes : ressenti de 10 sages-femmes françaises participant à l'expérimentation de cette pratique. Cléry C. Faculté de Médecine d'Amiens ;2023.

24.Arrêté du 30 décembre 2022 fixant une seconde liste des établissements de santé autorisés à participer à l'expérimentation permettant la réalisation d'interruptions volontaires de grossesse instrumentales par les sages-femmes en établissement de santé - Légifrance. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046849754>

25.Arrêté du 27 octobre 2022 fixant la liste des établissements de santé autorisés à participer à l'expérimentation portant sur l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes - Légifrance. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046520587>

26.Décret n° 2023-1194 du 16 décembre 2023 relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales par des sages-femmes en établissement de santé.

2023-1194 déc 16, 2023.

27.Décret IVG instrumentale : un leurre progressiste pour les droits des femmes. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/decret-ivg-instrumentale-un-leurre-progressiste-pour-les-droits-des-femmes/>

28.IVG instrumentale par les sages-femmes : un décret jugé incohérent devant le bilan positif de l'expérimentation.pdf.APM NEWS ; 21 décembre 2023

29.Un nouveau décret assouplit les conditions d'exercice des sages-femmes pour l'IVG instrumentale. Service-public.fr . Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16989>

30.Formations REVHO. Disponible sur : <https://www.revho.fr/formations>

31.Connaissance des compétences gynécologiques des sages-femmes par les internes de médecine générale de France. Laurent TM .18 mars 2024 ;56.

32.« Sociologie de l'avortement » : des luttes historiques aux enjeux contemporains. Enflammé.e.s. Disponible sur : <https://www.enflammees.com/actualites/peaks-progress-s756t-wkxdx-ljmgd-gwa9m-nfydt-rx46j-777rg-d7w3w-8ythl-kslxj-d5mk8-ndk8n-5yrww>

33.The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States. Raymond EG, Grimes DA. Obstet Gynecol. févr 2012;119(2 Part 1):215.

34.La dimension psychologique de l'interruption volontaire de grossesse. Attali L. Sages-Femmes. 1 juill 2021;20(4):36-9.

35.How women perceive abortion care: A study focusing on healthy women and those with mental and posttraumatic stress. Wallin Lundell I, Öhman SG, Sundström Poromaa I, Högberg U, Sydsjö G, Skoog Svanberg A. Eur J Contracept Reprod Health Care. 4 mai

2015;20(3):211-22.

36.Article 86 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879795

37.LOI n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement (1). 2022-295 mars 2, 2022.

38.Quelle place pour l'échographie dans la pratique de l'IVG ? Wylomanski S, Winer N. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2016;45(10):1477-89.

39.Échographie dans la prise en charge des IVG | Clinically - Webflow HTML Website Template. Disponible sur : <https://revho-5a0568.webflow.io/formations/echographie-dans-la-prise-en-charge-des-ivg>

40.Statistiques de l'Avortement en France - INED. Annuaire 2013. Disponible sur :

https://www.ined.fr/Xtradocs/statistiques_ivg/2013/T2_2013.html?

41.Recommandations pour la pratique clinique : L'interruption volontaire de grossesse.

Disponible sur : <https://reseauprosante.fr/articles/show/recommandations-pour-la-pratique-clinique-l-interruption-volontaire-de-grossesse-534>

42.Complications immédiates de l'IVG chirurgicale. Soulat C, Gelly M. Rev Sage-Femme. 1 sept 2006;5(3):131-6.

43.interruption volontaire de grossesse sous anesthésie locale : mythe ou réalité ? Faucher P.

Réalités en gynécologie-obstétrique numéro 184. Novembre 2016. Disponible sur :

<https://www.realites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/sites/6/2019/11/05.pdf>

44.Les interruptions volontaires de grossesse.pdf. DREES édition 2025. Disponible sur :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-07/ES%202025%20->

%20Fiche%2020%20-%20Les%20interruptions%20volontaires%20de%20grossesse.pdf

45.Particularités techniques de l'IVG instrumentale entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée:

Influence de l'expérience de l'opérateur. Koskas M, Jerbi M, Boccara J, Trie A, Jannet D, Lejeune V, et al. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 juin 2005;34(4):334-8.

46.Comment je fais une IVG par méthode instrumentale entre 14 et 16 semaines

d'aménorrhée ? Faucher P, Gaudu S. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 juill 2022;50(7):559-62.

47.Étude prospective sur 46 patientes de la pratique de l'IVG chirurgicale entre 14 et 16 SA :

parcours de soins et complications. Gouret G, Faucher P, Kayem G, Pinton A. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 sept 2023;51(9):415-9.

48.Issues in second trimester induced abortion (medical/surgical methods). Lee VCY, Ng

EHY, Ho PC. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 1 août 2010;24(4):517-27.

49.IVG : derrière la constitutionnalisation, des actions concrètes à mener. Conseil national de

l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/ivg-derriere-la-constitutionnalisation-des-actions-concretes-a-mener/>

50.IVG : les sages-femmes pourront pratiquer des IVG instrumentales sans supervision de

médecins. Nutarelli M. Public Sénat. 2024. Disponible sur :

<https://www.publicsenat.fr/actualites/sante/ivg-les-sages-femmes-pourront-pratiquer-des-ivg-instrumentales-sans-supervision-de-medecins>

51.Quelle prise en charge émotionnelle des femmes lors d'une fausse couche ? Broissia M de

F. 7 juin 2022;79.

52.Aperçu de l'amendement de la proposition de loi "couples confrontés à une fausse

couche". SENAT. Disponible sur : <https://www.senat.fr/amendements/2022->

2023/520/jeu_classe.html

53.DIU Régulation des naissances : orthogénie socio-épidémiologie, contraception, IVG, prévention des risques liés à la sexualité. 2025. Disponible sur : https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-1/sciences-technologies-sante-STS/diu-regulation-des-naissances-orthogenie-socio-epidemiologie-contraception-ivg-prevention-des-risques-lies-a-la-sexualite-XUCA_81.html?

ANNEXES

Annexe n°1 : Guide d'entretiens

	Questions principales
Exercice professionnel	Depuis notre dernier entretien, avez-vous connu des changements professionnels ?
	Pouvez-vous me rappeler où vous exercez ?
Expérimentation	Pouvez-vous me décrire la formation que vous avez eu pour pratiquer l'IVG instrumentale ? Combien de temps a-t-elle duré ?
	Est-ce que certains aspects de la formation (tant théorique que pratique) auraient pu être approfondis ? Et au contraire d'autres moins mis en avant ?
	Est-ce que la formation pratique a été suffisante ? Auriez-vous aimé pratiquer plus sous la supervision d'un médecin ?
	Quels ont été les atouts de cette formation ?
	Quelles ont été les difficultés rencontrées ?
	Comment les équipes avec lesquelles vous avez travaillé vous ont accueilli ?
	Comment avez-vous vécu cette formation sur le plan technique et sur le plan émotionnel ?
	Après avoir fini la formation, est ce que vous vous sentiez prête à démarrer en autonomie ?
Opinion sur le décret relatif à la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes	Est-ce que le décret de décembre 2023 a été un obstacle à votre pratique ? Si oui, pour quelles raisons ?
	Qu'avez-vous pensé de ce décret ?
Pratique en autonomie	Quand avez-vous commencé à pratiquer en autonomie les IVG instrumentales ?
	Sauriez-vous me dire combien d'IVG vous avez réalisé jusque-là ? Quel type d'IVG (AL/AG, tardives ?)

	Quelle est l'organisation de la prise de rendez-vous jusqu'à la réalisation de l'acte ?
	Comment est intégrée cette pratique à votre emploi du temps ?
	Avez-vous rencontré des difficultés depuis ?
	Quels changements remarquez-vous dans votre quotidien professionnel depuis que vous avez la pleine compétence orthogénique ?
	Comment est-ce que vous vous voyez évoluer concernant l'orthogénie ?
	Avez-vous des questions ? des remarques ?

Annexe n°2 : Entretien avec la sage-femme 1

Charlène : Donc déjà tout premièrement, depuis notre dernier entretien, est ce que vous avez connu des changements professionnels ?

Sage-femme 1 : Non, non.

Charlène : D'accord. Est-ce que vous pouvez me rappeler où est-ce que vous exercez, le type de structure ?

Sage-femme 1 : Moi, je suis au centre hospitalier de C'est un niveau 3. Je travaille aux consultations obstétriques, gynéco et orthogénie.

Charlène : Ok, très bien. Et ce que vous pouvez me décrire la formation que vous avez eue pour pratiquer l'IVG instrumentale ?

Sage-femme 1 : On est allé faire la formation REVHO à Paris sur 2 jours. Pour l'expérimentation pratique, c'était sur place avec nos médecins à l'hôpital.

Charlène : D'accord. Et combien de temps elle a duré la formation pratique ?

Sage-femme 1 : Et bien, 1 an. Oui, c'est ça. On a commencé la formation en janvier 2023. On a été donc en tant qu'observatrice. Moi, j'ai attendu d'avoir fait la formation REVHO pour commencer à pratiquer. C'était au mois de mars ou avril, la formation à Paris et il m'a fallu quatre mois pour avoir mes 30 observations dans tous les cas. Donc c'était concomitant. Et ensuite j'ai commencé à faire les pratiques accompagnées. On a poursuivi en étant accompagné, même une fois passé les 30 jusqu'à temps qu'on ait le décret officiel, que tout soit bien carré. Et à partir du 1er janvier 2024, on a débuté seul.

Charlène : D'accord, ok. Et justement concernant cette formation, est ce que certains aspects tant théoriques que pratiques auraient pu être plus approfondis ?

Sage-femme 1 : Peut-être, par rapport à la pratique de l'anesthésie locale. Là franchement, il y a un gros manque, on a eu de la théorie. Ok, Mais quand ce n'est pas déjà pratiqué dans notre service de soins, il manque quelque chose de ce côté-là, avoir une formation pratique, pas que théorique pour l'anesthésie locale.

Charlène : Ok ? Et est-ce que, au contraire, il y a des choses, certains aspects de la formation qui auraient pu être moins mis en avant, où vous avez l'impression que ça a été trop répété ?

Sage-femme 1 : Ah bah les 30 observations. C'est clair, totalement inutile. Oui, on en voit une ou deux à la rigueur. Et puis nous a pas demandé de regarder 30 accouchements avant de mettre les mains. Mais bon, heureusement, ça a été rectifié ça avec le nouveau décret. Donc c'est ça qui était pénible. Après le quota qui est resté, je ne le trouve pas si mal que ça. Je trouve que ce n'est pas si mal que ça d'avoir un petit peu plus de pratique accompagnée. Ça aide quand même à voir un peu des situations, toutes les situations, un peu bizarres, ça permet quand même un peu d'en voir et d'avoir quelqu'un avec soi. C'est rassurant pour après. Donc voilà.

Charlène : Et quels ont été pour vous les atouts de cette formation ? c'est à dire, qu'est ce qui était bien, tant dans la théorie que dans la pratique ?

Sage-femme 1 : La théorie, la formation est très bien. Même la théorie qu'ils font pour l'anesthésie locale est très bien, mais j'ai trouvé ce dont j'avais besoin dans leur formation. Quant à la pratique, on va dire que le fait d'en avoir quand même un certain nombre à pratiquer en étant accompagnée, c'est vraiment sécurisant ça. Ça rappelle ce que j'ai dit juste avant, mais moi, j'ai apprécié quand même d'avoir quelqu'un avec moi, longtemps. Et je me suis dit que si j'avais été interne, qu'on m'avait montré une fois et après débrouille toi et ça aurait été chaud franchement.

Charlène : Et à l'inverse, quelles ont été les difficultés rencontrées pendant la formation ?

Sage-femme 1 : Dans l'ensemble, nous franchement, ça s'est bien passé dans notre hôpital. On avait vraiment un vrai soutien de notre chef de service au niveau du bloc opératoire. On a été bien accueilli après. Il y a toujours un peu des gens récalcitrants mais ce n'est pas tout le monde, quoi. Et la personne qui a posé problème à tout de suite été recadré et n'allait plus avec nous. Et on a un infirmier anesthésiste qui n'a pas été cool du tout mais il n'est plus mis aux IVG quand c'est nous. Comme ça, l'affaire est réglée. Donc on a vraiment été entendu. Il y avait un problème, il était réglé.

Charlène : Qu'est-ce qu'il s'est passé avec cet infirmier anesthésiste ?

Sage-femme 1 : Alors il m'a dit que je tirais la médecine vers le bas. Voilà, entre autres. Il a vraiment cherché à savoir « qu'est-ce qu'on fait si on a un problème et qui on appelle et s'il ne vient pas, qu'est-ce qu'on fait ? » Il a vraiment été très loin. Et, à un moment, il a dit voilà qu'il parlait au sens général, mais il s'adressait à moi en disant tu, tu tires la médecine vers le bas. Ce n'était pas très agréable. Oui. Et en plus devant une patiente qui était en train de se réveiller. Donc c'était encore moins agréable. Ce n'était vraiment pas professionnel de sa part à tout point de vue. Donc j'ai fait remonter au niveau de la direction. Et donc il y a eu une réunion après avec les cadres et tout ça, et les choses ont été mises au clair.

Charlène : Donc globalement mises à part ce cas-là, les équipes avec lesquelles vous avez travaillé ont bien accueilli le projet ?

Sage-femme 1 : Oui, oui. Et même les infirmières de bloc sont très contentes d'avoir des sages femmes. Franchement, elles apprécient, elles nous le disent, que c'est franchement mieux.

Charlène : Et vous savez, un peu pourquoi elles disent ça ? Elles vous ont expliqué les raisons ?

Sage-femme 1 : Ça n'a pas été formulée directement. Mais je pense qu'on a un peu moins le côté médecin blouse blanche, un peu imbu. Et puis des trucs tout bêtes. Mais là, la dernière fois, il y a une dame qui était en train d'expulser quand elles l'ont mise en position gynéco. Moi, spontanément, je dis « attend, pousse-toi. Je m'en occupe. » J'ai récupéré l'embryon et tout. Et elle, après elle m'a dit « ce n'est pas un médecin qui aurait fait ça ». Et elle, je la sentais qu'elle était vraiment quand elle a vu que ça sortait, elle était un peu en stress et elle était bien contente que je m'en occupe alors que d'habitude oui, les médecins ils attendent. Dans ce genre d'attitude, je pense, que nous, on a l'habitude de remettre nos dames au propre quand on a terminé ; toutes ces petites choses-là toutes bêtes, qui font qu'elles apprécient aussi. Mais aussi, une fois, quand je mettais mon speculum moi, qu'elles soient endormies ou pas, je fais toujours tout doucement quoi. Je ne sais

pas faire autrement. Et pareil, je ne sais plus les mots que l'infirmière a employé, mais c'était que c'était un peu plus doux que quand c'était les médecins.

Charlène : Et comment vous avez vécu cette formation sur le plan technique et émotionnel ? est ce qu'il y a eu du stress, de la peur, un manque de confiance ? Comment vous l'avez vécu, cette formation ?

Sage-femme 1 : Une certaine excitation, d'apprendre quelque chose de nouveau. Mais c'est toujours du stress, c'est clair. Je retrouvais des émotions d'étudiante sage-femme. Mais vraiment, quand j'étais en salle, je retrouvais un peu cette chose là et, et après, ça allait mieux dans la formation accompagnée et de nouveau, à chaque étape nouvelle, il y a un stress. Et là, je commence à me sentir un peu plus sereine. Mais, j'ai eu une petite piqûre de rappel. J'ai une situation où ça a été un peu compliqué et ça m'a fait dire que oui, on ne peut jamais être totalement sûre, il faut être un peu sur ses gardes.

Charlène : Et c'était quoi cette situation compliquée ?

Sage-femme 1 : Une femme qui a saigné. Voilà, j'ai dû rappeler le médecin, tout ça. Et la semaine suivante, il y a une dame pour qui tout s'est bien passé sur le moment, mais qui a saigné après en salle de réveil. Deux en 15 jours de temps-là, je me suis dit oui, ce n'est pas toujours si un long fleuve tranquille.

Charlène : Ah, oui j'imagine, il y aura toujours des cas pour nous le rappeler. Et après avoir fini la formation, est ce que vous vous sentiez prête à démarrer en autonomie ?

Sage-femme 1 : Est-ce que je me sentais prête ? Oui, oui, je me sentais prête.

Charlène : Oui et est-ce que le décret de décembre 2023 a été un obstacle à votre pratique ?

Sage-femme 1 : Alors nous non, parce qu'au niveau de notre hôpital, on remplissait toutes les conditions, même avant que le décret ne soit modifié.

Charlène : Ok, très bien. Et qu'avez-vous pensé de ce décret quand il est sorti ?

Sage-femme 1 : Je n'étais pas contente forcément puis de la déception en se disant, encore une fois de plus, on essaie de faciliter les choses en incluant les sages femmes dans le processus. Et une fois de plus, ils nous mettent des bâtons dans les roues. Ce qui était une bonne idée au départ, on était entravé une fois de plus. Voilà. Et une fois de plus, de se dire que si on était un médecin généraliste qui n'avait jamais touché une femme avant, on n'aurait pas eu tout ça. C'était juste parce qu'on était sage-femme.

Charlène : Toujours le même problème. Et concernant maintenant la mise en pratique, vous avez commencé du coup à pratiquer en autonomie seule les instrumentales à partir de janvier 2024 ?

Sage-femme 1 : C'est ça.

Charlène : Depuis, est ce que vous sauriez me dire à peu près combien vous en avez fait ?

Sage-femme 1 : Oui, je sais exactement. Sur 2024, j'en ai fait 50. Je les note donc je sais. Et là, depuis janvier 2025 j'ai dû en faire 8/9.

Charlène : Ok et du coup, vous me disiez que vous les faites que sous anesthésie générale et que c'était surtout la formation sous anesthésie locale qui vous manquait.

Sage-femme 1 : Oui, avoir une formation pratique, pas que théorique.

Charlène : Ok, il n'y a personne du coup dans votre hôpital qui fait les anesthésies locales ?

Sage-femme 1 : On aimerait bien pouvoir le mettre en place. Ça fait partie, c'est le prochain projet de notre hôpital. Mais même à titre, perso, moi, je veux, je veux pratiquer, je veux voir, je veux aller faire un stage dans un endroit où ils le font pour le voir, et de le pratiquer accompagnée avant de le mettre en place ici, toute seule, surtout que personne ne le fait. Donc on ne peut pas dire si y'a un souci, on appelle

quelqu'un. Voilà. Donc là moi, j'attends ça. Ça fait partie du projet de formation. Je pense que je vais aller sur paris pour passer quelques jours là-bas et apprendre.

Charlène : est-ce que vous pratiquez dans votre établissement des ivg tardives ?

Sage-femme 1 : Oui, on va jusqu'à 16.

Charlène : Jusqu'à 16, ok. Je sais que dans certains établissements, ils ne veulent pas que les sages femmes fassent des IVG 14-16.

Sage-femme 1 : Il y a pas mal de médecins nous qui mettent des clauses plus ou moins de conscience, qui ne veulent pas aller jusqu'à 16 semaine. Donc c'était aussi pour ça que ça avait été accepté si facilement parce que nous on avait dit il n'y aura pas souci pour aller jusqu'à 16. Donc tout le monde était bien content. Notre chef de service était bien content de pouvoir aussi se délester de ça et de le donner aux sages-femmes.

Charlène : Tant mieux pour vous ! Et quelle est l'organisation de la prise de rendez-vous jusqu'à la réalisation de l'acte ?

Sage-femme 1 : Alors on a un secrétariat dédié, une secrétaire dédiée, une ligne dédiée. C'est la secrétaire qui gère les rendez-vous. Il y a une première consultation pré-IVG également avec des sages femmes. Pendant la consult, on fait l'échographie pour avoir une datation. En fonction du terme, on voit avec la patiente quel protocole elle choisit, sachant que nous, quel que soit le terme, on leur laisse le choix entre du médicamenteux et du chirurgical. Et ensuite de nouveau, la secrétaire qui fait la programmation, qui fait le lien avec le bloc opératoire, l'hospitalisation et on les revoit une bonne quinzaine de jours après de nouveau en consultation après l'IVG avec un contrôle échographique, plus ou moins des poses de stériles, d'implant de choses comme ça si besoin.

Charlène : Ok, D'accord. Et justement, est ce que quand vous faites la consultation pré-IVG, c'est forcément vous qui la revoyez au bloc opératoire ou ça peut être une personne différente ?

Sage-femme 1 : Oui, non. Si on a à l'avance notre programme dans nos plannings, on sait quel jour on va être au bloc et on fait à ce moment-là. Tout dépend des plannings, quelquefois on ne peut pas la mettre quand on est là. Ça peut être aussi un médecin qui fait son IVG alors que c'est nous qui l'avons vu en consult. Parce on a simplement intégré le roulement des praticiens, on est en plus.

Charlène : D'accord. Et comment est intégrée cette pratique à votre emploi du temps ? Qu'est ce qui a changé ?

Sage-femme 1 : En fait, chez nous, les IVG, c'est obligatoirement le lundi ou le jeudi matin. Et ces jours-là, on est dispos et sans consultation le matin, pour pouvoir être aux IVG, c'est intégré à notre planning.

Charlène : D'accord ? Et avez-vous rencontré des difficultés depuis ? Vous me parliez tout à l'heure du coup de l'hémorragie, est ce qu'il y a eu d'autres cas, d'autres difficultés rencontrées ?

Sage-femme 1 : Les deux seuls cas que j'ai eu ce sont des problèmes de saignement, je n'ai pas eu de perforation. Je n'ai rien eu de tout ça.

Charlène : D'accord. Quels changements remarquez-vous dans votre quotidien professionnel depuis que vous avez la pleine compétence orthogénique ?

Sage-femme 1 : Rien, non, mais rien de particulier. En tout cas, ça, ça se fait tout seul. C'est dans nos plannings. C'est une continuité. Voilà.

Charlène : Comment est-ce que vous voyez évoluer concernant l'orthogénie ?

Sage-femme 1 : Là, je trouve qu'on est quand même plutôt pas mal !

Charlène : Oui, mais vous avez des projets de service ? Vous m'avez parlé d'anesthésie locale, d'autres projets ?

Sage-femme 1 : C'est vraiment l'anesthésie locale. Et puis je pense que maintenant qu'on a un peu expérimenté, beaucoup de mes collègues étaient un peu dans l'expectative de voir comment ça allait se passer. Et comme il y a un bon retour, je suis quasi persuadée qu'il y en a d'autres qui vont se former. Alors peut-être pas là tout de suite dans l'immédiat, parce que dans les projets de service, il y a plein pas mal d'autres choses. Et ça prend quand même pas mal de temps. Et on est en manque de sage-femme comme un peu partout et que ce serait compliqué de libérer du temps de sage-femme pour les former là tout de suite. Mais je suis sûr que ça va venir dans un avenir relativement proche.

Charlène : Très bien. Est-ce que vous avez des questions ou des remarques à faire concernant tout ça ?

Sage-femme 1 : Non, moi, je honnêtement, il y a eu vraiment une fluidité dans le parcours. Les choses se sont faites vraiment facilement. Il y avait un peu comme une évidence chez nous. On a quand même la chance d'être dans un hôpital ou tout ce que les sages-femmes ont le droit de faire, on le fait. Oui, il y a une vraie dynamique pro sage-femme vraiment. Donc c'était, c'était une continuité, c'était logique. Et ça s'est fait vraiment bien. Et je sais que dans certains endroits, ça n'a pas été aussi facile. Ici, on était soutenus par tout le monde, ça change tout. On avait même une certaine mise en avant au niveau des médias, tout le monde était bien content de montrer que chez nous, il y avait tout ça.

Charlène : Parfait ! au niveau des questions, moi, j'ai fini, j'ai abordé un peu tous les aspects que je voulais.

Sage-femme 1 : Et bien, super. Ce serait possible d'avoir accès par curiosité aux résultats ?

Charlène : Je vous enverrai tout ça dès que je rends mon mémoire. Merci beaucoup pour vos réponses et le temps accordé !

Sage-femme 1 : Très bien, si j'ai pu vous être utile, tant mieux. Bonne soirée !

Annexe n°3 : Entretien avec la sage-femme 2

Charlène : Est-ce que depuis notre dernier entretien, vous avez connu des changements professionnels ?

Sage-femme 2 : Disons que je ne sais plus à quel moment était notre dernier entretien.

Charlène : En février 2023.

Sage-femme 2 : J'avais débuté l'expérimentation. En fait, c'était en janvier. Voilà parce que ça passe tellement vite. Oui, oui, oui. D'accord, donc l'expérimentation, c'est terminé en décembre 2023 et ça s'est très bien passé globalement. C'est un retour assez positif, comme sur tout le territoire, à peu près. Mais ça a été une réussite cette expérimentation de façon globale et chez nous aussi. Et du coup, on a très vite enchaîné. Il y a eu un petit moment de transition quand même entre la fin de l'expérimentation et puis notre pratique en totale autonomie, parce qu'il fallait qu'on soit justement dans le pool des opérateurs et que du coup, ça impliquait quand même une nouvelle organisation qui n'était pas forcément facile à intégrer puisque là pour le coup, c'était d'imbriquer les plannings des gynécos et des sages femmes puisqu'on n'est pas les seuls à faire les instrumentales. Chez nous, on est 2 sages-femmes à faire les IVG instrumentales. Depuis, on assure 2 vacations, 2 matinées par mois chacune. Parce qu'encore une fois, on n'est pas toute seule donc oui, c'est ça. Et depuis ça n'a pas changé, pour l'instant, c'est stable. Donc c'est le matin et ça oscille entre 1 et 4 IVG instrumentales à tout terme puisque c'est notre compétence. Contrairement encore à certaines idées reçues qui perdurent, parce que je m'en suis déjà aperçu qu'il y avait eu à un moment donné au moment de la loi Gaillot une idée de restreindre en termes de grossesse, les sages femmes. Et ça, c'est resté un peu dans les esprits. Donc il y a encore des sages femmes qui me demandent jusqu'à quel terme on peut faire les sages

femmes. Mais en fait, il n'y a pas de limitation. Donc nous, par exemple, on va jusqu'à 16 semaines d'aménorrhée. Et, et donc c'est assez fluide parce que ce sont des femmes que de toute façon plus ou moins, on a éventuellement vu déjà en amont, en consultation, on retrouve au bloc opératoire et en consulte post IVG. Voilà. Donc ça se passe bien.

Charlène : Et rappelez-moi, vous faites seulement des consultations d'orthogénie ?

Sage-femme 2 : Ni moi ni ma collègue, ne sommes que orthogénistes. En l'occurrence moi, j'assure des consultations prénatales, des consultations de gynécologie et des consultations d'orthogénie. Et je fais aussi des gardes de 12 h en service de gynécologie. C'est à dire que je fais aussi, je pratique aussi des IVG médicamenteuses à tout terme en chambre. Parce que nous on les garde en chambre à tout terme pour les médicaments. Et puis aussi pour l'accueil et le post op de l'instrumentale.

Charlène : Je ne pensais pas qu'il y a avait des sages-femmes qui travaillait en garde en service de gynéco parce que généralement ce sont des infirmières dans les services.

Sage-femme 2 : Oui oui ça fait bah plus d'une dizaine d'années que oui. Avant, il y avait que des infirmières en gynéco. Et puis il y a eu des modifications et on a privilégié les sages femmes. Et donc là, on est des sages femmes en gynécologie. Donc gynécologie, ce sont aussi des femmes de tout âge avec des interventions type hystérectomie, tout ça, pas toujours commun. Parce qu'effectivement on dit « mais ça, ce n'est pas le travail de la sage-femme » et tout ça, ça se discute parce qu'à l'époque, on en avait discuté. Ça avait fait débat parce qu'étant donné qu'on fait aussi des suivis gynéco depuis 2009. Ça paraît pas non plus totalement incongru qu'on soit en service de gynéco. Ça dépend des centres, mais en tout cas-là, c'est ça, nous.

Charlène : Très bien. Et est-ce que vous pouvez me décrire un petit peu la formation que vous avez eue pour pratiquer les instrumentales et combien de temps elle a duré ?

Sage-femme 2 : C'était d'en observer 30 déjà, il fallait regarder et après seulement pratiquer 30. Donc on a commencé sagement avec l'observation. Et puis après on a, avec ma collègue, bénéficié d'une formation REVHO à Paris avec la formatrice de ton DU je crois d'ailleurs. Et on la remercie, elle est très pro formation sage-femme. Donc 2 jours à Paris pour la théorie sur l'instrumentale et puis la pratique, ça s'est fait pendant l'expérimentation en fait.

Charlène : D'accord et justement concernant du coup la formation théorique dont vous me parlez ou bien la formation pratique est ce que des éléments aurait pu être un peu plus mis en avant ?

Sage-femme 2 : Oui, peut-être plus de visuels, je dirais. Ils nous ont montré un petit film et c'était un petit film virtuel. Et en fait, je pense que j'aurais bien aimé, notamment pour des tardives 14-16 ou même à partir de 12 tu vois. On a un film qui est virtuel, mais bon, ce n'est pas la réalité. Comme son nom l'indique. Et du coup, j'aurais bien aimé avoir plusieurs films de réalité vraiment filmés d'un opérateur qui pratique une IVG à différents termes, en fait. Et ça, je l'ai eu pendant l'expérimentation, mais plus on avance dans le terme, plus il n'y en a pas tant que ça. Contrairement à ce qu'on disait ! Et donc ce serait bien d'avoir un film, mais peut être qu'éthiquement parlant, il n'y a pas vraiment des films de réalité là-dessus. Parce qu'après le risque, c'est que peut être ça circule sur le net et tout, tu vois. Parce que finalement, encore une fois, on n'en voit pas tous les quatre matins non plus quoi. Et on n'en fait pas tous les quatre matins, mais c'est tout. Oui, je dirais ça, mais ça ne m'a pas empêché d'en faire parce qu'on a quand même le support théorique.

Charlène : Et la pratique a été suffisante pour vous, pour vous former aux différentes situations ?

Sage-femme 2 : Oui, encore une fois, c'était ça, c'était pendant l'expérimentation, en fait, encore une fois, les 14-16, ce n'est pas ce qu'il y a plus fréquent. Parce que les petits termes au bout d'un moment l'aspiration, c'est toujours un peu pareil. Et je dirais que jusqu'à 10-12 semaines, c'est toujours un peu pareil finalement, l'aspiration. Il n'a pas besoin d'une grande technicité. En fait, c'est au-delà de 12-14 qu'il y a plus de manipulations. Je dirais que c'est presque plus intéressant entre guillemets, parce qu'il y a plus de dextérité, plus de manipulation, je dirais qu'il y a même plus de savoir-faire pratique et c'est ce qu'il y a plus intéressant. Alors ce n'est peut-être pas idéal de dire que c'est intéressant, mais en tout cas, une aspiration à petit terme ce n'est pas très compliqué. Au bout d'un moment c'est toujours la même chose, mais oui, j'aurais bien aimé

pratiquer plus de 14-16. Mais encore une fois, voilà, c'est parce qu'en terme de fréquence, il n'y en a pas tant que ça, mais je dirais que c'est aussi en faisant qu'on apprend.

Charlène : Et quels ont été les atouts de cette formation tant théorique que pratique ?

Sage-femme 2 : Je dirais que les atouts c'est en fait le compagnonnage. C'est comme pour les accouchements, c'est observer après faire à quatre mains et puis après être accompagné par un pair. Donc c'est ça qui est plus intéressant. Et puis finalement, l'expérimentation a permis de mettre assez vite en pratique.

Charlène : Quelles ont été les difficultés rencontrées pendant l'expérimentation ?

Sage-femme 2 : Je dirais que ce n'est pas tant techniquement, en fait, finalement, je dirais que c'est plutôt se faire une place au bloc opératoire en tant que sage-femme et en tant qu'opératrice.

Charlène : Ça a été difficile pour vous l'accueil au bloc opératoire ?

Sage-femme 2 : Bah plus ou moins, on va dire parce que de notre côté, ça n'a jamais été des équipes fixes. Je ne sais pas ce qu'en pense ma collègue, je ne veux pas parler à sa place, mais moi, ce qui a été le plus difficile en fait, parce qu'apprendre un geste technique, nous, en tant que sage-femme sur la sphère génitale, ça va, on sait relever le défi, on est plutôt à l'aise. Mais là, franchement, c'était tellement nouveau, tellement subversif que la sage-femme rentre au bloc opératoire en tant qu'opératrice qu'il a fallu faire sa place, son auto-accueil, je dirais faire preuve de pédagogie : c'est nous l'opératrice et pourquoi c'est nous, et pourquoi on en est arrivé là. Et ça, ça a rajouté en difficulté dans le sens... Ça a été la difficulté majeure parce que je veux dire travailler sur la sphère génitale, c'est mon boulot. Mais ce qui a été vraiment plus dur, c'est ça, c'est à dire, de s'imposer, de faire sa place en tant qu'opératrice au bloc opératoire. On avait fait des informations à la coordinatrice du bloc, mais bon, les équipes, elles sont tellement changeantes. Il y a plein d'intérimaires au bloc opératoire que je dirais que, et même encore aujourd'hui, il faut dire qui on est, qu'on est la sage-femme, que c'est nous qui pratiquons. Et avec le temps, les gens vont s'habituer. Mais d'ailleurs, la profession de sage-femme est méconnue dans le grand public. Mais on se rend compte aussi au cœur du bloc opératoire à l'hôpital, que même au sein des professions de santé, les compétences de la sage-femme sont très méconnues. Tout ce qui est compétences gynécologiques, orthogéniques. Donc moi, on m'a déjà regardé avec des gros yeux au bloc opératoire « non, non, mais là vous vous êtes trompé de salle, ce n'est pas une césarienne, là c'est une IVG ». Et en plus, c'était d'autant plus incongru parce que nous, ça fait des années qu'on pratique les consultations pré IVG, post, toutes les IVG médicamenteuses en chambre à tout terme, ce qui n'est pas la moindre des choses. Donc tu vois qu'on me dise « Non, attendez, là c'est une ivg » bah oui, j'ai ma place. On est légitime. Mais ça, c'est totalement méconnu les IVG médicamenteuses en chambre sachant que la sage-femme, elle est toute seule avec sa patiente. C'est la sage-femme qui le fait et qui accompagne la patiente de A à Z toute la journée. Et ça, c'est dans l'ombre totale, pas du tout éclairé parce qu'il n'y a pas besoin d'une équipe complète. Il n'y a pas besoin de matériel très élaboré. Donc la sage-femme elle est seule en chambre avec sa patiente à tout terme. Et ce n'est pas le plus facile ! Parce que moi souvent on m'a dit « oh là là tu vas faire des IVG instrumentales, c'est terrible, est ce que ça va aller ? ». Mais moi, en tant que sage-femme, ça m'a vraiment interpellé, et ça montre à quel point c'est mal connu notre boulot. Moi, souvent, je dis « vous savez, faire une ivg médicamenteuse en chambre à 14 semaines, ce n'est pas simple, mais ça personne n'est là, sauf la sage-femme » Donc on ne peut pas considérer ça et le reconnaître puisque personne n'est là sauf la sage-femme qui est seule avec sa patiente, donc... Et donc c'était un peu étonnant, parce que là, il y avait beaucoup de « la sage-femme, elle va faire de l'instrumentale à 14-16, bon courage ! ». Oui. Mais en fait là, j'ai du monde autour de moi qui me sert mon matériel, qui me range ma salle. Ça dure un quart d'heure. Voilà alors qu'au même terme en chambre, ce n'est pas la même chose. Il faut accompagner la patiente dans la douleur. C'est beaucoup plus long, plus laborieux, plus difficile, ça dure tout de la journée. Ce n'est pas du tout du tout la même chose. Donc, en fait, c'est intéressant, ça montre que ça dépend de comment on met les choses en lumière et ce qu'on considère comme difficile. Voilà. Je ne dis pas que c'est facile, mais voilà. Et puis c'est pareil, le métier de sage-femme, ça, c'est encore autre chose. Mais je me dis souvent que j'ai fait des choses bien plus difficiles. Par exemple, nous en type 3, j'ai fait un certain nombre, un nombre très certain, assez conséquents d'accouchements d'enfants morts à terme et d'interruptions médicales de grossesse ou là c'est pareil, tu es seule avec la patiente de jour comme de nuit. Gestion des corps à tout terme, accouchement d'enfants morts à tout terme, gestion des corps.

Donc je dirais que j'ai fait pire, mais ça de toute façon, ça n'est pas reconnu. On est seule avec notre patiente, personne n'en parle. C'est vrai. Mais là, à partir du moment, où on va faire une IVG instrumentale au bloc même... Mais en fait, j'ai du passif qui me permet de faire ça en tant que sage- femme. Et donc, au final, le plus dur, ce n'est pas l'acte lui-même, c'est vraiment se faire reconnaître et prendre sa place.

Charlène : Comment justement vous avez vécu cette formation-là sur le plan technique et émotionnel ?

Sage-femme 2 : Je dirais que c'est convergent avec ce que je viens d'expliquer. Pas tant me retrouver sur une sphère génitale féminine puisque c'est mon job, pas tant l'acte en lui-même parce que j'ai fait pire. Le pire c'était l'acceptation par les autres professionnels, par l'environnement. En fait que la sage-femme s'occupait d'orthogénie, faisait des IVG et allait devenir l'opératrice. Mais en fait, c'est énorme parce que c'est très subversif. C'est à dire que le bloc opératoire, c'est le summum de la mise en scène, je dirais du pouvoir médical, le médecin qui fait tout et tout gravite autour de l'opérateur : on le sert, on l'attend et tout dépend de lui. Et là, c'était la sage-femme qui devient l'opératrice. Donc je répète mais c'est totalement subversif. Et ça, c'était même pendant la formation, c'était ça le plus difficile, pas l'acte en lui-même.

Charlène : Et après avoir fini la formation, est ce que vous vous sentiez prête à pratiquer en autonomie ?

Sage-femme 2 : Oui, oui, oui, oui. Alors après, encore une fois, c'est avec un petit bémol sur les 14-16 en termes de fréquence, parce qu'on fait bien ce qu'on fait beaucoup. Donc, je dirais que ça m'a fait écho au moment où je suis devenu sage-femme. Jeune sage-femme tout juste diplômée, on ne se sent jamais totalement prête. Voilà à un moment donné, il faut se lancer. Donc ça, j'avais déjà ce vécu là parce qu'être autonome en salle d'accouchement, tout juste après son diplôme, c'est sauter dans le grand bain, surtout que moi j'avais commencé deux jours après mon diplôme dans un CHU. Donc il fallait en plus que j'ai la responsabilité d'étudiantes en salle d'accouchement. Donc ça m'a un peu ramené en arrière par rapport à ça. Et je dirais que c'est ça qui m'a aidé aussi parce que quand j'étais jeune sage-femme deux jours après mon diplôme en salle d'accouchement dans un CHU, j'ai dû à la fois être autonome et puis carrément prendre la casquette de formatrice.

Donc ça, ça m'a aidé à me lancer. Et quand même, nous les sages-femmes on est quand même assez aguerries parce que les accouchements, ce n'est pas si simple. Gérer une salle d'accouchement, ce n'est pas simple. Gérer un bloc d'accouchement, ce n'est pas simple. Gérer des étudiants, ce n'est pas simple. Et donc on a cette capacité là quand même avec le temps qu'on acquiert. Et donc tout simplement pour répondre à la question, c'est que du coup, ça m'a renvoyé à ça à un moment donné on n'est jamais prête après son diplôme à gérer un bloc, gérer complètement un bloc d'accouchement, gérer des étudiants. Je dirais que là, c'est de la même façon, il faut se lancer quoi. Passer à l'action, c'est ça qui aide.

Charlène : Est-ce que le décret de décembre 2023, est ce que ça a été un obstacle avec à votre pratique ?

Sage-femme 2 : Ah bah complètement. Et alors ça dépend des centres. Pour moi, dans mon centre, à la limite, on pouvait répondre aux critères, mais ça n'avait pas de sens. En fait, ça n'avait pas de sens puisque ça vidait même l'esprit de la loi Gaillot de son sens. Puisque l'idée de la loi Gaillot et de celle de l'expérimentation, qui, sont deux choses différentes qui découlent de deux législations différentes, étaient intimement liées. L'intérêt, c'était justement l'autonomisation des sages-femmes, d'augmenter l'offre de soins. Donc là de nouveau, se retrouver sous tutelle et sous condition, ça vidait totalement cette loi de son sens. Donc, en fait, moi, dans mon centre, en l'occurrence, ça pouvait s'appliquer, mais ça n'avait pas de pertinence, surtout que dans beaucoup de centres, oui, ça a bloqué la mise en place de cette compétence. Et certains centres se sont vus carrément arrêtés puisque ça ne pouvait pas répondre à tant de critères. Heureusement qu'on a fait bouger les choses pour changer ça.

Charlène : Concernant un peu la mise en pratique, à partir de quand vous avez commencé à pratiquer en autonomie les IVG instrumentales ?

Sage-femme 2 : J'ai commencé mi-janvier 2024 mais je ne saurais pas dire combien depuis. Non, parce que on s'est surtout focalisé sur le décompte pendant l'expérimentation, il y avait vraiment le quota qui était nécessaire. Les 30. Donc on comptait, on comptait et je t'avoue que moi après, j'ai arrêté de compter. Mais donc c'est deux matinées par mois pour chacune des 2 sages-femmes, moi et ma collègue. Donc ça fait quatre plages au total par mois et on en fait entre une et quatre, mais je t'avoue que je n'ai pas compté, non.

Charlène : Ça marche. Et au niveau du coup des types d'IVG instrumentales que vous faites, vous faites du coup des tardives, mais est ce que vous faites différents types d'anesthésie dont la locale ?

Sage-femme 2 : Non que de l'anesthésie générale pour l'instant mais c'est dans nos projets de développer la locale. Et d'ailleurs, c'est aussi ce qu'on a étudié pendant notre formation théorique avec REVHO, mais ça, c'est pareil, ça, tu vois, par exemple, quand on est dans un centre ou on ne fait que de l'AG pour la mise en pratique de la l'IVG c'est compliqué, c'est limité. Et donc, par exemple, à REVHO, on a eu aussi dans la formation théorique, la pratique sous locale. Mais ça, c'est pareil, c'est que de la théorie où il y a aussi un film virtuel, mais c'est comme tout, tant qu'on n'a pas pratiqué soi-même, de ses propres mains.... Voilà. Donc, c'est ça qui m'a manqué, par exemple, une possibilité d'aller sur un terrain de stage et faire quelques IVG sous locale en compagnonnage, puisque chez moi, ça ne se fait pas.

Sage-femme 2 : Mais du coup là, ça retarde un peu la mise en place de l'anesthésie locale parce que personne ne le fait encore dans mon centre. Mais nous, on est formées théoriquement, oui, il n'y a pas la pratique encore.

Charlène : Et quelle est l'organisation avec une patiente que vous recevez, de la prise de rendez-vous jusqu'à la réalisation de l'acte ?

Sage-femme 2 : Alors chez nous, dans mon centre, on a un secrétariat dédié d'orthogénie. On n'est pas trop mauvais en termes de délai de rendez-vous. Ça dépend des périodes quand même mais souvent entre trois et cinq jours, voire une semaine de délai pour la prise de rendez-vous l'été. Mais après, donc secrétariat dédié, consultation pré-IVG où on a vraiment groupé tout ce qui est première consultation d'accueil et consultation de confirmation/explications et on pratique l'échographie de datation nous les sage femmes orthogénistes et on donne le choix de la méthode à la patiente. Et donc on pratique à tous les termes, on donne le choix à tous les termes. Donc on fait des IVG médicamenteuses à domicile, des médicamenteuses, comme je te disais à tout terme en chambre et de l'instrumentale à tout terme. Donc ça, c'est une consultation par la sage-femme. L'IVG médicamenteuse en chambre elle est pratiquée par une sage-femme ; l'IVG instrumentale, éventuellement par une sage-femme ou un gynéco et la consulte post-IVG, elle est réalisée par une sage-femme.

Charlène : D'accord, donc oui, vous faites beaucoup.

Sage-femme 2 : Après ce qui est un petit peu compliqué pour notre organisation, mais comme dans beaucoup de centres sur le territoire national, de toute façon, c'est une vraie problématique de de l'IVG qui a toujours existé et qui est toujours d'actualité, c'est l'accès au bloc opératoire. Parce que malheureusement, dans notre centre, on n'a pas de plage opératoire dédiée. Donc on rentre dans la planification de la programmation opératoire. Et malheureusement, on se rend compte depuis des années d'ailleurs que l'IVG n'est pas la priorité en termes de programmation et que on n'a pas toujours le nombre de places souhaitées et que l'accès au bloc déjà, ce n'est pas quotidien. Ce n'est pas forcément tous les jours ouverts de la semaine, on a deux plages opératoires, soit le lundi, soit le jeudi déjà, on n'a que ces deux matinées là. Et on est censé avoir quatre places sur chaque journée mais qui ne sont pas toujours honorées. Et parfois on nous dit qu'il n'y a plus qu'une place cette journée-là où il n'y a plus de place. C'est toujours un peu la variable d'ajustement. Donc ça, c'est une problématique à laquelle on est confronté quotidiennement lors de nos consultations d'orthogénie. C'est la possibilité programmation d'une instrumentale.

Charlène : Quels changements vous remarquez dans votre quotidien professionnel depuis que vous avez la pleine compétence orthogénique ?

Sage-femme 2 : Ben moi, je oui, oui. Si en fait, ce sont des choses que j'ai intégrés, intériorisé en fait, mais voilà il faut que ça ressorte aussi. Alors c'est lié aussi à mon engagement par rapport à l'ANSFO, on a été ultra actives pour gagner cette pleine compétence. Donc, en fait, moi, j'ai pu toucher du doigt comment dire le travail de quête et de lutte associative, de plaidoyers auprès des ministères. Enfin, tout le travail associatif, tout le travail de notre association militante, de toute cette quête et de tout ce cheminement législatif, voilà. Et à la fois si proche du terrain, c'est à dire maître de ça, ça a été vraiment un sentiment, une expérience assez inédite. Encore une fois, c'est ce que je te disais, cette quête législative, cette quête de compétence, ce travail à l'ANSFO avec la rencontre du ministre, on a aussi rencontré la ministre de l'Égalité hommes femmes, un gros travail associatif de lutte et à la fois la casquette de la sage-femme qui va mettre en pratique cette

nouvelle compétence, c'est à dire les deux casquettes. Voilà, c'est la congruence entre les deux. Et quand j'ai commencé à faire des instrumentales et surtout en autonomie, ça a été, alors c'est très intériorisé en fait. Mais maintenant que tu me poses la question, ça m'y renvoie, c'est très intériorisé et c'est derrière moi, mais c'est intéressant que tu m'en parles. C'était vraiment un sentiment excessivement particulier d'avoir lutté et obtenu en haute sphère des choses et de se retrouver soi, à rentrer au bloc et être l'opératrice et le faire. Je ne sais pas si tu saisis mais pour le vivre, d'avoir voilà la satisfaction de se dire, je passe du truc en haute sphère où on a lutté et maintenant dans ce bloc aujourd'hui, c'est moi qui le fais. Et ça, c'était un sentiment que j'ai vite refoulé. Mais finalement, quand je reviens dessus, c'était assez inédit quand même parce que l'ANSFO a été en première ligne. Et là, je me suis dit si je fais ça, en l'occurrence moi ici aujourd'hui, maintenant, c'est parce qu'on a travaillé dur pour en arriver là. Et c'est un sentiment très particulier, en fait, parce qu'on le doit essentiellement à nous et aux associations féministes. Ça a été toute une collaboration d'associations et de travail. Mais je veux dire, voilà, ce ne sont ni les politiques ni les médecins qui sont venus nous chercher. Ce sont les sages femmes orthogénistes qui ont travaillé depuis des années là-dessus. Et ça a été un sentiment d'accomplissement et de fierté cette mise en pratique de cette quête. En fait, voilà, ça a été un sentiment très particulier. Et parce que, quand on est étudiante sage-femme, on fait ce qu'on nous dit et ce que le programme a prévu. Voilà. Mais là, quand on est allé chercher soi-même entre guillemets, en association, chercher cette compétence, c'est assez jouissif, c'est assez satisfaisant tout de suite de le mettre en pratique. Et ça montre que voilà, c'est possible aussi de faire bouger les lignes. Voilà, en faisant ça, c'est ce que je me disais. Donc ça, cette nouvelle compétence, c'est ce sentiment là que ça a amené. Et puis j'ai senti aussi mine de rien, j'ai senti un regard quand même de considération de nos collègues médecins. J'ai senti ça parce que, encore une fois, ils voient le côté bloc opératoire, difficulté opératoire. Bien qu'encore une fois, c'est ce que je te disais la dernière fois, c'est qu'on fait des choses beaucoup plus compliquées en fait en tant que sage-femme, mais là, étant donné que nous on rentrait au bloc opératoire, qui est l'ultime lieu du pouvoir médical, on est allé chercher. Ils ont vu qu'on est allé chercher cette compétence, qu'on n'a pas lâché, qu'on n'a pas failli et qu'on est allé jusqu'au bout et qu'on n'a pas lâché, qu'on s'y tient toujours, qu'on y va toujours jusqu'à 16 semaines d'aménorrhée. Parce que dans nos collègues médecins, il y a aussi certains qui s'arrêtent à des termes plus ou moins avancés, c'est à géométrie variable. Il y en a qui s'arrêtent à 10 semaines, d'autres à 12, d'autres à 14. Il se trouve que force est de constater que nous on va jusqu'à 16. Donc non seulement on est allé chercher cette compétence, on est sorti de notre zone de confort, on a prouvé qu'on ne faisait pas que de le dire mais on l'a surtout fait et jusqu'à 16. Donc j'ai franchement ressenti une espèce de « ah oui quand même, elles le font quoi ». Et encore une fois, même si j'ai envie de leur dire « vous savez on fait bien pire que ça mais vous n'êtes pas là pour le voir ».

Charlène : Ça amène un peu plus de considération au final au sein des équipes.

Sage-femme 2 : Oui surtout des médecins en fait. Et ça revient à ce que je te disais tout à l'heure : le bloc opératoire, c'est théâtral, c'est la scène ultime du pouvoir médical. Et quand c'est la sage-femme qui devient l'opératrice, oui, j'ai senti qu'on nous considérait un peu comme des collègues, par exemple. Encore une fois, en tant que sage-femme, on fait des choses bien plus compliquées en salle d'accouchement certaines fois ou dans les chambres toute seule avec nos patientes. Ce que je t'ai expliqué tout à l'heure.

Charlène : Ok, très bien, beaucoup de sentiments mêlés finalement. Comment est-ce que vous vous voyez évoluer concernant l'orthogénie ? Quels sont vos projets à venir ?

Sage-femme 2 : C'est surtout de pérenniser cette pratique, la maintenir parce que c'est une façon d'offrir, de maintenir l'offre, de garantir l'offre de soin. C'est à dire qu'être opératrice c'est d'offrir ce soin jusqu'au terme légal de la loi soit jusqu'à 16 semaines d'aménorrhée. Donc on assure quand même l'offre de soins que prévoit la république quand même. Donc je dirais que l'objectif c'est de durer dans le temps, c'est de durer longtemps, d'être toujours vigilante pour que les conditions permettent qu'on applique la loi. Et puis là, un autre projet, en l'occurrence nous, dans notre centre, c'est comme je le disais tout à l'heure de développer l'anesthésie locale.

Charlène : Vous avez déjà prévu de faire une formation ? Il y a déjà des choses qui sont organisées concernant ce sujet ?

Sage-femme 2 : Ça, c'était déjà dans le packaging de la formation REVHO, mais peut être qu'on aimerait retourner un petit peu sur un terrain de stage pour faire un peu de pratique. Mais oui, oui, c'est prévu.

Charlène : Très bien, est ce que vous avez des questions ou des remarques à faire ?

Sage-femme 2 : Je voudrais juste rajouter qu'au début, c'était vu comme quelque chose de, une nouveauté pour la sage-femme. La sage-femme va faire des IVG instrumentales au bloc opératoire, c'est un peu incongru. Et puis surtout l'histoire de la sage-femme est mal connue. Elle a été pas mal cantonnée à la salle d'accouchement, à la périnatalité, et encore maintenant dans les esprits, que ce soit du grand public ou même des professionnels de santé, elle est associée à la salle de naissance, à l'accouchement. Et du coup, ça a été très subversif tout ça. Et à la fois quand on connaît l'histoire des sages femmes, il n'y a rien de nouveau. Parce que les sages-femmes, c'est ça. Il faut connaître l'histoire de notre profession ! Les sages femmes avant elles étaient des avorteuses aussi. Et donc même au sein des nouvelles générations, des étudiantes sages femmes, des jeunes sages-femmes, on s'aperçoit même qu'il y a un travail de pédagogie à faire là-dessus. On est tellement cantonnées à la salle d'accouchement. On est tellement collé à cette image du rose layette, de la périnatalité qu'au final notre place en orthogénie serait un peu étonnamment incongrue. Mais en fait, ça n'a rien de nouveau. C'est presque un retour à la pleine activité qu'on avait avant. Il faut le rappeler. La sage-femme c'est les bébés tout de suite mais c'est méconnaître notre travail, c'est méconnaître l'histoire de la profession. Et donc, encore une fois, pour finir, c'était assez incongru. Et puis maintenant, de toute façon maintenant on va au bloc et les gens s'habituent. Mais tu sais, dans l'histoire, les femmes ce sont des grandes oubliées de l'histoire.

Charlène : Oui c'est vrai... Merci beaucoup pour cette réflexion et cet entretien !

Annexe n°4 : Entretien avec la sage-femme 3

Charlène : Alors déjà, depuis notre dernier entretien est ce que vous avez connu des changements professionnels ?

Sage-femme 3 : Non, non, non, pas en ce qui concerne l'IVG, je travaille toujours à l'hôpital. Donc j'ai des consultations aussi de gynécologie, d'obstétrique des gardes en salles et suites de couche. Et j'ai une aussi une consultation de prise en charge des femmes victimes de violence.

Charlène : Ok, top. Est-ce que vous pouvez me rappeler déjà où vous exercer et dans quel type de structure ?

Sage-femme 3 : Alors je travaille à Donc c'est un hôpital public avec une maternité de niveau 1 qui fait environ 1000 à 1100 accouchements par an.

Charlène : Ok et est-ce que vous pouvez me décrire justement concernant l'expérimentation, la formation que vous avez eu pour pratiquer l'IVG instrumentale ?

Sage-femme 3 : Alors oui, alors moi, c'était dans le cadre de l'expérimentation. Donc je sais que ça a changé depuis. Faire une journée de formation théorique, ça c'était assez simple. Et après, dans la formation pratique, il a fallu d'abord que j'observe 30 IVG. Je crois que ça a changé maintenant, je crois que c'est 10. Et après que j'en pratique 30. Donc du coup, la formation au total a duré trois semaines, je crois, j'ai fait une semaine ou j'ai pu observer les 30 et après, j'ai fait deux semaines ou j'ai pu pratiquer de façon supervisée et je les ai faites en CHU dans un autre hôpital.

Charlène : Et vous avez du coup tout fait à la suite ?

Sage-femme 3 : Non, non je crois que j'ai fait l'observation 1 semaine en février ou mars. Et après, j'avais fait deux semaines un peu plus tard en avril. Parce que me dégager 3 semaines dans mon service, c'était trop compliqué.

Charlène : Et justement concernant cette formation là est ce qu'il y a certains aspects de la formation théorique ou pratique, qui auraient pu être un peu plus approfondis selon vous ?

Sage-femme 3 : Moi, ce qui me manque, mais ça après, c'est moi, c'est que je ne fais pas d'échographie donc bon... Les jeunes sages femmes sont plus formées à l'échographie. Donc moins il m'a manqué ça. Ça me manque toujours. D'ailleurs, je pense qu'il faudrait que je fasse une formation d'échographie. Et voilà, parce qu'en fait, quand je faisais la formation pratique en CHU, toutes les IVG se faisaient sous écho. Et moi, ce n'est pas le cas. Chez nous, on fait sous écho quand c'est au-delà de 12 semaines d'aménorrhée. Donc c'est quand même une autre approche mais oui, moi, ce qui m'a manqué c'est clair et ce qui me manque toujours clairement, c'est l'échographie. Sinon après, dans la formation elle-même, non, à part pratiquer plus de blocs paracervicaux en formation. Parce que du coup-là, moi, je ne fais pas de locale. On en fait pas, il n'y en a quasiment jamais. Du coup moi, je freine un peu à me lancer là-dedans. Même le reste de l'équipe n'en fait pas. Les anesthésistes ne sont pas trop chauds. Et donc du coup, effectivement, même dans la formation, j'en ai peu fait, j'en ai vu, mais j'en ai peu fait.

Charlène : Et là où vous vous êtes formés, ils en font régulièrement ?

Sage-femme 3 : Là où j'ai été formée, oui. Il y avait une matinée entière dédiée aux patientes qui voulaient cette technique-là. Ça allégeait l'équipe parce que du coup il n'y avait pas la présence de l'anesthésie.

Charlène : Est-ce que vous pensez que certains aspects de cette formation théorique et pratique auraient pu être moins mis en avant ?

Sage-femme 3 : Observer 30 après du coup, ça a été modifié. C'est vrai que c'était un peu long, mais bon à la fois, c'était long parce que d'être là à côté à en observer 30, mais à la fois, ça permet aussi d'être présente si jamais il y a des complications. On a la possibilité de voir en fait tout le panel. Oui, donc oui, ça, c'était un petit peu long après pratiquer 30 non, je trouvais que ce n'était pas long. C'était suffisant, oui. J'avais quand même déjà des connaissances de base.

Charlène : Très bien, et est-ce que la formation pratique, selon vous a été suffisante ? Est-ce que vous auriez aimé pratiquer un peu plus sous la supervision d'un médecin ?

Sage-femme 3 : Alors, dans la formation, je trouvais que c'était suffisant. Après moi, quand j'ai commencé dans ma structure, j'ai été quand même encadré par des praticiens, des médecins en l'occurrence, qui pratiquaient déjà pour me familiariser avec le matériel qui n'était pas tout à fait le même. Et puis pour que les équipes de bloc se familiarisent avec le fait que ce soit moi et qu'ils arrêtent de me demander si je monte pour une césarienne (rires). C'était chouette du coup de faire ça avec les médecins de mon équipe, un compagnonnage sur place, j'ai trouvé que c'était pas mal. Ça a duré 1 ou 2 mois sachant que nous on fait des IVG qu'une matinée par semaine.

Charlène : D'accord, c'est bien, ça vous a permis de faire quasi 1 semaine en compagnonnage.

Sage-femme 3 : Voilà c'est ça.

Charlène : Quels ont été pour vous les atouts de cette formation ?

Sage-femme 3 : Moi déjà, ma motivation de base c'était de prendre en charge les femmes dans leur globalité, pendant leur vie reproductrice. Et donc du coup, cette formation permettait d'accéder à ça. Je trouvais ça chouette de se réapproprier et de pouvoir proposer en fait tout un panel aux patientes. Donc d'avoir accès à cette formation, ça a permis de faire l'entièreté de nos dérogatives quoi.

Charlène : Et est-ce que pendant cette formation là il y a eu des difficultés de rencontres ?

Sage-femme 3 : Non, je n'en ai pas le souvenir, non, non, on a été bien accueilli. Et même là, dans la pratique finale, j'avais peur un petit peu par rapport aux anesthésistes, que soit un peu compliqué et non, en fait, tout se fait assez facilement. Les équipes ont bien intégré et trouvent ça plutôt bien que ça s'ouvre à d'autres professionnels et que l'IVG puisse être maintenu même si nous à l'hôpital où je travaille, il n'y pas trop de difficultés. Mais en fait, il y a des endroits où c'est plus compliqué et que donc du coup ce soit aussi une façon de maintenir cette activité possible. Tout le monde était plutôt à l'écoute. Et ça, c'est bien.

Charlène : Et est-ce que pendant la formation, vous avez connu des complications pendant la pratique ?

Sage-femme 3 : Il y a eu une fois une patiente qu'il a fallu reprendre parce qu'elle saignait. Sinon non. Clairement, j'ai vraiment l'impression de moins me mettre en danger à faire ça qu'à faire des accouchements. C'est clair que pour moi, c'est beaucoup moins dangereux ou exposant.

Charlène : Et vous, comment est-ce que vous avez vécu cette formation sur le plan technique et émotionnel ?

Sage-femme 3 : Alors, j'ai ressenti du stress parce que c'est quelque chose de nouveau et je ne suis pas jeune et se remettre dans quelque chose de nouveau ce n'est pas toujours simple. Même maintenant, j'ai envie de dire, quand c'est ma matinée d'IVG, ça me demande quand même de la concentration. Je n'y vais pas encore complètement détendue. Alors que je n'ai pas eu de complications et que je trouve que c'est quand même moins exposant qu'une hémorragie de la délivrance ou une dystocie des épaules. Mais voilà, c'est quelque chose de nouveau. J'ai un peu l'impression que j'ai encore mes preuves à faire. Et donc du coup, ça met un petit stress, mais après je n'ai pas eu de complications. Donc pour l'instant, je touche du bois, ce n'est plutôt pas trop compliqué.

Charlène : Après avoir fini cette formation, est-ce que vous vous sentiez prête à démarrer en autonomie ?

Sage-femme 3 : Oui, oui, oui. Mais c'est clair que là moi, là où j'ai été formé, les équipes dédramatisaient complètement. C'était plus quand j'ai fait mon compagnonnage sur site où on me disait « tu devrais plutôt faire comme si, comme ça attention aux perforations ». Quand j'étais en formation au CHU, c'était un centre de gynécologie sociale. Donc ils faisaient ça tous les jours, toute la journée. Puis il y avait beaucoup de généralistes qui faisaient. Donc je me disais si les généralistes font il n'y a pas de raison que les sages-femmes ne fassent pas. Donc du coup ça m'a beaucoup aidé à dédramatiser un peu cette activité parce que qu'on se dit qu'on va au bloc, c'est stressant quand même. Mais voilà, la formation m'a aidé là-dedans.

Charlène : Très bien. Et justement, est-ce que le décret du décembre 2023 ça a été un obstacle à votre pratique ?

Sage-femme 3 : Alors ça, c'est un peu bizarre parce que moi, j'avais l'impression qu'on pouvait l'interpréter de plein de façons ce décret. En fait pour moi qu'il y ait des médecins dans les murs, c'est comme quand on est en salle. Ça ne me choque pas plus que ça moi. Évidemment, si j'ai une complication, je vais passer la main, ce n'est pas le travail de sage-femme. Donc pour moi, moi, ce décret-là, je l'ai interprété comme on fonctionne en salle d'accouchement. S'il faut emboliser une femme, on la transfère selon notre réseau habituel. Par exemple, on les transfère nous dans la grande ville à 15 kilomètres de chez nous. Voilà, on fait ça pour la salle d'accouchement. On pourrait faire ça pour les IVG même si je ne l'ai jamais vu. Mais voilà, moi, je n'ai pas compris ça comme impérativement sur place d'avoir toute cette équipe. C'était plus en termes d'organisation, je l'avais compris comme ça. Alors après, encore une fois, moi, je travaille près d'une grande ville. C'est sûr que je pense que le décret, il avait sûrement un autre impact sur le fonctionnement d'un CH isolé de tout. Mais encore une fois, pour moi, ce n'est pas ce décret qui devait effréné sinon alors on ferme toutes les maternités.

Charlène : Ok, je comprends. Et du coup vous avez commencé à pratiquer les instrumentales en autonomie, à partir de quand exactement ?

Sage-femme 3 : Je dirais, je pense, novembre 2023.

Charlène : Est-ce que vous savez depuis que vous avez commencé à les pratiquer en autonomie, à peu près combien vous en avez fait ?

Sage-femme 3 : C'est vrai que j'aurais dû récupérer les chiffres. En plus, on avait fait un exposé et je les ai vus. Non, franchement, ce n'est pas énorme parce que, encore une fois, nous on fait des IVG chirurgicales que le vendredi matin et clairement sur toute la patientèle qui fait des IVG comme partout en France, il y a au moins 80 % de médicamenteuses. Il n'y en a pas beaucoup. Je dois en faire deux par mois.

Sage-femme 3 : Mais je fais qu'une vacation par mois, le vendredi matin parce qu'on est nombreux à pratiquer. Il y a les médecins et moi sur les vacations. C'est déjà arrivé qu'il y en est quatre de prévu sur ma vacation mais c'est exceptionnel. Donc on va dire, en moyenne 2 par mois, il y en a qui font beaucoup plus.

Charlène : Et du coup, de ce que vous me disiez, vous ne faites que des IVG sous anesthésie générale ? Il n'y a pas encore de locale.

Sage-femme 3 : Oui, c'est ça. Et pour l'instant, je n'ai pas encore pratiqué ni même vu les 14-16.

On les fait dans notre centre, mais il y en a très peu. Et moi je n'ai pas eu l'occasion encore d'en faire.

Charlène : Mais sinon dans votre service il y a un protocole où les sages-femmes sont incluses dans les IVG tardives ?

Sage-femme 3 : Alors il y a que moi comme sage-femme qui pratique déjà. Et j'ai découvert très récemment que notre chef de service avait fait un protocole pour les 14-16 qui m'excluait en fait. Je pense qu'effectivement, il y en a tellement peu. Je crois que depuis la législation, il y en a eu 2 ou 3 seulement. Ce ne serait pas forcément malin que soit à moi de m'y coller. Mais en tout cas, je n'irai pas seule.

Charlène : Et quelle est l'organisation quand une femme prend rendez-vous ? Est-ce que c'est vous qui faites la consultation pré-IVG et du coup vous la revoyez au bloc ?

Sage-femme 3 : C'est plus souvent deux personnes différentes, malheureusement. Le planning, les contraintes de chacun, l'organisation du bloc... C'est vrai que ce n'est pas terrible, y compris, même pour la visite de contrôle, on ne les revoit pas forcément. Je trouve que ce n'est pas terrible, mais c'est à réfléchir. On pourrait faire une autre organisation. Mais là, on a des vacations de consult d'IVG, on a des vacations de pratique d'IVG au bloc. Parfois ça coïncide, parfois non. Mais la plupart du temps, elles montent au bloc et elles ne savent pas qu'elles ont affaire à moi. Généralement, j'arrive un peu plus tôt pour me présenter quand même, mais j'imagine que c'est un peu stressant pour elle.

Charlène : D'accord, je vois. Et est-ce que vous avez rencontré des difficultés depuis que vous pratiquez les instrumentales en autonomie, que ce soit sur le plan technique, sur le plan relationnel ?

Sage-femme 3 : Sur le plan relationnel, non. Sur le plan technique alors... moi, je pense que ça vient de ça, c'est quand j'ai fait ma formation, toutes les patientes qui faisaient une IVG chir elles avaient de la Mifegyne et elles avaient du misoone quand elles dépassaient 12 semaines ou quand c'était un utérus cicat, enfin je ne sais plus. Alors que nous c'est l'inverse là où je travaille, elles ont toutes du misoone le matin à l'arrivée et de la Mifegyne quand ça dépasse 12 semaines. Et parfois honnêtement, quand c'est des nulligestes, avec un col qui n'a jamais travaillé bah des fois du fait qu'elles n'aient pas eu la Mifegyne c'est un peu difficile de dilater. Mais du coup, j'aspire avec une canule plus petite et ce n'est pas hyper simple du tout, mais bon.

Charlène : C'est le fait de changer de protocole qui a fait que vous vous êtes retrouvée en difficulté en fait

Sage-femme 3 : C'est ça, notre chef de service n'est pas d'accord pour changer de protocole. Et donc on doit se fier à son protocole. Sinon après, oui, j'ai eu aussi une femme à qui j'ai fait une aspi sur une toute petite grossesse. Elle devait être à six semaines, un truc comme ça, qui est revenue quelques jours plus tard et qui, en fait, a fait une GEU. En fait elle avait une GIU et une GEU. J'ai eu le truc super rare à six semaines quoi, à la consult forcément ça ne s'est pas vu. C'est la faute à pas de chance mais ça m'a un peu secoué, surtout au début de ma pratique quoi.

Charlène : Oui c'est normal, et puis sage-femme ou médecin, ça arrive à tout le monde, c'est indépendant du professionnel. Quels changements remarquez-vous dans votre quotidien professionnel depuis que vous avez cette pleine compétence orthogénique ?

Sage-femme 3 : de pouvoir répondre déjà à toutes leurs questions concernant la vie de femme. Et ça, c'est chouette de pouvoir répondre à leurs questions sur l'IVG, pouvoir les orienter, pouvoir leur dire comment ça va se passer l'organisation, etc. Et après, voilà la satisfaction de je vous disais de pouvoir s'occuper d'une femme qui va bien quasiment tout au long de sa vie quoi.

Charlène : Est-ce que vous sentez qu'il y a eu aussi un regard qui a changé sur votre profession, vos compétences par votre équipe ?

Sage-femme 3 : Oui quand même, j'ai l'impression, c'est rigolo parce que moi, je suis donc la seule dans mon hôpital, mais je suis la seule dans mon département aussi à faire ça pour l'instant. Et donc, du coup, tout le monde se dit « on a la sage- femme orthogéniste du département » et ça c'est cool. Et mes collègues de salle d'accouchement posent quand même pas mal de questions. Et souvent ce qui revient, c'est plus, « mais ça ne te fait rien ? ». C'est vrai que quand même quand des grossesses sont un petit peu avancées bah clairement on voit ce qu'on retire quoi. « Oui, mais ça ne te fait rien en tant que sage-femme ? » et non, en fait, moi, je ne le ferai pas sinon. Et puis clairement je ne me dis jamais que je retire un enfant. Je rends service à la femme. C'était son choix. Et je suis là pour l'aider. Mais effectivement, j'ai beaucoup de questions de mes collègues à ce sujet-là. Il y en a beaucoup qui seraient intéressés, mais qui disent quand les grossesses commencent à être avancée, ça doit être dur. Et donc qui n'en sont pas encore là, pour elles la sage-femme fait les accouchements.

Charlène : Et du coup, vous sentez que certaines collègues vu qu'elles voient que vous ça se passe bien ça leur donne envie ? Parce que je sais qu'un peu au départ de l'expérimentation, il y a certaines sages femmes qui attendaient de voir ce qu'allait donner l'expérimentation.

Sage-femme 3 : Moi régulièrement, je leur dis « mais prévoyez de vous former, c'est une chouette activité, puis ça change, ça fait faire d'autres choses aussi ». Mais je n'ai pas l'impression pour l'instant qu'il y en ait beaucoup qui soient tentées, non.

Charlène : Ok, dommage. Comment est-ce que vous vous voyez évoluer concernant l'orthogénie ?

Sage-femme 3 : Moi, j'aimerais en faire plus, avoir plus de temps de travail pour ça. Oui, bon, ça viendra plus tard peut être. J'ai 50 ans donc j'aurais envie peut être sur le long terme de faire moins de gardes parce que c'est usant, fatigant, stressant. Et donc, du coup, c'est plus vers cette activité là que j'aimerais avancer, mais ça se fera petit à petit.

Charlène : Est-ce que vous avez des projets de service en construction ?

Sage-femme 3 : Nous on a, on a le projet en fait, notre hôpital va être reconstruit dans quelques années. Il va être construit sur un autre site. Et donc je pense que c'est là qu'il va falloir jouer sa partie pour développer le centre d'orthogénie. Ça fait partie de mes objectifs.

Charlène : Et il y a certaines choses auxquelles vous voudrez vous former concernant l'orthogénie ?

Sage-femme 3 : Clairement l'échographie. Vraiment, c'est l'échographie.

Charlène : Ok, très bien. Est-ce que vous avez des questions, des remarques ? on arrive à la fin des questions est ce que vous aviez des choses à rajouter qu'on n'a pas évoqué ?

Sage-femme 3 : Ok, ben non. Sinon après, je pense que on a un peu tout balayé. Après voilà, je pense qu'il y a aussi, oui, quand même les 14-16 semaines, ça a l'air compliqué quand même, il y a plusieurs protocoles. Il y en a qui le font par aspi et il y en a qui le font en médicamenteux. Je crois que c'est un gros sujet.

Charlène : Non, il n'y a pas encore de protocole harmonisé, la HAS n'a pas sorti de protocole.

Sage-femme 3 : Ce n'est pas encore bien passé dans les mœurs et y compris sur les praticiens de l'IVG. Il y en a plein qui ne sont pas tout à fait ok, que ça dérange de faire le 14- 16 mais je n'ai jamais fait moi. Mais je le vois bien notamment avec les IMG à ce terme, un embryon de ce terme-là c'est sûr ce n'est pas simple. Mais le protocole, il est quand même pour un protocole chirurgical. Mais ça, je crois que c'est un sujet encore à creuser.

Charlène : Oui chaque centre fait différemment en fonction des protocoles de service. C'est compliqué en effet.

Sage-femme 3 : Oui, voilà... Et bien bon courage pour la suite !

Annexe n°5 : Entretien avec la sage-femme 4

Charlène : Depuis notre dernier entretien est ce que vous avez connu des changements professionnels ?

Sage-femme 4 : Je sais plus quand est ce qu'on s'était vu. Non, je ne crois pas.

Charlène : C'était en début 2023.

Sage-femme 4 : Non, non, non, non.

Charlène : Donc vous exercez du coup dans une maternité de type 3, c'est ça si je me souviens bien ?

Sage-femme 4 : C'est ça. Tout à fait.

Charlène : D'accord. Et comment vous travaillez ? Vous faites des gardes ou faites que de l'orthogénie ?

Sage-femme 4 : Nan, je suis toujours en mi-temps orthogénie 2 jours par semaine et le reste du temps ce sont des gardes en salle de naissance.

Charlène : D'accord, ok je vois. Est-ce que vous pouvez me décrire la formation que vous avez eu pour pratiquer l'IVG instrumentale ?

Sage-femme 4 : Ah ben, j'avais fait le DU de régulation de naissance et j'avais fait la formation théorique de REVHO pour les IVG instrumentales.

Charlène : Ok, et du coup, combien de temps votre formation pratique a duré ?

Sage-femme 4 : Sur le terrain ?

Charlène : Oui, c'est ça.

Sage-femme 4 : Bah j'avais commencé en février 2023 et jusqu'à la fin, jusqu'à fin de décembre 2023, jusqu'à ce que le décret paraisse en fait. Je les faisais mais il y avait un médecin qui était dans la salle, qui ne prenait pas le relais quoi.

Charlène : Ok, et du coup, comment ça s'est organisé ? Combien de fois par semaine ?

Sage-femme 4 : Alors j'y allais tous les mardis. J'avais tous les mardis tous les 15 jours au bloc. J'avais cinq plages en fait. Les sup au début, je ne les faisais pas. C'était le médecin qui est avec moi qui les faisait. Et après pour les locales, en fait, ça s'est fait progressivement sur le terrain. J'ai regardé, puis après, j'ai pratiqué quoi.

Charlène : Ok, donc vous en avez, avec le décret qu'il y avait, observé 30 et pratiqué 30 ?

Sage-femme 4 : Oui. Mais c'était plus que 30 ans observées. J'en avais fait plus de 30 aussi le temps que le décret paraisse.

Charlène : D'accord. Est-ce que certains aspects de la formation du coup tant théorique que pratique auraient pu être un peu plus approfondis ?

Sage-femme 4 : Pour les IVG instrumentales, je trouve que, comment on dit, en fait, moi, je peux avoir la théorie, mais tant que je n'ai pas la pratique, je n'arrive pas à voir exactement et en fait elles parlaient de choses que je ne comprenais pas. Et j'ai compris après sur le terrain, mais je pense qu'il faut en avoir déjà au moins vu une ou deux pour comprendre de quoi on parle.

Charlène : Vous aurez peut-être préféré qu'il mette des petites vidéos pour voir à quoi ça ressemble lors de la formation théorique ?

Sage-femme 4 : Oui, oui, voilà.

Charlène : Et concernant la formation pratique, c'est à dire, la pratique des IVG instru est ce qu'il y a des certains aspects qui auraient pu être plus approfondis, des choses qui vous ont manqué ?

Sage-femme 4 : Mais en fait, moi, ce qui me manque, ce sont surtout les complications. En fait, oui, je me dis est ce que je vais savoir bien réagir si j'ai une complication.

Charlène : Oui, tant qu'on n'a pas connu...

Sage-femme 4 : Voilà. C'est parce que voilà après le geste en lui-même, voilà. Mais c'est surtout ça, c'est savoir si j'ai des bonnes conduites à tenir. Voilà.

Charlène : Et à l'inverse, est ce qu'il y a certains aspects qui auraient pu être moins mis en avant ?

Sage-femme 4 : Je trouve que 30 observées, c'est un peu trop quand même et exagéré, on n'est pas complètement stupides ! Vous comprenez ce que je veux dire. Mais bon, c'est vrai qu'après quand j'ai écouté les collègues, elles avaient toutes commencé avant les 30 IVG. Oui, donc qu'on en a vu cinq, c'est amplement suffisant.

Charlène : Et est-ce que la formation pratique pour vous, elle a été suffisante ? Est-ce que vous auriez aimé pratiquer un petit peu plus sous la supervision d'un médecin ?

Sage-femme 4 : Ah nan, moi j'ai été bien formée j'avoue. Parce qu'il y avait toujours un médecin qui était détaché, exprès qui me laissait faire. Et j'ai eu beaucoup de chance. Moi, je pense que j'ai eu énormément de chance.

Charlène : C'était un médecin gynécologue ou généraliste qui vous supervisait ?

Sage-femme 4 : C'était un médecin généraliste, celui qui était là le mardi ou sinon la chef de service qui est médecin généraliste aussi.

Charlène : Quels ont été les atouts de cette formation, de cette expérimentation ?

Sage-femme 4 : Les atouts, c'est que j'ai été bien encadré moi et que j'avais de beaucoup de plages. En fait, j'avais beaucoup d'occasion de faire des IVG.

Charlène : C'est réparti comment les plages horaires pour les IVG chez vous ?

Sage-femme 4 : Celles où il y en a le plus, c'est le mardi, c'était là où j'étais en fait, on a cinq plages. Après, on a une plage le mercredi matin, une plage le jeudi matin et après on a deux ou trois plages, deux plages sur la mater pour les cas un peu difficile le vendredi.

Charlène : Ah oui, vous avez plein de créneaux.

Sage-femme 4 : Voilà donc moi, j'ai eu de la chance. J'étais sur le meilleur créneau en fait.

Charlène : Et quelles ont été les difficultés rencontrées pour vous durant cette expérimentation ?

Sage-femme 4 : Les difficultés, c'était surtout au niveau du personnel. J'en avais peut-être déjà parlé à l'époque, je m'étais faite agressée par un anesthésiste au bloc. Et après ça a été surtout l'intégration à l'équipe avec les autres catégories de professionnel comme les infirmières. Ma venue leur a fait un peu peur et ça a été compliqué pour moi.

Charlène : Au bloc ?

Sage-femme 4 : Non, pas au bloc, au planning, en consultations. Au bloc, ça a été plutôt bien vu dans l'ensemble parce que je connaissais tous les anesthésistes et les infirmiers anesthésistes de la maternité, donc ça passait beaucoup plus facilement. Et l'altercation que j'ai eu avec l'anesthésiste, c'était un qui ne faisait jamais de maternité, donc je ne le connaissais pas.

Charlène : Et c'est quoi qui a posé des problèmes avec les infirmières du planning ?

Sage-femme 4 : Je pense qu'elles ne savaient pas en fait, je pense qu'elles ne connaissaient pas notre profession réellement, je me suis rendu compte. En fait, il y avait un problème de place aussi parce qu'historiquement ce planning était géré par les infirmières. Et je pense que ça a été compliqué, mais bon, après il y a les personnalités, mais ça a été très compliqué au niveau de « j'ai peur que tu prennes ma place » inconsciemment, voilà...

Charlène : Et maintenant ça a été résolu ?

Sage-femme 4 : Ça a été résolu, mais pas complètement avec une personne. Mais voilà, c'est un peu plus compliqué. Je ne vous en parlerai pas, mais voilà.

Charlène : Très bien. Et je me souviens aussi que vous m'aviez transmis des questionnaires de satisfaction qui étaient remis aux patientes quand l'IVG était faite par une sage-femme.

Sage-femme 4 : j'en avais fait que quelques-uns au début et après, j'ai arrêté parce que je me dis c'est stupide de faire ça. Je leur ai dit, écoute, quand on est étudiant, on ne nous demande pas de, je ne vois pas d'intérêt. En fait c'était stupide. Mais en fait, il y en a quand même des collègues à l'ANSFO qui en avait donné quand même pas mal.

Charlène : Du coup, globalement, les équipes avec lesquelles vous avez travaillé vous ont bien accueilli. Et comment vous avez vécu cette formation sur le plan technique ?

Sage-femme 4 : Le plan technique. Je trouve que j'ai énormément appris. J'ai énormément appris. Après la seule chose que je regrette, c'est de ne pas m'être formée à l'échographie avant. Ça a vraiment été un handicap pour moi. Il a fallu que j'aille voir des collègues en libéral pour aller faire de l'échographie, pour trouver l'utérus, pour mesurer une clarté nucale, etc. Pour moi, ça a été un handicap. Il a fallu que j'aille aux urgences. Voilà, bon.

Charlène : Ok. Et du coup pour vous, les IVG instrumentales, quand vous les faites au bloc opératoire, vous les faites sous échographie ?

Sage-femme 4 : Oui, puis pour les demandes, tout ça en fait. Parce que voilà, je ne suis pas encore tout à fait au point. Je m'améliore pour tout ce qui est mesure de BIP et PC entre 14 et 16. Oui, mais voilà, je fais quand même toujours reconstruire.

Charlène : ok, et sur le plan émotionnel, c'est à dire est ce qu'il y a eu du stress de la peur ? Est ce qu'il y a eu, par exemple, des choses, des difficultés rencontrées, des complications qui ont fait que des émotions sont venues ?

Sage-femme 4 : Euh non, parce que les seules hémorragies que j'ai eues on a réussi à les juguler. Et puis dès que j'ai senti après, je pense que le fait d'être sage-femme, ça aide beaucoup. La seule chose moi qui m'a un petit peu gênée émotionnellement, c'est quand j'ai retrouvé une de mes patientes pleine de caillots et je m'étais demandé si j'avais perforé sans m'en être rendu compte. Et puis, en fait, c'est rentré dans l'ordre, mais voilà, j'ai été supervisé par un médecin, mais c'est surtout ce genre de choses. C'est quand je ne comprends pas ce qu'il se passe en fait qui me pose problème.

Charlène : Oui, c'est stressant. Et on se remet en question. Est-ce qu'après avoir fini la formation, vous vous sentiez prête à démarrer en autonomie ?

Sage-femme 4 : Je me sentais prête, mais pas à l'aise. J'étais stressée.

Charlène : Après, je pense que c'est comme tout, même quand on commence à être vraiment sage- femme. C'est la même chose.

Sage-femme 4 : Oui, oui, complètement.

Charlène : Est-ce que le décret de décembre 2023 où ils ont demandé la présence de plusieurs médecins sur place pour la pratique de l'instrumentale, ça a été un obstacle à votre pratique ?

Sage-femme 4 : Non, j'ai continué. On a tout sur place. Voilà. Et puis je pense surtout qu'au bloc, ils n'étaient pas au courant de tout ça.

Charlène : qu'est-ce que vous avez pensé, vous personnellement, de ce décret ?

Sage-femme 4 : Il était stupide parce que en fait, ils veulent augmenter le nombre de praticiens pour l'IVG mais en fait avec ce décret, ils voulaient simplement le diminuer. C'est un peu « je donne la carotte et puis je donne un coup de bâton après quoi » c'était irréfléchi. Et puis je me suis dit, ce sont des gens qui ne connaissent absolument pas le terrain de la santé.

Charlène : À partir de quand vous avez commencé à pratiquer en autonomie, seule ?

Sage-femme 4 : Au mois de janvier 2024.

Charlène : Du coup de janvier 2024 à maintenant, vous sauriez un petit peu estimer à combien vous avez fait d'IVG instrumentales ?

Sage-femme 4 : Je vais vous dire, parce que j'ai noté. Attendez. Alors attendez, voyez, à fin janvier 2025, j'en étais à 88. J'en ai fait au moins 88 parce que je n'ai pas tout compté. Je fais des IVG tous les mardis, tous les 15 jours donc ça monte vite.

Charlène : Ok, très bien. Et vous faites quoi comme type d'IVG ? Vous faites du coup des IVG sous anesthésie générale et locale, des tardives ?

Sage-femme 4 : Oui.

Charlène : D'accord, donc vous faites de tout. Vous savez à peu près la répartition ?

Sage-femme 4 : Beaucoup plus d'AG, beaucoup moins de locale.

Charlène : Ok, et du coup, tout ce qui est local, vous avez été formée en fait sur le tas pendant l'expérimentation ?

Sage-femme 4 : Oui, c'est ça.

Charlène : Et vous faites beaucoup d'IVG tardives ?

Sage-femme 4 : Non, pas tant que ça, parce que le mardi, il n'y a qu'une plage pour les tardives. Donc pas tant que ça. Et puis, je ne suis pas encore tout à fait encore sûre de moi. Pour aller chercher le pôle céphalique, c'est ce qui est le plus compliqué. En fait, je le fais mais voilà, je prends mon temps.

Charlène : Donc vous faites en autonomie ? Il n'y a pas de médecin qui est sur place avec vous ?

Sage-femme 4 : J'appelle le médecin que si je n'y arrive pas en fait.

Charlène : Ok, et quelle est l'organisation du coup dans votre centre de la prise de rendez-vous jusqu'à la réalisation de l'acte, c'est à dire est ce que la personne qui la voit en consult pré-IVG, c'est celle qui va la retrouver au bloc ? Ou bien alors les personnes sont différentes ?

Sage-femme 4 : Soit elles appellent soit elles envoient des mails, soit elles sont adressées par leur sage-femme ou leur médecin ou soit elles se déplacent directement. Et souvent quand c'est des tardives, c'est d'autres centres qui nous les adressent en fait.

Charlène : Ok, d'accord. Et du coup, quand vous l'avez en consult pré-IVG est ce que vous la revoyez forcément vous au bloc ?

Sage-femme 4 : Ça dépendra, non, non, ça dépendra de la première plage qui est disponible. Ça veut dire que l'opérateur, ça peut être une personne qu'elle ne connaît pas. Alors souvent en post-IVG, soit ils mettent l'opérateur s'ils peuvent ou la personne qui l'a vu en entretien, mais ce n'est pas toujours facile.

Charlène : est-ce que vous avez rencontré des difficultés depuis que vous pratiquez en autonomie ?

Sage-femme 4 : C'était l'histoire du caillotage dont je vous parlais tout à l'heure. Les complications, non, en fait, c'est surtout par exemple, au bloc, mardi dernier de cette semaine, j'avais un doute quand j'aspirais. Bon, voilà. J'ai fait une écho pour voir où j'en étais. J'ai suspecté un énorme fibrome et je me suis dit je pense qu'il y a 1 an, je l'aurais appelé. Oui, parce que je me serais demandé ce que c'était. Je n'aurais pas compris qu'il aurait fallu béquer la sonde derrière le fibrome pour pouvoir tout aspirer.

Charlène : Oui, vous vous sentez plus à l'aise.

Sage-femme 4 : Je me sens à l'aise, j'ai eu une hémorragie, mais en fait, moi, j'appelle à partir de 300 pour le temps que tout le monde arrive. En fait, ça c'était jugulé. Mais je n'ai pas eu de grosses complications. Je redoute plus en me disant est ce que je ne passerais pas à côté de quelque chose.

Charlène : Quels changements remarquez-vous dans votre quotidien professionnel depuis que vous avez la pleine compétence orthogénique ?

Sage-femme 4 : Vous me posez une colle là...dans mon quotidien ? Je vais dire que je suis plus à l'aise. Peut-être que je dois être considérée aussi maintenant comme l'égal des médecins au planning un petit peu.

Charlène : Vous remarquez un peu un changement de considération du coup ?

Sage-femme 4 : Oui, oui, oui. On va dire ça. Oui, oui, oui, parce que même on m'avait demandé d'aller accompagner un médecin qui est un peu stressé au bloc. Voilà le fait aussi d'avoir cette expérience ; en entretien pré-IVG, je peux déjà anticiper avec certaines femmes de leur donner des conseils et ça, je trouve que c'est plutôt pas mal en fait. Voilà. Et aussi même vis à vis, même des médecins de la maternité. Il y a une autre considération pour faire des IVG. Ils regardent d'un autre œil, en positif. Et puis c'est drôle parce que même avec des chefs, j'ai parlé de l'IVG et ils m'ont dit « mais moi, je ne comprenais pas qu'une IVG ne devait pas saigner ». C'est drôle. Et on parle de nos pratiques, quoi. En fait, souvent les internes, ils sont formés comme ça sur le tas et jeté direct.

Charlène : Oui, ils n'ont pas les 30 à observer. Comment est-ce que vous vous voyez évoluer concernant l'orthogénie ?

Sage-femme 4 : Alors là, bonne question. Bonne question. Moi, mon but déjà c'est de continuer à en faire et de continuer à prendre de l'aise après pour pouvoir former les étudiantes sages-femmes, parce que ça, j'aurais bien voulu les former plus tard. Je ne peux pas encore me prétendre les former. On a des étudiantes qui viennent faire des stages chez nous en orthogénie et qui viennent voir au bloc. Mais c'est vrai que je ne les laisse pas faire. Je ne suis pas encore à l'aise. Mais je ne sais pas au bout de combien de temps je pourrais leur laisser faire le geste en fait.

Charlène : Oui, ça n'a pas encore été évalué non plus dans les études. Je pense qu'ils ne se sont pas encore vraiment positionnés sur ça au niveau de l'enseignement, notamment avec la nouvelle année créée.

Sage-femme 4 : Oui mais il faudrait qu'ils se positionnent rapidement !

Charlène : on arrive à la fin des questions est ce que vous avez des questions ou des remarques à faire sur ce qu'on s'est dit, des choses que vous voulez ajouter ?

Sage-femme 4 : Non, pas spécialement, non. J'espère qu'on va continuer à se battre les sages femmes et qu'on va être reconnu, qu'on va arrêter de nous prendre pour des imbéciles. Mais je crois qu'on n'y arrivera pas (rires), peut-être un jour ! Mais après, je me dis tant qu'on n'aura pas le soutien aussi des autres professions, je pense que ça va être compliqué, mais bon.

Charlène : Oui, il faudra un jour, surtout que les compétences augmentent au fil des années.

Sage-femme 4 : Oui, après moi, la seule chose que je dis, c'est vrai que moi, j'ai été diplômée il y a un moment et je remarque que ma formation initiale, on n'est pas du tout formées comme maintenant ! Tout ce qui était gynéco on n'était pas du tout formées.

Charlène : Oui, peut être que là, les études comprendront la formation à l'IVG instrumentale et que la formation va s'adapter à l'extension des compétences.

Sage-femme 4 : Oui, oui, oui, tout à fait. Mais il faudra surtout les former à l'écho ! Surtout les échos gynécos, voir ce qu'est un utérus normal ! Bon voilà, on verra bien.

Charlène : Très bien, merci beaucoup en tout cas d'avoir répondu à mes questions. Bonne soirée et à bientôt !

Annexe n°6 : entretien avec la sage-femme 5

Charlène : Depuis notre dernier entretien est ce que vous avez connu des changements professionnels ?

Sage-femme 5 : Alors moi, oui, puisque je suis passée coordinatrice de centre de santé sexuelle. Ce n'était pas le cas, je crois à notre dernier entretien.

Charlène : C'était en mars 2023.

Sage-femme 5 : Oui, donc non, en effet, c'est depuis septembre 2023.

Charlène : D'accord. Ok. Et ça s'est fait comment ? C'était un choix ?

Sage-femme 5 : C'est une proposition qu'on m'a faite et que j'ai accepté. Ce qui fait que pendant plus d'un an, je n'ai pas du tout fait d'aspi.

Charlène : Ok, mais vous aviez quand même participé à l'expérimentation.

Sage-femme 5 : Oui c'est ça.

Charlène : Ok, vous pouvez me rappeler juste du coup dans quel type de structure vous exercez ?

Sage-femme 5 : Donc au centre de santé sexuelle de..... , un type 3. On fait 900 IVG par an. Moitié aspi moitié médicamenteuse. Voilà.

Charlène : Ok, est ce que vous pouvez me décrire la formation concernant l'expérimentation que vous avez eue pour pratiquer l'instrumentale ?

Sage-femme 5 : L'expérimentation en fait alors une bonne dizaine d'observations. Et ensuite 30 IVG en pratique. On a fait chacune 60 IVG avant de commencer.

Charlène : Ok, d'accord. Et elle a duré à peu près combien de temps cette expérimentation ?

Sage-femme 5 : Moi du coup, je me suis arrêté. Il m'en a manqué quatre. Mais bon, on va dire que j'ai terminé à ce moment-là. On a commencé quand ? en mars je crois et ça a duré 6 mois.

Charlène : Ok et à chaque fois du coup pour la formation pratique, c'était qui qui vous supervisait au bloc ?

Sage-femme 5 : Le gynéco de garde ou l'interne de gynéco.

Charlène : D'accord, il n'y avait pas de médecin généraliste ?

Sage-femme 5 : Il n'y a pas de médecin généraliste qui font les IVG ici.

Charlène : Ok, est ce que certains aspects de la formation tant théorique que pratique, auraient pu être un peu plus approfondi à votre sens ?

Sage-femme 5 : La théorie en fait, moi, je n'en ai pas eu de formation théorique. Je n'avais pas fait la formation du REVHO parce que je n'ai pas pris le temps de m'inscrire. Les médecins devaient nous en faire une, ils ne l'ont pas faite. Et puis voilà après j'ai été prise dans le truc. Donc je n'ai pas eu de formation théorique, j'aurais bien aimé. D'ailleurs, je me demande, il n'est jamais trop tard. Voilà et la formation pratique je pense que c'est bon.

Charlène : Et au contraire est ce que vous pensez qu'il y a certains aspects qui auraient pu être moins mis en avant, que vous avez trouvé un peu trop redondants ?

Sage-femme 5 : Le nombre d'IVG, mais bon, maintenant les textes ont changé. Voilà, c'est plus ça, mais en effet 60 c'est beaucoup. Alors autant en faire une trentaine oui, pourquoi pas, c'est pas mal quand même. Par contre, 30 d'observations clairement c'est ridicule. On n'apprend rien en observant 30 IVG je crois. Sinon ouais, peut être que ça aurait été bien d'être un peu plus formé par les médecins gynéco plus que par les internes parce que ça a été souvent les internes. Certains étaient super bien informés et puis d'autres... Après on a quand même des grands semestres donc ils savent faire des aspis. Mais c'est vrai que la technique de quelqu'un d'un peu plus expérimentée ça aurait été pas mal.

Charlène : Quelles ont été pour vous les atouts de cette expérimentation ?

Sage-femme 5 : En fait, c'est à dire que je trouvais que c'était intéressant de faire cette formation pour pouvoir offrir une prise en charge bien plus globale aux femmes. Et c'est ça que je trouve intéressant. En fait, après, il y a quand même le côté technique, on est quand même des techniciennes, les sages-femmes on est assez double casquette dans l'accompagnement, en tout cas en France, on est quand même très techniciennes. Il y a quand même le côté très agréable, satisfaisant d'apprendre un nouveau geste technique. Voilà. Et puis après, surtout pour la prise en charge, la prise en charge des femmes, dire que ça reste entre nous du début à la fin, qu'on sait comment les choses seront faites, qu'il n'y aura pas de mauvaises surprises au bloc, ce qui n'était pas trop le cas chez nous puisqu'on a quand même des super gynécos. Mais bon, les internes on ne les connaissait pas toujours. C'était l'interne de garde qui arrivait, qui prenait le BIP et il faisait les IVG. Ce n'est quand même pas très confortable pour eux, non plus de faire les ivg. Là, c'est beaucoup plus serein pour tout le monde.

Charlène : Et à l'inverse est ce qu'il y a eu des difficultés rencontrées pendant cette expérimentation ?

Sage-femme 5 : Non, non, non, non, non, au tout début, mais je sais même plus, je me rappelle plus. On a eu une ou deux, c'est plus les IBODE ou IADE qui ne comprenaient pas, « mais les sages femmes, vous êtes là pour accoucher les bébés. C'est bizarre de faire des aspis ». Mais voilà, ce n'est pas allé plus loin que ça. Ce n'était pas très virulent, c'était plus de la surprise, un peu d'incompréhension mais pas de rejet, non.

Charlène : Ok, donc globalement, pour vous, les équipes avec lesquelles vous avez travaillé au bloc opératoire et en dehors vous ont bien accueilli.

Sage-femme 5 : Oui, parfaitement.

Charlène : Très bien. Et vous, comment vous avez vécu cette formation sur le plan technique ?

Sage-femme 5 : Vraiment pas compliqué. Parce que franchement, quand on est sage-femme, puis en l'occurrence je suis sage-femme depuis un petit moment avec une activité à temps partiel au CSS depuis une dizaine d'années. Donc entre les DA, les RU, poser des DIU, franchement faire des frottis à tour de bras. Bon, voilà. En fait, on est des sages-femmes. La sphère génitale, c'est quand même vraiment notre domaine. Donc finalement, c'est un autre geste, mais ce n'est vraiment pas compliqué. Donc vraiment aucune difficulté quand tout se passe bien, voilà. Après c'est l'apprentissage de gérer des difficultés. Quand ça saigne un peu, là il n'y a pas de bébé, on ne fait pas de DA, c'est ça. C'est autre chose. C'était apprendre comment gérer la situation.

Charlène : Et justement face à ces situations là quand vous avez été formée, sur le plan émotionnel, comment vous l'avez vécu ?

Sage-femme 5 : Bien parce que pour nous du coup, les ivg sont faites au bloc opératoire qui est collé à la salle de naissance. Ce n'est pas tant que ce soit la salle de naissance, mais c'est vraiment à proximité du gynéco et l'interne de garde. L'interne de garde était là de toute façon. Mais quand ça saignait, c'était l'interne qui gérait. Les gens sont là très rapidement, puis c'est au bloc. Il y a des anesthésistes à la tête de la patiente. Donc voilà, on a des situations encore plus stressantes en obstétrique en fait.

Charlène : Très bien. Du coup, après avoir fini cette formation, vous vous sentiez prête à débiter en autonomie ?

Sage-femme 5 : Oui. Alors d'ailleurs, le seul truc sur lequel je n'étais pas à l'aise ce sont les échos de vacuité, parce que je ne suis pas échographiste. C'est ce qui est plus compliqué. Et quand j'ai commencé, j'étais très à l'aise. En tout cas, je n'avais aucune inquiétude sur la réalisation du geste. Par contre, c'est vrai que le côté être sûre de ma vacuité à l'échographie, c'était ça surtout mon inquiétude. Mais ce que je me disais et ce qui est la réalité, c'est que pendant des années, on a fait des IVG sans échographes et qu'en fait, ça marchait très bien. Donc je me suis dit qu'en étant clinicienne de formation, évidemment, je me suis dit que j'allais me fier à ce que je sentais que si je ne voyais pas parfaitement ma ligne de vacuité, parce que je n'arrivais pas correctement à voir, ce n'était pas grave, mais voilà, c'était ça. Mais donc voilà quand j'ai commencé, la difficulté c'était mon incertitude d'avoir bien la ligne de vacuité à l'écho quoi.

Charlène : Du coup, vous faites tout toutes les ivg au bloc sous écho ?

Sage-femme 5 : On vérifie la vacuité, oui.

Charlène : Ok, et est-ce que le décret de décembre 2023 a été un obstacle à votre pratique là où vous travaillez ?

Sage-femme 5 : Non, on a même sur place un service d'embolisation donc pas du tout.

Charlène : Ok. Et vous qu'avez-vous pensé de ce décret ?

Sage-femme 5 : Ben que c'était évidemment extrêmement limitant, encore une fois de border au maximum le cadre parce que des sages femmes accèdent à un geste que les internes quand ils commencent premier semestre, on leur montre trois fois, ils les font tout seuls et sans s'inquiéter de tout ce qu'il y a autour. Et c'était complètement décalé. Après, voilà les filles qui se sont battues pour que le décret passe et que les choses soient acceptées, elles ont fait aussi comme elles ont pu. Bien que on ait pu y revenir assez rapidement dessus. Mais c'est de toute façon des combats qui sont difficiles à mener. Ne pas tout avoir du premier coup, ce n'était pas étonnant.

Charlène : Quand est-ce que vous avez commencé à pratiquer en autonomie les instrumentales ?

Sage-femme 5 : Du coup, un an après. Mais bon, mes collègues ont commencé tout de suite. Si je n'avais pas repris ce poste, j'aurais commencé tout de suite.

Charlène : Vous avez repris du coup-là à partir de quand les IVG ?

Sage-femme 5 : Novembre.

Charlène : Ok et depuis novembre, vous savez à peu près combien vous en avez fait ?

Sage-femme 5 : Une dizaine, j'en fais que le mardi une fois par semaine. je consulte et j'ai une consultation d'IVG que le mardi donc je ne fais que les aspis du mardi.

Charlène

Ok, et il y a à peu près combien de créneaux sur cette journée-là ?

Sage-femme 5 : Il y a deux blocs par jour.

Charlène : D'accord, ok. Et quel type d'IVG vous faites ?

Sage-femme 5 : AG, on ne fait pas de locale ici. On fait AG et rachianesthésie.

Charlène : D'accord. Est-ce que vous faites des tardives ?

Sage-femme 5 : Oui, alors on a été formées puisque pendant la formation, on a protocolé ça. Il doit y avoir un chef présent sur place. On appelle le chef pour faire l'IVG et on ne la fait pas toute seule.

Charlène : Vous ne les faites pas toute seule, ok.

Sage-femme 5 : Mais peut être qu'un jour les choses changeront, mais plus parce qu'on n'en a pas fait tant que ça dans la formation. On n'en a pas tous les jours et que ce n'est quand même pas le même geste technique. Et en fait, c'est nous aussi qui avons envie que quelqu'un tienne l'échographe c'est quand même plus rassurant de le faire à deux.

Charlène : Oui de toute façon de ce que j'ai entendu aussi des autres sages femmes, il n'y en a pas énormément des IVG tardives. Donc forcément, pour être formés, pas simple.

Sage-femme 5 : Je me dis que dans quelques années, quand on en aura fait plein et qu'on sera très à l'aise ce sera très différent. Mais on a souhaité le protocoliser comme ça.

Charlène : Ok. Et dans votre centre, quelle est l'organisation de la prise de rendez-vous de la patiente jusqu'à la réalisation de l'acte ? C'est-à-dire est ce que vous revoyez au bloc la patiente que vous avez vu en consult pré-IVG ?

Sage-femme 5 : Alors pour les patientes, tout dépend du jour où elles prennent rendez-vous. En fait, il y a quatre sages femmes qui tournent au planning. Donc une par semaine. Elles ne sont que deux à faire dans ce roulement là les aspi. Donc celles qui sont vue une semaine et qui sont programmées au bloc la semaine d'après de toute façon, ce ne sera pas la même sage-femme. En revanche, celle qui tombe sur la semaine où c'est une sage-femme qui fait des aspis, si elle arrive le lundi comme nos délais sont courts, elle sera prise au bloc dans la semaine par la même sage-femme. Et donc c'est la même sage-femme qui fera l'aspi. Par contre, la consult post-IVG comme elles sont là toutes les quatre semaines, ce n'est jamais elles qui les font. Ou exceptionnellement si dans le roulement, ça tombe comme ça, mais c'est rare.

Charlène : Ok, du coup, vous avez chacune une journée de bloc pour celles qui font les IVG ?

Sage-femme 5 : En fait, la sage-femme elle est là du lundi au vendredi et toutes les semaines ça change. Elles sont quatre et celle qui est là pour la semaine, elle fait toutes les IVG de la semaine. Sauf le mardi puisque c'est moi qui y vais puisque j'ai fait la formation, j'avais envie d'en faire quoi.

Charlène : Ok, d'accord. Et du coup à côté de ça, vous faites des consultations pré et post IVG aussi ?

Sage-femme 5 : Exactement, le matin c'est essentiellement pré et post et l'après-midi, c'est un peu contraception.

Charlène : Ok et à côté vous faites aussi un petit peu de gardes ?

Sage-femme 5 : Pas moi, plus du tout mais mes collègues du planning, c'est ce qu'elles font. En fait, elles font une semaine au planning et puis le reste du temps, elles tournent dans les différents services.

Charlène : Très bien, est-ce que vous avez rencontré des difficultés depuis que vous pratiquez en autonomie ?

Sage-femme 5 : Non. Après, je n'en ai pas fait beaucoup. Et le mardi c'est le jour où il n'y en a quasiment jamais, ce qui est un peu chiant. Non je n'ai pas eu de difficulté à part une histoire d'écho mis à part ça non.

Charlène : Ok, quels changements remarquez-vous dans votre quotidien professionnel depuis que vous avez la pleine compétence orthogénique ?

Sage-femme 5 : Je n'ai pas remarqué de changement. Alors non, il n'y a pas de changement, mais c'est vrai que quand je dis que je suis sage-femme, autour de moi... quand on dit qu'on est au planning et qu'on fait des IVG ça ne renvoie pas la même chose que sage-femme en salle de naissance. Clairement, ce n'est pas porteur (rires). Il n'y pas la même aura autour, quoi. Oui, clairement on sent de la surprise « Ah bon, mais tu fais ça » Bon, il n'y a pas la même admiration que quand on fait naître des bébés, ça c'est clair.

Charlène : Comment est-ce que vous vous voyez évoluer concernant l'orthogénie ?

Sage-femme 5 : J'ai un poste un peu particulier. Je ne suis plus complètement clinicienne, qu'à temps partiel. Ça me prend beaucoup de place toute la coordination, mais je trouve ça super. Je n'ai pas du tout envie d'arrêter la clinique. Moi, j'ai envie de continuer. L'idéal ce serait même d'en faire un peu plus, pas forcément plus d'IVG mais faire plus d'autres consultations, mais c'est sûr que je n'ai pas du tout envie d'arrêter. Au bout d'un an, je me suis dit je reprends maintenant sinon je reprendrai plus après, ça sera trop compliqué. Et j'avais très envie. Je trouve que c'est super voilà de faire ça. Donc j'ai envie de continuer à travailler là comme je travaille : avoir au minimum une journée par semaine où je fais la consult en entier et après, dans l'idéal, si j'arrive à avoir un peu plus de temps, pourquoi pas faire les blocs les jours où ce ne sont pas mes collègues.

Charlène : D'accord. Et vous vous avez des projets de service ou pas concernant l'IVG ?

Sage-femme 5 : Oui, en fait, notre chef de service ici, si toutes les sages femmes pouvaient être formées à l'IVG ! C'est lui qui avait insisté pour qu'on se présente. Bon il n'a pas eu besoin d'insister beaucoup, on en avait très envie mais c'était quand même à son initiative. Il voudrait qu'on soit toutes formées pour libérer les internes. Et si on pouvait faire 100 % des IVG, il serait ravi quoi. Ce sont plus mes collègues, les autres qui n'ont pas envie de le faire.

Charlène : Vous ne sentez pas que certaines collègues aimeraient vous suivre ? Parce que beaucoup se disaient qu'après l'expérimentation, certaines allaient se lancer.

Sage-femme 5 : C'est ce qu'on espérait, mais ça n'a pas l'air d'être partout. Il y en a une, je pense, je n'arrive pas à savoir si c'est plus au niveau logistique familial, d'être à huit heures du matin tapantes au bloc ou qu'elle n'a pas envie. Je pense que c'est les deux et l'autre clairement, ça lui fait peur d'aller au bloc. Ça l'impressionne, c'est tout un monde. Puis c'est vrai que le jour où elle est allée voir une aspi avec une autre des sages-femmes qui le faisait, ma collègue a fait une perforation terrible (rires), du coup c'est mal tombé ! Donc ça ne l'a pas rassuré des masses.

Charlène : Oui, donc forcément elle craint les complications...

Sage-femme 5 : Voilà. Mais bon, elles ne vont pas changer d'avis même si ça serait bien.

Charlène : Ok, on arrive à la fin des questions. Est-ce que vous avez vous, des questions ou des remarques, des choses à ajouter ?

Sage-femme 5 : Non, à part la revalorisation salariale qu'on attend toujours quand même parce que c'est quand même un geste en plus qui n'est pas complètement dénué de risque. Donc voilà, non, nous, on a quand

même eu de la chance. Franchement, le chef de service était très moteur, on a été trois à être très motivées. On a pu se former, on a été hyper bien accueilli au bloc. Franchement, si ça se passait partout comme ça, ça serait le rêve.

Charlène : Je pense franchement quand les équipes ont un bon accueil, c'est sûr que ça permet d'avancer.

Sage-femme 5 : Oui. Et puis le fait de travailler à l'hôpital, en fait, c'est facile. C'est rassurant aussi quand on commence d'avoir tout à côté avec des équipes qu'on connaît, qui nous connaissent et puis voilà le tout. Le plateau technique qui va avec aussi. Oui et puis il y a le nouveau site dans les projets, quand on aura déménagé, l'idée c'est quand même de faire une salle blanche. Ce n'est pas tout de suite, dans trois quatre ans. Mais oui, pareil avec le chef de service qui a envie qu'on fasse une salle blanche pour libérer le bloc. Il est très pratico-pratique dans le fond, ce n'est pas du tout pour la santé des femmes. Enfin ce n'est pas vrai, mais lui c'est son bloc, faut que ça tourne et qu'il ait le plus d'internes. Mais en même temps, ça nous permet à nous que ce soient des sages-femmes. Il est pro sage-femme en même temps. Donc il n'a aucun problème à déléguer cette tâche aux sages-femmes, qu'on fasse des salles blanches et qu'on fasse les IVG dedans. Donc c'est porteur pour nous. Voilà, si jamais il y a un truc qui me revient je vous enverrais un mail.

Charlène : Très bien, parfait ! Merci beaucoup d'avoir répondu aux questions.

Annexe n°7 : entretien avec la sage-femme 6

Charlène : Donc, pour commencer, depuis notre dernier entretien est ce que vous avez connu des changements professionnels ?

Sage-femme 6 : Euh non du tout, non, non.

Charlène : Est-ce que vous pouvez me rappeler où est ce que vous exercez et dans quel type de structure ?

Sage-femme 6 : On est un hôpital de type 3 et je fais de l'orthogénie.

Charlène : Ok vous faites exclusivement de l'orthogénie ?

Sage-femme 6 : Oui et quelques gardes aussi en suites de couche, mais très peu.

Charlène : Ok, est ce que vous pouvez me décrire la formation que vous avez eu pour pratiquer l'IVG instrumentale ?

Sage-femme 6 : Ben, on était au bloc encadrés par des internes et on en a fait à peu près une trentaine avant de se lancer toute seule.

Charlène : Ok, donc ce sont des internes qui vous ont supervisé ?

Sage-femme 6 : Oui, il y a juste un médecin qui fait des IVG instrumentales chez nous et elle a pris sa retraite. Donc on la voit plus et elle venait qu'une fois par mois. Donc pas beaucoup encadré.

Charlène : Ok. Et du coup, cette expérimentation-là, elle a duré combien de temps ?

Sage-femme 6 : De novembre 2023 à avril 2024.

Charlène : D'accord. Et est-ce que certains aspects de cette expérimentation auraient pu être un peu plus approfondis selon vous ?

Sage-femme 6 : La formation théorique on a trouvé ça très, très bien. Concernant la formation pratique, je pense qu'on n'a pas été vraiment hyper bien formé. On était sous la supervision des internes. Chacun fait un peu à sa façon. Au cours de notre formation, on n'a pas eu vraiment de cas difficile d'hémorragie ou des dilatations qui se faisaient mal. Donc on n'a pas appris les gestes à faire du coup en cas de complications. Et parce qu'en plus, ce n'était pas toujours le même interne et ils n'étaient pas forcément très motivés non plus à faire les IVG donc très rapidement on nous a dit « bah vas-y fais le je te regarde » quoi. On n'a pas eu vraiment de des techniques.

Charlène : Ok. Et est-ce que au contraire, il y a des aspects de la formation qui auraient pu être un peu moins mis en avant ?

Sage-femme 6 : Le nombre total qu'on a dû faire avant de se lancer vraiment, ça ne sert à rien. Il fallait en voir 30 et en faire 30. Ça ne sert à rien. Si on en fait 30 et qu'il n'y a pas de complications, ce n'est pas très formateur non plus.

Charlène : C'est vrai, oui. Le but des 30 je pense que c'est pour voir un panel de cas différents, mais c'est vrai que si, à chaque fois c'est la même chose....

Sage-femme 6 : Voilà, c'est ça. Si on ne tombe pas sur l'hémorragie quand on est avec quelqu'un, bah quand on est tout seul ! (Rires)

Charlène : Exactement. Et pour vous, du coup, de ce que j'ai compris, la formation pratique n'a pas été suffisante ? Vous auriez aimé pratiquer un peu plus sous la supervision d'un médecin sénior ?

Sage-femme 6 : D'un médecin vraiment expérimenté et qui a l'habitude vraiment de faire les bons gestes.

Charlène : Oui, ok, je vois. Quels ont été pour vous les atouts de cette expérimentation ?

Sage-femme 6 : Les atouts c'est que les sages femmes puissent enfin pratiquer des IVG instrumentales, c'est quand même bien pour les femmes. Ça permet aussi de se diversifier un peu aussi dans ce qu'on fait. Pour les femmes, c'est quand même bien. On voit bien qu'elles sont quand même contentes de voir le même intervenant en consultation et lors du bloc. Ça les rassure quand même, c'est moins impressionnant, je pense pour elles.

Charlène : Et oui, c'est sûr que c'est mieux. Et est ce qu'il y a eu des difficultés de rencontrées, que ce soit d'un point de vue organisationnel ou relationnel ?

Sage-femme 6 : Non, non, non, non. On a été plutôt très bien accueilli au bloc. On commence à connaître les équipes d'anesthésie, tout ça et c'est plutôt sympa. Après quelques-uns enfin surtout un IBODE on sent bien qu'il nous teste en tant que sage-femme. Bon, on sent bien qu'on a été testé un peu par certains au début. Je pense que ça doit dépendre un peu des centres parce que je sais qu'il y en a certaines qui m'ont dit que c'était plus avec les anesthésistes où il y avait des problèmes. Ils ne voulaient pas endormir la dame tant que c'était une sage-femme qui faisait l'intervention. On voit bien quand même que c'est eux qui décident. Oui, bon, après s'ils exigent de faire une raché, je n'ai pas mon mot à dire. Mais on s'adapte.

Charlène : Comment vous avez vécu cette expérimentation sur le plan technique ?

Sage-femme 6 : Je n'ai pas trouvé ça si compliqué que ça. Finalement, le geste en lui-même n'est pas si compliqué que ça, quand on est habitué à faire des DA/RU. Non, ce n'est pas si dur que ça finalement.

Charlène : Ok, et sur le plan émotionnel ?

Sage-femme 6 : Non, pas lors de la formation. Plus après, oui, et ma collègue aussi. On a eu quelques complications comme des hémorragies ou des rétentions où forcément après, on arrive plutôt stressée au bloc. Oui, voilà de la peur quand même et puis quand même une appréhension avant d'aller au bloc la nuit d'avant, on n'est pas toujours très bien.

Charlène : Et après avoir fini cette expérimentation est ce que vous vous sentiez prête à démarrer en autonomie ?

Sage-femme 6 : Oui, oui, oui, je pense que j'étais prête après. Mais je ne me rendais pas compte que ça pourrait être parfois un peu difficile, dilater tout ça. Bon après, on n'hésite pas à appeler le médecin si on a la moindre difficulté en fait. Alors qu'au début, on voulait faire les grandes (rires). Et puis maintenant au moindre petit couac, on appelle. Si le médecin ne vient pour rien, tant pis. Il y a cette sûreté-là.

Charlène : Est-ce que le décret de décembre ça a été un obstacle à votre pratique ?

Sage-femme 6 : Non, il y a toujours plusieurs médecins nous dans notre hôpital. Bon après je trouve que c'est un peu exagéré ce décret... Les internes on ne leur demande pas qu'il y ait un centre d'embolisation à côté. Ça laisse sous-entendre quand même qu'on est plus dangereuses que l'interne.

Charlène : Oui, je comprends. Du coup, à partir de quand vous avez commencé à pratiquer en autonomie les IVG instrumentales ?

Sage-femme 6 : Je dirais à peu près au mois de mai 2024.

Charlène : Ok, et depuis mai 2024 jusqu'à aujourd'hui, est ce que vous savez à peu près combien d'instrumentales vous avez pratiqué en autonomie ?

Sage-femme 6 : Alors à raison de deux blocs par mois. Et à chaque fois, on va dire à peu près quatre donc ça fait 8 par mois. Donc on va dire une bonne cinquantaine oui.

Charlène : Ok, c'est bien. Et quel est le type d'anesthésie des IVG que vous pratiquez ?

Sage-femme 6 : Nous ici on ne fait pas de locale, que des anesthésies générales et des rachianesthésies.

Charlène : Ah d'accord. Est-ce que vous vous occupez des IVG tardives les 14-16 en tant que sage-femme ?

Sage-femme 6 : Les 14 16, on n'est pas formés encore. On n'a pas encore la technique.

Charlène : Ok, donc ce sont plus les internes du coup qui s'occupent de ça ?

Sage-femme 6 : Non, c'est compliqué. Il faut qu'on trouve un médecin dans ces cas-là qui accepte de faire les 14-16, un opérateur expérimenté. Mais bon c'est très peu arrivé.

Charlène : Ok, ça marche. Et est-ce que la patiente que vous voyez en consultation vous la revoyez au bloc ?

Sage-femme 6 : Non, pas toujours parce que nous on est 4 sages-femmes à faire les consultations d'orthogénie. Et on est que 2 formées à l'IVG instrumentale. Donc, quand la dame a rendez-vous, elle n'a pas forcément rendez-vous avec une qui fait l'IVG instrumentale. Après, je fais plus de consultations que les autres donc forcément j'en vois plus. Donc souvent, en général, celles que j'ai au bloc, c'est souvent moi qui les ai vues avant, mais pas toutes.

Charlène : Et vous trouvez qu'il y a un changement du coup par rapport à ça ?

Sage-femme 6 : Oui, on les accueille au bloc et elles sont souriantes, elles voient un visage familier.

Charlène : Et du coup, depuis que voulez pratiquer en autonomie ? Quelles ont été les difficultés que vous avez rencontrées jusque-là ?

Sage-femme 6 : Des cols difficiles à dilater, des utérus très rétroversés, pas faciles à remettre aussi dans l'axe. Et puis j'ai une hémorragie et une rétention. Et c'est déjà pas mal ! (Rires)

Charlène : Et vous vous êtes sentie comment face à ces difficultés ?

Sage-femme 6 : C'est difficile. Après l'hémorragie, j'étais prête à arrêter les IVG instrumentales. Après, les médecins m'ont dit « Mais non, c'est normal, ça arrive ». Après on n'est pas fière de retourner au bloc, je vous le dis. C'est flippant quand même.

Charlène : Oui, c'est normal.

Sage-femme 6 : Voilà on n'est pas contentes, on est déçues. On a envie d'abandonner parfois. Se mettre en difficulté comme ça... Bon, on se motive avec ma collègue on se dit « allez, on continue, on va y arriver ».

Charlène : Oui, je pense que c'est à force d'en avoir eu plusieurs après qu'on gère mieux. Je pense que c'est comme sur les accouchements.

Sage-femme 6 : Oui, c'est pareil. Après, j'ai relativisé, je me suis dit que ce n'est pas parce que je suis complètement nulle. Ce n'est pas ça, ça arrive.

Charlène : Quels changements remarquez-vous dans votre quotidien professionnel depuis que vous avez la pleine compétence orthogénique ?

Sage-femme 6 : Ça ne change pas grand-chose finalement. Non, non, ça ne change rien.

Charlène : Ok. Comment est-ce que vous vous voyez évoluer concernant l'orthogénie ?

Sage-femme 6 : Nous, de notre côté, il faudrait qu'on apprenne déjà à faire les 14-16 et qu'on apprenne aussi plus tard une fois qu'on sera bien à l'aise à faire sous locale.

Charlène : Ça fait partie de vos projets de service ?

Sage-femme 6 : La salle blanche, ça serait une autre organisation et pas pour tout de suite. D'abord les 14-16 et ensuite on verra.

Charlène : Et c'est prévu pour bientôt que vous appreniez cette technique ?

Sage-femme 6 : Une fois qu'on aura trouvé un médecin qui veut bien nous les apprendre. Donc oui, on espère bientôt, dans quelques mois, au maximum cet été. Et comme on n'a pas beaucoup de 14-16, ce n'est pas facile à organiser.

Charlène : On arrive à la fin des questions. Est-ce que vous avez des questions, des remarques ou des choses à ajouter concernant ce qu'on s'est dit ?

Sage-femme 6 : Non. Ah si, je voulais dire que les sages femmes qui font ça dans un centre d'orthogénie en dehors, bah chapeau ! Bon elles ont le numéro du médecin à appeler au cas où mais s'il met du temps à venir... En hôpital, en 2 minutes à peine, il y a tous les médecins qui sont là. Quand toutes les conditions sont réunies, c'est différent. Mais bon c'est comme les petites mater comme pour les accouchements où il n'y a pas de pédiatre sur place, etc.

Charlène : Oui, exactement c'est pareil. Est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter ?

Sage-femme 6 : Non, non. Du tout.

Charlène : Très bien. Merci beaucoup !

Annexe n°8 : entretien avec la sage-femme 7

Charlène : Alors, depuis notre dernier entretien est ce que vous avez connu des changements professionnels ?

Sage-femme 7 : Alors est ce que tu peux me redonner la date de notre dernier entretien ?

Charlène : C'était en 2023. Il me semble que c'était en février 2023.

Sage-femme 7 : Alors, j'avais déjà attaqué l'expérimentation. Donc, en gros, je vais te rappeler un peu moi ce que j'avais mis en place. Donc je faisais partie de l'expérimentation par les sages femmes du coup, j'ai attaqué l'expérimentation en octobre 2023. J'ai fait ça globalement tout seul. Pendant un an, j'avais un mardi par semaine où du coup en gros, le matin, j'avais de 8h à 10h trois créneaux de bloc possibles pour des aspis, puis des consultations pré et post que je répartissais comme je voulais. Et du coup, pendant que je faisais ça, j'ai une collègue sage-femme, qui est une amie aussi qui bosse avec moi, qui a fait exactement la même chose que moi. Elle a fait le DU orthogénie contraception puis formation au même endroit que moi pour faire les aspis. Et elle m'a rejoint en octobre dernier, octobre 24. Donc du coup-là, depuis octobre, on a toujours une journée par semaine du coup de consult d'orthogénie qu'on se partage. C'est à dire que du coup on consulte en quinzaine. Si tu veux, ça dépend des congés de chacun. Mais là, par exemple, elle était en congé, bah moi, j'ai fait les ivg ce mardi. Après sinon en terme d'activité, c'est toujours pareil. On a une infirmière coordinatrice qui reçoit les appels. On a créé une hotline sur l'hôpital. Elle coordonne, c'est à dire que si une patiente veut une aspi forcément elle va lui caler un rendez-vous avec nous. Elle va organiser la consultation d'anesthésie dans la foulée de notre consult aussi comme ça tout est organisé vu qu'on est un département de montagne ; des patientes font parfois une heure et demi de route pour venir nous voir. On est très, très mal doté en ortho dans notre région ce qui fait qu'on a beaucoup, beaucoup de patientes qui viennent des départements alentours pour se faire prendre en charge chez nous. Donc voilà. Et en fait, depuis que j'ai créé l'activité, ça explose. Mais en 2023, il y a eu une étude qui montre que le nombre d'IVG a augmenté et clairement sur le département, on le ressent à fond. Toutes nos journées sont pleines. Parfois on ne sait plus où caser les patientes parce que on se dit que si on les reçoit et qu'on leur propose un bloc deux semaines après ça ne le fait pas trop, ça nous gêne. Ce qui a changé, c'est que du coup comme l'activité explose et que nos cadres ne veulent pas forcément augmenter l'activité d'orthogénie pour des raisons qui leur sont légitimes de manque d'effectifs, comme partout en France. Notre hôpital n'attire pas trop, les jeunes sages-femmes arrivent mais s'en vont. On a aussi des problèmes d'encadrement ça, ça reste entre toi et moi. Et du coup jusqu'à mi-janvier, j'avais eu l'idée, mais parce que je suis foncièrement comme ça, moi, l'idée c'est de rendre service à la population et aux femmes. Il y a des femmes que je faisais venir en dehors des créneaux de consultation, tu vois. Par exemple, j'ai bossé 31 décembre, 1^{er} janvier et 2 janvier. Il y a une femme que j'ai fait venir le 1^{er} janvier et j'ai demandé à ma collègue de suites de couche de surveiller mes rythmes en salles pendant que je faisais ma consult d'IVG. Et je l'ai programmé deux jours après, j'ai appelé l'anesth d'astreinte le 1^{er} janvier, qui a bien voulu venir voir la dame. Comme ça, on pouvait faire l'aspi au plus tôt pour la femme et surtout se libérer des créneaux de bloc parce qu'on savait que ça allait boucher. Donc voilà. Bon suite à tout un tas de choses, je suis allé voir ma cadre en lui disant que je ne voulais plus faire ça parce que j'avais un peu l'impression de faire ça clandestinement. Mais tu vois l'IVG on essaye de rendre service aux patientes, mais du coup, à partir du moment où tu rends service et puis en fait tu le fais sur tes gardes de salle, il n'y a plus besoin de créer de l'activité d'orthogénie. Donc voilà. Donc j'ai arrêté de faire ça. Ma journée de mardi là, tu vois, c'était full, j'avais trois aspi, plein de demandes d'IVG. Une patiente je lui ai dit « Si vous voulez une aspi, je peux vous proposer ça dans deux semaines, mais pas avant. Par contre, si vous voulez une IVG médicamenteuse comme vous êtes à 7 semaines, on peut aussi faire ça dès maintenant. Vous pouvez faire ça ce week end chez vous ». Elle a choisi du coup l'IVG chez elle. Mais au fond de moi, je me dis je lui ai donné les infos et est ce que dans son choix final, elle n'a pas choisi l'IVG médicamenteuse parce que c'est ce qui était plus rapide, plus pratique et que le délai d'aspi en deux semaines, ça n'allait pas. Et bon, voilà. Après je suis clair avec moi-même aussi, j'ai fait un retour à ma cadre à chaque fois, je le fais et c'est compliqué. Mais je ne vais pas venir sur des jours de repos pour faire des aspis sur un dimanche à 15 h, parce que le bloc est libre, non. Donc il y a un peu ça qui a changé après la satisfaction des patientes et des professionnels du bassin de population, elle est énorme. J'ai eu plein de retours positifs. Je fais partie aussi de l'ANSFO là du coup. Je suis aussi au conseil de l'ordre du département. Mardi prochain, là, on organise avec une gynéco avec qui je bosse une réunion qu'on fait toujours une fois par an où tous les acteurs de l'IVG sur notre département sont conviés. On discute, on se présente, qui fait quoi, Qu'est ce qui fonctionne, qu'est ce qui ne fonctionne pas. Et voilà, ça marche bien. Et on bosse beaucoup avec le centre de santé sexuelle à côté de l'hôpital et tout roule. Et j'ai fait aussi une réunion cet automne avec un médecin de l'ARS chargé de tout ce qui est IVG. Il nous disait que voilà l'offre sur notre territoire, ce qui en ressortait, c'est que c'était satisfaisant, sauf éventuellement sur la partie sud du département qui est une zone pas très attractive du coup pour les

sages femmes, mais aussi pour toutes les autres professions médicales. C'est un peu le désert médical du département alors que le reste du département, les prises en charge sont bonnes. Il y a des praticiens un peu partout sur tout le long de la vallée qui axe notre département et les délais sont bons. Et j'ai ce ressenti-là. En plus, j'ai pu former deux sages-femmes libérales du coin qui vont passer une convention avec notre hôpital pour faire les IVG med en plus dans des zones de montagnes assez reculées. Donc ça va être bien.

Charlène : Ça va permettre de libérer un petit peu des créneaux.

Sage-femme 7 : Ouais. Alors il y a ça aussi, c'est qu'en gros avec ma collègue, on se dit qu'on pourrait peut-être créer aussi de la consult gynéco. Parce que souvent les patients qui passent par nous pour une IVG chir ou méd, forcément ça se passe bien. Et elles veulent nous voir nous pour le suivi gynéco. Et du coup, on leur dit oui mais non parce qu'on n'a pas trop de créneaux. Et voilà. Donc on a fait ça. Et du coup, nos cadres nous ont dit non, non, on ne peut pas faire ça. « Il faut peut-être que vous appreniez à travailler différemment plutôt que de faire des consult d'une heure. Tout ce qui est échographie, vous le faites faire ailleurs, les prises de sang aussi. » Et on leur a dit que non, parce que moi je suis échographiste et que ma collègue s'est un peu formée en écho et qu'en fait, ce qui nous intéresse, c'est de s'occuper des femmes en entier. Et qu'en fait, on ne peut pas faire ça en moins d'une heure. Quand tu écoutes une demande d'IVG, que tu fais un interrogatoire médical, que tu parles contraception, que tu présentes tout, que tu aides la patiente à choisir, que tu la piques, il te faut une heure. Moi, ça fait ça sauf la patiente qui en est à sa quatrième IVG qui sait exactement ce qu'elle veut 40 minutes, ça passe, à la rigueur. Et je ne peux pas faire moins. Et puis c'est ça qui est cool aussi, c'est qu'on fait tout. Et les patientes qui viennent de loin sont ravies et je ne me vois pas travailler différemment. Donc voilà là, on en est là en ce moment, on a retravaillé un peu les protocoles il y a 10 jours pour que ce soit harmonisé avec nos collègues gynéco. Et en fait, on a même informé nos gynécos qui n'en avaient rien à taper de ce qu'on faisait. Et c'était hier après là, j'ai finalisé des protocoles que j'ai mis sur notre site intranet. Et voilà, ça fonctionne super bien. Et c'est cool. Après comme nouveauté, moi, je me sentais prêt à faire les 14-16 en aspiration depuis 6 bons mois. Et j'en ai parlé avec notre chef de service, tout ça et une autre collègue gynéco qui est un peu référente sur l'hôpital qui en gros m'a fait comprendre qu'elle préférerait que ce soit les gynécos qui fassent. Bon, je ne savais pas trop comment me positionner. Et en même temps, comme tout s'est très bien passé depuis le début et que ça représente un faible volume de patientes.... Bon, je ne suis pas allé en mode bourrin « non, mais tu sais que de toute façon, je n'ai pas besoin de ton accord. J'ai le droit de le faire jusqu'à 16. Donc si j'ai envie, je fais, voilà. » Je ne suis pas allé sur ce mode-là. En revanche, je leur ai fait comprendre qu'il n'y avait pas de souci. Par contre, ce n'est pas le jour où les gynécos sont en vacances et qu'on vient me dire « Fais la 15 SA +3, parce qu'en fait, à défaut, c'est toi ». Je leur ai dit que non, en fait, ce n'est pas la sage-femme à défaut du gynéco. Elles ont bien compris. Voilà. Donc il y a eu ça. J'avoue que je ne vais pas dire que je kiffe faire des 15 semaines, personne. Voilà, mais prendre en charge une patiente qui vient, qui a une demande et d'adresser à un gynéco alors que c'est dans mes cordes, ça m'embête un peu. C'est peut-être une histoire d'ego. Bon, pour le moment, je laisse, c'est organisé comme ça. Et puis les 14-16, ça représente quand même un faible volume. Et puis ça fonctionne bien avec les gynécos. Ils sont trois à accepter de les faire, ce qui n'est pas monnaie courante en France aussi. Mais peut être que quand ma collègue aura fini, elle, ça fait cinq mois qu'elle en fait. Donc forcément, elle ne se sent pas encore prête à faire les 14-16. Elle en a fait une il y a deux semaines à 13 SA + 4j. Elle a eu une HDD de 800. Bon, voilà, elle n'est pas forcément sereine pour le moment, mais je pense que quand elle sera au clair avec ça, on aura un peu plus de poids. On fera évoluer les choses, mais pour un moment, on se limite à 14. Et je suis aussi du coup échographiste. Du coup, j'ai à peu près une journée d'écho par semaine de 10 h pour faire de l'écho de dépistage. Je vais aussi sur un autre hôpital. En fait, tous les hôpitaux de notre département sont regroupés dans le même groupement. Et hier, je faisais des échos de dépistage, mais je peux être aussi amené à faire des IVG, parce que voilà, tu vois des patientes qui sont venues de là-bas me voir pour une aspi dans mon hôpital alors que c'est à 1h de route. Et du coup, je les convoque là-bas pour leur faire ça. Sinon, Je fais de la salle d'accouchement, des suites de couches. Et voilà. Mais j'ai un exercice polyvalent.

Charlène : Et du coup le type de structure où tu travailles déjà, c'est quoi ?

Sage-femme 7 : C'est un type 2. Et en fait la natalité a subitement baissé chez nous ça a attaqué en janvier dernier. Mais avant, on faisait à peu près 1000/1100 naissances. Et là on est passé en 2023 à 850. Et là, on a fini à 931. Donc une baisse comme de partout en France. Et voilà. Et là ça semble se maintenir, on en fait à peu près 60 par mois.

Charlène : Au niveau de la formation que t'as eu pour l'instrumentale, théorique et pratique, est ce que c'est possible de me la décrire ?

Sage-femme 7 : Et bien du coup, ça a duré en tout trois semaines. En fait, la formation théorique, si tu veux, c'était vraiment genre en cours d'une heure, on présente une aspi avec antibioprophylaxie, très survolé. Et en fait, avant d'attaquer l'expérimentation, on avait été convoqué les sages femmes de la région. C'était organisé par la sage-femme coordinatrice du réseau qui est notre unique réseau qui couvre toute la région. Et du coup, deux médecins de l'hôpital qui nous ont fait une formation théorique d'une heure et demie avec un power point, on utilise les bougies, on fait comme ça. On prépare le col comme si, comme ça, voilà. Et en vrai pour moi, ça suffisait parce que pour moi, c'est quelque chose qui est surtout pratique, un peu comme un accouchement, en fait, et c'était bien mené. En plus, tu avais des études scientifiques, c'était pile le moment où les recos allaient dans le sens d'arrêter de faire une antibioprophylaxie pour le geste d'aspiration, elles avaient fait un tableau avec les études. C'était très scientifique et en vrai 1h30 suffisaient. Donc ça, c'est pour la formation théorique. J'ai ensuite fait la formation pratique. Moi, ça s'est fait sur trois semaines cumulées. J'avais une semaine en juin 2023, et deux semaines sur septembre et octobre 2023. Donc je l'ai fait à l'hôpital ..., c'était quand même conseillé que ce soit là-bas, parce que c'est eux qui chapeautaient un peu la formation des sages-femmes de notre région. Ça m'allait bien parce que le matin il y a toujours cinq à six aspis du lundi au vendredi et l'après des consult pré/post. Donc, en fait, moi qui n'avais aucune expérience dans le domaine, j'y allais le matin, je faisais mes aspis, je voyais les patientes l'examen clinique avant après. Et l'après, même en fin de matinée, je me greffais sur des consultations pré/post. Il y avait même des consult de contraception, de suivi gynéco, tu vois, mais hyper formateur et je remplissais mes journées comme ça.

Et à l'issue des trois semaines, j'étais au taquet sur le geste de l'IVG instru, tout ce qui est pris en charge IVG médicamenteuse parce qu'il y avait aussi des femmes qui venaient pour une IVG et qui préféraient être hospitalisées dans le service. Donc j'allais les voir aussi. J'avais tourné avec les médecins, les infirmières, la conseillère conjugale, la psychologue un peu. J'ai vraiment profité de tout ce que le stage pouvait m'apporter. Et voilà trois semaines, je me sentais prêt. J'avais quand même fait deux aspis au ch là où j'allais travailler parce qu'à l'époque, quand je me suis formé, il y avait encore cette collègue médecin qui était donc médecin généraliste libérale qui venait faire des vacations d'IVG sur les mêmes créneaux que je fais aujourd'hui. Et elle était encore là. Donc j'en ai fait deux avec elle à l'hôpital pour voir ou était le matos, comment ça se passait. Et en fait, ça s'est très bien passé parce que l'équipe d'anesth c'est celle avec qui je bosse en mater. Donc voilà. Et ça avait été top parce que j'avais du coup fait sous sa supervision là où j'allais le faire trois semaines après, tout seul. En fait, après, elle a été en arrêt des gros soucis de santé. Elle ne reprendra pas. Du coup, j'ai un peu pris le relais si tu veux de sa pratique.

Charlène : Parfait et justement cette formation, la formation du côté théorique que tu as eu par le réseau et la formation pratique que tu as eu au CHU est ce qu'il y a certains aspects qui auraient pu, à ton sens, être plus approfondis ?

Sage-femme 7 : Ta question c'est vraiment focalisé sur l'IVG instru ?

Charlène : Oui c'est ça.

Sage-femme 7 : Alors j'aurais envie de te dire oui, mais non, parce que je suis allé à la pêche aux infos, moi, j'ai profité de ces trois semaines de stage pour aller voir des 14-16 qui ne se faisaient pas au bloc. Dans le service où je suis allé, il y a un bloc et des chambres que pour l'IVG. Et les ivg par aspi entre 14 et 16 ne se faisaient pas à ce niveau-là, mais du coup deux étages au-dessus dans un bloc gynécologique au vu du risque hémorragique plus important. J'avais besoin de savoir ce que c'était ces 14- 16 parce que c'était dans nos compétences et je savais que c'était particulier parce que tu vois quand tu es novice dans le milieu, tu n'aspirez pas, tu démembrs et tu y vas à la pince. J'avais besoin de voir. Mais j'ai participé. Mais voilà pour me faire mon idée et la dénuier de tout, de tout côté gênant qui pouvait trotter dans ma tête vraiment. La technique aussi je voulais voir comment ça se fait pour qu'un jour, si je voulais faire ça, je sache comment faire. Et c'est vrai, autant je n'ai eu aucune formation théorique, mais après, en voyant faire du coup, voilà la mise en place du synton dès le début du geste, aspirer le liquide et ensuite tout faire à la pince, pas forcément échoguidé pendant le geste mais à la fin, vérifier avec l'écho pour être sûr qu'il ne reste rien notamment la tête. Voilà. Et en fait, j'en ai fait une avec une des collègues gynéco là où je travaille au moment où je lui disais que j'allais pouvoir les faire et juste avant qu'elle ne me dise qu'elle préférait les faire elle. Et en fait, ça s'est très bien passé. Quand tu prépares bien ton col, tout ça, voilà. Donc j'ai envie de dire que peut être sur une

formation théorique là-dessus que je n'ai pas forcément eue, mais que je suis allé chercher moi-même et j'ai eu des réponses à mes questions aussi. Il y a une sage-femme de l'ANSFO qui nous avait fait passer un protocole édité justement de prise en charge sur le plan technique des aspi entre 14 et 16. Et ça, je l'ai toujours dans mon téléphone. Et donc voilà les infos théoriques je les ai eues et la pratique je l'ai vue et j'ai participé. Donc non là aujourd'hui, pour moi, c'est complet. Donc si je n'étais pas allé chercher il aurait sans doute manqué.

Charlène : Et à l'inverse ce qu'il y a certains aspects de la formation du coup qui aurait pu être moins mis en avant ?

Sage-femme 7 : Non parce que c'est un geste simple, en fait. Et du coup, c'est bien de tout aborder, de discuter. J'ai plutôt envie de dire que ce n'est jamais assez entre guillemets. Donc voilà, tout est bon à prendre. Et tu vois si mon stage avait duré deux semaines de plus, il a duré que trois semaines parce que je suis arrivé aux trois semaines. J'ai même fait trois semaines et deux jours, parce qu'en fait, sur la fin, il y avait une grève d'anesth. Et du coup, il y a des gestes qui étaient annulés parce que pas d'anesthésistes et du coup pour arriver au seuil des 30 gestes pratiqués à l'époque, j'ai dû rajouter deux jours, mais en soi, ça aurait duré deux semaines de plus, pourquoi pas. Tu vois sur la fin du stage, ils me laissaient faire même tout seul les consuls privés. Voilà, j'aurais pu gagner en autonomie encore plus et encore apprendre des trucs comme quand tu es en salle d'accouchement. Tu vois là moi, c'est au travers de ma pratique. Un jour, j'ai fait une aspi à 13 et demi. Il y a eu une grosse hémorragie, 1 litre mais progressivement et du coup, comment tu gère ça ? Est-ce que tu l'hospitalise ? Oui, non. Et en fait, après, c'est du bon sens, mais tu apprends par la pratique un peu comme la salle d'accouchement. Et voilà, moi, je ne sais pas tes collègues, ce qu'elles disent, mais moi, ça fait 15 ans que je bosse. Et j'ai souvent tendance à dire aux étudiantes ou même aux jeunes sages-femmes diplômés qui bosse avec moi qu'il faut quatre voire cinq ans pour être à l'aise sur à peu près tout. Et ce n'est pas ne rien appréhender, mais bien maîtriser ton métier. Tu vois, il y a un mois, j'ai eu une procidence du cordon. Je n'en avais jamais eu. Bon, voilà. Je savais ce qu'il fallait faire, mais je n'étais pas stressé. Bon embarque. Et pour moi, l'IVG c'est vraiment pareil. En fait, je ne sais pas combien de temps il faut de pratique sur les aspirations, mais ta formation elle continue quand tu pratiques aussi. Tu vois à un moment, j'ai eu 2 doute sur des perforations et en fait, ce n'était pas ça. Alors que je n'avais pas eu ça avant, il n'y a jamais eu de saignement donc j'en ai déduit que ça n'était pas une perforation. Et je pense que j'ai encore beaucoup à apprendre aussi, mais comme tout en fait, mais je reste à l'aise clairement ça. Voilà, sachant que je ne te l'ai pas dit tout à l'heure ; je m'étais formé sur les AG et les locales au CHU. Et du coup, je les ai directement proposés et c'est vrai que ma collègue et moi on les propose et on laisse le choix aux patientes. Ça représente un faible échantillon sur les deux à trois aspis qu'on fait chaque semaine, mais on va dire peut-être une locale tous les deux mois.

Charlène : Ok, très bien, ça permet de varier et de laisser le choix à la patiente.

Sage-femme 7 : Tout à fait. En tout cas, on le propose et on est assez content de ça.

Charlène : Quels ont été les atouts de cette formation ?

Sage-femme 7 : Et bien, sur le plan pro, j'ai envie de dire, élargir mes compétences, proposer un accompagnement encore plus complet aux femmes quand elles consultent pour que ce soit de la contraception, de la grossesse ou quoi que ce soit, m'en occuper moi et ne pas avoir besoin de les adresser. Donc une satisfaction professionnelle d'élargir mes compétences, ça fait 15 ans que je bosse. Au début, c'étaient des activités traditionnelles salle, suite de couche. Puis après, j'ai fait de la consult, puis après un DU d'écho. Et puis l'orthogénie, la création du coup de cette activité d'orthogénie par une sage-femme à l'hôpital. Il a fallu monter des protocoles, bosser avec tout le monde, les cadres, les pharmaciens, les anesth, tout ça. Donc voilà, c'est que la formation, c'est enrichissant, mais derrière les atouts, c'est aussi se stimuler quand tu vas travailler et monter quelque chose qui n'existe pas pour rendre service à la population. Donc voilà, après vraiment les atouts propres à la formation, c'est le fait de l'avoir faite comme ça au CHU sur trois semaines. Tu y vas, tu ne fais que ça, c'est très répétitif et tu progresses très vite en compétence parce qu'il y a beaucoup d'activités. C'est hyper stimulant parce que tu as des internes, c'est dynamique. Mais voilà, tu as des internes, on apprend toujours, il y a un vrai échange. Tu apportes des trucs. Tu leur apportes des trucs aussi. Parce que moi, c'étaient souvent des jeunes médecins généralistes qui étaient plus jeunes que moi et tu vois par exemple, ils ne maîtrisaient pas l'écho. Donc on échangeait vachement là-dessus. Voilà. Et puis l'atout principal pour moi, c'est que c'est très pratique-pratique ; tu apprends tu pratiques directement, on te

laisse faire parce qu'en plus tu es déjà diplômé. Et donc du coup, tu apprends vite et c'est du concret. Je ne vois pas d'autres atouts.

Charlène : Très bien, c'est déjà très bien comme atouts. Et à l'inverse, les difficultés rencontrées pendant l'expérimentation ?

Sage-femme 7 : Les difficultés... hum... Je peux quand même la citer parce que bon, voilà, c'est de l'organisation du coup d'aller loin de chez soi à deux h de temps. Voilà. Tu passes la semaine à l'hôtel mais ça se fait très bien, sans souci après. Et autre chose, ce n'est pas vraiment une difficulté, parce que j'avais à ce moment-là 35 ans et une certaine bouteille aussi puis un certain carafon pour remettre les gens à leur place. Mais des petites remarques à la con de certaines IBODE quand tu vas au bloc central « ah bon, mais qu'est ce tu fais là ? Tu es sage-femme et tu fais des aspirations mais ton travail, ce sont les accouchements. » « Qu'est-ce que tu viens faire des avortements ? Tu es là pour donner la vie, pas pour enlever une vie. » Tu vois ? Puis alors ces trucs dits en pleine salle de bloc, en pleine intervention, quand la femme dort les jambes en l'air. Voilà donc du coup, je dis « bah écoute, je ne te permets pas. » Voilà ce genre de truc. Et ouais, après d'éventuelles difficultés, c'est entre difficulté et appréhension. Mais tu vois, c'est quand tu attaques ce stage, tu es encadré par des infirmières. Toi, tu as l'habitude quand même d'être sage-femme et d'être dans un environnement de grossesse, tout ça et du coup de réussir à trouver sa place, pour être adapté aux patientes, utiliser les bons mots. Il faut essayer de cerner la patiente qui est face à toi pour vraiment s'adapter à elle un peu comme un accouchement en fait, mais du coup cerner l'état dans lequel elle est, parce que c'est multiple, l'état dans lequel elles viennent consulter et arriver à les accompagner au mieux. Et ça aujourd'hui ça n'est plus du tout une difficulté parce que je suis formé, mais tu vois la peur de faire des bourdes et du coup de ne pas toujours être adapté. Après ça m'a aussi vachement fait changer sur ma pratique échographique, notamment quand j'ai une patiente qui vient pour une écho de datation : toi spontanément écho de datation voilà c'est une patiente qui a des cycles irréguliers. Donc elle veut savoir où elle en est, c'est une grossesse qui va être gardée. Elle est contente machin, peut être parcours de PMA ou voilà. Mais en fait dans les échos de datation tu as peut-être aussi des femmes qui ne savent pas du tout si elles veulent garder la grossesse et une écho de datation, c'est aussi en vue d'une IVG. C'est vrai que moi comme j'étais très accès obstétrique et dépistage, je n'y pensais pas. Et tu vois maintenant, quand je reçois une femme en écho de datation, je demande « est ce que c'est une grossesse qui est suivie ? » « Est-ce que vous voulez regarder l'examen ? ». Alors quand c'est une grossesse qui est programmée, elles sont super contentes et elles sont très surprises de la question « Oui, bien sûr que je veux voir. Oui, je suis très contente. » Mais en fait, je me suis rendu compte qu'en posant cette question, une femme sur trois me dit « non, en fait, je ne sais pas ». En fait, elle me fait part de son indécision. Et en fait, c'est hyper intéressant parce que, bon, je fais mon écho de datation qui est une écho très facile, mais du coup, on parle vachement du coup du pour du contre, je l'oriente, je lui donne des infos. Si jamais elle avait besoin, il y a aussi l'orthogénie et elle peut me revoir en consulte ou voilà. Et tu vois c'est ce genre de choses que je ne faisais pas avant.

Charlène : à ce niveau-là du coup, les équipes globalement vous ont bien accueilli, sauf quelques remarques.

Sage-femme 7 : C'est ça. On avait fait, c'était piloté par l'ANSFO, des visio où on présentait un peu chacun notre expérience et ne serait que par rapport aux trucs que j'ai entendu ailleurs en France, moi, il n'y avait pas de souci. Les gynécos médecins, généralistes, hommes, femmes, tous me laissaient faire et m'accueillaient presque comme s'ils étaient contents de voir des sages femmes venir se former pour faire ça ailleurs. Et voilà, j'ai gardé le lien d'ailleurs avec l'équipe infirmière et médecin du service, tu vois à chaque fois que je vais là-bas, ils veulent que je passe. Ce sont des relations confraternelles presque amicales et bon, voilà. Après quand j'ai attaqué là où je travaille, il y a eu deux ou trois petits trucs, des petits accros, mais je ne me suis pas formalisé. Mais tu vois, j'enfile mes gants stériles, l'IBODE qui me sert me donne une tape au niveau des fesses limite en bas du dos en me disant « Qu'est-ce que tu me fais ? Ce n'est pas comme ça qu'on enfle des gants. » « Si alors déjà tu ne fais pas ça, je ne suis pas ton pote » « mais c'est pour rire. Moi, je m'appelle machin ». « Ce n'est pas pour rire, tu n'as pas à me toucher comme ça. Puis écoute, ça fait 15 ans que je bosse, je sais enfiler des gants stériles. ». Et voilà quoi, il y a eu deux ou trois petits accros. Mais maintenant, il y en a plus du tout.

Charlène : Ok, très bien. Comment est-ce que du coup cette formation tu l'as vécu sur le plan technique ? Comment est-ce que tu t'es senti toi sur cette formation-là ?

Sage-femme 7 : Et bien, franchement, très à l'aise, comme on l'avait dit le fait qu'on fasse des DA/RU, qu'on soit habitué à faire ce genre de geste. Aucune difficulté, mais vraiment aucune. Moi, tu vois les sensations avec la sonde de la canule quand tu as une bonne rétraction utérine parce que l'utérus est vide c'est facile déjà parce que c'est simple, tactiquement. Et puis parce que c'est la zone où on travaille aussi habituellement. Donc vraiment aucune difficulté, tant sur l'approche que le geste. Après ce n'est pas tant la technique, mais du coup, je me souviens et voilà, y'a quelque chose ça m'avait marqué. Tu vois en fin de geste, je retire ma canule. Et puis c'est tout bon, puis la médecin me dit « non, là, ce n'est pas bon. Regarde, il y a un petit filet de sang ». Et en fait, il y avait un tout petit peu de sang qui s'écoulait du col. Et du coup, je la regarde « Oui, mais ce n'est pas grave. Ça, c'est fréquent. Quand tu fais un accouchement forcément ça saigne un peu » et elle me répond « en fait, non, non, mais là ce n'est pas un accouchement. C'est une IVG. C'est une aspiration. Et en fin de geste, quand tu as encore ton speculum posé tu exposes ton col, tu dois avoir zéro écoulement de sang qui sort de l'endocol ». Et bon, c'est très bien qu'elle me l'ait dit comme ça, parce que du coup maintenant je suis hyper vigilant là-dessus. Mais du coup, tu vois cette formation initiale de sage- femme où on te dit « il y a un peu de sang, c'est normal. Même après une DA/RU, tu fais une expression, il y a toujours un peu de saignements. C'est bien normal pour toi. Ça reste physiologique, mais ce n'est pas dans la physiologie d'un post abortum immédiat. Et voilà. Donc du coup, tu vois, c'est discriminer un saignement qui sort du col à un moment ou un autre : sur un accouchement c'est normal, mais sur une aspi, ça ne l'est pas.

Charlène : Et sur le plan émotionnel, qu'est-ce que ça a généré cette formation ?

Sage-femme 7 : Alors on va un peu distinguer l'avant d'attaquer, le pendant. Avant c'était trouver ma place, comment je vais réagir en voyant l'aspi. Je pense que c'était en lien si tu veux, avec ma pratique d'échographie et effectivement, sans que ce soit réfléchi, ma première aspi que j'ai observé, il y avait l'échographe. L'infirmière avait fait des réglages au début et elle n'a pas retiré la sonde d'écho du ventre de la dame tout de suite. Et en fait forcément, qu'est-ce que j'ai fait ? J'ai regardé. Et du coup, je vois la canule d'aspi qui arrive et le geste qui commence à se faire. Donc avec ses mouvements répétitifs comme ça, et vraiment je m'en souviens encore cette image de comme le LOTO là avec les balles qui font comme ça, dans tous les sens. Et ben voilà, l'œuf et la grossesse qui bouge comme une balle de ping pong sous l'effet de la canule. Et puis je me suis dit « arrête de regarder ça, ça ne sert à rien ». Et voilà donc, et tu vois de se dire en fait, oui, il y a un fœtus là, puis en fait, après non, il y a un fœtus, c'est une grossesse, mais il n'y a pas d'innervation donc il n'y a pas de douleur. Et puis voilà. Donc après, j'ai arrêté de regarder et puis c'est vrai que sur les gestes, je ne voulais pas que ce soit écho guidé parce que ça ne m'apportait rien. Je voulais rester clinique et puis ce n'est pas recommandé. Et voilà. Il y avait encore plus ça forcément quand je suis allé voir les deux aspis entre 14 et 16, les deux d'ailleurs étaient à 16. Et du coup, oui, sur des aspis que j'ai même fait que ce soit là où je travaille ou pendant ma formation qui sont à 13 et demi, tu inspires et puis, en fait, après, tu vois que c'est un peu coincé. Voilà tu ressors ta canule et en fait tu as l'avant-bras qui sort du col avec une petite main microscopique. Pour reprendre ces mots d'un assistant avec qui j'avais fait une 16 semaine lors de ma formation, il me disait c'est du matériel. En fait de se dire que ce n'est pas un bébé, c'est une grossesse. Là même le mot fœtus, c'est une grossesse. Et c'est un mot que j'utilise beaucoup dans mes consults. C'est une grossesse. Et bon, matériel je trouve ça fait vraiment très garagiste. Donc ça ne me plaît pas, mais du coup, voilà. Et voilà. Et donc, effectivement, après, comme beaucoup de choses, quand tu les fais régulièrement, je ne veux pas dire que ça ne me fait rien de voir un avant-bras dans un col, d'aller le prendre avec ma avec ma languette et de le foutre dans le sac poubelle. Mais ça, c'est ce que j'appréhendais. Et psychologiquement forcément au début, ce n'était pas simple. Je me suis même demandé si je n'allais pas faire valoir ma clause de conscience pour refuser de les faire à partir d'un certain terme. Je sais que la gynéco, la médecin généraliste qui faisait ça avant moi, elle avait fixé son seuil à 12 semaines. Moi ne serait-ce qu'au début, les 14-16, je m'étais dit que je ne les ferais pas, mais parce que j'avais des collègues gynéco qui les faisait et que je ne me sentais pas prêt. Là maintenant, je me sens prêt. Et puis parce que psychologiquement, j'ai évolué aussi. Après oui c'était ça qui était difficile. Ce n'est pas tant difficile, mais ça ne me faisait pas rien. Je ne vais pas dire que ça ne me fait rien aujourd'hui, mais c'est quelque chose que je vis bien. Après, il y a eu aucun moment où je suis rentré le soir en pleurant ou je faisais des cauchemars, ce n'est jamais aller jusque-là quand même.

Charlène : Ça ne vous laissait pas indifférent oui.

Sage-femme 7 : Ouais, vraiment sur le plan perso et psychologique.

Charlène : Et est-ce que le décret de décembre 2023 ou a été un obstacle à ta pratique ?

Sage-femme 7 : Ce qui était particulier, c'est qu'en fait, comme je faisais partie de l'ANSFO, il y avait plein d'échanges sur l'ANSFO et plein d'hôpitaux, notamment je ne sais plus trop où, c'était au sud de paris, peut être vers Orléans ou quoi, où ils avaient totalement interrompu leur activité et ne serait qu'en lisant ça, je me suis dit « mais ils sont cons quand même, c'est pas parce qu'il y a un texte qui sort, qu'ils ont peut-être pas bien interprété d'ailleurs, qu'il faut arrêter tout et les patientes elles font comment ? ». Et en fait, moi, en lisant ce décret, je ne le comprenais pas forcément pareil parce que du coup moi, je me disais que en fait l'embolisation, bien sûr que l'hôpital où je travaille on n'en a pas mais on travaille avec d'autres hôpitaux. Alors ok, c'est à deux heures de route et une heure d'hélico. Mais bon, l'hiver, l'hélico ne vole pas quand il neige il ne vole pas, mais en fait, on fonctionne déjà pour des accouchements et notre mater, elle existe et fonctionne comme ça et ça se passe très bien. Donc voilà, après, quand je faisais mes aspis, j'avais souvent un ou deux gynécos qui faisaient de la chir à côté de moi. Et voilà. Donc je m'étais dit que l'obstétricien sur place, c'était ça. En fait si tu veux en lisant le truc, moi, ça ne m'avait pas choqué. Et un jour voyant tout ce qui se faisait ailleurs, les trucs qui fermaient je suis allé voir ma chef de service en lui disant « écoute, voilà quand même, qu'est-ce que tu penses ? » elle m'a dit « C'est débile, on ne va pas arrêter de faire des ivg, nous on fonctionne comme ça. Tout est organisé avec le CH de Il y a une convention pour les embolisations, bah pour les IVG c'est pareil. En plus, ça n'arrive jamais. Donc non, non, bien évidemment que non. Et moi, il n'y a pas de souci. On continue sans problème. » J'avoue que du coup, je pense qu'il faut rester logique. On n'allait pas tout arrêter.

Charlène : Oui ça dépend de la politique un peu aussi de chaque centre et de comment est sa position par rapport à l'idée.

Sage-femme 7 : C'est ça. Moi, ils étaient totalement ok et le fait que je fasse ça, ils me soutenaient. Et puis on est éloignés des grands CHU, donc tu vois mes collègues gynéco, elles n'avaient jamais entendu parler de ce truc. Et puis il y a un moment, voilà, on bosse en bonne intelligence. On s'est dit si des ministres et des ânes qui pratiquent pas du tout la gynéco sont capables de pondre des bêtises pareilles, que font les femmes ? On n'allait pas adresser toutes nos patientes au CHU à deux heures de là, parce qu'il n'y avait pas une embolisation à l'étage du dessus ici, tu vois. Donc ça n'a pas du tout été un frein, parce qu'en fait, on ne s'est pas arrêté. Et surtout moi, je ne l'ai pas interprété comme ça. Mais après, ce sont les décrets, Ce n'est pas toujours très clair non plus mais parce qu'ils sont rédigés par des non-médecins. Après je l'ai interprété quand même dans le sens où quand je lis quelque chose, je me dis qu'il y a quand même une volonté de bien faire aussi. Je l'ai interprété comme quelque chose de sécurisant pour les patientes, bon, après ce qui me gênait, c'est qu'à chaque fois qu'il y a un truc pour les sages femmes, il faut toujours tout entourer de sécurité, comme si on confiait quelque chose à une boulangère qui allait faire n'importe quoi. Alors qu'en fait, je te dis les personnes qui ont dispensé ma formation au CHU, c'était des médecins généralistes qui s'étaient formés, à qui on n'a jamais exigé de minimum d'actes, qui sont médecins généralistes, qui ne sont pas gynécologues. Ils n'ont pas une excellente connaissance de la gynécologie et de l'obstétrique, en tout cas pas comme moi, en tant que sage-femme. Donc voilà, à un moment, tu te dis bon, c'est pénible qu'à chaque fois qu'il y a un truc pour les sages femmes qui sort, on se dit bon.... Ce serait un médecin, même si c'est un médecin qui est anapath il est médecin donc voilà là, c'est une sage-femme, mais du coup c'est différent. Dans les sage-femmes qui pratiquent, j'ai encore des collègues qui ont fait trois ans d'études tu vois en sortant du bac et qui elles ne sont absolument pas mauvaises. Mais en termes de bagages scientifiques, on n'a pas du tout la même formation et je pense que tu le sens aussi. C'est la démarche scientifique. Mais bon, après, au-delà de ça, je pense que quand on se lance dans l'orthogénie, c'est qu'on se sent capable aussi. Et puis ça, c'est un truc propre à la profession de sage-femme. On a toujours besoin de se sentir sûr avant de faire un truc. Je me souviens dans mon mémoire de DU là, tu avais plein de sages femmes en fait, des jeunes diplômés qui ont eu une formation théorique sur l'IVG médicamenteuse qui avouaient ne pas se sentir prête à en pratiquer parce que leur formation initiale n'était pas suffisante. Donc voilà. Mais bon, après non, je l'ai quand même pris de manière constructive et sécuritaire pour les femmes et pour nous.

Charlène : Ok, bien, concernant du coup la mise en pratique après l'expérimentation, tu as fini ton expérimentation en octobre 2023, tu as commencé quand en autonomie ?

Sage-femme 7 : La semaine d'après.

Charlène : Ah oui, rapidement. Et depuis cette date-là combien tu sais combien tu en as pratiqué à peu près ou pas ?

Sage-femme 7 : Alors là aujourd'hui, non, j'aurais du mal à te dire. Là maintenant j'en fais un mardi sur deux. La première année, c'était tous les mardis. Et j'avais entre une et trois aspis en moyenne, deux en moyenne. Donc, sur un an, il faudrait faire le nombre de mardis qu'il y a dans une année fois deux. Mais après il y a quelquefois où il n'y a aucune aspi, mais c'est rarissime. Globalement, on arrive à assurer toutes les aspi et on ne les adresse pas à nos collègues gynéco. C'est arrivé peut-être deux ou trois fois pas pour les histoires des 14-16 mais parce qu'on a déjà notre bloc qui est full avec trois programmations d'aspi et qu'il faudrait en caler deux autres et que, comme on ne veut pas faire attendre deux semaines nos patientes, on demande à un gynéco de mettre la main à la patte.

Charlène : D'accord, ok, du coup, quand une patiente prend rendez-vous à l'hôpital avec la hotline, avec le numéro IVG, quand c'est vous qui les recevez en consultation pré-IVG est ce que vous faites le bloc aussi ?

Sage-femme 7 : Avant quand j'étais tout seul, il n'y avait que moi, je faisais tout de A à Z et je ne te cache pas que c'était génial. Après, depuis que ma collègue est arrivée, on a longuement parlé à la cadre pour essayer de trouver une solution pour qu'on puisse suivre nos patientes, sauf que ce n'est pas toujours possible. On fait en quinconce et en pratique malheureusement tu vois par exemple, mardi dernier, je suis arrivé, j'ai fait mes trois aspirations. C'était trois patientes que je ne connaissais pas. C'est un peu pénible parce que parce que voilà, tu ne les connais pas. Bon, ma collègue et moi, on est aussi amis. En dehors de ça, on est sur la même longueur d'onde. Donc on sait comment on travaille l'un et l'autre. Et, en revanche, comme j'arrive le matin et que je sais que je ne les connais pas avant mon aspi, je me mets sur mon ordi et je regarde le compte rendu de la consult. Avant qu'elle soit endormie, bien évidemment, je vais voir la patiente en me présentant « C'est moi qui vais m'occuper de vous. Vous êtes toujours ok ? vous avez des questions ? comment vous vous sentez ? » un temps d'échange qui me paraît capital et dont j'ai besoin. Et par contre, souvent la personne qui fait la consult post, c'est la personne qui a aspiré. C'est de faire en sorte aussi que ça fonctionne comme ça, parce qu'on en ressent le besoin avec ma collègue et les patientes aiment bien. Oui.

Charlène : Donc ça permet de la voir un peu du début à la fin et qu'elle soit rassurée un peu aussi.

Sage-femme 7 : Voilà, un peu comme un accouchement j'ai envie de dire et bon, je le dis un peu dénué de sens, mais voilà le tout, c'est que la patiente soit prise en charge dans les plus brefs délais. Et voilà ne pas dire « voilà mes prochains créneaux à moi, madame, c'est dans trois semaines. Donc vous êtes à 7 semaines, on va attendre 10 semaines et ce sera moi » non, ne pas faire ça. Voilà.

Charlène : Et depuis que tu pratiques en autonomie, est ce que tu as rencontré des difficultés ?

Sage-femme 7 : Et bien oui, ces deux fois où j'avais des doutes sur des perforations, ce sont plus des difficultés techniques où tu vois, je fais ma vérification avec ma canule souple à la fin. Et en fait, je la monte beaucoup trop loin. Limite elle rentre totalement dans l'utérus du coup « mince. Qu'est ce qui se passe ? J'ai perforé oui, non ? ». Et puis bon derrière tu as aucun saignement, tout ça. J'essaye de rester clinique la première fois, j'ai appelé ma collègue gynéco en lui demandant son avis. « Ouais, c'est chelou tu as raison. C'est bizarre. Mais écoute elle ne saigne pas, de toute façon perforée ou pas on s'en fiche, la prise en charge, c'est la même. » Donc voilà on l'a gardé en observation un peu plus longtemps, mais elle n'a jamais saigné. Donc bon, je peux dire qu'aujourd'hui je pense que je n'ai jamais fait de perforation, mais voilà cette difficulté parce que c'est la nouveauté et tu ne sais pas. Et puis parce que ça ne m'est jamais arrivé, que ce soit en posant un DIU ou en faisant un geste, mais voilà après la difficulté, parce que tu n'es pas sûr de toi. Mais par contre, je savais quoi faire parce que comme ça fait 15 ans que je bosse et que j'ai une connaissance de l'obstétrique. Voilà, ça ne saigne pas, on ne va pas faire une coelioscopie, une hystéroscopie pour aller voir s'il y a une perfo parce qu'on ne va pas suturer ça, ça va cicatriser tout seul. La conduite à tenir est la même du coup, c'est une difficulté sans l'être non plus. Donc après, voilà une autre difficulté, mais on en a parlé tout à l'heure. C'est cette histoire de 14-16. Comment je me positionne tout ça, en lien avec mes collègues gynéco qui me disent un truc que je comprends, mais en même temps qui me satisfait qu'à moitié, parce que moi, j'ai envie de prendre en charge en entier mes patientes et je me sens prêt, je n'ai pas envie qu'on m'interdise de faire un truc que j'ai le droit de faire d'après les textes. Voilà. Mais bon, c'est organisé comme ça. Et c'est bosser en bonne intelligence. Et après plus sur la mise en place, c'est quand même une difficulté, le fait qu'on n'ait qu'une journée de consult d'IVG par semaine, on reçoit les patientes le mardi, on essaye de tout faire. Et on les programme le mardi d'après. Une patiente qui est hésitante, bien évidemment, il y a des fois je dis « bah non, madame, vous êtes trop hésitante et il faut qu'on se revoie. » Mais du coup, tu vois si elle voulait me revoir, par exemple, deux jours après parfois j'essaie de les voir sur des journées d'écho parce que ça tombe

bien. Mon planning fait que je fais les échos le vendredi et je vais la voir et pouvoir programmer le bloc le mardi. Mais des fois, je ne suis pas assez là, souvent lié à notre planning comme le tien qui est aléatoire. Et du coup, voilà, tu vois par rapport à des collègues gynéco qui sont là du lundi au vendredi. Et voilà ce qu'on avait fait avec ma collègue, c'est qu'elle fait de la consult et de l'écho. On s'était bloqués un créneau sur nos consult respectives, des créneaux IVG plus ou moins d'urgence. On l'a fait, on a fonctionné comme ça. Et puis quand notre cadre nous a un peu agacés, en nous disant que sur nos créneaux de consult et d'écho, on était censé faire des consult et de l'écho et pas de l'IVG. Il ne fallait plus qu'on le fasse, d'accord, on ne fera plus. Et puis c'est triste du coup dire aux patientes « non, je ne peux pas vous recevoir avant telle date. » Et voilà, même après, nos cadres essayent de nous faire comprendre donc qu'il fallait qu'on se réorganise, qu'on soit en gros plus efficace au boulot et qu'on fasse nos consult en 30 minutes et plus en 1 heure et que l'infirmière coordinatrice qui était là pour coordonner limite il fallait qu'elle oriente les patientes et en gros, toutes les patientes qui voulaient des IVG med, il fallait qu'elle les réoriente vers l'extérieur et les patients qui voulaient faire des aspis elles venaient avec nous parce qu'on était là pour ça. Je lui ai fait comprendre que du coup les consult, ce n'était pas ça. Et ce n'est pas le rôle de l'infirmière. Une infirmière, c'est du paramédical alors que là c'est une consult médicale dit et que du coup, c'est au travers d'une consultation qu'on donne des infos, que la patiente prend sa décision finale et qu'on ne peut pas faire autrement que ça ne se fait a priori, pas par téléphone non plus. Et que parfois on ne peut pas mettre la charrue avant les bœufs parce que c'est en faisant une écho qu'on voit que la patiente est en fait à 10 semaines et qu'on ne pourra pas lui proposer une IVG med alors que ces règles disaient qu'elles étaient à six semaines. Voilà et moi ça ce sont des difficultés d'organisation de l'activité. Tu vois dans l'idée, il faudrait qu'on puisse peut-être bosser que de jour et au moins un jour sur deux. Mais d'où le fait que pour trouver des solutions à ces problèmes-là, je faisais venir les patientes sur des dimanches, sur des jours fériés, sur des journées d'écho, sur d'autres trucs pour s'en occuper. Pareil, tu piques un bilan à patiente et si tu veux vraiment valider son IVG, il faut que tu récupère son bilan avant, si elle a une IST c'est bien de le découvrir pas le matin du bloc, mais un peu avant, voilà... Bon moi, je repasse à temps plein la semaine prochaine. Mais l'idée, c'était de trouver des solutions après, ça a été exposé aux cadres et voilà fin.

Charlène : Quels changements remarques tu dans ton quotidien professionnel depuis que tu as la pleine compétence orthogénique ?

Sage-femme 7 : Et bien de la satisfaction vraiment sur le plan perso et comme tout changement où tu acquiers des compétences quand tu fais autre chose, ça a totalement changé mon approche, mais y compris en salle d'accouchement. La technique, ça fait 15 ans que je bosse, un accouchement tu le fais les yeux fermés, presque ça ne me fait plus rien. En revanche, j'accompagne les gens encore plus. Tu vois concernant leurs attentes, leurs angoisses, comme si l'IVG pour moi, c'est un accompagnement plus qu'une pratique, en fait. Et c'est ça qui m'intéresse là-dedans. C'est pour ça que je me suis formé. Il ne faut pas se voiler la face. Et du coup c'est l'exemple que je te donnais en écho tout à l'heure, tu vois sur mes consult d'écho, ça m'a totalement changé. Et quand je suis en salle d'accouchement et en suites de couches, totalement aussi, tu vois, je regarde toujours les antécédents des patientes, une femme qui a fait plusieurs IVG ou quoi, je ne vais pas forcément en reparler, mais je vais aborder un truc en tout cas, mettre bien les pieds dans le plat comme il faut pour être sûr qu'elles se sentent bien et limite que ça remonte et en reparler. Ça te fait ouvrir les yeux sur qui est la patiente que tu as en face de toi et pas te dire qu'une IVG bah ouais, c'est classique, c'est fréquent sur la vie d'une femme et point barre tu t'en fous. Non, on ne s'en fout pas. Et c'est important. C'est vraiment une toute autre approche. Après une satisfaction personnelle, parce que je suis totalement polyvalent et je crois que je te l'avais déjà dit quand on avait fait la visio, mais le fait de pouvoir m'occuper des femmes dans leur globalité, à n'importe quel moment de leur vie. Ça reprend un peu ce qu'il y a dans les textes. Mais voilà. Je suis professionnel de premier recours dans la santé génésique des femmes. Ben oui, la jeune fille, elle vient me voir parce qu'elle a mal, elle a mal quand elle a ses règles. Elle veut une contraception, tu es compétent, le suivi gynéco aussi, l'IVG aussi. Ces trois grossesses aussi, sa ménopause. On ne fait pas le THS tout ça, mais l'accompagnement. Et c'est hyper épanouissant du coup de pouvoir s'occuper des gens en entier sans avoir à les adresser. Après voilà, ce n'était peut-être pas une des questions tout à l'heure mais du coup, une petite frustration. Quand tu as une femme qui vient pour une IVG, tu fais l'écho. C'est une grossesse arrêtée et qui dit grossesse arrêtée, ne dit pas IVG et évidemment, c'est hyper important de le dire à la femme. Mais qui dit grossesse arrêtée, dit pathologie. Donc j'adresse au gynéco, alors que pourtant la conduite à tenir, c'est la même, on la connaît. Elle est simple. Si elle veut une aspi au bout de 10 jours parce qu'il ne s'est rien passé en soit, on pourrait la faire mais dans les textes, on ne peut pas. Un jour, j'ai une collègue gynéco qui me dit « Mais non c'est débile, c'est bon, je te couvre. Tu l'as fait, il n'y a pas de souci. » Puis sur le coup, j'étais presque prêt à dire oui. Et j'ai dit non, parce que voilà, non, je respecte les règles. Mais c'est assez frustrant

parce qu'en fait une fausse couche est ce que c'est vraiment pathologique ? Pourquoi une sage-femme ne pourrait pas s'en occuper dans la mesure où elle n'est pas compliquée, qu'elle n'est pas hémorragique, qu'elle n'est pas infectée ? Voilà, bon je pense que ça viendra.

Charlène : Et comment est-ce que tu te vois évoluer concernant l'orthogénie ?

Sage-femme 7 : Continuer à faire ça en lien avec ce que je te disais tout à l'heure, les 14-16, je pense qu'à un moment j'aurais besoin de dire à mes collègues que j'ai envie de les faire non pas pour faire le geste mais pour accompagner ces femmes. Et voilà, puis parce qu'en fait, ce sont mes compétences et je n'aime pas qu'on me limite dans mes compétences. C'est évident. Voilà comment je me vois évoluer. Si l'activité elle continue à être soutenue, que les naissances elles baissent et que les IVG augmentent en France, comme ce sont nos compétences, on est là pour s'occuper des femmes, c'est répondre à la demande des femmes et les accompagner. Donc peut être réorganiser notre service et tu vois peut-être faire un peu moins de consult d'obstétrique parce qu'il y en a moins et diversifier l'orthogénie et la gynécologie, notamment la gynéco, parce que du coup, je me dis aussi que bien cadrer une contraception... Il y a quelque chose à faire aussi au travers de ce que j'entends sur mes consults d'IVG où parfois je m'arrache un peu les cheveux. Petit exemple de pendant ma formation, une jeune de 18 ans qui vient avec son mec. « La contraception, c'est une histoire de couple un soir c'est mon mec qui prend la pilule l'autre soir c'est moi ». Et voilà. Je pense qu'il y a quand même vraiment des choses à faire et à développer. Et si l'activité continue à augmenter, j'aimerais bien qu'on ait un deuxième créneau d'orthogénie par semaine. Tu vois un en début de semaine et un en fin de semaine pour répondre au plus vite à la demande des patientes et qu'on ait des temps où on peut se poser ma collègue et moi pour récupérer des bilans. Développer cette activité après, bien évidemment, je comprends que c'est en lien aussi avec les effectifs sage femmes. Ça c'est indéniable. Mais bon quelque part, en quoi des accouchements seraient prioritaires sur de l'IVG ? Mais tu as aussi des collègues qui font de l'acupuncture ou des bricolles comme ça. Ce sont des médecines alternatives qui sont très bien mais qui sont quelque part alternatives par rapport à des consultations médicales. Voilà. Je me vois bien développer l'activité après. J'arrive à un moment dans ma carrière où je me suis beaucoup pris la tête dans le passé avec l'encadrement et je n'ai pas envie d'y laisser des plumes et je ne vais pas me battre corps et âme pour faire ça. Si ça ne se fait pas, ça ne se fait pas. Et mon comportement de ces derniers temps l'illustre bien. Ils ne voulaient pas qu'on fasse de l'orthogénie sur nos consults d'écho. C'est bien dommage pour les patientes, mais du coup, il y a 7h30 de temps de consulte. Si ça ne rentre pas en 7h30, eh bien, je ne ferais pas d'heures supp.

Charlène : Très, on arrive à la fin de l'entretien. Est-ce que tu as des questions ou des remarques à faire sur ce qu'on s'est dit ?

Sage-femme 7 : Non, non, non, n'hésite pas comme tu l'avais fait à faire parvenir ton mémoire du coup de début. Et puis, et puis si à l'occasion le jour où tu fais de l'IVG, parce que je ne vois pas comment tu ne peux pas en faire de ça dans ta carrière de sage-femme, ça m'intriguerait mais parce que j'aime bien avoir des news plus tard de voilà où tu bosses, comment tu bosses.

Charlène : Justement moi, il n'y a pas de consult IVG là où je travaille. C'étaient des médecins généralistes qui les faisaient et elles sont en congé mat. Donc j'aimerais bien me lancer dedans, c'est une opportunité avec le DIU.

Sage-femme 7 : C'est clair. Et puis ça t'intéresse donc c'est cool. Et puis en plus cet exercice polyvalent, il est génial. En fait, ça apporte tellement plus quand tu es dans les activités traditionnelles en salle d'accouchement, que je ne peux que t'encourager à le faire mais continue bien et chapeau pour avoir enchaîné sur un DIU après ton DE ! en général quand tu sors du DE moi, je me souviens tu as ton boulot, ton salaire, tu as envie d'en profiter de tout ça et bravo pour avoir fait ce DIU presque tout de suite. Moi j'ai fait le DU d'écho cinq ans après, je me suis dit « pourquoi j'ai fait ça ? » Mais bon après, c'est vrai qu'une fois que c'est fait, c'est hyper gratifiant. Et d'ailleurs, tu as une petite formation d'écho toi ou pas ?

Charlène : Non, non, mais après peut être que là avec le stage de mon DIU j'aurais l'occasion d'en faire sur le terrain.

Sage-femme 7 : Oui, rassure-toi dans le sens où tu vois ma collègue qui s'est formée l'an dernier elle ne faisait pas d'écho. Et en fait, elle a vite appris à faire des échos endovaginales et sus pubienne pour voilà du diagnostic de grossesse, de la datation, de la rétention aussi. Quand tu fais des échos après n'hésite pas à prendre la sonde et à le faire un peu systématiquement même s'il n'y a pas besoin pour apprendre. Tu vois, pour que tu sois à l'aise parce que dans tous les mémoires que j'avais lu l'écho c'était un vrai frein et ça faisait peur. Bon je n'ai pas eu ça moi parce que forcément j'étais échographiste. Mais n'hésite pas, quand le médecin voit les grossesses qui saignent en début de grossesse aux urgences gynéco, à aller avec elle, lui faire vite une écho, etc.

Charlène : Ok, merci à toi pour ces infos et pour ta disponibilité !

Sage-femme 7 : Il n'y a pas de souci, avec plaisir !