



Faculté de médecine

Année 2024/2025

N°81

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Arthur LABRUNIE

Né le 10 avril 1995 à Pontoise (95)

TITRE

Etude qualitative des représentations de l'interruption volontaire de grossesse par aspiration sous anesthésie locale hors établissement de santé auprès de médecins et sages-femmes travaillant en centre de santé

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2025 devant un jury composé de :

Présidente du Jury : Professeure Marie-Frédérique LARTIGUE, Bactériologie- virologie, Faculté de médecine – Tours

Membres du Jury :

Docteure Nathalie TRIGNOL-VIGUIER, Médecine Générale (orthogénie), PH, CHU – Tours

Docteure Laurence WITTKE, Médecine Générale – Orléans

Directrice de thèse : Docteure Christelle CHAMANT, Médecine Générale, MCA, Faculté de médecine – Tours

Résumé

Introduction. Depuis l'autorisation des IVG médicamenteuses hors établissement de santé en 2004, leur part ne fait qu'augmenter, passant à 41% des IVG en 2023. En 2016, les IVG par aspiration sous anesthésie locale deviennent autorisées en centre de santé. Cette méthode est sûre, efficace et sans surrisque en extra hospitalier. Alors que l'accès à l'IVG par aspiration est encore insuffisant dans de nombreux territoires, seuls quelques centres de santé ont mis en place cette activité en 2025. L'objectif de l'étude est d'explorer les représentations de l'IVG par aspiration sous anesthésie locale en centre de santé, des professionnelles de ces structures, afin de comprendre les raisons de son faible développement.

Méthode. Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été menée. Des entretiens semi dirigés ont été réalisés entre juin 2024 et février 2025 auprès de 13 médecins et une sage-femme réalisant des IVG médicamenteuses, en centre de santé généraliste ou spécialisé en santé sexuelle.

Résultats et discussion. Les personnes interrogées militent pour un accès libre, équitable et gratuit à l'IVG. Elles ont une vision positive de l'IVG par aspiration en centre de santé. Elle permet la démedicalisation de cet acte, dans une approche globale, bienveillante et collective du soin. Elle est construite en opposition aux systèmes dominants hospitalier et libéral. La volonté de laisser le choix aux personnes concernées dans la méthode et le lieu de réalisation de leur IVG constitue leur principale motivation au développement d'aspirations. Certains centres de santé sexuelle, déjà engagés dans cette démarche, sont limités par des freins institutionnels, hospitaliers ou des raisons matérielles. La mise en place d'IVG nécessite une collaboration et une dépendance à l'hôpital pour la gestion des complications, qui varient en fonction des territoires. Les centres de santé proches de structures hospitalières où une offre d'IVG par aspiration sous anesthésie locale de qualité est disponible ressentent moins le besoin de développer cette activité. C'est d'autant plus vrai pour les centres généralistes qui ont d'autres priorités de soin. Ceux en zone rurale isolée peuvent avoir des réticences à développer une activité d'aspiration du fait de l'éloignement des partenaires et des recours hospitaliers.

Conclusion. Les répondantes ont une image positive de l'aspiration sous anesthésie locale en centre de santé. La volonté de laisser le choix de la méthode aux personnes concernées et l'inadéquation de l'offre d'IVG par aspiration à l'hôpital, sont les principales motivations au développement de cette pratique. Pour cela, il est important d'avoir la compétence technique du geste, le soutien de l'équipe du centre de santé et de ressentir la nécessité de développer cette offre pour dépasser les défis administratifs et logistiques.

Mots-clés : avortement provoqué / curetage aspiratif / centre de santé communautaire / recherche qualitative

Summary

Qualitative study of perceptions of abortion induced by aspiration under local anaesthetic outside health establishments among doctors and midwives working in community health centres

Introduction. Since authorisation of medical induced abortion outside health establishments in 2004, its proportion has increased, rising to 41% of abortions in 2023. In 2016, vacuum aspiration abortion under local anaesthetic became authorised in community health centres. This method is safe, effective and without any additional risk outside hospital. While access to vacuum aspiration abortion is still inadequate in many areas, only a few health centres will have introduced this activity by 2025. This study explore perceptions of professionals in these structures of vacuum aspiration abortion under local anaesthetic in health centres, to understand the reasons for its low development.

Method. A qualitative study inspired by grounded theory was conducted. Semi-structured interviews were conducted between June 2024 and February 2025 with 12 general practitioners and one midwife who perform medically induced abortions and who work in general health centres or sexual health centres.

Results and discussion. People interviewed campaigned for free, fair and unrestricted access to abortion. They have a positive view of abortion by vacuum aspiration in health centre. It allows this procedure to be demedicalised, as part of a comprehensive, caring and collective approach to care. It's built in opposition to the dominant hospital and liberal systems. Their main motivation for developing aspirations is to give to the people concerned a choice in the method and location of their abortion. Some sexual health centres that have already embarked on this approach are limited by institutional, hospital or material obstacles. The introduction of abortion requires collaboration and dependence on the hospital for the management of complications, which varies from region to region. Health centres that are close to hospitals where high-quality vacuum abortion under local anaesthetic is available feel less need to develop this activity. This is more common for generalist centres, which have other care priorities. Those in isolated rural areas may be reluctant to develop an aspiration activity because of the distance from partners and hospital referrals.

Conclusion. Respondents have positive image of aspiration under local anaesthetic in health centres. The desire to leave the choice of method to the people concerned and the inadequacy of the supply of vacuum aspiration abortions in hospitals are the main reasons for developing this practice. For this to happen, it's important to have technical competence to perform the procedure, the support of health centre team and to feel the need to develop this service in order to overcome the administrative and logistical challenges.

Key-words : Abortion induced / First trimester surgical abortion / Community health centers / qualitative research

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVAREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophthalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludvine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie Orthophoniste || CORBINEAU Mathilde | Orthophoniste |
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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 donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Remerciements

Professeure Lartigue, merci d'avoir accepté de présider cette thèse, dont le sujet peut paraître éloigné de vos travaux de recherche mais qui je l'espère réussira à susciter votre intérêt.

Christelle, merci de m'avoir encadré et accompagné sur ce travail, en me laissant une grande autonomie tout en ajoutant ton expérience universitaire d'une grande aide lorsqu'il le fallait.

Nathalie, tu m'as montré qu'il été possible d'être une médecin engagée et humaine, à une époque où je perdais espoir dans le monde médical. Merci pour ça et pour ton engagement au quotidien !

Laurence, merci de m'avoir appris et transmis ta vision de la gynécologie et de l'IVG ambulatoire, sans jugement, sans culpabilité ni dramatisation. Merci pour ton engagement au Planning Familial et tout ce que tu as permis de mettre en place avec cette super équipe que vous avez à Orléans !

Un grand merci à toutes les personnes qui ont acceptées de me répondre, merci pour votre temps et pour votre engagement quotidien pour un accès libre et universel à l'IVG.

Merci au Planning Familial et à toutes les associations et collectifs militants qui participent à construire un monde plus juste, pour réduire les inégalités liées au genre, à l'orientation sexuelle et lutter contre le patriarcat. Merci de votre travail et de me permettre de garder espoir dans l'espèce humaine.

Merci aux jeunes d'Utopia 56, aux bénévoles, salarié·es et toutes les personnes qui luttent contre le fascisme et pour les droits des personnes exilées. Vous prouvez chaque jour que la solidarité existe encore et que le repli sur soi et la xénophobie ne sont pas une fatalité. On lâche rien !

Merci à toutes les personnes que j'ai rencontré au cours de mes remplacements en centre de santé communautaire. Vous portez une vision de la santé collective que je partage et m'inspirez pour le futur en montrant qu'il est possible de proposer un projet de santé politique et engagé.

Merci à toutes les belles rencontres que j'ai pu faire au cours de mon parcours en addictologie, à Orléans et à Tours, vous faites un travail incroyable bravo !

Merci à mes parents, Nathalie et Vincent, merci de m'avoir transmis vos valeurs sociales et humanistes si fortes et de me soutenir sans jugement dans toutes les avancées de ma vie d'adulte.

Pierre, Sophie, merci d'être plus que mon frère et ma sœur, mais aussi des ami·es que j'aime fort.

Coralie, merci d'être présente dans ma vie, merci d'être ce que tu es, de ton ouverture d'esprit, ta compréhension et ton soutien universel dans tous mes projets, même les plus farfelues, sans jamais me juger. Merci pour ton amour et tous les moments, vécus et à venir passés ensemble.

Juliette, ma sœur de cœur, merci pour tous ces moments partagés depuis des années qui n'ont fait que renforcer notre amitié si forte et chère à mes yeux.

Clément, plus de 10 ans que nous partageons notre vie, merci d'être toujours là pour échanger sur nos questionnements existentiels, militants et intimes, parfois de longues heures durant.

Louis, merci pour ton soutien pendant ces 6 semaines à Toulouse, où je peinais à écrire cette thèse et pour poursuivre ce beau projet commun de centre de santé à Tours !

Mes colocataires d'amour, Manon, Nico, Juliette et Coco vous êtes parfait-es, restez comme vous êtes pour que nous continuions encore longtemps notre aventure de vie commune !

A toustes mes ami-es de la fac, avec qui nous poursuivons nos rêves d'une médecine sociale et engagée, merci d'avoir été là depuis le début et de m'avoir permis d'être allé au bout de ses études...

Merci aux auteurices et artistes qui font entendre librement leur parole et racontent leurs expériences de l'IVG, pour enfin sortir du tabou. Pauline Harmange, autrice du livre *Avortée*, que j'ai lu quelques jours avant de finir cette thèse, les larmes aux yeux, merci pour ce témoignage fort qui m'a bouleversé. Annie Ernaux pour son récit bouleversant de son avortement clandestin, qui nous rappelle pourquoi nous devons nous battre. Laure Calamy, pour son incroyable performance dans le film *Annie Colère*, qui m'a fait rêver au travers de son récit du combat du MLAC.

Abréviations

AG : anesthésie générale

AL : anesthésie locale

ANCIC : association nationale des centres IVG et de contraception

ARS : agence régionale de santé

ASA : american society of anesthesiologists

CDS : centre de santé

CeGIDD : centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic

CHRU : centre hospitalier régional et universitaire

CMS : centre municipal de santé

CNGOF : collège national des gynécologues obstétriciens français

CNPGO : conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

DASRI : déchets d'activité de soins à risques infectieux

DIU : dispositif intra utérin

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

GEU : grossesse extra utérine

HAS : haute autorité de santé

IRSA : institut régional pour la santé

IST : infection sexuellement transmissible

IVG : interruption volontaire de grossesse

MEOPA : mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote

MLAC : mouvement pour la libération de l'avortement et de la contraception

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

OMS : organisation mondiale de la santé

PMI : protection maternelle et infantile

REVHO : réseau ville hôpital pour l'orthogénie

SA : semaine d'aménorrhée

Table des matières

I-	INTRODUCTION.....	15
1)	Une histoire militante de l'IVG	15
2)	Epidémiologie de l'IVG	15
3)	L'IVG instrumentale.....	16
4)	Complications de l'IVG instrumentale	16
5)	L'IVG par aspiration en centre de santé.....	17
6)	Problématique	17
II-	MATERIEL ET METHODE	19
III-	RESULTATS.....	21
1)	Caractéristiques des participantes.....	21
2)	Socle commun de compétences et valeurs	22
a.	Compétences techniques professionnelles	22
i.	Avoir une expertise de l'IVG	22
ii.	Remettre en cause son expertise	22
iii.	Pratiquer en respectant un cadre pour se sentir en sécurité	23
iv.	Remise en cause du pouvoir médical	24
b.	Compétences relationnelles et humaines.....	25
i.	Créer une relation bienveillante et respectueuse	25
ii.	Garantir un accueil de qualité	26
iii.	Créer un lien de confiance	26
iv.	Être dans une approche globale du soin	27
c.	Capacité d'adaptation	28
i.	S'adapter à l'individu	28
ii.	Prendre en compte les représentations sociales de l'IVG	29
iii.	S'adapter à l'environnement d'intervention	30
3)	Laisser le choix aux personnes en demande d'IVG : motivation n°1 à l'IVG par aspiration en CDS 30	
a.	Permettre un réel choix dans le lieu et la méthode d'IVG	30
i.	Garantir un choix libre et éclairé.....	30
ii.	Aider à la prise de décision en limitant les influences	31
b.	Militer pour défendre les droits liés à l'IVG	32
i.	Permettre un accès universel à l'IVG.....	32
ii.	Permettre un accès équitable en luttant contre les inégalités territoriales	33
iii.	Être militante pour le droit des femmes	34
iv.	Dédramatiser l'IVG	35
4)	Construction d'une identité professionnelle collective en centre de santé	36
a.	Exprimer son identité professionnelle.....	36

i.	Construction en opposition au système dominant.....	36
ii.	Apprentissage par les pairs et savoir expérientiel.....	37
iii.	Être actrice de proximité.....	38
b.	Développer un exercice collectif en centre de santé.....	38
i.	Penser une gouvernance plus horizontale.....	38
ii.	Partager un socle de valeurs communes.....	39
iii.	S'enrichir du collectif.....	40
iv.	Les limites du collectif.....	40
5)	Construction d'un travail en réseau entre l'hôpital et l'ambulatorio	42
a.	Travailler dans un réseau de soin.....	42
b.	Travailler en collaboration avec l'hôpital.....	43
c.	Existence de mauvaises relations avec l'hôpital.....	44
d.	Sentiment de dépendance face à l'institution hospitalière.....	45
IV-	DISCUSSION	47
1)	Discussion en lien avec la littérature	47
a.	Prérequis techniques : indissociables du projet d'aspiration en CDS.....	47
b.	Prérequis relationnels : en accord avec les attentes des personnes concernées.....	48
c.	Développement du sentiment de nécessité de faire des aspirations en CDS : entre besoin fondamental et lien avec l'hôpital.....	50
2)	Forces et limites de l'étude	51
3)	Perspectives	52
V-	CONCLUSION	53
VI-	ANNEXES	54
VII-	BIBLIOGRAPHIE	56

I- Introduction

1) Une histoire militante de l'IVG

L'histoire de l'IVG est intimement liée aux mouvements militants féministes. Ils ont toujours lutté pour le droit à l'accès libre à l'IVG, contre des politiques répressives et liberticides. L'avortement non sécurisé est encore responsable de 13% de la mortalité maternelle dans le monde, soit 47 000 décès. (1,2) Seul un tiers des pays l'autorise de façon libre et ce droit diminue comme en Pologne ou aux Etats-Unis. (3) La sécurisation du geste réduit pourtant drastiquement les décès liés à l'IVG, le rendant moins dangereux qu'un accouchement, avec 0,6 à 0,7 décès pour 100 000 IVG, sans en modifier le taux de recours. (4)

En France, l'IVG instrumentale par aspiration manuelle est diffusée par le MLAC dans les années 70. Grâce à la méthode Karman, des groupes de femmes, médecins et non médecins, permettent des avortements sûrs, bienveillants, dans des logements particuliers en dehors de structures de soins. (5) La loi Veil de 1974, dépénalise l'IVG mais impose sa réalisation à l'hôpital. Il faudra attendre 2004 pour que l'IVG médicamenteuse sorte de l'hôpital et soit autorisée en ville (6), et 2016 pour que le délai de réflexion de 7 jours soit supprimé. (7)

2) Epidémiologie de l'IVG

Selon le rapport de la DREES de 2024, il y a eu 243 600 IVG en France en 2023, soit un taux de recours de 16,8 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans. Les IVG hors établissement de santé augmentent, atteignant 41% des IVG totales, alors que les IVG en établissement de santé restent stables, après une forte diminution les années précédentes. Environ 8 femmes sur 10 réalisent leur IVG dans leur département de résidence, mais il existe de grosses disparités entre territoire. (6)

L'accès à l'IVG instrumentale reste difficile, lié en partie à une diminution des établissements de santé réalisant des IVG. Depuis les années 2000, leur nombre a été réduit de plus de 100, en raison de la concentration des établissements, des fermetures des petites maternités et à la réticence de certain-es professionnel·les à réaliser cet acte. (8) La HAS recommande un délai maximum de premier rendez-vous pour une IVG de 5 jours. Ce délai n'est pas toujours respecté, avec des délais pouvant dépasser 10 jours et un choix limité de la méthode. (9–12) Ces limites dans l'accès à l'IVG ont motivé les évolutions récentes dans la législation : permission aux sage-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses et instrumentales en établissement de santé, extension du délai de l'IVG à 16 SA et à 9 SA pour les médicamenteuses en ville, accès aux IVG par aspiration en centre de santé. De plus, l'ARS a établi une cartographie des lieux réalisant des IVG et des lignes directes de prise de rendez-vous dans les centres hospitaliers ont été créées. (7)

3) L'IVG instrumentale

L'IVG instrumentale en France est réalisée par une méthode manuelle ou électrique d'aspiration endo-utérine. Il n'existe pas de contre-indications. Elle peut être réalisée par un·e médecin, ou un·e sage-femme à l'hôpital, sans différence de succès et de complications selon la profession (13). L'intervention peut être réalisée sous AG au bloc opératoire ou sous AL, dans une salle de consultation. Il n'existe pas de différence concernant l'efficacité du geste, le vécu douloureux et anxieux ni les complications en fonction de la méthode de l'anesthésie. (14) Les risques peuvent être réduits par une préparation cervicale par misoprostol 1h avant le geste ou une antibioprophylaxie. (15–18) La stratégie antalgique sous AL consiste à combiner un anti-inflammatoires non stéroïdiens avant le geste, un bloc para cervical à la lidocaïne et un accompagnement musical ou verbal, pouvant utiliser l'hypnose conversationnelle. (14,19–23)

En dehors de rares contre-indications, le choix de la méthode est fait par la personne en demande d'IVG, ce qui est un facteur majeur de satisfaction. (24–27) Dans tous les cas, la satisfaction à distance de l'IVG est bonne dans plus de 80% des cas et les personnes prêtes à refaire la même méthode. L'IVG instrumentale peut être mieux tolérée du fait d'une plus faible douleur ressentie et de moins de saignements, d'autant plus chez les personnes jeunes et nullipares. (24,26,28,29)

4) Complications de l'IVG instrumentale

L'IVG instrumentale est efficace dans près de 99% des cas. (30) C'est une méthode sûre, d'autant plus par la technique d'aspiration. (31) Les complications spécifiques à l'aspiration comportent : des déchirures cervicales (0,2%), des perforations utérines (<0,1%), des rétentions ovulaires ou trophoblastiques (0,3 à 1%), des hémorragies, surtout après 12 SA, (<1% et <0,1% avec transfusion) et des infections génitales hautes, la plupart frustes et traitées per os (entre 0,01% et 2,5%). (32) L'utilisation de lidocaïne peut exceptionnellement induire une réaction allergique ou un passage intravasculaire, à risque de toxicité neurologique et cardiaque. (33) Il n'y a pas de complications sur le long terme, notamment sur la fertilité, les GEU, la prématurité ou le cancer du sein. (34) L'IVG n'induit pas de troubles anxieux ou dépressifs, mais peut constituer une période à risque de décompensation d'un trouble sous-jacent. La stigmatisation de l'IVG induit un stress et une anxiété aiguë, le plus souvent suivis d'un soulagement. (27,35)

En 2015, une revue systématique de la littérature montre sur plus de 200 000 aspirations que les taux de complications entre les IVG hospitalières et extrahospitalières sont similaires. (36) Les complications sont d'autant plus rares que les études sont récentes : moins de 1% pour les complications mineures et moins de 0,1% pour les complications majeures nécessitant une transfusion, une chirurgie ou une hospitalisation. Cela est semblable à d'autres interventions chirurgicales réalisées en extra hospitalier, comme la vasectomie. (37)

5) L'IVG par aspiration en centre de santé

La HAS a établi en mars 2016 un cahier des charges à respecter pour réaliser des IVG instrumentales hors établissements de santé. (8) Elle rappelle la sécurité de cette pratique, promue et encouragée par l'OMS pour sa praticité et son efficacité, et pratiquée dans de nombreux pays, comme la Belgique, l'Angleterre, le Québec ou les Etats-Unis.

Il est nécessaire d'avoir une salle de repos, avec une surveillance minimum d'une heure et une présence médicale sur le site. Pendant le geste, il faut un-e médecin réalisant l'anesthésie, une personne capable de faire une échographie, une personne accompagnant à la tête et assurant la surveillance, et une personne à l'accueil. Le ou la médecin doit avoir une formation spécifique à la réalisation d'IVG instrumentale, la prise en charge des complications, la classification ASA, la pharmacologie des anesthésiques locaux et la sédation par MEOPA. Un protocole des urgences, notamment hémorragiques, est nécessaire, avec la possibilité de gérer sur place les complications et d'assurer un transfert à l'hôpital 24h/24, ce qui nécessite une convention avec l'hôpital de proximité. Il est également nécessaire d'organiser le parcours des déchets DASRI et l'organisation de la stérilisation.

Depuis son autorisation, plusieurs CDS en France ont débuté une activité d'IVG par aspiration. Selon les informations du REVHO, depuis 2018, 6 CDS ont réalisé des aspirations : 5 CMS franciliens et 1 CDS du Planning Familial. Actuellement 4 CDS continuent à avoir cette activité. La majorité des IVG sont réalisées au Planning Familial d'Orléans, cumulant plus de 400 IVG depuis 2018 et au CMS d'Arcueil cumulant plus de 200 IVG.

Même si les modes d'exercices coordonnés se développent, l'autorisation actuelle concerne les CDS, n'incluant pas les MSP, pourtant plus nombreuses. Le nombre de CDS avec activité médicale ne fait qu'augmenter chaque année, comme le montre l'observatoire des CDS, qu'ils soient gérés par des associations ou des collectivités territoriales. (38) Les associations militantes, comme le Planning Familial, pourraient se saisir de cette possibilité pour élargir l'offre d'IVG, mais elles sont actuellement peu nombreuses à gérer des centres de santé.

6) Problématique

L'IVG par aspiration en CDS est largement éprouvée à l'international, tant en termes d'efficacité, de sécurité que de satisfaction. Pourtant, depuis son autorisation en 2016 en France, son développement reste limité à quelques centres précurseurs. Les premières données sur les centres français sont encourageantes avec un vécu positif, une efficacité et une sécurité proches de celles de la littérature.

Comment expliquer l'absence de développement plus important de cette méthode ? Quels sont les freins limitant la diffusion de l'IVG par aspiration en CDS ? Alors que l'accès aux IVG

est dans plusieurs endroits saturé et que les délais recommandés par l'HAS ne sont pas respectés.

Pour tenter de répondre à ces questions, l'objectif de cette étude est de savoir quelles sont les représentations de l'IVG par aspiration sous anesthésie locale hors établissement de santé des médecins et sage-femmes travaillant en centre de santé ?

II- Matériel et méthode

Cette étude qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée entre juin 2024 et février 2025.

La population étudiée est constituée de médecins et sage-femmes travaillant en CDS en France et réalisant des IVG médicamenteuses.

Le choix des CDS a été fait car la loi autorise la pratique de l'IVG par aspiration dans ces structures, ce sont donc des personnes susceptibles de pratiquer cet acte.

Le choix de sélectionner des personnes réalisant des IVG médicamenteuses permet de sélectionner des personnes sensibles à la question de l'IVG, qui peuvent se questionner sur la pratique d'autres méthodes.

Les sages-femmes ont été inclus-es, même si actuellement il n'est pas autorisé que ces professionnel·les réalisent les aspirations en CDS. Il semble intéressant d'avoir leur avis, étant donné leur participation à l'intervention avec un·e médecin et l'évolution possible de la loi dans le futur, qui les a récemment autorisé-es à réaliser des IVG instrumentales en établissement de santé.

Le recrutement des personnes interrogées s'est fait grâce à la sollicitation de réseaux nationaux d'IVG et par recherche directe sur le site IVGlesadresses.org et les annuaires disponibles sur les sites des ARS ou les réseaux de périnatalité.

Un échantillonnage raisonné à variation maximale a été utilisé. Les entretiens ont été arrêtés une fois la suffisance des données atteinte.

Les entretiens ont été en majorité réalisés en présentiel, dans le bureau des personnes interrogées. Certains ont été faits en visioconférence avec l'outil Teams en raison de l'éloignement géographique des personnes interrogées.

Ils ont été menés à l'aide d'une grille d'entretien semi-directive. Ils ont été enregistrés, retranscrits à l'aide d'un logiciel de traitement de texte, anonymisés, puis supprimés.

L'analyse des données a été réalisée sans logiciel d'analyse, par une méthode s'inspirant de la théorisation ancrée. Les verbatims ont été codés à la main, puis regroupés en propriétés, elles même regroupées en catégories. Les entretiens ont été codés les uns après les autres, avant de réaliser les entretiens suivants, permettant d'ajuster si besoin le guide d'entretien au fur et à mesure de l'analyse.

Afin de renforcer la puissance de l'étude, une triangulation des données a été réalisée avec une autre investigatrice qui a codé l'ensemble des entretiens retranscrits et un arbitrage a été

réalisé par la directrice du travail en cas de désaccord. Ces entretiens ont été conduits, retranscrits et analysés par le même chercheur.

Les personnes interrogées ont toutes signées un formulaire de consentement écrit leur rappelant les règles d'anonymisation des données et leur possibilité de se rétracter de l'étude à tout moment.

Après avis auprès de la coordinatrice de la recherche non interventionnelle au CHRU de Tours, cette étude ne nécessite pas d'avis auprès du comité d'éthique ni de déclaration auprès de la CNIL. Cette recherche respecte par ailleurs les recommandations éthiques de la recherche en vigueur.

III- Résultats

1) Caractéristiques des participantes

Pour cette étude, 14 entretiens ont été réalisés, 3 en visioconférences et 11 en présentiels. La durée moyenne des entretiens a été de 39 minutes et 45 secondes, l'entretien le plus court a duré 30 minutes et 36 secondes et le plus long 1 heure 3 minutes et 11 secondes. Le dernier entretien n'a pas été pris en compte dans l'analyse de l'étude à la suite d'un problème technique. Aucune nouvelle donnée n'a cependant été recueillie lors de cet entretien.

Un entretien a été réalisé avec une sage-femme, car il n'y avait pas de sage-femme répondant aux critères d'inclusion disponible sur la période de réalisation des entretiens. Les 13 autres se sont fait avec des médecins, 12 généralistes et 1 gynécologue médicale. L'activité d'IVG est plus importante dans les CDS sexuelle que dans les CDS généraliste. Elle est parfois plus importante dans les autres lieux d'exercices, comme en CIVG hospitalier. La moitié des personnes interrogées sont maîtres de stage pour des internes de médecine générale et moins d'un quart est engagé dans une autre activité militante. Une médecin exerce en zone rurale, un en zone semi-rurale, les autres sont en zone urbaine, pour la plupart au sein de quartiers prioritaires de la ville. Le reste des caractéristiques est résumé dans le tableau 1.

	Durée	Âge	Genre	Profession	Lieu(x) exercice(s)
Entretien n°1	41min 05s	47	F	Généraliste	CDS sexuelle associatif + CIVG hospitalier + libéral
Entretien n°2	37 min 34s	28	F	Généraliste	CDS sexuelle associatif + PMI
Entretien n°3	30 min 36s	42	F	Sage-Femme	CDS sexuelle associatif + libéral
Entretien n°4	45 min 17s	34	F	Généraliste	CDS sexuelle associatif + centre vaccination public
Entretien n°5	30 min 51s	29	F	Généraliste	CDS généraliste associatif
Entretien n°6	31 min 22s	42	F	Généraliste	CDS généraliste associatif + CIVG hospitalier
Entretien n°7	32 min 30s	38	F	Généraliste	CMS
Entretien n°8	41 min 51s	59	F	Généraliste	CMS + association médicosociale
Entretien n°9	50 min 58s	30	H	Généraliste	CDS généraliste associatif + CSS hospitalier
Entretien n°10	51 min 48s	45	F	Généraliste	CMS + CIVG/CSS hospitalier
Entretien n°11	36 min 50s	36	F	Généraliste	CDS généraliste associatif
Entretien n°12	47 min 09s	52	F	Généraliste	CDS sexuelle associatif + CIVG hospitalier
Entretien n°13	1h 03 min 11s	54	F	Généraliste	CDS sexuelle associatif + CEGIDD + UC-IRSA
Entretien n°14	48 min 30s	48	F	Gynécologue	CDS sexuelle associatif + libéral

Tableau 1. Caractéristiques des participantes

Dans l'objectif de promouvoir une écriture féminisée et inclusive, l'utilisation du point médian et de la règle de l'accord de majorité ont été utilisés dans ce travail. Les réponses des personnes interrogées ont donc été rédigées avec un accord féminin en raison de la présence de 13 femmes pour 1 homme.

2) Socle commun de compétences et valeurs

Les entretiens ont permis de définir plusieurs compétences et valeurs partagées par les répondantes, influençant leurs représentations de l'IVG. Elles les ont amenées à faire de l'IVG et à travailler en CDS. Elles semblent être un prérequis à la volonté de développer une activité d'IVG par aspiration en CDS.

a. Compétences techniques professionnelles

i. *Avoir une expertise de l'IVG*

Afin de faire des IVG il est nécessaire de se former pour acquérir une expertise technique. Elle est souvent obtenue en milieu hospitalier, au cours des études ou par une activité mixte en CIVG hospitalier. L'expérience du geste et sa répétition, surtout pour l'IVG par aspiration, sont valorisées. Elles permettent d'obtenir une confiance et un épanouissement dans sa pratique qui donnent la légitimité d'innover et de développer de nouveaux projets.

E1 : *« après j'ai fait mon perfectionnement en orthogénie et là j'ai pu faire 3 stages, donc 3 semaines de stage, une semaine en centre de santé, une semaine au centre de santé des femmes, une semaine au CIVG pour me former à l'IVG instrumentale. »*

E12 : *« Et le risque persiste mais au final, avec l'expérience, c'est quand même rarissime qu'il y a des complications »*

ii. *Remettre en cause son expertise*

Au cours des entretiens, la capacité d'auto critique et de remise en cause de son expertise est ressortie comme essentielle à la construction de l'identité professionnelle. Elle commence par la reconnaissance de ses difficultés et de son champ de compétences, afin de ne pas proposer des soins mal maîtrisés.

E5 : *« moi je me sens pas du tout de le faire parce que je suis pas fan des gestes de manière générale. Je pense que je suis pas formée non plus, enfin pour le moment. Moi je me sentirai pas de le faire, mais ça c'est juste personnel parce que j'aime pas les gestes. J'aurais peur de faire des malaises. »*

Plusieurs personnes interrogées évoquent le manque, voir l'absence de pratique de l'IVG par aspiration, rendant difficile son développement. Cela induit de la peur du nouveau geste technique, amenant de la prudence et la nécessité de répéter le geste pour être à l'aise.

E11 : *« Après, moi je, ça me fait un peu peur sur le plan technique, ça m'intimide un peu. Si je devais me lancer pour le faire, je pense que j'aurai un peu peur de le faire. Je me sentirais*

difficilement compétente pour faire ça, je pense. Mais après, je pense comme tout, ça s'apprend. »

Le sentiment de sécurité peut être trouvé au sein de l'hôpital, perçu comme confortable et rassurant grâce au plateau technique et au recours facile aux spécialistes. Au contraire les situations d'urgence en milieu isolé, dans un endroit loin d'un centre hospitalier peuvent faire peur aux personnes peu expérimentées, freinant le développement de l'aspiration en CDS. Pour répondre à cette crainte, il est nécessaire avant de lancer son activité de s'assurer du recours facile, rapide et fléché aux urgences gynécologiques en cas de problème.

E6 : « Et après moi pour le coup, pour le faire à l'hôpital dans des conditions super sécurées, j'ai pas tellement envie de le faire à un autre endroit. Parce que j'ai déjà eu des hémorragies, j'ai déjà eu des complications et en fait c'est quand même très confortable d'être, d'avoir l'anesthésiste qui est là en 2 minutes le gynéco qui peut monter pour voir le truc comme c'est le cas à l'hôpital »

L'auto-critique amène à prendre conscience de ses représentations et préjugés, notamment sur la pratique de l'IVG en milieu hospitalier et au bloc opératoire souvent perçues négativement. Cette vision participe à la volonté de développement d'une offre extra hospitalière de l'aspiration. Se dégage des discours une volonté commune de dépasser certains préjugés qui peuvent limiter l'accès aux soins et influencer négativement les patient-es.

E4 : « C'est un truc qui me, qui me perturbe. Donc voilà, c'est personnel hein, mais j'ai du mal avec ça donc je suis pas très enfin je ferai pas, j'aurais pas fait ça moi l'IVG sous anesthésie générale, je pourrais pas le faire je pense. »

iii. Pratiquer en respectant un cadre pour se sentir en sécurité

Se remettre en cause est une qualité professionnelle essentielle mais qui peut amener du doute et un sentiment d'insécurité dans sa pratique. Pour pouvoir retrouver une sérénité, il est important pour certaines de définir un cadre d'exercice clair. Il est d'abord réglementaire et légal, avec la nécessité de respecter le secret professionnel, la confidentialité et les critères légaux liés à l'IVG.

E6 : « Et ensuite, on revoit la personne avec ses examens. Et si on est dans les délais, pour l'IVG médicamenteuse et que ça remplit toutes les conditions pour que ça se passe bien, on lui donne nous-mêmes le comprimé de mifepristone. »

Ce cadre réglementaire peut être critiqué et remis en cause, quand certaines règles sont jugées inacceptables moralement et éthiquement. Certaines évoquent ainsi une souplesse et un arrangement constant à la règle et au cadre pour être en cohérence avec ses valeurs.

E8 : « c'est vrai par exemple, ça m'est arrivé une fois, je sais pas, peut-être en 8 ans, une gamine, je dis gamine hein, c'est une jeune fille de 17 ans, de le faire sans la visite obligatoire. Impossible, j'ai fait ça, tu fais ça des fois hors la loi, enfin ça arrive. Voilà. Mais il y avait a priori pas, elle était bien, elle est bien revenue. Voilà, il y a pas eu de soucis. »

Le cadre est également scientifique, avec la volonté de fournir des soins de qualité, s'appuyant sur des données solides, basées sur des preuves scientifiques et garantissant une sécurité aux patient-es. Pour cela les soignantes s'appuient sur des recommandations de bonnes pratiques et des protocoles partagés au sein des réseaux de soins régionaux ou nationaux liés à l'IVG. Il semble particulièrement important de s'assurer de ne pas faire de mal aux patient-es, tout en assurant une interruption de grossesse efficace.

E2 : « Je commence à demander si elles ont des antécédents, si elles prennent des médicaments, tout ça, pour avoir un peu une vision, savoir aussi si médicament ça va être possible »

Une répondante a particulièrement insisté sur la nécessité d'être rigoureuse dans l'évaluation de l'IVG en raison d'un sentiment de manque de sérieux dans l'histoire de la recherche médicale spécifique aux femmes, associée à une culture plus « expérimentale » que rigoureuse scientifiquement quand il s'agit d'actes gynécologiques.

E11 : « Enfin, et c'est pas que pour les IVG ou... Quand j'étais externe, j'avais l'impression que c'était beaucoup plus difficile en gynéco d'avoir vraiment des informations claires sur c'est quoi la reco. J'avais l'impression que après c'est, c'est subjectif, c'est mon impression, mais j'ai l'impression que ça arrivait quand même plus souvent que les pratiques elles étaient basées beaucoup sur des habitudes et des impressions et des habitudes locales que sur des recos vraiment claires, scientifiques »

iv. Remise en cause du pouvoir médical

Faire son auto critique amène les professionnelles à critiquer et remettre en cause la force du pouvoir médical. Il est perçu comme néfaste avec une volonté partagée d'essayer de désacraliser les médecins et réduire leur influence sur la possibilité d'accès à l'IVG. Cela passe par la reconnaissance de sa position dominante et une mise en retrait, qui parfois est difficile à mettre en œuvre.

E2 : « est-ce que en tant que médecin, on est vraiment à même de pouvoir aider à la discussion, je pense qu'on peut apporter des arguments, mais pareil, mais je pense qu'on est, enfin je pense qu'on a une relation qui permet pas forcément... Enfin je sais pas comment le dire, mais en fait je pense que des fois ça a trop de poids notre parole. " »

Réduire le pouvoir médical nécessite la reconnaissance des compétences des autres professionnel·les du soin. Une volonté d'élargir la délégation de tâches vers ces autres soignant-es, tout aussi aptes à accompagner les personnes dans leurs parcours IVG, est mise en avant.

E7 : « Les infirmières ont été formées, on essaye que la CO soit faite aussi par les infirmières. Ici, on essaie de monter ce protocole de coopération la »

L'autre étape indispensable est de redonner du pouvoir aux patient-es, en valorisant le savoir expérientiel et en cherchant à les impliquer dans leurs soins. L'objectif est d'inverser le rapport de force en redonnant confiance et en renforçant leur estime de soi pour permettre une autonomisation et une réappropriation de leur corps et leur santé.

E3 : *« on va avoir un atelier santé gynécologique aussi, qui on peut aller voir, comment on peut se comporter en consult. Si ça va pas, oui, j'ai le droit de partir, j'ai le droit de refuser un examen sous spéculum. Enfin, l'idée c'est quand même de leur redonner une bonne estime d'elle-même et du pouvoir aussi dans leur décision lors de la vie de tous les jours et particulièrement dans le domaine médical »*

b. Compétences relationnelles et humaines

i. *Créer une relation bienveillante et respectueuse*

Plusieurs valeurs humaines et relationnelles communes ont émergées des discours, essentielles à la constitution d'une identité professionnelle défendant l'accès à l'IVG. Il est indispensable d'instaurer un cadre bienveillant et chaleureux et d'être dans une relation honnête, sans chercher à tromper l'autre, ni à être dans une position de jugement. La volonté d'inclusivité et de déculpabilisation fait partie intégrante du travail des professionnelles.

E12 : *« y a vraiment une, un respect, enfin, y a une, une posture de non-jugement, un, un respect d'être au plus près des demandes des personnes. »*

Le respect du consentement est indispensable et fondamental à toute relation, au cours des entretiens et des examens éventuels. Il est complété par le respect de l'intimité et de la dignité de la personne qui intervient au cours d'une consultation ou de la réalisation d'une IVG par aspiration. Cette intimité est particulièrement dure à trouver au bloc opératoire pour plusieurs répondantes, contrairement à une ambiance jugée plus intimiste en CDS.

E4 : *« Mais une fois que la patiente, elle est endormie, on la manipule. Et moi ça, j'ai vraiment du mal avec ça. C'est un truc qui me. Qui me perturbent de de de bah de prendre le corps d'une femme, de le mettre dans une position gynécologique alors qu'elle elle est endormie. »*

Pour pouvoir appliquer ces valeurs, il est nécessaire de prendre le temps qu'il faut, souvent plus long que les autres consultations, en ayant une qualité d'écoute active et d'empathie. Cette écoute est partagée par tous les collègues des CDS. Elle amène à percevoir les émotions des patient-es, qui peuvent être intenses, et parfois à les partager, qu'elles soient bonnes ou mauvaises.

E10 : *« L'IVG moi j'ai, j'ai besoin, alors 40 minutes quand j'ai vraiment tout quoi, parce que il faut lui expliquer, parce qu'il faut prendre le temps, parce que. »*

E10 : *« Et puis les AL, c'est ça, y a des fois elle va rigoler pendant toute sa, c'est quand même formidable. T'es en train de faire l'IVG et t'as la patiente qui rigole avec toi, qui fait des blagues. Et puis la patiente d'après bah mutique, qui dira rien et qui pleurera parce que elle*

aura besoin de se mettre là-dedans. Et très bien t'accompagnes les 2 et c'est, j'allais dire c'est super, mais ouais c'est super moi je trouve. »

ii. Garantir un accueil de qualité

Le cadre bienveillant se développe avant le moment de la consultation, dès l'accueil des personnes au sein des structures. L'accueil inconditionnel, sans jugement, dans un espace agréable et chaleureux est essentiel dans les différents CDS rencontrés. La formation des personnes accueillantes, avec la volonté de les intégrer à part entière dans l'accompagnement des personnes en demande d'IVG participe à la qualité de l'accueil proposé.

E4 : « ici c'est un lieu qui est pas du tout aseptisé, qui est un lieu vraiment bienveillant, qui a des couleurs et de la musique, tu vois, c'est vraiment enfin t'as vu, c'est c'est, pas un lieu de soins classiques et donc ça ça aide pour les femmes qui ont un, qui sont rebutées par, par le milieu hospitalier »

E12 : « Elles ont aménagé une petite pièce, elles ont ramené plein de trucs de chez elles. Enfin, tout est pensé aux petits soins avec de la, de la musique, elles peuvent boire une boisson chaude, y a des couvertures, enfin, c'est vraiment hyper accueillant, cocooning. »

L'importance de l'accueil et du cadre se poursuit au moment de l'IVG avec une importance donnée aux détails du lieu de réalisation de l'acte, aux sons et bruits entendus, aux choses vues et perçues par les patient.es. L'objectif est de créer un environnement agréable, visuellement et auditivement dans la salle de réalisation de l'IVG, parfois non retrouvé à l'hôpital.

E3 : « au CHU particulièrement hein, c'est, c'est très froid hein. C'est blanc, avec du carrelage blanc, c'est, ça fait presque un peu boucherie quand même avec le gros scialytique. Et puis du coup, les vitres sont comme ici floutées. Et derrière, en fait, on a la pharmacie, mais on a aussi toutes les sorties poubelle de la mater du CHU. Donc en fait on entend le camion qui charge à côté, c'est toujours, enfin pour moi c'est très particulier en fait. »

iii. Créer un lien de confiance

La création d'une relation bienveillante par la qualité relationnelle et l'accueil du CDS amène à créer un lien de confiance fort. Il semble renforcé par le statut de premiers recours des CDS, qui peuvent également suivre les personnes pour d'autres sujets et déjà avoir cette image de lieu de référence et de confiance. Le fait de garder une même personne au sein du parcours IVG semble renforcer la confiance perçue par les répondantes.

E10 : « Si tu le fais en centre de santé, bah les femmes, elles connaissent déjà le secrétaire parce qu'elles sont déjà venues, elles connaissent le médecin. Enfin c'est, c'est quand même un peu moins mastoc que t'arrives à l'hôpital dans une grosse machine. Je pense qu'il y a des gens pour qui ça va être rassurant, mais, mais, mais pas pour tout le monde. »

Ce lien fort créé par le moment de l'IVG amène certaines professionnelles à essayer de ne pas trahir la confiance donnée et craindre de décevoir les patient-es, notamment lorsqu'elles ne peuvent pas répondre à la demande initiale. Cela peut les conduire à rester disponible au-delà des horaires de travail pour répondre à leurs inquiétudes.

E13 : « Donc voilà donc du coup je l'ai, je l'ai orienté vers l'hôpital. *Voilà, mais c'est toujours difficile pour nous de faire ça parce que si elles viennent nous voir d'abord c'est, c'est que y a plutôt un choix et initial qui est de pas aller en hospitalier. »*

E8 : « Et puis troisième, c'est à la maison. Je passe un petit coup de fil. Pour voir comment elles vont, tout ça. Même le dimanche j'appelle, mais en masqué. Faut que je mette en masqué, c'est pas possible, parce que la ! Faut pas que j'oublie »

Parfois, l'inquiétude et la peur amènent à choisir à la place des patient-es. En voulant agir pour leur bien, les professionnelles peuvent aller à l'encontre de leur autonomie, en décidant par exemple de prolonger leur parcours IVG pour plus de sécurité.

E2 : « *ce qui peut être un frein parfois c'est que personne n'est au courant et du coup quelle va être la personne qui va être là pour la prise du misoprostol ? Et ça c'est des trucs ou des fois je je, je les fais revenir pour ça en fait. Enfin je cherche une excuse mais c'est ça le motif si personne n'est au courant. »*

iv. Être dans une approche globale du soin

Les personnes interrogées se retrouvent dans une vision globale du soin, ne limitant pas l'IVG à la prescription de médicaments ou la réalisation de l'aspiration mais bien à l'inscrire comme un événement chez une personne dans son histoire de vie et son environnement.

E3 : « *probablement parce que l'IVG, c'est plein de choses à la fois, c'est de la santé sexuelle, la santé de la femme, de la prise en charge et de la prévention, du dépistage de violence. Enfin, ça recoupe tous les aspects de la santé globale de la femme, en tout cas en ce qui me concerne, je trouve, donc je pense que c'est pour ça que je me suis engouffrée dedans »*

Cette vision amène à considérer l'aspect psychologique comme indissociable de l'accompagnement des personnes en demande d'IVG. Sans pathologiser l'IVG, au contraire l'intégrant dans les soins gynécologiques et la vie sexuelle, les répondantes sont conscientes du retentissement psychologique que peut avoir une grossesse non programmée. Elle peut amener des bouleversements dans les vies des personnes, ayant parfois déjà un terrain psychique fragile, qu'il faut prévoir et accompagner. Cet accompagnement est facilité par une activité pluriprofessionnelle en CDS.

E11 : « *[la psychologue] elle est prévenue en fait dès qu'il y a une demande d'IVG qui arrive à l'accueil car elle, elle sait qu'il y a une demande en cours et du coup elle sait que potentiellement il faut qu'elle puisse se dégager un créneau dans la semaine pour voir la femme si elle le souhaite. »*

La prise en compte du vécu de l'IVG par les patient·es est importante, avec une recherche du confort pendant et après sa réalisation. L'accompagnement peut pour certaines dépasser le cadre de l'IVG, avec en fonction des besoins un accompagnement à la prise des rendez-vous, à la réalisation des examens, voire à un accompagnement physique dans certaines structures partenaires.

E13 : « Et voilà, parfois, quand on voit qu'il y a une difficulté, ben par exemple des personnes migrantes qui, qui ont du mal avec le français, ou d'autres personnes qui ont du mal pour X raison, on peut accompagner effectivement, bien sûr. On a, donc soit juste la prise de rendez-vous, ça peut se faire par un conseiller ici et moi je fais toujours un courrier de toute façon, accompagnant, mais autrement ça peut être même jusqu'à des bénévoles qui accompagnent, notamment les mineurs qui n'ont pas de personnes majeures accompagnantes. »

Toutes les personnes interrogées donnent de l'importance au dépistage des violences sexistes et sexuelles, particulièrement présentes au moment d'une grossesse et d'une IVG. Elles ont un impact dans la manière dont l'IVG va pouvoir se dérouler et dans l'accompagnement délivré, qui peut nécessiter de cacher la réalisation de l'IVG pour protéger les personnes.

E1 : « on est aussi identifié vis-à-vis du repérage et l'accompagnement des personnes victimes de violence, notamment des violences faites aux femmes, des violences conjugales, des violences sexistes et des violences faites aux minorités de genre. »

E5 : « faut pas que les saignements durent 3 semaines, parce que tout le monde va savoir, il faudrait pas que le mari soit informé, que la famille soit informée, et cætera. »

c. Capacité d'adaptation

i. *S'adapter à l'individu*

Une constante retrouvée au fil des entretiens est la capacité d'adaptation professionnelle face aux demandes des patient·es. Même si elles doivent se plier au cadre réglementaire et aux contraintes médicales, l'objectif est de s'adapter à chaque situation et chaque personne en prenant en compte ses spécificités : ses facteurs de vulnérabilité, son âge, son milieu social, ses pathologies, etc.

E8 : « ça m'est arrivé, de faire intervenir l'imam, enfin j'ai dit vous allez voir l'imam parce que c'est possible qu'elle voilà. Et en revenant, vous aviez raison allez on le fait et tout ça. Il y a des gens qui voulaient pas mais qui savaient qu'elles pouvaient pas. J'ai dit, bah écoutez voilà, on a encore un peu de temps, aller vous renseigner et tout enfin voilà ça m'est arrivé. A la lune, le machin, je sais pas en détail, ça m'intéresse pas en fait, c'est à eux de gérer ça, mais ça a été des solutions donc voilà. Ouais, il faut prendre tout ça en compte. »

Prendre en compte les individualités nécessite de questionner les représentations des personnes. Elles participent au choix de la méthode et du lieu de réalisation de l'IVG, souvent en priorisant par peur une IVG hors de l'hôpital et non instrumentale.

E6 : « Quand même, je dirais que la plupart des femmes qui n'ont jamais eu d'IVG elles ont l'impression en tout cas, et elles souhaitent plutôt la méthode médicamenteuse. Parce que ça paraît plus tôt, ça paraît plus facile. Y a pas besoin d'aller à l'hôpital. »

S'adapter à chaque personne nécessite d'adapter sa communication pour s'assurer de la bonne compréhension des informations délivrées. Multiplier les outils avec du visuel, des informations orales et des outils informatiques sont des éléments utilisés, notamment avec des personnes allophones et/ou analphabètes.

E6 : « là en l'occurrence pour notre patiente, je lui ai lu parce qu'elle ne lit pas et en plus oui, sachant que son mari était pas au courant qu'elle faisait une IVG, donc parce que si y a le mari qui est dans la démarche avec la personne et que lui il sait lire à la limite. Mais là, elle, elle était pour le coup toute seule. »

ii. Prendre en compte les représentations sociales de l'IVG

L'IVG véhicule encore des préjugés et des représentations sociales négatives, culpabilisantes et moralisatrices vis-à-vis des personnes en demande d'IVG. Les professionnelles doivent les prendre en compte car elles ont des retombées sur l'accompagnement des personnes, et sont présentes chez d'autres soignant·es.

E3 : « le médecin généraliste me fait une lettre et dedans il écrit : voilà, j'ai reçu Madame machin, elle a tels antécédents et elle me demande une IVG. Qu'en pensez-vous ? J'aimerais bien parce que qu'est-ce que j'en pense ? J'en pense rien ! L'IVG on l'a fait, si elle en veut pas, on en fait pas. Enfin c'était très, c'était très infantilisant. »

Cet acte est parfois considéré par les autres médecins comme dégradant, laissant aux personnes militantes la charge des IVG. Les interviewées ressentent que l'extension de l'IVG par aspiration en extra hospitalier peine à se développer, avec des freins de la part des médecins hospitaliers à l'accepter.

E10 : « Alors j'ai, j'ai percuté en, en ayant la sage-femme au téléphone que pourquoi est-ce que c'est la seule sage-femme à être conventionnée ? Alors je pense qu'il y a beaucoup de demandes, mais en plus, il y a beaucoup de bâtons dans les roues pour signer une convention. L'hôpital est pas, signe, pas de convention quoi. Et c'est pareil, moi je travaille, enfin ça fait 15 ans que je fais des IVG en centre de santé, j'arrive à l'hôpital au centre de santé sexuelle pour faire des IVG par aspiration. Je dois signer ma convention, on me dit, il faut que tu fasses un stage... »

Certaines répondantes ont tout de même constaté des évolutions dans les mentalités, avec un meilleur accueil et un meilleur accompagnement des personnes en demande d'IVG des jeunes générations de médecins, notamment gynécologues.

E13 : « c'est moins le cas avec les nouvelles gynécos qui sont là à l'hôpital, y avait avant un peu un dirigisme, voilà sur la méthode, la contraception après. Voilà les plus vieux gynécos étaient un petit peu plus dirigiste alors que c'est plus du tout le cas avec les nouvelles personnes qui sont là-bas. »

iii. S'adapter à l'environnement d'intervention

Les répondantes mettent en avant la nécessité de prendre en compte l'environnement d'intervention du CDS, qui pour la plupart sont implantés dans des quartiers populaires en zone urbaine. Elles modifient leur accompagnement, en prenant en compte le contexte socio-culturel qui impacte les possibilités de soutien, avec des personnes plus isolées, allophones et dans des situations précaires.

E5 : « Dans notre département, c'est quand même un peu spécifique où les gens restent dans le département, se déplacent peu parce que ils savent pas comment faire, ils savent pas lire donc prendre le métro pour aller au sud ou au nord, Bah ils savent pas lire sud ou nord quoi donc c'est plus compliqué. Mais bon, les gens connaissent bien la ville, donc quand on leur indique, vous voyez tel endroit, l'hôpital, ils savent très bien l'identifier, donc la maison des femmes c'est facile. Les centres municipaux de santé c'est à côté des laboratoires, donc en fait le laboratoire, vous voyez ? Oui, oui, bah le centre de le centre de santé il est à côté »

Il est parfois constaté une augmentation des tensions politiques et religieuses impactant l'activité d'IVG et induisant la crainte d'actes violents. Ces tensions peuvent être liées à des historiques de structures hérités de conflits du passé, gênant encore les parcours de soins.

E8 : « Alors, par contre moi je me suis, parce que ivg.com ou je sais pas quoi, tu peux voir où est-ce que tu fais les IVG. Donc notre, mon centre est identifié. J'ai pas mis volontairement mon nom. Pourquoi ? [...] on est dans ces cités-là et moi j'ai pas envie de revendiquer avec mon drapeau LGBTQIA+ que je fais des IVG aspirations ou médicamenteuses dans ma pratique. Donc ça se sait ou ça se sait pas, mais voilà, c'est vraiment une protection. »

3) Laisser le choix aux personnes en demande d'IVG : motivation n°1 à l'IVG par aspiration en CDS

a. Permettre un réel choix dans le lieu et la méthode d'IVG

i. Garantir un choix libre et éclairé

Tous les entretiens menés ont convergé vers une idée commune : l'objectif principal de l'accompagnement des demandes d'IVG est de permettre aux personnes d'avoir le choix dans leur décision de réaliser une IVG, la méthode choisie et le lieu de réalisation. Les compétences et valeurs communes convergent vers cette volonté de laisser le choix, centrale dans les représentations de l'IVG des personnes interrogées.

E7 : « Ah bah je trouve que c'est un bon choix pour les patientes au moins elles ont la possibilité de choisir, voilà de rester le moins possible à l'hôpital. Dès que c'est fait, elles partent, mais qu'elles aient le choix, il y en a qui veulent absolument pas, rien entendre en avoir et, et donc elle choisit l'anesthésie générale. [...] mais l'anesthésie locale se passe très

bien aussi. Donc voilà, si ça les dérange pas d'avoir du bruit, et cætera, mais souvent ils parlent avec elles quand y a ce moment-là. Moi je trouve ça, ça bien qui ait le choix. »

Prioriser le choix peut être un moteur à l'envie de développer une activité d'IVG par aspiration en CDS, en mettant en avant la légalité et la sécurité de cet acte.

E9 : « Et le côté ça existe, on sait qu'il y a pas de surrisque, on sait qu'il y a pas plus de complications donc pourquoi pas le proposer ? »

Les soignantes vont essayer de donner des clés pour un choix éclairé. Cela passe par l'utilisation d'une communication adaptée à chaque personne, par exemple en garantissant l'accès à un interprétariat professionnel quand il est nécessaire. L'objectif est d'arriver à permettre la décision, en partageant la responsabilité.

E1 : « Il peut y avoir soit un interprète si y a besoin soit un médiateur, par une personne ici qui est médiatrice en santé, on a une personne ici qui a des missions de médiations en santé. Mais aussi des bénévoles aussi qui sont formés à la médiation en santé qu'on peut solliciter. On utilise beaucoup l'interprétariat téléphonique qui permet une neutralité. Mais ça peut aussi être un interprète physique »

Les situations d'ambivalence dans la décision semblent être les plus difficiles. Certaines notent tout de même l'importance de la questionner, sans remettre en cause la décision d'arrêt de grossesse, car ce sont des réflexions nécessaires à avoir avant une décision d'IVG. Elles nécessitent parfois de s'adapter à la temporalité des patient·es, pouvant nécessiter plus de temps qu'une consultation pour faire son choix.

E11 : « Et en fait je me dis que si elles le perçoivent comme ça et si la question leur fait violence c'est que peut-être c'est pas si clair que ça pour elle et que du coup ça vaut quand même vraiment le coup. Parce que s'il faut se poser la question, c'est quand même le bon moment pour le faire et, et donc enfin, je suis convaincu que oui, c'est bien de, d'explorer l'ambivalence et d'aller poser ces questions-là, mais c'est pas toujours facile à faire. »

ii. Aider à la prise de décision en limitant les influences

Pour que ce choix soit réel, il faut s'assurer de la liberté de choisir des personnes. Y a-t-il des influences extérieures qui l'empêche de faire un choix libre et éclairé ? La recherche de violences conjugales ou d'emprise dans une relation intervient à ce moment. Les participantes cherchent à respecter l'autonomie des personnes, sans imposer leur vision, ni celle de l'entourage.

E4 : « Et puis on prend le parti de toujours voir la patiente seule parce que c'est important si jamais le conjoint il a de l'emprise ou il impose son souhait à la patiente, elle va pas forcément le dire devant lui, donc on a besoin d'avoir un temps en tête à tête pour reposer ces questions-là et s'assurer que tout va bien pour vous »

Des professionnelles se rendent compte de l'influence de leur manière de présenter les méthodes d'IVG sur le choix des patient·es. Souvent, si les représentations de l'aspiration à l'hôpital sont mauvaises, la façon d'en parler induit le fait de choisir une IVG médicamenteuse. La conscience de cette influence amène à essayer d'avoir un regard neutre sur les méthodes, à respecter tous les choix des patient·es en essayant de limiter ses préjugés.

E9 : « *Je pense que je suis biaisé dans la façon dont je le présente parce que j'ai beaucoup de retours, enfin l'impression que sur le moment les patientes sont douloureuses. Après, y a toujours une ambivalence, parce que, une fois que je pose la question dans la chambre, c'est quand même presque systématique, elles disent bah non mais ça a été. Alors que pendant c'était, enfin j'avais vraiment l'impression de leur faire très mal quoi.* »

Parfois il est difficile de comprendre et d'accepter les choix des personnes en demande d'IVG, ce qui peut amener de la frustration et de la colère chez certaines répondantes. Une professionnelle a pu évoquer ses difficultés et sa capacité à dépasser ses préjugés pour mieux comprendre les demandes répétées d'IVG, et ainsi ne pas limiter l'accès à l'IVG.

E8 : « *Après, j'ai un petit évolué alors là, parce que ça fait 30 ans que je travaille et ça fait, j'ai commencé les IVG en 2008, donc j'ai l'expérience. Au début, mais voilà, mais c'est aussi avec le changement de mentalité aussi et d'approche de la société et de nous aussi en tant que médecin. Et donc c'était pour rendre service aux dames mais quand c'était la deuxième, la troisième demande d'IVG, ouais, je te dis vraiment, j'avais envie de les emplaçonner. Parce que tu... Alors qu'on sait très bien que le rapport peut ne pas être prévu, pas consenti, de la violence et puis que bon, voilà, c'est comme ça. Même, il y avait des mouvements féministes qui disaient donc tu prends pas de contraception et puis si tu veux te faire une IVG 4, 5 fois dans ta vie, finalement, plutôt que de prendre une pilule qui va augmenter ton risque. Voilà moi j'étais pas du tout dans ce mouvement là, pas du tout. Je trouvais ça un petit peu choquant, mais j'ai un tout petit peu évolué. [...] Après je parle quand même de la contraception, mais je n'ai pas envie d'emplaçonner les femmes, ce qui est bien déjà.* »

b. Militer pour défendre les droits liés à l'IVG

i. *Permettre un accès universel à l'IVG*

Le constat partagé dans les entretiens est que le combat pour le droit à l'IVG n'est pas terminé : de nombreux freins existent encore pour permettre un accès libre, universel et équitable. Les répondantes partagent une volonté d'égalité d'accès aux soins. Permettre un accès universel et gratuit à l'IVG pour toutes personnes présentes dans son territoire est une priorité. L'IVG est perçue pour certaines comme une nécessité de service public que les médecins ne peuvent négliger.

E10 : « *c'était une médecin qui avait demandé qui a dit, est-ce que je peux l'avoir en AL ? La médecin pour elle, elle veut bien en AL et je me dis on le développe pas pour les autres, ceux qui connaissent ils peuvent le demander, mais les autres ils demanderont pas quoi* »

Pour permettre cet accès, simplifier le parcours et l'offre s'impose. Réduire les intervenant-es en proposant toutes les formes d'IVG dans son CDS, en réalisant directement les échographies ou les prises de sang permet de réduire ces inégalités d'accès. Considérer l'IVG comme un motif urgent, auquel une réponse rapide est donnée, dès l'accueil des CDS avec une souplesse dans les rendez-vous, améliore l'accès. Cela peut rentrer en contradiction avec des protocoles lourds imposés par les centres hospitaliers qui empêchent cette fluidité dans l'accès à l'IVG et peuvent mettre en colère certaines.

E7 : « Elle a pu faire la prise de sang ici parce qu'on a, du coup on a des infirmières directement, donc elle a fait la prise de sang. [...] Et je lui ai proposé en fait de faire dans la semaine donc je la revois demain sans écho parce que bon... »

Il est parfois constaté un manque d'accès à l'IVG ambulatoire, avec une centralisation des IVG sur l'hôpital qui devient saturé, augmentant ses délais, mais paradoxalement limitant les conventionnements pour faire de l'IVG ambulatoire. Ce constat amène à considérer l'IVG extra hospitalier comme un besoin populationnel important, voire essentiel pour la population d'intervention. Cela est particulièrement valorisé par certaines répondantes, amenant un sentiment d'utilité et de satisfaction important dans sa pratique.

E10 : « Qu'est-ce qui, enfin, qu'est-ce qui justifie de le mettre à l'hôpital ? Je veux dire l'hôpital déborde de partout, on n'arrive pas à joindre les gens. Enfin, que chacun reste à ses à ses activités, quoi. Donc qu'on sorte un truc de l'hôpital et que ça permette un accès facilité aux patientes. »

ii. Permettre un accès équitable en luttant contre les inégalités territoriales

Avoir une vision locale et populationnelle met en lumière les inégalités territoriales d'accès à l'IVG. Comme tout autre soin, les territoires ne sont pas égaux dans l'accès aux différentes formes d'IVG, constituant une injustice contre laquelle il faut lutter. Certaines déplorent également le délitement des services publics hospitaliers, mais aussi des CMS de la banlieue parisienne, qui ne répondent plus à leur mission, avec un manque de moyens et une baisse de la qualité des soins.

E2 : « j'en ai vu aussi de 18-20 ans où je me suis dit mais en fait elle a pas le permis, le planning c'est super loin en fait si elle veut faire une IVG c'est vraiment un combat quoi. Déjà faut savoir où en parler et tout. Et puis si on habite dans le village, ouais on n'a pas le permis, c'est à dire faut parler à ses parents ou enfin s'organiser avec le bus et tout. Mais je me suis dit, c'est hyper compliqué »

Prendre en compte l'historique local de son lieu d'exercice est indispensable, certaines professionnelles héritant de conflits anciens entre structures limitant le développement de l'IVG ambulatoire. En fonction de l'accès à l'IVG dans son département, et plus particulièrement de l'offre d'IVG par aspiration sous AL à l'hôpital, l'envie de développer cette activité ne va pas être la même. Face à des lieux sans accès à cette méthode, la volonté de

permettre un accès équitable sur tout le territoire va motiver le développement de cette activité. Au contraire dans des zones où l'accès est facile les professionnelles n'ont parfois pas l'énergie à déployer pour se lancer dans cette nouvelle activité.

E6 : « *Le faire ici pour moi ça n'aurait pas de sens. Parce que justement ça se passe bien là, la coopération avec l'hôpital, la proximité, c'est pas loin. Voilà maintenant, si j'étais au milieu de d'un département où il fallait faire 1h30 de bagnole pour avoir une IVG par aspiration, je pense que je le verrai différemment* »

iii. Être militante pour le droit des femmes

La volonté de défense des droits à l'IVG s'accompagne souvent d'une socialisation militante des professionnelles, ayant des parcours personnels et professionnels intimement liés aux luttes féministes. Les répondantes s'inscrivent dans une histoire militante de l'IVG, souvent valorisée et affichée avec fierté. L'aspect politique de la médecine est revendiqué, il donne un sens à leur pratique et leur engagement.

E1 : « *J'ai côtoyé des personnes qui avaient développé le CIVG au CHU, qui étaient aussi issues du MLAC au tout début dans les années 70. Il y avait tout ce microcosme local on va dire, où je gravitais* »

Le droit à un accès universel et équitable à l'IVG rentre dans une volonté partagée de lutter contre les inégalités liées au genre. La prise en compte des rapports de domination dans la société est mise en avant par des répondantes, avec la volonté de saisir le moment de l'IVG pour accompagner vers l'émancipation et la réappropriation des corps opprimés. L'apport du collectif parfois utilisé dans les centres de santé est ici particulièrement utile.

E4 : « *c'est quelque chose qui m'a plu tout de suite, je me suis imaginée vraiment bien le faire, style MLAC quoi. Style voilà, on est là entre femmes, on discute, on relativise le truc et ça se passe bien quoi, et on essaie d'en faire un un, non sujet quoi, en fait* »

Cette culture militante amène de la persévérance dans les combats menés. De nombreuses professionnelles n'hésitent pas à se battre jusqu'au bout pour leurs projets, utilisant toutes les voies de recours possibles pour se donner les moyens d'atteindre leurs objectifs. Les enjeux logistiques et matériels sont souvent surmontés et la lutte s'installe avec des institutions hospitalières, souvent dénoncées pour leurs manquements.

E3 : « *c'était un peu mieux, mais parce que, entre-temps, j'avais rencontré la directrice générale du CHU qui m'a fait comprendre que c'est surprenant effectivement qu'il n'y ait pas de conventionnement dans ce département. Plus la présidente de l'ordre national, [...] je pense que c'est ce qui a fait que en faisant suivre les correspondances au niveau de l'ordre national et leur service juridique qui a pesé aussi dans la balance* »

Ce combat permanent peut être vécu comme une charge, amenant résignation et épuisement. Parfois démoralisées, le fait de se regrouper en réseau et de s'entraider est soutenant. Les

professionnelles peuvent faire preuve de concessions et des compromis pour obtenir des avancées dans leurs projets.

E1 : *« Par contre dans les faits quand même, et ça je suis vraiment agacé de ça, cette urgence à proposer ça dès l'ouverture je l'ai moins maintenant et c'est un peu dommage. Je suis presque en train de me dire... Bof... Disons que... »*

Certaines répondantes sont plus modérées dans leur militantisme, pouvant nuancer certaines positions militantes qui peuvent différer de la réalité clinique. D'autres peuvent éprouver des craintes à s'afficher ouvertement pour l'IVG, notamment par peur de représailles ou d'actions anti-IVG.

E13 : *« Mais on est quand même, plutôt globalement assez modérés dans nos prises de position. Quand je vais, j'étais à la Confédération à Paris pour parce que je me suis formée à l'hormonothérapie, pour la transition. Bon, j'ai vu que y avait des endroits où c'était beaucoup plus, beaucoup plus militant, mais très, très, avec des positions très fortes. On est beaucoup plus modérés. Voilà donc moi ça me convient parce que je suis pas une passionaria. »*

Certaines situations peuvent être mal vécues, notamment quand ses convictions personnelles sont en contradictions avec certaines règles jugées injustes. Cela peut induire de la culpabilité de ne pas avoir contourné ces règles, au détriment des patient·es. Il ressort alors la nécessité d'écouter ses ressentis pour préserver son bien être personnel au-delà de sa posture professionnelle.

E11 : *« Mais en même temps je suis conventionné avec l'hôpital pour faire les IVG et du coup je peux pas, ou en tout cas j'ai pas pris la liberté de ne pas suivre la consigne qui m'avait été donnée. »*

iv. Dédramatiser l'IVG

Il semble nécessaire pour les personnes interrogées de changer l'image de l'IVG : cet acte n'est ni dégradant, ni dangereux. Il s'agit d'un acte médical simple, sans danger, qui fait partie de l'accompagnement et du suivi gynécologique, comme une grossesse poursuivie. Il peut donc être réalisé par tout·e médecin ou sage-femme facilement. Faire des aspirations en CDS est donc naturellement quelque chose qu'il faut promouvoir.

E1 : *« Ça permet pour certaines de, de se dire que c'est pas si grave que ce que ce qu'elle s'imaginait ! C'est ça ici, c'est faire de l'IVG faire un soin comme un autre en santé, vraiment, c'est comme les autres voilà. »*

La volonté de déculpabiliser les personnes réalisant des IVG est prioritaire dans les discours. Les grossesses non prévues arrivent, elles font partie de la vie sexuelle et il faut les accompagner comme d'autres événements. Ce n'est ni la faute des individus ayant raté quelque chose, ni un échec des soignant·es n'ayant pas réussi à trouver le bon moyen de

contraception. Une IVG a très peu d'impact sur la santé de la personne concernée, il n'est donc pas nécessaire de la considérer à ce point comme une fatalité. Ouvrir l'IVG en dehors de l'hôpital, par voie médicamenteuse ou par aspiration participe à cette dédramatisation.

E13 : « *c'est juste de, plutôt d'avoir un regard de déculpabilisation, plutôt que de dire c'est où la faute, elle est où la faute ? En général c'est sur la femme et puis en plus bah y a pas de faute. Enfin, moi j'ai rencontré en plus des, des femmes qui très sincèrement, ont mis tout en place. Et puis elles sont hyper fertiles, le couple est hyper fertile et y a des échecs. Et voilà, et puis des fois, il faut toujours être vigilant, prendre un comprimé et puis des fois on l'a bien pris mais ça marche pas donc on va pas s'appesantir là-dessus. [...] c'est quelque chose qui fait partie de la vie d'une femme. Parce qu'on est pas des métronomes, parce que, et c'est pas des fautes de contraception ! »*

Malgré cette volonté commune, plusieurs personnes sont confrontées aux réticences et aux représentations dures et jugeant des autres professionnel·les et de la société. Ces représentations freinent la simplification et l'ouverture de l'IVG au plus grand nombre.

E13 : « *ça m'énerve toujours quand on présente hein y a encore 230 000 IVG en France. Bah ouais coco, c'est normal qu'il y ait des IVG. C'est, c'est, c'est la contrepartie de, du fait d'avoir une vie sexuelle quoi. C'est mais c'est encore pas du tout, c'est c'est encore vu comme un indicateur d'échec ou de, de mauvaise prise en charge, de, et moi je, je pense pas que ce soit ça. Mais bon, c'est quand même la majorité des gens le présente comme ça. [...] Bon quand je dis ça on me regarde... »*

4) Construction d'une identité professionnelle collective en centre de santé

Les personnes interrogées possèdent une identité professionnelle forte, axée autour du projet collectif du centre de santé qui est imprégné des valeurs communes et de la défense des droits à l'IVG et de la liberté de choix.

a. Exprimer son identité professionnelle

i. *Construction en opposition au système dominant*

Au cours des entretiens, les répondantes ont évoqué leurs parcours professionnels et leurs formations, souvent construits en opposition aux systèmes dominants, hospitaliers et libéraux. Les personnes interrogées sont pour la plupart des médecins généralistes, qui ont, pour une partie, lutté pour revendiquer leur non-infériorité aux spécialités hospitalières. Le système hospitalier est perçu comme une grosse machine trop spécialisée qui entrave les projets, contrôle et laisse peu de place au développement de l'ambulatoire. Il est revendiqué une émancipation permettant de se libérer des entraves institutionnelles.

E1 : « *il y a eu tout ce travail sur la signification de la convention, qui est un accord à égalité et qui est pas une ingérence ou un pouvoir de l'institution hospitalière sur la médecine de ville en fait »*

Le système libéral et le paiement à l'acte sont critiqués. Ils induisent une logique de rentabilité avec la recherche de multiplications des actes pour être mieux rémunéré, un investissement entrepreneuriale chronophage, et une activité souvent isolée, centrée autour du colloque singulier. Au contraire les professionnelles valorisent la décharge administrative permise par le salariat en CDS, son activité pluri professionnelle et la possibilité de développer des activités de groupe. Certaines sont plus ambivalentes sur le libéral, qui permet une liberté plus grande d'exercice, en choisissant les activités souhaitées.

E4 : « je me sens moins sous pression, du chiffre, de la compta, de tout la toute la gestion du cabinet qui était finalement assez, très chronophage et qui me rajoutait une charge mentale. Bah fallait que je gère mon stock, fallait que je fasse. Fallait payer la Secrétaire, fallait payer les femmes de ménage, fallait tout. Enfin fallait tout gérer. Tu étais vraiment chef d'entreprise quoi. Et je pense que c'était un peu fatigant. »

Dans le système hospitalier et le système libéral, l'approche patriarcale, non inclusive et le modèle de gouvernance hiérarchisé sont critiqués. Beaucoup ne se retrouvent pas dans ces modèles descendants qui induisent une souffrance au travail. Pour elles, l'absence de démocratie interne au sein de l'hôpital et les freins organisationnels d'une si grosse structure participent à une baisse de la qualité des soins et un moindre accès à l'IVG.

E3 : « La hiérarchie hospitalière est quand même assez maltraitante de base quoi. Il y a quelqu'un qui prend une décision et c'est très vertical en fait hein. Si on est pas d'accord, on peut le dire, mais quels sont nos moyens de lutte ? »

ii. Apprentissage par les pairs et savoir expérientiel

Les personnes interrogées valorisent l'apprentissage par les pairs qui constitue un socle de leur formation. Beaucoup ont appris sur le terrain l'activité d'IVG, auprès souvent de personnes inspirantes les ayant initiés à une vision militante de l'IVG.

E12 : « Et bah sur le terrain. Parce que, du coup à l'époque y avait pas de formations pour les IVG médicamenteuses comme c'est le cas aujourd'hui. Donc voilà sur le terrain avec les collègues, en faisant les consultations, au planning donc en faisant les consultations avec les collègues et puis à l'hôpital aussi avec les collègues. »

E6 : « C'était enfin, c'est vraiment un centre très très chouette avec des médecins qui étaient, pour moi quand je suis arrivée, d'un certain âge, militantes, il y avait des photos de manifs, il y avait des banderoles dans les salles de repos »

Les professionnelles n'hésitent pas à aller se former et apprendre des expériences des autres, avec à chaque fois une curiosité importante vers les initiatives innovantes en faveur de l'accès à l'IVG. Le savoir expérientiel personnel et collectif est ainsi au cœur de leur formation et de leur vision de l'IVG, avec également une volonté de transmission de ces savoirs à d'autres.

E12 : « *On a rencontré l'équipe d'Orléans. On est allé les voir, 2 binômes médecins conseillères. Ça nous a encore plus motivé de voir comment elles faisaient que c'est enfin, c'était une activité adaptée au planning, en fait, en centre de santé sexuelle.* »

iii. *Être actrice de proximité*

Les personnes interrogées s'identifient comme des professionnelles de premier recours, ayant une activité de proximité identifiée par la population. Elle s'inscrit sur le long terme avec le besoin de continuité et de suivi, ce d'autant plus dans les CDS généralistes.

E7 : « *Donc c'est la médecine générale, les gens, toujours les mêmes, enfin revoir les gens, les connaître, et cætera, c'est ça qui me plaisait aussi* »

Dans cette logique de proximité, il est évident pour certaines que faire de l'IVG est indispensable, car il faut pouvoir donner accès à son territoire à cet acte essentiel. Cela est particulièrement ressorti chez les professionnelles exerçant quasi exclusivement en gynécologie, pour qui l'IVG est encore plus un pilier de leur activité.

E5 : « *Bah, alors j'ai toujours voulu en faire, je ne sais pas pourquoi ! [...] si à la fin de l'internat on me l'avait demandé, là j'aurais foncé parce que bon ça reste quand même, c'est, c'est super de pouvoir proposer ça* »

Au contraire, d'autres répondantes peuvent évoquer que l'IVG n'est pas toujours leur priorité, étant dans une logique d'adaptation de sa pratique à la demande locale pour chercher le meilleur service rendu à la population, d'autres activités semblent plus importantes. Cela est particulièrement vrai dans des zones où l'accès à l'IVG en CIVG est facile et de qualité.

E8 : « *Non. Pas du tout. Non vraiment où on est situé, y a pas besoin ça, ça servirait à rien. Vaut mieux faire autre chose. Enfin vaut mieux faire de la médecine générale.* »

Le fait d'exercer en soins primaires, souvent en tant que médecin généraliste, est valorisé par plusieurs répondantes qui sont fières de ce statut. Elles ont l'impression d'être utiles et efficaces pour la population et de faire une activité diversifiée passionnante. Pour d'autres, l'incertitude liée à la médecine générale peut être angoissante, et se spécialiser dans une activité gynécologique, dont l'IVG, permet d'être plus confortable en amenant une forte satisfaction.

E9 : « *L'utilité, le fait que ce soit protocolisé, peu risqué, et le fait que ce soit vraiment un contrat patient médecin à travailler ensemble pour. Et le côté aussi, on a vite le, le retour de, du travail qu'on a fait, c'est à dire qu'on a la visite de contrôle qui est 3 semaines après et, et bah on voit que ça a marché ou dans de rares cas qu'il y a une complication mais du coup c'est assez satisfaisant dans le sens où on a rapidement un retour un peu sur investissement si on veut parler comme ça.* »

b. Développer un exercice collectif en centre de santé

i. *Penser une gouvernance plus horizontale*

Les critiques de la gouvernance hospitalière amènent les professionnelles à penser autrement leur exercice, dans une organisation moins hiérarchisée. Elle est permise par des équipes petites, permettant de discuter les décisions en collectif avec une gouvernance horizontale. Cela est particulièrement ressorti chez les personnes exerçant en centre de santé communautaire, dans lesquels la réflexion sur la gouvernance est au centre du projet d'équipe.

E11 : *« on avait décidé ici en équipe, comme on décide de tout équipe »*

Cela induit également de respecter les choix de ses collègues et de ne rien chercher à leur imposer. Certaines mettent un point de vigilance sur le fait de ne pas induire de jalousie ou frustration dans l'équipe, ce qui passe par le fait de ne pas présumer l'avis des autres sans leur demander.

E12 : *« Les autres personnes, on a fait une réunion d'équipe quand on a présenté ce projet. Personne ne s'opposait du tout à ce projet-là. Y avait des personnes qui se sentaient pas du tout, notamment des conseillères qui sont pas forcément à l'aise avec le fait de, de d'accompagner enfin, voilà et, d'être là pour les IVG, d'être présentes au moment des IVG et puis en fait, c'est bien aussi que ce soit un petit groupe »*

E2 : *« Après peut-être que faire le geste c'est autre chose. Je sais pas. Peut-être qu'il y en a qui se disent bah qu'elles ont pas spécialement envie de faire le geste et voilà. »*

ii. Partager un socle de valeurs communes

Pour exercer en centre de santé dans un modèle collectif, il semble essentiel de partager des valeurs communes qui lient les membres du groupe. Ces valeurs se retrouvent autour de la volonté de faire une médecine sociale, tourné autour de la prévention et de la défense des droits des personnes opprimées.

E3 : *« Je pense que on a bien toutes compris le cœur du projet, même le fait d'être dans un quartier prioritaire, de faire de la santé communautaire, d'être accessible pour tout le monde. Et puis bah bien sûr d'avoir englobé cette dimension des violences dans la santé globale des femmes »*

Le fait de travailler en centre de santé est pour certaines une revendication forte qui amène de la fierté de développer un système de soins primaires non libéral, plus tourné vers une logique populationnelle et territoriale. Le fait que ce modèle soit en pleine croissance en France amène également de la satisfaction, et de l'espoir de développer plus de lieu d'IVG par aspiration extra hospitalier.

E4 : *« c'est vraiment ça, c'est une richesse et je pense que je reviendrai pas en arrière. D'ailleurs je reviendrai certainement pas en arrière parce que l'idée c'est de refaire un centre de santé de médecine générale, mais du coup même, même façon de travailler quoi. Parce que je referai pas du libéral je pense. Puis en plus, c'est en train de se casser la figure, le libéral. Donc non, ça me semble être vraiment, dans certains quartiers, c'est pour moi la médecine d'avenir quoi. Les centres de santé communautaire. »*

Ces valeurs communes sont également le socle du développement d'une activité d'IVG, notamment d'aspiration, puisqu'il faut une volonté commune d'élargir l'accès à cette technique pour qu'elle puisse émerger dans le centre de santé.

E2 : « le projet ici, il est quand même assez militant et du coup il y a quand même tout le monde qui a une adhésion à ça qui est plus ou moins forte, qui s'exprime de façon plus ou moins importante, peut-être un peu différente selon chacune, mais globalement tout le monde tend vers la même direction. Ici, évidemment tout le monde est d'accord pour faire des IVG par exemple. »

iii. S'enrichir du collectif

Toutes les personnes interrogées partagent une vision collective du soin qui enrichit la pratique, et qui est permise par l'exercice en CDS. Le fait d'être en pluriprofessionnalité, avec la possibilité de s'entraider et de partager les compétences de chacun·e est particulièrement mis en valeur. La confiance partagée au sein de l'équipe est indispensable et permet un dynamisme et une émulation importante.

E13 : « Et puis la 2ème chose, c'est que j'aime bien travailler en équipe, beaucoup, pluridisciplinaire, donc, à l'époque, donc, en centre de planification forcément, je travaillais avec des conseillers, des psychologues, des sages-femmes, des secrétaires. Enfin, y avait vraiment une, c'est la dynamique d'équipe, moi qui me, qui m'intéresse beaucoup donc du coup, et de de de croiser les regards des fois sur certaines situations, ne pas être tout seul »

Ce travail d'équipe semble indispensable à la pratique de l'IVG, et d'autant plus pour réaliser des aspirations qui nécessitent d'être plusieurs au moment de l'activité et de penser des parcours de soins spécifiques. Il ressort ainsi la nécessité de partager la volonté commune de développer cette activité, en étant soutenu par les membres de son équipe pour pouvoir la mettre en place.

E10 : « Après, si t'es à deux, et après, il faut que t'ai. Ouais, ici par exemple on a pas d'infirmière quoi, dans un centre de santé où y a des, des infirmiers. Ce que je voyais, c'était une infirmière du centre de santé, deux médecins formés, mais pas forcément les 2 pendant la voilà juste en avoir un autre en back up si besoin, et une conseillère conjugale qui parle à la patiente pendant l'acte. Ça, c'est idéal. »

iv. Les limites du collectif

Pour certaines répondantes le travail en collectif est difficile en raison de désaccord au sein de l'équipe. Cela est plus retrouvé dans des centres ayant un système hiérarchique dans lesquels il peut également y avoir des conflits avec la direction qui freinent certains projets et amène une latence de fonctionnement critiquée.

E9 : « l'IVG c'est un bon exemple. On a, tout ce qu'il faut pour que ce soit en place depuis février, mars quoi. On est en novembre [...] Alors que enfin voilà, ça date de 8 mois la réunion que je demande là, juste 30 minutes d'échanges avec les 2 collègues secrétaires et la directrice. Pour juste bah clarifier le, le parcours et le protocole. [...] Enfin ce serait ultra simple à faire quoi. Donc ça c'est un des sujets parmi tant d'autres qui s'empile et du coup les contraintes c'est ça c'est que, t'es dépendant de quelqu'un, au-dessus de toi entre guillemets, qui pilote un minimum. »

Certaines, en CDS généraliste, se retrouvent seules sur l'activité d'IVG, soit par désintérêt des autres personnes, soit par conviction de ne pas vouloir participer à cette activité. Cela limite les professionnelles dans leur volonté de développer plus l'activité d'IVG n'ayant pas de soutien au sein de son équipe.

E8 : « Puis après est arrivé d'autres infirmières, droit de retrait, enfin voilà. Parce qu'on a aussi à travailler avec des infirmières différentes de celles que j'avais y a 30 ans... [...] Mais là, ah bah non, tu ne mets plus ça hein. Voilà, je mets plus ça. C'est ton boulot quand même ? Après on essaye de garder une bonne relation donc... »

Le fait d'être dans une petite structure dans laquelle les professionnelles ont un pouvoir décisionnaire plus important les amènent à penser à la pérennité de la structure. Cela passe par réfléchir aux coûts des activités et de penser les investissements nécessaires à la mise en place d'une nouvelle activité par aspiration. Cela peut amener une crainte au développement de l'IVG par aspiration, notamment dans certaines structures en difficulté financière.

E9 : « Et donc bah ça vient se confronter avec la partie financière, c'est à dire que tu sollicites 2 professionnels de santé sur leur temps de travail qui s'occupent d'une seule patiente pendant, allez, on va dire une demi-heure, on sait que le geste, il dure entre 10 et 15 minutes à tout casser, peut-être encore moins sous locale. Et du coup voilà et ce qu'ils arrivent à s'y retrouver, à financer deux professionnels de santé pour une seule patiente avec une seule cotation. Même si c'est court et que ça dure 30 minutes avec tout le matos à côté que ça implique. Donc je pense que pour moi les deux freins principaux c'est le, la cotation de l'acte, c'est la valorisation de ce travail-là et le fait de mobiliser, enfin d'avoir une équipe assez nombreuse pour pouvoir faire ça quoi. »

De même certaines personnes sont confrontées à des problématiques de personnel, avec des difficultés à recruter des collègues, ce qui peut limiter le développement de nouvelles activités. Les locaux sont également parfois un problème, pouvant être à la base conçue pour une activité plus petite, et devenant trop petits et peu adaptés pour faire des aspirations.

E5 : « Non parce que la structure, elle est pas, elle est pas assez suffisamment grande. En terme d'espace, en termes de moyens humains. Impossible, non. Il nous manque des box, il nous manque des box de consultation déjà donc avoir un box aspi. Tu vois les cabinets sont très petits donc on pourrait même pas prévoir d'avoir une aspi sur le côté et d'avoir un truc pour la lumière, et cætera. Enfin donc ça matcherait pas. Et Ben il faudrait, il faudrait des

nouveaux salariés, des infirmières ou des gens qui puissent surveiller les patientes. Impossible non. Dans la structure, là, en l'état des choses nan »

Ces limites logistiques et organisationnelles sont particulièrement mises en avant dans des structures qui n'ont pas encore débuté une réelle discussion sur la mise en place d'aspiration. Les centres où la motivation au développement de ce projet est grande dépassent assez facilement les difficultés financières et matérielles.

E7 : « la question s'était posée de faire l'IVG instrumentale dans les centres de santé, parce qu'ils en font dans certains centres, mais on n'a pas, pas assez de personnel, même si on est nombreux en soi. Pas assez de personnel, il faudrait une salle en plus, et cætera. Et donc ça on a dit qu'on le ferait pas du coup. »

Une personne considère également que l'expertise et la responsabilité médicale doivent être reconnues par un certain niveau de rémunération, non retrouvé au sein des CDS.

E9 : « Bon clairement le salaire c'est une contrainte. Voilà en gros dans n'importe quel autre centre de santé, sponsorisé par la commune quoi, je gagnerai 600€ de plus par mois. On parle pas juste de, de 100 balles par mois quoi. C'est, ils se moquent un petit peu de nous en termes de, de rémunération. »

5) Construction d'un travail en réseau entre l'hôpital et l'ambulatorio

a. Travailler dans un réseau de soin

La pratique des soins primaires en CDS, et l'activité d'IVG implique de travailler au sein d'un réseau local de soin. Il semble important pour plusieurs répondantes de connaître son réseau et les relais pour la réalisation d'examenS éventuels ou de prises en charge spécialisées dans le cadre du parcours IVG. Chercher des interlocuteur-ices bienveillant-es et safes, qui ne vont pas juger les personnes en demande d'IVG est essentiel.

E5 : « on sait qu'il y a des conseillères conjugales dans les centres municipaux de santé. Donc on les adresse très facilement, [...] on a la chance d'avoir la maison des femmes qui est un, une structure qui est rattachée à l'hôpital, qui est destinée à faire que la gynéco ou aux femmes victimes de violences. Et pour le coup, on leur adresse assez rapidement les demandes d'IVG quand nous on a zéro disponibilité, l'été ou quand il y a un collègue en congé et que du coup, ça déborde »

L'objectif de coordination du parcours de soin est très présent chez les médecins généralistes, avec le besoin de s'appuyer sur les structures déjà existantes qui fonctionnent. Le fait de connaître les individus renforce les partenariats et améliore la collaboration. Le fait d'avoir une activité mixte dans d'autres structures, notamment au CIVG hospitalier rend également plus simple les liens entre structures.

E12 : « Donc moi je travaille aussi au centre IVG, on a 1 h toutes les 2 semaines de concertation avec elle pour parler des situations complexes du centre, du coup si on avait une

patiente du planning on, elle relèverait plus de cette prise en charge là, hop, on l'oriente, au centre IVG. »

Une partie des professionnelles s'inscrit également dans un réseau régional de l'IVG, comme le REVHO, ou dans un réseau national, comme l'ANCIC, qui permettent de renforcer les plaidoyers et de s'entraider en s'appuyant sur l'expérience de ses pairs.

E6 : « de temps en temps on fait un peu des espèces de congrès là, autour de l'IVG, on en a d'ailleurs, un dans 2 semaines et, à Paris, IVG île de France non, c'est un truc d'île de France, sinon il y en a à Bruxelles la semaine prochaine, mais c'est international, et j'y vais pour la première fois. Et donc je crois que le retour c'est que ça se passe très bien. »

b. Travailler en collaboration avec l'hôpital

L'activité d'IVG implique la nécessité de collaborer avec les partenaires hospitaliers, au niveau du CIVG pour réaliser des IVG par aspirations, et avec les gynécologues pour assurer les complications éventuelles. Les relations entre le CDS et l'hôpital local sont très variables en fonction des territoires, souvent liées à des historiques locaux. La collaboration semble efficace dans les lieux où des professionnelles travaillent dans les deux structures.

E9 : « j'ai conventionné avec l'hôpital qui est le plus proche, donc à 15-20 minutes. C'était facile parce que moi j'ai un pied au CIVG, donc là je connais déjà leur protocole, je connais les équipes, donc il suffisait juste de formaliser le papier et de signer des 2 côtés »

Dans ces territoires où les relations sont bonnes, les professionnelles valorisent le travail fait à l'hôpital, en comprenant les difficultés actuelles du service public hospitalier mais en reconnaissant les avantages apportés par l'hôpital. Ce sont des endroits où les retours des patient-es sont bons, sur l'accueil et la prise en charge, où l'offre de soins est complète avec souvent une activité d'IVG par aspiration en salle blanche.

E5 : « Là-bas, il y a tout en fait, il y a des gynécos, il y a les sage-femmes, il y a des, il y a des conseillères, il y a des psychologues, il y a des juristes, il y a absolument tout. C'est hyper bien organisé, donc si vraiment je sens que ça va être trop débordant, trop compliqué pour du suivi de ville classique, j'oriente. »

Cette bonne entente induit une facilité dans le développement de projet, parfois même par un soutien actif des gynécologues au développement de l'IVG par aspiration extra hospitalier. C'est également des lieux où les professionnelles attendent moins l'autorisation de l'hôpital pour avancer. En revanche les bonnes pratiques en milieu hospitalier peuvent réduire la motivation à développer de l'IVG par aspiration en CDS, qui devient moins une priorité.

E12 : « Non, non, les collègues de l'hôpital, en tout cas-là médecin responsable du centre IVG, elle est tout à fait au courant de ce projet. Et elle s'y, enfin c'est pas vraiment qu'elle s'y oppose pas, parce qu'elle est pas en situation de s'y opposer. Mais, non au contraire on peut en discuter très facilement, y réfléchir ensemble. [...] Mais quelque part ils ont pas leur accord

à donner. Mais enfin voilà, si l'ARS nous valide centre de santé, le cadre légal nous permet après de faire les IVG et l'hôpital fait ce qu'il faut. »

c. Existence de mauvaises relations avec l'hôpital

Dans d'autres lieux, les relations avec le secteur hospitalier sont plus difficiles. Les professionnelles se sentent limitées et freinées de manière injuste dans leurs projets par l'hôpital. Les pratiques en CDS semblent déranger certaines personnes à l'hôpital qui peuvent développer des comportements suspicieux et ne plus faire confiance aux CDS. Cela amène une rupture dans les relations et un désaccord profond de valeurs.

E13 : « nous avons une convention avec l'hôpital, qui j'espère, là, j'ai rendez-vous avec eux en février, va pouvoir être allongée, ils ne nous autorisent en convention à faire des IVG médicamenteuse à domicile que jusqu'à 7SA. [...] ils ont un peu l'image qu'on va faire des IVG à tire-larigot, à tout le monde. Comme si on distribuait des bonbons, quoi. Et, et ils étaient très regardants sur notre qualification, donc ce que je comprends, hein, ils ont obligation de vérifier un petit peu ce qu'on fait. »

Les personnes concernées se sentent jugées, contraintes et maltraitées par l'hôpital, et plus particulièrement les services de gynécologie qui freinent les conventionnements pour étendre l'IVG ambulatoire. Un véritable choc culturel est ressenti par les professionnelles qui doivent se battre et avoir parfois recours aux institutions décisionnaires (ARS, ordre des médecins) pour faire valoir leurs droits.

E11 : « j'ai demandé à être conventionné dès qu'on a ouvert ici, mais à l'époque c'était pas encore possible. Ça a été très compliqué, très long en fait les premières conventions avec l'hôpital. [...] Du coup moi j'ai été la 2e ou la 3e conventionnée et du coup bah ça a mis, ça a mis pas mal de temps en fait, je sais pas exactement ce qui bloquait. Si c'était l'administration, si c'était les gynécos, je crois c'était peut-être la cadre, enfin ça, ça a mis beaucoup de temps... »

Les relations sont alors froides et tendues, ce qui retenti sur l'accompagnement des patient-es. Les retours sont parfois négatifs, avec parfois des IVG uniquement au bloc opératoire et principalement sous AG. Certaines sont confrontées à des représentations culpabilisantes avec des remarques jugeant sur la volonté de faire une IVG. Les délais préconisés peuvent ne pas être respectés.

E1 : « les liens ils sont cordiaux on va dire, confraternels dans la limite du possible mais effectivement il y a un choc culturel qui est quand même assez net »

Tout cela amène de la frustration, de devoir réorienter les patient-es pour faire les aspirations, et de la déception que les échanges ne soient pas de meilleure qualité, au détriment des patient-es. Cela va être souvent un moteur au développement de l'IVG par aspiration en CDS, pour proposer une alternative aux pratiques hospitalières. Les difficultés relationnelles vont

cependant rendre le montage de projet difficile et nécessité une réelle détermination pour arriver à ses fins.

E2 : « un des trucs où ça arrive régulièrement que bon, c'est un peu mal vécu, c'est quand elles me disent qu'elles veulent de l'instrumental et que je suis en train de leur dire que du coup c'est à l'hôpital et qu'il va falloir prendre une première consultation. Et elles disent OK donc faut que je refasse ce que j'ai fait... Oui, mais ça permettra d'évaluer les risques. Mais en vrai je suis un peu d'accord avec elle »

d. Sentiment de dépendance face à l'institution hospitalière

Dans plusieurs lieux, les relations sont plus équilibrées, avec parfois une bonne collaboration dans le parcours de soin avec le CIVG local, mais plus de difficultés avec les gynécologues pour développer les projets.

E7 : « Bah ça se passe bien. S'il y a eu des échecs d'IVG je les appelle et, ils les voient, alors pas forcément très rapidement, tout dépend de la date auquel elles en sont. Mais bon, en gros c'est dans les maximums les 10 jours, s'il y a le temps »

Dans tous les cas, il ressort des entretiens une obligation de collaborer avec l'hôpital pour développer une activité d'IVG par aspiration en CDS, en raison du conventionnement nécessaire et du besoin de recours aux urgences gynécologiques en cas de complication. Avoir des relations au minimum cordiales est nécessaire pour le bien des patient-es et éviter que les conflits ne retentissent sur leur accompagnement.

E1 : « y a un choc culturel ça c'est sur et on travaille là-dessus et ça s'arrange vraiment, ça s'arrange on va dans le bon sens même si la temporalité est pas la même ça s'arrange, y a des communications qui est installé avec les gynécos, notamment la personne qui est en charge des urgences gynécologiques de l'hôpital, du CHU. Donc y a un vrai échange qui s'installe et ça c'est hyper important »

Cette dépendance obligatoire peut être mal vécue par certaines professionnelles et induire un découragement au développement d'une activité d'IVG par aspiration. Elle amène également des négociations parfois épuisantes qui peuvent aboutir sur des compromis et des concessions, comme le développement d'IVG par aspiration en salle blanche dans des petits hôpitaux locaux, parfois plus facile à accepter pour les hôpitaux.

E9 : « Après, moi, j'avais imaginé, il y a l'hôpital qui est juste en face de la place. Donc vu que c'est un hôpital, j'avais imaginé effectivement avoir une salle blanche là-bas et dire à ma collègue sage-femme qui travaille à 15 minutes, bah écoute, on se calle une demi-journée par semaine ou par mois en fonction du volume de, de demande. En se disant que on organise tous les 2 les IVG sous AL, en salle blanche à l'hôpital régulièrement. »

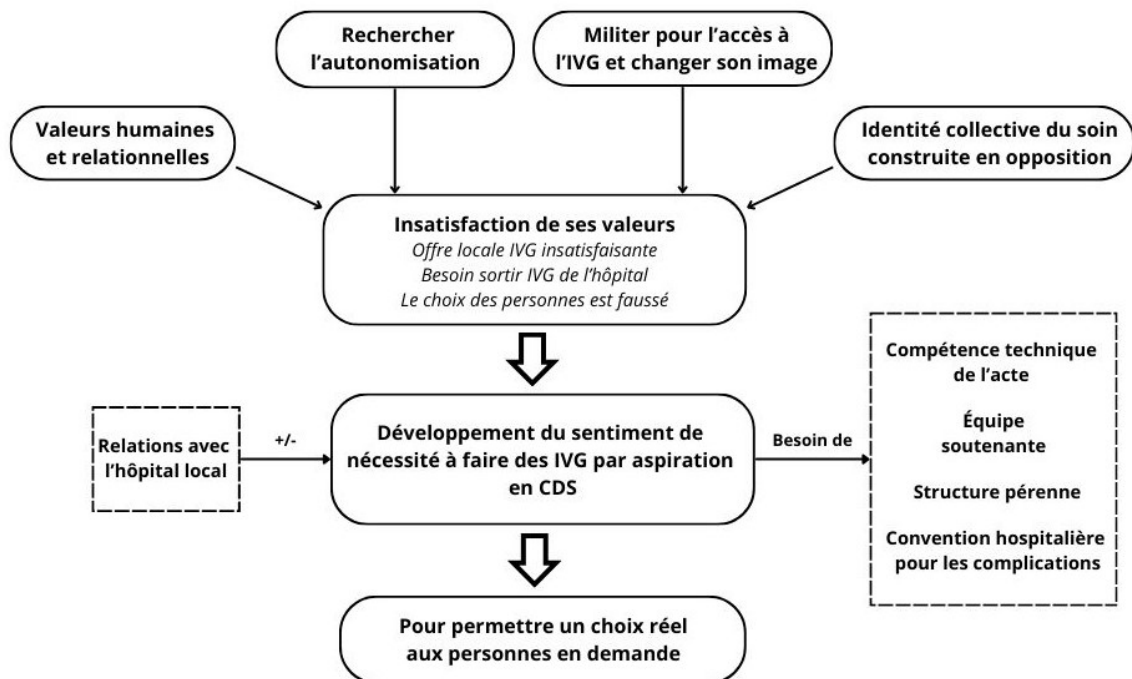


Figure 1. Schéma explicatif

IV- Discussion

1) Discussion en lien avec la littérature

Les personnes interrogées dans cette étude partagent une vision positive de l'IVG par aspiration en CDS. Elle permet de proposer une offre d'IVG complète au même endroit, simplifiant le parcours de l'IVG et poursuivant sa sortie de l'hôpital. Les volontés personnelles ou collectives de développer cette activité vont varier en fonction des répondantes. Des prérequis individuels et collectifs semblent se distinguer pour permettre le développement de cette activité : avoir la compétence technique de l'acte, partager des valeurs humanistes communes, exercer dans une équipe soutenant, qui partage la volonté de défendre l'accès à l'IVG et ressentir la nécessité de devoir développer cette activité dans son centre pour permettre la liberté de choix aux personnes en demande.

a. Prérequis techniques : indissociables du projet d'aspirations en CDS

Pour développer l'IVG par aspiration en CDS, il est indispensable d'avoir la compétence technique de l'acte. Les professionnelles ne réalisant pas d'IVG par aspiration pour le moment craignent de se lancer dans cette activité sans le confort et la sécurité ressentie à l'hôpital. Cette crainte peut se justifier par le fait que les complications des aspirations diminuent avec l'expérience et la répétition de l'acte (39). Les instances représentatives des gynécologues-obstétriciens sont également réticentes à la mise en place des IVG instrumentale hors établissement de santé. En 2016, suite à la concertation de l'HAS, le conseil scientifique du CNPGO s'est positionné contre son autorisation. Il considère que cela induirait une « dégradation de la qualité des prises en charge médicales et une mise en danger des patientes », en raison de l'urgence des complications exceptionnelles (8). Les recommandations de bonnes pratiques du CNGOF de 2016 précisent tout de même avec un haut niveau de preuve que les données internationales sont rassurantes sur la faisabilité et la sécurité de l'IVG instrumentale hors établissement de santé. Fondées sur un avis d'expert, elles émettent cependant des réserves, n'ayant pas de données françaises confirmant ces résultats. (40)

Depuis ces recommandations, les premières données françaises, réalisées entre 2018 et 2020, confirment les résultats internationaux : sur environ 200 IVG par aspiration en CDS, il est retrouvé 1,4% de complications immédiates, dont une hémorragie traitée médicalement, une grossesse évolutive, une complication liée à l'anesthésique traitée médicalement et deux transferts à l'hôpital pour hyperalgie. Seules 3% des personnes présentes à la consultation de contrôle ont consulté au cabinet ou aux urgences après l'IVG, principalement pour des complications bénignes. (41) Les personnes répondantes sont d'ailleurs toutes d'accord pour considérer l'IVG par aspiration comme sûre en CDS. Cela concorde avec l'étude qualitative réalisée avant la mise en place des premières aspirations en CDS en 2014, qui ne retrouvaient

pas la crainte des complications comme frein à leur développement. (42) Cette assurance est cependant portée par des professionnelles réalisant déjà des aspirations, et ce d'autant plus qu'elles sont expérimentées.

Il semble donc important dans une équipe voulant lancer une activité d'aspiration d'avoir une personne expérimentée dans cette technique, qui est également plus à même de remettre en cause son expertise et à partager son pouvoir avec d'autres professions et les patient·es. Cette vision pousse à poursuivre la sortie de l'IVG de l'hôpital pour en faire un acte moins médicalisé, avec plus de partage entre pairs et d'accompagnement non médical.

Il est essentiel dans une vision collective du soin d'avoir le soutien de son équipe pour lancer une activité qui, comme le précise le cahier des charges de l'HAS, nécessite au minimum 3 professionnel·les pour sa bonne réalisation (8). Les centres qui arrivent à développer cette activité sont souvent des centres où l'IVG prend une place importante dans la construction commune de l'équipe avec une forte envie de développer l'accès à l'IVG. Les centres où les répondantes sont seules sur leur activité d'IVG ont plus de mal à se projeter dans le développement d'une activité d'IVG par aspiration.

b. Prérequis relationnels : en accord avec les attentes des personnes concernées

Dans cette étude, plusieurs valeurs humaines et relationnelles ressortent comme essentielles à la bonne pratique de l'IVG. Le respect de la dignité humaine, de l'autonomie des personnes, la bienveillance, le non-jugement et la volonté d'inclusivité sont portés par les professionnelles. Grâce à une bonne capacité d'adaptation, elles permettent un accompagnement individualisé, s'inscrivant dans l'histoire personnelle et l'environnement des personnes. Cette approche globale des soins se retrouve particulièrement dans l'exercice pluri professionnel en CDS et est essentiel au bon ressenti des IVG. Plusieurs études, évaluant le vécu des IVG par aspiration, retrouvent des attentes similaires de la part des patient·es pour bien vivre leur IVG : avoir une personne bienveillante, respectueuse et qui communique des informations claires et précises. (43) Le vécu douloureux et psychologique varie en fonction des convictions personnelles de la personne, de la situation individuelle et de la culpabilité potentielle associée à la réalisation de l'IVG. (44) Le poids de la culpabilité est encore marqué, avec des répondantes qui justifient les raisons de la réalisation de leur IVG, alors même que la question n'a pas été posée dans les études. (45) La volonté de déculpabiliser l'IVG chez les professionnelles interrogées ici semble donc légitime. Elle se retrouve également dans d'autres accompagnements de personnes discriminées et éloignées du soin. C'est le cas des personnes transgenres, qui vivent des freins à l'accès aux soins, notamment pas honte et peur de la stigmatisation (46). A nouveau des professionnel·les motivé·es, accompagné·es par des associations militantes de personnes concernées participent à « dépathologiser » la transidentité en favorisant une « normalisation sociale » qui passe par une prise en charge

moins spécialisée, autour des médecins généralistes et soignant·es de premiers recours (46,47).

Les premiers résultats qualitatifs, évaluant le vécu des aspirations en CDS en France sont également concordants avec les valeurs professionnelles retrouvées dans cette étude. Ils retrouvent une satisfaction importante des patient·es, qui valorisent la rapidité d'intervention, l'accompagnement de qualité avec une équipe bienveillante et non jugeant, qui place la personne au cœur de sa prise en charge dans une vision globale de la santé. L'approche militante pour les droits des femmes est perçue comme rassurante et positive. La peur de l'hôpital, jugé comme trop grand et « aseptisé », a amené à choisir le CDS, constituant un espace petit, connu et accueillant. Enfin les répondant·es valorisent la possibilité de réaliser une méthode instrumentale, perçue comme moins douloureuse et plus rapide, sans devoir recourir au parcours hospitalier, ce qui permet de respecter au mieux leur choix. (9)

La volonté de développer l'accès à l'IVG s'inscrit dans une vision militante des personnes interrogées, centrée sur la volonté de permettre le choix de la méthode et du lieu de réalisation de l'IVG par la personne en demande. L'accès au choix est à plusieurs reprises placé comme facteur n°1 de bonne satisfaction de l'IVG dans la littérature (24–26). L'identité militante, construite en opposition aux systèmes hospitalier et libéral, amène les professionnel·les à développer des soins de manière collective au sein de CDS, au service de la population. Cette vision territoriale et populationnelle pousse à développer une activité d'IVG par aspiration pour répondre aux difficultés d'accès à cette technique.

La volonté de faciliter le parcours en regroupant tous les examens et toutes les méthodes d'IVG au même endroit, dans un CDS de proximité, est en accord avec les facteurs induisant un bon vécu de l'IVG. Les personnes en demande d'IVG recherchent un contact facile et rapide pour la prise de rendez-vous, une information claire et compréhensive, à pouvoir être accompagné par un tiers et avoir un accompagnement de qualité par les professionnel·les. (43) De même, les travaux étudiant la méthode médicamenteuse extra hospitalière, retrouvent que le choix se porte sur cette méthode pour sortir de l'hôpital, parfois lieu de traumatismes passés (obstétricales ou non), pour être dans un cadre familial avec des personnes de confiance, plus bienveillantes qu'à l'hôpital, et pouvoir être avec ses proches dans un cadre sécurisant, secret, intimiste, qui garantit la confidentialité. Le choix de l'IVG médicamenteuse permet également de réduire le délai d'accès à l'IVG, perçu comme long, dans un parcours de soin difficile du fait des freins à joindre les personnes réalisant les IVG et de la multiplicité des interlocuteur·ices. (12,44,45) Au contraire, le choix de l'IVG à l'hôpital est mis en avant pour son côté rassurant et sécurisant, permettant souvent de faire tous les examens au même endroit pour éviter la multiplication des dates et lieux de rendez-vous et réduire la lourdeur du parcours. (44,45) Ces résultats sont en accord avec les répondantes de l'étude qui veulent proposer des IVG par

aspirations en CDS pour permettre une offre plus simple et accessible, correspondant aux attentes de personnes en demande d'IVG.

c. Le développement du sentiment de nécessité de faire des aspirations en CDS : entre besoin fondamental et lien avec l'hôpital

Dans l'étude de 2014, évaluant la faisabilité des aspirations auprès de CDS franciliens, les freins à la mise en place étaient surtout organisationnels avec des difficultés à avoir le personnel qualifié et formé, la salle de repos, la place pour faire le geste, la gestion des déchets et la stérilisation du matériel. Cela nécessitait pour beaucoup une trop grande réorganisation du centre, pour un acte jugé par certain-es comme relevant plus des CIVG déjà existants, qu'il faudrait plus développer. (42) Ces résultats sont partiellement retrouvés chez les personnes interrogées dans cette étude. Il ressort effectivement que développer une activité d'IVG par aspiration en CDS est logistiquement difficile, mais sans que cela soit un réel frein dans les centres où la motivation au lancement de cette activité est importante. Les personnes ayant cité ces limites n'ont souvent pas une réelle volonté de développer des aspirations en CDS pour d'autres raisons. En revanche, pour dépasser ces défis logistiques, il faut penser que le développement de cette activité est essentiel et indispensable pour la population, ce qui va plus se retrouver dans les CDS sexuelle que les CDS généraliste, qui ont d'autres priorités de soin.

Le lien avec l'hôpital est indispensable au développement des IVG par aspirations en CDS. En effet il est nécessaire dans le cahier des charges de l'HAS de réaliser une convention avec l'hôpital le plus proche qui permet d'assurer une prise en charge des complications 24h/24. Les CDS sont obligés d'être en lien avec l'hôpital pour réaliser cette convention, ce qui peut être vécu comme une dépendance imposée qui limite leur autonomie. Cependant, il existe une ambivalence vis-à-vis de cette dépendance car personne ne souhaite gérer seul les complications, certes exceptionnelles, mais potentiellement graves des IVG. Il est même indispensable de s'assurer du recours facile et rapide à un service de gynécologie en cas de problèmes, limitant les projets loin des hôpitaux. Les professionnelles sont donc partagées entre une volonté de liberté et d'émancipation vis-à-vis de l'hôpital, et une nécessaire dépendance pour s'assurer d'une protection en cas de problème.

Les relations varient énormément : dans certains centres la collaboration est bonne, renforcée par des professionnelles ayant une activité partagée avec le CIVG. Dans ces lieux la communication est simple, parfois avec un soutien actif des médecins hospitaliers au développement de l'aspiration en CDS. Ces bonnes relations, associées à une offre d'IVG sous AL perçue positivement, peuvent baisser la motivation au développement des aspirations en CDS. Au contraire, plusieurs centres motivés à ce développement, en raison notamment de l'absence d'offre d'IVG sous AL à l'hôpital, sont freinés par l'institution et les services de

gynécologie qui limitent le conventionnement et donc l'accès à l'IVG. Le parcours pour lancer l'activité d'IVG par aspiration en CDS devient alors très long et nécessite de la persévérance.

Les résultats de cette étude convergent avec les données de la littérature vers l'intérêt de l'ouverture de la méthode par aspiration en CDS. Elle permet de proposer toutes les méthodes d'IVG dans un même lieu, bienveillant et chaleureux, pour faciliter le parcours de l'IVG et permettre un réel choix aux personnes en demande d'IVG. Pour arriver à développer cette pratique il est nécessaire de combiner un savoir technique et relationnel, d'exercer au sein d'une équipe soutenant, partageant une volonté commune d'améliorer l'accès à l'IVG et d'avoir un lien nécessaire avec l'hôpital pour assurer la convention et les complications. Enfin, il faut ressentir le besoin fondamental de mettre en place cette activité pour le bien de la population de son territoire. Ce besoin naît de l'insatisfaction de ses valeurs internes : l'existant ne permet pas aux personnes en demande d'IVG de faire un vrai choix, par non-accès à des aspirations sous AL sur le territoire ou par conviction qu'il doit également y avoir une offre d'aspiration extra hospitalière pour que le choix soit réel. Cette conviction profonde donne la capacité aux professionnel·les de dépasser les lourds enjeux matériels et logistiques pour mettre en place l'activité d'aspiration sous AL en CDS.

2) Forces et limites de l'étude

Cette étude possède plusieurs limites à l'extension de ses résultats. Bien que nous n'ayons eu qu'une seule sage-femme, le fait de l'inclure a permis de respecter une certaine variabilité de l'échantillon. Il a été difficile de recruter plus de sage-femmes dans le délai du travail de cette recherche car peu travaillent en CDS et font des IVG médicamenteuses.

La majorité des répondantes exercent en zone urbaine, seule une exerce en zone rurale, et une en semi rural. Cela limite la portée des résultats sur des CDS ruraux, où l'accès à l'IVG par aspiration est pourtant plus restreint. Il a été difficile de trouver d'autres personnes répondant aux critères d'inclusion et exerçant en zone rurale, car il existe une plus faible concentration de CDS dans ces zones et de personnes réalisant des IVG. En revanche, la diversité des types de CDS et du profil des répondantes a permis d'avoir des réponses plus variées. De plus, la population étudiée correspond bien aux personnes pouvant mettre en place des IVG par aspiration en CDS, ce qui rend les résultats utiles pour la pratique.

Dans cette étude, les personnes exerçant en CMS de la banlieue parisienne n'avaient pas la volonté de développer une activité d'aspiration, voire trouvaient que l'intérêt était assez faible et difficilement réalisable. Pourtant, hormis Orléans, tous les CDS qui ont, ou qui font encore, de l'IVG par aspiration sont des CMS franciliens. La volonté de l'étude était cependant de ne pas se focaliser sur l'Île de France et d'étendre les recherches sur toutes les zones, notamment celles où l'accès à l'IVG est plus difficile.

Au niveau méthodologique, la triangulation des données avec une autre investigatrice et la réalisation des entretiens, de la retranscription et l'analyse par le même investigateur renforcent la qualité de ce travail.

Cette étude aborde un sujet innovant encore peu exploré dans la littérature en France. Elle constitue un travail original, exploratoire sur les raisons des difficultés du développement de l'IVG par aspiration en CDS, ce qui peut avoir une réelle utilité pratique pour réfléchir à l'amélioration de l'accès à l'IVG.

3) Perspectives

Afin de poursuivre les résultats obtenus dans cette étude, il serait bénéfique de continuer la concertation des sages-femmes dans un autre travail, pour sortir des éléments spécifiques à leur profession. De même, il serait intéressant de rencontrer des équipes favorables au développement des aspirations en CDS au sein de CMS. Il serait également utile de croiser les résultats individuels avec des focus group, étant donné que l'activité d'IVG par aspiration implique toute l'équipe des CDS. Cela pourrait faire l'objet d'études futures avec des entretiens auprès des autres professions, pour mieux comprendre les dynamiques d'équipe favorisant ou limitant l'expansion de cette activité. La poursuite des recherches pourrait également aller questionner les gynécologues et CIVG hospitaliers, ainsi que les personnes en demande d'IVG, pour continuer de mieux comprendre les difficultés au développement des aspirations en CDS.

L'augmentation des CDS en cours va nécessairement augmenter le nombre de personnes capables de faire des aspirations, ce qui rend particulièrement pertinent ce travail. Il est également intéressant de questionner la possibilité d'étendre cette technique aux MSP, qui proposent des soins pluriprofessionnels parfois similaires au CDS. De même la récente autorisation des aspirations aux sages-femmes à l'hôpital questionne l'extension à l'extra hospitalier. Ne pourrait-il pas s'agir de solutions permettant d'étendre l'accès de l'IVG dans des zones où il est limité ?

V- Conclusion

Dans cette étude, les personnes interrogées ont une image positive de l'IVG par aspiration en CDS qui est perçue comme fiable, efficace et facilement réalisable. Elle semble adaptée à la pratique en CDS et permet une offre de proximité pour les personnes voulant éviter l'hôpital.

Les relations avec l'hôpital et le CIVG local influent sur la motivation à développer des aspirations en CDS : quand elles sont bonnes et associées à un accompagnement hospitalier de qualité, la motivation diminue, alors qu'une offre insatisfaisante et des relations conflictuelles renforcent la motivation. Paradoxalement, les bonnes relations favorisent la réalisation des projets, alors que les mauvaises induisent des freins importants.

Les relations dans l'équipe du CDS sont un 2^{ème} facteur influençant la volonté de mettre en place des aspirations. Il n'est pas envisageable de se lancer dans cette activité sans le soutien et la volonté commune de l'équipe. Il semble plus facile de placer l'IVG au centre du projet de soin dans les CDS sexuelle que dans les CDS généraliste, qui ont d'autres priorités de soin.

Ces deux paramètres aboutissent à l'élaboration du sentiment de nécessité à proposer des IVG par aspiration en CDS, pour permettre un réel choix libre et éclairé aux personnes en demande d'IVG. Une fois cette idée présente, les professionnelles peuvent dépasser les enjeux logistiques, matériels, humains et financiers nécessaires à la mise en place du projet. Si un doute existe sur cette nécessité, les défis logistiques deviennent insurmontables.

Malgré une bonne image et une confiance importante, l'IVG par aspiration en CDS peine à se développer, en raison d'un faible nombre de CDS ayant la volonté commune de développer cette activité, des freins hospitaliers à la diffusion de cette méthode et l'absence de nécessité ressentie par certain-es professionnel·les au développement de cette technique. L'extension du nombre de CDS et la multiplication des projets en cours vont probablement favoriser son expansion dans le futur. L'ouvrir secondairement aux sages-femmes et aux MSP sont des questions qui pourraient se poser pour poursuivre l'amélioration de l'accès à l'IVG en France.

VI- Annexes

1) Annexe 1 : guide entretien

1^{ère} question « brise-glace » : Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation pour une demande d'IVG ?

- **Pouvez-vous me parler de ce qui vous a amené à réaliser des IVG ?**
 - ➔ Depuis combien de temps ?
 - ➔ Quelle est votre formation ?
 - ➔ Quel est votre parcours professionnel ?
 - ➔ Expériences professionnelles dans d'autres structures ? hospitalières /libérales ?
 - ➔ Quelles sont vos motivations à faire des IVG ? (*Peut amener notion de convictions perso / droit à l'IVG*)
 - ➔ Quel est votre vécu de la pratique de l'IVG ?
- **Pouvez-vous m'expliquer comment s'organise l'activité d'IVG dans votre centre de santé ?**
 - ➔ Comment les personnes prennent rendez-vous ? (Internet/référencement site IVG/lien autres structures)
 - ➔ Quel est le parcours des patient·es ?
 - ➔ Quel·les professionnel·les sont rencontrés·es ? Combien de rendez-vous ? Echographie possible sur place ? Temps collectif ?
 - ➔ Quel sont les rapports avec le centre IVG local ? (Complémentarité/conflit)
 - ➔ Quel est l'accès à l'IVG dans votre département ?
- **Pouvez-vous me raconter ce qui vous a amené à faire des IVG en centre de santé ?**
 - ➔ Pourquoi avoir choisi ce type exercice ?
 - ➔ Pourquoi en dehors de l'hôpital ?
 - ➔ Quels bénéfices et inconvénients pour les personnes en demande d'IVG ?
 - ➔ Quels bénéfices et inconvénients pour vous ?
 - ➔ Quel est l'impact sociétal de cette pratique ?
- **Pouvez-vous me parler de la technique par aspiration sous anesthésie locale ?**
 - ➔ Quelle est votre expérience professionnelle de ce geste ? (Formé/en fait déjà)
 - ➔ Quels sont les avantages de cette technique ? Les inconvénients ?
 - ➔ A votre avis que pense les patient.es de l'IVG par aspiration ?
 - ➔ Quels sont les retours de patient.es que vous avez pu avoir ?
 - ➔ Est-ce une demande des personnes consultant pour IVG ?
 - ➔ Quel est son accès dans votre département ?
 - ➔ Pourquoi n'y en a-t-il pas dans votre centre de santé ?

- **Que pensez-vous de la possibilité de réaliser des IVG par aspiration sous anesthésie locale en centre de santé ?**
 - ➔ Connaissez-vous la législation autorisant ce geste en CDS ?
 - ➔ Connaissez-vous des personnes et/ou centre de santé qui pratiquent ce geste ?
 - ➔ Quels seraient les avantages à le faire ? Les inconvénients ?
 - ➔ A votre avis que penseraient les personnes consultantes pour une IVG de cette possibilité ?
 - ➔ Est-ce une attente des patient.es ?
 - ➔ Quelles difficultés à la mise en place d'une telle activité dans votre centre imaginez-vous ?
 - ➔ Quel format pourrait prendre cette activité dans votre centre ?
 - ➔ Seriez-vous intéressé-es pour mettre en place cette activité dans votre centre ?

2) Annexe 2 : retranscription des entretiens

La retranscription des entretiens est disponible sur un lien internet sur demande.

VII- Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2013 [cité 7 mars 2023]. viii, 135 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78413>
2. Moseson H, Herold S, Filippa S, Barr-Walker J, Baum SE, Gerdtz C. Self-managed abortion: A systematic scoping review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. févr 2020;63:87-110.
3. Bieronski E. Les législations du soin IVG en Europe. *Droit Santé Société*. 2018;5-6(5-6):24-32.
4. Dahmus Walsh M. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstet Gynecol*. juin 2012;119(6):1271; author reply 1271-1272.
5. Hassoun D. Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement en France [Internet]. Association Nationale des centres IVG et de Contraception. [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <http://www.avortementancic.net/spip.php?article3>
6. DREES. La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023. 2024 sept p. 8. Report No.: 1311.
7. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
8. HAS. Cahier des charges pour la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale hors établissement de santé. 2016 mars.
9. Lecomte T. Vécu de l'IVG par aspiration sous anesthésie locale par les patientes dans les centres de santé en France. [Paris]: Sorbonne Université; 2021.
10. Laveau A. Parcours de soins des femmes souhaitant une interruption volontaire de grossesse, avant leur accès au centre [Thèse pour le DES de Médecine générale]. [Angers]: Angers; 2014.
11. Mazel AE. Évaluation de l'accès à l'IVG en médecine de ville par la méthode du patient standardisé [Thèse pour le DES de Médecine générale]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2015.
12. Galvagnon S. Étude quantitative sur le vécu des femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse en ambulatoire : différences entre une prise en charge à domicile et à l'hôpital. 9 déc 2021;146.
13. Td N, Mh P, C F. Safety and effectiveness of termination services performed by doctors versus midlevel providers: a systematic review and analysis. *Int J Womens Health* [Internet]. 2013 [cité 3 févr 2023];5. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23323024/>

14. Linet T. Interruption volontaire de grossesse instrumentale. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 déc 2016;45(10):1515-35.
15. Kapp N, Lohr PA, Ngo TD, Hayes JL. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 17 févr 2010;(2):CD007207.
16. O'Shea LE, Lord J, Fletcher J, Hasler E, Cameron S. Cervical priming before surgical abortion up to 13+6 weeks' gestation: a systematic review and metaanalyses for the National Institute for Health and Care Excellence-new clinical guidelines for England. *Am J Obstet Gynecol MFM.* nov 2020;2(4):100220.
17. Low N, Mueller M, Van Vliet HAAM, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 14 mars 2012;2012(3):CD005217.
18. Shojai R, Ohannessian A, Maruani J, Agostini A. Antibioprophylaxie et interventions endo-utérines. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 déc 2012;41(8):913-21.
19. Tangsiriwatthana T, Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Paracervical local anaesthesia for cervical dilatation and uterine intervention. *Cochrane Database Syst Rev.* 21 janv 2009;(1):CD005056.
20. Renner RM, Jensen JT, Nichols MD, Edelman AB. Pain control in first-trimester surgical abortion: a systematic review of randomized controlled trials. *Contraception.* mai 2010;81(5):372-88.
21. Moayed G, Tschann M. Pain Management for First-Trimester Uterine Aspiration. *Obstet Gynecol Surv.* mars 2018;73(3):174-81.
22. Allen RH, Singh R. Society of Family Planning clinical guidelines pain control in surgical abortion part 1 — local anesthesia and minimal sedation. *Contraception.* 1 juin 2018;97(6):471-7.
23. Marc I, Rainville P, Verreault R, Vaillancourt L, Masse B, Dodin S. The use of hypnosis to improve pain management during voluntary interruption of pregnancy: an open randomized preliminary study. *Contraception.* 1 janv 2007;75(1):52-8.
24. Rørbye C, Nørgaard M, Nilas L. Medical versus surgical abortion: comparing satisfaction and potential confounders in a partly randomized study. *Hum Reprod.* 1 mars 2005;20(3):834-8.
25. Branger B, David P, Bonnet B, Coutin AS, Collin R. Enquête de satisfaction de 319 femmes ayant eu recours aux centres d'IVG dans les Pays de la Loire. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 oct 2016;45(8):955-62.
26. Bréard H, Pressat Laffouilhère T, Braund S, Levadé R, Perrin M, Machevin E. Si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? À propos du niveau de satisfaction de 1032 patientes. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 juin 2021;49(6):511-6.

27. Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 déc 2016;45(10):1552-67.
28. Di Carlo C, Savoia F, Ferrara C, Sglavo G, Tommaselli GA, Giampaolino P, et al. "In patient" medical abortion versus surgical abortion: patient's satisfaction. *Gynecol Endocrinol.* 2 août 2016;32(8):650-4.
29. Teal SB, Dempsey-Fanning A, Westhoff C. Predictors of acceptability of medication abortion. *Contraception.* mars 2007;75(3):224-9.
30. Upadhyay UD, Desai S, Zlidar V, Weitz TA, Grossman D, Anderson P, et al. Incidence of Emergency Department Visits and Complications After Abortion. *Obstet Gynecol.* janv 2015;125(1):175.
31. Kapp N, Lohr PA. Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 1 févr 2020;63:37-44.
32. Faucher P. Complications de l'interruption volontaire de grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 déc 2016;45(10):1536-51.
33. Vincent A, Bernard L, Léone M. Pharmacologie des anesthésiques locaux. *Anesth-Réanimation.* 1 avr 2018;38(4):1-18.
34. Tong H, Wu Y, Yan Y, Dong Y, Guan X, Liu Y, et al. No association between abortion and risk of breast cancer among nulliparous women: Evidence from a meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* mai 2020;99(19):e20251.
35. Jones RK, Frohwirth L, Moore AM. More than poverty: disruptive events among women having abortions in the USA. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 1 janv 2013;39(1):36-43.
36. White K, Carroll E, Grossman D. Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature. *Contraception.* nov 2015;92(5):422-38.
37. Adams CE, Wald M. Risks and Complications of Vasectomy. *Urol Clin North Am.* 1 août 2009;36(3):331-6.
38. Fédération nationale des centres de santé. Fédération Nationale des Centres de Santé. 2024 [cité 6 avr 2025]. 2024, les chiffres nationaux de l'observatoire des CDS. Disponible sur: <https://www.fnccs.org/2024-les-chiffres-nationaux-de-l-observatoire-des-cds>
39. Liu N, Vigod SN, Farrugia MM, Urquia ML, Ray JG. Physician procedure volume and related adverse events after surgically induced abortion: a population-based cohort study. *CMAJ Can Med Assoc J.* 13 mai 2019;191(19):E519-28.
40. Agostini A, Vayssiere C, Gaudineau A, Letombe B, et al. L'interruption volontaire de grossesse. Paris, France: CNGOF; 2016 p. 16.
41. Debeaux AL. Évaluation de la sécurité de l'IVG par aspiration sous anesthésie locale en centres de santé en France. [Paris]: Sorbonne Université; 2020.

42. Corticchiato C. Faisabilité de l'IVG par aspiration dans les centres de santé en Ile-de-France [Mémoire DIU Gynécologie Obstétrique]. [Paris]: Paris VI; 2014.
43. Tilles C, Denny A, Creinin MD, Cansino C. Factors influencing women's satisfaction with surgical abortion. Contraception [Internet]. 1 févr 2016 [cité 24 avr 2023];93(2). Disponible sur: <https://escholarship.org/uc/item/29m9418h>
44. Rousset V, Thollot L. L'IVG médicamenteuse à domicile en soins primaires : une étude qualitative sur le vécu des femmes en Midi-Pyrénées [Thèse pour le DES de Médecine générale]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015.
45. Poll A. Quels sont les déterminants qui amènent les femmes consultant dans une structure hospitalière à faire le choix d'une IVG par méthode médicamenteuse au domicile Etude qualitative en Ile de France. [Thèse pour le DES de Médecine générale]. [Paris]: Sorbonne Université; 2019.
46. Santé des personnes transgenres : un parcours de soins à améliorer · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 1 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualite/sante-des-personnes-transgenres-un-parcours-de-soins-a-ameliorer/>
47. Andrieux P, Quinette A. La médecine générale en trans-ition : étude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes de Haute-Savoie sur leur implication dans le parcours de soins des patients transgenres. 28 oct 2022;148.

**Avis favorable de la Commission des theses
du Département de Médecine Générale
en date du 16 mai 2024**

Vu, le Directeur de Thèse, le 02/06/2025



**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

LABRUNIE Arthur

61 pages – 1 tableau – 1 figure – 2 annexes

Etude qualitative des représentations de l'interruption volontaire de grossesse par aspiration sous anesthésie locale hors établissement de santé auprès de médecins et sages-femmes travaillant en centre de santé

Résumé :

Introduction. Depuis l'autorisation des IVG médicamenteuses hors établissement de santé en 2004, leur part ne fait qu'augmenter, passant à 41% des IVG en 2023. En 2016, les IVG par aspiration sous anesthésie locale deviennent autorisées en centre de santé. Cette méthode est sûre, efficace et sans surrisque en extra hospitalier. Alors que l'accès à l'IVG par aspiration est encore insuffisant dans de nombreux territoires, seuls quelques centres de santé ont mis en place cette activité en 2025. L'objectif de l'étude est d'explorer les représentations de l'IVG par aspiration sous anesthésie locale en centre de santé, des professionnelles de ces structures, afin de comprendre les raisons de son faible développement.

Méthode. Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été menée. Des entretiens semi dirigés ont été réalisés entre juin 2024 et février 2025 auprès de 13 médecins et une sage-femme réalisant des IVG médicamenteuses, en centre de santé généraliste ou spécialisé en santé sexuelle.

Résultats et discussion. Les personnes interrogées militent pour un accès libre, équitable et gratuit à l'IVG. Elles ont une vision positive de l'IVG par aspiration en centre de santé. Elle permet la démedicalisation de cet acte, dans une approche globale, bienveillante et collective du soin. Elle est construite en opposition aux systèmes dominants hospitalier et libéral. La volonté de laisser le choix aux personnes concernées dans la méthode et le lieu de réalisation de leur IVG constitue leur principale motivation au développement d'aspirations. Certains centres de santé sexuelle, déjà engagés dans cette démarche, sont limités par des freins institutionnels, hospitaliers ou des raisons matérielles. La mise en place d'IVG nécessite une collaboration et une dépendance à l'hôpital pour la gestion des complications, qui varient en fonction des territoires. Les centres de santé proches de structures hospitalières où une offre d'IVG par aspiration sous anesthésie locale de qualité est disponible ressentent moins le besoin de développer cette activité. C'est d'autant plus vrai pour les centres généralistes qui ont d'autres priorités de soin. Ceux en zone rurale isolée peuvent avoir des réticences à développer une activité d'aspiration du fait de l'éloignement des partenaires et des recours hospitaliers.

Conclusion. Les répondantes ont une image positive de l'aspiration sous anesthésie locale en centre de santé. La volonté de laisser le choix de la méthode aux personnes concernées et l'inadéquation de l'offre d'IVG par aspiration à l'hôpital, sont les principales motivations au développement de cette pratique. Pour cela, il est important d'avoir la compétence technique du geste, le soutien de l'équipe du centre de santé et de ressentir la nécessité de développer cette offre pour dépasser les défis administratifs et logistiques.

Mots clés : avortement provoqué / curetage aspiratif / centre de santé communautaire / recherche qualitative

Jury :

Présidente du Jury : Professeure Marie-Frédérique LARTIGUE

Directrice de thèse : Docteure Christelle CHAMANT

Membres du Jury : Docteure Nathalie TRIGNOL-VIGUIER

Docteure Laurence WITTKÉ

Date de soutenance : jeudi 26 juin 2025