



HAL
open science

L'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes de l'agglomération rouennaise : freins et pistes d'optimisation

Coralie Marguerite

► To cite this version:

Coralie Marguerite. L'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes de l'agglomération rouennaise : freins et pistes d'optimisation. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02012594

HAL Id: dumas-02012594

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02012594>

Submitted on 8 Feb 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ANNEE 2018

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

MARGUERITE Coralie

NEE LE 24 FEVRIER 1985 A ROUEN

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 08 NOVEMBRE 2018

***L'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes de
l'Agglomération Rouennaise : Freins et pistes d'optimisation***

PRESIDENT DU JURY : Professeur Jean-Loup HERMIL
DIRECTEUR DE THESE : Docteur Emmanuel HAZARD
MEMBRES DU JURY : Professeur Emmanuel LEFEBVRE
Docteur Jean-Louis SIMENEL

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre Pédiopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN Immunologie
Mr François CARON	HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>) Détachement	HCN Médecine interne (gériatrie) –
Mr Vincent COMPERE	HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU.	HCN Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH Epidémiologie, économie de la santé

Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie

Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie

Mr Hervé TILLY	CB Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN Anatomie
Mr David WALLON	HCN Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**

UFR Communication

Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**

UFR Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**

Chimie Thérapeutique

Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)

Biophysique

Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)

Pharmacologie

Mme Isabelle **DUBUS**

Biochimie

Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)

Parasitologie

Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)

Toxicologie

Mr Michel **GUERBET**

Toxicologie

Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**

Physiologie

Mme Christelle **MONTEIL**

Toxicologie

Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)

Microbiologie

Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)

Pharmacie clinique

Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**

Pharmacologie

Mr Philippe **VERITE**

Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**

Chimie Générale et Minérale

Mr Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)

Pharmacologie

Mr Frédéric **BOUNOURE**

Pharmacie Galénique

Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**

Physiologie

Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**

Statistiques

Mme Elizabeth **CHOSSON**

Botanique

Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTO** Législation pharmaceutique et économie de la santé

Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie CHAMPY	Pharmacognosie
M. Jonathan HEDOUIN	Chimie Organique
Mme Barbara LAMY-PELLETER	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med).	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Je vous suis très reconnaissante pour votre enseignement en tant que maître de stage, vos conseils et votre bienveillance durant mon parcours universitaire et enfin pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Emmanuel LEFEBVRE

Je vous remercie d'avoir accepté dans l'urgence et sans condition de faire partie mon jury de thèse. C'est un honneur de pouvoir vous présenter le fruit de mon travail.

A Monsieur le Docteur Jean-Louis SIMENEL

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail dès son commencement et pour tous les renseignements fournis. C'est un plaisir de pouvoir vous compter parmi les membres de mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Emmanuel HAZARD

Je vous suis extrêmement reconnaissante de m'avoir permis de réaliser ce travail sous votre direction. Vous avez su me guider, me conseiller et me remotiver quand cela était nécessaire. Je vous remercie également pour votre enseignement en tant que maître de stage et pour le soutien que vous m'avez apportés durant mon parcours d'interne.

Aux médecins de l'Agglomération Rouennaise que j'ai rencontrés et qui ont accepté de participer à ce travail

Un immense merci... Ce travail n'aurait jamais pu aboutir sans votre concours. Je vous serai toujours reconnaissante pour le temps que vous avez bien voulu m'accorder et pour votre franchise.

A ma famille

Ma petite « *Maman chérie adorée de mon cœur de ma vie* » et ma « *Mimi jolie* » ...

Merci pour votre amour, votre soutien et votre présence de tous les instants... dans les bons comme dans les mauvais moments. J'ai tellement de chance de vous avoir dans ma vie...

A mes amis

Les Totos... Les inconditionnels du Nash et de l'apéro du samedi soir... *Julia, Pierre, Jean-Paul, Alex, Hugo, Ben*. Que de bons moments passés ensemble ! Merci d'avoir été présents tout au long de ces années. Vous êtes ma bouffée d'oxygène...

A tous les autres amis... *Jennifer, Olivier, Nancy, Maxime, Audrey, Lou, Julien, Marin, Romain, Laeti, Mathilde, Ambre, Deborah*...

A Vincent

Mon amoureux, mon confident, ma force... Rien ne serait possible sans toi.

ABREVIATIONS UTILISEES

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

HAS : Haute Autorité de Santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

DIU : Dispositif Intra Utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DROM : Départements et Régions d'Outre-Mer

ARS : Agence Régionale de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

PLAN DE THESE

<u>INTRODUCTION</u>	p.16
<u>PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR L'IVG MEDICAMENTEUSE</u>	p.18
I.1. Historique de l'IVG	p.18
I.2. Cadre légal	p.19
I.3. IVG médicamenteuse : le protocole	p.20
I.4. Les complications de l'IVG médicamenteuse	p. 23
I.5. Statistiques de l'IVG en France	p. 23
I.6. Statistiques de l'IVG en Haute Normandie	p. 24
I.7. Le cas de Rouen et son agglomération	p. 24
I.8. Les formations sur l'IVG médicamenteuse organisées par l'ARS	p. 24
<u>DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE</u>	p. 26
II.1. Le type d'étude	p. 26
II.2. La population étudiée	p. 26
II.3. Le questionnaire	p. 27
II.4. Les conditions de réalisation des entretiens	p. 27
II.5. L'analyse des données	p. 28
<u>TROISIEME PARTIE : RESULTATS</u>	p. 29
III.1. Caractéristiques de la population étudiée	p. 29
III.2. Analyse des entretiens	p. 30
<u>QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION</u>	p. 40
IV.1. Discussion sur la pertinence du sujet et le choix de la population étudiée	p. 40
IV.2. Discussion sur la méthode utilisée	p. 41
IV.3. Discussion sur les résultats	p. 42
<u>CONCLUSION</u>	p. 47
BIBLIOGRAPHIE	p. 49
ANNEXES	p. 54

INTRODUCTION

L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est légalement autorisée en France depuis 43 ans, soit depuis la loi Veil (1) promulguée le 17 janvier 1975. A l'époque, l'article L 162.1 du code de santé publique prévoyait que « La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse. » Initialement prévue pour 5 ans, cette loi a été reconduite définitivement en 1979(2) ; et en 2001 la nouvelle loi relative à l'IVG et à la contraception (3) a prolongé le délai, autorisant la pratique de l'IVG jusqu'à 12 semaines de grossesse.

Cette loi permet également aux médecins libéraux, gynécologues et médecins généralistes, de pratiquer l'IVG médicamenteuse sous certaines conditions.

En effet à l'époque, les établissements hospitaliers et notamment le service public sont en grande difficulté pour assurer seuls la prise en charge de toutes les IVG dans le délai imparti (4).

L'objectif de cette nouvelle loi était donc d'une part de soulager les hôpitaux et cliniques alors surchargés et d'autre part d'offrir un meilleur accès à l'IVG à toutes les femmes partout sur le territoire français en leur permettant de se faire avorter chez leur médecin ou gynécologue.

Aujourd'hui, en France, 17 ans après la loi autorisant les médecins libéraux à pratiquer l'IVG médicamenteuse, on constate que l'IVG demeure majoritairement un acte hospitalier bien que désormais l'IVG médicamenteuse soit plus souvent réalisée que l'IVG dite « chirurgicale » par aspiration et curetage.

Les études antérieures sur l'IVG médicamenteuses ont démontré que les médecins libéraux et notamment les médecins généralistes pratiquent peu cet acte alors que dans le même temps se développent des formations sensées promouvoir l'IVG médicamenteuse en ambulatoire.

Pourquoi cet échec de la diffusion de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire ?

Dans un contexte où la démographie médicale est inégale sur le territoire (5) et pour préserver un accès égal à l'IVG à toutes les femmes françaises, il nous a donc paru nécessaire de nous interroger sur les raisons qui freinent l'essor de cette pratique par les médecins libéraux et plus particulièrement les médecins généralistes dont le rôle est pourtant de prendre en charge le patient dans sa globalité.

Dans notre étude, nous avons choisi de nous intéresser spécifiquement au point de vue des médecins généralistes qui se sont formés à la technique de l'IVG médicamenteuse mais qui ont choisi de ne pas la pratiquer et nous nous sommes centrés sur Rouen et son agglomération. L'objectif principal de notre étude est donc d'identifier les freins existant chez ces médecins généralistes de l'agglomération Rouennaise qui étaient volontaires pour pratiquer l'IVG médicamenteuse et de les comparer aux données de la littérature afin de déterminer s'il existe ou non des différences avec les médecins « non pratiquants », non formés.

Notre objectif secondaire sera d'identifier des pistes d'optimisation pour favoriser le développement de la pratique de l'IVG médicamenteuse au décours des formations.

PREMIÈRE PARTIE : GENERALITES SUR L'IVG MEDICAMENTEUSE

I.1. Historique de l'IVG

Les pratiques abortives sont très anciennes. On en retrouve des traces écrites dès l'Antiquité, dans les différentes civilisations, sous la forme de prescriptions médicales (cf. papyrus d'Ebers)(6) ou dans des textes de loi interdisant sa pratique (code de Hammurabi en 1750 avant JC)(7), les rescrits des empereurs romains Septime Sévère et Caracalla au IIIe siècle(8). Les méthodes sont diverses et variées. Dans l'Antiquité les femmes utilisent une plante appelée Silphium comme contraceptif et abortif (9). En Inde et en Afrique, les femmes utilisent les graines de *Caesapinia pulcherrima*. A partir du XVIIe et au XIXe siècle, en Europe, les femmes font appel à des « faiseuses d'anges » ou « tricoteuses » qui pratiquent la dilatation et le curetage à l'aide d'aiguilles à tricoter (10). Dans la deuxième partie du XXe siècle, venant des Etats Unis, se développe la méthode de Karman (11) qui consiste à une aspiration du contenu de l'utérus à l'aide d'une canule et d'une seringue, entre la cinquième et la huitième semaine de grossesse.

A cette époque encore, l'avortement se pratique dans l'illégalité et la clandestinité. Les femmes tout comme leurs avorteurs, qui sont souvent des femmes, sont sévèrement condamnées. En France, l'article 317 du code pénal de 1810 punit de 1 à 5 ans de réclusions les femmes qui avortent ainsi que les tiers qui les ont aidés (12) et sous le Régime de Vichy, l'avortement était passible de peine de mort.

Grâce à la montée des mouvements féministes au XXe siècle, l'avortement sera progressivement autorisé dans la plupart des pays européens. En France, dans les années soixante-dix, les femmes se mobilisent, de même que les médecins. On se souvient du « manifeste des 343 » publié dans le *Nouvel Observateur* en 1971 (13) où 343 françaises célèbres déclarent avoir eu recours à l'avortement et demandent sa légalisation. Il y a eu également la publication d'un manifeste de 331 médecins français qui disaient être favorable à la légalisation de l'avortement (14).

Enfin, le procès de Bobigny, a lui aussi suscité l'émotion en 1972. Dans cette affaire, une jeune fille mineure avait été condamnée pour avoir avorté avec l'accord de ses parents suite à un viol. Dans ce contexte de mouvement social, les pouvoirs publics alors en place se retrouvent dans la nécessité de légiférer sur l'avortement. C'est donc Simone Veil, alors ministre de la santé qui va mener cette bataille politique pour la légalisation de l'avortement. La loi relative à l'interruption volontaire de grossesse dite Loi Veil du 17 janvier 1975 sera finalement adoptée par les députés au terme de trois jours de débats houleux à l'Assemblée nationale durant lesquels Simone Veil aura dû faire face à de violentes critiques.

I.2. Cadre légal

La pratique de l'IVG en France est donc bien encadrée par le code de santé publique. Cette première version de la loi en 1975 stipule que toute femme peut pratiquer une IVG sur simple demande à un médecin jusqu'à sa dixième semaine de grossesse soit 12 semaines d'aménorrhée. A l'époque, l'acte en lui-même ne peut être réalisé qu'en milieu hospitalier et n'est pas remboursé. Concernant la prise en charge de l'IVG des mineures, la réalisation de l'acte est soumise à une autorisation parentale.

En 1979, la loi 79-1204 relative à l'IVG, pérennise les dispositions de la loi Veil mais il faudra attendre 1983 pour que l'IVG soit prise en charge par la Sécurité Sociale conformément à la loi 82-1172 promulguée le 1 décembre 1982.

A la fin des années quatre-vingt-dix, le rapport Nisand, commandé par Martine Aubry alors ministre en charge des affaires sanitaires et sociales, met en évidence les disparités et les dysfonctionnements quant à l'accueil fait aux femmes et à la prise en charge de l'IVG par les établissements hospitaliers du secteur public, obligeant celles-ci à se rendre dans des établissements privés sous condition de ressource. Il propose par ailleurs la mise en place d'un numéro vert, l'assouplissement du délai légal de l'IVG au cas par cas, l'absence d'autorisation pour les mineures et le développement de l'IVG médicamenteuse.

Ainsi une nouvelle loi relative à l'IVG et à la contraception entre en vigueur le 4 juillet 2001 (loi 2001-588). Elle allonge le délai de l'IVG à 12 semaines de grossesse soit 14 semaines d'aménorrhée. Elle dispense également les mineures d'une autorisation parentale.

C'est finalement en 2004 que l'IVG médicamenteuse sera autorisée en médecine de ville alors qu'elle est pratiquée en milieu hospitalier depuis 1990.

En 2013, l'IVG est rendue gratuite pour toutes les femmes, quelle que soit la méthode choisie (15) ; et en 2016, la loi de modernisation du système de santé conduite par Marisol Touraine supprime le délai légal de réflexion d'une semaine jusqu'alors imposé aux femmes avant le choix de l'IVG et permet aux Sages-femmes de pratiquer elles-mêmes l'IVG médicamenteuse (16).

I.3. IVG médicamenteuse : le protocole

Le choix de la méthode utilisée est fonction de l'âge gestationnel, du désir de la patiente et de l'offre de soins.

Selon les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de juin 2018 (17), la procédure dite chirurgicale qui consiste en la dilatation du col utérin et l'évacuation de son contenu par aspiration est réalisable en établissement hospitalier jusqu'à la quatorzième semaine d'aménorrhée. Elle s'accompagne également d'une prise médicamenteuse afin de préparer le col utérin à l'intervention.

La procédure dite médicamenteuse est, elle, réalisable par un médecin ou une sage-femme conventionnés jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée en cabinet ou en centre de planification familial. Au-delà et jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée, l'IVG médicamenteuse devra être effectuée dans un établissement hospitalier.

Sur le plan de la stratégie médicamenteuse, le protocole est variable selon l'âge gestationnel mais dans tous les cas il associe la prise d'un anti progestérone à celle d'une prostaglandine 36 à 48 heures plus tard.

Jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée, il y a deux possibilités :

- 600 mg de mifépristone (3 comprimés de MIFEGYNE®) puis, entre 36 à 48 heures plus tard, 400 microgrammes de misoprostol (2 comprimés de GYMISO® ou MISOONE®) ;
- ou 200mg de mifépristone (1 comprimé de MIFEGYNE®) puis, entre 36 à 48 heures plus tard, 1mg de gemeprost (1 ovule de CERVAGEME®).

A la huitième et à la neuvième semaine d'aménorrhée, en milieu hospitalier, on utilise forcément l'association mifépristone per os puis gemeprost intravaginal.

Auparavant, on utilisait régulièrement une autre forme du misoprostol mais qui n'avait pas l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour l'IVG médicamenteuse : le CYTOTEC®. Ce médicament à base de misoprostol indiqué dans le traitement préventif ou curatif de l'ulcère gastroduodéal a été délaissé par les gastroentérologues avec l'arrivée des Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP). Son utilisation a été détournée par les gynécologues obstétriciens qui l'employaient pour déclencher le travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée ou pour les IVG médicamenteuses. Il a été démontré que l'utilisation hors AMM de ce médicament comporte un risque pour la mère et l'enfant (18). En effet, il peut être à l'origine de complications obstétricales telles que la rupture utérine, l'hémorragie ou une anomalie du rythme cardiaque foetal. Il peut être également à l'origine de complications infectieuses s'il est employé en intravaginal plutôt que per os. De ce fait, le laboratoire Pfizer en accord avec l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), a décidé de retirer du marché le CYTOTEC® à compter de mars 2018(19). Les médecins généralistes ne disposent donc que du GYMISO® ou MISOONE® en terme de misoprostol puisque le CERVAGEME® n'est disponible qu'en milieu hospitalier.

Concernant la prise en charge et le suivi des patientes, la séquence est toujours la même qu'il s'agisse d'une prise en charge hospitalière ou ambulatoire.

Il y a deux consultations avant l'IVG. La première, avant l'IVG, qui consiste à l'expliquer à la patiente les différentes techniques pour qu'elle puisse avoir tous les éléments pour faire si possible le choix de la méthode. Le médecin lui remet un premier certificat.

La seconde consultation qui n'est plus soumise au délai de 7 jours depuis 2016 consiste au recueil du choix de la patiente et à la délivrance du second certificat médical.

Il y a deux autres consultations dédiées à la prise des médicaments, parfois la dernière est virtuelle car la patiente peut choisir de prendre la prostaglandine à son domicile à condition d'être à moins d'une heure du centre hospitalier référent et que l'établissement soit accessible en permanence. Lors de cette consultation la patiente prend la mifepristone et une contraception est prescrite. En cas de rhésus négatif, cette consultation est aussi l'occasion de prévenir l'iso immunisation par l'injection de gamma globulines anti D (ROPHYLAC® 200 mg en intraveineux ou intramusculaire).

Au bout de 36 à 48 heures, la patiente prend en consultation ou à domicile le misoprostol ce qui déclenche les contractions permettant ainsi l'expulsion du fœtus. Elle doit débiter sa nouvelle contraception dès le jour de la prise du misoprostol s'il s'agit d'une pilule oestroprogestative ou progestative microdosée ; idem pour un implant. Dans le cas d'un Dispositif Intra Utérin (DIU), il faudra d'abord s'assurer de la vacuité utérine ce qui implique d'attendre la dernière consultation qui doit avoir lieu entre 15 jours et 3 semaines après la prise de la prostaglandine. Une échographie de contrôle est réalisée à cette occasion.

En cas d'échec de l'IVG médicamenteuse, une IVG chirurgicale sera systématiquement réalisée dans un second temps.

I.4. Les complications de l'IVG médicamenteuse

On retrouve peu de complications par cette technique mais essentiellement des effets indésirables dont certains dus à la prise de misoprostol. Ces effets indésirables sont les douleurs pelviennes, les métrorragies, les nausées, vomissements et la diarrhée.

A noter cependant que les douleurs pelviennes et les saignements peuvent être plus importants avec la méthode médicamenteuse qu'avec la méthode chirurgicale (20). Les principales complications possibles sont l'hémorragie et la rétention utérine.

La survenue de l'une ou l'autre de ces complications va nécessiter une prise en charge chirurgicale. En effet, l'abondance des saignement utérins peut nécessiter un curetage hémostatique (dans 0 à 5% des cas) De même, la rétention d'une partie de l'œuf voire une grossesse persistante (dans moins de 5% des cas) nécessitera une aspiration (21).

Plus rarement, il y a le risque d'iso-immunisation en cas d'absence de séro-prévention au moment de la prise de mifépristone et il ne faut pas négliger les éventuelles séquelles psycho affectives résultant de l'acte (22).

Pour finir, quelle que soit la technique utilisée, la réalisation d'une IVG peut avoir un retentissement sur la fertilité ultérieure de la femme.

I.5. Statistiques de l'IVG en France

En pratique, en 2016, en France, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a recensé 211900 IVG Métropole et Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) inclus.

34700 ont été réalisés hors établissement hospitalier, soit 18% des IVG. Ce taux demeure stable par rapport à 2015 alors qu'on observe toujours une diminution du nombre total des IVG pour la troisième année consécutive. A noter également que concernant les IVG réalisées en milieu hospitalier, la proportion d'IVG médicamenteuse a considérablement augmenté depuis 2001 par rapport à celle des IVG chirurgicales ; elle est passée de 31% en 2001 à 56% en 2016 (23).

I.6. Statistiques de l'IVG en Haute Normandie

En Normandie, les faits sont comparables. Les données du centre de périnatalité de Haute Normandie montrent que depuis 2011, on observe au niveau des établissements hospitaliers une stagnation et même depuis trois ans une diminution du nombre d'IVG réalisé.

Parallèlement durant cette même période, on remarque que la proportion des IVG médicamenteuses devient plus importante que celle des IVG chirurgicales.

Ainsi de 46,02% en 2011, on passe à 67,72% en 2017 (24). Toujours selon la DREES, en 2016, 86,4% des IVG sont encore réalisées en établissement hospitalier contre seulement 12,78% en cabinet libéral et 0,82% en centre de planification familiale.

I.7. Le cas de Rouen et son agglomération

A Rouen en Haute Normandie, il y a 3 établissements hospitaliers qui assurent la prise en charge des IVG ainsi que le centre de planification familial du CHU. En ville, seuls 11 médecins libéraux sont recensés comme pratiquant l'IVG médicamenteuse. Et bien que le décret du 2 juin 2016 autorise dorénavant les sages-femmes libérales à pratiquer cet acte, le Conseil de l'Ordre des Sages-femmes de Seine Maritime ne recense qu'une seule praticienne libérale à cet effet (25).

Des formations à la technique de l'IVG médicamenteuse ont été organisées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour les médecins libéraux entre 2009 et 2012 mais au décours de ces formations moins de 50% des médecins généralistes se sont conventionnés avec un établissement hospitalier.

I.8. Les formations sur l'IVG médicamenteuse organisées par l'ARS

L'ARS de Haute Normandie a organisé 6 formations pour former les médecins libéraux à la technique de l'IVG médicamenteuse et ainsi promouvoir sa pratique en ambulatoire entre avril 2009 et février 2012. Ces formations, dont la durée n'excédait pas une journée, étaient animées par des gynécologues obstétriciens et médecins généralistes pratiquant l'IVG.

Il y avait également des intervenants du réseau de périnatalité ou du centre de planification familial local et des représentants d'un ou plusieurs laboratoires pharmaceutiques.

En 2009, 4 formations ont eu lieu successivement entre avril et juin dans les villes principales de la région Haute Normandie : Rouen, Le Havre, Dieppe et Evreux. En 2011 et 2012 les formations n'ont été renouvelées qu'à Rouen.

A l'issue de chaque formation, les médecins repartaient avec leur attestation, un dossier papier et les documents nécessaires pour se conventionner s'ils le désiraient.

DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE

II.1. Le type d'étude

La méthode qualitative est utilisée quand les facteurs observés sont subjectifs, donc difficilement mesurables (26). Cette méthode est particulièrement bien adaptée à la médecine générale, notamment dans son aspect relationnel, car elle permet d'étudier les émotions, les sentiments des individus, leurs comportements et leur expérience personnelle, qu'il s'agisse des patients ou des médecins. Dans le cas de notre étude, il s'agit d'identifier les freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes de l'agglomération Rouennaise ayant choisi de se former à la technique. Ainsi le choix de la méthode qualitative s'impose de lui-même.

II.2. La population étudiée

Nous avons choisi de nous intéresser spécifiquement aux médecins généralistes formés à la technique de l'IVG médicamenteuse mais non conventionnés avec un établissement hospitalier. Pour le recrutement de notre échantillon, il aurait été difficile de recenser l'ensemble des formations sur l'IVG médicamenteuse réalisées par les différents organismes de formation en Haute Normandie depuis 2004. Nous avons donc choisi de nous rapprocher du centre de périnatalité de Haute Normandie qui avait participé à l'organisation de formations à l'IVG médicamenteuse en collaboration avec l'ARS de Haute Normandie entre 2009 et 2012. Nous avons pu ainsi obtenir la liste des médecins participants pour chacune de ces formations organisées entre 2009 et 2012. Nous avons également récupéré les listes de médecins conventionnés avec les établissements de santé de Haute Normandie proposant la prise en charge de l'IVG médicamenteuse. A partir de ces éléments, en croisant les différentes listes de médecins, nous avons pu établir une liste de médecins formés à l'IVG médicamenteuse mais non conventionnés.

Nous avons volontairement exclu les gynécologues médicaux ayant participé à ces formations ainsi que les médecins hors agglomération Rouennaise et les médecins actuellement retraités.

Au final, notre population cible n'était constituée que par des généralistes de l'agglomération Rouennaise, en activité.

Pour le recrutement de notre échantillon, nous avons contacté par téléphone chaque médecin généraliste de la liste finale, souvent à plusieurs reprises, pour présenter en quelques mots notre projet de thèse et tenter d'obtenir un rendez-vous physique afin de réaliser un entretien semi directif.

Nous nous sommes heurtés à certaines difficultés lors du recrutement, comme l'intermédiaire du secrétariat téléphonique qui ne facilite pas toujours la prise de contact avec les médecins, la perte de vue de certains praticiens du fait d'un changement de nom possible ou d'un changement d'adresse professionnelle. Certains médecins ont également donné un accord de principe pour un entretien mais n'ont au final pas donné suite.

II.3. Le questionnaire

Le questionnaire a été élaboré de telle manière que les médecins pouvaient parler autant qu'ils le souhaitent. Il était assez court et ne comportait que des questions ouvertes. Des questions de relances avaient été prévues en fonction des thèmes déjà retrouvés dans la littérature si les médecins étaient peu enclins à la discussion. Pour privilégier la spontanéité des retours, nous n'avons pas informé les médecins du contenu du questionnaire préalablement à l'entretien.

Ainsi les médecins ne pouvaient pas préparer à l'avance leur réponses.

II.4. Les conditions de réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés dans le bureau médical de chaque médecin, sur rendez-vous, durant leur activité de consultation et étaient prévus pour ne pas excéder la durée d'une consultation de médecine générale, soit une quinzaine de minutes tout au plus. Chacun de ces entretiens a été enregistré après accord du médecin interrogé.

Nous n'avons pas défini au préalable un nombre d'entretiens à réaliser ; cela devait dépendre de l'analyse des données au fur et à mesure.

II.5. L'analyse des données

Les enregistrements nous ont permis dans un premier temps de retranscrire intégralement chaque entretien sous forme de verbatim dans un tableur Excel. Dans un second temps nous avons codé manuellement chaque verbatim de chaque entretien en rattachant les groupes de mots isolés à des thèmes qui au final devaient nous permettre de répondre à la question posée. Lorsque nous avons remarqué que les codes retrouvés dans l'analyse des entretiens étaient répétitifs, nous avons considéré que nous étions parvenus à saturation des données. Nous avons donc, par conséquent, arrêté les entretiens.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

III.1. Caractéristiques de la population étudiée

Au cours des 6 formations à l'IVG médicamenteuse organisées entre avril 2009 et février 2012, 90 médecins généralistes Haut normands se sont formés à la technique de l'IVG médicamenteuse. Parmi ses 90 médecins, on remarque que 55 d'entre eux ne se sont pas conventionnés au décours de la formation, soit 61% des participants.

Au niveau de l'agglomération Rouennaise, cela représente 27 médecins généralistes formés et 18 non conventionnés. Il faudra exclure 5 médecins parmi ces praticiens non conventionnés : 3 médecins retraités, 1 médecin qui a quitté l'agglomération depuis la formation et 1 autre qui a été perdu de vue.

Nous avons contacté par téléphone les 13 médecins généralistes de l'agglomération actuellement en activité restants. 1 médecin a refusé de participer à l'étude.

Notre échantillon final est composé de 7 médecins généralistes de l'agglomération Rouennaise dont 4 femmes et 3 hommes. 3 médecins exercent seuls et 4 exercent en cabinet de groupe.

L'ancienneté d'exercice de ces médecins est de 27 ans en moyenne.

médecin	sexe	type exercice	localité	nombre d'années d'activité
M1	homme	cabinet de groupe (3)	sotteville	37
M2	femme	cabinet de groupe (6)	grand quevilly	18
M3	femme	cabinet de groupe(2)	rouen	25
M4	femme	seule	rouen	30
M5	homme	seule	rouen	33
M6	femme	cabinet de groupe (3)	petit quevilly	28
M7	homme	seul	rouen	22

Figure 1- caractéristiques des médecins généralistes interrogés

III.2. Analyse des entretiens

En reprenant les verbatim de chaque entretien, nous avons pu isoler différents thèmes que nous avons reporté ci-après. Chacune des idées de ces grands thèmes est illustrée par un ou plusieurs verbatim pertinents.

Un premier thème regroupe l'ensemble des motivations qui ont conduit les médecins généralistes interrogés à se former à l'IVG médicamenteuse. Celles-ci sont diverses.

La plupart des médecins ont évoqué des raisons en rapport avec leur patientèle :

- **faire face à une demande d'IVG** ;

M1 : « *j'avais quand même des demandes assez fréquentes* » ;

M6 : « *j'avais quelques cas de patientes qui en avaient besoin* ».

- **renseigner ses patientes** sur les démarches, la procédure selon le protocole choisi.

M3 : « *ça faisait suffisamment d'information pour éventuellement le pratiquer mais en tout cas pouvoir bien renseigner mes patientes* ».

Un médecin a également mentionné **une volonté de ne pas déléguer, de prendre en charge ses patientes jusqu'au bout** ;

M1 : « *c'est toujours un souci de ne pas le faire soi-même* ».

Certains médecins étaient animés par une vraie volonté de **faciliter l'accès à l'IVG médicamenteuse à leurs patientes**. L'un d'entre eux dont la patientèle est globalement issue de milieux défavorisés se définissait même comme un militant de la cause.

M7 : « *j'étais pour j'étais dedans j'étais militant* ».

Un autre qui avait une formation plus poussée en gynécologie du fait de son stage d'internat au Belvédère était également très motivé :

M5 : « *j'étais enfin autrefois interne au Belvédère... voilà donc j'étais assez sensibilisé par cette affaire- là* ».

D'autres médecins ont participé à la formation dans un but plus personnel. Ils souhaitent **poursuivre leur apprentissage médical**, mettre à jour leurs connaissances sans pour autant avoir jamais réellement envisagé la pratique de l'IVG médicamenteuse au décours de la formation :

M4 : « *c'était plus pour savoir comment ça se passait... pour savoir un peu être à jour dans mes connaissances* ».

Un médecin a même dit qu'il avait été influencé par un collègue pour s'inscrire à la formation :

M1 : « *j'avais été un poussé par mon collègue... qui lui avait le diplôme* ».

Nous avons ensuite regroupé dans un deuxième thème toutes les remarques et appréciations positives ou négatives en rapport avec la formation sur l'IVG médicamenteuse à laquelle les médecins généralistes ont bien voulu participer.

D'une manière générale, les médecins sont **satisfaits** quant à l'accueil reçu, le déroulé de la formation et la pertinence des informations reçues :

M1 : « *c'est très bien on peut les féliciter une bonne formation didactique et vraiment intéressante et conviviale* ».

Seul un médecin a fait remarquer la présence de représentants d'un laboratoire pharmaceutique lors de la formation, mettant en évidence **un possible conflit d'intérêt** :

M3 : « *je vais vous dire à la formation il y avait quand même un labo... j'ai trouvé que c'était quand même très orienté... mais ça m'avait quand même un peu choquée pour une formation soi-disant générique entre guillemets* ».

Nous avons repéré toutefois quelques éléments négatifs.

Certains médecins ont des regrets au décours de la formation qui, bien que très intéressante, reste **trop théorique** et ne leur permet pas de se sentir suffisamment à l'aise avec la procédure pour intégrer l'IVG médicamenteuse à leur pratique quotidienne :

M6 : « parce que c'est vrai qu'on part un peu dans le vide... mais on sait pas exactement comment ça se présente voilà » ;

M6 : « y'a pleins de bons principes et quand on se retrouve toute seule... ».

Plusieurs médecins ont d'ailleurs estimé qu'il leur serait nécessaire de refaire une formation s'ils devaient un jour pratiquer l'IVG médicamenteuse.

D'autres médecins ont regretté l'**absence d'une formation pratique complémentaire** ; sous forme de mise en situation avec des acteurs ou bien en assistant un médecin pratiquant régulièrement l'IVG médicamenteuse en milieu hospitalier.

M6 : « j'aurais bien aimé aussi c'est être une fois avec un médecin à l'hôpital pour voir exactement comment ça se passe » ;

M7 : « à un moment il faut du praticopratique exactement du cas clinique...pour simuler l'acte la demande ».

Enfin, l'un des médecins a lui considéré directement à l'issue de la formation que la pratique de l'IVG médicamenteuse n'était **pas applicable en médecine de ville** :

M5 : « si on est pas là on peut pas gérer cette affaire- là donc c'est pas enfin moi ça ne me convient pas à mon activité » ; « les gens peuvent pas venir avec les suites d'IVG comme ça dans un cabinet lambda donc voilà c'est pas pratique ».

Une fois les motivations des médecins et leurs impressions sur la formation identifiées, nous nous sommes attachés à mettre en évidence leurs freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse. Nous avons formé 2 groupes : les freins en rapport avec leur représentation de l'IVG et les freins en rapport avec leur mode d'exercice.

- Les freins en rapport avec leur représentation de l'IVG

L'acte d'IVG engage le médecin qui le pratique et ne peut se départir d'une **dimension personnelle** qui fait appel à son histoire, ses croyances, ses convictions. Cette dimension personnelle peut parfois être en contradiction avec son rôle de médecin.

Cet aspect a été peu abordé durant les entretiens, seuls 3 médecins l'ont brièvement évoqué sans pour autant dévoiler leur opinion. L'un d'entre eux, le médecin M3 a parlé « *d'un investissement plus personnel que professionnel* » ; un autre a répliqué « *c'est assez personnel...* » quand on lui a demandé ce qui selon lui pourrait favoriser l'essor de la pratique de l'IVG par les médecins généralistes. Un autre médecin a associé l'idée de militantisme à la pratique de l'IVG médicamenteuse(M7).

Concernant la prise en charge de l'acte d'IVG en lui-même, les médecins s'accordent à dire que cette **prise en charge est très réglementée, contraignante, en terme de délais, de suivi**. Ils évoquent tour à tour, les consultations multiples qui interfèrent dans leur planning de rendez-vous, les contraintes liées au délai légal, la difficulté du suivi pour certaines patientes qui ne se présentent pas aux rendez-vous de contrôle.

M7 : « *j'ai trouvé ça extrêmement compliqué à mettre en place... beaucoup trop de retour à faire ensuite par la suite* » ;

M5 : « *y a des termes de visites de contrôle avec des échéances très précises qui sont trop compliquées à gérer pour moi* » ;

M6 : « *c'était parfois un petit peu difficile d'avoir un rdv assez rapide, parce que souvent on est un peu juste au niveau date* ».

Un médecin a même indiqué qu'il était parfois difficile d'obtenir les échographies dans les temps :

M2 : « *il y a peut-être aussi les difficultés pour avoir les échographies pour avoir la datation c'est pas toujours facile quand même* ».

Par ailleurs, les médecins, dans l'ensemble, se plaignent du temps consacré aux **formalités administratives**, chronophages, qui se surajoutent à l'acte d'IVG en lui-même. Certains médecins se sont même plaint des modalités de conventionnement qui impliquent elles aussi une part administrative non négligeable.

M1 : « ça commence par la convention ça commence par prendre du temps pour la lire pour la signer... oui c'est le côté purement administratif mais pas médical qu'on aura le jour où on fera l'IVG ».

Ils se justifient notamment par la perte de temps médical que représente le temps alloué à la rédaction de ses documents obligatoires.

M7 « on se consacre à faire des papiers alors qu'on devrait passer du temps à faire, à donner des explications ».

Concernant l'organisation logistique de l'IVG médicamenteuse, 2 médecins ont abordé la question de **la gestion des médicaments abortifs** et considèrent cela comme une contrainte supplémentaire :

M7 : « le fait de devoir aller acheter la molécule euh la stocker euh tout ça simplifie pas les choses » ;

M3. : « je trouvais que l'investissement au niveau des médicaments, avoir quelques médicaments pour gérer quelques patientes, je me suis dit c'est vraiment trop difficile à gérer ».

L'un d'entre-eux va même jusqu'à assimiler l'achat et le stockage des médicaments abortifs à la gestion d'une pharmacie(M3).

Nous avons également interrogé les médecins sur le rôle éventuel des **complications de l'IVG médicamenteuse** dans leur choix de ne pas la pratiquer.

Concernant cet aspect de l'IVG médicamenteuse, les médecins sont partagés. La plupart d'entre eux dit ne pas être influencée dans son choix par la crainte d'une éventuelle complication.

En effet, certains invoquent notamment la possibilité d'orienter immédiatement les patientes vers le centre hospitalier avec lequel ils auraient signé une convention.

M6 : « normalement on est affecté avec une clinique ou un centre et s'il y a un souci on envoie très vite ; c'est pas forcément nous qui gérons dans ce cas-là ».

Les autres médecins interrogés déclarent redouter les complications de l'acte, en terme de prise en charge mais aussi de responsabilité. Sur le point de la disponibilité en cas de complication, les médecins se rejoignent et disent clairement qu'ils n'ont pas le temps de revoir les patientes.

M5 : « j'ai trouvé quand même que c'était compliqué pour le patient cette IVG médicamenteuse avec des risques bah de complications éventuelles hémorragiques, des complications de rétention euh intra-utérines enfin pas mal de problèmes qui m'ont pas semblé très rassurants en ville pour gérer ça en ville » ;

M5 : « sur le plan de la responsabilité si on est pas là un saignement c'est trop c'est un peu scabreux un peu casse figure cette affaire parce qu'il y a quand même pas mal de complications » ;

M4. : « quand l'emploi du temps est pas trop chargé c'est facile de rajouter mais s'il y a des urgences à faire et que c'est déjà plein ».

Concernant **la rémunération de l'acte** en lui-même, nous avons pu constater que, d'une manière générale, les médecins interrogés ne connaissaient pas le montant du forfait attribué au médecin généraliste pour la prise en charge d'une IVG médicamenteuse.

M1 : « je ne connais même pas l'aspect financier donc je ne peux même pas en parler » ;

M3 : « c'est pas mal rémunéré j'ai l'impression, n'ayant pas eu la pratique je ne me rends pas bien compte ».

Les médecins ont majoritairement affirmé que la rémunération de l'acte n'entrait pas en compte dans leur choix.

M4 : « c'est pas que je serais payée plus que je changerais ma façon de raisonner actuellement ».

Seul un médecin a affirmé que la rémunération était insuffisante et un autre a évoqué le surcoût en assurance professionnelle engendré par la pratique de l'IVG médicamenteuse.

M7 : « c'est pas un frein mais bon c'est pas folichon non plus... la rémunération je pense pas qu'elle soit à la hauteur de toute façon de l'enjeu » ;

M2 : « il fallait que je prenne une surprime par rapport à mon assurance... pour faire les interruptions médicamenteuses ».

- Les freins en rapport avec leur mode d'exercice

Au cours des différents entretiens, les médecins ont quasi systématiquement invoqué leur mode d'activité comme un frein à la pratique de l'IVG médicamenteuse. Selon eux, cette activité ne serait pas compatible avec leur organisation professionnelle. Cela concerne aussi bien les médecins installés seuls que les médecins en cabinet de groupe. Nous avons regroupé ci-après leurs divers arguments.

D'une manière générale, les médecins ont affirmé qu'ils étaient **submergés par le travail**, tant par la densité des consultations, les urgences médicales, que les modalités administratives.

Ainsi, pour eux, pratiquer l'IVG médicamenteuse reviendrait à s'imposer une charge supplémentaire de travail, ce qu'ils ne souhaitent pas.

En effet, les médecins prennent en compte le nombre de consultations imposé par le protocole de l'HAS, mais aussi le temps consacré à la réassurance du patient, à la prise en charge de la douleur, des éventuelles complications. Certains soulignent que cela peut être difficile à intégrer dans le flux de la consultation.

L'un des médecins a même ajouté que pour pratiquer l'IVG, il devrait revenir sur son temps libre :

M2 : « si je le fais je serai obligée de revenir sur mes jours de repos pour avoir le temps de le faire ».

Un autre considère que dans le cadre de la prise en charge de l'IVG par le médecin généraliste, l'investissement auprès des patientes est « *plus personnel que professionnel* ».

D'ailleurs, ce médecin, qui a travaillé en planning familial auparavant, juge que l'IVG médicamenteuse doit faire l'objet d'une prise en charge pluridisciplinaire pour être optimale :

M3 : « *déjà au planning il y a une secrétaire qui a pris les rendez-vous, pas mal de renseignements, une conseillère conjugale qui a un rôle qu'on ne soupçonne pas, il y a la sage-femme et il y a le médecin. Vous vous voyez remplacer 4 personnes par 1 personne au cabinet ?* »

Certains médecins ont également indiqué que s'ils se conventionnaient, ils seraient identifiés auprès des patientes comme « **l'avorteur du coin** » et s'exposeraient à des demandes d'IVG provenant de femmes qui ne seraient pas forcément patientes du cabinet.

Le relationnel étant différent, il peut être plus difficile de prendre en charge ces patientes que l'on ne connaît pas et l'investissement peut être différent.

M6 : « *quand on est sur le réseau on reçoit du monde qui sont pas de chez nous, de notre patientèle et c'est vrai que le contact est je pense différent... Est ce que je serai prête à m'investir aussi facilement ?* ».

L'un des médecins a abordé le problème de **la continuité de soins**. En effet, la pratique de l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville impliquant une certaine disponibilité de la part du praticien, cela peut devenir problématique en cas d'absence du médecin. Cela est d'autant plus vrai chez les médecins installés seuls pour qui il n'est pas forcément évident de déléguer ce type de prise en charge à un confrère dans un autre cabinet.

M5 : « *Les gens peuvent pas venir comme ça avec les suites d'IVG dans un cabinet lambda... ça ne convient pas à une activité libérale type isolée* ».

Une autre raison a été avancée plusieurs fois par les médecins généralistes. Il s'agit de **l'absence de nécessité** pour eux de pratiquer cet acte, étant donné l'offre déjà existante à proximité et le peu de demandes qu'ils reçoivent.

Ainsi l'un des médecins adresse les patientes demandant une IVG de façon systématique à son confrère conventionné exerçant dans le même cabinet. Les autres orientent les patientes sur un confrère dans le secteur ou vers l'établissement hospitalier le plus proche.

M3 : « j'ai suffisamment de réseau pour pouvoir bien orienter les patientes qui sont demandeuses... s'il y avait le besoin je le ferais mais y'a pas le besoin ».

Au-delà de tous ces freins existants, et dans un esprit optimiste, nous avons voulu demander aux médecins ce qui selon eux pourrait favoriser la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes.

Nous avons pu identifier quelques pistes exploitables.

L'une d'entre elles consiste en une **meilleure préparation des médecins** à la prise en charge de l'IVG médicamenteuse par une formation plus complète et un **meilleur accompagnement** au décours de la formation.

En effet, certains médecins avaient regretté l'absence d'une formation pratique complémentaire qui les aurait mieux préparés à répondre à la demande des patientes. L'un d'entre eux a aussi évoqué la possibilité d'avoir un médecin référent facilement joignable pour les demandes d'IVG qui pourraient poser problème ou en cas de doute sur la conduite à tenir.

M7 : « dans ces cas-là on aimerait bien avoir un petit coup de main ou une remise en mémoire ».

Une autre concerne plutôt l'aspect logistique de la prise en charge de l'IVG médicamenteuse. L'idée étant de faire gagner du temps au médecin et faciliter la prise en charge et le suivi des patientes. Un médecin a suggéré la création d'**un outil informatique dédié aux IVG médicamenteuses** à l'usage du médecin seul. Cet outil mettrait notamment à disposition du médecin des ordonnances types, un carnet de suivi pour la patiente.

M7 : « j'aurais rêvé un site internet dédié... ça répondrait à la perte de temps qu'on avait enfin que moi j'avais de recevoir les patientes dans le flux habituel ».

Enfin, un des médecins a suggéré que la prise en charge de l'IVG médicamenteuse ne reste pas de la responsabilité seule du médecin généraliste et face systématiquement l'objet d'**une prise en charge pluridisciplinaire**, rendant son développement en ambulatoire plus adapté dans les maisons de santé que dans un cabinet de ville.

M3 : « peut-être que dans des maisons de santé avec une conseillère conjugale ou une psychologue... une consultation qui n'est pas médicale qui n'est pas scientifique qui est vraiment une véritable écoute ».

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

IV.1. Discussion sur la pertinence du sujet et le choix de la population étudiée

Depuis 2001 et la loi autorisant l'IVG médicamenteuse en ambulatoire, de nombreuses thèses sur l'IVG et notamment l'IVG médicamenteuse ont déjà été réalisées. Il serait donc légitime de s'interroger sur l'intérêt d'un travail supplémentaire sur ce sujet. L'originalité de notre sujet réside d'une part dans le choix de la population étudiée, c'est-à-dire les médecins généralistes volontaires pour se former à la technique de l'IVG médicamenteuse et qui se sont rétractés au décours de la formation reçue. D'autre part, il nous a paru intéressant de sélectionner une population urbaine, ayant tout le plateau technique nécessaire pour une prise en charge optimale des patientes dans le cadre d'une IVG médicamenteuse. Cette dimension supplémentaire visait à éliminer un certain nombre de raisons évidentes à la non pratique de cet acte par les médecins telle que l'absence d'un centre hospitalier de proximité pratiquant l'IVG permettant ainsi un relais en cas de complications.

Concernant notre échantillon, on pourra constater **un biais de recrutement**. En effet, comme nous l'avons signalé dans la deuxième partie, les médecins interrogés ont tous été recrutés via les listings des participants aux formations organisées par l'ARS de Haute Normandie entre 2009 et 2012. Or, il existe d'autres organismes de formation pour les médecins, qui ont organisé des formations sur l'IVG médicamenteuse durant cette période. Nous les avons contactés individuellement, mais nous n'avons pu obtenir aucune réponse de leur part.

Par ailleurs, il aurait également été intéressant de savoir si d'autres formations sur l'IVG médicamenteuse ont été organisées en partenariat avec l'ARS de Haute Normandie depuis 2012 mais encore une fois nous n'avons pas pu être renseigné à ce sujet.

On pourra remarquer également concernant notre échantillon que bien qu'il soit équilibré en regard du sexe et du mode d'exercice, il apparait toutefois que la population de médecins interrogée est globalement de la même génération (45-55 ans) à l'exception de 2 médecins.

Si l'on compare ces données à celle de la démographie médicale de Seine Maritime en 2013 où la moyenne d'âge des médecins généraliste est de 52 ans avec 43% de femmes (27), nous pouvons considérer que notre échantillon est semblable à la population étudiée.

IV.2. Discussion sur la méthode utilisée

Le choix de la méthode qualitative nous a paru évident en regard du sujet étudié. Dans la littérature, les études qualitatives déjà réalisées font le plus souvent appel à des questionnaires envoyés aux médecins, leur laissant ainsi la liberté de choisir d'y répondre ou non, de réfléchir et de préparer leurs réponses. Nous avons choisi pour notre étude de privilégier la spontanéité des réponses en réalisant des entretiens physiques et en ne communiquant pas à l'avance le contenu du questionnaire. Nous avons pu constater que les réponses aux questions des médecins interrogés étaient globalement assez brèves, peu argumentées. On pourra donc probablement regretter un manque d'informations dans le recueil des données. A cela il faut ajouter que les entretiens ont tous eu lieu durant le flux de consultations des praticiens, ce qui ne nous a pas permis de disposer de beaucoup de temps pour réaliser chacun de ses entretiens. Les médecins ne semblaient pas forcément à l'aise. Certains ont même montré quelques signes d'agacement à certains moments.

Peut-être aurions-nous dû faire ces entretiens en dehors de l'activité de consultation des médecins, mais en réalité nous avons fait le choix de nous adapter à leurs possibilités dans l'idée d'obtenir le plus grand nombre de rendez-vous physique possible.

Concernant le questionnaire, celui-ci a été conçu longtemps avant le début des entretiens, sur la base de la bibliographie effectuée en amont. Les premiers entretiens ont été réalisées de façon rapprochée. Parfois il y a eu 2 entretiens le même jour et nous n'avons pas en conséquence fait évoluer notre questionnaire au fur et à mesure.

En effet certaines réponses des médecins ont fait naitre de nouvelles questions qui n'avaient pas été anticipées lors de l'élaboration du questionnaire. On pourra donc regretter **un manque de données lié au questionnaire** lui-même.

Pour finir, l'analyse de nos données a été fortement influencée par la séquence du questionnaire. Nous avons dans un premier temps procédé à un codage ouvert des différents verbatim. Le codage axial dans un deuxième temps nous a permis de regrouper les codes en 4 thèmes : formation, IVG , mode d'exercice, personnel. En comparant ces thèmes à la trame du questionnaire, on retrouve les mêmes idées. On pourra probablement donc incriminer un **biais de codage**.

IV.3. Discussion sur les résultats

D'une manière générale, nos résultats ont montré beaucoup de similarité avec ceux des études réalisées précédemment. Qu'il s'agisse d'une étude qualitative, comme la nôtre, ou bien d'une étude quantitative ; que l'on s'intéresse aux médecins généralistes pratiquant l'IVG médicamenteuse ou à ceux ne la pratiquant pas, formés ou non ; peu importe la région de France où se situe la population étudiée et l'année de réalisation de l'étude ; nous avons pu constater que les principaux freins au développement de la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes sont restés les mêmes.

Notre travail a montré que les principaux freins des médecins généralistes de l'agglomération rouennaise formés à la pratique de l'IVG médicamenteuse sont essentiellement le manque de disponibilité et un sentiment d'incompétence malgré la formation reçue.

Par argument de fréquence, le premier frein à la pratique de l'IVG médicamenteuse qui a été mis en évidence dans notre étude est **le manque de disponibilité des médecins** en regard des consultations multiples et des obligations administratives inhérentes à l'acte en lui-même.

Cette idée avait déjà été démontrée à de plusieurs reprises dans la littérature existante sur le sujet. L'étude qualitative d'**E. Neve** en 2011(28), par l'analyse de 18 entretiens semi dirigés de médecins généralistes bretons pratiquant l'IVG médicamenteuse et a permis d'identifier des freins à la diffusion de l'IVG d'ordre pratique dont notamment le manque de disponibilité mais surtout essentiellement des freins d'ordre moraux.

C. Carles (29) avait montré dans sa revue de la littérature en 2017 que 60% des IVG étaient réalisées par méthode médicamenteuse dont plus de 15% en ville.

En effet, même si le protocole est plutôt bien apprécié par les femmes ayant eu recours à l'IVG médicamenteuse, notre travail a montré que celui-ci était vécu par les médecins comme trop strict et chronophage. Les médecins ont évoqué des termes parfois difficiles à respecter, des difficultés pour obtenir les échographies, ce qu'on avait déjà retrouvé dans la littérature. La plupart des travaux font aussi état de lourdeurs administratives, comme dans la thèse de **E.**

Bécue (30) en 2012 où 35% des médecins interrogés évoquent les contraintes administratives liées à la pratique de l'IVG comme un obstacle à sa diffusion.

Par ailleurs, nous avons aussi évoqué dans notre travail, la crainte des médecins d'être identifiés comme pratiquant l'IVG médicamenteuse, ce qui leur occasionnerait une charge de travail supplémentaire en répondant à la demande de nouvelles patientes. **M. Rigal** (31) en 2012 avait, elle, parlé d'une « peur de la banalisation de l'acte » comme de l'un des freins principaux avec les principes moraux.

Le deuxième frein principal qui a été mis en évidence dans notre étude est **le manque de formation** des médecins à l'IVG médicamenteuse. Ceci avait déjà été démontré dans d'autres travaux comme dans la thèse de **C. Vailloud** et **A. Finckel** (32) en 2008 qui a démontré que les quelques 31% de médecins généralistes isérois interrogés, intéressés par la pratique de l'IVG, se heurtaient à un problème d'absence de formation.

Dans la même étude, les internes de médecine générale interrogés, volontaires pour se former à l'IVG pour 58% d'entre eux, rencontraient les mêmes difficultés. La moitié d'entre eux n'était même pas au courant de l'existence de la loi.

En 2012, la thèse de **T.Bienvenue** (33), qui avait interrogé 205 médecins bretons par email, identifiait le manque de formation et d'information des médecins généralistes comme le principal obstacle à la pratique de l'IVG médicamenteuse.

Les médecins généralistes pratiquants sont eux plutôt satisfaits de la méthode.

Ainsi, dans la thèse de **C.Schoepfer** (34), en 2017, dont le sujet était le vécu des médecins généralistes pratiquant l'IVG médicamenteuse en Franche Comté, les médecins pratiquants interrogés, dont le vécu est positif, ont proposé des stages chez les médecins conventionnés pour les internes et les externes et l'organisation de Formations Médicales Continues (FMC) pour les médecins installés.

En dépit des difficultés que les médecins volontaires ont à trouver une formation, une fois formés, ils sont peu nombreux à se conventionner. Dans notre étude, moins de 50% des médecins formés entre 2009 et 2012 se sont conventionnés à l'issue de la formation. Cela se justifie par un défaut de formation pratique complémentaire et l'absence de médecin référent pour la pratique de l'IVG au cabinet. Cet inconvénient avait déjà été signalé en 2012 dans la thèse de **D.Ferré** (35) dans laquelle 15% des gynécologues libéraux de Haute Vienne pratiquant l'IVG médicamenteuse déploraient l'absence de relations entre les médecins libéraux et l'hôpital et en particulier l'absence de référent pour la prise en charge des IVG.

Dans une moindre mesure, la crainte de **la survenue de complications** peut elle aussi représenter un obstacle. En effet, dans notre étude, cette possibilité a été abordée par la moitié des médecins interrogés. En comparaison, dans la littérature, la survenue éventuelle de complications médico-légales a été citée lorsque le panel de médecins interrogés était constitué de médecins ne pratiquant pas l'IVG médicamenteuse.

Ainsi dans la thèse de **A. Roca** (36) en 2017, 72% des jeunes médecins installés ne souhaitent pas pratiquer l'IVG médicamenteuse craignant de devoir gérer des complications et 57% d'entre eux redoutaient également des complications médico légales.

La rémunération, quant à elle, n'apparaît pas comme un critère déterminant dans le choix de la pratique ou non de l'IVG médicamenteuse.

Dans notre étude comme dans la littérature, elle est souvent peu connue par les médecins et mais est toujours décrite comme insuffisante lorsqu'elle est abordée. En 2009, un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) relatif à L'IVG et la contraception (37) stipulait que « *les professionnels manifestent une appétence relativement limitée pour cette activité qui ne semble pas leur poser de difficulté d'un point de vue médical mais dont l'organisation administrative est considérée comme lourde et qui leur apparaît peu rémunératrice* ».

Plus tard, la thèse de **S.Combault** (38) en 2014 en faisait une des raisons principales de non pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes, avec les risques de complications et les principes religieux.

Hormis ses grandes similitudes avec les résultats émanant de la littérature, notre étude n'a pas abordé pas réellement les thèmes de l'éthique et des convictions personnelles que l'on a pu retrouver dans d'autres travaux cités précédemment (cf. Neve et Combault) puisque la population étudiée n'était constituée que de médecins qui avaient fait le choix de se former à l'IVG médicamenteuse et on pouvait donc considérer qu'ils n'étaient pas opposés à l'acte en lui-même.

Nous souhaitons dans une moindre mesure identifier des **pistes d'optimisation** pour favoriser l'essor de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes. Dans la littérature, nous avons déjà retrouvé des idées pour palier à ce manque de formation des médecins.

Certains avaient proposé une formation spécifique des étudiants durant leur cursus universitaires (cf. thèses de Cohen Walter et Bienvenue). D'autres travaux ont souligné l'importance de la communication sur l'IVG médicamenteuse auprès du grand public pour améliorer sa diffusion. La thèse de **C.Gray** (39) en 2008 sur l'IVG médicamenteuse en Haute Normandie avait démontré que 80% des patientes ayant fait une IVG médicamenteuse en ville n'étaient pas au courant de cette possibilité avant de consulter leur médecin.

Nous avons également retrouvé des études qui proposaient un assouplissement du protocole de l'IVG médicamenteuse comme **H. Hidoussi** (40) dans son travail de thèse qui proposait un allongement du délai de prise en charge en ambulatoire de 7 à 9 semaines d'aménorrhée.

Notre travail aura lui mis l'accent sur la nécessité du développement d'un réseau ville/hôpital avec la mise en place de stages pratiques, de référents médicaux pour les praticiens libéraux en ville. Il a également fait apparaître l'idée d'un outil informatique destiné aux médecins, dédié à la prise charge de l'IVG médicamenteuse.

CONCLUSION

La légalisation de l'IVG en 1975 puis l'autorisation de sa pratique par les médecins libéraux en ville dès 2001 par la méthode dite médicamenteuse ont contribué à l'amélioration de la santé des femmes françaises. La réglementation et l'aspect très protocolaire de la méthode sont en faveur d'une sécurisation de la santé des femmes et on le voit très nettement avec la diminution des décès dus aux complications de l'IVG.

Néanmoins la méthode a ses limites et on constate par ailleurs que la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes en ville est très limitée sur le territoire, voire même quasi inexistante dans certaines zones. En effet, même si la méthode est plébiscitée par les femmes y ayant recours et malgré son augmentation en comparaison à l'IVG chirurgicale qui elle a diminuée, l'IVG demeure essentiellement un acte hospitalier. Les médecins sont peu sensibilisés à cette pratique durant leur formation. Bien que les formations à l'IVG médicamenteuse se soient développées sous l'impulsion des ARS mais aussi des organismes de formation indépendants, rares sont les médecins qui choisissent une fois formés de pratiquer cet acte. En effet, l'IVG apparaît aux yeux de la plupart d'entre eux comme un acte chronophage, très contraignant et nécessitant une grande disponibilité auprès des patientes et notamment en cas de complications éventuelles. Pour toutes ces raisons, ils considèrent souvent cet acte comme incompatible avec leur activité libérale qui laisse peu de place à l'imprévu étant donné la surcharge de travail qu'ils connaissent déjà dans le contexte démographique actuel. Par ailleurs, même les plus motivés, ne se sentent pas toujours suffisamment préparés au décours de la formation pour se lancer dans la pratique de l'IVG médicamenteuse au cabinet.

Des solutions sont recherchées pour vaincre les freins au développement de cette pratique, dont la pérennisation est importante pour pouvoir continuer à offrir à nos patientes un accès égal à l'IVG sur tout le territoire.

L'une de ces solutions pourrait être le développement d'une meilleure coordination entre les praticiens libéraux en ville et les centres d'orthogénie par la mise en place d'outils communs, de référents pour les médecins généralistes pratiquants, de formation continue.

La mise en place de ces mesures pourrait peut-être permettre aux médecins de se sentir plus sécurisés dans la prise en charge de ces patientes en détresse. Enfin, une autre solution pourrait être de former les futurs médecins généralistes à la technique de l'IVG médicamenteuse durant leur internat, sur la base du volontariat, afin de les sensibiliser dès le départ à la possibilité de pratiquer cet acte.

BIBLIOGRAPHIE

- (1)Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse.
J Officiel Répub Fr Lois Décrets 1975 ; 18 janvier
<http://www2.assemblee-nationale.fr/static/evenements/anniversaire-loi-veil/loi%2075-17.pdf>
(consulté le 30/06/2018)
- (2)Loi n°79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de grossesse.
J Officiel Répub Fr Lois Décrets 1980 ; 1er janvier
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000705056>
lien vers PDF en ligne (consulté le 30/06/2018)
- (3)Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
J Officiel Répub Fr Lois Décrets 2001 ; N°156 ; 7 juillet
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&dateTexte=&categorieLien=id> (consulté le 30/06/2018)
- (4)NISAND I.
L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes
Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1999
- (5)VILAIN A.
DREES, Etudes et Résultats n°1061, mai 2018
« 10000 médecins de plus depuis 2012 »
- (6)DASEN V.
L'embryon humain à travers l'histoire, Infolio, 2007
- (7)GAUTIER A.
Genre et biopolitiques : l'enjeu de la liberté, Éditions L'Harmattan, 2012, p. 12
- (8)GAUDEMET J.
Le mariage en Occident : les mœurs et le droit, Les Éditions du Cerf, 1987, p. 161
- (9)PLINE L'ANCIEN
L'Histoire naturelle, Livre XXII, chapitre 4
- (10)GAUTHIER X.
Paroles d'avortés : quand l'avortement était clandestin, Martinière, 2004, p. 20-22.

(11)Comité pour la liberté de l'avortement et de la contraception,
Libérons l'avortement, F. Maspero, 1973, p. 27

(12)LABBEE X.

Condition juridique du corps humain avant la naissance et après la mort, Presses Univ.
Septentrion, 2012, p. 139

(13)DE BEAUVOIR S.

Manifeste des 343 salopes

Nouvel Observateur, n°334, publié le 5 avril 1971

https://www.adequations.org/IMG/article_PDF/article_1596.pdf

(consulté le 05/07/2018)

(14)Manifeste des 331

paru dans le Nouvel Observateur du 3 février 1973

https://fr.wikipedia.org/wiki/Manifeste_des_331 (consulté le 05/07/2018)

(15)CODE DE LA SECURITE SOCIALE, CHAPITRE 2

Prise en charge par l'assurance maladie des dépenses afférentes aux interruptions volontaires
de grossesse mentionnées au troisième alinéa de l'article L2212-7 du code de la santé
publique, article L 132-1

https://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-11/ste_20090011_0100_0087.pdf

(consulté le 30/06/2018)

(16)Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id> (consulté le 30/06/2018)

(17)HAS IVG médicamenteuse les protocoles à respecter, fiche de BUM

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/cteval351_fiche_bum_ivg_medicamenteuse.pdf)

[06/cteval351_fiche_bum_ivg_medicamenteuse.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/cteval351_fiche_bum_ivg_medicamenteuse.pdf) (consulté le 05/07/2018)

(18)ANSM

Mise en garde sur les risques potentiels liés à l'utilisation hors AMM du Cytotec (misoprostol)
dans le déclenchement de l'accouchement et toute autre utilisation gynécologique - Point
d'information 25/02/2013

<https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Mise-en-garde-sur-les-risques-potentiels-lies-a-l-utilisation-hors-AMM-du-Cytotec-misoprostol-dans-le-declenchement-de-l'accouchement-et-toute-autre-utilisation-gynecologique-Point-d-information>

(consulté le 19/09/2018)

(19)NOTE D'INFORMATION N° DGS/SP1/PP2/DGOS/PF2/DSS/1C/2018/34 du 12 février 2018
relative à la réorganisation de l'offre thérapeutique et des modalités de prise en charge des

patientes, auparavant traitées dans certaines indications de gynécologie-obstétrique par la spécialité Cytotec®, du fait de son arrêt de commercialisation prévu le 1er mars 2018 (consulté le 19/09/2018)

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/02/cir_43087.pdf

(20) LOURENCO AP, REUSE C, DE ZIEGLER D.

Rev Med Suisse 2006, volume 2, 31094

« L'interruption de grossesse précoce : ce que le praticien doit savoir »

<https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-66/31094> (consulté en ligne le 19/09/2018)

(21) UMVF campus gynécologie obstétrique obstetrique, item 28

<http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item28/site/html/cours.pdf>

(22) CNGOF

fiche d'information patientes IVG CNGOF 2002-MAJ 2017

disponible en PDF dans sa version actualisée sur le site www.cngof.fr/fiches-patientes

(consulté le 19/09/2018)

(23) VILAIN A.

DREES, Etudes et résultats n° 1013, juin 2017

« 211900 interruptions volontaires de grossesse en 2016 »

(24) Centre de périnatalité de Haute Normandie

Cf. tableau et graphique en annexe fourni par le centre de périnatalité du CHU de Rouen en 2018

(25) BOURDON M., Rouen et sa région : l'accès des femmes à l'avortement n'est pas si simple, Paris Normandie, article web publié le 30/09/2017

<https://www.paris-normandie.fr/actualites/rouen-et-sa-region--l-acces-des-femmes-a-l-avortement-n-est-pas-si-simple-EA13466570> (consulté le 13/09/2018)

(26) AUBIN AUGER I, MERCIER A et all.

Revue EXERCER, 2008 (84) p.142-145

(27) RAULT JF, LE BRETON-LEROUVILLOIS G

Conseil National de l'Ordre des Médecins, Atlas régionaux 3^e édition

La démographie médicale en Région Haute Normandie. Situation en 2013

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/haute-normandie_2013.pdf
(consulté le 19/09/2018)

(28) NEVE Eglantine

« Facteurs entravant le développement de l'IVG médicamenteuse en ville par les médecins généralistes ».

Thèse d'exercice, Médecine, Université européenne de Bretagne, 2011

(29)CARLES Charlotte

« L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en pratique de ville: une revue de la littérature ».

Thèse d'exercice, Médecine, Université de Montpellier. Faculté de médecine, 2017

(30)BECUE Eglantine

« Quels sont les freins au développement de l'IVG médicamenteuse en ville dans la région Nord-Pas-de-Calais : enquête auprès de 300 médecins libéraux ».

Thèse d'exercice, Médecine, Université du droit et de la santé, 2012.

(31)RIGAL Marianne

« Les obstacles au développement de l'IVG médicamenteuse en cabinet de médecine générale ».

Thèse d'exercice, Médecine, Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie, 2012.

(32)VAILLOUD Charlotte, FINCKEL Aurélie

« L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en cabinet par les médecins généralistes : quel avenir dans le bassin grenoblois ? »

Thèse d'exercice, Médecine, Université Joseph Fourier, 2008.

(33)BIENVENUE Thibault.

« IVG médicamenteuse en ville : quels obstacles à sa diffusion ? : Enquête auprès de 205 médecins généralistes en Bretagne ».

Thèse d'exercice, Médecine, Université européenne de Bretagne, 2012.

(34)SCHOEPFER Claire

« Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville : vécu des médecins généralistes ».

Thèse d'exercice, Médecine, Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie, 2017.

(35)FERRE Damien

« Identification des freins à la réalisation de l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville en Haute-Vienne ».

Thèse d'exercice, Médecine, Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie, 2012.

(36)ROCA Agathe

« IVG médicamenteuse en ville : étude auprès des jeunes médecins généralistes de Champagne-Ardenne ».

Thèse d'exercice, Médecine, Université de Reims Champagne-Ardenne, 2017.

(37)AUBIN C, JOURDAIN MENNINGER D

Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001

Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) RM2009-112P, octobre 2009

https://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_les_politiques_de_prevention_des_grossesses_non_desirees_et_de_prise_en_charge_des_ivg.pdf

(consulté le 30/06/2018)

(38)COMBAULT Sabrina

« Un dossier guide d'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse destiné aux médecins généralistes permettrait-il de réaliser plus d'interruptions de grossesse en ville ? »

Thèse d'exercice, Médecine, Université de Picardie Jules Verne, 2014.

(39)GRAY Christophe

« Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville : état des lieux en Haute-Normandie ».

Thèse d'exercice, Médecine, Université de Rouen Normandie, 2008.

(40)HIDOUSI Hada

« L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse ambulatoire : prise en charge par les médecins généralistes en région Rhône-Alpes ».

Thèse d'exercice, Médecine, Université Jean Monnet (Saint-Étienne). Faculté de médecine Jacques Lisfranc, 2013.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES MEDECINS

- H/F
- Age
- Lieu d'exercice
- Mode d'exercice (isolé / cabinet de groupe)
- Nombre d'années d'exercice

1. Vous avez participé à la formation sur la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes en ville.

Quelles ont été vos motivations ?

2. Une fois formé, pourquoi n'avez-vous pas passé convention avec un établissement référent ?

- les complications éventuelles post IVG ?
- le temps passé ?
- l'aspect financier ?
- l'aspect administratif ?
- la formation vous paraissait-elle suffisante ? adaptée ?

3. Y a-t il d'autres raisons plus secondaires qui vous paraissent être un frein à cette pratique ?

4. Connaissez- vous des confrères qui pratiquent les IVG médicamenteuses ?

Si oui, sont-ils satisfaits ?

5. Qu'est-ce qu'il vous manquerait aujourd'hui pour passer convention avec un établissement référent ?

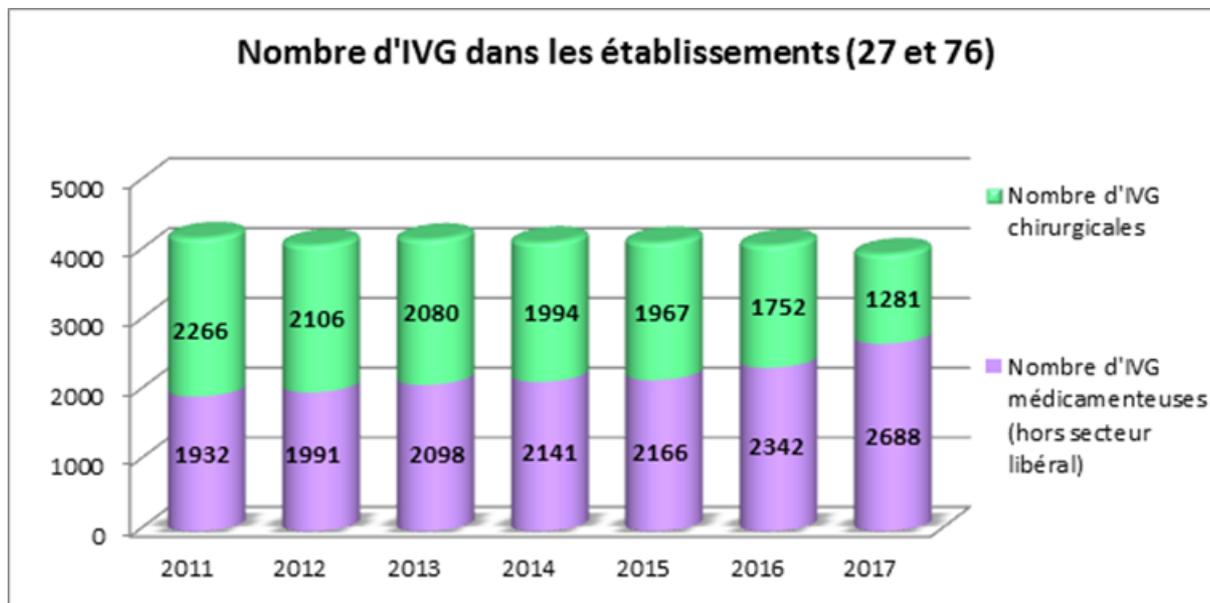
Selon vous, comment pourrait-on favoriser l'essor de cette pratique ?

ANNEXE 2 -STATISTIQUES IVG EN MILIEU HOSPITALIER EN HAUTE NORMANDIE entre

2011 et 2017 (données recueillies auprès du centre de périnatalité du CHU de Rouen)

Nom	CHU	GHI	Sous total	Evreux	Elbeuf	Belvédère	Mathilde	Dieppe	Sous total	HPE	Gisors	Fécamp	Aubépines	Lillebonne	Vernon	Bernay	Sous total	TOTAL
Type	3	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2017																		
Nombre total d'IVG	686	547	1233	629	379	669	92	228	1997	30	98	91	0	137	263	130	739	3969
dont nombre d'IVG médicamenteuses	320	407	727	591	260	349	70	174	1444	11	67	78	0	90	182	89	517	2688
dont nombre d'IVG chirurgicales	366	140	506	38	119	320	22	54	553	19	31	13	0	47	71	41	222	1281
% IVG med	46,65%	74,41%	58,98%	93,96%	68,60%	52,17%	76,09%	76,32%	72,31%	36,67%	68,37%	85,71%	#DIV/0!	65,69%	71,94%	68,46%	69,96%	67,72%
2016																		
Nombre total d'IVG	747	566	1313	585	355	651	61	228	1880	33	157	125	0	111	308	167	901	4094
dont nombre d'IVG médicamenteuses	315	136	451	487	205	377	44	174	1287	5	90	78	0	72	252	107	604	2342
dont nombre d'IVG chirurgicales	432	430	862	98	150	274	17	54	593	28	67	47	0	39	56	60	297	1752
% IVG med	42,17%	24,03%	34,35%	83,25%	57,75%	57,91%	72,13%	76,32%	68,46%	15,15%	57,32%	62,40%	#DIV/0!	64,86%	81,82%	64,07%	67,04%	57,21%
2015																		
Nombre total d'IVG	779	542	1321	536	371	731	30	232	1900	50	136	145	33	109	310	129	912	4133
dont nombre d'IVG médicamenteuses	258	146	404	444	206	387	0	160	1197	11	86	68	15	71	254	60	565	2166
dont nombre d'IVG chirurgicales	521	396	917	92	165	344	30	72	703	39	50	77	18	38	56	69	347	1967
% IVG med	33,12%	26,94%	30,58%	82,84%	55,53%	52,94%	0,00%	68,97%	63,00%	22,00%	63,24%	46,90%	45,45%	65,14%	81,94%	46,51%	61,95%	52,41%
2014																		
Nombre total d'IVG	771	483	1254	536	396	741	43	189	1905	80	151	147	50	118	298	132	976	4135
dont nombre d'IVG médicamenteuses	202	360	562	425	220	338	0	72	1055	15	119	61	25	74	212	18	524	2141
dont nombre d'IVG chirurgicales	569	123	692	111	176	403	43	117	850	65	32	86	25	44	86	114	452	1994
% IVG med	26,20%	74,55%	44,82%	79,29%	55,58%	45,61%	0,00%	38,10%	55,38%	18,75%	78,81%	41,50%	50,00%	62,71%	71,44%	13,64%	53,69%	51,78%
2013																		
Nombre total d'IVG	839	417	1256	565	420	701	56	200	1942	70	188	130	63	132	283	114	980	4178
dont nombre d'IVG médicamenteuses	201	304	505	446	238	316	0	75	1075	10	119	65	32	80	203	9	518	2098
dont nombre d'IVG chirurgicales	638	113	751	119	182	385	56	125	867	60	69	65	31	52	80	105	462	2080
% IVG med	23,96%	72,90%	40,21%	78,94%	56,67%	45,08%	0,00%	37,50%	55,36%	14,29%	63,30%	50,00%	50,79%	60,61%	71,73%	7,89%	52,86%	50,22%
2012																		
Nombre total d'IVG	806	517	1323	599	294	676	65	240	1874	62	146	105	43	141	272	131	900	4097
dont nombre d'IVG médicamenteuses	202	315	517	425	147	343	0	90	1005	6	113	59	15	95	181	0	469	1991
dont nombre d'IVG chirurgicales	604	202	806	174	147	333	65	150	869	56	33	46	28	46	91	131	431	2106
% IVG med	25,06%	60,93%	39,08%	70,95%	50,00%	50,74%	0,00%	37,50%	53,63%	9,68%	77,40%	56,19%	34,88%	67,38%	66,54%	0,00%	52,11%	48,60%
2011																		
Nombre total d'IVG	879	472	1351	537	302	697	62	203	1801	123	185	109	97	112	304	116	1046	4198
dont nombre d'IVG médicamenteuses	235	232	467	397	152	341	0	70	960	24	129	46	42	58	206	0	505	1932
dont nombre d'IVG chirurgicales	644	240	884	140	150	356	62	133	841	99	56	63	55	54	98	116	541	2266
% IVG med	26,73%	49,15%	34,57%	73,93%	50,33%	48,92%	0,00%	34,48%	53,30%	19,51%	69,73%	42,20%	43,30%	51,79%	67,76%	0,00%	48,28%	46,02%

ANNEXE 3 – HISTOGRAMME DES IVG HOSPITALIERES EN HAUTE NORMANDIE entre 2011et 2017 (données recueillies auprès du centre de périnatalité du CHU de Rouen)



ANNEXE 4 – ENTRETIENS Verbatim et Codage libre

<p>vous avez participé à la formation sur la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes en ville quelles ont été vos motivations</p>	<p>1 c'était le début de la pratique de l'IVG en ville 2 j'avais été un peu poussé par mon collègue Stéphane Bord qui lui avait le diplôme 3 moi je fais beaucoup de pédiatrie gynéco donc en plus ça allait dans le sens de ma pratique 4 et j'avais quand même des demandes assez fréquentes que je transmettais à mon collègue quand c'était un problème (pause) 5 c'est toujours un soulagement de ne pas le faire soi-même 6 et j'avais fait avec des amis notamment le docteur Robert d'Yvetot 7 avec plusieurs médecins on l'avait fait en même temps</p>	<p>contexte motivation mode d'exercice besoin complication formation confrères</p>	<p>IVG confrère IVG mode d'exercice responsabilité accompagnement confrères</p>	<p>patientèle confrère manque de compétence confrère</p>							
<p>8 d'accord c'est pour ça (réflexion) vous n'êtes pas convenienné</p>	<p>9 ma convention elle est là elle est toujours là 10 je ne l'ai pas envoyée</p>	<p>administratif</p>									
<p>11 très honnêtement à 100% c'est un problème de temps (pause) 12 je me suis dit tous les jours dans les semaines dans les mois qui ont suivi il faut que je me conventionne 13 que je me conventionne le week-end parce que le week-end j'ai le temps de faire ça 14 je ne l'ai jamais fait et le week-end parfois on a envie de faire autre chose 15 voilà (pause) mais c'est vraiment à 100% un problème de temps peut-être un problème de pratique pour moi 16 parce que j'ai mon collègue qui le faisait donc j'ai pas beaucoup de souci (pause) 17 les femmes allaient à la porte en face (pause) 18 donc c'est vraiment pas un souci quand on a son collègue pratiquant 19 et les risques de complications post-IVG</p>	<p>20 les risques de complications (pause) qui sont médicaux pur non c'est pas du tout ça le temps passé 21 non (pause) non non puisque de toute façon c'est (pause puis arrêt) l'aspect financier l'aspect administratif qui peut être chronophage 22 oui au début c'était un peu ça 23 ça commence par la convention ça commence par prendre du temps pour la lire pour la signer (pause) 24 oui c'est le côté purement administratif mais pas médical qu'on aura le jour ou on fera l'IVG la formation vous paraissait elle suffisante adaptée 25 oui très c'était très convivial (pause) tout (pause) on était très satisfaits 26 c'était avec madame Duclos à l'époque 27 c'est très bien on peut les féliciter (pause) une bonne formation didactique et vraiment intéressante (pause) et conviviale y a t il d'autres raisons plus secondaires qui vous paraissent être un frein à cette pratique 28 non franchement pas 29 pas la peur des complications 30 voilà (pause) il faut le temps (pause) c'est vraiment ça j'allais vous poser la question connaissez vous des confrères qui pratiquent les IVG médicamenteuses et si oui sont ils satisfaits 31 ah bah en plus Stéphane fait partie du groupe maternité donc oui automatiquement 32 c'est lui qui m'a poussé à faire la formation donc y a pas de souci de ce côté là à part le temps qu'est ce qu'il vous manquerait aujourd'hui pour passer convention avec un établissement référent 33 franchement rien (pause) franchement (pause) voilà il faut y penser 34 quand on est censé avoir 75 heures par semaine (pause) donc c'est en plus 35 inconsciemment peut-être la peur du travail supplémentaire mais j'arrive à un moment où j'arrive à me prendre 8 jours par mois 36 pour moi pas le faire pendant les 8 jours en février ou je vais rester à Rouen pour quel pas en profiter 37 j'ai une activité (pause) je suis toubib et marin je suis skipper d'un voilier on navigue souvent à deux avec mon épouse 40 et en fait quand je suis pas là je pars 4 mois l'été et le temps est vraiment très compté 41 je bosse vraiment énormément quand je suis là souvent le 15 mai ou le premier juin on part 3 mois on navigue à deux 42 donc souvent on revient la tête dans le guidon on commence à faire des semaines de 75 heures et le côté administratif de tout ça passe en dernier voilà 43 c'est ça c'est vraiment un problème de temps en fait 44 maintenant j'espère avoir des remplaçants réguliers donc plus de temps aussi en fait selon vous comment pourrait on favoriser l'essor de cette pratique par les médecins généralistes 45 comment les inciter je ne sais pas (pause) je ne connais même pas l'aspect financier 46 je ne connais même pas l'aspect financier donc je ne peux même pas en parler 47 est ce que ça peut ou ça ne peut pas 48 je pense que les médecins généralistes ils sont tous débordés le problème il est essentiellement la 49 puis quand j'ai des soucis avec les jeunes médecins qui veulent pas dépasser les horaires (pause) c'est vrai qu'ils veulent pas dépasser 18h15 au mieux 19h15 50 là je suis parti 8 jours je bosse le samedi jusqu'à 17h et je reviens demain pour la paperasse qui n'a pas été faite parce que je suis parti 8 jours 51 et c'est tout le travail en retard jeudi et vendredi j'ai fini à 00h15 (pause) à bientôt 62 ans c'est fou quand même 52 j'étais ce week-end avec un collègue à neuvier il s'est mis six semaines dans le Doux 53 il me dit cherche pas on est six deux vieux on fait tous le week-end samedis et sœurs 54 si on veut garder nos jeunes on les bichonne sinon ils restent pas ils partent ailleurs c'est le seul cabinet du village 55 c'est pas évident alors l'IVG je dis que j'ai pas le temps c'est essentiellement le temps le problème pour les médecins généralistes 56 vous avez contacté des jeunes mon remplaçant visiblement il avait pas l'air intéressé j'en ai parlé 57 ça dépend de l'activité (pause) le docteur Catherine il fait de l'addicta aussi je lui ai proposé de refaire une formation avec moi il était d'accord 58 mais il me dit quand il passe déjà beaucoup de temps aux Essarts je pense qu'on a tous le même problème</p>	<p>temps temps temps temps procrastination temps confrère pratique médicale complication</p>	<p>Justification administratif procrastination Justification mode d'exercice IVG proximité confrère</p>	<p>administratif mode d'exercice mode d'exercice</p>	<p>Justification temps administratif</p>	<p>Justification temps administratif</p>	<p>formation jugement positif</p>	<p>Justification temps confrère accompagnement</p>	<p>mode d'exercice temps mode d'exercice vacances mode d'exercice vacances mode d'exercice vacances mode d'exercice temps</p>	<p>manque de connaissances argent manque d'assurance temps confrères complications vacances temps loisir mode d'exercice IVG mode d'exercice temps</p>	<p>Justification temps administratif mode d'exercice horaires confrères isolement formation continue Justification</p>

MARGUERITE Coralie

L'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes de l'agglomération Rouennaise : freins et pistes d'optimisation

Th. D. Med. G., Rouen, 2018, 64 p.

RESUME

Aujourd'hui, en France, 17 ans après la loi autorisant les médecins libéraux à pratiquer l'IVG médicamenteuse, on constate que l'IVG demeure majoritairement un acte hospitalier bien qu'elle soit désormais plus souvent réalisée par la méthode médicamenteuse que chirurgicale. Pourquoi cet échec de la diffusion de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons réalisé une étude qualitative sur la base d'entretiens semi dirigés réalisés auprès de médecins de l'agglomération Rouennaise formés à la technique de l'IVG médicamenteuse entre 2009 et 2012, mais ayant fait le choix de ne pas pratiquer cet acte au décours de leur formation. Nous avons donc interrogé 7 médecins généralistes qui avaient participé à l'une des formations à l'IVG médicamenteuse organisée par l'ARS de Haute Normandie entre 2009 et 2012.

Il s'agissait d'une part d'identifier les freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse chez ces médecins ayant choisi de se former à la technique, et d'autre part d'identifier des pistes d'amélioration possible pour la diffusion de l'IVG médicamenteuse en ville.

Notre travail a montré beaucoup de similitudes avec les études antérieures réalisées sur le même thème. Ainsi les principaux freins des médecins généralistes de l'agglomération rouennaise formés à la pratique de l'IVG médicamenteuse sont essentiellement le manque de disponibilité en regard de leur mode d'exercice et de l'acte en lui-même qu'ils considèrent chronophage ; et un sentiment d'incompétence malgré la formation reçue.

Dans une moindre mesure, la crainte de la survenue de complications peut elle aussi représenter un obstacle. La rémunération, quant à elle, n'apparaît pas comme un critère déterminant dans le choix de la pratique ou non de l'IVG médicamenteuse.

En ce qui concerne les éventuelles pistes d'optimisation, notre travail aura mis l'accent sur la nécessité du développement d'un réseau ville/hôpital avec la mise en place de stages pratiques, de référents médicaux pour les praticiens libéraux en ville. Il a également fait apparaître l'idée d'un outil informatique destiné aux médecins, dédié à la prise charge de l'IVG médicamenteuse. Une autre solution pourrait également être la sensibilisation précoce des futurs médecins à cette possibilité.

MOTS CLES : IVG médicamenteuse, Médecine Générale

JURY

Président : Professeur Jean-Loup HERMIL

Membres : Docteur Emmanuel HAZARD

Professeur Emmanuel LEFEBVRE

Docteur Jean Louis SIMENEL

DATE DE SOUTENANCE : 08 Novembre 2018