

ANNÉE 2025

N°94

***Exploration du vécu des soignants ayant une activité
d'orthogénie concernant la coordination de soin en
réseau ville-hôpital, en Auvergne Rhône Alpes***

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **27 mai 2025**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine Par

Laura Houang

Née le 26/08/1994 à Paris

**Sous la direction de
Docteur Anne Hersart De La Villemarqué**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle 2^{ème} classe)

médicale,	ADHAM Mustapha BURILLON Carole FOUQUE Denis GOLFIER François	Chirurgie Digestive, Ophtalmologie, Néphrologie, Gynécologie Obstétrique ; gynécologie
	LAFRASSE RODRIGUEZ- Claire LINA Gérard PIRIOU Vincent SALLES Gilles THIVOLET Charles THOMAS Luc	Biochimie et Biologie moléculaire, Bactériologie, Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, Hématologie ; Transfusion, Endocrinologie et Maladies métaboliques, Dermato –Vénérologie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle 1^{ère} classe)

reproduction,	ALLAOUCHICHE Bernard BONNEFOY- CUDRAZ Eric BOULETREAU Pierre CERUSE Philippe CHAPET Olivier FESSY Michel-Henri FRANCK Nicolas FREYER Gilles GEORGIEFF Nicolas GLEHEN Olivier LONG Anne LUAUTE Jacques MION François PAPAREL Philippe PICAUD Jean-Charles RUFFION Alain SALLE Bruno	Anesthésie-Réanimation Urgence, Cardiologie, Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, O.R.L, Cancérologie, radiothérapie, Anatomie – Chirurgie Ortho, Psychiatrie Adultes, Cancérologie ; Radiothérapie, Pédopsychiatrie, Chirurgie Générale, Médecine vasculaire, Médecine physique et Réadaptation, Physiologie, Urologie, Pédiatrie, Urologie, Biologie et Médecine du développement et de la
	SANLAVILLE Damien SAURIN Jean-Christophe SEVE Pascal TAZAROURTE Karim TRONC François	Génétique, Hépatogastroentérologie, Médecine Interne, Gériatrique, Médecine Urgence, Chirurgie thoracique et cardio,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BARREY Cédric	Neurochirurgie,
BELOT Alexandre	Pédiatrie,
BERARD Frédéric	Immunologie,
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile,
COTTE Eddy	Chirurgie générale,
COURAUD Sébastien	Pneumologie,
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie,
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques,
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
FARAH Fadi	Chir.thor. & cardio.
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,
FRANCO Patricia	Physiologie – Pédiatrie,
GILLET Pierre-Germain	Biologie Cellulaire,
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie,
KASSAI KOUPAI Behrouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,
LANTELME Pierre	Cardiologie,
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. Santé,
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire,
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique – Médecine Interne,
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie,
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale,
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MAUCORT BOULCH Delphine	Biostat. Inf. Méd,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie,
PASSOT Guillaume	Chirurgie Générale,
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie. Imag. Méd.,
REIX Philippe	Pédiatrie,
RIOUFOL Gilles	Cardiologie,
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique,
THAI-VAN Hung	Physiologies – ORL,
THOBOIS Stéphane	Neurologie,
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologies pathologiques,
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
WALLON Martine	Parasitologie mycologie,
WALTER Thomas	Gastroentérologie – Hépatologie,
YOU Benoît	Cancérologie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BACHY Emmanuel	Hématologie,
BLET Alice	Anesthésie Réa.Méd,
BOHE Julien	Réanimation urgence,
BOLZE Pierre-Adrien	Gynécologie Obstétrique,
BOSCHETTI Gilles	Gastro-entérologie Hépat.

CAUSSY Cyrielle
CHO Tae-hee
COURAND Pierre-Yves
DALLE Stéphane
DEMILY Caroline
DESESTRET Virginie
DUPUIS Olivier
FASSIER Jean-Baptiste
FRIGGERI Arnaud
GHESQUIERES Hervé
HAFLOM DOMENECH Carine
HAUMONT Thierry
KOPPE Laetitia
MARIGNIER Romain
MATHIS Thibaud
MEWTON Nathan
MILOT Laurent
NOSBAUM Audrey
PERON Julien
PETER DEREK Laure
PONCET Delphine
POZZI Matteo
RASIGADE J. Philippe
ROLLAND Benjamin
ROUSSET Pascal
SUJOBERT Pierre
VALOUR Florent
VIEL Sébastien
VISTE Anthony
VOLA Marco
VUILLEROT Carole

Nutrition,
Neurologie,
Cardiologie,
Dermatologie,
Psy-Adultes,
Histo.Embryo.Cytogénétique,
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
Méd. Santé au travail,
Anesthésie Réa.Méd.,
Hématologie,
Pédiatrie,
Chirurgie Infantile,
Néphrologie,
Neurologie,
Ophtalmologie,
Cardiologie
Radiologie Imagerie Médicale,
Immunologie,
Cancérologie ; radiothérapie,
Physiologie,
Biochimie, Biologie cellulaire,
Chir.thor. & cardio.
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
Addictologie,
Radiologie imagerie médicale,
Hématologie – Transfusion,
Maladie Infect.,
Immunologie,
Anatomie,
Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire,
Médecine Physique Réadaptation,

PROFESSEUR DES UNIVERSITES – MAIEUTIQUE

Pr DUPONT Corinne
Pr GAUCHER Laurent

PROFESSEUR ASSOCIE – Autre Discipline

Pr PERCEAU-CHAMBARD,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE (1^{ère} Classe)

Pr ERPELDINGER Sylvie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE (2^{ème} Classe)

Pr BOUSSAGEON Rémy,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

RABODONIRINA Meja

Parasitologie et Mycologie,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion,
DECAUSSIN PETRUCCI	Anatomie et Cytologie pathologiques,
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques,
DUMISTRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie,
reproduction, GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire,
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BENZERDJEB Nazim	Anat. Cytolo.path.,
BOCHATON Thomas	Physiologie
BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène hospitalière,
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie,
JAMILLOUX Yvan	Médecine Interne Gériatrie et Addictologie,
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie,
PERROT Xavier	Physiologie – Neurologie,
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique,
SKANJETI Andréa	Biophysique Médecine nucléaire,
SUBTIL Fabien	Bio statistiques,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

AUFFRET Marine	Pharm.fond.pharm clinique,
CHATRON Nicolas	Génétique,
DANANCHE Cédric	Epidémiologie. Économie de la santé,
DARGENT Auguste	Méd. Intens.réanim.,
GILBERT Thomas	Méd. Int. gériatrie,
KEPENEKIAN Vahan	Chirurgie Viscérale et Digestive,
LEBOSSE Fanny	Gastro-Hépatologie,
RAMIERE Christophe	Bactériologie-virologie,
REY Romain	Psychiat. d'adultes,
TAUBER Marie	Immunologie,
WOZNY Anne-Sophie	Biochimie biologie moléculaire,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS STAGIAIRES (2ème Classe)

BIDAULT JOURDAINNE Valeska	Chirur.infantile
DESTRAS Grégory	Bact.vir. Hyg. Hosp,
DOUPLAT Marion	Méd. Urgence,
PHILOUZE Pierre	ORL
PICART Thibaud	Histo.Embryo.Cytogénétique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

BENEDINI Elise,
DEPLACE Sylvie,
HERSAT DE LA VILLEMARQUE Anne,

MAITRES DE CONFERENCES - MEDECINE GENERALE (2^{ème} classe)

MAYNIE-FRANCOIS Christine

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales,
ECOCHARD René	Biostatistiques,
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière,
GILLY François-Noël	Chirurgie générale,
GUEUGNIAUD Pierre Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence,
LAVILLE Martine	Nutrition – Endocrinologie,
LAVILLE Maurice	Thérapeutique – Néphrologie,
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention,
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile,
NICOLAS Jean-François	Immunologie,
SIMON Chantal	Nutrition
TEBIB Jacques	Rhumatologie,

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Dr Anne HERSART DE LA VILLEMARQUE, pour avoir encadré cette thèse, pour tes nombreux conseils et pour ton aide précieuse pour ce travail.

Au Pr Marc CHANELIERE pour avoir accepté de présider mon jury de thèse, et pour votre approche bienveillante.

Au Pr Muriel DORET-DION et au Pr Laurent GAUCHER pour avoir accepté d’être membres dans mon jury.

Au Dr Giulia GOUY pour l’intérêt que vous avez porté à cette thèse, et votre disponibilité.

A Manon pour nos échanges enrichissants.

Aux soignants qui ont accepté de prendre le temps pour participer aux entretiens, et de m’avoir livré leurs ressentis.

A mes parents, qui êtes mes modèles et à qui je dois tout. Merci de m'avoir soutenue et guidée dans ces études. Notre famille est précieuse.

A mes sœurs Charlotte et Andréa, d'être des personnes merveilleuses et inspirantes, et d'être présentes et attentionnées. A mes frères Adrien et Eliott, d'agrandir cette famille avec vos personnalités adorables.

A Mamyline, que j'admire et pour tous nos moments ensemble. A ma tante Sarah, pour ta générosité à nous faire découvrir des endroits exceptionnels, et pour nos fous rires.

A mon oncle Erik pour ton esprit enthousiaste et tonique ! A mon oncle Ulrich et ma tante Alexandra pour votre aide dans cette thèse. A mes grands-mères et à toute ma famille, d'être une famille aimante.

A Raphael, plus que tout. Pour tout ce qu'on a vécu et construit ensemble grâce à toi. Tu nous tires vers le haut. Chacun de nos projets est une fête, et j'attends avec impatience nos prochains voyages.

A mes amis de toujours, Tiffany, Nelly, Pauline, Julien, Timothée, pour être la définition sincère de l'amitié. On s'est vu grandir, on s'est tous soutenus dans nos projets et chaque retrouvaille est un joyeux retour à l'enfance.

A Elsa, de m'avoir accueilli dans ton univers poétique et d'avoir adouci l'externat. Pour nos escapades italiennes et d'explorer ensemble toutes les bonnes adresses parisiennes.

A Claire, ma bulle de soleil et de joie. Ta vision du monde optimiste et joviale est communicative. Merci pour nos conversations profondes, et de partager avec moi ta passion pour l'art, et pour tous nos week-end et nos moments toutes les deux.

A Léa, pour toutes nos longues discussions engagées, et de partager ces beaux moments de vie avec Julien et Ava, dans des paysages magnifiques.

A Robin et Anaëlle, vous nous manquez beaucoup à Lyon et j'ai hâte de partager un prochain beau voyage ensemble. A Charles, Belinda, Loris, Arthur, Ghazal, Dave, Stan, Bas, Annaëlle, Léopold, Eve, Antoine, Katia, Polo, Louise, Remy, et nos amis de Paris, que j'adore.

A ma famille lyonnaise. Camille & Lucas, pour nos longues discussions à refaire le monde ensemble autour de vos excellents plats cuisinés, et de m'avoir fait découvrir des pépites culturelles. Être avec vous me fait sentir comme à la maison.

A Héléna pour l'intensité que tu mets dans ce que tu vis, et à l'attention que tu as de nous inclure dans ton univers. J'ai hâte de partager avec toi encore toutes nos prochaines années.

A Aurianne & Brandon d'être adorables. Votre jovialité est contagieuse, et merci d'être *air*.

A mes cousins Alex et Aurel pour la joie, l'esprit joueur et positif que vous apportez. C'est pour l'humour et la bonne humeur !

A mes copines Lou, Camille C., Caroline, Eleonore, pour vos personnalités entières et attachantes, et pour tous nos moments ensemble qui n'appartiennent qu'à nous.

A Alexandre O. de nous transmettre ton énergie et de nous partager ta culture musicale et littéraire impressionnante. A Arthur, Dino, Damien, Louis, Martin, Margaux, Célia, Charles, Ségolène, Lucile, Thibault, Noémie, Mathis, Sabhi, Amir, d'inonder d'amour cette *fafa* et de rendre ces années mémorables.

A mes amis rencontrés pendant l'internat. A Charlotte Hervieu Rodriguez, ma partenaire de med G, suivre tes projets me remplit de joie. A Samy, pour ta générosité.

A Elisa, Camille et Alexia pour votre gaieté et d'avoir partagé avec moi vos merveilleux et heureux événements.

Table des matières

ABBREVIATIONS.....	11
INTRODUCTION	12
MATERIEL ET METHODE	17
I) <i>Méthodologie : choix de la méthode qualitative</i>	<i>17</i>
II) <i>Choix de la population et recrutement des participants</i>	<i>17</i>
III) <i>Aspect éthique et réglementaire</i>	<i>18</i>
IV) <i>Recueil des données.....</i>	<i>18</i>
V) <i>Analyse des données</i>	<i>18</i>
RESULTATS	19
PARTIE I : CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	19
PARTIE II : PRESENTATION DES RESULTATS	20
I) <i>Représentations</i>	<i>20</i>
I.1) Construction d'une identité professionnelle	20
I.2) Représentation du travail collectif et des réseaux.....	27
II) <i>Construire un capital social</i>	<i>28</i>
II.1) Sociabiliser	29
II.2) Choix des partenaires professionnels	30
III) <i>Interactions professionnelles.....</i>	<i>33</i>
III.1) Modes d'interactions	34
III.2) Limites de la collaboration	35
III.3) Bénéfices du travail à plusieurs.....	38
III.4) Outils de communication et de coordination	41
IV) <i>Coordination en réseau pluriprofessionnel</i>	<i>42</i>
IV.1) Prérequis	42
IV.2) Organisation des réseaux	44
IV.3) Motivations et bénéfices	46
IV.4) Les attentes	53
IV.5) Violence	57
IV.6) Perception de l'avenir	59
DISCUSSION.....	62
I) <i>Résultats principaux</i>	<i>62</i>
II) <i>Comparaison des résultats avec la littérature</i>	<i>62</i>
III) <i>Forces et limites.....</i>	<i>72</i>
1) Le choix de la méthode.....	72
2) Le recrutement des participants	73
3) La réalisation des entretiens.....	73
4) L'analyse des données	73
IV) <i>Perspectives</i>	<i>74</i>
CONCLUSIONS	75
BIBLIOGRAPHIE	77
ANNEXES	81

ABBREVIATIONS

AG : anesthésie générale

AL : anesthésie locale

CCF : conseillère conjugale et familiale

CeGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.

CIVG : centre d'interruption volontaire de grossesse

CPEF : centre de planification et d'éducation familiale

CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé

DES : diplôme d'étude spécialisée

DU : diplôme universitaire

HCL : hospices civils de Lyon

IPA : analyse interprétative phénoménologique

IADE : infirmier(e)-anesthésiste diplômé d'état

IBODE : infirmier(e) de bloc opératoire diplômé d'état

IST : infection sexuellement transmissible

IVG : interruption volontaire de grossesse

OMS : organisation mondiale de la santé

PASS : permanences d'accès aux soins de santé

PLEIRAA : plateforme d'expertise IVG de la région Auvergne-Rhône-Alpes

PMI : protection maternelle et infantile

REVHO : réseau Entre la ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie

INTRODUCTION

Au lendemain de décisions de restrictions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à la contraception aux États-Unis d'Amérique et en Europe, le conseil constitutionnel français marque un tournant historique en renforçant ce Droit par l'inscription de la liberté à recourir à l'IVG dans sa constitution (1). Depuis sa dépénalisation en France en 1975, les réformes successives de la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse ont progressivement étendu les conditions de recours pour en améliorer l'accessibilité. Parmi elles, la loi de 2001 et ses décrets d'application en 2004 rendent possible la réalisation d'IVG médicamenteuse en ville sans hospitalisation par un gynécologue initialement, puis par un médecin généraliste si celui-ci a conclu une convention avec un établissement de santé dans le cadre d'un réseau ville-hôpital (2). Le décret du 3 mai 2002 précise quant à lui les premières versions des modalités de fonctionnements de ces réseaux (3). Les sage-femmes peuvent pratiquer la méthode médicamenteuse en ville depuis 2016. La loi de 2022 renforce l'accessibilité à l'IVG en étendant les compétences des sage-femmes à pratiquer la méthode instrumentale dans les établissements de santé, en allongeant le délai de recours de 14 à 16 semaines d'aménorrhées pour toute IVG et de 7 à 9 SA pour la méthode médicamenteuse à domicile ainsi qu'en pérennisant la possibilité de faire une téléconsultation pour ce motif, mis en place pendant la crise sanitaire (4).

Une IVG peut donc être réalisée par voie médicamenteuse ou instrumentale par un gynécologue, médecin généraliste ou sage-femme, à l'hôpital, en ville ou en centre de santé. Le choix de la méthode repose sur les préférences de la patiente, le terme de la grossesse et le respect des contre-indications. La méthode instrumentale est réalisée sous anesthésie locale ou générale. La méthode médicamenteuse est évaluée comme sûre et efficace (5), y compris lorsqu'elle est réalisée en ville (6).

Après plusieurs années de stabilité autour de 220 000 IVG annuelles, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse a augmenté depuis 2022 pour atteindre 243 600 en France en 2023, dont 25 600 en région Auvergne-Rhône-Alpes. Depuis quelques années la part d'IVG médicamenteuse prédomine, surpassant nettement la technique instrumentale. Parallèlement en 2023 près de la moitié des IVG ont lieu en établissement de santé, mais la progression en ambulatoire se poursuit pour atteindre 46% en libéral et 6% en centre de santé. L'évolution ambulatoire a été possible par la mise en place d'une collaboration entre la ville et

l'hôpital. En Auvergne-Rhône-Alpes 41% des IVG sont réalisées en cabinet libéral (7). Cette tendance est observée dans plusieurs études qui soulignent que lorsque les patientes ont le choix, elles privilégient de plus en plus la technique médicamenteuse (8-10), en particulier en ville et à domicile (11-12). La majorité d'entre elles choisiraient de nouveau cette méthode si elles devaient avoir recours un avortement, et la recommanderaient à leurs proches (13).

Malgré l'augmentation de la demande, l'offre de soin connaît de grandes disparités socio-territoriales. Le Planning familial rapporte une fermeture de 130 centres d'orthogénie depuis quinze ans dans un contexte de changements démographiques, de restructurations hospitalières et de baisse du nombre de maternités dont ils dépendaient. Les services d'orthogénie hospitaliers peuvent souffrir d'une saturation des consultations, d'un manque de moyen, d'une pénurie de personnel, entraînant le risque d'un allongement des délais de prise en charge (14). En parallèle la part d'IVG réalisée dans des établissements de santé privés continue de diminuer (7). Cela soulève la question de la capacité du système de soin actuel à garantir une offre de soin satisfaisante avec des délais raisonnables sur tout le territoire.

Le développement de l'offre en ville en soin primaire et de proximité apparaît comme un enjeu pour pérenniser l'accès à l'IVG, comme l'indiquent les nouvelles recommandations du Planning Familial (15), mais le maintien des services hospitaliers est primordial pour continuer d'accueillir les patientes qui le souhaitent et pour garantir le libre choix de la méthode aux patientes en continuant de proposer la méthode instrumentale.

En ville les sage-femmes jouent un rôle de plus en plus important et le nombre de nouvelles conventions augmente davantage que chez les gynécologues et généralistes. On compte en effet en 2023 : 1 208 sage-femmes, 902 gynécologues, 1 007 médecins généralistes ayant activité d'orthogénie en ville, soit respectivement 14 %, 19 % et 1,5 % de ces professionnels libéraux (7). Cette pratique reste donc marginale chez les médecins généralistes en cabinet libéral.

Les principaux freins à la réalisation d'IVG médicamenteuse partagés par les médecins généralistes sont le manque d'information ou de compétence (16) (17), le manque de temps (18), la crainte de la lourdeur de l'administratif (19), ou encore la crainte de complications (20). Ces principaux freins et difficultés rapportés sont de nature logistique, de formation ou de coordination et semblent donc modifiables.

Les médecins généralistes pratiquant des IVG rapportent des difficultés communes comme le sentiment d'isolement par rapport à l'hôpital, en partie par le manque de médecin référent-correspondant à l'hôpital (14, 21-22) et souffrent aussi du manque de coordination entre les différents professionnels de santé, notamment pour l'obtention d'examens complémentaires (23).

A ces problématiques s'ajoutent un défaut d'information autour de l'IVG puisqu'une partie des patientes n'avait pas connaissance de la possibilité de pratiquer cet acte en ville, et aurait préféré une prise en charge avec leur médecin généraliste si celui-ci pratiquait des IVG (24-26). Que cette possibilité soit connue ou non, une étude quantitative à Nancy souligne qu'un tiers des patientes consulte en premier lieu leur médecin traitant pour la demande d'IVG, soulignant le rôle du premier interlocuteur dans le parcours de soin (27). Néanmoins il existe également une problématique de manque de lisibilité de l'offre de soin en ville, contraignant parfois à orienter la patiente à l'hôpital plutôt qu'en ville (28-29).

Enfin, des actions d'entrave à la contraception et à l'IVG par des mouvements anti-IVG via des campagnes de désinformation persistent, en particulier sur internet, décrits dans un rapport de l'Assemblée générale de 2022 (30). Le baromètre du Planning Familial de 2024 rapporte une stigmatisation de l'IVG encore trop présente, puisqu'une femme sur trois a ressenti des pressions lors de l'avortement de la part de mouvements anti-IVG mais aussi des professionnels de santé ou de leur entourage (15).

C'est dans ce contexte que des efforts supplémentaires doivent être engagés pour appliquer une stratégie commune de formation des soignants, de diffusion de l'information au public et aux soignants, d'amélioration de la visibilité de l'offre de soin en ville et de renforcer la coordination ville-hôpital afin de garantir la pérennisation de l'accès à l'IVG. L'évolution du système de santé convergeant vers une organisation plus collective des soins, l'une des solutions pourrait se trouver dans le développement des réseaux de santé entre la ville et l'hôpital et de la ville à la ville.

La mission des réseaux de santé est définie par la loi de 2003 pour « favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires » (31).

Le premier réseau d'orthogénie en France est le Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO) créé pour développer l'IVG ambulatoire en 2004 en Île-de-France. Il s'agit d'une association de soignants libéraux et hospitaliers bénévoles financé par l'ARS et le Ministère de la Santé. Ses missions, dans le but de favoriser l'accès à l'IVG et la contraception pour toutes les femmes sur le territoire, sont multiples. Tout d'abord il facilite l'accès à l'IVG médicamenteuse en ville et à la contraception en formant les médecins et sage-femmes à la méthode médicamenteuse et instrumentale. Il évalue l'activité ambulatoire via les fiches de liaisons. Il recense les soignants formés et conventionnés avec un établissement de santé permettant de créer un annuaire (ivglesadresses.org). Le site internet propose des fiches d'informations, des protocoles, et aide à construire un partenariat avec de nombreux professionnels en ville et à l'hôpital en permettant des rencontres entre les équipes. Il est identifié comme un acteur de référence en orthogénie, et a été partie prenante des modifications législatives successives permettant d'améliorer l'accessibilité à l'IVG sur tout le territoire (32). D'autres réseaux se sont ensuite créés comme le réseau de Plateforme d'expertise IVG de la région Auvergne Rhône Alpes (PLEIRAA). Ses objectifs sont d'améliorer l'accès et la prise en charge de l'IVG et de la contraception pour toutes les femmes, en menant des actions de formations des soignants, de rencontre et d'échanges entre les professionnels hospitaliers et non hospitaliers, de diffusion d'information sur l'IVG et la contraception, et d'établir un état des lieux de l'offre IVG sur le territoire en travaillant en relation avec les partenaires réseau et l'ARS (33).

L'étude de Faucher en Île-de-France rapporte que le travail en équipe ville-hôpital permet de garantir une sécurité des patientes avec une attitude moins interventionniste avec notamment moins d'aspirations, n'engendre ni de surcharge de travail à l'hôpital ou en ville, permet de réduire les coûts en optimisant le parcours de soin, et d'augmenter le sentiment de sécurité pour les soignants en maintenant le lien avec un médecin référent hospitalier (34). L'étude de Hidoussi de 2014 soulevait l'importance de développer un réseau régional d'orthogénie en Auvergne-Rhône-Alpes pour optimiser l'offre de soin et favoriser la diffusion d'information (35).

Pour comprendre les déterminants de la pérennisation des réseaux, il est pertinent d'examiner plus en détail le fonctionnement et les perceptions des interactions professionnelles au sein des réseaux existants.

Une enquête auprès de 653 usagers évaluant l'intégration des professionnels au sein du réseau de périnatalité AURORE en Auvergne Rhône Alpes (36) rapporte une bonne appréciation du travail en réseau, dont les principales motivations à la participation aux réunions sont l'amélioration des connaissances médicales, l'intérêt pour le travail en réseau et la volonté de travailler en équipe. L'impact du réseau et des formations proposées sont perçus comme positif par les professionnels, et près de la majorité d'entre eux déclarent avoir plus d'aisance dans la prise en charge des patientes. Les attentes des professionnels portaient sur l'amélioration de la communication. Selon les auteurs, la pérennisation d'un réseau de santé et la dynamique des échanges sont liés à la capacité du réseau à mettre en relation des soignants éloignés géographiquement et de disciplines multiples, en cherchant à être au plus proche des attentes des professionnels et en particulier en permettant un espace de communication pour faciliter le transfert d'informations, les partages d'objectifs et de moyens.

L'étude de Sharradon-Eck analyse les relations interprofessionnelles au sein des réseaux informels de soins en libéral. Elle met en lumière les dynamiques complexes qui structurent les interactions entre soignants, comme la construction d'identités professionnelles et la tension entre les idéaux d'autonomie, de travail en équipe et de relations avec les différentes contraintes ou aspirations de reconnaissance ou d'indépendance. Les relations interprofessionnelles, bien que souvent fondées sur la confiance et des liens privilégiés, intègrent divers modes d'interaction : collaboration, coopération, instrumentalisation ou négation (37).

La question de la place du réseau dans l'amélioration de l'accessibilité à l'IVG est récurrente et souvent abordée dans les discussions de travaux de thèses, mais les interactions professionnelles et la coordination de soin entre soignants ayant une activité d'orthogénie n'ont pas été analysés. Comment s'organisent les soignants pour répondre à la demande dans un territoire précis ? Quelle place ont les réseaux dans cette prise en charge ? Cette approche pourrait permettre d'appréhender les enjeux d'identité professionnelle, relationnels et les dynamiques collectives. Cette étude cherche donc à approfondir ce sujet, en observant les pratiques des soignants, en explorant leur ressenti, les obstacles et les déterminants à cette coordination dans la région Auvergne Rhône Alpes.

MATERIEL ET METHODE

L'objectif principal de cette étude est d'explorer le vécu des soignants ayant une activité d'orthogénie, dans la coordination de soin ville-hôpital.

L'objectif secondaire est de déterminer des perspectives de développement du réseau ville-hôpital.

I) Méthodologie : choix de la méthode qualitative

Il s'agit d'une étude qualitative explorant le vécu d'un individu face à un phénomène, et dont la méthode s'inspire de l'analyse interprétative phénoménologique (IPA).

Cette méthode est une enquête de terrain qui permet de comprendre le sens que les participants donnent aux significations subjectives de leurs expériences et d'en extraire un sens commun (38) (39) (40).

Ce travail repose sur l'analyse d'entretiens individuels semi directifs.

La réflexion autour du choix de la question de recherche, de la méthode et de l'élaboration de guide d'entretien ainsi que ses modifications progressives ont été consigné dans un journal de bord.

II) Choix de la population et recrutement des participants

Le choix de la population découle d'un souhait d'échantillon raisonné homogène.

Il est composé de femmes et d'hommes médecins généralistes, gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens et sage-femmes, pratiquant en ville et/ou à l'hôpital, en zone urbaine, semi-rurale ou rurale, ayant une activité d'orthogénie par méthode médicamenteuse et/ou instrumentale en région Auvergne Rhône Alpes.

Un questionnaire anonyme quantitatif permet de caractériser l'échantillon.

Le recrutement des volontaires a été fait par sollicitation directe, par mail ou par téléphone de septembre 2024 à décembre 2024, avec l'aide de l'ARS, des CPTS, par recommandations et mobilisation de connaissances personnelles. Le choix du lieu de l'entretien était laissé au soignant interrogé : soit à leur cabinet, dans un lieu convenu, ou par visioconférence.

III) Aspect éthique et réglementaire

Le protocole est conforme au registre MR-004 de la commission nationale de l'informatique et des libertés, et a été approuvé en comité d'éthique du Collège Universitaire de Médecine Générale de l'Université de Lyon 1 (numéro d'identification IRB : 2024-09-10-02). Une lettre d'information de recherche concernant le traitement des données personnelles a été remise aux participants. Le consentement à la participation et à l'enregistrement audio est recueilli avant chaque entretien.

IV) Recueil des données

Le guide d'entretien est non rigide et est composé d'une trame courte de questions ouvertes permettant de faciliter l'échange et l'expression du vécu. Il comporte une question brise-glace, et quatre thématiques : la pratique de l'IVG au quotidien, les situations de collaborations, les bénéfices et contraintes de la collaboration, et les réseaux professionnels formels ou informels. Les entretiens individuels sont enregistrés sur un dictaphone et retranscrits intégralement sur Microsoft Word avec l'accord des participants, jusqu'à redondance des occurrences. Les données ont été anonymisées.

V) Analyse des données

L'analyse des entretiens se fonde sur l'approche par analyse phénoménologique interprétative, qui nécessite une mise en ordre des thèmes récurrents pouvant être regroupés en catégories. L'analyse repose sur l'encodage des données recueillies à l'aide du logiciel MAXQDA. La triangulation de l'interprétation des données a été effectuée par une investigatrice médecin généraliste externe à l'étude, permettant de confronter les résultats.

RESULTATS

Partie I : Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon comprend 14 soignants, dont 12 femmes et 2 hommes. L'âge moyen est de 41,2 (minimum 30 ans, maximum 56 ans). Les entretiens ont duré en moyenne 57,4 minutes (entre 45 et 78 min). Il est composé de 5 sage-femmes, 8 médecins généralistes et 1 gynécologue. Les caractéristiques des participants sont précisés dans le tableau 1.

Les entretiens individuels ont été réalisés entre octobre et décembre 2024.

La redondance des occurrences a été obtenue au onzième entretien.

Tableau 1 : caractéristiques de l'échantillon

Participant	Âge (années)	Genre (H, F)	Spécialité	Mode d'exercice	Méthodes pratiquées	Expérience orthogénie (années)	Nombre d'IVG annuel	Durée Entretien (min)
P1	46	F	Sage-femme	Cabinet ville	Médicamenteuse	9	50	71
P2	33	F	Médecin généraliste	Cabinet rural	Médicamenteuse	2	15	52
P3	41	F	Sage-femme	Cabinet ville	Médicamenteuse	6	20	57
P4	45	F	Sage-femme	Cabinet ville	Médicamenteuse	2	40	50
P5	37	H	Sage-femme	Cabinet ville	Médicamenteuse	1	40	48
P6	41	F	Médecin généraliste	Cabinet ville	Médicamenteuse	8	2	58
P7	38	H	Médecin généraliste	Cabinet ville et hôpital	Médicamenteuse	8	200	49
P8	35	F	Médecin généraliste	Hôpital	Médicamenteuse et instrumentale sous AG	6	150	45
P9	37	F	Médecin généraliste	Ville et hôpital/	Médicamenteuse et instrumentale sous AG	5	300	46
P10	47	F	Médecin généraliste puis gynécologue (VAE)	Hôpital	Médicamenteuse et instrumentale sous AL	23	300	59
P11	30	F	Médecin généraliste	Hôpital	Médicamenteuse et instrumentale sous AL et AG	1,5	400	60
P12	40	F	Médecin généraliste	Hôpital/	Médicamenteuse et instrumentale sous AG	2	60	62
P13	52	F	Sage-femme	Cabinet rural	Médicamenteuse	5	170	78
P14	56	F	Médecin généraliste	Centre de santé sexuelle/	Médicamenteuse	12	55	69

Partie II : Présentation des résultats

Le codage met en évidence 4 grands thèmes : les représentations des soignants, la construction de relations professionnelles, les différents modes d'interactions professionnelles et la coordination pluriprofessionnelle. Ces grands thèmes regroupent chacun plusieurs sous-thèmes.

I) Représentations

Comprendre l'organisation entre les professionnels de santé nécessite d'abord de comprendre comment les participant·e·s se perçoivent eux-mêmes au sein du système de santé. A travers les représentations qu'ils ont d'eux-mêmes, de leur histoire personnelle, de leur pratique, du travail collectif et des réseaux de santé, ils traduisent leur personnalité.

I.1) Construction d'une identité professionnelle

La convergence de leur histoire personnelle avec leur expérience professionnelle et le compagnonnage contribue à construire leur identité de professionnel de santé pratiquant des IVG.

I.1.1) Déterminants initiaux à la formation à l'IVG

Plusieurs similitudes peuvent être rencontrées dans le parcours professionnels des participant·e·s.

Les professionnel·le·s de santé ont une appétence pour la prise en charge globale de la santé des femmes depuis leurs études.

P2 : J'ai toujours aimé au cours de mes études tout ce qui touchait à la santé de la femme, la gynécologie donc j'ai décidé de me former un petit peu plus en faisant un DU sexualité-contraception en 2021 et j'ai également pris le poste en 2022 sur l'hôpital du coin au centre de santé sexuelle.

Ainsi qu'un engagement militant pour l'accès aux Droits des femmes.

P3 : Je suis attachée à la liberté du choix des femmes, c'est pour ça que je vais proposer l'accompagnement global.

P11 : Il y a un petit côté militant derrière. Quand j'étais externe je lisais pas mal de bouquins féministes.

L'interruption volontaire de grossesse apparait donc comme faisant partie intégrante de la prise en charge globale de la femme.

P1 : L'IVG fait partie de la contraception aussi pour moi ça me paraissait logique (...) en même temps ça fait partie de la femme.

I.1.2) Déclencheurs à la formation

Les participant·e·s décrivent des éléments qui ont joué un rôle déterminant dans leur décision de se former à la pratique de l'IVG, comme l'initiation par le cadre professionnel ou les terrains de stages,

P13 : A l'hôpital je ne faisais pas d'orthogénie, mais j'ai baigné dans l'IMG jusqu'à 26 semaines que je faisais dans une chambre, donc j'ai toujours été un peu dans les problèmes décisionnaires « on garde ? On garde pas ? »

P11 : Dès mon premier semestre d'internat j'ai essayé de programmer un Inter-CHU pour avoir un stage de gynéco très axé orthogénie et planning familial, (...) ça m'a beaucoup plu et ça a confirmé le fait que c'était très chouette.

Et par l'initiation et l'encouragement de leurs collègues pour se former.

P10 : J'ai fait un internat en médecine générale où j'ai fait quasiment que de la gynéco parce que j'avais été repérée par un patron à Lille qui m'a branché direct sur l'IVG, donc j'en fais depuis que je suis interne.

P13 : Je travaillais à côté le vendredi avec la responsable du centre d'orthogénie de l'hôpital et on a commencé à discuter, elle m'a dit « mais tu devrais faire de l'orthogénie si tu t'installas et si tu pars en cabinet, tu verras c'est hyper intéressant, c'est une richesse, et on pourra se débrouiller. » et c'est comme ça que j'ai fait connaissance avec le service d'orthogénie.

Le constat d'un manque d'offre de soin sur son territoire ou de prises en charges non adaptées par des confrères participent à la décision de se former.

P1 : Entre celui de l'écho qui disait « ah non c'est trop tôt, revenez dans une semaine » ou ceux qui ne savaient pas, en fait on perdait du temps ! C'est ça aussi qui m'a décidé à me former, je me disais : « les pauvres ! ». Qu'on ne fasse pas, je comprends parce que ça demande aussi une formation, c'est du travail hein, mais qu'on envoie aux bonnes personnes ! Et là ils n'envoyaient même pas aux bonnes personnes.

I.1.3) Déterminants à la poursuite de la pratique

Après s'être formé·e·s et avoir débuté la pratique d'IVG, les professionnel·le·s de santé tirent une satisfaction personnelle et un épanouissement professionnel qui les motivent à poursuivre cette pratique.

P4 : Depuis que j'en fais, donc ça fait 2 ans, je me rends compte de la richesse de cette activité parce que chaque cas est différent !

P8 : J'ai envie de continuer à le faire parce je trouve que c'est des consultations hyper intéressantes, parce qu'il y a plein de thèmes qui sont abordés : il y a ce côté psychologique, le fait d'essayer de faire les choses au mieux, c'est intéressant.

Le sentiment d'être utile contribue également à cette satisfaction.

P9 : C'est la journée qui me fait me sentir le plus utile dans ma semaine.

Une participante rapporte une certaine fierté à pratiquer l'IVG, comme droit fondamental.

P9 : Pour moi c'est un droit fondamental et que je suis fière de le faire.

Cette nouvelle activité leur permet de créer un lien plus intime et de confiance avec les patientes, qui devient source de motivation à la poursuite de cette pratique. Confrontés à la détresse, ils souhaitent s'impliquer dans l'accompagnement global et psychologique.

P4 : Il y a des gens qui sont effondrés, ils y arrivent pas et ils demandent de l'aide et on fait ce qu'on peut. Au final ils sont très reconnaissants qu'on ait été là pour écouter leurs peurs et leur détresse.

P12 : On est vraiment en lien avec la vie intime, la vie du couple. Des fois pour l'orthogénie elles en ont parlé à absolument personne finalement, et on est les seuls à être au courant.

Les participant·e·s sont animé·e·s par le souhait de vouloir faire mieux que leurs prédécesseurs dans leur prise en charge, de faire la différence.

P7 : Avant c'était assez mal fait d'un point de vue relationnel pour les femmes, qui avaient vraiment des mauvais vécus de leur suivi gynéco, et qu'on pouvait faire vachement mieux facilement. Donc c'était gratifiant parce que les femmes remercient beaucoup, elles sont hyper satisfaites de la prise en charge, et du coup ça c'est plutôt valorisant. Et l'IVG c'est des consultations où les patientes elles arrivent en pleurant et en fait on répond vraiment à un besoin, à une détresse et après quand on s'occupe bien d'elles, elles vont bien mieux quoi ! Finalement il n'y a pas beaucoup de consultations comme ça en médecine générale où on peut autant aider les patients que dans l'orthogénie.

P8 : C'est le challenge aussi de bien s'occuper des patientes, de rendre le moment le moins désagréable possible, je trouve que c'est un défi qui est intéressant.

I.1.4) Valeurs personnelles et professionnelles

A travers leurs entretiens, les participants expriment leur personnalité.

Certains rapportent un intérêt pour la permanence de soin et de service public, et accordent de l'importance à assurer l'offre de soin.

P5 : C'était aussi par envie de continuer à œuvrer pour le service public parce que c'est quelque chose qui me tenait beaucoup à cœur quand j'étais à l'hôpital. C'était quelque chose que je trouvais important, dont j'ai pu être fier même. (...) En étant conscient des enjeux démographiques et de la difficulté d'accès à certains soins, faire de l'orthogénie c'était une façon de continuer à assurer le service public en ville.

P9 : Comme j'étais la seule médecin à faire de l'orthogénie ici et qu'il n'y avait pas d'aspi, alors je me suis formée en 2020 à l'aspiration. Au début où j'étais toute seule je me disais : « si je suis pas là, qui est-ce qui va faire les aspirations ? Qui va voir la patiente ? »

Ils semblent partager un idéal de désintérêt financier, et mettent plutôt en avant la vocation de cette pratique.

P2 : De toutes façons sur le forfait quand on met tout bout à bout et le temps qu'on passe en consultation que ce soit avant pendant après... C'est pas rentable. On fait pas ça pour ça.

Médicalement, ils expriment une exigence envers eux-mêmes et s'astreignent à se tenir bien à jour des recommandations et des bonnes pratiques.

P8 : Pour s'auto-améliorer, échanger sur nos pratiques, justement via les formations : des fois on a des webinaires tous les 3 mois, ou avec les formations annuelles à Paris aussi. Enfin voilà c'est de se garder bien à jour.

A l'inverse, une médecin souhaite abandonner cette pratique par baisse de demande, et crainte de ne plus être compétente si elle ne pratique plus.

P6 : Je pense que je vais arrêter, et ce qui va vraiment peser dans la balance c'est que j'ai peur de ne pas être au niveau, et que moins on en fait moins on est bon. Et donc là ça fait 2 ans où j'ai une vraie baisse d'activité et par conséquent je voudrais pas mettre en danger les patientes sous prétexte que j'ai moins de pratique...

Les soignants rapportent une curiosité intellectuelle et professionnelle, les poussant à diversifier leur pratique et d'élargir leurs compétences.

P4 : Au niveau professionnel j'aime bien m'ouvrir à d'autres choses : je fais partie de l'association de libéraux sur le territoire, on intervient dans les collèges de la ville sur de la prévention de santé sexuelle, et du coup ça me permet de parler d'orthogénie, de grossesse non désirée, on fait de la prévention d'IST, de la contraception. (...) Ça me permet de voir plusieurs facettes du métier et ça, ça me plaît.

Par leur indignation envers des comportements malveillants d'autres professionnels de santé, les participants émettent un jugement et construisent leur identité par opposition. En dénonçant ce qui les révolte, ils se distinguent.

P11 : Une chef de clinique a dit à une patiente « mais quand est-ce que vous allez arrêter de tuer des bébés ? » parce que c'était sa 2ème IVG.

P14 : Il y a encore des professionnels de santé qui réagissent de façon pas forcément très ajustée, par un discours culpabilisant.

I.1.5) Qualités relationnelles

A l'inverse des propos et attitudes malveillants rencontrés par les patientes, les participant·e·s mettent en avant certaines qualités qu'ils s'appliquent à respecter dans leur pratique comme l'empathie, la bienveillance ou la douceur. Les comportements qu'ils adoptent et la façon de les décrire traduit une exigence qu'ils ont envers eux-mêmes de correspondre à l'idée qu'ils ont d'un « bon soignant ».

P4 : Les femmes enceintes, qu'elles gardent la grossesse ou pas, elles absorbent tout ce qu'on leur dit et il peut y avoir des phrases dont elles se souviennent toute leur vie. Et puis de leur dire qu'elles sont courageuses, de leur dire que c'est bien, que c'est leur choix, qu'elles sont fortes, qu'elles peuvent revenir, qu'on peut en reparler. Enfin voilà tout ça c'est des petits mots qui comptent.

P7 : Avec le consentement, avec le respect de la pudeur, avec l'écoute, avec bienveillance... Que ça se passe bien quoi, donc en sécurité physique et morale pour elles.

Garder un esprit ouvert aux nouvelles préoccupations des patientes est un signe d'empathie.

P10 : c'est ça ce qu'il faut : c'est d'être dans l'air du temps, parce que les discours changent, parce que les envies des jeunes filles changent, parce qu'on a plus le même rapport à la natalité. (...) Mais à partir du moment où tu as une approche qui est pas dans le jugement, on dit toujours la « neutralité empathique » mais c'est quand même sympa de voir plein de gens, d'écouter leurs histoires.

Les participant·e·s ont une attention particulière à la confidentialité et s'astreignent à la faire respecter.

P14 : On a eu une jeune mineure qui a fait son IVG médicamenteuse à l'hôpital et qui m'a appelé il y a 15 jours en disant mes parents ont reçu la facture donc j'ai appelé la médecin et sage-femme du service d'orthogénie et elles ont mis le paquet avec la cadre de service qui est géniale pour annuler la facture et faire un message spécifique pour dire qu'il y a une erreur.

Tous·tes les participant·e·s soulignent leur disponibilité envers les patientes et se disent facilement joignables, souvent même la nuit ou le week-end. Cette disponibilité participe à la relation de confiance avec les patientes et pourrait se traduire en : « vous pouvez compter sur moi. »

P13 : En IVG j'essaie toujours de me débrouiller : soit je les vois tard le soir, soit je les vois entre midi et deux.

P14 : Il peut arriver que je donne mon numéro de portable perso.

Les soignants adaptent et optimisent les rendez-vous pour s'adapter aux contraintes organisationnelles de leurs patientes.

P13 : J'essaie d'être efficace pour que les patientes soient le plus rapidement prises en charge et dans un temps concentré avec des rendez-vous qui s'enchaînent de façon à ce que ça soit un peu plus facile pour elles.

Les soignants s'assurent de la bonne compréhension des patientes et veillent à respecter leur choix.

P13 : J'ai des documents que je leur donne qui permettent d'avoir une espèce de chronologie, et c'est moi qui l'ai construite pour qu'elles partent avec les dates, les heures auxquelles elles doivent prendre les médicaments et comment elles doivent enchaîner les antidouleurs, quand est-ce qu'elles doivent reprendre leur contraception, quand est-ce qu'elles doivent faire leur contrôle de B-HCG, quand est-ce qu'on va se revoir et dans quelles conditions elles feront les échographies...

La majorité des participant·e·s s'impliquent dans le parcours de soin des patientes, par exemple en prenant eux-mêmes les rendez-vous.

P5 : On se contente pas de donner les coordonnées du secrétariat à la patiente et de la laisser prendre contact elle-même. On prend le rendez-vous nous-même au secrétariat.

P13 : C'est moi qui appelle le centre d'orthogénie : je prends le rendez-vous avec elle, c'est moi qui organise. Quand je vois une patiente pour la première fois et qui n'a pas d'échographie, je lui donne pas le numéro de ma collègue : en général j'appelle ma collègue, je prends rendez-vous, je suis assez maternelle parce qu'en même temps vous savez par expérience que ça ira plus vite.

I.1.6) Difficultés

Les participant·e·s rapportent certaines difficultés dans leur pratique, comme un sentiment de solitude ou d'impuissance face à la souffrance psychologique des patientes.

P1 : si vous sentez des gens un peu faibles, ou des couples qui ne sont pas en accord tous les 2, alors là moi je suis pas psy hein, là je me sens seule !

P4 : Le plus dur c'est les décisions à prendre qu'ils arrivent pas à prendre, et ils viennent en pensant qu'on va les aider à prendre leur décision alors c'est la leur !

La demande de prise en charge en urgence par les patientes est une situation potentiellement difficile à gérer. Les soignants adaptent leur pratique et insistent sur l'importance du temps de réflexion du choix : « ne pas confondre vitesse et précipitation. »

P13 : j'ai une patiente qui a regretté vraiment, vraiment. J'ai culpabilisé après parce que c'est une patiente qui m'a demandé de faire ça très, très vite, et du coup on a tout fait en un seul rendez-vous.

Ils sont confrontés à des situations de violences, et peuvent se sentir démunis.

P9 : ici on peut avoir des situations compliquées, que ce soit des viols, des personnes qui n'ont pas de papiers, des migrants, des choses avec des enfants, des violences... Ouais c'est loin d'être facile.

Avec l'expérience, les participant·e·s sont bien conscients que leur implication dans la prise en charge des patientes puisse être un facteur d'épuisement. Ils posent des limites dans leur pratique, notamment pour ne pas se laisser submerger par la charge de travail, la charge émotionnelle ou une pratique qu'ils trouveraient inconfortable.

P7 : Moi les aspirations, je sais pas si psychologiquement je serai prêt à faire les aspirations. Je pense que c'est bien, qu'il faut le faire. Je pense que s'il fallait le faire, je le ferais. Mais je pense que c'est quand même pas la même chose d'accompagner une patiente dans sa démarche d'IVG médicamenteuse, que d'aller faire une aspiration (...) et ça psychologiquement pour le praticien ça peut être dur.

P11 : Ca nous arrive de nous rajouter des patientes sur le temps de midi, mais c'est pareil moi ça me pose aucun souci de le faire, mais si ça devenait toutes les semaines où je suis obligée de manger hyper rapidement : ça deviendrait pesant et usant. Et c'est là où il faut trouver le juste équilibre.

Une participante rapporte manquer de ressources en conseillères conjugales et familiales ou de psychologues en ville.

P1 : Moi j'ai pas de conseillère. Il y en a une à la PMI du coin, et je lui envoie des mails et je lui envoie quelques personnes, mais n'est pas forcément disponible parce qu'elle est à mi-temps, c'est comme les psychologues elles ont une vacation par semaine, dans ces cadres-là d'IVG c'est soit ça tombe bien soit si c'est dans 10 jours c'est trop tard quoi !

La communication est une problématique rapportée par une participante, pouvant donner le sentiment d'être instrumentalisé.

P1 : Il y a eu un petit problème de communication : ils ne nous ont pas prévenu qu'ils allaient fermer et nous les envoyer.

Les participant·e·s peuvent être confronté·e·s à une problématique de délais de rendez-vous éloignés dans le temps, en particulier pour une prise en charge instrumentale.

PI : j'avais appelé à l'hôpital pour voir s'ils pouvaient la prendre en chirurgicale pour que ça soit plus vite fait, Ben ils pouvaient pas ! Ils n'avaient pas de délais. Donc on fait comment ?

Les actions des mouvements anti-IVG peuvent saboter les prises en charge, et contraindre une participante de rester discrète sur son activité.

PI0 : Il y avait une secrétaire qui était envoyée en sous-marin par un collectif anti IVG pour « sauver les bébés » et du coup on se rendait pas compte nous, mais au téléphone elle décourageait les patientes hein...

P6 : Les agressions des médecins généralistes c'est pas rare. (...) C'est pas quelque chose qu'on affiche en salle d'attente non plus. J'ai pas été confrontée frontalement à des anti IVG, mais c'est une vigilance.

Ils rencontrent peu de complications et savent bien répondre à ces complications.

PI0 : l'IVG il y a quand même peu de complications, si tu fais bien les choses, que tu respectes, et que si tu vois une femme à risque hémorragique tu l'orientes vers une structure avec un plateau technique.

I.2) Représentation du travail collectif et des réseaux

Comprendre comment et pourquoi les participant·e·s travaillent avec d'autres soignants, en équipe ou en réseau formel ou informel nécessite de comprendre d'abord leurs représentations du travail collectif. Une perception positive de la pluridisciplinarité et des réseaux conditionne en partie le degré d'implication dans ceux-ci, mais est en équilibre avec le respect de son autonomie professionnelle.

I.2.1) Idéal du travail collectif

Dans les entretiens, les participant·e·s apprécient en majorité le travail collectif, tant pour le côté humain que professionnel.

PI0 : Moi j'adore, c'est pour ça que j'ai arrêté mon activité libérale pour la reprendre à l'hôpital. Moi je trouve qu'on réfléchit mieux à plusieurs quand même, on sait pas tout, et je trouve que dans le cadre de l'IVG plus que dans le cadre de mon activité de gynécologie c'est bien.

PI1 : Je trouve ça riche d'avoir un autre regard, de pouvoir s'appuyer les unes sur les autres, d'avoir des approches différentes un peu pluridisciplinaires et pas que médicale pure, de pouvoir discuter avec chacune de notre vision, avec notre bagage en fonction des études qu'on

a fait ou même personnel. Je trouve que dans la prise en charge d'IVG des femmes c'est intéressant.

I.2.2) Intérêt d'un réseau dans l'amélioration de la qualité du soin

Les réseaux de santé et d'orthogénie, formels ou non formalisés, sont également perçus comme indispensables pour maintenir une bonne qualité de soin pour les patientes. L'intérêt pour les patientes est mis en avant.

P8 : C'est hyper important de travailler en réseau parce que c'est de la prise en charge globale.

P11 : C'est pouvoir travailler avec d'autres partenaires et savoir vers quel autre partenaire adresser les patientes, au bon moment. C'est coordonner les parcours de soins des patientes, enfin le réseau permet la coordination pour pas faire perdre de temps aux patientes, pour que ce soit assez fluide quoi dans la prise en charge.

I.2.3) Autonomie

Lorsqu'on évoque le travail en pluriprofessionnel ou en réseau, les participant·e·s soulignent l'importance de leur autonomie dans leur mode d'exercice et dans leur pratique.

P6 : Je suis assez indépendante hein. Pareil je sais que je veux être libérale depuis toujours, et l'idée d'être trop liée m'embête.

P9 : Nous l'idée c'était vraiment que chacun soit libéral quoi, mais qu'on puisse en même temps renforcer le lien ville-hôpital parce que c'est notre but.

Certain·e·s participant·e·s peuvent se méfier ou rejeter ce qui est formel, institutionnalisé voire politisé, et craignent d'avoir des contraintes.

P6 : Je ne suis pas sûre d'adhérer au projet de la CPTS, et de toutes les contraintes qu'ils vont nous mettre derrière en fait. C'est surtout la peur du revers de la médaille, que l'Etat, le gouvernement ou l'ARS va nous mettre en regard de cette adhésion à la CPTS.

P7 : Au début on avait été un peu moteur de la CPTS, puis ça s'était un peu calmé, et puis y a d'autres médecins un peu plus politiques qui ont pris le lead, et on était pas vraiment d'accord donc on n'est pas rentré dedans. La CPTS c'est clairement politique, syndical et URPS...

II) Construire un capital social

Dans leur quotidien, les professionnels de santé vont être amenés à construire des relations professionnelles. Comment se rencontrent-ils ? Quels sont les rituels de sociabilisation ? Comment choisissent-ils leurs partenaires ?

II.1) Sociabiliser

II.1.1) Modes de sociabilisation

Certain·e·s participant·e·s cherchent activement à se faire connaître, pour s'entourer et diffuser l'information de sa pratique.

P4 : On cherche toujours à se faire connaître ouais je pense. Ca fait que 2 ans que je fais de l'IVG donc je pense que tout le monde ne le sait pas.

Pour se faire connaître, ils peuvent aller se présenter à leurs confrères et consœurs en faisant le traditionnel porte à porte.

P3 : J'ai pas mal de sage-femme autour qui font des échos donc je les avais appelés au démarrage pour savoir comment elles travaillaient, pour discuter avec elles, et savoir si elles étaient ok.

P5 : J'ai été toquer aux portes pour me présenter. J'ai stalké un peu sur internet, j'ai repéré les annuaires de professionnels sur Google et Doctolib pour voir un peu qui il y avait autour.

Les réunions organisées par les institutions locales participent à la sociabilisation des soignants.

P3 : C'est la mairie qui a initié le projet ici, qui avait invité les professionnels. Donc ceux qui étaient intéressés sont venus à la réunion et on s'est rencontré comme ça.

Un participant a rencontré son associée via internet, en répondant à une annonce.

P5 : Par des petites annonces professionnelles sur internet, sur Facebook. J'étais encore à la Réunion et j'ai fait une annonce un peu à la volée sur internet.

II.1.2) Facilitateurs

Certains facteurs facilitent la sociabilisation, comme le fait d'hériter du carnet d'adresse de leurs collègues.

P6 : j'ai hérité du carnet d'adresses de mon ancienne associée, où historiquement ils savent qu'au cabinet on en fait.

De nombreux participants rapportent avoir rencontré d'autres professionnel·le·s de santé et avoir construit une relation de confiance en travaillant avec eux, en ville ou à l'hôpital, ou à travers des formations.

P8 : C'est Docteur X. qui a formé toute l'équipe d'ailleurs, avec qui on peut échanger sans problème si besoin, parce que pour le coup lui on le connaît bien, il nous a formé.

P13 : C'est des anciennes collègues qui se sont installées en libéral, on a travaillé ensemble en salle d'accouchement.

La sphère privée peut également aider à rencontrer ses partenaires.

P9 : C'était une co-interne de mon mari.

II.2) Choix des partenaires professionnels

Quels sont les facteurs qui conditionnent les relations professionnelles ?

Les soignants privilégient de s'investir dans certaines relations professionnelles, et choisissent d'éviter d'autres acteurs de santé. Le partage de valeurs communes et d'une certaine vision du soin, ainsi que les retours positifs des patientes conditionnent entre autres leur choix.

II.2.1) Déterminants initiaux

Certains facteurs vont faciliter et déterminer la collaboration, comme avoir des retours positifs sur un soignant.

P14 : On a des retours de tous ces professionnels qui sont tous très dithyrambiques sur ce sage-femme.

Connaître personnellement les professionnels de santé facilite la collaboration.

P3 : Nous à la campagne honnêtement on se connaît toutes un petit peu, c'est vrai qu'à chaque fois quand on s'est installées on s'est rencontrées donc c'est vrai que je les connais pas mal mes collègues. On travaille ensemble souvent.

Le partage de valeurs communes est également mis en avant par certains participants.

P3 : Les personnes avec qui je vais avoir une affinité c'est des filles qui vont travailler bien, enfin comme je le conçois de respecter la femme, de respecter son choix, de prendre le temps, d'avoir les mêmes valeurs finalement.

Avoir confiance en ses partenaires semble être une condition primordiale.

P5 : Je les ai trouvés compétents, humains, disponibles. Donc je suis très satisfait du partenariat qu'on peut avoir avec eux. J'adresse mes patientes là-bas les yeux fermés.

P14 : Quand je suis venu bosser ici et que j'ai commencé à faire les IVG j'orientais les femmes chez lui, parce que en fait il a une posture très juste, très adaptée, non jugeante, qui fait pas écouter le cœur, il montre pas les images, il est hyper respectueux.

Travailler avec d'autres soignants, c'est aussi considérer et reconnaître leurs compétences.

P4 : Toute profession confondue je pense qu'on a besoin de tout le monde, que ça soit le médecin traitant, le médecin spécialiste à l'hôpital, d'infirmière, d'un kiné périnéal, la conseillère conjugale ... C'est intéressant de voir tous les corps de métier.

P5 : Les conseillères conjugales auront des compétences qui seront plus sur le vécu, sur l'accompagnement psychologique, la discussion, que la formation que nous on a eu pour faire une IVG qui est très médicale quand même. A chacun ses compétences mais c'est toujours bien d'aller déborder un peu sur les compétences de l'autre.

Le choix des partenaires semble être animé par la même exigence qu'on porte à soi-même. Les soignants peuvent se reconnaître dans leurs partenaires professionnels et avoir le sentiment d'unité.

P7 : Je vois comment elles travaillent, parce qu'on voit parfois les mêmes patientes et du coup on a les mêmes protocoles, et puis on est pareils. Et puis c'est la même génération donc on a déjà les mêmes idées un peu à la base.

Pour certain·e·s participant·e·s, une expérience positive de prise en charge partagée avec les services d'orthogénie les rassure, et contribue à pouvoir faire de l'hôpital un partenaire privilégié.

P5 : C'est un gros CHU de niveau 3 universitaire, donc ça je trouve que ça tire toujours les compétences vers le haut, ça fait que c'est des gens qui sont actualisés, ça fait que c'est des gens qui sont exigeants avec eux-mêmes, qui sont obligés de surveiller leur propre pratique.

P14 : Je pense que notre chance c'est aussi d'avoir un centre hospitalier de proximité avec qui on arrive à créer du lien depuis déjà une dizaine d'années, ce qui fait que ça peut continuer à perdurer, et même si je suis plus là je sais que le relais sera assuré.

Dans certains cas à l'hôpital, c'est l'organisation des plannings qui détermine pour nous l'équipe soignante. Des binômes se créent ainsi, sans choix véritable de la part des participants mais cette organisation stable permet aussi de créer des relations professionnelles solides.

P7 : Les conseillères conjugales elles sont 4, une par jour. Et moi je travaille toujours avec la même, parce que je travaille toujours le même jour.

II.2.2) Contre modèles

Le choix des partenaires s'effectue aussi par le rejet d'autres soignants, car les pratiques sont jugées à l'opposé de la leur, limitant les interactions.

P7 : J'ai pas été amené à avoir de lien avec eux, c'est pas des médecins avec qui j'ai envie de travailler plus que ça, parce qu'on est pas pareil quoi. En gynéco on a des patientes qui

racontent qu'elles doivent se déshabiller complètement, que l'examen est douloureux, qu'on leur a pas demandé leur consentement...

Du personnel soignant peut ne pas être considéré comme « collègue » ou faisant partie de « l'équipe » parce qu'ils ne partagent pas les mêmes approches de soin.

P8 : Il y en a qui ne sont pas forcément hyper bienveillants avec les patientes. Donc ça c'est un peu moche surtout quand on essaye de bien faire les choses de A à Z. Mais donc c'est pour ça qu'ils ne sont pas considérés pour moi comme partie intégrante de l'équipe d'orthogénie.

Les relations s'arrêtent à la cordialité, voire au rejet total des interactions.

P13 : C'est vrai que certaines échographistes qui font écouter le cœur systématiquement Ben après je fais un truc qui est pas très déontologique mais je dis aux patientes de pas y retourner mais en général elles ont pas envie d'y retourner pour l'écho de contrôle.

P14 : L'hôpital à 20 min je ne travaillais pas avec eux parce qu'il y a quelques médecins généralistes qui se démènent là-bas mais le chef de service de gynéco est anti-IVG, donc du coup c'est compliqué.

II.2.3) Attentes

Pour construire un lien professionnel, les participant·e·s soulignent certaines conditions, comme la proximité géographique.

P2 : Je travaille avec eux par proximité parce que pour les patientes c'est quand même plus facile, l'hôpital du coin est petit donc assez accessible.

P5 : Pour le choix de pharmacie on va au plus proche.

Les participant·e·s attendent de leurs partenaires qu'ils soient disponibles et joignables facilement pour avoir des rendez-vous prioritaires pour leurs patientes, ou pour les avis.

P11 : J'attends que chacun y mette du sien pour que les patientes puissent être pris en charge le plus rapidement possible.

P13 : Je sais que mes copines elles vont donner un rendez-vous à mes patientes dans un laps de temps qui va être très court, parce qu'elles vont les prendre en doublon.

Ils rapportent accorder de l'importance aux rencontres et réunions pour avoir confiance et pour maintenir du lien professionnel.

P5 : Pour les rencontrer, pour connaître leur cursus leurs compétences, leur façon de travailler, pour trouver des soignants avec qui je me sentais en confiance et savoir que je pouvais leur

adresser les patientes, qu'elles seraient bien accueillies, avec les compétences adaptées ou satisfaisantes à leurs parcours de soins.

Les participant·e·s ont également des attentes sur le comportement qu'ont les partenaires vis à vis des patientes. Ces attentes peuvent se rapprocher des exigences qu'ils ont envers eux-mêmes : être bienveillant ou accueillant,

P5 : Les qualités premières que je recherche c'est des gens qui vont être bienveillants, accueillants, empathiques, doux avec les patientes, donc qualité relationnelle en premier.

P11 : La secrétaire je trouve qu'elle est très précieuse, parce que sa façon d'accueillir la première demande, le moment où la patiente fait le premier pas c'est quand même hyper important, et elle a à cœur de les accompagner, elle les entoure avec bienveillance.

Être techniquement compétant en se maintenant bien à jour des recommandations et des protocoles,

P7 : Qu'ils respectent les protocoles nationaux, qu'ils fassent remonter les retours de comment ça se passe en ville, et qu'ils envoient bien les patientes avec des petits courriers, bien tout cadré quoi.

P9 : Qu'ils puissent faire des IVG en ville en sécurité, c'est-à-dire de vérifier leur pratique, que ce qu'ils font c'est bien, de la formation théorique.

Et qu'ils s'investissent dans le lien.

P11 : Peut-être que chacun s'astreigne à vraiment garder le lien.

Des participant·e·s attendent de leurs partenaires qu'ils fassent des retours sur des prise en charges partagées, ou des retours de pratique.

P13 : Quelquefois on s'était appelés, ou elle me tenait au courant en disant « voilà on a vu ta patiente, ça s'est bien passé t'inquiète pas ». Donc le lien ville-hôpital ici il est énorme, et moi j'en joue à fond, je trouve que c'est hyper intéressant.

P14 : On a des retours quand il y a des problématiques particulières, une problématique de violence, des problématiques de contraception et très souvent après elles nous renvoient un petit mail pour dire « ça s'est bien passé »

III) Interactions professionnelles

En orthogénie, quelles sont les différentes relations professionnelles qu'entretiennent les soignants ? En fonction de ce que les soignants attendent de leurs partenaires, les relations peuvent nécessiter plus ou moins d'implication personnelle.

Plusieurs professionnels ont été cités : médecins généralistes, gynécologues, sage-femmes, conseillères conjugales et familiales, pharmaciens, biologistes, infirmières, secrétaires, psychologues, aides-soignantes. Les radiologues, anesthésistes, médecins légistes, assistantes sociales, associations, laboratoires pharmaceutiques sont également cités. Identifier ces différents acteurs et comprendre la nature de leurs interactions participe à mieux comprendre l'organisation de soin en orthogénie.

III.1) Modes d'interactions

III.1.1) Utilitariste ou de service

Le premier type de relation évoqué est la relation de service, s'arrêtant à la simple prescription de demande d'examen. Les déterminants de cette relation semblent être définis par la proximité et la disponibilité. Les intervenants semblent facilement remplaçables, et ce type de relation est plutôt décrit pour les laboratoires de biologie ou les pharmacies.

P5 : Ca s'arrête à l'achat, ça reste une relation circonstancielle. En plus c'est une pharmacie où il y a pas mal de monde qui y bossent, donc un coup c'est les pharmaciens, un coup c'est les préparateurs, un coup c'est le stagiaire...

P8 : C'est vrai qu'on communique pas vraiment avec eux, on se fait livrer les médicaments.

III.1.2) Coopération ou dépendance

Un autre mode d'interaction est la coopération de type dépendance : la relation est conditionnée par la compétence technique du partenaire dans une structure donnée, par exemple le personnel de bloc opératoire. La prise en charge est partagée autour d'un acte ou d'une ressource précise, sans qu'il n'y ait d'échange de pratique.

P8 : Le problème c'est qu'on a aussi besoin d'infirmière de bloc hein, et que c'est des denrées extrêmement rares, et que du coup cette dame-là elle travaille encore avec nous, mais voilà on ne peut pas faire autrement.

III.1.3) Collaboration

On retrouve ensuite les notions d'« équipe », « relation privilégiée », « binôme » voire « ami ». Ces relations s'articulent autour de la confiance et de la reconnaissance. Les personnes se connaissent personnellement, demandent des avis, se rendent des services. Ces relations sont stables et s'inscrivent dans la durée.

P3 : Ca peut être aussi s'épauler si on a des questions : si j'ai un doute sur un truc je vais appeler ma collègue à côté qui fait aussi des IVG « tiens qu'est-ce que t'en penses ? » donc ça va être un soutien aussi.

P5 : C'est l'occasion de grandir, d'améliorer ses compétences à soi aussi en pouvant demander des avis ou de l'expertise à un ou une collègue qui a des compétences qu'on n'a pas, ou qu'on a peu.

Les notions de « respect mutuel » ou de « respect de la diversité » sont évoquées pour définir ce type de relation,

P3 : c'est vrai qu'on a vraiment une bonne entente entre nous, on arrive à se respecter chacune dans notre boulot, on sait chacune comment on travaille, quelles sont nos spécificités, et on arrive à s'adresser les patientes.

P4 : Au niveau des sage-femmes on se connaît toutes, on s'aime bien et on se respecte les unes les autres dans toute notre diversité, parce qu'on est toutes très différentes en fait.

La non-concurrence est également soulignée.

P3 : On va pas se voler les patientes ça c'est sûr.

P4 : Je pense qu'en libéral personne ne se marche dessus. Même les médecins qui font de la gynéco on arrive à fonctionner en bonne intelligence.

Être disponible pour ses partenaires pour maintenir le lien, et qu'ils le soient en retour conditionnent ce type de relation.

P12 : Que les personnes conventionnées sachent qu'elles peuvent nous solliciter en cas de besoin. On est quand même assez facilement disponibles et facilement joignables.

P13 : On fait un échange de bons procédés, elles savent que quand elles m'appellent et qu'elles ont une patiente moi je vais pouvoir les voir assez rapidement.

III.2) Limites de la collaboration

La collaboration entre professionnel·le·s de santé peut être limitée par certains facteurs.

Les soignants anti-IVG ne sont pas évoqués dans ce chapitre puisqu'ils ne sont pas considérés comme des partenaires professionnel·le·s potentiel·le·s par les participant·e·s et ont été décrits précédemment dans les « contre-modèles » du chapitre « choix des partenaires ».

III.2.1) Freins

Un manque de réactivité ou des difficultés pour être joignable peuvent limiter les interactions et les échanges entre professionnel-le-s, pouvant amener un soignant à privilégier un autre interlocuteur.

P14 : il y a une autre gynécologue en ville qui fait aussi des échos, mais elle est moins facilement joignable.

Un manque de formation présumé peut être un facteur limitant la collaboration.

P13 : Moi c'est plus une absence de pratique des pharmaciens qui à chaque fois est un peu problématique qui fait que je me suis pas non plus emballée à l'idée de les livrer à la pharmacie.

P14 : Moi je trouve que les pharmaciens sont très mal formés. Après si on a besoin d'appeler on le fait, mais du coup dans l'IVG on a pas besoin d'eux, et c'est moi qui donne les médicaments à la patiente.

III.2.2) Contraintes

La collaboration peut présenter des contraintes organisationnelles.

P7 : Au cabinet on s'organise par exemple sur les jours d'ouverture et les vacances pour que ça soit toujours ouvert, donc c'est une contrainte. On regarde les résultats biologiques des autres quand ils sont pas là aussi.

Composer avec les limites éthiques de chacun, comme la clause de conscience que certains soignants posent, peut être délicat et peut entraver l'accès aux soins ou contraindre les participant-e-s à trouver d'autres partenaires pour effectuer un geste, ou de reporter un geste.

P12 : On a quand même de temps en temps des clauses de conscience, (...) ce qui fait que quand on a les 2 clauses de conscience en même temps et sur l'IADE et sur l'IBODE bah là pour le coup on peut pas faire de bloc, donc ça limite l'accès aux soins.

Pour certaines sage-femmes, même si elles sont impliquées dans l'IVG, l'élargissement du champ de compétence est vécu comme une relégation de tâche par manque de médecins, et peuvent se sentir instrumentalisées.

P3 : Faut être honnête. Pourquoi ils ont ouvert les droits aux sage-femmes ? C'est parce qu'on est en manque de médecins. Nous honnêtement on a plein d'autres choses à faire au cabinet, j'ai tout le suivi des grossesses, j'ai plein d'autres compétences, et j'ai pas forcément besoin d'aller faire des IVG.

III.2.3) Conflits

Peu de conflits sont décrits au sein des équipes d'orthogénie hospitalières ou dans les réseaux informels de soignants en ville, ou semblent rapidement résolutifs et constructifs. La plupart de ces conflits sont d'ordre communicationnel ou organisationnel.

P11 : Les fois où il y a des petites tensions intra équipes c'est qu'on ne s'est pas parlé, qu'on n'a pas anticipé que cette patiente-là on la sentait moyen, et du coup ça retombe sur l'infirmière alors que j'aurais pu anticiper. Donc comme souvent quand on travaille en équipe c'est la communication qui est importante.

P7 : A l'hôpital bah on en discute en réunion, et puis entre adulte on trouve la solution, on se parle. C'est rarement des gros conflits hein. A l'hôpital ça va être un conflit du médecin qui va dire « je pense qu'il faut faire ça » et l'infirmière qui va dire « bah là c'est un peu compliqué de mon côté » voilà, il y a pas de conflit, enfin ça se passe bien. C'est plutôt organisationnel finalement.

Un défaut d'adressage en ville pour une IVG médicamenteuse peut être source de tension, par exemple si une patiente préférerait la méthode instrumentale car elle devra être réorientée à l'hôpital, ayant pour conséquences pour elle une perte de temps et une multiplication des interlocuteurs.

P13 : J'avais aussi des cabinets de gynéco qui m'envoyaient des patientes, et qui n'avaient pas forcément détecté que la patiente n'était pas partante pour une IVG médicamenteuse à domicile, qu'après je dois la renvoyer à l'hôpital et qu'elle revoit encore un autre médecin...

Entre les soignants en ville conventionnés avec un hôpital et l'hôpital, les conflits concernent plutôt le respect des protocoles et des recommandations.

P7 : Quand il y a vraiment un souci avec un praticien, on l'appelle et on lui explique que telle prise en charge ça n'allait pas et pourquoi. Et pour l'instant c'en est resté là. Et après nous on se dit dans le service que si vraiment il y a des médecins pour qui ça ne fonctionne pas qu'on pourrait les dé-conventionner.

Le peu ou le manque de retours de l'hôpital aux libéraux après un adressage pour complications est rapporté par des participants.

P3 : L'hôpital ne me fait jamais de retour. C'est un peu dommage parce que j'aimerais bien le retour de l'hôpital mais ils ont la tête sous l'eau en fait, ils sont débordés !

Entre les services d'orthogénie, les tensions surviennent pour des contraintes organisationnelles avec des agendas complets.

P11 : Des fois pour le coup en inter équipe dans les Hospices civils de Lyon ça roule pas tant. C'est un peu mieux maintenant, mais il y a des moments où nous on n'a plus de place et les autres nous disent « non on peut pas prendre votre patiente » alors qu'on voit qu'ils ont des places.

En dehors des soignants ayant des liens étroits, des conflits peuvent apparaître, dont le principal déclencheur est un comportement inadapté d'un soignant face à une patiente, comme un comportement nonchalant et désintéressé.

P11 : Il y a des IADE qui laissent la patiente tenir leur masque de Meopa et qui s'en vont discuter avec les IBODE, et ça m'est déjà arrivé de dire « Oh la patiente elle se met à pleurer là, il faudrait aller lui parler ou je sais pas ? ». Donc voilà, pas investies, ou parfois pas du tout adaptées.

P11 : j'ai eu un cas qui m'a un peu traumatisé : j'étais au début du geste pour une patiente qui était pas très bien, et donc j'ai demandé à l'IBODE de mettre un peu de musique et il a mis la musique country « Cotton eye joe ». Donc pas du tout adapté, du coup j'étais furax, j'ai dû faire des grands gestes en disant « mais ça va pas la tête coupez-moi ça et mettez un autre truc ».

Les conflits peuvent survenir dans un contexte de propos malveillants envers les patientes, nécessitant de faire remonter l'information à la direction pour écarter les personnes en cause des prises en charges.

P12 : On a eu quand même quelques soucis avec notamment une IADE du bloc, avec des propos très malveillants qui ont dû être remontés à la direction avec un signalement, elle avait eu un blâme, et c'est vrai que pendant un moment on ne l'a plus trop vu sur le bloc d'orthogénie.

L'issue des conflits peut être la confrontation, ou le signalement.

P8 : Pour le coup l'histoire de « vous avez tué votre bébé » c'était même plus un effet indésirable, c'était un signalement à la direction directe. On est allé voir la cadre du service, on est allé aussi voir l'infirmière en question. Je dirais pour le coup que c'était vraiment inadmissible. Donc on a tout mis en place.

P9 : Soit j'en discute directement avec les personnes concernées, ou ça m'est arrivé de faire des fiches d'événements indésirables pour qu'il y ait une sanction derrière.

III.3) Bénéfices du travail à plusieurs

Les participant·e·s tirent des bénéfices émotionnels, organisationnels et professionnels à travailler à plusieurs pour l'orthogénie.

III.3.1) Bénéfices émotionnels

La pratique de l'IVG peut être source d'épuisement professionnel. Être et avoir un soutien de ses partenaires aide à alléger le vécu des soignants.

P5 : Ca peut apporter un peu de solidarité aussi, face à des situations qui peuvent être un peu engageantes émotionnellement. Parfois d'en parler à des collègues, d'avoir leur appui, leur soutien, leur retour, ça aussi ça a de la grandeur dans sa pratique.

P14 : Savoir qu'on peut prendre soin de ses collègues et que les collègues peuvent aussi prendre soin de nous, qui sont en capacité de me dire « là je pense que tu es fatiguée » où « là ça va pas ce que tu fais ».

Le travail à plusieurs permet d'être rassuré dans ses prises en charges,

P7 : C'est rassurant parce que du coup on peut demander l'avis des autres professionnels quand on a des doutes, c'est qu'on peut discuter des situations compliquées surtout.

P13 : Elle me rassurait que ça soit sur des antécédents médicaux que je trouve un peu limite, ou que ça soit dans des contextes particuliers que je trouve un peu limite aussi.

Et de se sentir moins isolé.

P4 : Même pour nous psychologiquement ça peut être un peu dur quand on enchaîne des cas difficiles, des fois on a besoin aussi de ne pas être seul. Et ici on se sent pas seul parce qu'on connaît bien à la fois l'hôpital et à la fois les libéraux.

Plusieurs participant·e·s rapportent être devenu·e·s ami·e·s avec leurs collègues.

P9 : C'est des collègues mais aussi des amies maintenant, ça fait un bout de temps qu'on travaille ensemble.

Une participante rapporte être témoin d'une solidarité entre les soignants de son équipe et des patientes, pouvant être source de joie et de fierté.

P10 : moi je vois notamment au bloc c'est un vrai moment de sororité entre l'infirmière, l'aide-soignante, la patiente, c'est chouette.

III.3.2) Bénéfices organisationnels

Le travail à plusieurs permet aussi d'être en sécurité, tant sur le plan financier que sur le plan organisationnel.

P6 : C'est bien de travailler à 2 parce qu'on sait que s'il y en a un qui a un problème, l'autre va pouvoir dépanner financièrement ou dans l'organisation.

Se partager les prises en charges permet d'optimiser les temps de consultations.

P10 : Je t'avoue que ça nous fait gagner du temps sur la consultation médicale parce qu'il y a tout le tout le volet psychosocial qui a déjà été abordé, ou alors juste de rebondir sur ce qui s'est déjà dit.

Les participant·e·s peuvent aussi se rendre des services, se remplacer.

P8 : On se remplace les unes les autres quand y a besoin

P11 : Je m'arrangeais toujours pour pas lui mettre des termes très avancés, et quand je pouvais moi aller les faire à sa place, je les faisais. Enfin on s'arrange tu vois. Mais c'est donnant-donnant, et elles nous arrangeaient aussi.

III.3.3) Bénéfices professionnels

Travailler à plusieurs favorise les réflexions autour des pratiques pour améliorer l'accompagnement des patientes.

P9 : Au cabinet on a la chance d'avoir la conseillère conjugale et familiale et on a mis en place pour le réseau des interventions tous les 3 mois, des supervisions où on peut discuter d'un cas qui a été difficile, qui a marqué, et du coup de savoir comment on aurait pu accompagner.

La pluridisciplinarité est un gage de qualité pour l'élaboration des protocoles.

P10 : On travaille beaucoup avec un des pharmaciens qui s'occupent de nous créer tous les protocoles de prescription.

Les discussions autour des retours d'expériences d'autres soignants aident à l'amélioration de sa pratique, notamment pour s'astreindre à être rigoureux.

P5 : Ca nous permet de progresser en théorie et en pratique, en pouvant poser des questions, en partageant les cas pratiques et cliniques qu'on a eu. A avoir un retour d'expérience des autres, et puis avoir des réponses aux questions qu'on se pose.

P6 : Ca m'enrichit dans l'échange et ça nous oblige à être rigoureux.

Observer directement les autres soignants peut aider à améliorer sa pratique, par compagnonnage.

P8 : je pense qu'en termes de comment on va mener l'entretien, des questions qu'on va poser, des réflexes qu'on va adopter sur je sais pas le recueil des antécédents, les questions importantes en effet je pense que ça va pas mal avec les formations pratiques qu'on a fait auprès d'autres professionnels, parce qu'on va acquérir un peu les mêmes réflexes qui vont pas trop nous lâcher.

P12 : Je suis allée plusieurs fois en consultation avec mes collègues, voir comment elles faisaient. Et c'est bien d'ailleurs de voir finalement plusieurs médecins aussi, parce qu'on n'a

pas toutes nos mêmes façons de faire, on va pas avoir tout à fait le même discours, on a nos trucs un peu à nous et pour le coup c'était bien de voir ça.

La construction de son identité professionnelle passe aussi par la rencontre et une forme de mimétisme de personnalités inspirantes.

P10 : J'ai beaucoup appris de mon patron à l'internat, il était formidable, il avait une approche très psycho et sexo que moi j'ai gardé.

III.4) Outils de communication et de coordination

La communication est un déterminant majeur de la construction et de la pérennisation des relations interprofessionnelles. Que ce soit pour l'échange d'information sur les patientes, la diffusion d'information sur les recommandations, ou la demande d'avis, les participant·e·s privilégient certains outils.

L'échange d'informations peut se faire via les logiciels et outils internet sécurisés.

P3 : Mes collègues qui font des échos soit elles vont me renvoyer le compte rendu ça peut par Doctolib, par MonSisra.

Les fiches de liaisons entre la ville et l'hôpital participent à la transmission d'information, et l'harmonisation de celles-ci entre plusieurs hôpitaux favorise la coordination sur un territoire.

P3 : j'avais ma fiche de liaison qui du coup a changé, ils nous ont proposé une fiche liaison similaire sur les 3 Hospices qu'on doit remplir.

La communication des éléments du dossier de la patiente peut être faite par l'envoi d'un courrier.

P13 : Tout ce qui est dossier de la patiente : je ne donne pas le dossier à la patiente mais je l'envoie moi à la secrétaire ou à l'infirmière du centre d'orthogénie pour qu'il y ait tous les documents et qu'ils puissent monter le dossier à l'avance, notamment quand il y a des contextes compliqués

La patiente elle-même participe à l'échange d'informations entre professionnels.

P3 : Alors moi je vais beaucoup passer par la patiente. La patiente elle-même vient me voir, je lui dit « il faut une carte de groupe sanguin au labo » et le labo me renvoie le résultat par bioserveur en général, ou si c'est pas le cas parce qu'elle est loin, ben elle va me ramener le résultat à la consultation d'après.

Les mails sont utilisés.

P13 : Dès que j'ai des nouveaux documents je leur envoie par mail, ou même je fais des retours sur les informations importantes que je trouve.

Mais les modes de communication préférentiels sont l'appel téléphonique ou la messagerie Whatsapp, en garantissant l'anonymisation des avis.

P2 : pour la prise d'avis je fais plutôt par téléphone avec le médecin de responsable à l'hôpital, j'ai une ligne directe.

P11 : On s'envoie un petit message par WhatsApp en disant « voilà tu verras y a cette patiente que j'ai vue ».

L'échange d'informations peut également se faire de vive voix, ou face à face.

P11 : Entre les patientes ça m'arrive d'aller dans le bureau de la conseillère ou d'aller dans le bureau de l'infirmière pour leur dire « bon moi j'ai senti ça tu me diras ce que t'en penses » ou des choses comme ça.

IV) Coordination en réseau pluriprofessionnel

Après avoir explorés les déterminants du choix des partenaires, les modes d'interactions et les bénéfices de la collaboration entre deux soignants dans la prise en charge d'une IVG, se pose la question des conditions nécessaires à l'émergence et à la pérennisation des réseaux de santé d'orthogénie.

IV.1) Prérequis

Un réseau de santé naît de projets de professionnels de santé volontaires, motivés et impliqués.

P14 : Je pense que quand même les réseaux sont humains-dépendant. Je pense qu'au départ faut quand même qu'il y ait quelques personnes qui soient motivées, volontaires et qui ont envie de travailler ensemble pour que ça fonctionne.

Un réseau répond à une demande, dans un contexte particulier et sur un territoire donné. Les initiatives individuelles des soignants porteurs de projet bénéficient au collectif.

P3 : C'est suite au COVID et ce groupe WhatsApp qu'on a recréé l'association des sage-femmes du Rhône, et l'objectif au départ c'était de créer un lien entre la ville et l'hôpital, de favoriser justement la communication entre les libéraux et l'hôpital. On a demandé à rencontrer les cadres, les sage-femmes, les gynécos, la direction, et on a essayé de mettre en place des réunions régulières ou de nous trouver un système pour arriver à faire remonter les problématiques en libéral et que eux puissent nous faire descendre aussi des problématiques qu'ils ont à l'hôpital avec nous, et qu'on essaie justement d'améliorer les choses.

IV.1.1) Être identifiable sur un territoire

Pour connaître l'offre de soin d'orthogénie sur un territoire, les professionnel·le·s de santé doivent être identifiables par leurs collègues et par les patientes.

Le Planning Familial, IVGLesAdresses et autres modes de diffusion d'information aident à gagner en visibilité.

P7 : J'ai beaucoup de patientes que je vois pour ça, qui sont soit adressées par le Planning Familial qui me connaît bien, ou soit par le bouche à oreille d'autres patientes que j'ai déjà vu pour des IVG.

P10 : Nous on est référencé sur IVGLesAdresses et par la métropole aussi, enfin voilà les deux centres sont bien référencés.

En ville, les réseaux généraux préexistants comme les CPTS peuvent également contribuer à diffuser de l'information et de la visibilité sur l'activité d'orthogénie.

P1 : Avec le réseau de la CPTS on arrive à savoir qui fait quoi, parce que je pense que tous les médecins du coin ne savaient pas forcément que j'en faisais.

P3 : Moi à la CPTS je les ai informé que je fais des IVG, et je sais qu'ils ont envoyé un mail à tous les adhérents de la CPTS, après sur les le secteur moi ici quand j'avais commencé j'avais envoyé un courrier aux généralistes en leur disant que j'en fais. J'ai pris le listing des médecins de la ville voisine et de tous ceux de à côté, voilà aux alentours j'avais envoyé un courrier pour les informer.

IV.1.2) Être volontaire et s'impliquer sur un territoire

Pour qu'une coordination soit efficace, les soignants doivent être motivés à s'impliquer sur leur territoire. L'organisation ou la participation régulière aux réunions d'échanges avec les soignants pratiquant des IVG témoigne d'un grand engagement.

P14 : Nous on est à l'initiative avec au départ l'hôpital mais maintenant c'est nous qui le portons : d'un réseau IVG sur le territoire. Et avec ce réseau on va se réunir dans 3 semaines et l'objectif c'est de réunir tous les professionnels du territoire qui font des IVG, donc sage-femmes, médecin généralistes, gynécos et aussi l'hôpital pour faire un temps d'échange sur les thématiques particulières.

Informé tous les soignants sur un territoire, qu'ils pratiquent ou non l'IVG peut permettre de gagner en visibilité pour les participant·e·s, et de construire un réseau de soignants aux compétences variées.

P4 : on compte faire une fiche sur l'IVG l'année prochaine qu'on va diffuser à la CPTS, ou aux professionnels de santé du territoire pour que n'importe quelle personne sur le territoire qui se

retrouve avec une femme, n'importe quelle profession qui reçoit une femme avec une grossesse non désirée : qui sache quoi lui dire et puis où l'orienter.

IV.1.3) Conditions

L'implication dans un réseau n'est pas sans conditions. En premier lieu, les réunions ne doivent pas être chronophages ou engendrer une surcharge de travail administratif.

P2 : Pour les réunions de maison de santé ou de CPTS c'est souvent entre midi et 2, donc ça déborde pas sur la vie personnelle de finir tard.

P9 : En fait on était aux premières réunions et c'était bien, il y avait des projets et on voulait participer, mais en fait on se tapait du boulot d'administratif quoi, d'aller référencer par mail si telle personne avait reçu tel flyer... Enfin moi c'est pas mon job.

Une communication fluide et respectueuse conditionne le bon fonctionnement du réseau.

P11 : De la communication apaisée, parce qu'on sait aussi que des fois en pratico-pratique tout se passe pas idéalement, mais du coup je pense que quand on se met en réseau il faut savoir se parler, et bien se parler correctement, avec respect.

IV.2) Organisation des réseaux

IV.2.1) Réseaux informels

La majorité des interactions pluriprofessionnelles rapportées concernent des réseaux informels de proximité, où les relations sont conditionnées par la proximité géographique et la disponibilité, et dépend du degré d'implication des acteurs de soin.

P6 : On a des d'infirmiers, le pharmacien, on est sur un petit quartier (...) c'est pas une vraie MSP officielle mais ça n'empêche qu'on prend soin les uns des autres.

Des réseaux non formalisés mais structurés existent également, à l'initiative de libéraux.

P9 : faire un réseau de santé femme-enfant en ambulatoire et toujours en lien avec les plateaux techniques, les structures hospitalières c'est notre projet. On a un vrai lien entre les 2 cabinets : on fait des soirées de formation communes, on a un réseau de télé-expertise Omnidoc pour répondre aux avis de l'extérieur, on va faire une journée de congrès avec l'hôpital... Donc vraiment on veut développer un réseau de santé.

IV.2.2) Réseaux formels

Lorsque les participant·e·s sont questionné·e·s sur les réseaux formels pluriprofessionnels utiles à l'orthogénie, ils évoquent les réseaux entre les services d'orthogénie hospitaliers de référence et les soignants ayant une convention avec ces hôpitaux. Les interactions observées sont des

journées de stages en service hospitalier et une réunion annuelle regroupant tous les libéraux conventionnés avec le service hospitalier. Cette réunion est l'occasion de mettre à jour les recommandations et protocoles, et d'optimiser les parcours de soin. La communication se fait via les fiches de liaisons des patientes, et les demandes d'avis spécialisés se font par téléphone ou par mail. Les soignants rapportent avoir confiance en leurs services hospitaliers de référence.

P7 : on fait une réunion avec les praticiens libéraux une fois par an, où on leur explique les changements de protocole s'il y en a, les nouvelles recommandations. Et justement on insiste sur le parcours ville-hôpital, ce qu'ils doivent faire s'ils ont besoin d'un avis : qu'ils passent directement par le service et qu'ils n'adressent aux urgences, sauf cas d'urgence.

Le réseau PLEIRAA intervient lors de formations théoriques de soignants, de diffusion d'information ou de coordination pour le recensement des présences pendant les périodes de vacances. Ce réseau participe à créer et entretenir le lien entre les orthogénistes en ville et à l'hôpital. Certains membres des services hospitaliers d'orthogénie sont des membres du PLEIRAA et participent activement au réseau, à l'élaboration de protocoles et de formations par exemple.

P10 : Tous les 3 on est au Conseil d'administration du PLEIRAA (...) Le PLEIRAA ça nous permet de connaître les ressources de la région, de s'échanger autour des pratiques, quand il y a des modifications de lois, quand il y a des nouvelles molécules. On fait une journée de formation en mars tous les ans avec des sujets souvent qui sont hyper intéressants.

Le Planning Familial est une ressource majeure.

P11 : On travaille pas mal avec le Planning Familial, à qui on adresse parfois des patientes qui sont hors délai, parce qu'ils peuvent donner des infos sur les IVG à l'étranger aux Pays-Bas, en Espagne, en Angleterre, (...) et ils nous adressent assez facilement des gens.

Les réseaux associatifs autour de la violence sont des ressources pour la prise en charge d'IVG.

P2 : je fais partie du réseau violence, ça c'est un réseau qui est hyper important je pense et qui est à la frontière de tout ça entre le centre de santé sexuelle, les IVG, l'activité qu'on a en libéral.

Les CPTS peuvent être une ressource pour diffuser de l'information sur l'orthogénie et fluidifier les parcours de soin.

P1 : les médecins généralistes et au sein de la CPTS me connaissent, on fait un protocole IVG justement pour que les médecins soient moins perdus.

Des réseaux d'orthogénie locaux existent également, et couvrent un territoire précis.

P14 : Ce réseau a été mis en place en 2018 et au départ il était co-porté par l'hôpital et le centre de santé sexuelle, mais maintenant c'est plutôt le centre de santé sexuelle qui est à l'initiative des réunions et des projets.

IV.2.3) Les institutions

L'ARS intervient pour coordonner les plannings sur les périodes de vacances afin d'éviter les pénuries de soignants, et permet entre autres aux services hospitaliers d'avoir du poids dans les décisions budgétaires hospitalières.

P10 : On se coordonne avec l'ARS pour les périodes de Noël ou du mois d'août, pour avoir une continuité de soin. (...) L'ARS on les sollicite beaucoup nous, c'est eux qui nous fournissent les livrets d'informations, et puis par le passé on a pu avoir besoin de leur appui pour secouer un peu les Hospices quand on manquait de moyens.

Les services publics comme les mairies et les collectivités interviennent pour favoriser la coordination entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie.

P10 : On va faire une formation pour la Métropole [de Lyon] puisque dans tous les centres de santé de la métropole ils vont développer l'activité d'IVG médicamenteuse. Ils sont conventionnés avec les hospices.

IV.3) Motivations et bénéfices

Les bénéfices d'une coordination pluriprofessionnelle pour l'orthogénie sont variés. Ils permettent aux soignants de connaître les ressources de l'offre de soin sur leur territoire et de se faire connaître pour mieux orienter les patientes et fluidifier les parcours de soin. L'échange de pratique et la pluridisciplinarité améliorent la qualité des soins, et participent à la formation continue des soignants. La coordination entre les acteurs de santé permet d'assurer la permanence de soin, en particulier pendant les périodes de vacances. Les réseaux sont une source de soutien émotionnel et permettent de se sentir unis.

IV.3.1) Connaître l'offre de soin

Connaître les ressources sur son territoire, savoir « qui fait quoi » permet de mieux orienter les patientes sur le plan géographique, technique ou en termes de délais, que ce soit de la ville vers l'hôpital :

P13 : je sais que cet hôpital ne fait que les anesthésies locales et les médicamenteuses à l'hôpital, et qu'ils ont des délais très courts pour les IVG médicamenteuses, ils ont beaucoup de

place. Donc quand les patientes sont vraiment un peu limitées et qu'elles ont besoin d'une IVG médicamenteuse mais à l'hôpital, je sais que je peux appeler là-bas.

Ou de l'hôpital vers la ville et entre hôpitaux :

P8 : Nos secrétaires elles ont quand même la liste des gynécos, généralistes ou des sage-femmes de ville qui font des IVG, et du coup elles transmettent aussi aux patientes quand elles sont vraiment en difficulté, et puis ça nous arrive aussi bien des fois de transférer sur les HCL quand il y a des problèmes de type : une patiente qui veut une anesthésie locale, ou une patiente qui est à plus de 14 semaines et nous on ne fait pas encore les 14-16 semaines d'aménorrhée.

Travailler avec les autres acteurs de soins comme le CeGIDD ou le Planning Familial permet d'assurer une prise en charge globale des patientes.

P8 : C'est hyper important de travailler en réseau parce qu'encore une fois c'est de la prise en charge globale, et on parle justement du CeGIDD pour les IST, on parle du planning pour la contraception chez les patientes qui n'ont pas les moyens, on parle aussi des correspondants quand il y a un contexte de violences faites aux femmes. C'est intéressant d'avoir ce réseau-là autour parce que c'est toujours pluridisciplinaire.

Tisser du lien en ville permet d'élargir petit à petit sa zone géographique, afin de proposer aux patientes une orientation adaptée. Connaître ses partenaires rassure les soignants et les patientes.

P4 : Quand j'ai une patiente qui vient de plus loin c'est plus compliqué pour l'orienter par là où elle est. Mais vraiment tisser du lien, faire l'araignée de plus en plus loin. Les patientes aiment quand on les adresse à quelqu'un qu'on connaît. C'est rassurant pour elles plutôt que de donner un nom qu'on connaît pas. Voilà et aussi de savoir les patientes entre de bonnes mains quoi.

Bien connaître les différents profils des soignants en ville permet d'orienter les patientes selon leurs personnalités, et d'avoir une approche personnalisée.

PI3 : Je sais comment fonctionnent mes collègues, (...) elle a travaillé avec moi sur des patientes en sexo qui étaient soit vierges soit vaginales et je sais que je peux lui envoyer des patientes où il y aura pas d'écho endovaginale. Donc je trie en fonction du caractère de mes patientes et en fonction du caractère de mes copines sage-femmes échographistes.

Il est aussi question d'orienter les patientes vers des structures plus adaptées, par exemple pour les patientes mineures, afin de ne pas se retrouver soi-même en difficulté, seuls en ville.

P3 : La mineure qui arrive sans l'avoir dit à ses parents c'est plus compliqué. Là il y a l'entretien obligatoire avec la conseillère conjugale, il faut être sûr que quelqu'un l'accompagne, donc là pour le coup à l'hôpital c'est quand même mieux : il y a une prise en charge multidisciplinaire à l'hôpital que moi j'ai pas en libéral.

IV.3.2) Assurer l'offre de soin

La coordination en réseau ville-hôpital est une garantie pour assurer l'offre de soin sur un territoire, en particulier lors des périodes de vacances. Cette organisation permet de rassurer les soignants pratiquant des IVG et dont les patientes seront prises en charge pendant leurs absences, et aide les patientes et autres praticiens à être orientés vers les structures disponibles.

P14 : Ce qu'on fait aussi dans le cadre du réseau c'est que justement on fait des plannings pour les vacances de Noël et vacances d'été. En général c'est une des CCF qui s'occupe de contacter tous les professionnels qui font des IVG sur le territoire pour faire un planning de qui est présent, quand et comment, ce qui permet que quand je suis en congés que chaque professionnel a la liste de qui est présent à l'hôpital, qui est présent en ville.

La coordination peut également se faire entre les services d'orthogénie hospitaliers :

P10 : On est 3 gros centres hospitaliers (...). Quand on voit que c'est la galère dans un centre on appelle les autres à l'aide, on se coordonne avoir une continuité de soin.

L'optimisation de la coordination interservices hospitaliers est régulièrement discutée en réunion.

P8 : On a des groupes de travail, des groupes d'optimisation de liens entre les CIVG de la région et du coup il y a des réunions aussi en visio, peut-être 2 fois par mois où on fait un peu le point sur les activités des uns et des autres, sur les difficultés qu'ils rencontrent et tout ça. (...) on finit par connaître un peu qui est qui, et où, et donc on communique quand même pas mal entre nous.

Les participant·e·s rapportent pouvoir être flexibles sur leurs agendas pour assurer l'offre de soin, même lorsque les plannings sont complets. Ce principe repose sur un échange de service mutuel.

P5 : Un réseau c'est parfois aussi l'occasion de pouvoir fluidifier un peu le parcours de soin des patientes, pour les gens avec qui on bosse qui savent qu'on fait de l'IVG, en gros le message il est clair : si il y a pas de disponibilité sur nos plannings pour une écho une prise en charge d'IVG, faut nous joindre directement, comme ça on la rajoute entre 2, avant, après la journée, on s'arrange pour donner des disponibilités au plus vite. C'est ça aussi le réseau, c'est pouvoir fluidifier le parcours de soins pour qu'on soit pas tributaire des disponibilités de chacun (...) de pouvoir rendre ça un peu plus fluide. Souvent c'est du donnant-donnant.

En plus des plannings, il semble important pour les participant·e·s de connaître les ressources en personnel de bloc de chaque structure pour bien orienter pendant les périodes de vacances.

P13 : Quand les hôpitaux sont en vacances en général avant l'été j'appelle la secrétaire de la Croix-Rousse qui me dit comment ils se sont organisés. (...) il y a eu des années où par exemple les AG ne se faisaient qu'uniquement dans deux hôpitaux parce que certains avaient des anesthésistes et les autres n'en avaient pas (...) étant donné qu'ils n'avaient pas assez d'anesthésistes pour les vacances. Du coup nous ça nous aide à orienter les patientes.

IV.3.3) Optimiser le parcours de soin des patientes

La coordination favorise la réflexion autour de l'amélioration du parcours de soin d'IVG.

Dans les services hospitaliers, les professionnel·le·s se partagent la prise en charge pour une patiente en demande d'IVG. Chaque intervenant apporte sa compétence, permettant de proposer une prise en charge globale.

P10 : On travaille vraiment en binôme avec les conseillers conjugaux. Une fois que la conseillère conjugale a vu la patiente, elle écrit toutes les informations dans le dossier.

P11 : C'est un quatuor par jour : il y a donc un médecin par jour, une conseillère conjugale, une infirmière et la secrétaire. On bosse bien toutes les 4.

Le prise en charge s'organise parfois selon une logique de répartition des rôles, évoquant une forme de division du travail entre soignants.

P9 : Je les vois d'abord moi, je fais la consulte d'info, l'échographie en même temps, et après elle voit notre sage-femme juste derrière qui lui donne des médicaments en fonction de la méthode choisie.

Les services hospitaliers et les soignants conventionnés s'organisent pour orienter directement les patientes vers les services d'orthogénie afin d'éviter le passage aux urgences des patientes, lorsque la situation le permet. Cette organisation répond à une double demande : le respect des protocoles d'orthogénie, et le désengorgement des urgences lorsque c'est évitable.

P7 : Avant c'était souvent adressé aux urgences mais on se rendait compte que les urgences n'appliquaient pas les protocoles ou les recos sur les rétentions par exemple. Ils faisaient pas bien, les patientes étaient quand même moins bien prises en charge parce qu'aux urgences c'était plus la course, alors que dans le service on est un peu plus exigeant sur le relationnel, sur la bienveillance et sur les protocoles d'orthogénie. Et puis pour eux aussi, pour ne pas encombrer les urgences inutilement.

Se réunir et discuter des protocoles entre la ville et l'hôpital de référence permet de fluidifier le parcours d'IVG lors de problématiques précises :

P13 : A la dernière réunion on s'est mis d'accord que s'il y avait une ambivalence entre faire une AL ou une AG qu'on les fasse revoir par le médecin, et que c'est le médecin qui déciderait si on fait une anesthésie locale ou une anesthésie générale. Mais s'il n'y a pas de doute, (...)

Ben à ce moment-là je fais la consultation complète : je prescris tout, c'est l'infirmière qui la voit, qui donne des médicaments, qui organise tout, qui lui donne les dates.

Les services hospitaliers s'organisent également entre eux pour harmoniser les parcours d'IVG, conjointement avec le PLEIRAA.

PI0 : C'est un truc qu'on a changé quand les anciennes responsables du service sont parties : avant t'étais référencé avec un centre et pas les autres, et on s'est dit « c'est trop con ». Donc à partir du moment où quelqu'un vient en formation dans un centre d'orthogénie des hospices de Lyon, il est conventionné pour tous les Hospices. Donc c'est à dire que la patiente peut aller dans le service d'urgences le plus proche de chez elle. Là je suis en train de mettre en place des fiches de liaison pour donner aux patientes qui ont besoin si jamais elles changent de région, d'expliquer ce qui leur est arrivé.

Cette organisation peut passer par l'observation des autres services hospitaliers.

PI2 : On se déplace dans chacun des centres ça permet de voir les locaux des autres, de voir comment ils organisent leur parcours, donc ça c'est assez intéressant aussi de dire « Ah ça c'est pas mal tiens on pourrait l'adapter chez nous ».

La patiente est au centre des préoccupations de coordination : connaître le fonctionnement des services hospitaliers lors d'une prise en charge en ville, et pouvoir l'expliquer à la patiente est plus confortable pour elle.

PI3 : C'est vraiment toujours dans l'idée d'optimiser, de collaborer, de savoir comment nous on travaille, de savoir comment elles travaillent pour que la patiente soit sans surprise quand elle arrive ici, chez l'une ou chez l'autre. On s'organise pour lui simplifier la vie.

Connaître les attentes des services hospitaliers, c'est pouvoir adapter sa pratique pour fluidifier cette coordination ville-hôpital tout en rassurant la patiente.

P4 : A partir du moment où on se connaît on sait ce qu'ils attendent, on peut aussi prévenir la patiente de savoir ce qui va se passer là-bas, et ça c'est super important pour les gens, pour se sentir bien pris en charge ils ont besoin qu'on leur donne des vraies informations. On ne dit pas « allez-y vous verrez bien » on leur dit « allez-y vous allez voir la sage-femme ou le médecin, l'anesthésiste, la conseillère conjugale... » on peut leur expliquer un peu tout.

L'amélioration du parcours de soin passe aussi par l'amélioration de l'accessibilité financière, en particulier pour les dépistages IST ou pour la contraception, non inclus dans le forfait IVG.

P8 : On a le CeGIDD qui vient faire une journée de consulte tous les 15 jours ici, et donc ça permet de faire les dépistages gratuitement pour ces patientes-là. On a la PASS aussi, pour les patientes qui n'ont pas du tout de couverture sociale, c'est eux qui vont gérer quand il va y avoir besoin de faire des ordonnances pour les antalgiques ou pour la bio, donc on travaille en

tandem avec eux pour ces patientes qui n'ont pas de couverture. Quand on a le cas qui se présente à nous on les appelle, on envoie la dame, on a les contacts et on échange entre nous quoi..

Tous les acteurs interviennent dans l'amélioration du parcours de soin, comme en témoigne la coordination avec un laboratoire pour l'anonymisation des données.

P14 : On travaille avec le laboratoire de proximité depuis longtemps puisqu'ici on est aussi un centre de dépistage et qu'on accueille beaucoup de mineures, on a une convention avec le laboratoire pour anonymiser les ordonnances, notamment par exemple les ordonnances de Béta-HCG. On peut faire en sorte qu'une IVG soit anonyme pour une femme mineure et aussi maintenant pour les femmes majeures.

L'engagement des participant·e·s dans l'amélioration du parcours de soin se manifeste également par une attention portée au recueil des événements indésirables.

P8 : Là on travaille sur une fiche de recueil des effets indésirables pour que les patientes puissent signaler quand il y a quelque chose qui ne se passe pas bien au niveau de la prise de rendez-vous, au niveau de l'IVG, au niveau de la post-IVG. Enfin on essaie de mettre en place des choses pour améliorer la prise en charge sur tout le territoire

IV.3.4) Améliorer la qualité des soins

Une approche pluridisciplinaire améliore la qualité des soins. L'intervention d'acteurs ayant des champs de compétences différents enrichit les prises en charges parfois complexes.

P11 : On travaille aussi beaucoup avec le centre des psycho-traumas de l'hôpital, on leur adresse quand même assez souvent des patientes et pour l'instant ils nous prennent globalement bien nos patientes dans les circuits.

La réseau ville-hôpital permet de passer la main à une équipe hospitalière pour proposer une prise en charge plus spécialisée pour la patiente.

P13 : Dès qu'il y a des problématiques très spécifiques sur des violences, sur des femmes qui ont des troubles psychiatriques, sur des femmes qui vivent des situations de vie très lourdes, on va être facilement en lien, surtout si on juge que psychologiquement le domicile ça pourrait pas se faire, on va s'appeler.

L'échange de pratiques entre les orthogénistes est primordial pour se tenir à jour des protocoles, en particulier lors de modifications législatives ou de nouvelles techniques.

P10 : En 2022 au moment de l'allongement du délai légal, ça, ça a vraiment été compliqué parce que c'était légiféré mais nous on ne savait pas comment faire des IVG entre 14 et 16 semaines, on n'avait pas l'expérience ! Tout le monde partait un peu au radar, de tester des

trucs, s'il fallait un nouveau matériel, si on met du syntocinon pour éviter l'atonie utérine et l'hémorragie.

IV.3.5) Diffusion d'information

Les réseaux de santé sont un moyen de diffuser des informations relatives à l'IVG, et d'en recevoir.

P9 : Là par exemple on a fait une fiche conseil qui est en libre accès pour tout médecin, sage-femme, à donner aux patientes, et que les patientes puissent regarder sur des domaines très variés de gynéco, de pédiatrie, qu'elles peuvent télécharger et c'est complètement accessible à tout le monde.

Un des champs d'action d'un réseau de soignant pourrait être de mener des actions auprès d'établissements scolaires pour sensibiliser les enfants et adolescents à la prévention de santé sexuelle et à l'orthogénie.

P4 : Je fais partie de l'association de libéraux sur le territoire, on intervient dans les collèges de la ville sur de la prévention de santé sexuelle, et du coup ça me permet de parler d'orthogénie.

IV.3.6) Satisfaction personnelle

Le dynamisme d'un réseau de soignants à mener des projets peut être enthousiasmant pour les participant·e·s, pouvant participer à entretenir la motivation à l'engagement.

P12 : On n'a pas mal de projets, on a fait pas mal bouger les choses, on essaie d'améliorer le parcours des patientes, on a refait un peu les locaux pour les rendre plus sympas, enfin voilà on essaie vraiment de faire en sorte d'améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge des patientes, donc ça c'est chouette aussi. Il y a un dynamisme aussi là-dedans.

Faire partie d'un ensemble de soignants dont on admire les membres et dont les actions sont jugées pertinentes peut favoriser la cohésion de groupe et l'envie de s'investir dans ce réseau.

P13 : Sur Lyon je trouve qu'on est plutôt bien organisé en réseau hôpital-ville, et est en permanence à essayer d'aller améliorer le truc pour que ça soit le plus fluide possible. C'est les chefs de service qui sont mis là-dedans et qui cherchent vraiment à faire quelque chose de cohérent, et moi je trouve ça hyper intéressant, que ça soit entre elles, que ça soit pour nous.

Sur le plan professionnel, faire partie d'un réseau d'orthogénie permet de s'ouvrir à d'autres problématiques liées à la santé de la femme.

P14 : On est inclus là depuis juin dans une étude nationale qui s'appelle Hirondelle qui a lieu sur 5 sites en France sur les violences faites aux femmes, on travaille avec la Maison des Femmes.

IV.4) Les attentes

Les réseaux de soignants sont dynamiques, et nécessitent des interventions régulières pour pérenniser les liens entre les participants. Quelles sont les attentes des soignants envers les réseaux et leurs membres ?

IV.4.1) Engagement

La pérennisation des réseaux résulte de la participation de chaque membre.

Une participante porte le projet d'un réseau d'orthogénie et s'astreint à maintenir du lien entre les membres pour qu'il soit pérenne.

P14 : Je suis vigilante à ce que le réseau soit vivant, et qu'on puisse communiquer, qu'il soit vraiment existant sur le territoire.

Une autre participante, également fondatrice d'un réseau, rapporte que la motivation et l'engagement de chaque participant est une condition nécessaire à la pérennisation de celui-ci.

P9 : Nous on veut que les personnes qui nous rejoignent aient envie de faire participer ce réseau-là, de faire continuer à faire grandir le réseau, d'apporter leurs qualités à chacun, leurs aptitudes et leurs compétences à chacun, des nouveaux projets. On peut pas tout faire tout seul, on aurait pas le tiers des idées qu'on a là, et puis on a besoin des autres pour partager.

IV.4.2) La formation

Des formations théoriques pour les professionnel·le·s de santé sont régulièrement proposées et bien appréciées des soignants.

P8 : Pour s'auto-améliorer, échanger sur nos pratiques, justement via les formations : des fois on a des webinaires que PLEIRAA organise.

L'intérêt d'un réseau de soignants pour l'orthogénie se porte entre autres sur l'amélioration de sa pratique par l'échange autour de cas.

P13 : Ce que j'attends d'un réseau c'est d'abord un échange sur des pratiques, un échange sur des connaissances.

La formation pratique est validée par un stage en service d'orthogénie hospitalier, et conditionne la convention entre les libéraux et l'hôpital de référence. La présence en stage permet la rencontre des partenaires et favorise le lien ville-hôpital.

P8 : Nous on travaille aussi avec des praticiens qui se conventionnent avec nous, on en a pas énormément par rapport aux HCL mais on commence quand même à en avoir de plus en plus : donc des sage-femmes et des généralistes qui font la formation avec PLEIRAA et qui viennent se conventionner avec nous.

A plus grande échelle, les centres d'interruption volontaire de grossesse hospitaliers partagent leurs connaissances et participent à la formation d'autres équipes à certaines techniques, comme la méthode instrumentale sous anesthésie locale.

P10 : En fait tous les 3 on est au Conseil d'administration du PLEIRAA qui est bien impliqué dans le territoire, et on est aussi en lien avec le REVHO parce que le 2ème hôpital c'est un centre un peu pilote pour l'IVG sous anesthésie locale, donc des fois t'as des gens d'autres régions qui viennent pour voir comment on fait les IVG sous anesthésie locale, parce qu'en fait il manque des places dans tous les blocs, et une salle blanche c'est plus facile à réaliser, et surtout c'est beaucoup plus bienveillant pour la patiente.

IV.4.3) Diffusion d'information

Les réseaux diffusent régulièrement des informations aux libéraux concernant les nouvelles recommandations ou les changements de protocoles. Ce partage d'information contribue à maintenir le lien entre la ville et l'hôpital.

P3 : Je pense que passer par de la transmission d'informations par exemple via les mailinglists, ça peut être pas mal aussi, si ils mettent en place un nouveau protocole et qu'ils envoient par mail à toutes les sages femmes.

Quant aux hospitaliers, ils semblent conscients des attentes des libéraux et s'investissent dans ce rôle.

P11 : Leur faire des petits updates si en ville ils ont pas eu le temps de se mettre à jour. Ben si on attend d'eux qu'ils soient au top des dernières nouveautés bah c'est aussi à nous de créer de la formation et de l'information.

IV.4.4) Réunions, rencontres

Tous les participants accordent de l'importance à rencontrer ses partenaires en présentiel, et à maintenir du lien en se réunissant régulièrement. S'ils s'investissent dans un réseau, ils attendent de leurs partenaires qu'ils s'investissent également dans le lien.

En ville, les soignants maintiennent du lien avec leur réseau informels de soignants de proximité.

P5 : avec les conseillères conjugales, certaines que j'ai rencontré, qu'on essaie de voir régulièrement pour maintenir le réseau.

Les réseaux formels comme les CPTS aident également à créer des moments de rencontre.

P4 : c'est vrai que c'est important pour nous de se retrouver. On fait régulièrement des repas de sage-femmes, on a fait le groupe de pairs des CPTS de sage-femmes, puis moi je revois mes anciennes collègues de l'hôpital que ça soit médecin ou sage-femme.

Se rencontrer, échanger, apprendre à se connaître : est source de cohésion pour fluidifier les échanges, où la priorité est l'amélioration de la prise en charge des patientes.

P14 : Et puis un échange sur la possibilité de pouvoir travailler ensemble le mieux possible, que ça soit fluide entre nous et qu'on puisse répondre le mieux possible à la demande des femmes.

Entre la ville et l'hôpital, les réunions annuelles sont largement appréciées des libéraux pour créer du lien et des temps d'échanges. Il en résulte une cohésion d'équipe.

P5 : le fait d'avoir ces réunions annuelles avec la ville, ça les rend accessibles, disponibles, ça fait comme une dynamique de groupe : ils regroupent tous les soignants avec qui ils sont conventionnés, on parle un peu de nos pratiques, on peut échanger, on peut voir qui d'autre a cette activité dans le secteur. Je trouve ça assez fédérateur moi j'aime bien.

Du côté des hospitaliers, ces réunions avec les libéraux sont aussi bienvenues et sont l'occasion d'apprendre à mieux connaître leurs interlocuteurs de ville et de s'assurer qu'ils ne présentent pas de difficulté particulière en cabinet.

P11 : on fait ça sous forme de cas cliniques donc c'est un peu interactif, puis après on avait fait un repas pour permettre à tout le monde de discuter.

P10 : on fait une réunion par an avec tous les gens qu'on a conventionnés, on leur fait une petite présentation, on leur demande s'ils ont des questions à poser.

Les services d'orthogénie hospitaliers se rencontrent également régulièrement.

P9 : On travaille beaucoup avec les HCL, on est présent à chaque réunion trimestrielle des centres d'IVG du Rhône, et puis on fait des groupes de travail avec les HCL.

Le lien avec le Planning Familial et les journées de rencontre organisées par le PLEIRAA sont également précieux.

P11 : J'ai déjà rencontré physiquement les gens du planning de Villeurbanne, et d'autres plannings aux alentours de Lyon ou dans Lyon, et il y a la journée PLEIRAA et donc ça aussi c'est un moment où on peut croiser les collègues de ville

IV.4.5) Perspectives

Au-delà des attentes qu'ont les soignants envers les réseaux, c'est-à-dire de maintenir du lien, de l'information et de la formation aux soignants ayant une activité d'orthogénie, quelles solutions pérennes envisagent-ils pour renforcer les réseaux de santé et la coordination entre les soignants de ville et à l'hôpital pour la prise en charge de l'IVG ?

L'une des priorités semble être de s'astreindre à être présents lors des temps d'échanges et de rencontre entre personnel médical et paramédical, pour renforcer le lien entre la ville et l'hôpital.

P13 : Je pense que dans un réseau il faut impérativement qu'on ait des gens qui nous mettent en lien, qu'on se rencontre, qu'on discute entre des personnes complètement différentes du médical et paramédical. Je pense que l'avenir il est là, c'est-à-dire si on veut pas saturer les hôpitaux aussi je pense qu'en libéral il faut absolument qu'on ait des aides pour se réunir, pour se rencontrer, pour qu'on se présente, pour qu'on se voit.

Pour que la coordination entre la ville et l'hôpital soit fluide, la coordination entre soignants libéraux doit l'être également. Les réunions en ville, comme celles organisées par les CPTS, doivent intégrer tous les intervenants qui participent à la prise en charge d'une IVG comme les conseillères conjugales, les pharmaciens et les biologistes. Sensibiliser le public et tous les professionnels de santé aux interruptions volontaires de grossesse permettrait de gagner en visibilité.

P5 : Dans mon projet sur 2025, peut-être pour la suite, ça serait justement de proposer un groupe de travail autour de l'information sur la prise en charge de l'IVG au sein de la CPTS du secteur, parce que c'est pas quelque chose qui est existant encore. Et comme l'offre de soins pour l'accès à l'IVG du secteur est assez restreinte, du coup je pense que ça sera un axe de travail intéressant : d'informer le public et les soignants de ce qui est possible de faire en libéral, et puis que notre partenaire privilégié c'est aussi l'hôpital qui est juste à côté.

La pérennisation des réseaux d'orthogénie passe par la formation d'étudiants pour les sensibiliser à cette activité.

P8 : On encourage les internes de gynéco à venir ne serait-ce que pour savoir comment adresser quand elles seront en ville, et on sent qu'il y en a quand même qui seront intéressées de continuer

d'en faire en ville. Donc on arrive quand même à avoir des fois des petites vocations par-ci par-là.

Valoriser cette activité passe aussi par la revalorisation par le financement des projets.

P14 : Pour l'instant on est un petit réseau, on se fait pas financer mais peut-être qu'un jour ou pourrait monter ensemble des projets, chercher des financements.

IV.5) Violence

Durant les entretiens, la quasi-totalité des participant·e·s ont spontanément abordé le sujet des violences, que ce soit pour la violence verbale de l'entourage ou des soignants, le témoignage de violences vécues par les patientes, le poids de la violence symbolique de l'IVG, parfois la violence du geste, des douleurs ou des saignements ou encore l'inscription des participants à des formations de prise en charge de femmes victimes de violences.

Ce chapitre explore le lien étroit que font les participant·e·s entre interruption volontaire de grossesse et violence.

IV.5.1) Constat de violences

En dépistant les contextes de violences actuels ou anciens dans le cadre d'une consultation d'IVG, les soignants constatent que les violences sexuelles, conjugales ou de l'entourage sont très fréquentes.

P7 : on demande les violences systématiquement, et il y a très régulièrement des patientes soit qui sont victimes de violence maintenant, soit dans un passé proche ou dans un passé plus lointain, mais c'est très fréquent.

P14 : on a une grosse activité autour des violences de tout type : on va de l'inceste au viol, violences conjugales.

Cette violence peut aussi être psychologique.

P4 : la question des violences en tous cas dans le cadre de l'IVG elle est hyper importante. Parce qu'on se rend compte que même en dehors de la violence sexuelle, du viol ou quoi que ce soit, il peut y avoir des violences psychologiques, des cadres familiaux compliqués, des antécédents dans l'enfance.

Le contexte social des patientes majore les situations de vulnérabilités.

P10 : En ce moment je suis une jeune fille qui vit dans un squat, qui a été abusée toute son enfance, prostituée par son père. C'est quelqu'un qui m'a fait beaucoup de peine, parce que tu

sais qu'elle repart dans son squat, qu'elle s'est faite violer il y a 15 jours encore, et qu'elle vit avec un homme qui la loge en échange de rapports sexuels...

Un participant ayant une activité en ville et à l'hôpital rapporte que les situations complexes ou difficiles de violences semblent plus fréquentes à l'hôpital. Le dépistage de ces cas peut être aidé par une prise en charge pluriprofessionnelle qui apporte un double regard et une expertise différente.

P7 : A l'hôpital on voit des cas beaucoup plus graves de violences, de viol. Parfois c'est la gendarmerie qui vient prendre la plainte à l'hôpital, et voilà on voit des cas plus graves qu'en ville, parce que l'hôpital est plus adapté pour ça aussi. Et en ville il y a eu des patientes qui avaient pas exprimé les violences, ou en tous cas que moi j'avais pas repéré en consultation, mais c'est avec les conseillères conjugales du planning qu'elles ont pu exprimer ça. Il y a une prise en charge réelle là-dessus.

La violence peut provenir du personnel soignant.

P1 : J'ai eu des cas de patientes que j'ai envoyé à la clinique, où le gynéco leur montrait l'écran, avec le cœur et tout, volontairement. Je trouve ça tellement barbare.

P8 : Une dame qui pleurait en salle de réveil et qui s'était faite envoyé bouler par l'infirmière qui la surveillait en disant « bah pourquoi vous pleurez ? Oui mais c'est normal vous venez de tuer votre bébé ».

Une participante rapporte que dans certains cas, les patientes placent le soignant en position de bourreau, par mécanisme de transfert.

P10 : Parfois on te met dans la position du bourreau, et ça moi c'est vraiment le truc que je vis le plus mal.

Les participant·e·s recueillent ces témoignages de violences, et peuvent se sentir démunis. Le constat d'un nombre important de situations difficiles, ou la gravité même des témoignages peut conduire à un épuisement émotionnel des soignants.

P11 : il y en a quand même pour qui soit l'IVG c'est compliqué, soit derrière ça cache des histoires de violences conjugales, soit il y a eu des violences dans l'enfance, et on est un peu le réceptacle de ces histoires-là.

P9 : Parfois il y a des situations qui sont difficiles à entendre, d'inceste : on a une adolescente de 13 ans qui a subi de l'inceste par son papa, enfin c'est pas facile quoi.

P14 : il peut y avoir des moments où je vais dire « là j'en peux plus de ces situations dramatiques » parce que c'est lourd. Alors nous les après-midis de consultation on va avoir peut-être 6-7 personnes maximum et quand on a fait déjà 3 situations de violence...

IV.5.2) Le réseau comme rempart à la violence

Parler de ces entretiens difficiles avec des collègues aide à supporter le poids de cette souffrance et à se soutenir mutuellement.

P2 : Plutôt des situations de violence, souvent c'est ce qui revient et où on a besoin de d'échanger.

Pour répondre à cette violence, les soignants se forment, se rassemblent et cherchent à apporter des solutions de soutien pour les patientes, par exemple avec les formations proposées par le PLEIRAA. La sensibilisation à des situations complexes aident les praticiens à affiner leur pratique.

P8 : on a mis en place un groupe de travail pour les patientes victimes de violences.

P4 : Des IVG à répétition chez les jeunes c'est pas rien, et souvent quand on creuse un peu, c'est des femmes qui ont vécu des violences j'ai l'impression. Et justement à la session PLEIRAA de l'an dernier c'est ce dont on parlait, c'était intéressant.

P10 : C'est plus la violence, enfin les passés de violences qui me heurtent en fait, dans mes prises en charge. Dans ces moments-là moi j'en discute beaucoup avec la sage-femme du centre de santé sexuelle, parce qu'elle a vraiment cette spécialité sur la violence, moi j'ai été nommée référente violences pour l'hôpital, donc je m'y intéresse. La maison des femmes fait que je m'y suis beaucoup intéressée, donc j'ai l'impression de progresser.

Un maillage en réseau se crée, et apporte une ressource importante aux soignants et aux patientes.

P10 : Il y a un maillage territorial qui existe notamment pour tout ce qui est violences faites aux femmes, il y a une équipe ressource aux Hospices civils qui réorientent les patientes.

IV.6) Perception de l'avenir

Comment les professionnel·le·s de santé pratiquant des IVG appréhendent l'avenir de l'accessibilité de l'IVG en France ?

L'entrave à l'IVG peut prendre des formes pernicieuses : une mauvaise orientation ou une baisse des effectifs conduit à une fragilisation de l'accessibilité pour avorter.

P3 : Moi c'est ça que je vois au quotidien : c'est une entrave à l'accès à l'IVG parce que les femmes ne vont pas être orientées tout de suite au bon endroit, ou ne vont pas savoir où aller, et qu'on a un manque de professionnels d'une manière générale et surtout sur l'hôpital !

Une participante craint que la méthode instrumentale puisse disparaître, en particulier pour l'anesthésie locale. La diminution de la part de la méthode instrumentale risque de faire baisser

le nombre de soignants formés à cette technique, qui ne pourront plus la proposer aux patientes sur tout le territoire.

P3 : Là où j'ai plus de doutes c'est sur les IVG instrumentales parce qu'il y a toute une génération de médecins qui sont en train de partir. Et là pour le coup il y a toutes les contraintes hospitalières qui ferment des lits, ou que « c'est pas intéressant l'IVG » et pour le coup là j'ai des doutes. J'ai peur pour les IVG instrumentales honnêtement.

Le climat politique actuel est une préoccupation des participant·e·s. La constitutionalisation de la liberté à avorter en France n'est pas perçue comme la garantie de la protection de ce Droit, et plusieurs participant·e·s craignent la possibilité d'une baisse de financement pour les services d'orthogénie, risquant de restreindre de fait son accessibilité.

En consultation, ils sont confrontés à l'accueil de demandes d'IVG de femmes provenant des Etats-Unis d'Amérique et de pays européens qui appliquent une politique restrictive sur l'avortement.

P9 : J'ai un peu peur avec les politiques qui arrivent parce que même si le droit est inscrit, les moyens qui seront donnés pour le faire ça peut être compliqué. J'ai un peu peur qu'il y ait des restrictions d'accès, que ce soit plus compliqué pour certains types de patientes de pouvoir faire une IVG. Et dans le monde oui ça fait un peu peur, parce qu'on a des patientes américaines qui nous appellent, ou même de pays d'Europe en disant « j'ai la possibilité d'aller en France, est-ce que je peux venir faire mon IVG chez vous ? ». On sent qu'il y a quand même un climat mondial qui est un peu effrayant.

D'autres participant·e·s sont plutôt confiant·e·s grâce à une organisation des soins optimale entre la ville et l'hôpital, née des efforts des services d'orthogénie hospitaliers et du PLEIRAA pour améliorer les protocoles et favoriser du lien entre les soignants.

P13 : Je suis plutôt optimiste, mais encore une fois parce que je pense que je suis dans une région dans laquelle il n'y a pas de problématique. Les Hospices civiles de Lyon se sont beaucoup dépatouillés. Il s'avère qu'on a des chefs de service qui sont intéressés, qui se battent, qui se connaissent bien, qui font vraiment plein de boulot ensemble par PLEIRAA.

Une participante souligne le rôle important que jouent les sage-femmes dans l'offre de soin. Les efforts collectifs faits par les sage-femmes peuvent apporter de la fierté et le sentiment d'appartenir à un groupe solidaire.

P3 : Plutôt optimiste ouais parce que je sens que les sage-femmes sont vraiment motivées pour faire des IVG, il y en a de plus en plus qui en font. Moi je vois entre 2019 où j'étais toute seule dans ce secteur et maintenant on est 5 ! Les sage-femmes se sont emparées je pense vraiment du problème.

Ce sentiment de fierté vis-à-vis des soignants pratiquant des IVG participe à la construction d'une identité professionnelle.

P10 : C'est une activité où les soignants ne sont pas là par hasard, je trouve qu'il y a pas de cons quand même. Enfin tu vois il y a quand même plutôt des gens bienveillants, qui ont envie de bien travailler, de bien s'occuper des gens, qui sont curieux de savoir comment font les autres.

Finalement, l'IVG est perçue comme un modèle de coordination entre la ville et l'hôpital.

P13 : Au final on cherche toujours à améliorer les choses, et l'IVG c'est vraiment un bon modèle de lien ville-hôpital, que ce soit administrativement avec l'ARS, médicalement avec les centres d'accueil et les professionnels libéraux : on a on arrive à faire quelque chose d'assez cohérent et d'assez intelligent avec les patientes.

DISCUSSION

I) Résultats principaux

Les entretiens mettent en évidence le rôle essentiel et nécessaire du lien entre la ville et l'hôpital pour répondre au mieux aux demandes d'IVG des patientes en garantissant la sécurité physique et émotionnelle de cet acte d'une part, et pour apporter un soutien logistique et émotionnel aux soignants d'autre part. Les réseaux formels et informels s'entremêlent et se complètent pour former un maillage solide et performant de soignants, impliqués et engagés pour maintenir l'accès au droit fondamental de l'IVG sur leur territoire. La rencontre des partenaires, le compagnonnage et le partage de valeurs semblent être déterminant pour l'adhésion aux réseaux. Les temps d'échanges sont appréciés, mais pourraient être revalorisés financièrement. Pour perdurer, ces réseaux dépendent d'initiatives individuelles et de dynamiques collectives, comme l'harmonisation des protocoles, les formations, la solidarité ou le soutien mutuel ; mais doivent rester souples en respectant l'autonomie de chacun. La diffusion d'information concernant le parcours de soin et l'offre de soin en orthogénie sur un territoire au public et à tous les soignants pourrait améliorer la visibilité des réseaux, et donc l'accessibilité à l'IVG.

II) Comparaison des résultats avec la littérature

1) Trajectoires personnelles et difficultés rencontrées

Le parcours professionnel des sage-femmes, généralistes et gynécologues orthogénistes résulte de la convergence de motivations personnelles à se former à l'IVG, comme un esprit militant ou une appétence pour la prise en charge globale de la santé des femmes, avec l'expérience d'un épanouissement en stage d'orthogénie ou d'une relation professionnelle inspirante les ayant encouragés à se former.

Dans leur pratique, les soignants construisent une relation de confiance avec les patientes, dont la reconnaissance et le sentiment de faire la différence renforcent leurs motivations, et trouvent de la satisfaction dans l'intersubjectivité. En menant une action de santé publique, ils ont le sentiment d'être utiles. Ces motivations sont cohérentes avec l'étude de Escoubet sur le développement de l'offre de soin d'IVG médicamenteuse en 2015 (20).

Pour se former aux IVG et pour les pratiquer avec la contrainte de délais légaux, les orthogénistes doivent s’entourer de personnel multidisciplinaire médical ou paramédical avec entre autres : biologistes, pharmaciens, échographistes, infirmières, anesthésistes, conseillères conjugales et familiales, psychologues, assistantes sociales. Ils sociabilisent par des rituels professionnels comme le porte-à-porte, se rencontrent au fur et à mesure des réunions ou bénéficient du carnet d’adresse de leurs collègues et se constituent ainsi un réseau de relations localisées. Ce réseau leur confère un capital social mobilisable, c’est-à-dire un ensemble de ressources de relations professionnelles permanentes et utiles, dont le volume et la nature varie, et sur lesquelles ils peuvent compter et où l’échange de services est la règle. D’après Bourdieu, ce capital social apporte un sentiment de reconnaissance et un certain pouvoir (41) qui pourrait être représenté ici par la possibilité d’obtenir des examens complémentaires, avis ou plages de bloc opératoire avec plus de fluidité, dans l’intérêt des patientes.

Ils communiquent préférentiellement par courrier, téléphone ou Whatsapp®, mais pour garantir la sécurisation des données d’autres outils pourraient être pertinents, par exemple l’outil TeamDoc ou MonSisra.

Les soignants font connaître leur activité d’orthogénie par le bouche à oreille, via l’annuaire IVGLesAdresses ou le numéro vert 0 800 08 11 11, mais ils s’exposent à un risque pour leur propre sécurité comme en témoignent les actes de vandalisme anti-IVG dans plusieurs communes en 2023 (42).

Peu de complications sont rapportées. La technicité, l’efficacité et la sécurité émotionnelle et physique des interruptions volontaires de grossesse en ville sont acquises, comme le souligne l’étude de Faucher (34).

Les consultations d’IVG sont jugées chronophages et financièrement peu valorisées comme le rapporte Leroy (43), mais les soignants s’adaptent et anticipent la durée des consultations et leur intérêt pour cette pratique dépasse la faible rémunération. Prendre le temps pour leurs patientes est rapporté comme une qualité de soin qu’ils mettent en avant.

Les participants ne rapportent pas de notion de concurrence.

Le travail de Guigui-Rutkowska rapporte une difficulté dans l’obtention d’examens complémentaires dans le Val de Marne et Seine et Marne en 2020 (44), qui n’est pas retrouvé ici. Les orthogénistes doivent s’entourer de partenaires privilégiés facilitant l’obtention d’examens complémentaires, et cette différence peut être en partie expliquée par la différence

géographique de l'étude. Cependant, certains soignants rapportent un manque de conseillères conjugales et familiales et de psychologues en ville, et même lorsqu'il existe une offre de soin de CCF et de psychologue sur un territoire, le non-remboursement de leurs consultations est un frein à l'adressage, alors même que ces consultations sont jugées importantes par les soignants.

2) Organisation de la coordination ville-hôpital

Pour une prise en charge d'une IVG, un soignant peut ressentir le besoin de coopérer dans les cas où la prise en charge nécessite une compétence qu'il ne possède pas lui-même (biologie, échographie, technicité instrumentale...). Cette organisation repose sur des réseaux performants et déjà bien établis. La coordination entre la ville et l'hôpital s'appuie d'abord sur une bonne coordination entre professionnels de ville. Comme le notait Hidoussi, la majorité des interactions professionnelles en ville est représentée par des réseaux informels entre soignants (35). Ils s'échangent des services, des avis informels, et peuvent s'apporter un soutien mutuel tant émotionnel que logistique. La proximité, la disponibilité, la confiance et le partage de valeurs communes déterminent le choix des partenaires, dont certains deviennent des partenaires privilégiés.

Les réseaux formels comme les réseaux entre les soignants conventionnés avec leur hôpital de référence concentrent des interactions de formation, de diffusion d'information et de technicité. Les usagers valorisent les temps d'échanges et de rencontre, qui contribuent entre autres à construire un sentiment de cohésion. L'intérêt des médecins généralistes et des sage-femmes pour les réseaux d'orthogénie était retrouvé chez Martel, qui mettaient en avant le compagnonnage (45).

La coordination entre acteurs de santé repose sur une dualité entre l'idéal de travail collectif, perçu comme stimulant intellectuellement et source de qualité des soins, et le respect de son autonomie professionnelle avec les notions d'indépendance et de libre choix, comme le retrouvait l'étude de Sarradon-Eck sur les relations interprofessionnelles en réseaux informels de santé (37).

L'adhésion aux réseaux de santé est conditionnelle et n'est pas figée. La collaboration et la coordination entre soignants peuvent présenter des freins, des contraintes, et peuvent parfois être conflictuelles.

Les freins à la collaboration entre deux soignants pour la prise en charge d'une IVG sont le manque de disponibilité avec des délais de rendez-vous importants, une communication difficile comme le fait d'être peu joignable, des mauvais retours des patientes concernant une attitude ou des propos malveillants d'un autre soignant, ou un déficit de formation ou de connaissance des protocoles. Pour les réseaux formels en général, les freins à la coordination peuvent être la crainte de la lourdeur administrative, les enjeux politiques de luttes de pouvoir, ou encore la crainte de contrôle de la pratique en devant « rendre des comptes », mais dans le cas des réseaux formels d'orthogénie (PLEIRAA, Réseau d'IVG du pays Voironnais, conventions...) en Auvergne-Rhône-Alpes ces freins ne sont pas cités et ne constituent pas un obstacle.

En orthogénie, les freins à la coordination en réseau relèvent surtout de difficultés interpersonnelles conduisant à éviter les interactions professionnelles et à exclure certains soignants du réseau formel ou informel (mauvais retours, comportements inadaptés, propos malveillants, défaut de compétence...)

Les contraintes rapportées sont de nature organisationnelle avec un aménagement de l'agenda pour les stages de formations et les réunions régulières, et d'adaptation des nouveaux protocoles. Ces contraintes sont citées, mais sont perçues comme nécessaires et ne sont pas des obstacles à la poursuite de la coordination en réseau.

Les conflits interviennent lorsqu'un soignant ne répond pas à la demande d'un prescripteur : par exemple avec un compte rendu échographique peu détaillé, lorsqu'il existe un défaut d'adressage comme l'orientation vers une sage-femme en ville alors que la patiente aurait préféré une méthode instrumentale rallongeant le parcours de soin, ou lorsqu'un soignant hospitalier présente un comportement malveillant envers une patiente, pouvant entraîner un signalement à la direction.

Les attentes qu'ont les soignants envers les réseaux sont des formations, des temps d'échanges, de la diffusion d'information et une communication facilitée. Concernant les individus qui portent les projets de réseaux, les attentes qu'ils ont de leurs usagers est la participation aux projets des réseaux.

En adhérant à un réseau formel ou en s'impliquant dans un réseau informel, ils tirent des bénéfices : ils construisent des relations de confiance avec leurs partenaires via des rencontres organisées, ils bénéficient de temps d'échanges de pratique et d'une formation continue leur permettant d'améliorer la qualité des soins, d'améliorer le parcours de soins, et

de rompre l'isolement. La pluridisciplinarité permet une prise en charge centrée sur la patiente, en mobilisant des ressources psycho-sociales variées et complémentaires pour mieux accompagner les patientes, en particulier pour les situations de vulnérabilité (situation de précarité financière, d'addiction, de violences...). Une prise en charge holistique est le gage d'une qualité de soins, où chaque acteur a un rôle complémentaire, pouvant conforter les usagers dans le fait de travailler en réseau.

Ces attentes et bénéfices sont similaires aux résultats de l'étude de Dupont sur l'adhésion des usagers au réseau de périnatalité Aurore en Auvergne-Rhône-Alpes (36).

Les réseaux d'orthogénistes libéraux et hospitaliers résultent de collaborations singulières et de relations professionnelles dynamiques. Pour perdurer, ils nécessitent des initiatives individuelles et des efforts collectifs perpétuellement renouvelés. Parmi eux, la participation des soignants lors des temps de rencontres permet d'identifier les intervenants, de créer des partenariats locaux et de fluidifier les échanges. Les formations permettent une mise à jour des protocoles et des différentes organisations hospitalières. L'harmonisation des protocoles et des fiches de liaison et l'extension de « l'hôpital de référence » à tous les Hospices Civiles de Lyon en cas de complication d'IVG médicamenteuse en ville améliore la cohésion d'équipe. Ce travail d'harmonisation de protocole est co-construit par les services hospitaliers et le PLEIRAA. La communication est facilitée par des lignes directes ou par messagerie, et semble fluide et respectueuse. La coordination pendant les périodes de vacances par le recensement des présences et absences des orthogénistes avec le PLEIRAA et l'ARS permet d'actualiser les plannings pour orienter les patientes, par exemple avec le numéro vert, et participe à la permanence de soins pour les IVG médicamenteuses.

L'implication dans les projets collectifs, le respect mutuel, la considération et la reconnaissance de chacun des acteurs de soin des réseaux et les propositions de projets communs pertinents semblent avoir un impact positif sur l'investissement personnel dans les réseaux d'orthogénie.

Par le lien entre les libéraux, les centres de santé sexuelles, les hospitaliers, les services publics comme l'ARS, les réseaux comme le PLEIRA et les associations comme le Planning Familial, l'IVG en zone urbaine en Auvergne-Rhône-Alpes se présente comme un modèle de coordination ville-hôpital remarquable par sa cohésion et son efficacité, en particulier pour la

méthode médicamenteuse. Le développement de la méthode instrumentale et de l'anesthésie locale en salles blanches est un enjeu pour garantir le libre de choix de la méthode aux patientes.

Cette coordination semble solide mais repose sur des soignants dévoués, dont l'implication envers les patientes ou leurs collègues peut les amener à surcharger leurs emplois du temps pour répondre à la demande avec la contrainte des délais stricts, et à proposer des rendez-vous « entre midi et deux » « après les consultations » « entre deux rendez-vous », pouvant potentiellement être source d'épuisement. La bonne connaissance de l'offre de soin en ville et à l'hôpital, la confiance en ses correspondants avec le soutien des institutions peuvent permettre de limiter cette surcharge individuelle, pour répartir la demande lorsque cela est possible et consenti par la patiente. La question de la coordination pourrait être plus délicate en zone rurale où certains services d'orthogénie, centres de santé sexuelle ou libéraux concentrent la majorité des actes et où la question de la coordination peut être limitée par la réalité de désert médical ou d'éloignement géographique.

Les CPTS regroupent des professionnels volontaires d'un même territoire autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. Elles sont conçues pour aider les soignants à se coordonner pour mieux structurer leurs relations, et d'amélioration de l'accès aux soins. Elles pourraient participer à améliorer également l'accessibilité à l'IVG et aux réseaux d'orthogénie par la diffusion d'informations lors de réunions de soignants libéraux pratiquant ou non de l'IVG sur un territoire.

3) Représentations

Les entretiens mettent en lumière les représentations qu'ont les participants d'eux-mêmes et de leurs missions, ainsi que celles de leurs partenaires professionnels et de l'idéal qu'ils se font d'un « bon soignant ». En parallèle des compétences techniques de l'IVG, l'idéal d'un « bon soignant » décrit par plusieurs soignants se construit plutôt autour des notions d'empathie, de respect de l'intégrité corporelle et psychique des patientes, d'engagement, et place les compétences relationnelles au premier plan.

Les orthogénistes interrogés s'entourent de soignants qui partagent ces valeurs, et limitent les interactions avec ceux dont les comportements ou les pratiques semblent aller à l'encontre de celles-ci. Ils affinent leur pratique par l'expérience avec les patientes, par l'observation et les conseils de leurs collègues, et par opposition des contre-modèles.

Plusieurs participants décrivent le sentiment d'appartenir à une équipe avec des valeurs communes. Partager ou rejeter certaines valeurs, discours et comportements permet de

s'identifier à un groupe particulier, et de se distinguer des autres. Cette distinction va contribuer à construire une identité professionnelle d'orthogéniste qui semble être définie par la compétence technique de l'IVG, la prise en charge de l'aspect psycho-social, l'approche bienveillante envers les patientes et les collègues, et l'engagement militant de l'acte. Les orthogénistes se reconnaissent dans leurs partenaires, et les exigences qu'ils ont envers eux se superposent à celles qu'ils ont envers eux-mêmes. Le sociologue des organisations Brubaker conceptualise la « groupalité » comme « le sentiment d'appartenir à un groupe limité et solidaire comme segment professionnel particulier » (46), tout en respectant chacun leur personnalité et en cultivant la diversité.

L'élaboration de leur savoir-faire et savoir-être par mimétisme et opposition, et la construction de relations d'interdépendance semblent poser les bases de la collaboration et de la coordination pour réaliser des IVG. Les représentations que les orthogénistes ont du soin (accompagnement global, aspect social), de soi (idéal d'un bon soignant, compétences relationnelles au premier plan, volonté de toujours questionner sa pratique et de l'améliorer), des patientes (avoir conscience de tout type de violence entourant potentiellement l'IVG, relation soignant-soignée intime, vulnérabilité potentielle) et des collègues (idée que le collectif est bénéfique), contribuent à façonner cette identité professionnelle et pourraient influencer leur rapport aux relations interprofessionnelles et leur degré d'implication dans le collectif.

Ces représentations ne sont pas figées, et évoluent avec la réorganisation des rôles entre professionnels. Le rôle des médecins généralistes et en particulier des sage-femmes est de plus en plus important dans l'offre de soin d'orthogénie. Les récents élargissements de champ de compétences des IVG médicamenteuses puis instrumentales aux sage-femmes, qui répondaient à un défaut d'offre de soin en matière d'orthogénie, ont pu être vécu initialement comme une délégation d'un acte considéré comme chronophage et dévalorisé financièrement. Cependant, plusieurs sage-femmes rapportent s'engager avec fierté dans cette activité et à assurer l'offre de soin, comme le constate le travail sur l'engagement des sage-femmes en orthogénie de Borel (47). Elles mettent en avant les qualités humaines, et leur disponibilité pour les patientes.

L'évolution de la répartition de l'offre de soin entre gynécologues, généralistes et sage-femmes, a un impact sur les identités professionnelles de chaque groupe, et la question de la pérennisation de l'accès à l'IVG semble indissociable de la question de la revalorisation du forfait IVG et de la profession de sage-femme.

Depuis la production de médicament abortif ou de matériel instrumental jusqu'à la consultation post-IVG, la prise en charge d'une IVG repose sur la division du travail entre plusieurs acteurs. Cet acte s'organise sur de l'interdépendance, et est exposé au risque d'une pénurie de médicaments ou de matériel. Dans sa recherche sur la division du travail, Durkheim questionne le sens qu'on donne à l'interdépendance (au-delà d'une réponse à des contraintes économiques de productivité par la spécialisation du travail) et constate qu'elle produit de la solidarité et de l'engagement pour le groupe (48).

Le sentiment d'appartenir à un groupe, le plaisir d'être uni, le sens du devoir, l'engagement et faire l'expérience de la solidarité pourraient être des déterminants sociaux à la collaboration et coordination.

4) Violence et aspect psychosociaux

Lors des entretiens, le mot « violence » a été abordé spontanément par 11 des 14 participant·e·s. La redondance de cette notion justifie de s'interroger sur le lien entre IVG et violence, et plus largement santé sexuelle des femmes et violence. A titre de comparaison, le thème de la sexualité a été abordé spontanément par 2 participants.

Cette notion de violence se décompose en plusieurs aspects :

La violence symbolique de l'IVG vécue et rapportée par les patientes, qui peuvent parfois ressentir de la honte ou de la culpabilité. Cette culpabilité peut être induite par des propos ou attitudes malveillantes de soignants ou de l'entourage.

Les discours culpabilisants, les fausses informations, les contenus choquants et dissuasifs connaissent un récent rebond sur les réseaux sociaux. Ces messages anti-avortement alimentent cette violence symbolique (49).

L'acte instrumental lui-même ou l'expulsion du sac gestationnel peuvent être vécu comme violents par les soignants et par les patientes, car ils peuvent entraîner des saignements, des douleurs ou la vision du fœtus lorsque le terme est avancé.

Mais les formes de violence les plus rapportées par les soignants sont de nature psychologiques, physiques ou sexuelles, subies actuellement ou dans le passé par les patientes. Le dépistage de ces violences faites aux femmes est reconnu comme un enjeu de santé publique, par la violation des droits de la femme, par son volume dans la population générale, et par leurs conséquences sur la santé psychique, traumatique ou gynécologique (féminicides,

suicides, troubles anxio-dépressifs, exposition aux IST, isolement, incapacité à travailler, IVG...) (50).

L'étude de Zaazou de 2019 rapporte qu'une femme sur deux demandant une IVG a été exposée au moins une fois à une forme de violence sexuelle au cours de sa vie (51), contre 14% dans la population générale d'après l'enquête VIRAGE (52). La consultation pour une IVG apparaît donc comme une fenêtre d'opportunité pour dépister ces violences psychologiques, physiques ou sexuelles, comme le souligne l'étude de Poncet (53).

Mais lorsqu'une situation de violences est dépistée, les soignants rapportent pouvoir manquer de ressources et peuvent se sentir démunis.

Pour aider les soignants dans l'accompagnement des femmes victimes de violences, la HAS souligne l'intérêt d'un réseau de proximité avec des partenaires pluridisciplinaires, pour proposer une prise en charge adaptée et spécialisée avec si besoin une consultation en psycho-traumatismes (54).

L'Académie Nationale de Médecine avait émis en 2002 dix actions prioritaires pour aider à la prise en charge des violences conjugales (55), dont certaines restent d'actualité et pourraient être extrapolées aux violences faites aux femmes en général :

- * Sensibiliser les médecins et les professionnels de santé. Les inciter à dépister les violences (conjugales) au moindre soupçon. Organiser des formations multidisciplinaires sur le sujet pour tous les professionnels de santé.
- * Encourager la formation de réseaux facilitant la coordination entre les médecins généralistes, les hospitaliers, les médecins spécialistes, notamment les psychiatres, les travailleurs sociaux, les membres des associations. Recenser au niveau régional les réseaux qui se constituent et en diffuser l'existence.
- * Organiser à l'échelon local, des rencontres entre les médecins et les autres intervenants : magistrats, policiers, gendarmes, travailleurs sociaux, membres des associations afin d'examiner les dossiers les plus épineux et faire évoluer l'accueil de 1re intention (commissariats de police, brigades de gendarmerie, hôpitaux) et le suivi des femmes victimes.

Au-delà de la prise en charge individuelle, la prévention et le dépistage passe aussi par une action collective et sociétale. Ainsi les réseaux pluridisciplinaires de proximité sensibilisés à la question de la violence apparaissent comme une solution d'accueil de la parole des femmes, d'accompagnement psychologique et juridique et de mise à l'abri.

La prise en charge des situations de violence peut être source d'épuisement professionnel, et s'entourer d'un réseau compétent pourrait permettre aux soignants de se soutenir les uns et les autres et de prévenir l'épuisement. Des actions de prévention et d'information doivent-être

menés à tous les niveaux (individuel, associatif et institutionnel) et à l'aide de modes de diffusions variés : internet, affiches en lieux publics, réunions d'informations. Elles sont indispensables pour lutter contre les discours de désinformation anti-avortement, et pour permettre aux femmes de faire valoir leurs droit à une information fiable et à un accompagnement bienveillant.

5) Perspectives pour la pratique

L'accès à l'IVG dépend du cadre législatif et financier, mais aussi de l'engagement des soignants à en pratiquer. Les réseaux d'orthogénie entre la ville et l'hôpital semblent constituer un filet de sécurité et de soutien pour faire perdurer cet engagement d'une part, et l'accessibilité à l'IVG d'autre part. C'est dans ce contexte qu'une attention particulière doit donc être donnée à l'organisation collective des soins en matière d'IVG.

Quelques propositions résultent de ce travail de recherche pour renforcer la coordination ville-hôpital pour l'orthogénie pour les soignants pratiquant des IVG :

- **Identifier les acteurs de soin sur un territoire** : en particulier pour les CCF, les psychologues formées à l'IVG, les référents médico-judiciaires, les associations ...
- **Favoriser et valoriser financièrement les rencontres et les temps d'échanges en présentiel** : pour construire des relations de confiance et fluidifier la communication
- **Valoriser les formations continues**, en présentiel et en distanciel, et en particulier pour **la prise en charge des violences faites aux femmes**
- **Améliorer la communication** via les compte-rendu et courriers, ou via des outils communs avec messagerie sécurisée de type Team'Doc ou Sisra ; valoriser financièrement les avis par exemple via Omnidoc
- **Proposer un référent comme interlocuteur privilégié par hôpital et en ville par territoire pour faciliter les communications**
- **Améliorer la visibilité de l'offre de soin sur un territoire**, et en particulier pour les délais d'attentes. Par exemple rendre visibles les agendas de consultation des services d'orthogénie et des libéraux sur IVGlesadresses.org pour mieux orienter
- **Rembourser les actes des CCF et psychologues dans le forfait IVG en ville**
- **Harmoniser tous les protocoles et fiches de liaisons sur un territoire élargi**

Si la coordination ville-hôpital en orthogénie est performante, l'accès à ce réseau est parfois plus délicat pour les patientes et pour les soignants ne pratiquant pas d'IVG. Ces propositions peuvent donc participer à améliorer la visibilité de l'offre de soin et à faire perdurer les réseaux d'orthogénie :

- **Sensibiliser le public et tous les soignants à l'IVG et au parcours de soin avec des campagnes d'informations nationales via différents modes de diffusion** (internet, presse, télévision, affichage dans les espaces publiques...) et les répéter dans le temps.
- **Favoriser les temps de rencontres avec tout personnel soignant sur un territoire** : soignants pratiquant ou non des IVG, pharmaciens, biologistes...
- **Intégrer des journées de stage en orthogénie pour tous les étudiants en médecine générale, gynécologie et maïeutique.**
- **Valoriser la participation aux actions d'éducation et de prévention à la vie sexuelle et affective aux enfants, adolescents**

III) Forces et limites

Il s'agit de la seule étude s'intéressant spécifiquement au ressenti de gynécologues, généralistes et sage-femmes ayant pratiqué les IVG vis-à-vis de l'organisation des soins entre la ville et l'hôpital en Auvergne Rhône Alpes.

Elle a reçu un avis favorable du comité d'éthique du CUMG de l'université Lyon 1.

1) Le choix de la méthode

La question de recherche de cette étude concernait le vécu des soignants pratiquant des IVG en Auvergne-Rhône-Alpes concernant la coordination de soin entre la ville et l'hôpital en réseau. Le choix de la méthode qualitative et de l'approche inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique est adapté pour répondre à cette question car elle a permis d'explorer les ressentis des participants sur ce sujet, de faire émerger leurs représentations, leurs interrogations, et leurs perceptions.

L'utilisation de questions ouvertes durant les entretiens semi-directifs ont permis aux participants de s'exprimer librement, en limitant les suggestions potentielles.

Le point de départ des entretiens était leur parcours professionnel et motivations à se former à l'IVG, permettant d'avoir une vue d'ensemble large sur leur personnalité et leur ressenti.

2) Le recrutement des participants

Les participants étaient informés du sujet de la thèse. Leur participation était fondée sur le volontariat, pouvant entraîner un biais de sélection en recrutant les soignants les plus impliqués dans la question de la coordination ville-hôpital et des réseaux. La poursuite de la sélection par l'effet boule de neige majore ce risque de biais.

Il n'existait pas de relation préexistante avec les participants avant les entretiens, hormis une participante qui m'a été recommandée par un proche qui travaille avec, pouvant donner un biais de désirabilité.

L'échantillon est homogène et raisonné, mais l'analyse manque malheureusement de profil comme : un ou une sage-femme hospitalière et un ou une gynécologue libérale.

3) La réalisation des entretiens

Les entretiens individuels ont été réalisés face à face ou en visioconférence, permettant de libérer la parole. Le choix d'entretien individuel permet de s'affranchir du biais du leader, et des réticences à exprimer ses idées personnelles en public, en particulier lorsqu'il s'agit d'évoquer des relations conflictuelles professionnelles.

Cependant un focus group pourrait permettre de faire émerger des idées nouvelles concernant la coordination.

Il s'agissait d'une première expérience de recherche, et malgré la tentative de neutralité, mon approche a pu involontairement influencer leurs discours pouvant conduire à un biais d'investigation.

L'enregistrement audio des entretiens peut conduire à un biais de désirabilité sociale, et à dire ce qui serait socialement attendu, ou à lisser les propos.

Ce biais est limité par l'anonymisation des données.

La durée moyenne d'une heure par entretien et le nombre d'entretien a permis la redondance des occurrences.

J'ai réalisé seule les entretiens et la retranscription, ce qui peut omettre certains éléments du langage non verbal.

4) L'analyse des données

La subjectivité de l'analyse des données est une des limites de cette étude, pouvant conduire à un biais de confirmation.

L'utilisation d'un journal de bord permet de lister les représentations initiales. Celui-ci a été alimenté pendant toute la durée de recherche.

Les entretiens ont été méthodiquement codés, puis un travail d'organisation et de structuration a permis de faire émerger des thématiques principales.

L'analyse des données a été confrontée avec deux investigatrices par triangulation, dont le résultat des discussions ont été prises en compte pour l'analyse finale.

IV) Perspectives

Une analyse par théorisation ancrée faisant intervenir tous les acteurs de la coordination de soin dans l'IVG (biologistes, CCF, secrétaires...) pourraient être pertinente pour comprendre d'avantage cette organisation des soins, et proposer un modèle explicatif global.

L'IVG se présente comme un modèle de coordination entre la ville et l'hôpital, dont l'organisation suggère l'importance du rôle de la rencontre des partenaires, tout en respectant l'autonomie de chacun.

Nom, prénom du candidat : **Laura HOUANG**

CONCLUSIONS

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un droit fondamental. En France, le nombre d'IVG annuel augmente depuis 2022 avec la part de la méthode médicamenteuse. En Auvergne-Rhône-Alpes (AURA), 41% des IVG sont réalisées en ville. Les médecins généralistes, sage-femmes et gynécologues se partagent cette activité. Cette nouvelle distribution nécessite une coordination étroite entre les professionnels de santé pour répondre à la demande dans un délai contraint. L'objectif principal était d'explorer le vécu des soignants ayant une activité d'orthogénie, concernant la coordination entre la ville et l'hôpital en AURA.

La réalisation de quatorze entretiens semi-directifs a permis de recueillir leur ressenti, motivations et freins. Il s'agit de la seule étude sur ce thème à Lyon.

L'observation des soignants interrogés révèle des traits de personnalité communs, tels qu'un intérêt marqué pour une approche globale de la santé des femmes, et des convictions militantes en faveur de leurs droits. Leurs trajectoires professionnelles résultent de la convergence de motivations personnelles, d'un épanouissement vécu lors de stages en orthogénie durant leur formation initiale, et du soutien de pairs plus expérimentés qui les ont accompagnés dans leur apprentissage. Malgré une activité perçue comme chronophage et peu valorisée sur le plan financier, l'orthogénie procure un sentiment d'utilité, une satisfaction dans le lien intime et de confiance créé avec les patientes et dans la réflexion autour de la recherche d'une prise en charge personnalisée. L'engagement personnel, la satisfaction dans l'intersubjectivité avec les patientes et le compagnonnage semblent constituer les déterminants initiaux favorisant le travail collectif en orthogénie.

Dans leur pratique, les soignants s'entourent d'autres professionnels de santé de proximité, et construisent ainsi un capital social mobilisable au service des patientes. Le choix des partenaires repose sur le partage de valeurs et de pratiques, telles que l'empathie, le respect de l'intégrité corporelle et émotionnelle des patientes, une approche globale incluant les aspects socio-culturels, la solidarité et une conception humaine et intime du soin. Les attentes qu'ils expriment à l'égard de leurs partenaires reflètent les exigences qu'ils ont envers eux-mêmes, et leur idéal du « bon soignant ». L'indignation suscitée par des comportements malveillants ou inappropriés de la part d'autres professionnels marque leur distinction par opposition. Ces rapports de mimétisme et de rejet contribuent à la construction de leur identité professionnelle d'orthogéniste, et renforce le sentiment d'appartenance à un groupe solidaire, complémentaire et interdépendant, où les compétences relationnelles sont valorisées. En choisissant leurs partenaires et en entretenant ces liens, ils construisent un collectif pérenne à travers lequel ils font également l'expérience de la reconnaissance de leur humanité. Ces éléments alimentent à leur tour l'attrait pour le travail collectif en orthogénie.

La coordination des soins en orthogénie repose sur un équilibre entre l'idéal du travail collectif et le respect de l'autonomie professionnelle. Le travail en équipe autour de l'IVG permet d'actualiser ses connaissances, d'améliorer ses pratiques, de se sentir soutenu et rassuré, tant sur le plan émotionnel que dans l'organisation des prises en charge. La coordination entre les soignants facilite les échanges d'informations, optimise les parcours de soin, et contribue à réduire les délais de rendez-vous. Le pluriprofessionnalisme apparaît comme un garant de la qualité des soins, en particulier dans l'accompagnement des patientes en situation de vulnérabilités.

Les tensions entre soignants orthogénistes sont peu nombreuses, et les participants ne rapportent pas de concurrence marquée. Les conflits sont principalement liés à des défauts de communication ou à des problèmes d'adressage. Des tensions peuvent émerger avec des professionnels ne pratiquant pas d'IVG lorsque des comportements malveillants sont observés, conduisant au rejet ou évitement des interactions.

En ville ou à l'hôpital, les réseaux informels de proximité concentrent la majorité des interactions professionnelles, et se fondent sur la disponibilité et la confiance dans les qualités humaines de chacun vis-à-vis des patientes. Ces réseaux favorisent l'échange de services, des demandes de réassurance ou d'avis, et donnent parfois lieu à des liens amicaux. Les réseaux formels répondent à des besoins spécifiques de technicité, de formation et de transmission d'informations. Ils se traduisent par des demandes d'avis spécialisés, des transmissions pour l'orientation des patientes vers le plateau technique, des rencontres autour de formations, le partage de protocoles communs ou encore la coordination des plannings en périodes de vacances. Les efforts continus initiés par ces réseaux pour améliorer les prises en charge, analyser les pratiques et renforcer les liens entre hospitaliers et libéraux, contribuent à fédérer les orthogénistes.

Malgré ces avancées et la volonté de collaborer et de s'améliorer, plusieurs obstacles freinent encore l'accès à une prise en charge optimale. Les délits d'entrave, les comportements culpabilisants et le manque d'information sur l'IVG persistent, tant pour le public que pour les professionnels. Une solution serait de diffuser régulièrement des informations à tous les professionnels, qu'ils aient ou non une activité d'orthogénie, afin de les sensibiliser au parcours de soin de l'IVG, via des réunions ou même des échanges par courriels.

La prise en charge des violences faites aux femmes est une préoccupation majeure. Les soignants se forment à l'accompagnement, tissent des liens avec les associations, les médecins légistes, les forces de l'ordre, ou la Maison des femmes. Les réseaux de soignants sensibilisés et formés à la question de la violence peuvent être une ressource pour les soignants, et ils constituent un espace de sécurité pour recueillir les témoignages des patientes et pour l'orientation vers des interlocuteurs spécifiques. Ces réseaux apparaissent comme un rempart face à la violence.

Les réseaux doivent être entretenus et pérennisés. Les initiatives individuelles et les dynamiques collectives, avec des échanges réguliers entre les partenaires, sont cruciaux pour leur stabilité. Ces temps d'échanges doivent être valorisés par une rémunération et soutenus par une formation continue. La formation des étudiants sur le parcours de soin en IVG est essentielle pour assurer la relève, tout comme la revalorisation du forfait IVG, la reconnaissance du rôle des sage-femmes, et l'inclusion des consultations des conseillères conjugales et familiales ou de psychologues dans le forfait IVG en ville.

Ce travail souligne l'engagement des professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des femmes en demande d'IVG, et l'importance d'une organisation en réseau ville-hôpital. L'orthogénie apparaît comme un modèle de coordination ville-hôpital efficace, réunissant des acteurs médicaux, paramédicaux et de l'action publique. Ces réseaux offrent des solutions aux difficultés rencontrées par les soignants.

Le Président de jury,



Pr Marc CHANELIERE

VU,

Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux



Professeur-Philippe PAPAREL

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 14/04/2025

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi constitutionnelle n° 2024-200 du 8 mars 2024 relative à la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse. 2024.
2. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. JO n°156 du 7 juillet 2001, p. 10823. / article L. 2212-2 du code de la santé publique. 2001.
3. Décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé et modifiant le décret n°2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur. JO n°105 du 5 mai 2002, p. 8658.
4. Loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement.
5. Bettahar K, Pinton A, Boisramé T, Cavillon V, Wylomanski S, Nisand I, et al. Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2016;45(10):1490-514.
6. Gaudu S, Crost M, Esterle L. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. *Contraception.* janv 2013;87(1):45-50.
7. DREES. Etudes et Resultats. Rapport numéro 1311. Septembre 2024. La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023.
8. Winikoff B. Acceptability of Medical Abortion in Early Pregnancy. *Fam Plann Perspect.* juill 1995;27(4):142.
9. Provansal M, Mimari R, Grégoire B, Agostini A, Thirion X, Gamberre M. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à domicile et à l'hôpital : étude d'efficacité et d'acceptabilité. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* nov 2009;37(11-12):850-6.
10. Swica Y, Chong E, Middleton T, Prine L, Gold M, Schreiber CA, et al. Acceptability of home use of mifepristone for medical abortion. *Contraception.* juill 2013;88(1):122-7.
11. Motreff-Baudelet M. IVG médicamenteuse hors établissement de santé par les médecins généralistes : évaluation de la demande des femmes. Étude transversale en Auvergne. 2021;
12. Lefranc C. Facteurs limitants l'accès à l'IVG médicamenteuse à domicile pratiquée par les médecins généralistes en pays cannois : étude qualitative sur 24 cas.
13. Dagousset I, Fourrier E, Aubény E, Taurelle R. Enquête d'acceptabilité du misoprostol à domicile pour interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* janv 2004;32(1):28-33.
14. Collet M. Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville: *Rev Fr Aff Soc.* 22 juin 2011;(1):86-115.
15. Planning Familial [Internet]. 2025. Les recommandations du Planning Familial. Améliorer l'accès à l'IVG aujourd'hui en France. Disponible sur: https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2025-01/Plan%20d%27amélioration_version%20pages_Planning%20familial.pdf
16. Caillé M. Les freins à la réalisation des interruptions volontaires de grossesse en médecine générale dans les Bouches du Rhône. 2018;
17. Seve L. Étude épidémiologique de la pratique de l'IVG médicamenteuse par les

médecins généralistes en ambulatoire en Haute Vienne en 2020. 2022;

18. Marguerite C. L'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes de l'agglomération rouennaise: freins et pistes d'optimisation.
19. Vincent P. Motivations et freins des médecins généralistes installés en Haute Savoie à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse en ville.
20. Escoubet C. Développement de offre de soins interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en médecine générale dans le secteur du centre hospitalier de Soissons, Picardie.
21. DREES. Etudes et Resultats. Décembre 2009. numéro 712. Les établissements et les professionnels réalisant des IVG.pdf.
22. Ferré D. Identification des freins à la réalisation de l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville en Haute-Vienne.
23. Guilbot A. Quels sont les freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes du Vaucluse? 2020;
24. Chefeg Ben Aissa R., Brocail P-E., Cottet J. L'Interruption Volontaire de Grossesse en ville, 8 ans après la loi : Quels sont les freins chez les médecins généralistes ? Existe-il une demande de la part des patientes ? N° Une enquête qualitative auprès de 1000 médecins généralistes de la région Centre Une enquête quantitative multicentrique auprès de 2401 patientes en parcours de soins IVG. [Tours]: Faculté de médecine; 2013.
25. Delmont A. Évaluation de la demande d'IVG médicamenteuse en ville par les patientes, chez les médecins généralistes dans la région Rhône-Alpes.
26. Hy E. Analyse phénoménologique du vécu de l'IVG médicamenteuse chez les femmes prises en charge en médecine générale.
27. Grandrupt AC. Place du médecin généraliste dans l'accès à l'interruption volontaire de grossesse: état des lieux, perception et vécu des femmes de 18 à 40 ans.
28. Martin S. Étude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire.
29. Mazel AÉ. Évaluation de l'accès à l'IVG en médecine de ville par la méthode du patient standardisé.
30. Assemblée Nationale. Rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, sur la proposition de loi constitutionnelle visant à protéger et à garantir le droit fondamental à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Mathilde Panot. Rapport N° 488. 16 nov. 2022.
31. Code de la santé publique - Article L6321-1 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006171584/>.
32. REVHO - [En ligne]. [consulté le 13 mai 2024]. Disponible : <https://www.revho.fr/revho>.
33. Pleiraa [En ligne]. [consulté le 13 mai 2024]. Disponible : <https://www.pleiraa.org/qui-sommes-nous-2/>.
34. Faucher P, Baunot N, Madelenat P. Efficacité et acceptabilité de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville-hôpital : étude prospective sur 433 patientes. Gynécologie Obstétrique Fertil. avr 2005;33(4):220-7.
35. Hidoussi H, Vallée J. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse :

motivations, difficultés et propositions des médecins généralistes. *Exercer*, la revue francophone de médecine générale. 2014;(111):20-8.

36. Dupont C. Touzet S. Ploin D. Croidieu C. Balsan M. Mazas AS. Rudigoz RC. C. DUPONT - Evaluation de l'intégration des professionnels au sein d'un réseau de périnatalité enquête auprès de 653 professionnels du réseau AURORE 2007.

37. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Etude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels. Aix-Marseille; 2004.

38. Lebeau J. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Média Santé. 2021. 189 p.

39. Agnès Oude-Engberink, Béatrice Lognos, Bernard Clary, Michel David, Gérard Bourrel. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *exercer*. 2013;24(105):4-11.

40. Zoe Gelin. Introduction à l'Interpretative Phenomenological Analysis. [En ligne] Sorbonne Université Médecine Générale. [mise à jour le 16 octobre 2013 consulté le 15 juin 2024] Disponible : <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/09/Introduction-...-IIPA.pdf>.

41. Bourdieu P. Actes de la recherche en Sciences sociales. Le capital social. Vol. 31. 1980. 2-3 p.

42. IVG dans la Constitution : plusieurs actes de vandalisme signalés en France. *Figaro* [Internet]. 2024 Mar 9 [cité le 2025 Feb 24]; Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/ivg-dans-la-constitution-plusieurs-actes-de-vandalisme-signalés-en-france-20240309>.

43. Leroy H. Médecine générale de ville et IVG médicamenteuse en région Grand Est.

44. Guigui-Rutkowska A. Médecins généralistes du Val-de-Marne et de Seine-et-Marne et IVG: comment exercent-ils et vivent-ils cette pratique? Une enquête qualitative.

45. Martel T. Interet d'un réseau encadrant l'IVG med hors établissement de santé en région centre. 2016;

46. Brubaker, R. (2001) . Au-delà de l'«identité» Actes de la recherche en sciences sociales, n° 139(4), 66-85. <https://doi.org/10.3917/arss.139.0066>.

47. Borel M. Évolutions des dispositifs de prise en charge de l'IVG et reconfigurations de l'expertise médicale en matière d'orthogénie.

48. Durkheim E. De la division du travail social. Paris (France):PUF ; 1893. 416 p.

49. Cécile Simmons. Institute for strategic dialogue. Mobilisations anti-avortement en France : Quand les réseaux sociaux menacent le droit à l'IVG. 2024 janv.

50. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. OMS. [cité le 2025 Feb 24]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

51. Zaazou N. IVG et violences sexuelles: quel lien?

52. DEBAUCHE A, LEBUGLE, BROWN E, LEJBOWICZ T, MAZUY M, CHARRUAULT A, et al. ENQUETE VIOLENCE ET RAPPORT DE GENRE(VIRAGE): PRESENTATION DE L ENQUETE VIRAGE ET PREMIERS RESULTATS SUR LES VIOLENCE SEXUELLES [Internet]. 2017 [cité 20 fev 2025]. Disponible sur: https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/20838/doc.travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.virage_1.fr.fr.pdf.

53. Poncet R. Premier état des lieux des pratiques de l'interruption volontaire de grossesse dans les établissements d'orthogénie en Occitanie-est.

54. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Haute Autorité de santé; 2019.
55. Jacques Leblas. Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours. In 2002. p. 949-61.

ANNEXES

I) Grille entretien

- Racontez-moi votre parcours professionnel et en particulier les motivations qui vous ont amené à débiter les IVG ?
- Dans quelles situations êtes-vous amené à travailler avec d'autres soignants dans la prise en charge d'une IVG, et comment cela se passe-t-il en pratique ? (avec qui, par quel moyen)
- Que vous apporte personnellement le travail en équipe ? Bénéfices, contraintes...
- Qu'évoque pour vous un réseau de santé, formel ou informel, et quelles sont vos attentes envers ces réseaux ?
- Selon vous, comment pourrait-on développer les réseaux d'orthogénie ?

II) Grille COREQ :

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
1	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Laura Houang est l'auteur et investigatrice de l'étude
2	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Diplômée du DES de médecine générale
3	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin généraliste remplaçante
4	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Autoformation à la recherche qualitative en santé à l'aide de la littérature et congrès FAYR-GP
6	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	L'identité (nom, prénom) et le statut professionnel (médecin généraliste remplaçante)
8	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Le sujet de la thèse
Domaine 2 : Conception de l'étude		
9	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Approche inspirée de l'analyse par interprétation phénoménologique
10	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Par volontariat
11	Comment ont été contactés les participants ?	Par mail et messagerie via le numéro de téléphone professionnel
12	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	14
13	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Aucune

14	Où les données ont-elles été recueillies ?	Sur le lieu de travail de participants, au domicile de participant, dans un café, en visioconférence
15	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	Médecins généralistes, sage-femmes, gynécologue ayant une activité d'orthogénie
17	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	L'investigatrice avait le guide d'entretien à disposition, comprenant l'amorce et les questions ouvertes. Les questions ont été testées une fois au préalable.
18	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Oui, une fois.
19	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio par un dictaphone et par l'enregistreur audio d'un smartphone simultanément.
20	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Des notes ont été consignées dans un journal de bord.
21	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	En moyenne 52 min
22	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui, avec la directrice de thèse
23	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats		
24	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux investigatrices
25	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui (annexe)
26	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Les thèmes étaient déterminés à partir des données
27	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	MAXQDA
28	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
29	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	Les verbatims ont été cités pour illustrer les thèmes, et identifiés par le numéro du participant
30	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui, dans la discussion

III) Annexe : Grille de codage

Représentations	Représentations de soi	Déterminants initiaux à la formation à l'IVG
		Déclencheurs à la formation
		Déterminants à la poursuite de la pratique
		Personnalité
		Qualités
		Difficultés
	Représentation du travail collectif	Apprécier le travail collectif
		Réseau de santé
		Autonomie

Construire un capital social	Sociabiliser	Modes de sociabilisation
		Facilitateurs
	Choix des partenaires	Déterminants initiaux
		Rejet
		Attentes

Interactions professionnelles	Modes d'interactions	Utilitariste
		Coopération
		Collaboration
	Limites	Freins
		Contraintes
		Conflits
	Bénéfices au travail à plusieurs	Émotionnels
		Organisationnels
		Professionnels
	Communication	Outils

Coordination en réseau	Prérequis	Être reconnu sur un territoire
		S'impliquer sur un territoire
		Conditions
	Motivations	Connaître l'offre de soin
		Assurer l'offre de soin
		Optimiser le parcours de soin
		Améliorer la qualité des soins
		Diffusion d'information
		Satisfaction personnelle
	Les attentes	Engagement
		Formation
		Diffusion d'information
		Réunions
		Propositions de solutions
	Violence	Constat
		Rempart
		Perceptions de l'avenir

IV) Questionnaire anonyme quantitatif

QUESTIONNAIRE QUANTITATIF ANONYME

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE**

Place de la coordination de soin dans la prise en charge de l'IVG. Étude qualitative chez les soignants ayant une activité d'orthogénie en Auvergne Rhône Alpes, par entretiens individuels.

Veuillez, s'il vous plait, renseigner les informations suivantes :

Genre :

Âge :

Spécialité/formation initiale :

Formation(s) complémentaire(s) :

Lieu(x) d'exercice :

Année d'installation en ville ou date du début de prise de poste :

Nombre d'années d'expérience en orthogénie :

Nombre d'IVG annuel :

Méthode(s) d'IVG pratiquée(s) :

V) Fiche de liaison des hospices civiles de Lyon

FICHE DE LIAISON / IVG MEDICAMENTEUSE EN VILLE 2024

Service d'Orthogénie des Hospices Civils de Lyon

Secrétariat orthogénie :	
GHN : 04 72 07 16 63	CHLS : 04 78 86 65 70
GHE : 04 72 35 58 81	HEH : 04 72 11 03 96

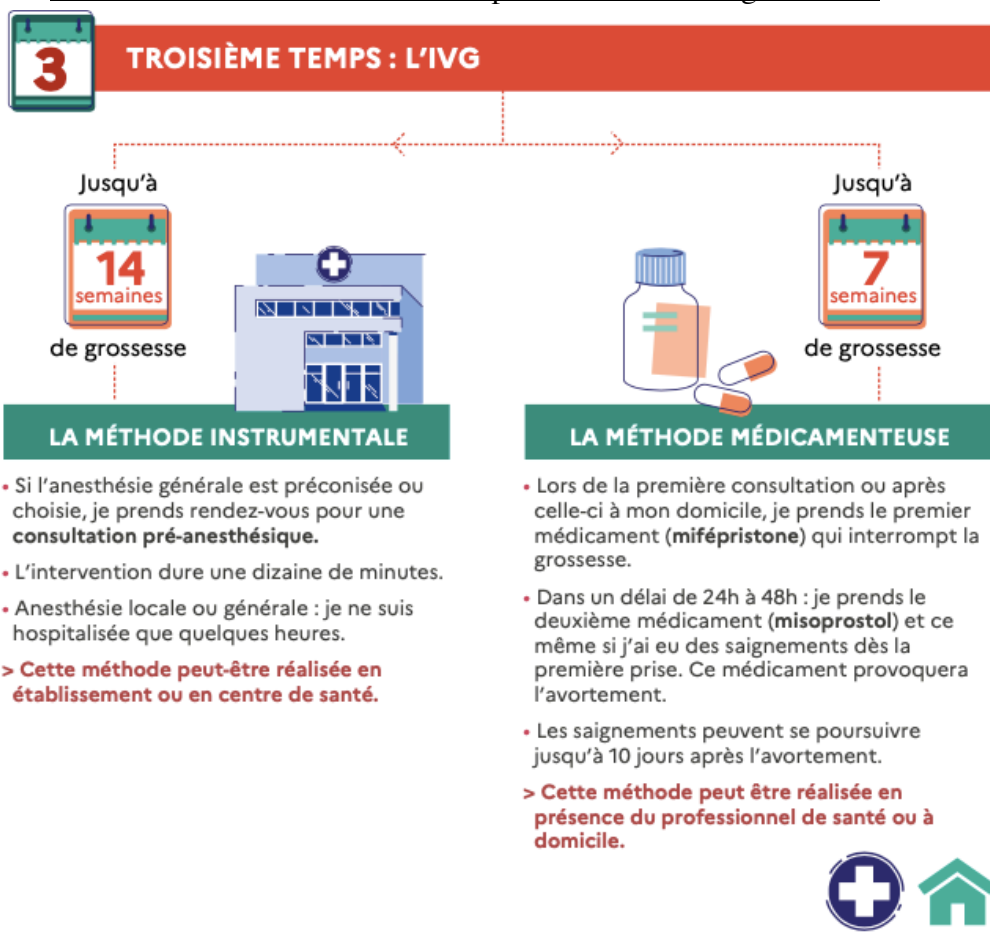
Nom du praticien :
Téléphone :

NOM :	PRENOM :	Groupe Rh <input type="text"/>
Date de naissance :		
Echographie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> DDG :		
βhCG : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> , taux : le .../.../202		

ATCD généraux :			
ATCD MTEV : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez :			
Tabac : cig/j			
Toxiques : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez :			
Risque hémorragique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez :			
Asthme sévère oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		migraines : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Gynéco-obstétricaux :			
Contraception :		Raisons d'échec :	
Nb de FCS :	Nbre de GEU :	IVG Chir :	IVG med :
Nb de Césariennes :	Nbr AVB :		

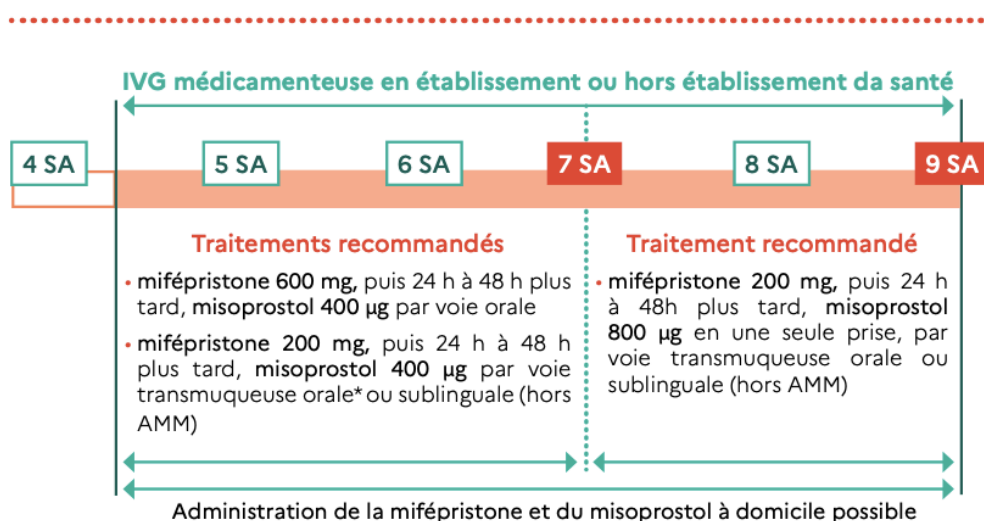
PROTOCOLE MEDICAMENTEUX : Date consultation pré-IVG :/..../202 Prise MIFEPRISTONE le : AU TERME DE (en SA) : <input type="text"/> Prise MISOPROSTOL le : Dose : SI DEMANDE IVG CHIRURGICALE : Demande chirurgicale : AG <input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/> Rendez vous CIVG : Prescriptions faites : Antalgiques : Bilan IST sanguin : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> PCR <i>C.Trachomatis</i> : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Résultat : positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> Contraception prescrite :	Entretien avec une conseillère : Réalisé oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> CONTROLE DE L'EFFICACITE : Dosage βHCG : taux : UI le/.../202 Echographie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Examen clinique : Succès oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Complications : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Grossesse évolutive <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Rétention partielle <input type="checkbox"/> Rétention complète <input type="checkbox"/> Hémorragie <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> GEU <input type="checkbox"/> Autres : Traitement des complications : Antibiotiques <input type="checkbox"/> Aspiration chirurgicale <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Autres :
--	---

VI) Les différentes méthodes d'interruption volontaire de grossesse :



Il existe deux méthodes d'IVG :

- la méthode instrumentale ;
- la méthode médicamenteuse.



IVG : interruption volontaire de grossesse ; SA : semaines d'aménorrhée.

* voie transmuqueuse orale : les comprimés sont mis en place entre la joue et la gencive et les femmes doivent avaler les fragments résiduels au bout de 30 minutes.

VII) Protocole d'IVG médicamenteuse hors établissement de santé :

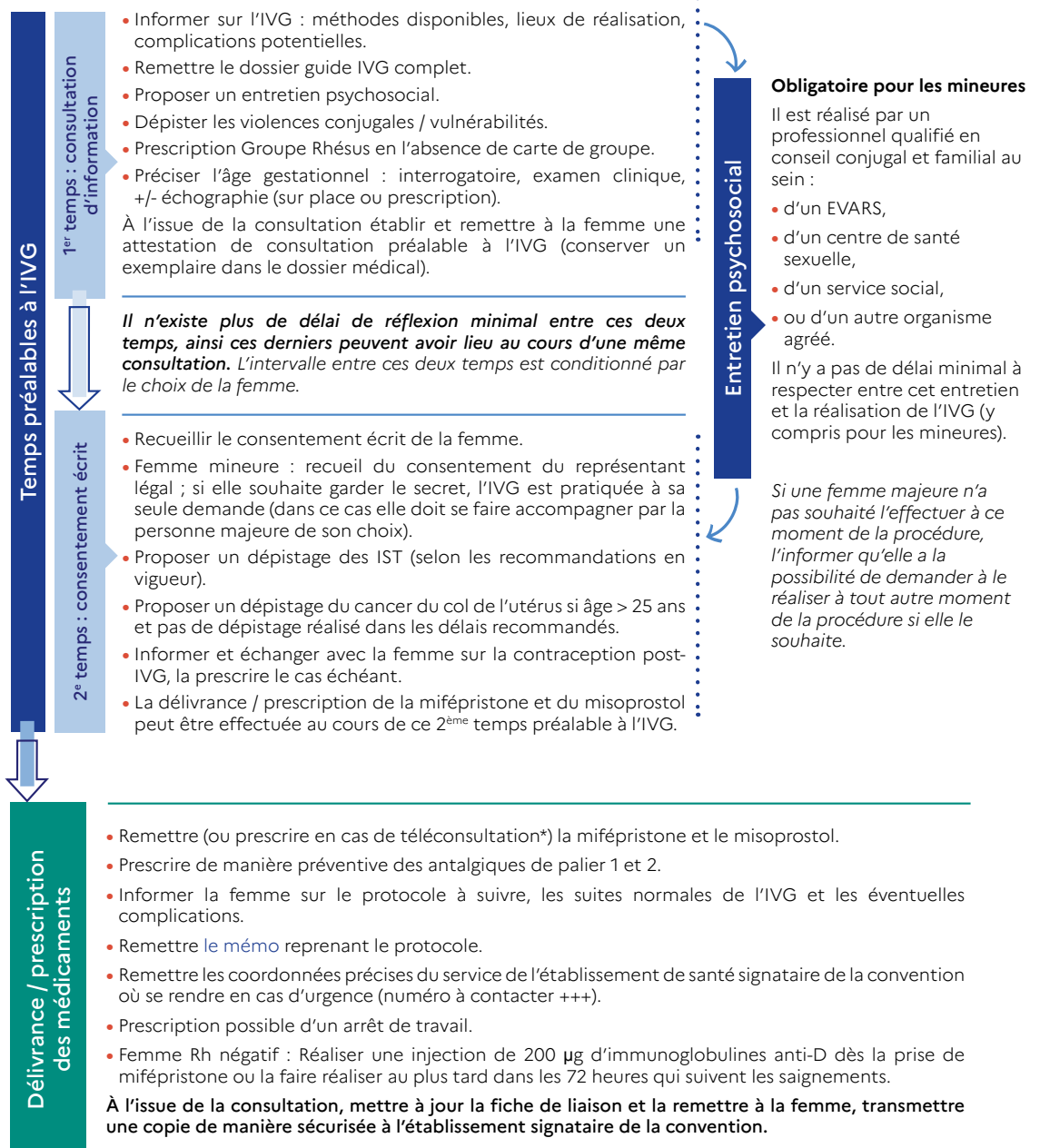


MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Liberté
Égalité
Fraternité

IVG médicamenteuse hors établissement de santé

Pré-requis : grossesse < à 9 SA et possibilité pour la femme de se rendre en moins d'une heure dans l'établissement signataire de la convention



- Prise de mifépristone, puis 24 à 48h plus tard prise de misoprostol (associée au traitement antalgique adapté) conformément aux recommandations de la HAS* :

< 7 SA	[7SA-9SA]
<ul style="list-style-type: none"> → Mifépristone 600mg puis 24 à 48h plus tard, misoprostol 400 µg par voie orale. → Mifépristone 200mg, puis 24 à 48h plus tard, misoprostol 400 µg par voie transmuqueuse orale ou sub-linguale (hors AMM). 	<ul style="list-style-type: none"> → Mifépristone 200mg, puis 24 à 48h plus tard, misoprostol 800 µg en une seule prise, par voie transmuqueuse orale ou sub-linguale (hors AMM).

- Absence d'obligation pour la femme de prendre les médicaments en présence du professionnel de santé (au cours d'une consultation en présentiel ou à distance).
- La prise de misoprostol en centre de santé doit être proposée à la femme si elle ne souhaite pas être à domicile lors de l'expulsion. En cas de prise à domicile, recommander à la femme de **ne pas être seule lors de l'expulsion**.
- Si c'est le moyen de contraception choisi par la femme, la contraception hormonale, œstroprogestative ou progestative, doit être débutée le jour même ou au plus tard dans les 72 h suivant la prise du misoprostol (l'implant peut être posé au moment de la prise de la mifépristone).

- Effectuée entre le 14^e et le 21^e jour suivant la prise de mifépristone pour une grossesse de localisation bien déterminée.
- Evaluer l'efficacité de l'IVG (examen clinique, associé à un dosage de β -hCG plasmatique ou un test urinaire semi-quantitatif adapté au suivi de l'IVG médicamenteuse ou bien à une échographie pelvienne).
- S'assurer de l'adéquation de la contraception en place avec les besoins de la femme.
- Proposer si nécessaire un accompagnement psychologique.

Cas particulier de la téléconsultation

L'ensemble du parcours d'IVG médicamenteuse peut être réalisé à distance, en téléconsultation (du 1^{er} temps jusqu'à la consultation de suivi), avec l'accord de la femme. Dans ce cas :

- le dossier guide IVG et l'attestation de consultation préalable à l'IVG sont à remettre à la femme en version dématérialisée (conservation d'un exemplaire dans le dossier médical),
- les coordonnées de l'établissement où se rendre en cas d'urgence, la fiche de liaison et le mémo sont à remettre à la femme en version dématérialisée,
- le consentement écrit est envoyé par la femme en version dématérialisée,
- après s'être assuré que la pharmacie désignée par la femme dispose de stocks suffisants, lui envoyer la prescription par messagerie sécurisée ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations.

Cas particulier de la femme mineure

- Recueil du consentement du représentant légal sauf si la femme souhaite garder le secret. Dans ce cas, l'IVG est pratiquée à sa seule demande. Elle doit alors se faire accompagner de la personne majeure de son choix.
- La consultation psychosociale est obligatoire et doit être réalisée entre les deux temps préalables à l'IVG.

Ressources

Retrouvez tous les documents utiles sur l'IVG sur le site ivg.gouv.fr, au sein de l'Espace professionnels

Références

- Loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement, articles L2212-1 à L2212-11 et R2212-1 à R2212-19
- Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse - Mise à jour Haute Autorité de Santé

VIII) Ressources violences faites aux femmes :

Formation et outils pour les professionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Le PLEIRAA : https://www.pleiraa.org/formation-depistage-et-prise-en-charge-des-femmes-victimes-de-violences-conjugales-intrafamiliales-et-sexuelles/ - Un maillon manquant : https://unmaillonmanquant.org/association/ - Mémoire traumatique et victimologie : https://www.memoiretraumatique.org - Arrêtons les violences : site du gouvernement avec outils de sensibilisations, livrets de formations, aide à la rédaction de certificats et attestations : https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel
Pour les patientes	<p>Associations, cellule d'écoute et de conseils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Planning Familial https://www.planning-familial.org/fr - La Fédération nationale solidarité femmes (FNSF) : accompagnement spécifique, hébergement, permanence de soins hospitalière : https://solidaritefemmes.org/trouver-une-association-violences-femmes/ - Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles (CNIDFF) : information juridique, accompagnement social et psychologique : https://fncidff.info/ - VIFFILAVI (FRANCE VICTIMES) : aide aux victimes et hébergement https://www.viffil.com <p>Numéros et correspondants utiles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3919 : Violences femmes infos, numéro anonyme et gratuit - 17 : Police ou gendarmerie - Écoute et prise en charge au sein des commissariats <p>Correspondant départemental « aide aux victimes » victime-lyon@interieur.gouv.fr</p>

Houang Laura

Exploration du vécu des soignants ayant une activité d'orthogénie concernant la coordination de soin en réseau ville-hôpital, en Auvergne Rhône Alpes

Thèse Médecine Générale : Lyon 2025 ; n° 94

Résumé

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) peut être réalisée en cabinet libéral, en centre de santé sexuelle et à l'hôpital, par les gynécologues, médecins généralistes et par les sage-femmes. Le nombre d'IVG annuel augmente depuis 2022 avec la part d'IVG médicamenteuse réalisée en ville. Se pose la question de l'organisation des soignants entre eux pour répondre à cette demande. L'objectif principal de cette étude est de déterminer les règles qui sous-tendent à la coordination de soin en orthogénie. Cette étude qualitative explore le vécu des soignants pratiquant l'IVG, en ville et/ou à l'hôpital. La réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de 14 soignants a permis de recueillir ce ressenti.

La formation à la pratique de l'IVG résulte de la convergence d'une appétence pour la santé globale des femmes, d'un esprit militant, de l'expérience d'épanouissement en stage d'orthogénie et de l'aide d'un autre soignant les ayant aidés à se former par compagnonnage. Ces déterminants initiaux forment le substrat à la collaboration et coordination future. Dans leur pratique, les soignants s'entourent de personnalités professionnelles qui partagent des valeurs communes, et évitent celles qui s'y opposent. Ils affinent leur pratique par mimétisme et opposition, et construisent leur identité professionnelle d'orthogéniste en plaçant les compétences relationnelles et l'engagement pour l'amélioration de la qualité des soins au premier plan. La coordination entre les soignants est un jeu d'équilibre entre idéal de travail collectif et respect de l'autonomie, mais en s'unifiant en réseaux formels ou informels ils font l'expérience de la solidarité et de l'inter-reconnaissance, et ont le sentiment d'appartenir à un groupe où chaque rôle est complémentaire, dans l'intérêt des patientes. La coordination entre la ville et l'hôpital est facilitée par une communication fluide, et permet l'obtention rapide d'avis et d'examens complémentaires. Les contraintes organisationnelles sont peu nombreuses et jugées nécessaires. Au sein du réseau, les tensions sont peu nombreuses et il n'existe pas de concurrence. La rencontre des partenaires, la confiance en chaque membre et l'implication de chacun dans le collectif sont des facteurs favorisant la coordination. L'IVG se présente comme un modèle de coordination ville-hôpital par son efficacité et sa singularité, et repose sur des soignants pluriprofessionnels volontaires engagés avec le soutien des institutions.

Mots clés : Interruption volontaire de grossesse, réseau, sage-femmes, médecins généralistes, gynécologues, coordination ville-hôpital, recherche qualitative

JURY :

- Président : Monsieur le Professeur CHANELIERE Marc
- Membres : Madame le Professeur DORET-DION Muriel
- Monsieur le Professeur GAUCHER Laurent
- Madame le Docteur HERSART DE LA VILLEMARQUE Anne
- Madame le Docteur GOUY Giulia