



**HAL**  
open science

# Motivations et freins des médecins généralistes installés en Haute Savoie à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse en ville

Pauline Vincent

## ► To cite this version:

Pauline Vincent. Motivations et freins des médecins généralistes installés en Haute Savoie à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse en ville. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02071716

**HAL Id: dumas-02071716**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02071716v1>**

Submitted on 22 Mar 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.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES  
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2019

**MOTIVATIONS ET FREINS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES  
INSTALLÉS EN HAUTE SAVOIE À LA PRATIQUE DE  
L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE EN VILLE**

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

**Pauline VINCENT**

[Données à caractère personnel]

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

LE 07/03/2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury : Mr le Professeur Patrick IMBERT

Autres membres :

Mme le Professeur Pascale HOFFMANN

Mr le Professeur Mircea POLOSAN

Mr le Docteur François PATEL, directeur de thèse.

*L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

*« Oui, je crois qu'il est convenable,  
avant que de faire un enfant à une femme,  
de lui demander si elle le veut. »*

Jean Renard, extrait de son journal.

## Remerciements

---

**Au Professeur Patrick Imbert**, mes plus sincères remerciements pour la présidence du jury, pour le soutien et l'écoute que vous m'avez autrefois apporté.

**Au Professeur Pascale Hoffmann**, merci pour votre présence féminine dans le jury, pour vos cours de qualité au DU Sexualité IVG Contraception.

**Au Professeur Mircea Polosan**, merci d'avoir spontanément accepté de faire partie du jury.

**Au Docteur François Patel**, directeur de cette thèse, merci pour ton aide et ton précieux soutien durant mon travail. Merci d'avoir si gentiment pris de ton temps à me former, merci pour ton enthousiasme, tes valeurs et ta bonne humeur.

**Merci au Docteur Jérôme Jund**, pour votre aide précieuse à l'analyse statistique de mon étude.

**Merci à ma famille.** Merci mes parents, pour votre amour, votre soutien infaillible, votre confiance en moi. Vous êtes les piliers garants de ma stabilité, vous êtes le soleil qui fait mûrir mes efforts. Merci ma grande sœur, mon modèle, d'avoir guidé mes pas sur les chemins de la vie. Merci mon grand frère, lointain, et pourtant si complice. Petit coucou à Camille, Miya et Senzo, qui liront peut-être ce manuscrit quand ils seront plus grands.

**Merci à mes amis**, Solenne, Mar's, Am's, Mart', Isa pour la folie qui anime vos esprits, pour tous les moments que j'ai la chance de partager avec vous. Merci à Laulau, Caro, Nico, Riwa, Cam, Claire et les autres, pour les sorties en montagne et les soirées inoubliables en refuge avec vous. Merci aux amis du lycée, Anne, Tom, Anthony, Louis, Antoine, Gabriel et les autres, pour les joies perpétuées de nos retrouvailles.

**Merci à tous les médecins** qui ont accepté de participer à l'enquête.

**Merci à l'équipe du CIVG et CPEF d'Annecy** pour votre accueil bienveillant, ça a toujours été un plaisir de venir travailler dans le service.

**Merci à Georges Brassens, Pierre Desproges, Joseph Kessel, France Inter**, d'égayer mon quotidien.

**Merci aux montagnes du Champsaur**, pour le terrain de jeu infini qu'elles offrent, aux quatre saisons.

**A mon amour, Richard, merci** pour le bonheur que tu m'apportes chaque jour.

## Liste des acronymes

---

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

DOM-TOM : Départements et Territoires d'Outre-Mer

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

DIU : Dispositif Intra Utérin

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

KHI 2 : Test statistique suivant la loi  $X^2$  sous l'hypothèse nulle

NIR : Numéro d'Inscription au Répertoire

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

SA : Semaines d'Aménorrhée

SMR : Service Médical Rendu

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

THS : Traitement Hormonal Substitutif

Pauline VINCENT

### MOTIVATIONS ET FREINS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES INSTALLÉS EN HAUTE SAVOIE À LA PRATIQUE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE EN VILLE

**Introduction :** Les demandes d'interruption volontaire de grossesse (IVG) sont un motif de consultation fréquent en médecine générale. La prise en charge des IVG est aussi satisfaisante en ville qu'en établissement de santé. L'objectif principal est de connaître les motivations et les freins des médecins généralistes installés en Haute Savoie à la pratique de l'IVG en ville.

**Méthode :** Étude quantitative menée par diffusion électronique d'un questionnaire à l'ensemble des médecins généralistes installés en Haute Savoie, au printemps 2018. Le critère de jugement principal était le classement des motivations et freins suivant leur fréquence, en ne retenant que les cinq freins les plus fréquents, et toutes les motivations.

**Résultats :** Le taux de réponse a été de 15 %. Sur les 101 médecins qui ont répondu, l'importance du SMR aux patientes constituait la première motivation ressentie, avec 59 % des réponses. Le manque de formation et donc de compétences spécifiques liés à l'acte représentait le premier frein éprouvé par les médecins, avec 50 % des réponses.

**Conclusion :** Les médecins généralistes affirment que prendre en charge les IVG rend service à leurs patientes, mais rencontrent un obstacle de formation et de compétences. Les IVG en ville méritent d'être l'objet d'une formation pendant les études de ces derniers.



Pauline VINCENT

### MOTIVATIONS AND BARRIERS FOR GENERAL PRACTITIONERS OPERATING IN HAUTE SAVOIE TO SUPPORT VOLUNTARY ABORTION BY MEDICATION IN AMBULATORY CARE

**Introduction :** Voluntary abortion request is a common complaint in general medical practice. For women, voluntary abortion in ambulatory care is satisfied and comfortable as much as in a health institution. This study aimed to know the motivations and barriers for general practitioners (GP) to support voluntary abortion in ambulatory care.

**Methods :** Quantitative study conducted by diffusion a survey to the population of GP in Haute Savoie during spring 2018. The main criterion was the ranking of the motivations and barriers in order of frequency, focusing only on the five main barriers, and all the motivations.

**Results :** The response rate was 15 %. Of the responding GP, the main motivation was the important medical service rendered for the women, with 59 % of the answers. The main barrier was the lack of training, and so the lack of skills to support this request, with 50 % of the answers.

**Conclusion :** GP assert that support voluntary abortion in ambulatory care provide a high medical service for their patient, but they are dealing with a lack of training and skills. Voluntary abortion deserves to be taught during the medical studies.

## Table des matières

---

<b>Remerciements</b>	3
<b>Liste des acronymes</b>	5
<b>Résumé en français</b>	6
<b>Résumé en anglais</b>	7
<b>Article</b>	9
Table des matières .....	10
Introduction .....	11
Méthodes .....	12
Résultats .....	16
Discussion .....	32
Conclusion .....	46
<b>Annexes</b>	47
Questionnaire .....	48
Pour en savoir plus .....	52
Bibliographie .....	62
<b>Conclusion générale</b>	65
<b>Serment d’Hippocrate</b>	66

# Article

## Table des matières

---

<b>Introduction</b>	11
Contexte de recherche .....	11
Objectif .....	11
<b>Méthodes</b>	12
Type d'étude .....	12
Objectifs principal et secondaires .....	12
Modalités de réalisation de l'enquête .....	13
Analyse statistique des données .....	14
<b>Résultats</b>	16
Effectif total .....	16
Caractéristiques descriptives de l'échantillon .....	16
Motivations .....	21
Freins .....	25
<b>Discussion</b>	32
Comparaison échantillon versus population .....	32
Validité de l'étude .....	33
Résultats complémentaires .....	35
Réflexion sur les résultats .....	37
Réflexions complémentaires .....	44
<b>Conclusion</b>	46

## Introduction

---

### Contexte de recherche

Chaque année, en France, près de 220 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont réalisées. C'est un chiffre parmi les plus élevés d'Europe (1).

Il reste stable d'année en année, depuis que la loi française en autorise la pratique.

Entre 30 et 40 % des femmes ont recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie (2).

Un tiers des demandes d'IVG passe par le médecin généraliste (3).

La demande d'une IVG est donc un motif de consultation fréquent pour les médecins généralistes. Selon le rapport de l'IGAS en 2009 (4), seules 10 % des IVG sont faites en ville, dont 67 % par des médecins gynécologues, et 43 % par des médecins généralistes.

D'après une étude suisse réalisée en 2007 (5), la prise en charge d'une IVG en ville est aussi sûre, efficace et satisfaisante pour les patientes qu'en établissement de santé.

### Objectif

Cette étude cherche à mettre en évidence les motivations et freins des médecins généralistes installés en Haute Savoie à la pratique de l'IVG en ville.

## Méthodes

---

### **Type d'étude**

Ce travail fait l'objet d'une étude descriptive quantitative.

Pour justifier ce choix : la recherche bibliographique préalable a mis en évidence l'existence de nombreuses études qualitatives sur le sujet abordé, dans d'autres départements.

Peu d'études traitaient des motivations et des freins ressentis selon un modèle quantitatif.

### **Objectifs principal et secondaires**

L'objectif principal de l'étude est de connaître les motivations et les freins des médecins généralistes installés en Haute Savoie à la pratique de l'IVG en ville.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

Corréler le profil et la pratique gynécologique des médecins interrogés aux motivations, aux freins et à l'intérêt pour les IVG en ville.

Connaître la différence des freins existants chez les praticiens d'IVG en ville et les non praticiens.

Evaluer parmi les médecins pratiquant les IVG, la proportion de ceux qui les pratiquent pour des patientes suisses.

Evaluer la connaissance de la rémunération forfaitaire des IVG en ville des médecins qui ne les pratiquent pas.

Evaluer la satisfaction des médecins et le temps nécessaire aux consultations de l'IVG en ville.

## **Modalités de réalisation de l'enquête**

### **Questionnaire**

Un questionnaire en ligne a été adressé à la population étudiée via un site sécurisé qui propose comme outil d'enquêtes le logiciel LimeSurvey.

Ce questionnaire comportait 16 questions fermées, avec une première partie sur le profil du médecin, une deuxième partie sur la pratique des IVG, et une troisième partie sur la pratique gynécologique. Il a été testé sur une dizaine d'internes et médecins généralistes avant d'être diffusé. Les réponses au questionnaire sont restées anonymes.

### **Diffusion**

Les médecins interrogés ont reçu le questionnaire par courrier électronique.

La première diffusion du questionnaire a été assurée par le CDOM de Haute Savoie à l'ensemble de la population étudiée en mai 2018.

Une deuxième diffusion a été assurée par l'URPS Rhône Alpes un mois plus tard.

## **Population**

La population étudiée constituait l'ensemble des médecins généralistes installés dans le département de la Haute Savoie.

Ont été exclus les médecins exerçant une médecine d'exercice particulier exclusive.

Le questionnaire a été envoyé les deux fois à 679 médecins.

## **Analyse statistique des données**

### **Nombre de sujets nécessaire**

Le nombre de sujets nécessaire n'a pas été défini par méconnaissance du taux de réponse.

Nous avons néanmoins espéré un nombre de sujets entre 100 et 200, soit un taux de réponse entre 15 et 30 %.

### **Critères de jugement principal et secondaires**

Critère de jugement principal :

Classement des motivations et freins suivant leur fréquence, en ne retenant que les 5 freins les plus fréquents, et toutes les motivations.

Critères de jugement secondaires :

Classement des freins chez les médecins pratiquants et chez les médecins non pratiquants, en ne retenant que les 3 freins les plus fréquents.

Classement des motivations et freins selon les profils et la pratique gynécologique, en ne retenant que les 3 freins et les 3 motivations les plus fréquents.

Part de la présence de patientes suisses pour les médecins pratiquants.



Part des médecins non pratiquants connaissant la rémunération de l'acte.

Satisfaction : part des médecins totalement satisfaits (les 3 propositions cochées) ; part des médecins partiellement satisfaits (une ou 2 propositions cochées) ; part des médecins aucunement satisfaits (aucune des 3 propositions cochée).

Classement du temps nécessaire aux consultations de l'IVG en ville.

### **Types d'analyse statistique**

Une analyse descriptive de pourcentage a été faite pour le critère de jugement principal, ainsi que pour les critères secondaires sans comparaison de groupes.

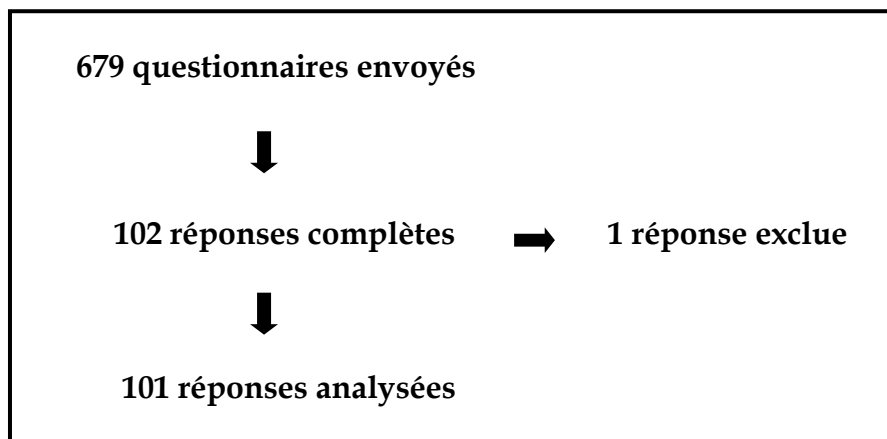
Pour les critères de jugement secondaires comparant différents groupes, un test du Khi 2 a été réalisé. Le seuil de significativité a été établi pour  $p \leq 0,05$ .

L'analyse statistique a été réalisée par l'auteur, avec l'aide du Dr Jérôme Jund, médecin de santé publique à l'hôpital d'Annecy.

## Effectif total

Sur les 679 médecins interrogés, nous avons obtenu 102 réponses complètes, soit un taux de réponse de 15 %.

Un médecin a été exclu car il exerçait majoritairement une médecine d'exercice particulier. L'analyse statistique a donc été réalisée sur 101 réponses.



## Caractéristiques descriptives de l'échantillon

### Profil du médecin

Les résultats sont détaillés dans le **tableau 1**.

Plus d'hommes que de femmes qui ont participé (60,40 % versus 39,60%).

La plupart exerce en milieu semi rural (51,48 %).

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 35 - 55 ans (47,52 %) suivie des < 35 ans (35,64 %).

**Tableau 1 : Profil des médecins**

	Effectif	Pourcentage
<b>Sexe</b>		
Femme	61	60,40 %
Homme	40	39,60 %
<b>Lieu d'exercice</b>		
Semi rural	52	51,49 %
Urbain	31	30,69 %
Rural	9	8,91 %
Montagne Station	9	8,91 %
<b>Age</b>		
< 35 ans	36	35,64 %
35 - 55 ans	48	47,52 %
> 55 ans	17	16,83 %

### Pratique des IVG

Sur les 101 médecins, 6 pratiquent des IVG en ville, soit 5,94 %. 6 également sont en formation pour en pratiquer à l'avenir. **Figure 1**

**Figure 1 : Pratique des IVG en ville**

### Réponses des médecins pratiquants

Les résultats sont détaillés dans le **tableau 2**.

Autant d'hommes que de femmes ont répondu pratiquer des IVG en ville.

Les médecins pratiquants ont tous plus de 35 ans, la tranche d'âge < 35 ans n'étant pas représentée.

Les médecins pratiquants sont tous satisfaits sur le plan personnel de réaliser des IVG en ville.

Pour la plupart des médecins, la première consultation prend plus de 30 minutes, les suivantes entre 15 et 20 minutes.

**Tableau 2 : Réponses des médecins pratiquants (effectif : 6)**

2

	Effectif	Pourcentage
<b>Sexe</b>		
Femme	3	50 %
Homme	3	50 %
<b>Lieu d'exercice</b>		
Semi rural	2	33,33 %
Urbain	2	33,33 %
Rural	1	16,66 %
Montagne Station	1	16,66 %
<b>Age</b>		
< 35 ans	0	0 %
35 - 55 ans	3	50 %
> 55 ans	3	50 %
<b>Satisfaction</b>		
Personnelle	6	100 %
Rémunération	3	50 %
Charge administrative	2	33,33 %
<b>Temps nécessaire aux consultations</b>		
La première plus de 30 minutes, les suivantes entre 15 et 20 minutes	4	66,67 %
Toutes plus de 30 minutes	1	16,66 %
Toutes moins de 15 minutes	1	16,66 %

Réponses des médecins en cours de formation pour les IVG en ville (effectif : 6)

Les 6 médecins en cours de formation sont des femmes (100 %).

Parmi elles, 3 (50 %) ont moins de 35 ans, les 3 autres ont entre 35 et 55 ans.

Pratique des IVG dans un établissement de santé

Parmi les 101 médecins, 7 (6,93 %) pratiquent des IVG dans un établissement de santé.

Parmi eux, 4 sont des pratiquants d'IVG de ville également, 2 sont en formation pour pratiquer des IVG en ville, et 1 n'en pratique pas en ville et n'est pas en formation.

Pratique des IVG pour des patientes suisses

Des IVG pour des patientes suisses sont réalisées par 4 des 6 médecins pratiquants.

Ces médecins exercent dans des milieux différents : urbain, semi rural, rural.

Les médecins non pratiquants

89 médecins ne pratiquent pas d'IVG en ville ni ne sont en formation. Ils sont 30,33 % à déclarer qu'ils seraient intéressés par cette pratique. La plupart (86,52 %) ne connaissent pas la rémunération pour cet acte. **Tableau 3**

**Tableau 3 : Les médecins non pratiquants (effectif : 89)**

	Effectif	Pourcentage
<b>Seraient intéressés pour pratiquer des IVG en ville</b>		
Non	62	69,67 %
Oui	27	30,33 %
<b>Connaissent la rémunération d'une IVG en ville</b>		
Non	77	86,52 %
Oui	12	13,48 %

## Pratique gynécologique

### Réalisation des FCV

90,10 % (91/101) des médecins déclarent réaliser des FCV pour leurs patientes.

### Prise en charge de la contraception

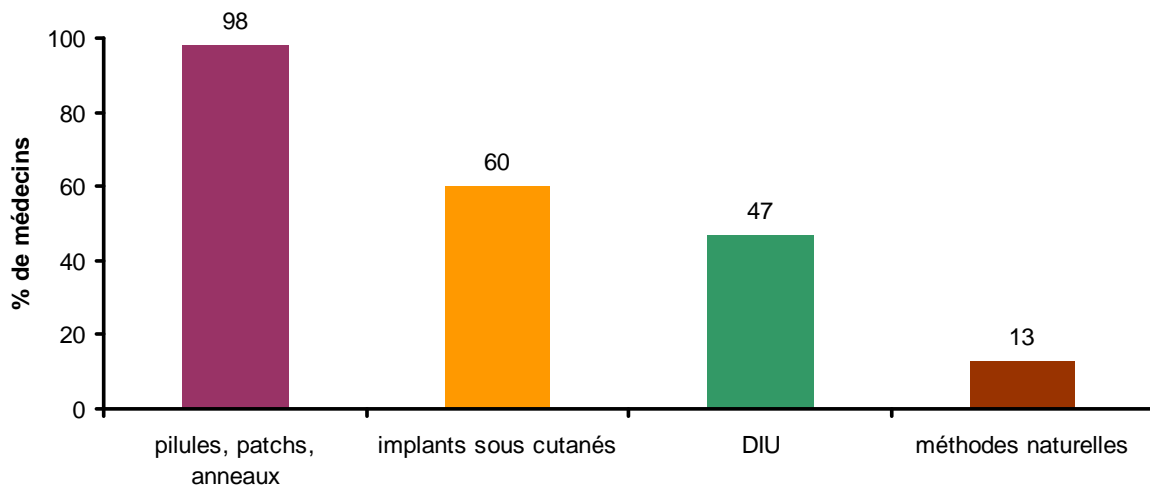
98,02 % (99/101) des médecins prescrivent des pilules, patchs et anneaux contraceptifs.

60,40 % (61/101) des médecins posent et retirent des implants sous cutanés.

46,53 % (47/101) des médecins posent et retirent des DIU.

12,87 % (13/101) des médecins proposent d'autres méthodes contraceptives (méthodes naturelles). **Figure 2**

**Figure 2 : Prise en charge de la contraception**



### Diagnostic et suivi de grossesse

87,13 % (88/101) des médecins proposent de diagnostiquer les grossesses de leurs patientes.

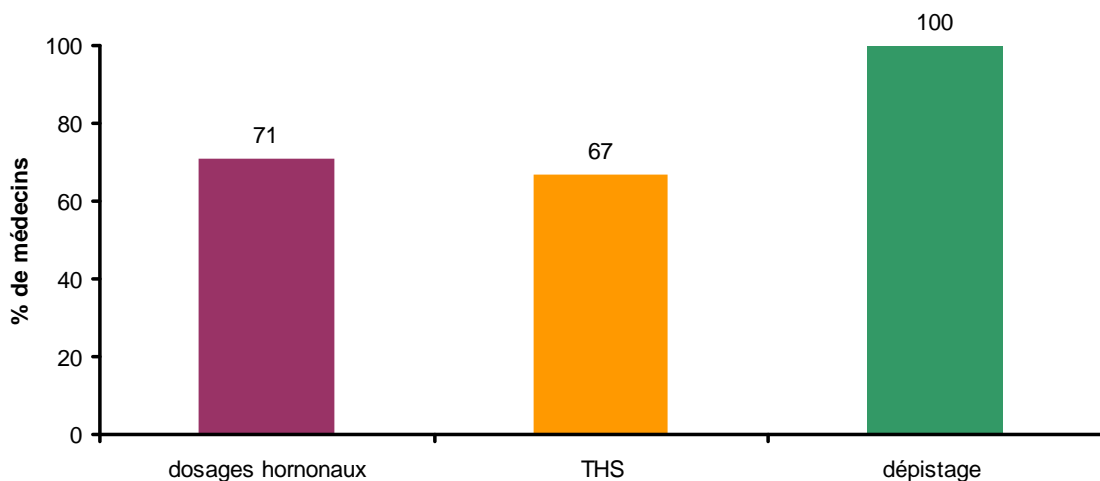
58,42 % (59/101) des médecins proposent un suivi des grossesses à bas risque de leurs patientes.

### Prise en charge de la ménopause et péri ménopause

La prescription si nécessaire de dosages hormonaux est proposée par 71,29 % (72/101) des médecins. 67,33 % (68/101) proposent de prescrire et suivre un THS.

Tous les médecins (101/101) planifient les dépistages du cancer du sein pour leurs patientes. **Figure 3**

**Figure 3 : Prise en charge de la ménopause et péri ménopause**



## **Motivations**

### **Effectif total**

L'importance du service médical rendu (SMR) constitue la motivation la plus souvent ressentie par les médecins (59,41 %). Un nombre non négligeable de médecins n'éprouve aucune motivation à la pratique des IVG en ville (39,60 %). La rémunération de cette pratique ne motive que peu de médecins (6,93 %). **Tableau 4**

**Tableau 4 : Motivations des médecins sur l'effectif total (101)**

	Effectif	Pourcentage
<b>Service médical rendu important</b>		
Oui	60	59,41 %
Non	41	40,59 %
<b>Esprit militant pour l'IVG</b>		
Oui	27	26,73 %
Non	74	73,27 %
<b>Considèrent que c'est une activité qui fait partie de la médecine générale</b>		
Oui	26	25,74 %
Non	75	74,26 %
<b>Intérêt pour la pratique et diversification de l'activité</b>		
Oui	23	22,77 %
Non	78	77,23 %
<b>Jugent la rémunération satisfaisante</b>		
Oui	7	6,93 %
Non	94	93,07 %
<b>Aucune motivation ressentie</b>		
	40	39,60 %

### Selon le profil des médecins

#### Le sexe

Les femmes sont davantage motivées par la pratique des IVG en ville. Elles sont significativement plus nombreuses que les hommes à trouver que le SMR est important pour les patientes (70,49 % versus 42,5 %  $p = 0,05$ ). La rémunération n'est pas plus satisfaisante pour les femmes que pour les hommes (4,92 % versus 10 %  $p=0,32$ ). Les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à n'éprouver aucune motivation (57,5 % versus 27,87 %  $p=0,01$ ). **Tableau 5**



Tableau 5 : Motivations selon le sexe

	Femmes (61)		Hommes (40)		valeur p
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
<b>Service médical rendu important</b>					
Oui	43	70,49 %	17	42,5 %	0,005
Non	18	29,51 %	23	57,5 %	
<b>Esprit militant pour l'IVG</b>					
Oui	20	32,79 %	7	17,5 %	0,09
Non	41	67,21 %	33	82,5 %	
<b>Considèrent que c'est une activité qui fait partie de la médecine générale</b>					
Oui	17	27,87 %	9	22,5 %	0,54
Non	44	72,13 %	31	77,5 %	
<b>Intérêt pour la pratique et diversification de l'activité</b>					
Oui	16	26,23 %	7	17,5 %	0,30
Non	45	73,77 %	33	82,5 %	
<b>Jugent la rémunération satisfaisante</b>					
Oui	3	4,92 %	4	10 %	0,32
Non	58	95,08 %	36	90 %	
<b>Aucune motivation ressentie</b>					
	17	27,87 %	23	57,5 %	0,01

### L'âge

L'âge des médecins n'influence pas de manière significative les motivations ressenties. Ils sont autant des < 35 ans, des 35 - 55 ans et des > 55 ans à considérer que le SMR est important pour les patientes (58,33 %, 60,42 %, 58,82 %,  $p=0,98$ ). Ils sont autant à n'éprouver aucune motivation (38,89 %, 39,58 %, 41,18 %,  $p=0,56$ ). Il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne l'esprit militant par tranche d'âge (33,33 %, 25 %, 17,65 %,  $p=0,45$ ). **Tableau 6**

**Tableau 6 : Motivations selon les tranches d'âge**

	< 35 ans (36)		35 - 55 ans (48)		> 55 ans (17)		Valeur p
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
<b>SMR important</b>							
Oui	21	58,33 %	29	60,42 %	10	58,82 %	0,98
Non	15	41,67 %	19	39,58 %	7	41,18 %	
<b>Esprit militant pour l'IVG</b>							
Oui	12	33,33 %	12	25 %	3	17,65 %	0,45
Non	24	66,67 %	26	75 %	14	82,35 %	
<b>Considèrent que c'est une activité qui fait partie de la médecine générale</b>							
Oui	6	16,67 %	14	29,17 %	6	35,29 %	0,26
Non	30	83,33 %	34	70,83 %	11	64,71 %	
<b>Intérêt pour la pratique et diversification de l'activité</b>							
Oui	12	33,33 %	9	18,75 %	2	11,76 %	0,14
Non	24	66,67 %	39	81,25 %	15	88,24 %	
<b>Jugent la rémunération satisfaisante</b>							
Oui	1	2,78 %	3	6,25 %	3	17,65 %	0,13
Non	35	97,22 %	45	93,75 %	14	82,35 %	
<b>Aucune motivation ressentie</b>							
	14	38,89 %	19	39,58 %	7	41,18 %	0,56

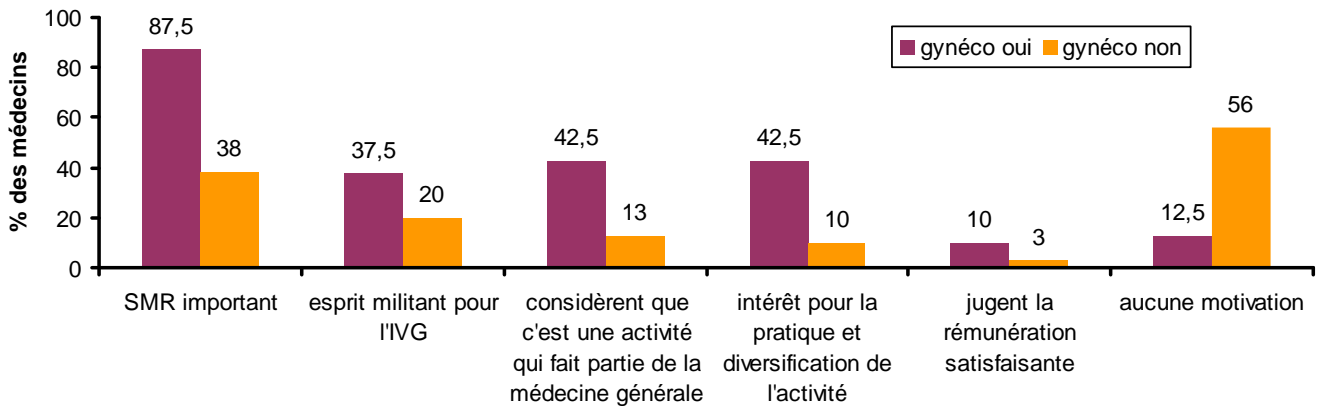
### Selon la pratique gynécologique :

*[Nous classerons ici les médecins dans deux catégories : les médecins qui exercent la gynécologie dans leur cabinet, et les ceux qui ne l'exercent pas, ou pas en totalité. Sont classés dans la première catégorie ceux qui réalisent les FCV, prescrivent les pilules patchs et anneaux, posent et retirent les DIU et les implants sous cutanés, éventuellement prescrivent les méthodes naturelles, suivent et/ou diagnostiquent les grossesses, prescrivent les THS et/ou les dosages hormonaux, et organisent les dépistages.]*

Les résultats sont exprimés en pourcentage et détaillés dans la **figure 4**. Les médecins pratiquants la gynécologie (effectif = 40) dans leur cabinet éprouvent davantage de motivations à réaliser des IVG en ville.

Ceux qui ne font pas de gynécologie (effectif = 61) sont une majorité (55,73 %) à n'éprouver aucune motivation.

**Figure 4 : Motivations selon la pratique gynécologique**



## Freins

### Effectif total

Le manque de formation et donc de compétences (ou d'habiletés) spécifiques pour l'acte est le frein le plus fréquemment ressenti par les médecins (49,50 %). Il est suivi du manque d'accès à l'échographie, éprouvé par 38,61 % des médecins ; puis par la crainte des complications et de l'aspect médico-légal, par 35,64 % des médecins. 9,90 % des médecins n'éprouvent aucun des freins proposés à pratiquer des IVG en ville.

### Tableau 7

**Tableau 7 : Freins sur l'effectif total (effectif : 101)**

	Effectif	Pourcentage
Manque de formation/compétences	50	49,50 %
Manque d'accès à l'échographie	39	38,61 %
Crainte des complications/aspect médico-légal	36	35,64 %
Crainte d'une surcharge administrative	26	25,74 %
Manque de disponibilité globale	23	22,77 %
Manque d'intérêt	17	16,83 %
Difficultés à dégager des créneaux d'urgence	16	15,84 %
Manque de formation en FMC sur le secteur	11	10,89 %
Conviction personnelle en désaccord	10	9,90 %
Rémunération insuffisante	3	2,97 %
Aucun frein	10	9,90 %

### Selon le profil des médecins

#### Le sexe

Le manque de formation/compétences spécifiques constitue le frein le plus ressenti des hommes (50%), suivi du manque d'intérêt (30%) et de la crainte de la surcharge administrative (25%).

Chez les femmes, les 3 freins le plus souvent ressentis sont le manque d'accès à l'échographie (52,46 %), le manque de formation/compétences spécifiques (49,18 %), la crainte des complications et de l'aspect médico-légal (44,26 %).

Les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à manquer d'intérêt pour cette pratique (30 % versus 8,20 %,  $p=0,004$ ). Les femmes craignent davantage les complications et l'aspect médico-légal (44,26 % versus 22,5 %,  $p=0,02$ ). **Tableau 8**

Tableau 8 : Freins selon le sexe

	Femmes (61)		Hommes (40)		Valeur <i>p</i>
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Manque de formation/compétences	30	49,18 %	20	50 %	0,93
Manque d'accès à l'échographie	32	52,46 %	7	17,5 %	0,001
Crainte des complications/aspect médico-légal	27	44,26 %	9	22,5 %	0,02
Crainte d'une surcharge administrative	16	26,23 %	10	25 %	0,89
Manque de disponibilité globale	17	27,87 %	6	15 %	0,13
Manque d'intérêt	5	8,20 %	12	30 %	0,004
Difficultés à dégager des créneaux d'urgence	11	18,03 %	5	12,5 %	0,45
Manque de formation en FMC sur le secteur	7	11,48 %	4	10 %	0,81
Conviction personnelle en désaccord	4	6,56 %	6	15 %	0,16
Rémunération insuffisante	3	4,92 %	0	0 %	0,15
Aucun frein	5	8,20 %	5	12,5 %	0,47

### L'âge

Les jeunes médecins (< 35 ans) sont en premier lieu freinés par le manque d'accès à l'échographie (50%), suivi de la crainte des complications/aspect médico-légal (47,22 %), puis le manque de formation/compétences spécifiques (44,44 %). Les médecins d'âge moyen (35 - 55 ans) et ceux plus âgés (> 55 ans) expriment dans leur tranche d'âge respective : en premier frein le manque de formation/compétences spécifiques (50% et 58,89 %); en second le manque d'accès à l'échographie (29,17 % et 41,17 %); en troisième la crainte de complications/aspect médico-légal (27,08 % et 35,29 %). Il n'y a pas de différence significative par tranche d'âge en ce qui concerne la conviction personnelle en désaccord avec les IVG (11,11 %, 8,33 %, 11,76 %,  $p=0,87$ ). **Tableau 9**

**Tableau 9 : Freins selon l'âge**

	<35 ans (36)		35 - 55 ans (48)		>55 ans (17)		valeur p
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Manque de formation/compétences	16	44,44 %	24	50 %	10	58,82 %	0,61
Manque d'accès à l'échographie	18	50 %	14	29,17 %	7	41,17 %	0,14
Crainte des complications/aspect médico-légal	17	47,22 %	13	27,08 %	6	35,29 %	0,16
Crainte d'une surcharge administrative	11	30,56 %	10	20,83 %	5	29,41 %	0,56
Manque de disponibilité globale	8	22,22 %	13	27,08 %	2	11,76 %	0,43
Manque d'intérêt	7	19,44 %	8	16,67 %	2	11,76 %	0,78
Difficultés à dégager des créneaux d'urgence	8	22,22 %	5	10,42 %	3	17,65 %	0,33
Manque de formation en FMC sur le secteur	3	8,33 %	7	14,58 %	1	5,88 %	0,50
Conviction personnelle en désaccord	4	11,11 %	4	8,33 %	2	11,76 %	0,87
Rémunération insuffisante	1	2,78 %	2	4,16 %	0	0 %	0,68
Aucun frein	3	8,33 %	4	8,33 %	3	17,65 %	0,50

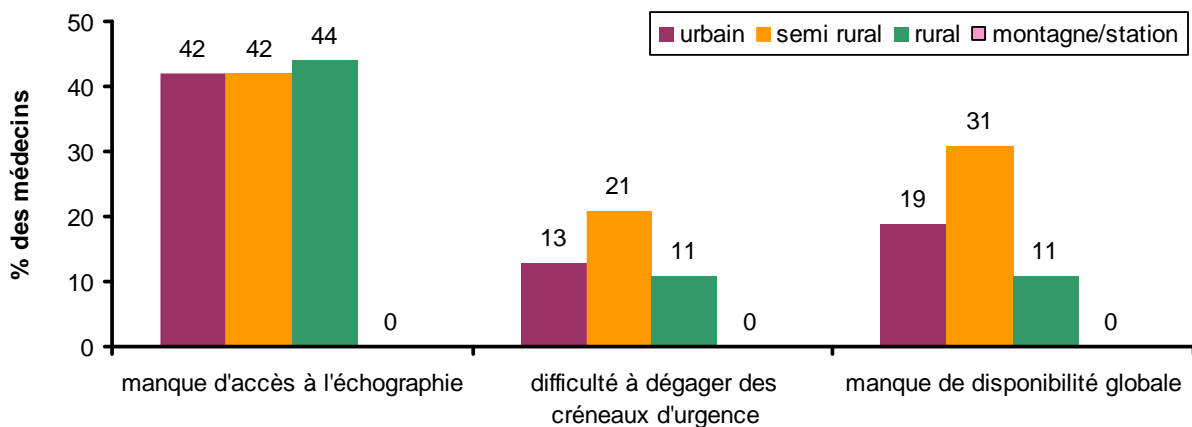
Le lieu d'exercice :

*[Ne sont analysés ici que les freins pouvant logiquement être plus ou moins éprouvés selon le lieu d'exercice : rural, semi rural, urbain, montagne/station ; ceci afin d'éviter un excès de données peu utiles à la réflexion. Les freins retenus sont le manque d'accès à l'échographie, la difficulté à dégager des créneaux d'urgence, le manque de disponibilité globale.]*

Le manque d'accès à l'échographie semble être un frein autant pour l'exercice rural, que semi rural et urbain (44,44 %, 42,31 % et 41,94 %).

La difficulté à dégager des créneaux d'urgence et le manque de disponibilité globale sont davantage éprouvés par les médecins exerçant en semi rural. Les médecins de montagne/station ne semblent pas freinés par leur éloignement à la pratique des IVG en ville. **Figure 5**

**Figure 5 : Freins selon le lieu d'exercice**



### Selon la pratique des IVG

Pour les médecins qui pratiquent les IVG en ville, et pour ceux qui se forment, le frein le plus souvent ressenti est le manque d'accès à l'échographie (25 %). Il est suivi, à part égale, de la crainte des complications/aspect médico-légal, de la rémunération insuffisante, de la difficulté à dégager des créneaux d'urgence (16,67 %). Ils sont la moitié (50,00 %) à ne ressentir aucun frein.

Les médecins non pratiquants sont freinés par le manque de formation/compétences (56,18 %), par le manque d'accès à l'échographie (40,45 %), par la crainte des complications/aspect médico-légal (38,20 %).

Ils sont significativement moins nombreux que les pratiquants à n'éprouver aucun frein (4,49 % versus 50,00 %,  $p=0,001$ ). La rémunération insuffisante est davantage ressentie par les médecins pratiquants, significativement (16,67 % versus 1,12 %,  $p=0,003$ ).

**Tableau 10**

**Tableau 10 : Freins selon la pratique des IVG**

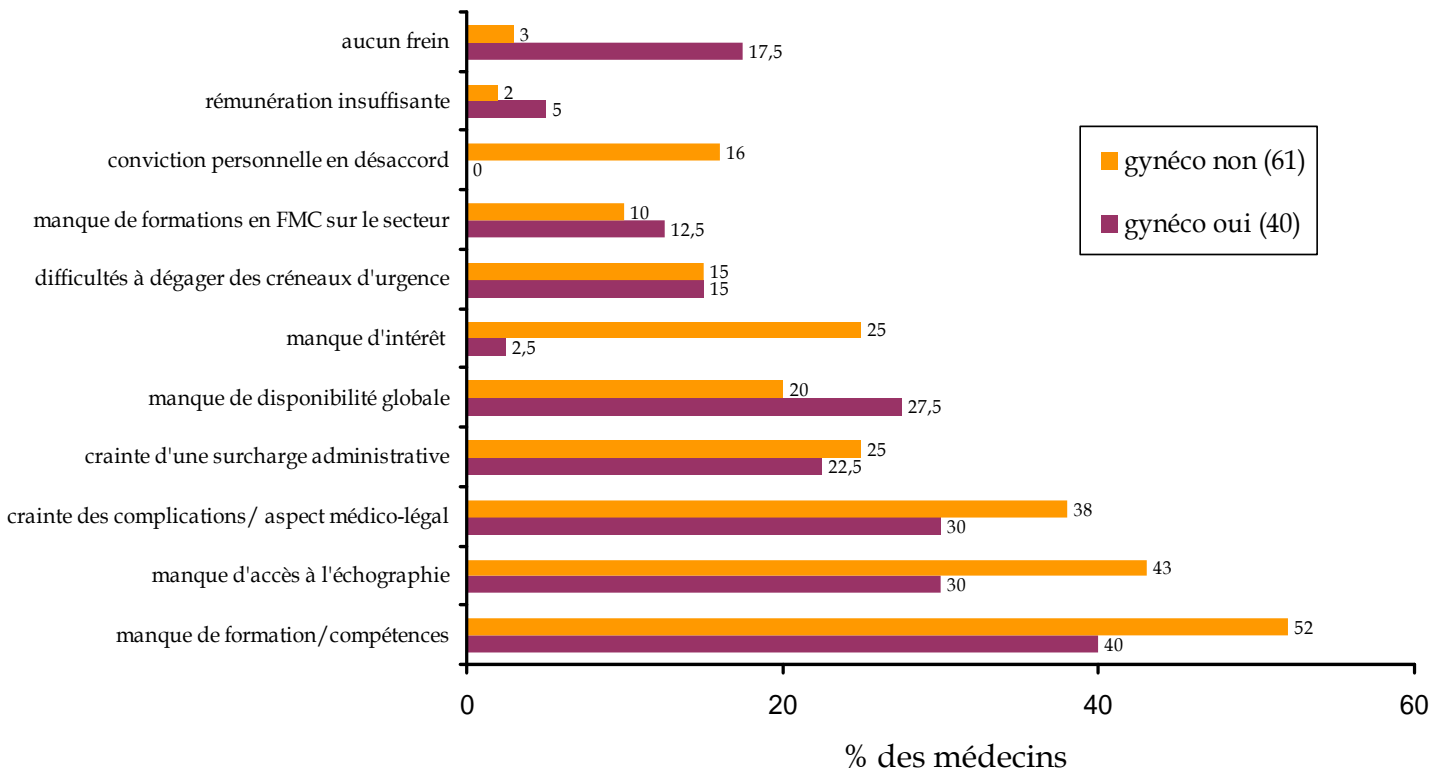
	Pratiquants ou en formation (12)		Non pratiquants (89)		Valeur <i>p</i>
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Manque de formation/compétences	0	0 %	50	56,18 %	0,001
Manque d'accès à l'échographie	3	25 %	36	40,45 %	0,30
Crainte des complications/aspect médico-légal	2	16,67 %	34	38,20 %	0,14
Crainte d'une surcharge administrative	1	8,33 %	25	28,09 %	0,14
Manque de disponibilité globale	1	8,33 %	22	24,72 %	0,20
Manque d'intérêt	0	0 %	17	19,10 %	0,09
Difficultés à dégager des créneaux d'urgence	2	16,67 %	14	15,73 %	0,93
Manque de formation en FMC sur le secteur	1	8,33 %	10	11,24 %	0,76
Conviction personnelle en désaccord	0	0 %	10	11,24 %	0,22
Rémunération insuffisante	2	16,67 %	1	1,12 %	0,003
Aucun frein	6	50 %	4	4,49 %	0,001

### Selon la pratique gynécologique

16,39 % des médecins qui ne pratiquent pas de gynécologie au cabinet ont une conviction personnelle en désaccord avec les IVG, qui n'est retrouvée chez aucun des médecins pratiquants. 24,59 % des non « gynécologues » ne sont pas intéressés à pratiquer des IVG en ville, contre 2,50 % de ceux qui pratiquent la gynécologie en cabinet. **Figure 6**



Figure 6 : Freins selon la pratique gynécologique



## Discussion

---

### **Comparaison du profil des médecins sondés versus population**

La démographie des médecins généralistes installés en Haute Savoie est recensée chaque année, et disponible sur le site de la DREES (6).

Les informations disponibles concernent pour le département de la Haute Savoie, le sexe des médecins ainsi que leur tranche d'âge. Ce sont ces données que nous avons pu comparer avec les résultats de l'étude. Néanmoins, la démographie des médecins consultée sur ce site concerne les médecins généralistes installés et salariés, alors que notre questionnaire n'a été envoyé qu'aux seuls médecins exerçant en cabinet libéral.

#### **Comparaison par sexe**

En population générale (population des médecins généralistes de Haute Savoie, libéraux et salariés), 42 % sont des femmes et 58 % sont des hommes.

Dans l'échantillon, les médecins sont : 60,40 % des femmes, 39,60 % des hommes.

#### **Comparaison par tranches d'âge**

En population générale, les < 35 ans représentent 15 % des médecins, les 35 - 55 ans 45 %, les > 55 ans 40 % des médecins. Dans notre étude, les < 35 ans représentent 35,64 % des médecins, les 35 - 55 ans 47,52 %, les > 55 ans 16,83 % des médecins.

Les tranches d'âge proposées dans le questionnaire ont été choisies pour être comparées à la population.

## **Validité de l'étude**

### **Limites**

#### Un biais de sélection

Cette étude comporte un biais de sélection, constaté par la comparaison des profils en population générale (population des médecins généralistes de Haute Savoie, libéraux et salariés) versus échantillon.

En effet, l'échantillon n'est pas représentatif de la population puisqu'il y a eu 60,40 % de femmes versus 42 % en population. De même, beaucoup de jeunes médecins font partie de l'échantillon (35,64 %) alors que la population est plutôt constituée de médecins plus âgés (85 % de > 35 ans, dont 40 % de > 55 ans).

Ce biais de sélection vient du fait que la participation à l'étude était proposée à tout médecin. Les plus intéressés par le sujet sont majoritaires dans l'échantillon.

Pour limiter ce biais, il aurait fallu obtenir un échantillon plus grand (cela a été prévu par la relance) ; ou sélectionner les médecins de l'échantillon au hasard.

#### Un biais lié aux possibles réponses multiples d'un même médecin

Il n'a pas été prévu dans le protocole de l'étude de garantir que chaque médecin interrogé ne puisse répondre qu'une seule fois.

Le questionnaire a été transmis une première fois à l'ensemble de la population, puis une deuxième fois de nouveau à l'ensemble de la population (relance) y compris aux médecins qui avaient déjà répondu. Il se peut que des médecins aient oublié leur première participation, et aient de nouveau répondu lors de la relance, un mois plus tard.

### Un biais de déclaration

Un biais de déclaration peut être présent malgré l'anonymat du questionnaire. Le sujet de l'IVG dans le corps médical français reste sensible, il est envisageable que certains médecins n'aient pas osé répondre leur réel ressenti sur les IVG en ville.

## **Forces**

### Étude quantitative

La recherche bibliographique nous a permis d'identifier la totalité des freins proposés dans cette étude et une partie des motivations; présents dans d'autres études qualitatives et quantitatives.

### Validité externe

Les résultats de cette étude sont concordants avec ceux d'autres études de la littérature traitant du même sujet.

Par exemple, dans une étude de 2012 axée sur les freins à la pratique de l'IVG en ville chez des médecins gynécologues et généralistes (7); les freins le plus souvent ressentis par les généralistes étaient les craintes médico-légales, le manque de formation et le manque de disponibilité globale.

Une autre étude de 2012 (8) s'intéressant aux obstacles au développement de l'IVG en ville annonçait en premier lieu le manque de formation, puis le manque d'accès à l'échographie et enfin le manque de disponibilité.

### Validité interne

Nous avons respecté le protocole de l'étude lors du recueil des données puis tout au long du travail. Les biais et le faible taux de réponse étaient identifiés avant le lancement de l'étude ; nous avons essayé d'y pallier.

## **Résultats complémentaires**

### Les « IVGistes » de l'avenir

Dans notre étude, six médecins étaient en formation pour pratiquer des IVG en ville, autant que les médecins en pratiquant déjà. Il nous a semblé pertinent de s'y intéresser, puisque ce sont eux qui, récemment, se sont décidés à se former.

Dans notre étude ces six médecins sont des femmes, la moitié a moins de 35 ans et l'autre moitié entre 35 et 55 ans. Ce sont donc surtout les jeunes femmes qui décident aujourd'hui de se former. Parmi elles, deux pratiquaient déjà des IVG en établissement de santé. Leurs motivations sont souvent comparables : Elles sont toutes séduites par le SMR.

Quatre sur les six voient un intérêt pour cette activité afin de diversifier leur pratique.

La moitié a un esprit militant pour l'IVG.

Leurs obstacles ressentis sont plus variables :

Elles sont deux à n'éprouver aucun frein. La rémunération, l'offre de FMC, la crainte des complications et l'aspect médico-légal, l'accès à l'échographie et la difficulté à dégager des créneaux de consultation d'urgence sont des obstacles ressentis pour chacune une fois dans le groupe de ces six médecins. Si cette dispersion dans les freins ressentis ne permet pas de tirer des conclusions, l'analyse des motivations amène à penser que les futurs « IVGistes » sont séduits par le SMR aux patientes et par la diversification de l'activité que leur apporteront la pratique des IVG.

#### Pas de frein, pas de motivation

Nous n'avons trouvé aucune étude dans la littérature se penchant sur le ressenti radical des médecins : l'analyse de ceux n'éprouvant aucun frein à pratiquer des IVG en ville, et ceux n'éprouvant aucune motivation.

40 % des médecins n'éprouvent aucune motivation : ce sont surtout des hommes, qui n'exercent pas de gynécologie ; l'âge des médecins n'influe pas. Sans surprise, ceux n'éprouvant aucun frein (effectif : 10) sont pour la plupart (6) pratiquants ou futurs pratiquants d'IVG. Les quatre autres éprouvent-ils des freins que nous n'avons pas mentionnés ? Ou n'éprouvent-ils vraiment aucun frein et dans ce cas, pourquoi ne se forment-ils pas ? Il aurait peut-être été intéressant de proposer dans le questionnaire une case à cocher « autre(s) frein(s) » pour permettre de répondre à cette interrogation.

### **Réflexion sur les résultats**

#### Les motivations

Le service médical rendu pour les femmes constitue la plus fréquente des motivations éprouvées par les médecins interrogés. En effet, le SMR est jugé important car une patiente demandeuse d'une IVG en établissement de santé va devoir faire face à davantage de contraintes. En ville, la patiente aura une intimité et une confidentialité préservées ; elle pourra souvent choisir le jour de son IVG, elle aura des délais et des créneaux de consultations plus souples qu'en établissement de santé. Néanmoins, il existe des patientes pour qui l'IVG à domicile n'est pas souhaitable : celles qui ne veulent justement pas être seules et préfèrent être entourées d'infirmières pendant l'expulsion de leur grossesse. Les IVG à domicile constituent un SMR important pour de nombreuses patientes, mais pas pour toutes.

L'esprit militant pour l'IVG constitue la deuxième motivation par ordre de fréquence (26,73 %). Dans notre étude les jeunes médecins et les femmes sont davantage militants. Ce résultat s'oppose au frein « convictions personnelles en désaccord » ressenti par 9,90 % des médecins. Le militantisme pour l'accès à l'IVG commence dans les années 60-70, les médecins militants proches de la retraite aujourd'hui ont vu le dispositif se mettre en place progressivement.

Le ressenti que prendre en charge une IVG en ville fasse partie de la médecine générale arrive en troisième position.

Si plus d'une femme sur trois fait une IVG dans sa vie, et qu'elle adresse sa demande à un médecin généraliste dans un tiers des cas, c'est qu'un médecin généraliste est fréquemment confronté à la situation, et davantage disponible qu'un spécialiste.

La demande d'IVG constituant un motif de consultation fréquent ; il est logique pour les médecins généralistes de considérer que satisfaire cette demande fasse partie de leur activité.

Ce sont surtout les médecins âgés qui expriment cette opinion ; on émet l'hypothèse que les médecins âgés exercent une activité davantage globale, en se disant qu'une demande au fil du temps répétée doit finalement faire partie de leur activité ; à l'inverse des jeunes médecins pour qui l'exercice est plus souvent en partie spécialisé.

L'intérêt pour la pratique et la diversification de l'activité constitue la quatrième motivation la plus ressentie. La pratique de l'IVG peut être intéressante pour les généralistes pour plusieurs raisons : elle répond à une demande des patientes, elle met en jeu des compétences de gynécologie, mais également de communication et d'écoute, l'acte est encadré et réglementé, enrichissant et gratifiant pour le médecin. Les jeunes médecins cherchent davantage à diversifier leur activité vers ce qui leur plaît d'exercer. Ceci rejoint l'hypothèse suscitée que les médecins plus âgés pratiquent « toute » la médecine générale, les plus jeunes auraient un exercice davantage sélectif.

La rémunération de la pratique d'une IVG en ville est peu souvent ressentie comme une motivation (6,93 %). Rappelons qu'elle correspond à un forfait de 187,92 € en février 2019 comprenant l'achat par le médecin des médicaments nécessaires à l'IVG, sans échographie. On voit dans les résultats que pour la plupart des médecins pratiquants les IVG en ville, la première consultation est chronophage, mais les trois suivantes ne sont pas plus longues que d'autres consultations de médecine générale.



La moitié des médecins pratiquants en sont satisfaits, ceci signifiant que pour l'autre moitié des médecins pratiquants, cet acte n'est pas rémunéré à sa juste valeur.

Rappelons également que le médecin ne paie pas son assurance professionnelle plus chère du fait qu'il pratique des IVG à son cabinet.

Les médecins qui pratiquent la gynécologie dans leur cabinet sont davantage motivés par la pratique des IVG en ville. Parmi ces médecins exerçant la gynécologie, mais ne pratiquant ni ne se formant pour les IVG (effectif : 30) ; ils sont 18 (60 %) à répondre qu'ils seraient intéressés par la pratique des IVG en ville. A l'inverse, ceux qui ne pratiquent pas d'acte de gynécologie (ni d'IVG, ni en formation) (effectif : 59) sont seulement 9 (15,25 %) à déclarer être intéressés par la pratique des IVG en ville. Le fait d'exercer la gynécologie au cabinet constitue un facteur favorisant à pratiquer des IVG, ou du moins à s'y intéresser.

### Les freins

Dans notre étude, le manque de formation et donc de compétences spécifiques pour cet acte constitue le frein le plus souvent ressenti. La pratique de l'IVG implique en effet d'avoir acquis des connaissances théoriques et compétences pratiques. La formation à cette pratique ne fait pas partie du cursus standard d'un médecin généraliste. Se former à cette pratique relève de la volonté du médecin.

De nombreux organismes proposent des formations à l'IVG en ville en FMC, avec une ou deux journées théoriques et cinq demi journées pratiques en CIVG. Par exemple, en région Auvergne Rhône Alpes, le réseau PLEIRAA propose ces formations (9).

Ces formations sont préalables aux médecins généralistes et aux sages-femmes pour signer la convention avec l'établissement de santé. Il n'est en revanche pas demandé aux gynécologues obstétriciens de justifier d'une formation à l'IVG.

Dans le rapport de l'IGAS en 2009 (4), il est d'ailleurs préconisé, à des fins d'amélioration de prise en charge des patientes, de « revaloriser la place de l'activité IVG et plus largement de l'orthogénie dans la formation et la carrière des professionnels ». Deux propositions sont tirées de ce rapport : « Intégrer dans la formation initiale et les stages pour les professionnels en formation (internes, médecins généralistes, sages-femmes, infirmières) un passage dans un centre d'IVG accompagné par le tuteur de stage pour les interventions. » et « Encourager la mise en place de diplômes universitaires (DU) intégrant les différents personnels de santé impliqués dans l'activité d'IVG et d'orthogénie. »

Le manque d'accès à l'échographie est en deuxième position, ressenti par 38,61 % des médecins. Dans notre étude il n'existait pas de différence en fonction du lieu d'exercice rural, semi rural, urbain. Aucun des médecins de station n'éprouve ce frein. Ces médecins sont de plus en plus équipés d'échographes. L'échographie est une étape indispensable pour dater et localiser la grossesse avant l'IVG, et permet de s'assurer de la vacuité utérine après l'IVG.

Les médecins peuvent disposer d'un échographe dans leur cabinet, cela ne concerne qu'une minorité d'entre eux. Ce résultat est à corrélérer avec ceux d'autres études.

Il ne représentait que 5% des médecins dans une étude de 2012 (3), et n'était même pas mentionné dans une étude quantitative de 2013 de plus grande ampleur (10).

La crainte des complications et l'aspect médico-légal constituent le troisième frein de notre étude. Il est significativement plus ressenti par les femmes.

Les complications liées à l'IVG médicamenteuse en ville sont rares puisque leur survenue est proportionnelle à l'âge gestationnel (en ville jusqu'à 7 SA). On citera l'échec défini par une grossesse vivante évolutive (1,1 % des cas), les hémorragies (1 %), les complications infectieuses (0,1 %) (11). Concernant les craintes médico-légales, la pratique générale de l'IVG en France s'inscrit dans un cadre réglementé et les recommandations professionnelles sont strictes, précises et rigoureuses. « Aucun acte médical n'est encadré de manière réglementaire aussi stricte et précise que l'IVG médicamenteuse en ville. » (4) Ceci en raison des controverses, des dérives et des enjeux éthiques qu'il suscite. Il existe une clause de conscience, le médecin n'est jamais tenu de pratiquer lui-même l'IVG, mais il doit orienter la patiente. L'IVG est un acte à déclaration obligatoire. La responsabilité du médecin n'est pas engagée si l'ensemble des conditions légales est rempli (12). Les poursuites judiciaires associées à une IVG médicamenteuse en ville sont exceptionnelles. Les craintes des médecins sont donc injustifiées puisque la loi les protège pour réaliser ces IVG et les recommandations de pratiques cliniques offrent à cet acte une procédure précise et cadrée.

La charge administrative est un obstacle à la pratique des IVG en ville pour 25,74 % des médecins de notre étude.

Ce résultat est à confronter avec celui de la satisfaction sur ce critère des médecins pratiquants ces IVG : les deux tiers de ces médecins ne sont pas satisfaits de la charge administrative qu'implique de pratiquer les IVG dans leur cabinet. Mais quelles sont-elles, ces lourdeurs administratives ? Il s'agit pour le médecin : de donner le dossier guide à la patiente ; de recueillir son consentement écrit, et de transmettre la fiche de liaison au centre de santé conventionné avec lui.

La charge administrative est jugée trop importante pour les médecins pratiquants et constitue un obstacle à la pratique des IVG en ville.

Le manque de disponibilité globale pour répondre à la demande constitue le cinquième frein par ordre de fréquence. Prendre en charge une demande d'IVG implique au minimum 3 consultations dont on a vu que souvent, la première prend plus de 30 minutes et les suivantes entre 15 et 20 minutes, soit un temps de consultation identique à la grande majorité des consultations de médecine générale. Mais la disponibilité globale ne se limite pas à la notion de temps, les médecins pratiquants les IVG doivent aussi être disponibles humainement, avec des capacités d'écoute, d'empathie et de soutien. Est-ce sur ces critères que les médecins généralistes sont davantage réticents ? C'est par ailleurs le premier obstacle évoqué par les médecins selon une étude lilloise datant de 2012 (7).

Certains médecins évoquent la difficulté de dégager des créneaux d'urgence pour répondre efficacement à la demande des patientes.

Toute demande d'IVG confondue, le délai moyen entre la demande d'IVG et sa réalisation est de 7 jours, avec des variations importantes suivant les régions : en région PACA et Ile de France, les femmes s'adressant en établissement de santé attendent en moyenne 9 jours avant la première consultation. L'HAS recommande un délai de 5 jours entre la demande et la réalisation de l'IVG. Il est en effet nécessaire de pouvoir proposer des créneaux de consultations relativement rapides (<48h) afin de rendre ce service aux patientes. Reste à le prévoir dans son organisation professionnelle.

Le manque d'intérêt est éprouvé par 16,83 % des médecins de notre étude. Les hommes sont significativement moins intéressés que les femmes à cette pratique ; sans doute parce qu'ils se sentent moins concernés. Par ailleurs, 69,67 % des non pratiquants répondent ne pas être intéressés pour pratiquer des IVG à l'avenir. C'est également la conclusion du travail d'Amélie Denry (13). Et pourtant, tous les médecins pratiquants sont satisfaits de cette pratique sur le plan personnel. Elle est donc pour eux valorisante et appréciée.

Pourquoi les médecins ne sont-ils pas plus intéressés, et comment faire pour stimuler leur intérêt ? En les formant, pendant leurs études, c'est ce que conseille le rapport de l'IGAS (4) et une étude en région Centre (10).

Peu de médecins sont freinés par le manque d'offre de formation en FMC sur leur secteur. De nombreux organismes les proposent, on citera le réseau PLEIRAA (9) et MG FORM (14). Ces possibilités de formations en FMC sont offertes à tous les médecins.

## Réflexions complémentaires personnelles

### Une demande des patientes ?

Il nous a semblé intéressant de s'interroger sur l'attente des patientes pour prendre en charge leur demande d'IVG. En effet, le choix du médecin généraliste (et/ou du médecin traitant) n'est pas une évidence pour toutes :

Certaines vont penser que le médecin traitant est le professionnel idéal pour répondre à cette demande car elles ont lié avec lui une relation plus intime, durable et approfondie liée à leur état de santé global. Elles auront alors le soutien attendu ; et le médecin saura déjà dans quel contexte social et psycho-affectif sa patiente se trouve, pour répondre à sa demande avec une empathie et un soutien davantage adapté à elle. C'est ce qu'éprouvent la majorité des patientes lors de 2 études réalisées aux Etats-Unis en 2006 et 2016 (15) (16). Elles sont entre 30 et 40 %, surtout en milieu rural, surtout mariées, déjà suivie en gynécologie médicale par un médecin généraliste ; à exprimer leur demande d'IVG à leur médecin traitant (17). L'IVG résultant souvent d'un échec de contraception, il semble en effet évident qu'une femme souhaitant une IVG se tourne vers le médecin qui lui a prescrit cette contraception, médecin généraliste ou non.

A l'inverse, d'autres femmes ne vont pas avoir envie d'exprimer leur demande d'IVG et sa prise en charge par leur médecin traitant, ou même un médecin généraliste.

On peut en effet penser qu'elles n'aient justement pas envie de mettre au courant leur médecin traitant, par honte, culpabilité, peur du jugement négatif, peur de ne plus être considérée comme avant. Elles ne savent pas l'opinion de leur médecin sur l'IVG, ont peur d'être déçues. Elles ne s'imaginent pas que leur médecin traitant puisse être compétent pour répondre à la demande. Elles ont peur, si leur médecin soigne aussi leur famille ou leurs proches, du non respect du secret médical. Ce sont des raisons évoquées par les patientes d'une étude française de 2007 (17).

#### Une nécessité dans notre système de santé ?

Existe-t-il un besoin que les IVG soient prises en charge par les médecins généralistes ? Les établissements de santé et les gynécologues ne sont-ils pas suffisants et davantage formés et compétents pour réaliser ces IVG ? Selon le rapport de l'IGAS, (4) c'est surtout l'ouverture de l'IVG à la médecine de ville qui s'est avérée nécessaire pour répondre plus rapidement et plus efficacement aux demandes, notamment dans les régions de fortes tensions comme la région PACA et l'Île de France. C'est naturellement dans ces régions qu'ont été signées le plus de conventions, afin de proposer aux femmes une offre de proximité. Les gynécologues représentaient en 2008 58 % des signataires de cette convention, contre 42 % de médecins généralistes.

Les médecins généralistes sont davantage accessibles (obtention de consultation dans un court délai) et proches géographiquement des patientes notamment en milieu rural que les gynécologues de ville. C'est en ce sens qu'ils apparaissent comme nécessaires pour la prise en charge des IVG dans notre système de santé.

## Conclusion

---

Notre travail met en évidence que les médecins généralistes ressentent des freins mais aussi, et autant, des motivations à réaliser les IVG médicamenteuses en ville.

Leur plus grande motivation est l'importance du service médical rendu à leurs patientes, qui, si elles le souhaitent, pourront alors réaliser leur IVG à domicile, le jour souhaité, avec leur médecin généraliste comme professionnel de santé pour les accompagner.

Le militantisme pour l'accès à l'IVG, l'idée que cette pratique fasse partie de la médecine générale, et la diversification de l'activité constituent d'autres attraits pour les médecins.

L'obstacle majeur est le manque de formation et donc de compétences spécifiques liées à l'acte. Il existe de nombreuses formations en FMC proposées aux médecins thésés.

Non formés et non compétents, ils sont pour beaucoup dans la crainte des complications et de l'aspect médico-légal des IVG en ville. Les complications sont très rares ; et la pratique des IVG en ville, vu l'enjeu éthique, est encadrée et réglementée de façon stricte et précise, afin de protéger les médecins et d'éviter les dérives.

La charge administrative et la rémunération insuffisante freinent aussi les médecins.

Très peu de médecins généralistes réalisent des IVG en ville. Formés dès leurs études aux IVG, mieux rémunérés et allégés d'administratif, les médecins seraient plus nombreux à les réaliser.



## **Annexes**



**4) Pratiquez-vous ... (1 seule réponse possible)**

- Une médecine d'exercice particulier EXCLUSIVE (homéopathie, acupuncture, médecine du sport, allergologie, gériatrie...)?
- La médecine générale ?
- La médecine générale ET une médecine d'exercice particulier ?

**II. Pratique des IVG médicamenteuses**

**1) Pratiquez-vous des IVG médicamenteuses en ville (dans votre cabinet de médecine générale) ? (1 seule réponse possible)**

- Oui
- Non
- En cours de formation pour cette pratique

**a) Si oui, en êtes-vous satisfait ? (0, 1 ou plusieurs choix sont possibles)**

- Sur le plan personnel
- Sur la rémunération
- Sur la charge administrative

**b) Si oui, combien de temps vous prennent les 4 consultations prévues pour l'IVG médicamenteuse ? (1 seule réponse possible)**

- Toutes moins de 15-20min
- La première 30min ou plus et les suivantes 15-20min
- Toutes 30min ou plus

**c) Si non, seriez-vous intéressé pour vous former à réaliser des IVG médicamenteuses en ville? (1 seule réponse possible)**

- Oui
- Non

**d) Si non, connaissez-vous la rémunération forfaitaire d'une IVG en ville ? (1 seule réponse possible)**

- Oui
- Non

**2) Pratiquez-vous des IVG dans un établissement de santé (centre d'orthogénie, planning familial) ? (1 seule réponse possible)**

- Oui
- Non

**3) Pratiquez-vous des IVG pour des patientes suisses ? (1 ou 2 réponses possibles)**

- Oui, dans un établissement de santé
- Oui, en ville
- Non

**4) Qu'est-ce qui vous donne(ra)it envie de réaliser des IVG dans votre cabinet ? (0, 1, ou plusieurs réponses possibles)**

- Service Médical Rendu (SMR) important pour la patiente (délais de prise en charge, confort...)
- Esprit militant pour l'accès à l'IVG
- Intérêt pour cette pratique et diversification de l'activité
- Je considère que c'est une activité qui fait partie de la médecine générale
- Rémunération jugée intéressante
- Aucune envie

**5) Quelles sont les raisons qui vous freine(ra)nt à réaliser des IVG dans votre cabinet ? (0, 1, ou plusieurs réponses possibles)**

- Manque d'intérêt, et donc de formation et compétences spécifiques pour cet acte
- Rémunération jugée peu intéressante
- Manque d'offre de formation en FMC organisée sur mon secteur
- Conviction personnelle en désaccord avec la pratique de cet acte
- Crainte des complications et de l'aspect médico-légal liés à l'acte
- Crainte d'une surcharge administrative
- Manque d'accès à l'échographie
- Difficultés à dégager des créneaux de consultation en urgence (<48h)
- Manque de disponibilité globale pour répondre à la demande
- Pas de freins

### **III. Pratique gynécologique : Proposez-vous à vos patientes ...**

**1) ... la réalisation de frottis cervico-vaginaux ? (1 réponse possible)**

- Oui
- Non

**2) ... la prise en charge d'une contraception ? (0, 1, ou plusieurs réponses possibles)**

- Prescription de pilules, patch, ou anneaux
- Pose et retrait d'implants sous cutanés
- Pose et retrait de DIU
- Autres méthodes (méthodes naturelles)
- Non

**3) ... de suivre leur grossesse ? (0, 1, ou plusieurs réponses possibles)**

- Diagnostic de grossesse
- Suivi régulier des grossesses à bas risque
- Non

**4) ... de prendre en charge leur ménopause et péri ménopause ? (0, 1, ou plusieurs réponses possibles)**

- Prescription si nécessaire de dosages hormonaux
- Prescription et suivi d'un traitement hormonal substitutif
- Dépistage du cancer du sein
- Non

## Pour en savoir plus

---

### **L'IVG en France, histoire, législation et épidémiologie**

Le désir de limiter les naissances existe depuis toujours et dans toutes les sociétés (18).

En France, dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, le taux de fécondité baisse car la population s'adapte aux transformations socio-économiques du pays : la société industrielle urbaine incarne une famille idéale de petite dimension.

Les pratiques contraceptives sont adoptées dans l'aristocratie et la bourgeoisie pour éviter de disperser la fortune.

C'est également le cas, plus tard, pour le petit peuple, entre autres par la mise en place des retraites : la prise en charge de la vieillesse est assurée par la société et la descendance n'est plus une nécessité.

Un changement culturel explique aussi en partie cette baisse de fécondité : l'Homme se rebelle contre la toute puissance de l'église et du prince, il veut affirmer son pouvoir sur sa propre vie. Il prend en charge sa reproduction, la soumet à son calcul. (19)

La femme s'émancipe.

L'enfant devient un désir accessoire ; et non plus une contrainte ou une nécessité.

Des méthodes contraceptives et abortives efficaces et légales doivent voir le jour.

Leur mise en place est entravée par la présence de mouvements pro-natalistes, conservateurs et catholiques. Ils proclament les dangers du dépeuplement de la France par une idéologie nationaliste (plus d'enfants, plus de soldats), et par l'idée de paix sociale (plus les ouvriers ont d'enfants, plus ils craignent de perdre leur travail et moins ils se révoltent).

Ces mouvements sont soutenus par le gouvernement français. Lors de la première guerre mondiale, les nombreuses pertes octroient encore plus d'importance à cette idée de repeupler la France.

Sont votées des lois pour réprimer les propagandes anti-conceptionnelles, dont la loi du 15 février 1942 qui fait de l'avortement un crime contre la sûreté de l'état, donc passible de la peine capitale. Marie Louise Giraud en fut victime en 1943.

A cette époque, le Conseil de l'Ordre des Médecins est créé par le régime de Vichy. Il a, entre autre, fonction d'appliquer des mesures disciplinaires spécifiques (interdiction d'exercer) en plus des mesures pénales.

Parallèlement naît en 1960 le Mouvement Français pour le Planning Familial.

L'opinion publique est de plus en plus favorable aux arguments du contrôle des naissances comme moyen de prévention des avortements.

En 1967, la légalisation de la contraception est votée, elle a inéluctablement entraîné celle de l'avortement, 7 ans plus tard.

**1974** : La loi Simone Veil autorise l'IVG dans un délai de 12 SA, sous condition de justifier une situation de détresse, mais non remboursée par la sécurité sociale.

*« La loi permet à toute femme, mineure ou majeure, qui ne veut pas poursuivre une grossesse de demander à un médecin l'interruption de celle-ci. Seule la femme concernée peut en faire la demande. »* (20)

**1975** : Publication d'un décret d'application de la loi Veil pour une durée provisoire de 5 ans.

**1979** : La loi Veil est définitivement adoptée.

**1982** : Remboursement partiel par la sécurité sociale acquis par la loi Roudy. (21)

**1993** : La loi Neiertz crée un délit d'entrave à l'IVG et supprime la pénalisation de l'auto avortement. (22)

**2001** : Martine Aubry, ministre de la santé, réforme la loi Veil en allongeant le délai légal de 12 à 14 SA, et en supprimant l'obligation d'entretien psycho social pour les femmes majeures. (23)

**2004** : Mr Douste-Blazy, ministre de la santé, autorise l'IVG en ville, par des médecins formés et justifiant d'une convention avec un hôpital, jusqu'à 7 SA.

**2013** : Prise en charge à 100 % des frais liés à l'IVG.

**2014** : La loi pour l'égalité supprime la notion de détresse pour accéder à l'IVG. (24)

**2016** : La loi de modernisation de notre système de santé supprime le délai minimal de réflexion d'une semaine, permet aux sages-femmes de pratiquer des IVG médicamenteuses et aux CPEF des IVG instrumentales. (25)



En 2017, selon le DREES, 216 700 IVG sont pratiquées en France. (1)

L'indice conjoncturel d'avortement s'établit à 0,53 IVG par femme (incluant les IVG à répétition chez une même femme). A noter, depuis les années 1990, l'indice de conjoncturel de fécondité (entre 1,9 et 2) évolue de façon similaire à celui de l'avortement.

Les femmes entre 20 et 25 ans sont les plus concernées, le taux est en décroissance chez les mineures.

Certaines régions recensent un nombre plus élevé d'IVG : Ile de France, PACA, Occitanie, Corse ainsi que les DOM-TOM.

En 2017, 19 % des IVG sont réalisées en ville, contre 16 % en 2016 et 7 % en 2006.

Le ratio IVG médicamenteuses versus instrumentales continue de progresser en faveur de la pratique médicamenteuse, avec 67 % de méthode médicamenteuse en 2017, versus 56 % en 2011.

## **L'IVG aujourd'hui en France**

### Parcours d'une femme souhaitant interrompre sa grossesse en France

En 2018, une femme qui souhaite interrompre sa grossesse peut s'adresser à un médecin ou une sage femme dans un cabinet de ville, à un CPEF, ou à un CIVG dans un établissement de santé (hôpital ou clinique).

### Différents temps

Dans tous les cas, a lieu, dans un premier temps, une **première consultation dite d'information**.

Lors de cette consultation, la femme présente sa demande d'IVG.

Elle reçoit les informations sur l'IVG, écrites (dossier guide) et orales.

Elle se voit proposer un entretien psycho social avec une conseillère conjugale et familiale (CCF), une psychologue ou une assistante sociale. Cet entretien est obligatoire pour les mineures afin de poursuivre leur démarche.

La **deuxième consultation** : peut se faire dans le même temps que la première depuis que le délai légal de réflexion d'une semaine a été supprimé en 2016 (sauf pour celles qui bénéficient d'un entretien psycho social : un délai de 48 heures est nécessaire entre cet entretien et l'IVG).

La patiente confirme sa demande d'IVG.

Le médecin ou la sage femme vérifie que l'âge gestationnel permet la réalisation d'une IVG. Il ou elle s'assure que la grossesse est bien intra utérine.

La patiente choisit la méthode de l'IVG, médicamenteuse ou instrumentale.

**Si la méthode instrumentale est choisie**, une date pour sa réalisation est fixée, dans un CIVG, à l'hôpital ou en clinique. Le geste pourra être fait sous anesthésie générale ou avec anesthésie locale. Sous anesthésie générale, il faut prévoir une consultation d'anesthésie et un bilan sanguin pré-anesthésie.

**Si la méthode médicamenteuse est choisie**, la procédure nécessite de planifier deux dates pour la prise de deux médicaments différents. Un jour est choisi pour la prise de mifépristone, avec le médecin ; qui doit être suivi d'une prise de misoprostol 48 heures plus tard, à la maison. Notons que la prise de mifépristone en présence du médecin peut avoir lieu au terme de la deuxième consultation, qui elle-même peut se faire dans le même temps que la première consultation dite d'information.

Quelque soit la méthode utilisée, une **consultation de contrôle** est programmée, 15 à 20 jours après l'IVG. Elle permet de s'assurer que la grossesse est bien interrompue et expulsée. Le médecin ou la sage femme vérifie l'absence de complications, son rôle est aussi d'informer et de conseiller une contraception.

Quand un médecin généraliste (ou un gynécologue, ou une sage femme) fait une IVG en ville :

Depuis 2004, il est possible de réaliser une IVG en dehors d'un établissement de santé (en ville).

Seules les IVG médicamenteuses, jusqu'à 7 SA soit 5 semaines de grossesse, peuvent être pratiquées dans le cadre de ce dispositif.

Le médecin généraliste ou la sage femme qui envisage cette pratique doit justifier des compétences et d'une expérience professionnelle adaptée.

Une convention doit être passée avec un établissement de santé apte à prendre en charge les IVG.

L'établissement de santé s'engage à accueillir la femme à tout moment afin d'assurer la prise en charge liée aux complications et aux échecs éventuels. Le médecin s'engage à fournir à l'établissement de santé une fiche de liaison pour chaque IVG réalisée, à visée statistique.

Les médicaments nécessaires à l'IVG médicamenteuse (mifépristone et misoprostol) sont vendus en pharmacie d'officine, et délivrés uniquement aux médecins ayant passé convention avec un établissement de santé, avec une ordonnance professionnelle.

La pratique d'une IVG en ville est prise en charge à 100 % par l'assurance maladie, ce qui permet au médecin de pratiquer le tiers payant. Elle fait l'objet d'un forfait global de 187,92 € qui inclue le prix des médicaments et les différentes consultations nécessaires. Notons qu'une IVG nécessitera un comprimé de 200mg de mifépristone (coût pour le médecin : 74,04 € la boîte de trois comprimés) ; et deux fois deux comprimés de 200µg de misoprostol à trois heures d'intervalle : Cytotec 200 ® retiré du marché, Gymiso 200 ®, ou un seul comprimé (deux fois) de Misoone 400 ® (coût pour le médecin : 13,88 € la boîte de deux Gymisoo ®, même prix pour la boîte de un comprimé de Misoone ®). Ces tarifications sont mentionnées dans l'arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse. (26)

Notons que la loi interdit tout dépassement d'honoraires par les médecins, et sur le tarif des médicaments par les pharmaciens.

Les modalités de facturation spécifiques à la médecine de ville ne permettent pas de garantir l'anonymat des femmes dans les procédures de prise en charge.

Pour les femmes qui tiendraient absolument à préserver l'anonymat, le médecin doit les orienter vers un établissement de santé qui seul peut assurer une stricte confidentialité de l'IVG.

**L'IVG chez une femme mineure** est possible sans consentement parental. Il est cependant obligatoire qu'elle soit accompagnée par une personne majeure de son choix pendant toute la procédure. Pour ces femmes mineures sans consentement parental, les dispositions légales prévoient une prise en charge totalement anonyme et gratuite, en tiers payant, avec l'utilisation sur les feuilles de soin d'un NIR fictif.

### **L'IVG à l'étranger**

Sur les 194 pays indépendants comptabilisés sur notre planète, 74 ont légalisé l'avortement sans restriction particulière autre que l'âge gestationnel. (27)

**En Europe**, la grande majorité des pays autorise l'IVG avec des conditions et un encadrement plus ou moins stricts.

Le délai légal varie de 12 SA au Portugal, à 24 SA en Espagne et aux Pays Bas.

Alors qu'en France la gratuité d'accès a été votée en 2013 ; au Portugal le parlement a voté en 2017 la suppression de la gratuité d'accès à l'IVG pour les femmes qui doivent maintenant payer la totalité des frais relatifs à leur IVG.

Dans certains pays, comme au Royaume Uni, il est nécessaire de justifier d'une situation de détresse pour accéder à l'IVG.

En Allemagne, la femme demandeuse d'une IVG doit assister à une représentation visant à « inciter la femme à poursuivre sa grossesse, afin de protéger la vie à naître ».

Certains pays imposent des délais de réflexion, d'autres non.

En Pologne et à Chypre, l'IVG n'est autorisée qu'en cas de viol, d'inceste, ou de risque majeur pour la santé maternelle ou fœtale.

En Irlande, pays de forte influence catholique, l'accès à l'IVG était restreint aux conditions identiques à celles de Chypre et de Pologne. En mai 2018, les irlandais se sont positionnés lors d'un référendum à 66 % pour la légalisation de l'IVG. Les textes de loi ont été votés par le parlement le 13 décembre 2018.

En Suisse, l'IVG est autorisée mais très encadrée. Le délai légal est de 12 SA. La femme demandeuse doit justifier d'une situation de détresse auprès d'un médecin. L'IVG en ville y est aussi possible jusqu'à 7 SA.

**Dans le reste du monde :**

On observe des lois permissives en matière d'avortement surtout dans les pays d'Amérique du nord, d'Europe, et d'Asie de l'Est.

A l'inverse, l'avortement est très réprimé voire totalement interdit en Amérique latine et du sud, dans quasiment tous les pays d'Afrique, en Indonésie, en Asie du sud. Dans ces pays, les taux d'avortement sont élevés, leur pratique est clandestine et dangereuse, les femmes s'exposent à des risques élevés pour leur santé. (27)



Source : <http://worldabortionlaws.com/about.html>, consultée le 01/12/2018

## Bibliographie

---

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistique (DREES). 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/216-700-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2017>
2. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. 2015. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/recours-moindre-ivg/>
3. Delmont A. Évaluation de la demande d'IVG médicamenteuse en ville par les patientes, chez les médecins généralistes dans la région Rhône-Alpes. [Thèse d'exercice]. 2015;1:32-33.
4. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). Rapport sur la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse. Octobre 2009. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000051.pdf>
5. A. Seidenberg, B. von Castelberg, B. Stutz, et al. Interruptions de grossesse ambulatoires médicamenteuses au cabinet? *PrimaryCare* 2009;9(11):210-2.
6. Ministère des Solidarités et de la Santé. Direction de la recherche, de l'étude et de l'évaluation statistique (DREES). La démographie des médecins. Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
7. Bécue E. 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]. 2012;1:73-76.
8. Bienvenüe T. IVG médicamenteuse en ville : quels obstacles à sa diffusion : Enquête auprès de 205 médecins généralistes en Bretagne. [Thèse d'exercice]. 2012;1:92-95.
9. Plateforme d'expertise IVG de la Région Auvergne Rhône Alpes (PLEIRAA). Disponible sur : <http://www.pleiraa.org/>
10. Chefeg Ben Aissa R., Brocaïl P., COTTET J. Interruption Volontaire de Grossesse en ville, 8 ans après la loi. [Thèse d'exercice]. 2013;1:68-69.



11. Faucher P, Hassoun D. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. 3<sup>ème</sup> édition. Paris, France : Vuibert, 2018.
12. Code de la santé publique - Article L2212-10. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687540&dateTexte=&categorieLien=cid>
13. Denry A. Place du médecin généraliste dans la pratique, la prise en charge et l'orientation de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à Paris. [Thèse d'exercice]. 2014;1:149-151.
14. MG FORM. Disponible sur : <https://www.mgform.org/>
15. Summit AK, Casey LMJ, Bennett AH, et al. « I Don't Want to Go Anywhere Else »: Patient Experiences of Abortion in Family Medicine. *Fam Med*. 2016;48(1):30-4.
16. Logsdon MB, Handler A, Godfrey EM. Women's preferences for the location of abortion services : a pilot study in two Chicago clinics. *Maternal and child health journal*. 2012;16(1):212-6.  
Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21107667>
17. Grandrupt A-C, Gérard M-F. Place du médecin généraliste dans l'accès à l'interruption volontaire de grossesse : état des lieux, perception et vécu des femmes de 18 à 40 ans. 2007;(1):74-76.
18. Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception (ANCIC). Disponible sur : <http://www.avortementancic.net/spip.php?article3>
19. Bolton C, Leasure JW. Evolution politique et baisse de la fécondité en Occident. 1979;34(4):825-43.
20. LOI n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000000700230&pageCourante=00739](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000700230&pageCourante=00739)
21. LOI n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000000704429&pageCourante=00015](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000704429&pageCourante=00015)
22. LOI n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant sur diverses mesures d'ordre social. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000711603&categorieLien=id>

23. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id>
24. LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029330832&categorieLien=id>
25. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
26. Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse. Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/2/26/AFSS1603395A/jo/texte>
27. The World's Abortion Laws. Disponible sur : <http://worldabortionlaws.com/>

## Conclusion générale

---

**Thèse soutenue par :** Pauline VINCENT

**Titre :** Motivations et freins des médecins généralistes installés en Haute Savoie à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse en ville.

### Conclusion :

Prendre en charge les interruptions volontaires de grossesse (IVG) en ville est une nécessité pour notre système de santé afin de désengorger les établissements de santé. C'est le cas surtout dans certaines régions, PACA, Ile de France, Occitanie, où les nombreuses demandes ne permettent pas de prendre en charge convenablement en termes de délai les femmes demandeuses d'une IVG.

La prise en charge ambulatoire est aussi satisfaisante qu'en établissement de santé ; elle constitue une pratique en essor, puisque les IVG pratiquées en ville représentent 19 % du total des IVG en 2017, contre 7 % en 2006.

Les médecins généralistes sont encore peu nombreux à réaliser des IVG en ville.

Dans notre étude, les freins à la pratique sont le manque de formation et compétences, la crainte des complications et l'aspect médico-légal.

L'accès difficile à l'échographie, et le manque de disponibilité sont d'autres freins. Les médecins regrettent une rémunération insuffisante et une charge administrative trop lourde.

Pour autant, les médecins de notre étude ressentent aussi et autant de motivations à pratiquer les IVG en ville. Ils sont surtout séduits par l'importance du service médical rendu à leurs patientes que constitue cette pratique. Le militantisme pour l'accès à l'IVG, l'idée que cette pratique fasse partie de la médecine générale, et la diversification de l'activité qu'elle procure aux médecins sont d'autres attraits.


Nombre de médecins généralistes seraient probablement davantage intéressés par les IVG en ville s'ils étaient mieux formés dès leurs études aux IVG, s'ils étaient allégés de l'aspect administratif et mieux rémunérés.

Vu et permis d'imprimer à Grenoble le : 9/02/19

LE DOYEN

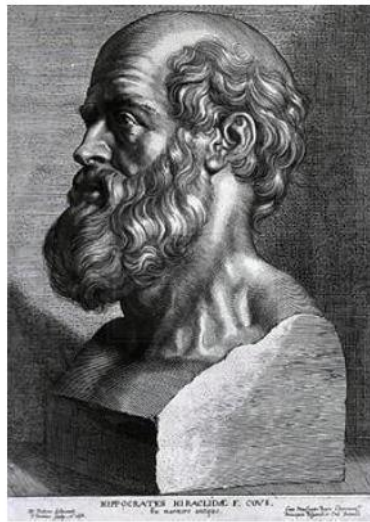
  
pour le Président  
et par délégation  
Le Doyen de Médecine  
Pr. Patrice MORAND  
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

  
Pr. Patrick IMBERT

## Serment d'Hippocrate

---



### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

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

*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

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

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*