



HAL
open science

Connaissances et pratiques des médecins généralistes de la Somme à propos de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse

Hélène Debacq

► **To cite this version:**

Hélène Debacq. Connaissances et pratiques des médecins généralistes de la Somme à propos de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02293296

HAL Id: dumas-02293296

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02293296>

Submitted on 20 Sep 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.

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2019

N°2019 - 42

**CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA SOMME
À PROPOS DE
L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE
GROSSESSE MÉDICAMENTEUSE**

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE
(DIPLOME D'ÉTAT)
PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE LUNDI 13 MAI 2019

PAR

Hélène DEBACQ
Née le 15 Juin 1982

PRÉSIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur Jean GONDRY

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE
Madame la Professeure Sandrine CASTELAIN
Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT
Monsieur le Docteur Jean-Philippe LANOIX
Monsieur le Docteur Yannick RICARD

DIRECTRICE DE THÈSE : Madame la Docteure Sophie DUMÉNIL

Monsieur le Professeur Jean GONDRY
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Gynécologie et Obstétrique)
Chef du Service de gynécologie - obstétrique – orthogénie
Pôle "Femme - Couple - Enfant"

*Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail.
Recevez mes sincères remerciements et ma profonde gratitude d'avoir accepté de présider ce
jury.*

Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE
Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens
Chef du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens Picardie
Adjoint au chef de l'Oncopôle

*Je vous remercie de me faire l'honneur de faire partie de mon jury de thèse d'exercice.
Merci pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous portez à mon sujet de thèse.
Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.*

Madame la Professeure Sandrine CASTELAIN
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Bactériologie, virologie-hygiène hospitalière)
Laboratoire de Bactériologie et Virologie
Pôle biologie, pharmacie et santé des populations

*Vous me faite l'honneur de faire partie de ce jury.
Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté mon invitation.
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.*

Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Gynécologie obstétrique)

*Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury.
Merci pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous portez à mon sujet de thèse.
Soyez assuré de ma grande reconnaissance.*

Monsieur le Docteur Jean-Philippe LANOIX
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Maladies infectieuses et tropicales

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes remerciements.

Monsieur le Docteur Yannick RICARD
Médecin responsable du service de chirurgie générale et viscérale pédiatrique
du CHU Amiens Picardie

*Vous me faites l'honneur de faire partie de mon jury.
Merci pour l'intérêt que vous avez manifesté pour mon sujet.
Je garde un très bon souvenir de vos cours d'histoire de la médecine*

*Madame la Docteure Sophie DUMENIL
Médecin cadre départemental - Référent protection enfance
Santé Publique
Conseil départemental de la Somme
Direction Enfance et Famille - Pôle départemental de PMI*

Tu m'as montré une autre façon d'exercer la médecine, et en particulier un autre rapport médecin-patient possible en particulier dans le cadre de la contraception, de l'IVG et de la prévention des infections sexuellement transmissibles. Merci, tu m'inspires beaucoup. Merci pour ton enseignement en tant que maître de stage, pour tes conseils, ta disponibilité, ta patience, ta bonne humeur et tes encouragements en tant que directrice de thèse.

Remerciements

*Merci aux relecteurs en particulier Maman, Xavier, Claire, Mahmed et Françoise.
Merci à tous les internes, médecins et Professeurs rencontrés lors de ce long cursus, aux maîtres de stage et aux médecins que j'ai remplacés qui ont su attiser ma curiosité, mon intérêt, pour les problématiques médicales*

Une pensée toute particulière au Dr Pierre DUPONT à Corbie, au Dr PASSET à Abbeville, à la Docteure Marion KRIM, au Dr Zahir OUKHACHBI du service de polyclinique médicale du CHU à AMIENS, au Dr DOLHEM au centre hospitalier de Saint-Quentin, à la Docteure Margaret MOREL, à l'équipe soignante de l'Unité de Psychiatrie Adulte du Centre Hospitalier Philippe PINEL, vous m'avez beaucoup appris.

Merci à la patience et à la bienveillance des patients rencontrés à l'Hôpital comme en ville qui m'ont permis de beaucoup apprendre et m'ont beaucoup motivée à m'investir dans les questions de recherche

Merci aux femmes rencontrées lors de leur demande d'IVG et au personnel des CPEF rencontrés en stage en particulier les Conseillères familiales Martine VERRIER et Maryse PETERS qui m'ont montré l'étendue de la problématique sociale et historique de l'IVG et appris à m'y repérer. Elles font partie des militantes des premières heures pour qui l'heure de la retraite a déjà sonné et pour qui la question de la relève reste entière

Merci à Noura et Jessica que je remplace à Marcelcave et à l'équipe de soins de Marcelcave et de Caix qui m'ont donné l'envie de m'installer, surtout avec une secrétaire comme Josiane !

Merci à Jean-Louis Mionnet et l'équipe de la Maison de santé pluriprofessionnelle de Breteuil de m'offrir l'occasion de m'installer avec eux, avec un beau projet de prise en charge pluridisciplinaire des patients

Merci aux Docteurs DEBACQ, feu mon papa qui a su me transmettre sa passion pour la question médicale et ses enjeux de santé publique et qui m'a beaucoup manqué comme contradicteur dans l'élaboration de cette thèse, bien que l'admiration qu'il avait pour moi l'aurait empêché de trop me contredire peut-être... et Maman qui m'a donné le goût de la prévention, pour son soutien indéfectible et total (Cf calendrier accroché dans la cuisine), ses relectures sans concession, son humour dans sa parole d'expert, de la confiance qu'elle me donne dans ma parole de « Docteur ».

Merci Criquet pour ton soutien, ta patience, ta discrétion pleins de tendresse, et, tu as remarqué ? Ça fait 10 ans !

Merci à mon équipe de soutien, avec, en tête, Théophile et Mahaut, mes petits cocos d'amour sans qui je n'irai pas bien loin ; à mes frère et sœurs, merci Claire pour cette relecture très éclairante ; à la Dasi family qui, outre le Dasi café, a su se rendre disponible pour me permettre de travailler dans de bonnes conditions, une pensée toute particulière pour Malou qui joue de manière toute dévouée son rôle de seconde maman.

Merci les copines et les copains qui donnent du courage pour tout, copines et copains de toujours comme Céline, de médecine comme Mathilde (courage c'est bientôt la fin), Laetitia (j'aurais vraiment bien voulu venir à ta thèse, mais à l'heure où tu soutiens, j'écris ceci), Audrey, Sophie, Sabrina et Romain, et tous les autres en particulier les « meufs des potes » Aurélie et Christelle, Aurélie pour son aide pour me documenter et prendre le temps de lire

les ouvrages en question, et Christelle pour ses relances me rappelant mon devoir de passer ma thèse : et oui, c'est aujourd'hui la thèse !

Merci aux médecins généralistes de la Somme qui ont pris le temps de me répondre, sans eux, rien était possible

Table des matières

I. INTRODUCTION	17
I.1. MODALITÉS DE L'IVG.....	17
I.1.1 L'IVG MÉDICAMENTEUSE.....	17
I.1.2 LA TECHNIQUE INSTRUMENTALE.....	21
I.2. L'IVG ET LA LOI.....	22
I.3. ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'I.V.G.....	28
I.2.1 LIEU DES IVG.....	29
I.3.2 METHODE DES IVG.....	29
I.3.3 DELAI DE PRISE EN CHARGE ET OFFRE DE SOINS.....	29
I.4. L'IVG ET LA NORME SOCIALE.....	30
II. MATERIEL ET METHODE :	35
II.1. TYPE D'ÉTUDE :.....	35
II.2. DÉTERMINATION DE L'OUTIL.....	35
II.3. LE QUESTIONNAIRE.....	35
II.4. POPULATION CIBLE.....	36
II.5. EXPLOITATION STATISTIQUE :.....	36
II.6. OBJECTIFS.....	37
II.6.1. OBJECTIF PRINCIPAL.....	37
II.6.2. OBJECTIF SECONDAIRE :.....	37
III. RESULTATS	38
III.1. TAUX DE PARTICIPATION.....	38
III.2. STATISTIQUES DESCRIPTIVES DE LA POPULATION.....	38
III.2.1. L'ÂGE.....	38
III.2.2. RÉPARTITION HOMME/FEMME.....	39
III.2.3. LE TYPE D'EXERCICE.....	39
III.2.4. LE LIEU D'EXERCICE.....	39
III.2.5. PRATIQUE D'UN SUIVI GYNÉCOLOGIQUE.....	40
III.3. CONNAISSANCES A PROPOS DE L'IVG.....	40
III.3.1. QUESTIONS AYANT TRAIT À LA CONNAISSANCE DE LA LÉGISLATION DE 2001 ET 2016 (Questions 2.1., 2.2., 2.4., 2.5.).....	40
III.3.2. QUESTIONS AYANT TRAIT AUX CONNAISSANCES MÉDICALES (Questions 2.3., 2.6, et 2.7.).....	42
III.3.3. QUESTIONS AYANT TRAIT AUX REPRÉSENTATIONS DES MÉDECINS À PROPOS DE L'IVG (Questions 2.8., 2.9. et 2.9.bis).....	43
III.4. PRATIQUES DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE DES MEDECINS GENERALISTES DE LA SOMME.....	46
IV. DISCUSSION	52
IV.1. POPULATION.....	52
IV.2. CONNAISSANCES ET REPRÉSENTATIONS À PROPOS DE L'IVG.....	52
IV.2.1. Représentations.....	52
IV.2.2. Connaissances imprécises de la législation : implications.....	57
IV.3. PRATIQUES DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE DES MEDECINS GENERALISTES DE LA SOMME.....	59
IV.3.1. Les connaissances en pratique.....	59
IV.3.2. Impact de la formation sur les connaissances.....	61
IV.3.3. Précisions sur les raisons de ne pas pratiquer l'IVG médicamenteuse en ambulatoire.....	61
IV.4. POINTS FAIBLES ET POINTS FORTS DE L'ÉTUDE.....	63
IV.5. PERSPECTIVES.....	64
V. CONCLUSION	67

VI. BIBLIOGRAPHIE	70
VII. ANNEXES	73
QUESTIONNAIRE	73
1. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES	73
1.1. Êtes-vous* :.....	73
1.2. Votre âge* :.....	73
1.3. Votre lieu d'installation*	73
1.4. Le Type d'installation* :.....	73
1.5. Le suivi gynécologique fait-il partie de votre pratique ?*	73
2. CONCERNANT L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE MEDICAMENTEUSE :	73
2.1. Il faut être un gynécologue pour pouvoir la réaliser.*	73
2.2. Il faut passer une convention avec un centre hospitalier voisin pour la réaliser.*	73
2.3. La Mifégyne® (mifépristone) n'est délivrée qu'aux professionnels de santé.*	73
2.4. Le délai de réalisation de l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville est de* :.....	73
2.5. Le délai de réflexion de huit jours entre la consultation d'information et la consultation de la réalisation de l'IVG est obligatoire quelque soit l'âge de la patiente*	74
2.6. La stérilité est une complication possible de l'IVG médicamenteuse* :.....	74
2.7. Il y a moins de risque de complications avec la méthode chirurgicale qu'avec la méthode médicale*	74
2.9. Pensez-vous que la contraception et l'interruption volontaire de grossesse sont une question exclusivement médicale ?*	74
2.9bis. Si non, de quel ressort est-ce aussi ?* (plusieurs réponses possibles)	74
3. CONCERNANT VOTRE PRATIQUE :	74
3.1. AVEZ-VOUS DEJA EU UNE DEMANDE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE ?*	74
3.2. PENSEZ-VOUS AVOIR ACQUIS DES CONNAISSANCES SUFFISANTES SUR L'IVG LORS DE VOTRE FORMATION INITIALE ?*	74
3.3. PRATIQUEZ-VOUS DES I.V.G. MEDICAMENTEUSES ?*	74
3.3bis. Si non, pour quelle raison (Plusieurs réponses possibles)?*	75
3.4. Avez-vous désiré vous former à la pratique des I.V.G. médicamenteuses ?*	75
3.4bis. Si oui, avez-vous rencontré des obstacles pour réaliser cette formation ?*	75
3.4ter. Si oui, quel type d'obstacle avez-vous rencontré ?* (plusieurs réponses possibles)	75
3.5. Avez-vous reçu une formation sur la pratique des IVG médicamenteuses ?	75
3.6. Vos patientes vous ont-elles fait part de difficultés pour réaliser une IVG ? Si oui, quel type de difficulté ?* (plusieurs réponses possibles).....	75

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANEA : Association Nationale pour l'Etude de l'Avortement

ARS : Agence Régionale de Santé

CeGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CH : Centre Hospitalier

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CRAT : Centre de Références des Agents Tératogènes

DOM : Département d'Outre-Mer

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

GNP : Grossesse Non Prévüe

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

hCG : hormone Chorionique Gonadotrope

HCEfh : Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MLF : Mouvement pour la libération de la femme

MFPPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

REVHO : Réseau Ville Hôpital pour l'Orthogénie

SA : Semaine d'Aménorrhée

SG : Semaine de Grossesse

I. INTRODUCTION

En 2015, on relevait 216 798 Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) en France entière, avec un taux stable sur les 10 années précédentes. Parmi ces IVG, 16,8% étaient réalisés en ville (36 462). Ce taux était de 9,3% pour les Hauts de France (1692 IVG sur 18090).

Ce faible taux d'IVG réalisées en ville survenait pourtant 11 ans après le décret d'application du 27 juillet 2004 de la loi 2001-588 du 4 juillet 2001 visant un accès plus facile à l'IVG médicamenteuse, en mettant en place, entre autres, le réseau ville-hôpital pour l'orthogénie (REVHO).

Après avoir précisé les modalités de l'IVG en 2018, nous en décrivons l'épidémiologie à la lumière de l'évolution de la loi dont dépend la question de l'accès à l'IVG. Nous questionnerons ensuite le rapport du médecin à la loi, en particulier dans son rapport à la norme, sociale par définition.

I.1. MODALITÉS DE L'IVG

Il existe différentes méthodes d'IVG, accessibles différemment en fonction du terme de la grossesse, avec des bénéfices et des risques propres à chacune d'elles [1].

I.1.1 L'IVG MÉDICAMENTEUSE

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) [2], elle peut être réalisée jusqu'à 9 Semaines d'Aménorrhée (SA) en établissement de santé, jusqu'à 7 SA en Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) ou en cabinet de ville. En France, l'IVG est cotée en quatre consultations dont la troisième peut être virtuelle : la première consultation est la consultation préalable qui permet la remise du consentement, la délivrance des médicaments a lieu lors du deuxième rendez-vous , la patiente prend l'antiprogestérone immédiatement lors du rendez-vous puis, 36 à 48 heures plus tard, elle prend la prostaglandine par voie orale à domicile. La dernière consultation permet de vérifier la réalisation de l'IVG. Ceci est détaillé dans l'organigramme suivant.

L'IVG médicamenteuse

Les seuls protocoles validés par l'AMM sont les suivants :

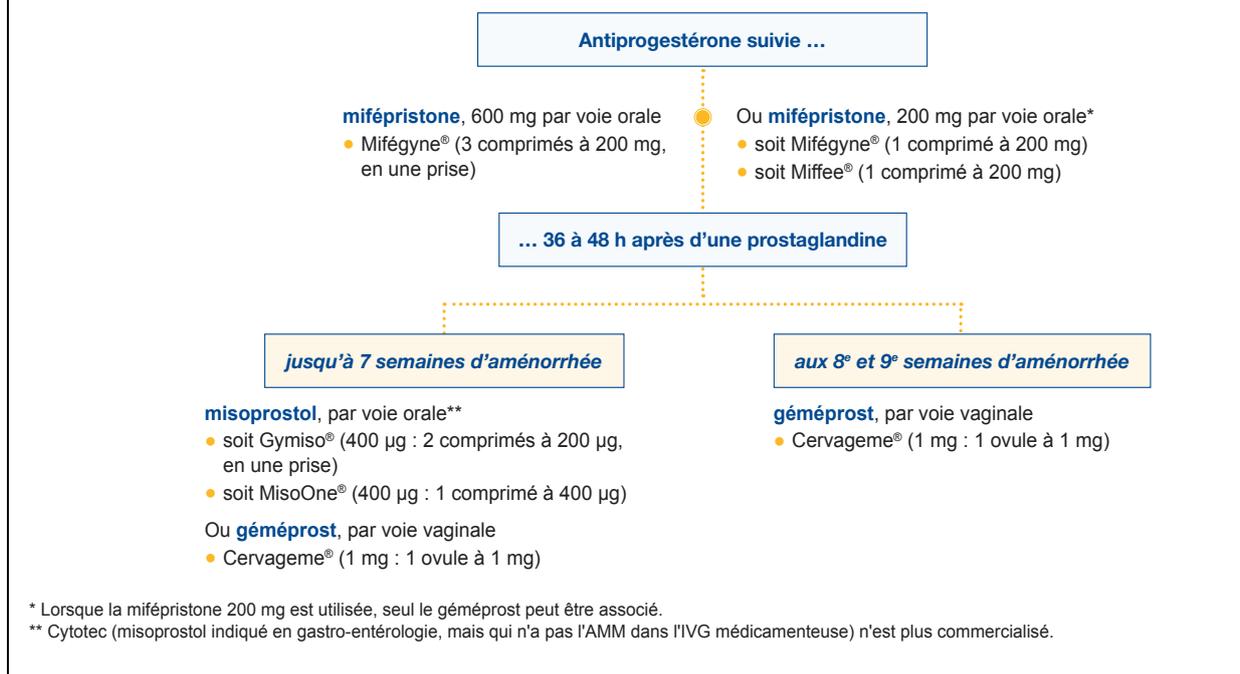


Figure 1 : Haute autorité de santé (HAS), « Interruption médicamenteuse de grossesse. Les protocoles à respecter. » Fiches « Bon usage du médicament », Juin 2018, p.1 [2] (AMM : Autorisation de Mise sur le Marché)

L'IVG médicamenteuse aux 8^{ème} et 9^{ème} SA ne diffère que par la prise de la prostaglandine exclusivement par voie vaginale.

En effet, la mifépristone (Mifégyne®, Miffée®), et le misoprostol (Gymiso® et MisoOne®) prescrits et délivrés en établissement de santé public ou privé peuvent être utilisés hors des établissements de santé, conformément à l'article L. 2212-1 du code de la santé publique, par les médecins et sages-femmes exerçant en cabinet de ville, centre de planification, ou centre de santé et ayant établi une convention avec un établissement de santé. Si le géméprost (Cervageme®) est exclusivement réservé à l'usage hospitalier, la mifépristone et le misoprostol sont accessibles en officine pour les praticiens.

La mifépristone est un stéroïde de synthèse ayant de fortes propriétés anti-progéstérone. Elle entraîne une nécrose de la déciduale et une expulsion du produit de conception. Elle stimule la sécrétion de prostaglandines endogènes et ouvre et ramollit le col. [3] Le misoprostol est un analogue de prostaglandine (PGE1) qui stimule la contractilité utérine en se liant aux récepteurs spécifiques dans le myomètre. [3]

Les contre-indications de la mifépristone sont la Grossesse Extra Utérine (GEU), les troubles de la coagulation et la prise de traitements anti-coagulants, l'Insuffisance Surrénalienne Chronique, tout traitement par corticostéroïdes chronique, l'asthme sévère non

équilibré. Les réactions d'hypersensibilité à la mifepristone et au misoprostol sont aussi des contre-indications. Allaitement, obésité, grossesse gémellaire et utérus cicatriciel ne sont pas des contre-indications à l'avortement médicamenteux du premier trimestre. Il n'existe pas de niveau de preuve pour modifier le protocole d'IVG médicamenteuse dans ces situations (accord professionnel). [3]

L'HAS souligne la dangerosité du mésusage de spécialités contenant du misoprostol qui expose à des chocs toxiques et septiques après administration par voie vaginale de comprimés destinés à la voie orale. Les complications cardiaques et neuro-vasculaires qui ont été observées et qui ont été rapportées par la revue *Prescrire* ne font pas l'unanimité [3] quant à leur rattachement à la prise couplée de mifepristone et misoprostol.

L'administration par voie vaginale de misoprostol aboutit à des effets supérieurs à ceux attendus en regard de la concentration sérique observée. Il a été observé un pic plasmatique retardé et moins élevé conduisant à une exposition (exprimée par l'aire sous la courbe) au moins 2 à 3 fois plus élevée, donc à une biodisponibilité 2 à 3 fois plus importante. Ainsi, même si des infections ont été aussi observées en cas d'interruption spontanée de grossesse, ou par administration orale de misoprostol, et qu'aucune étude épidémiologique ne permet d'affirmer une majoration du risque infectieux avec l'administration vaginale de misoprostol, les autorités sanitaires appellent à la plus grande vigilance quant à l'utilisation de misoprostol par voie vaginale [4].

Il n'y a pas d'intérêt démontré pour une antibioprofylaxie avant l'IVG médicamenteuse [3].

En outre, il existe un risque malformatif : en particulier la malformation de type de séquence de Möbius (paralysie congénitale de certains nerfs crâniens (VI et VII)) ou de type anomalie transversale des membres (anomalies réductionnelles, arthrogrypose, pieds en varus équin). [4]. Si après un échec d'avortement médicamenteux, la patiente change d'avis et souhaite poursuivre sa grossesse, les données de tératogénicité actuellement disponibles sont limitées mais ne justifient pas une interruption de grossesse (accord professionnel). Une surveillance échographique prénatale ciblée sur les membres, la motilité fœtale, le système nerveux central et le massif facial doit être recommandée (accord professionnel). Afin d'améliorer le recueil de données, il est important de signaler au CRAT les grossesses exposées. [3]

Nous avons réalisé un autre organigramme, en fonction cette fois des pratiques actuelles, hors AMM, d'après les données de la littérature :

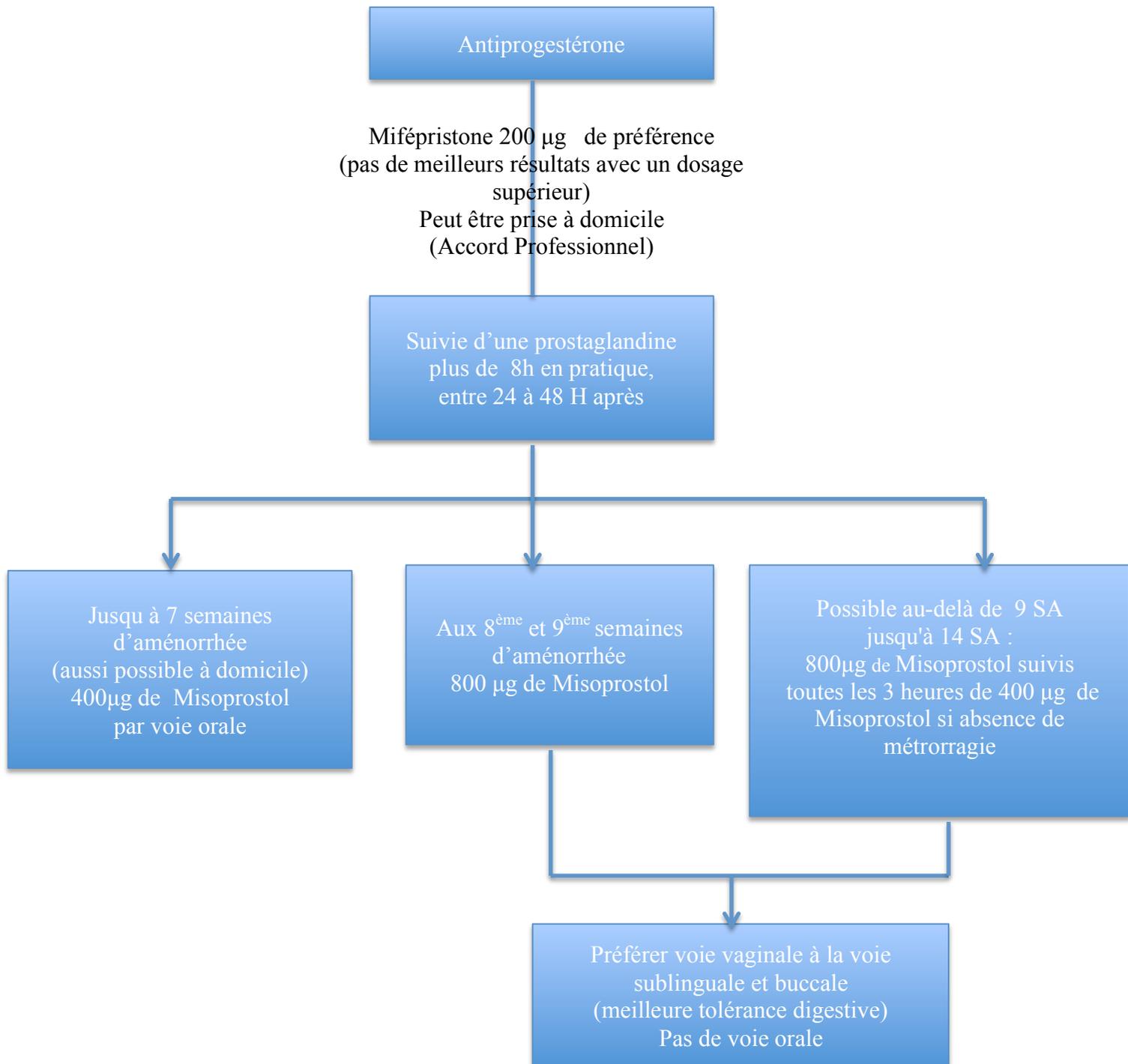


Figure 2 : Recommandations actuelles d'après les accords professionnels et les données de la littérature [3]. Le géméprost présente une efficacité inférieure au misoprostol.

Pour l'évaluation de l'efficacité de l'IVG lors de la consultation de contrôle, il a été montré que l'interrogatoire seul était insuffisant. Par contre, il peut être accompagné d'un dosage des hCG 15 jours après l'IVG : une diminution de plus de 80% en signe le succès. Il existe actuellement des arguments en faveur d'un auto-test urinaire 15 jours après l'IVG couplé à un entretien téléphonique [4].

Cette méthode est non invasive, se passe à domicile entre les rendez-vous, et est réalisable rapidement après le choix car ne demande pas d'arsenal technique. Cependant, le processus est long (plusieurs jours), l'expulsion peut survenir à domicile, il existe une douleur et une pénibilité (effets secondaires : métrorragies, vomissements, diarrhées, nausées, douleurs abdomino-pelviennes), une aspiration est parfois finalement nécessaire (3 à 5% d'échec d'IVG médicamenteuse) autant de facteurs pouvant être source de difficultés psychologiques.

Par ailleurs, l'hémorragie étant le risque majeur des IVG médicamenteuses, il faut informer la patiente de la nécessité de se rendre aux urgences si elle imprègne plus de deux serviettes hygiéniques toutes les heures durant plus de 2 heures et si elle présente des signes d'hypovolémie (malaise, lipothymie, tachycardie) (accord professionnel)[4].

Il est recommandé de pratiquer quel que soit l'âge gestationnel une prophylaxie de l'allo-immunisation chez les femmes Rhésus négatif pratiquant une IVG (grade B).[5]

I.1.2. LA TECHNIQUE INSTRUMENTALE

Elle se fait de préférence par aspiration plutôt que par curetage [6], jusqu'à 14 SA en établissement de santé, l'intervention dure 15-20 minutes, et le délai pré- et post-intervention est de une à deux heures, que l'anesthésie soit locale ou générale.

Il existe un accord professionnel pour une préparation cervicale systématique par 400µg de misoprostol par voie sublinguale ou vaginale 3 heures avant le geste. Pour cette dernière voie, le choix devra être proposé à la patiente entre l'auto-administration et l'administration par un praticien.

L'administration de misoprostol peut être précédée de l'administration de mifepristone 24-48 heures avant, en particulier quand le terme est supérieur à 12 SA. Cette préparation évite les perforations ou déchirures cervicales même si elle peut induire plus de saignements vaginaux et douleurs abdominales.

Une antibioprofylaxie a montré son intérêt : avant 25 ans la doxycycline est préférée (100mg une heure avant l'intervention, 200mg juste après l'intervention) *Clamydia trachomatis* étant le germe le plus fréquemment rencontré ; après 25 ans, on administre à la patiente 500mg de métronidazole avant l'intervention, puis quatre heures et huit heures après l'intervention. Par contre, l'application d'un antiseptique intravaginal au moment de l'intervention n'a pas présenté d'intérêt.

Les anti-inflammatoires sont les plus efficaces pour traiter la douleur en per et post-interventionnel [4][7].

La méthode instrumentale présente l'avantage d'être moins douloureuse, de présenter moins de risques d'hémorragies et d'avoir une durée totale plus courte que la voie médicamenteuse. Par ailleurs, le choix de l'anesthésie dépendra de l'état de conscience que souhaite la patiente pendant l'intervention.

Quant aux inconvénients, ils tiennent à l'hospitalisation et l'anesthésie nécessaires. Sous anesthésie générale il existe plus de complications possibles, et la récupération est plus longue.

I.2. L'IVG ET LA LOI

L'IVG correspond à un cas particulier de l'avortement, à savoir l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit viable, c'est-à-dire capable de vivre une vie extra-utérine indépendante, que cette interruption soit spontanée, ou provoquée pour raison médicale ou légale. Or, ce cas particulier d'avortement ne peut se concevoir qu'au travers de sa dimension socio-historique, et en particulier du cheminement de sa légalisation à travers les siècles, passant tour à tour du domaine pénal au domaine civil pour finalement trouver sa dimension de santé publique qui lui est aujourd'hui reconnue.

Selon Jean-Yves LE NAOUR et Catherine VALENTI dans *L'histoire de l'avortement* [8], l'avortement se concevait encore au début du XXème siècle comme un objet anhistorique, de même, l'idée que l'avortement aurait fait l'objet d'une rigueur continue « depuis l'origine » persistait jusqu'au discours de Simone Veil à l'Assemblée Nationale.

Or, dans l'Antiquité, la notion de *Pater familias* permet de comprendre le statut de l'avortement à cet époque : le chef de famille avait droit de vie ou de mort sur le nouveau-né s'il estimait que celui-ci n'était pas viable, ou encore si la politique de la cité était de lutter contre la surpopulation. « Dans ces conditions, l'avortement consenti par le chef de famille

n'est considéré ni comme un crime, ni comme un délit et, confondu avec les pratiques anti-conceptionnelles, ne fait l'objet d'aucune poursuite » [8].

Le concept aristotélicien d'« animation tardive » définit la vie fœtale propre à partir d'un terme déterminé de grossesse. Il pose question à l'Église qui souhaite tenir compte de l'animation de l'embryon dans sa conceptualisation de l'avortement, et la condamnation de celui-ci. Les condamnations sont diverses et se contredisent, de même, l'adhésion au concept de l'animation tardive est plus ou moins forte pour s'éroder progressivement selon les différentes autorités ecclésiastiques.

Au XVI^{ème} siècle on assiste à une appropriation par la justice royale de la question de l'avortement. En particulier, l'édit de Henri II de 1556, punissait de mort l'infanticide et la dissimulation de grossesse : cependant cet édit vise plus spécifiquement l'infanticide que l'avortement. Et de fait les condamnations pour avortement sont rares, en particulier car le remède utilisé pour l'avortement manque de spécificité par rapport aux remèdes anticonceptionnels.

Ainsi, il apparaît que la notion d'avortement a bien fait l'objet d'une construction, fonction d'un environnement socio-historique variable par définition : l'avortement porte un sens social [9], dont dépendent des normes sociales qui conditionnent le rapport de chacun – femmes, patientes, médecins – à l'avortement, et ce en fonction du contexte historique.

Selon BAJOS et FERRAND, l'histoire de la dépénalisation de l'avortement se place dans le contexte d'une transition démographique en cours depuis la fin du XVIII^{ème} siècle donnant lieu à une politique nataliste et familialiste dès le début de la III^{ème} République, aboutissant au vote de la loi de 1920 qui condamne toute pratique et toute diffusion d'information visant à éviter une naissance.

Au début du XX^{ème} siècle, il existe une dynamique néomalthusienne inspirée du *Birth Control*, mis en œuvre par Margaret SANGER dans des dispensaires aux États-Unis, destinée à aider les couples à espacer les naissances, notamment à avoir des relations sexuelles « sans risque de procréation ». Elle est soutenue par Paul ROBIN dont la portée des écrits sera courte, puis Eugène et Jeanne HUMBERT qui n'hésiteront pas à démarcher les couples en faisant du porte-à-porte pour les informer sur les procédés anticonceptionnels ou encore à ouvrir un dispensaire à leur domicile.

Mais de telles initiatives sont marginales par rapport à l'opinion dominante de l'époque et sont décriées non seulement par l'Église catholique et protestante mais aussi par les « défenseurs d'un ordre moral immuable qui dénoncent la pornographie des thèses néomalthusiennes »[8]. L'opinion dominante de l'époque est illustrée par la déclaration du

Docteur DOLÉRIS, membre de l'Académie de médecine en 1918 : « la maternité est proprement la signification et l'unique raison d'être de la femme. (...) Une femme saine et robuste peut engendrer et conduire à bien dix à douze enfants au cœur de son activité génitale sans dépasser l'âge de 45 ans. (...) Quel est le devoir de la femme ? Quelle est sa plus rayonnante mission, la tâche sacrée que la nation attend d'elle ? Enfanter, encore enfanter, toujours enfanter. Que la femme se refuse à la maternité, qu'elle la limite, qu'elle la supprime et la femme ne mérite par ses droits ; la femme n'est plus rien... Volontairement stérile, elle retombe au rang de prostituée, de fille de joie dont les organes ne sont que des instruments, des objets obscènes au lieu de rester le moule auguste, vénérable de tous les siècles futurs. » [8]

En 1920, le jugement des avortements répond au paradoxe provoqué par une législation trop sévère faisant de l'avortement un crime, conduisant très souvent à une relaxe de l'accusée par les jurys populaires, émus par son histoire. Mais avec la loi du 23 juillet 1920, toute propagande, c'est-à-dire toute diffusion d'information, mise en vente ou à disposition de moyen à visée abortive ou anticonceptionnelle devient un délit. La spécification du délit contribue à la disparition des produits anticonceptionnels des pharmacies et à la condamnation plus fréquente des personnes qui en sont reconnues coupables.

En 1939, le Code de la famille est édicté dans un contexte où l'idéologie des « repopulateurs » domine, il préconise, entre autres et en guise de « prévention » de l'avortement, la mise en place de maisons maternelles où pourront se rendre les femmes dès leur 7^{ème} mois de grossesse jusqu'à un an après leur accouchement, afin de donner naissance dans la « discrétion », puis d'avoir la possibilité de faire adopter le nouveau-né. Le code de la famille a une dimension de contrôle importante puisqu'il préconise aussi que les tests urinaires diagnostiquant la grossesse soient l'objet d'une prescription médicale, l'analyse se trouvant paraphée et consignée dans le registre du commissaire de police. De même, les maisons d'accouchements sont l'objet d'une surveillance, avec la possibilité d'un contrôle inopiné à tout moment.

Si le Code de la famille montre un certain souci pour la femme enceinte qui ne souhaite pas poursuivre sa grossesse en lui présentant un pis aller, ses auteurs se félicitent du fait que sa mise en application a permis une répression accrue de l'avortement. La loi du 29 juillet 1939, en conférant au ministère public plus de facilité dans l'incrimination et la preuve du délit, a permis d'accroître considérablement le nombre des affaires portées à la connaissance des tribunaux correctionnels ; les condamnations sont ainsi « plus fréquentes et plus sévères

depuis 1939, puisqu'actuellement des faits sont retenus comme délits d'avortement qui n'étaient pas auparavant punissables »[8].

En 1940, le régime de Vichy est plus rigoureux encore : il se caractérise par une « outrance criminalistique anti-abortive qui contamine la sérénité des tribunaux et des cours et induit une interprétation extensive du droit en vigueur ». Les juges usent largement du pouvoir d'appréciation dont ils disposent et interprètent systématiquement la loi dans le sens de la répression la plus sévère. Ainsi, pour un magistrat, il suffit d'une croyance (de la femme non enceinte) en l'efficacité du produit consommé pour constituer le délit d'avortement. » [8] L'avortement est dénoncé et condamné comme un « fléau social » mais aussi « comme un crime envers le pays tout entier, un attentat à la sûreté intérieure et extérieure de l'État : c'est un crime social contre la famille et la race », à ce titre, les affaires d'avortement sont portées au Tribunal d'État, comme tous les auteurs « d'actes de nature à troubler la paix intérieure, la tranquillité publique, les relations internationales ou, de manière générale, à nuire au peuple français »[8] .

Pourtant, cette répression importante ne contribue pas à éradiquer la pratique de l'avortement.

Après guerre, l'avortement est toujours sévèrement condamné. Cependant, les mentalités évoluent, en particulier, les femmes ont une meilleure connaissance de leur corps et de l'hygiène qui leur permet de pratiquer des « auto-avortements ». « Une fois le travail de l'avortement commencé, la femme doit souvent se rendre à l'hôpital pour qu'il soit procédé à l'expulsion définitive du fœtus ; « elle est alors opérée par un médecin plus ou moins bienveillant, qui souhaite l'inciter à ne plus recommencer en effectuant un douloureux curetage à vif. Cette méthode est d'ailleurs enseignée à l'époque au sein même des facultés de médecine. »[8]

Parmi les figures permettant aux mentalités d'évoluer de 1944 à 1975, date de la légalisation de l'avortement, le Docteur Marie-Andrée LAGROUA WEILL-HALLÉ convoquée dans un procès pour infanticide, essaie de faire de ce procès celui de la loi 1920, elle évoque « la responsabilité de la législation française qui interdit toute information sur les techniques contraceptives pratiquées dans d'autres pays. Elle fonde l'association « la maternité heureuse » le 8 mars 1956, qui, inspirée du concept de *birth control*, a pour vocation d'informer des femmes et leur permettre l'accès à la contraception comme « moyen de libérer les femmes de l'avortement », et assurer l'équilibre des couples. [8]

En 1960, la « Maternité heureuse » devient le « Mouvement français pour le planning familial » (MFPPF) . En 1961 apparaît le premier « Planning Familial », où les couples peuvent venir demander de l'aide pour initier une contraception ou pour avorter. Ces plannings contournent la loi de 1920 en exigeant que toute personne s'y rendant devienne membre de l'association, la diffusion de l'information reste donc interne à l'association, il n'y a pas de sanction possible.

Le 19 novembre 1967 est votée la loi NEUWIRTH. Celle-ci autorise la vente, en pharmacie seulement, des contraceptifs sur ordonnance ou certificat médical de non contre-indication, limités dans le temps et en qualité : le consentement parental est exigé pour les mineures, sauf pour les diaphragmes pour les femmes âgées de 18 ans et plus. Les CPEF sont soumis à l'agrément ministériel. La propagande antinataliste et la publicité commerciale pour les méthodes et les produits contraceptifs sont interdites.

À la suite du vote de cette loi, le Docteur LAGROUA WEILL-HALLE démissionne du MFPPF estimant sa mission accomplie. Mais il existe pourtant des réticences au sein de ce mouvement. D'une part Raoul PALMER, vice-président du MFPPF, souligne pour le médecin prescripteur le caractère culpabilisant du carnet à souches sur lequel est prescrit l'ordonnance, et d'autre part le socle non médical du MFPPF, les conseillers familiaux, qui sont confrontés à la réalité du terrain pendant leurs permanences, se méfient de l'accaparement médical de la question de la contraception et de l'avortement. Ainsi Simone IFF, membre du MFPPF, affirme-t-elle que les premiers dirigeants du Planning Familial voulaient surtout donner des moyens de contraception aux femmes tout en les laissant dans une situation de dépendance par rapport au pouvoir médical. Pour Simone IFF la vocation du MFPPF est d'aller plus loin pour la libération de la femme.[10]

Le Mouvement pour la libération de la femme (MLF), créé dans le sillage de 1968, a permis de faire évoluer les mentalités pour la libération de la femme. C'est en effet le seul mouvement à affirmer le droit des femmes à disposer de leur corps. Il revendique l'unicité de la condition de la femme, alors que pour d'autres, l'avortement est une problématique sociale. Le MLF est notamment à l'origine du « manifeste des 343 » signé par 343 célébrités qui déclarent avoir eu recours à l'avortement, publié dans le *Nouvel Observateur* le 5 avril 1971.

Les médecins vont devoir se positionner face à ce manifeste sur la question de l'avortement : en 1971, l'Ordre des Médecins est opposé à toute législation de l'avortement. Cependant, l'opinion des médecins est plus nuancée : en mai 1971, 252 médecins signent à leur tour un manifeste en faveur de l'avortement, sans pour autant reconnaître avoir pratiqué des manœuvres abortives, ou encore 220 gynécologues questionnés par l'ANEA (Association

Nationale pour l'étude de l'avortement) se déclarent solidaires de ce mouvement tout en redoutant que la liberté totale de l'avortement « n'incite les femmes à se résigner trop facilement à une solution qui ne devrait être qu'un dernier recours. »

En 1972 se tient le procès de Bobigny : c'est le procès d'une femme de 16 ans qui a avorté, Marie-Claire, de sa mère, d'une femme ayant servi d'intermédiaire et de l'avorteuse, défendues par Gisèle HALIMI faisant venir à la barre des « grands témoins », notamment des Professeurs de médecine dénonçant l'hypocrisie de la loi réprimant l'avortement : la loi n'atteint en effet que les femmes les plus socialement défavorisées, et le drame de Marie-Claire est avant tout un « drame social »[8]. Ce procès largement médiatisé, achève de renverser l'opinion quant à l'avortement et aux lois de 1920, alors qualifiées de « lois scélérates ».

C'est ainsi que l'avortement est passé du statut de tabou à celui d'enjeu de premier ordre de l'opinion publique, incitant les politiques à prendre partie.

C'est avec difficulté malgré tout que Simone VEIL, alors Ministre de la Santé sous la présidence de Valéry GISCARD D'ESTAING, présente son projet de loi à l'Assemblée Nationale le 26 novembre 1974. Cependant, pour rendre cette loi acceptable, « elle évite toute discussion théorique sur l'humanité de l'embryon comme toute référence au droit des femmes », elle présente son projet comme une « loi nécessaire, afin de restaurer l'autorité de l'État ; une loi de dissuasion, faisant le pari que la réglementation de l'avortement favorise plus sa limitation que l'illusoire répression. L'entretien de la femme désirant avorter auprès d'un organisme social et le délai de réflexion de huit jours sont les pièces maîtresses de cette entreprise dissuasive ; une loi de responsabilisation, enfin, la décision appartenant aux femmes. » De même, elle insiste sur le non remboursement de l'acte, exceptée l'aide médicale gratuite prévue pour les femmes les plus défavorisées, pour « souligner la gravité d'un acte qui doit rester exceptionnel ».

« A gauche, on invoque le droit des femmes, on proteste contre les « contraintes humiliantes du projet », à savoir l'entretien et le délai de réflexion, la difficile situation des mineures soumises à l'autorisation parentale, la clause de conscience des médecins qui va considérablement compliquer l'application de la loi, et l'absence de remboursement. »[8]

La loi est votée le 17 janvier 1975, pour 5 ans. L'application n'en reste pas moins problématique, de nombreux chefs de service refusant de créer une unité dédiée à l'avortement.

La reconduction définitive de la loi est votée en 1979 (Loi PELLETIER). Il existe de nombreux mouvements plus ou moins violents anti-avortement. Certains mouvements vont

jusqu'à l'intimidation des femmes se rendant en clinique pour réaliser un avortement par de véritables commandos. Ces commandos ont plus ou moins de poids politique, et font de la question de l'avortement un enjeu politique pouvant avoir une réelle influence électorale.

Devant l'importance des mouvements anti-avortement, la loi NEIERTZ est votée en 1993, décrivant le délit « d'entrave à l'avortement volontaire » et visant les commandos anti-avortement.

Entre temps, en 1982, la loi ROUDY instaure le remboursement de l'avortement.

La loi Aubry-Guigou votée le 4 juillet 2001 assoit le droit à l'avortement par la suppression de l'article L-647 anti-propagande et publicité en faveur de l'avortement. Cette nouvelle loi sort l'avortement du cadre pénal pour le placer dans celui de la santé publique, notamment en favorisant l'accès par l'augmentation du délai à 14 SA, par une revalorisation du forfait IVG, par la possibilité de réaliser l'IVG en dehors des établissements de santé et par la suppression du caractère obligatoire de l'entretien et de l'autorisation parentale pour les patientes mineures (à laquelle se substitue le majeur accompagnant). Cette loi permet l'instauration du réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie (REVHO).

La loi n°2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes supprime la notion de détresse des conditions de recours à l'IVG et étend le délit d'entrave à l'IVG à l'accès à l'information sur l'IVG.

La loi Touraine dite de modernisation de la santé votée le 26 janvier 2016 supprime le délai légal minimal de réflexion de huit jours, elle permet également aux sages-femmes de pratiquer les IVG médicamenteuses et aux centres de santé de pratiquer des IVG instrumentales.

I.3. ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'I.V.G.

En 2015, il est estimé qu'une femme sur trois aura recours 1,5 fois à l'IVG dans sa vie. En outre, on a décrit un « paradoxe français » : en France, pays où la couverture contraceptive est importante (3% des femmes ayant des rapports hétérosexuels sans désir d'enfant ne prennent pas de contraception)[11], le nombre d'IVG reste stable : environ 220 000 actes par an, avec un taux de 14,4 ‰ chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, les femmes âgées de 20-24 ans restent les plus concernées avec 27 ‰, le taux est de 7,5 ‰ chez les femmes âgées de 15 à 17 ans, de 9‰ chez les femmes de 18 à 19 ans.

I.2.1 LIEU DES IVG

En 2015, près de 80% des IVG (instrumentales et médicamenteuses) sont réalisées en milieu hospitalier, dont 83% dans le secteur public. 18% des IVG médicamenteuses sont réalisées en cabinet de ville, et 1,5% en CPEF. [11] Les centres hospitaliers doivent être accrédités par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

I.3.2 METHODE DES IVG

Toujours en 2015, en comptabilisant l'ensemble des IVG en ville ou en centres de santé, 57 % des IVG sont réalisées de façon médicamenteuse en métropole (58 % dans les DOM). La part des IVG médicamenteuses en ville a progressivement augmenté (passant de 5% en 2005 à 18% en 2015). Les IVG précoces avant 7 SA ont été plus nombreuses, mais le taux d'IVG à 8,5 SA a stagné entre 1990 et 2011 non seulement parce que le délai maximal de l'IVG est passé de 12 à 14 SA mais surtout le délai de prise en charge est resté long . [11]

I.3.3. DELAI DE PRISE EN CHARGE ET OFFRE DE SOINS

Le délai de prise en charge est évoqué dans le rapport relatif à l'accès à l'I.V.G. du Haut Conseil à l'Égalité des femmes et des hommes : entre 2003 et 2013, 5% des établissements publics et 48% des établissements privés pratiquant l'IVG ont fermé, soit plus de 130 établissements au total [12]. Comme la demande reste stable, cette diminution de l'offre de soins a conduit à une très forte concentration de la pratique de l'IVG sur les établissements restants : 5% des établissements réalisent 23% des IVG [13].

De fait, cette concentration de la demande sur un nombre restreint de centres, produit potentiellement un allongement des délais de prise en charge, ne permettant pas d'amélioration de la prise en charge de l'IVG.

L'autorisation de la pratique en ville de l'IVG par la loi du 4 juillet 2001, avec ses décrets d'application de 2004, aurait dû permettre de pallier le manque induit par la fermeture de centres de santé pratiquant l'IVG. En effet, cette loi permet aux médecins de pratiquer les IVG médicamenteuses sous condition d'avoir signé une convention avec un établissement de santé public ou privé. Ils doivent pour cela justifier d'une expérience dans le domaine de l'IVG.

Cependant, la répartition des IVG en ville révèle des inégalités sociales de santé sur le territoire.[14] « Les inspections des ARS ont également fait remonter des chiffres très

variables confirmant le développement inégal des IVG en ville. Dans certaines régions, les médecins réalisent plus de 12% des IVG (Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Mayotte, Ile-de-France la Réunion), alors que dans d'autres, moins de 1% des IVG, voire aucune IVG, n'est réalisée en cabinet libéral (Guadeloupe, Martinique, Alsace, Pays de la Loire, Limousin, Corse). » [11].

De plus, l'augmentation de la part des IVG en ville dépend de la démographie médicale. À l'heure de la désertification médicale, liée entre autres aux départs à la retraite des praticiens de santé et au *numerus clausus*, on ne peut qu'anticiper une baisse des professionnels de santé en mesure de réaliser cet acte en ville en particulier [11].

Il existe donc des enjeux contradictoires quant à la pratique de l'IVG : face à une demande stable d'IVG, l'offre de soins montre une tendance à la baisse, avec une disparité en fonction des régions, présageant d'une mauvaise prise en charge des femmes en demande d'IVG, et une inégalité en fonction des territoires.

I.4. L'IVG et la norme sociale

En creux de la question de l'avortement, l'analyse sociologique révèle des « postures » morales. Dans la Loi Veil, l'avortement apparaît comme une « mauvaise pratique » du contrôle des naissances qu'il faut éviter à tout prix, comme le stipulait son premier article maintenant abrogé: « La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi ».

- La médicalisation organisée par le cadre législatif : vers un contrôle social de la procréation par le médecin ?

Plus précisément, le rapport des médecins à l'avortement est problématique dès les prémisses de la loi, et les réticences sont nombreuses. Le Conseil de l'Ordre a une position très claire : « Dans l'hypothèse où la loi française reconnaîtrait la légitimité de l'avortement pour des raisons sociales ou psychologiques, le Conseil de l'Ordre serait très attentif à ce qu'aucun médecin ne puisse être obligé de pratiquer des avortements contre sa conscience » [15]. La clause de conscience apparaît donc nécessaire pour assurer l'acceptabilité de l'avortement par le corps médical.

Cependant, de fait, il existe un détournement possible de la clause de conscience qui s'illustrerait dans le refus que pourrait émettre le médecin de pratiquer l'IVG dont les demandes lui paraîtraient irrecevables. Ainsi « la médicalisation par la loi va offrir au médecin, au-delà de son simple rôle technique, la possibilité d'exercer une « mission moralisatrice », à l'occasion du contrôle de la procréation. »[15]

Par le biais de la clause de conscience le médecin devient en dernière instance le juge du caractère de nécessité ou de détresse dans lesquelles se trouverait sa patiente, mais pas seulement.

En effet, BENHAMOU [16] fait le lien avec les demandes d'Interruption Médicale de Grossesse, où la question de la recevabilité de la demande est explicite, et où donc le pouvoir médical de décision est maximal. La loi de juillet 2001 établit pour la première fois une distinction entre interruption médicale de grossesse pour cause maternelle et cause fœtale. Cependant l'argument de difficultés psycho-sociales pour interrompre la grossesse hors délai légal au nom de la détresse de la femme n'est pas suffisant. BENHAMOU fait alors le lien avec les IMG réalisées au contraire de manière systématique quand la femme est séropositive. Ainsi, pour juger de l'acceptabilité (sociale, morale) de la parole de la femme qui dit « je ne veux pas d'une grossesse (IVG) » ou « je ne veux pas de cette grossesse »(IMG), c'est la parole médicale qui est à la source de la réelle distinction. C'est ce qui fait dire à Benhamou qu'il existe une hiérarchie officieuse dans le degré de légitimité des demandes d'interruption de grossesse. Ainsi, l'enquête Giné [17] montre que la manière dont les interlocuteurs perçoivent la demande de la femme et la légitimité de sa demande va fortement influencer la nature de la réponse qu'ils vont lui apporter. De même, l'accès à l'avortement peut être facilité ou entravé, en fonction de la bonne ou de la mauvaise volonté du premier interlocuteur rencontré par les femmes dans leurs démarches. L'attitude du premier interlocuteur serait ainsi d'autant plus importante que la femme dispose moins de ressources personnelles lui permettant de se réorienter facilement.[16]

On peut conclure ces remarques par cette citation de BAJOS, sociologue – démographe, chercheuse en santé publique [9] « Finalement, le sens social que les débats et le dispositif juridique ont donné à l'avortement reste toujours celui d'un ultime recours qui ne doit être envisagé qu'en cas de détresse et si aucune autre situation n'est envisageable. Le contrôle social ne passe plus par l'interdiction de l'avortement, mais la liberté accordée aux femmes s'inscrit dans le cadre d'un contrôle par le corps médical qui s'exprime à travers des prescriptions normatives extra-sanitaires qui permettent le respect de l'esprit de la loi ».

Par ailleurs 1/3 des demandes d'IVG ont pour origine l'arrêt d'une contraception prescrite ou conseillée par un médecin. Pour FERRAND, sociologue [15], il se joue à cet endroit l'aspect démesuré du rôle donné au médecin par le cadre institutionnel qui se décline en trois modalités :

- un rôle dissuasif en laissant à la femme la possibilité de renoncer en argumentant, à l'époque, sur des problèmes de fécondité future.

- un caractère informatif où une contraception « efficace », à savoir une contraception féminine médicalisée, serait un élément majeur d'une politique de réduction des avortements.

- le colloque singulier entre le médecin et la femme désirant avorter est l'occasion d'un discours normatif sur la maternité, dans lequel l'avortement serait la sanction d'un échec.

Le discours normatif est, selon FERRAND, le fruit d'une construction historique de stéréotypes aboutissant à l'image de la femme mère dont est porteur le discours médical. En réalité, le discours médical propose la traduction en termes bio-cliniques de normes socialement déterminées.[15] FERRAND conclut ainsi : « En face de l'avortement présenté comme la sanction d'un échec s'affirme la solution contraceptive. Elle sous-entend que la pratique abortive est la conséquence d'une mauvaise planification due elle-même à une information insuffisante de la femme. Ignorant superbement la réalité de la pratique médicale, le législateur suppose que la personne la plus compétente pour assurer cette information est le médecin, investi par ailleurs du rôle de prescripteur. Quand on sait qu'un tiers environ des demandes d'IVG ont pour origine un arrêt de contraception *prescrite* ou conseillée par un médecin, on peut s'interroger sur l'aveuglement des députés, dont pourtant un grand nombre appartient à la profession médicale ».

Dans ce texte, on voit les deux facettes contradictoires que peut endosser la prescription du médecin : à la fois représentant d'un ordre social et conseiller.

Il est représentant d'un ordre social dont il se trouve malgré lui l'opérateur par le triple mouvement de dissuasion (prévu d'abord mais qui n'existe plus maintenant en particulier au regard du délit d'entrave prévu par la loi NEIERTZ), d'information et d'inculcation d'un discours normatif qui sont toujours d'actualité. En effet pour ces deux derniers aspects, il persiste l'idée, depuis la loi NEUWIRTH, que la contraception apparaît comme une prévention de l'avortement. C'est précisément le projet lié à la création de l'ANEA dont la position est de développer l'information et la pratique de la contraception comme prévention de l'avortement.[18]

Cependant, la prescription de la contraception est problématique dans les faits, comme le soulignait WINCKLER en 2004 : « La meilleure contraception n'est pas celle que le

médecin préfère, mais celle que la femme choisit en connaissance de cause. Cette notion essentielle, trop de médecins français la rejettent »[19].

-« De la norme contraceptive à la norme procréative : les enjeux contemporains du recours à l'avortement » [9]

BAJOS et FERRAND en déduisent la notion toujours actuelle de « norme contraceptive ». Elle se décline en trois modalités :

- le « devoir contraceptif », le fait d'utiliser systématiquement une contraception lorsqu'on a des rapports hétérosexuels et que l'on ne souhaite pas avoir d'enfants,
- la « temporalité contraceptive » construite par les savoirs médicaux : utiliser un préservatif en début de toute relation sexuelle (en prévention des Infections Sexuellement Transmissibles), puis la pilule quand la vie affective se stabilise, puis le stérilet quand la femme ayant atteint un certain âge est parvenue au nombre d'enfants souhaité,
- les femmes qui connaissent un échec de contraception (plus de 300 000 par an) sont du registre de la déviance.

L'adhésion à cette norme contraceptive est massive, que les personnes aient été confrontées ou non à une grossesse non prévue (GNP), alors même que 2/3 des femmes confrontées à une GNP utilisaient un moyen contraceptif.

Ainsi, malgré une norme contraceptive qui pousse à l'usage de la contraception (de fait 95% des femmes âgées de 18 à 45 ans en 2017), le taux d'avortement reste le même (environ 200 000 par an) : c'est le paradoxe français.

BAJOS et FERRAND expliquent le « paradoxe français » au moyen de la norme procréative : selon la norme procréative, il est admis socialement que le moment idoine pour donner naissance à un enfant est un moment de stabilité professionnelle, personnelle et financière assurant à l'enfant des conditions d'existence optimales, mais aussi qu'il existe un moment idéal pour procréer, d'où l'idée de grossesse « précoce » ou « tardive ». La femme doit répondre à la double injonction de la norme contraceptive et de la norme procréative, réponse d'autant plus difficile qu'il faut tenir compte de la diversification croissante des trajectoires affectives, et notamment de la dissociation entre actes hétérosexuels et procréation

[9]. Sont ainsi mises au jour des différences sociales pour les logiques décisionnelles en matière d'avortement : les plus jeunes sans perspective de réussite sociale *via* leurs études décident de poursuivre leur grossesse qui leur permet alors d'acquérir un statut voire une identité sociale ; celles se projetant dans un avenir professionnel auront davantage recours à l'IVG.

En outre, les représentations sexuelles restent construites autour d'un clivage dans lequel les femmes sont en tension, entre l'injonction d'une sexualité épanouie, déconnectée des enjeux procréatifs, et la représentation d'une sexualité conjugale et affective qui leur permette de fonder une famille qu'elles se doivent de créer pour réussir leur vie. BAJOS et FERRAND remarquent que ce sont les femmes avec le plus grand capital scolaire qui semblent détenir une plus grande capacité à se distancer des relations dominantes. Ainsi, l'avortement n'est pas un droit comme un autre, avec au fond l'enjeu d'une véritable dissociation entre sexualité et procréation qui est au cœur du sens social contemporain du recours à l'avortement.

Les enjeux entourant l'IVG sont donc complexes tant au niveau historique, légal, moral que social. Ils contextualisent le constat d'un faible taux d'IVG médicamenteuses en ville alors que la demande est stable et que l'offre de soins diminue, présageant d'une mauvaise prise en charge des demandes d'IVG.

Existe-t-il dans les connaissances et pratiques des médecins généralistes une explication au faible taux d'IVG médicales et ambulatoires en France, 13 ans après le décret d'application de la loi 2001-588, ce dernier datant du 27 juillet 2004 ?

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE :

II.1. TYPE D'ÉTUDE :

Afin de répondre aux objectifs de recherche, il a été décidé de réaliser une étude quantitative, descriptive, transversale, à partir d'un auto-questionnaire disponible en ligne.

II.2. DÉTERMINATION DE L'OUTIL

Un questionnaire informatisé et son double papier a été réalisé sur *Google Forms*® avec la possibilité de répondre à des questions à choix uniques ou multiples.

L'ensemble des réponses informatisées ou papier a été recueilli et analysé dans et par un tableur *Excel*®.

II.3. LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire anonyme et confidentiel, était composé de trois parties (« 1. Caractéristiques démographiques », « 2. Concernant l'Interruption Volontaire de Grossesse médicamenteuse », « 3. Concernant votre pratique ») en vingt-quatre questions afin de répondre aux objectifs de l'enquête. Il était composé de questions fermées, à réponses (binaires ou multiples), et d'une échelle de Likert. Ce questionnaire est présenté en annexe.

1. La première partie « Caractéristiques démographiques » concernait les informations personnelles. Elle permettait d'obtenir des éléments démographiques sur le répondant : âge, sexe, lieu d'installation, type d'installation, pratique du suivi gynécologique.

2. La seconde partie, « Concernant l'Interruption Volontaire de Grossesse médicamenteuse », concernait les connaissances des médecins généralistes sur l'interruption volontaire de grossesse.

Elle concernait des connaissances théoriques renvoyant à la fois à la loi 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'I.V.G. et à la contraception et à la loi 2016-41 du 26 janvier 2016, ainsi qu'aux formations médicales initiales ou continues éventuelles.

En outre, elle concernait les représentations des médecins quant à la signification sociale de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse.

3. La troisième partie, « Concernant votre pratique », concernait l'impact de ces connaissances et représentations sur leurs pratiques. Cette partie portait à la

fois sur leur sentiment d'être suffisamment bien formé pour orienter les patientes, sur leur souhait de pratiquer l'IVG, et le cas échéant sur leur désir de se former et la facilité d'accéder à la formation et en dernier lieu, sur le fait que leurs patientes peuvent accéder à l'IVG avec difficulté ou non.

II.4. POPULATION CIBLE

Cette enquête s'adressait à tous les médecins généralistes installés dans la Somme en novembre 2017.

Nous avons fait l'inventaire de l'ensemble des cabinets des médecins généralistes de la Somme *via* une recherche sur les pages jaunes, territoire par territoire à l'aide d'une carte routière. Pour obtenir les adresses courriel nous avons contacté par téléphone chacun des cabinets de médecine générale, nous permettant de joindre 184 médecins par courriel, sur les 497 médecins généralistes que notre mode de recherche nous a permis de recenser dans la Somme.

Les questionnaires informatisés ont été envoyés par courriel le 19 décembre 2017. Les médecins généralistes avaient le choix entre un lien permettant d'accéder au *Google form*® ou au questionnaire en format PDF qu'il était possible de cocher par informatique, ou d'imprimer et de remplir manuellement et de nous renvoyer par mail après l'avoir scanné.

Nous avons adressé aux 313 médecins restant un questionnaire papier, avec une enveloppe réponse, courant Janvier et Février 2018.

Nous avons inclus dans notre enquête l'ensemble des médecins généralistes de la Somme nous ayant retourné leur exemplaire rempli.

II.5. EXPLOITATION STATISTIQUE :

L'analyse des questionnaires reposait sur de multiples variables. Le logiciel *Excel*® a été utilisé pour la transcription des données informatiques et pour effectuer des tests statistiques. Au vu de l'effectif de notre cohorte, seuls des tests du Khi2, avec un seuil de signification à 5%, ont pu être appliqués en respectant les conditions d'application. Quand nous formions l'hypothèse d'une supériorité d'effectif d'un groupe à l'autre lorsque nous les comparions, le seuil de signification a été réduit à 2,5%.

II.6 OBJECTIFS

II.6.1. OBJECTIF PRINCIPAL

Faire un état des lieux des connaissances et pratiques des médecins généralistes de la Somme à propos de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse et ambulatoire.

II.6.2. OBJECTIF SECONDAIRE :

Dégager de cet état des lieux ce qui pourrait faire obstacle à l'augmentation des actes d'IVG réalisés en ville.

III. RÉSULTATS

III.1. TAUX DE PARTICIPATION

Le taux de réponses global était de 108/497 (21,7%).

Nous avons adressé un mail à 184 personnes. Parmi celles-ci, 45 ont répondu (24,4%). 39 personnes avaient choisi de répondre *via* le formulaire « *Google® form* », soit 21,2% (ou 7,8% de l'effectif global), et 6 personnes qui ont téléchargé le questionnaire en pièce jointe pour nous le renvoyer une fois scanné, soit 3% (1,2% de l'effectif global) .

Nous avons eu 63 réponses sur les 313 questionnaires que nous avons envoyé par courrier, soit 20% (ou 12,7% de l'effectif global).

3.1bis. Taux de réponse particuliers

Certains, parmi les sondés, n'ont pas répondu à toutes les questions, nous avons alors établi le pourcentage en fonction du nombre global de réponses obtenues à chacune des questions.

III.2. STATISTIQUES DESCRIPTIVES DE LA POPULATION

III.2.1. L'ÂGE

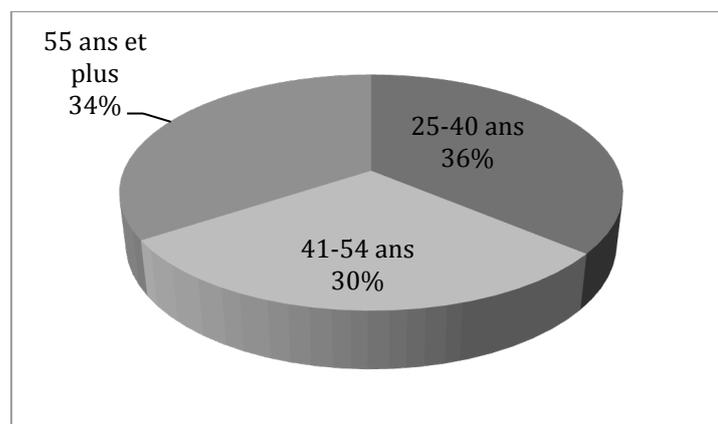


Figure 1 : Répartition de la population étudiée selon l'âge

III.2.2. RÉPARTITION HOMME/FEMME

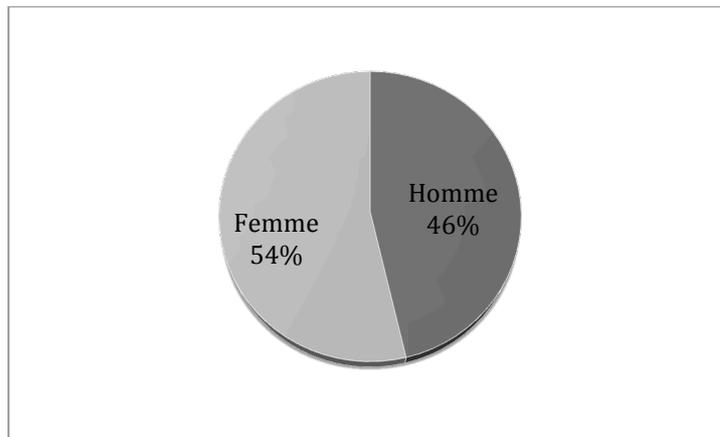


Figure 2 : Répartition de la population selon le sexe

III.2.3. LE TYPE D'EXERCICE

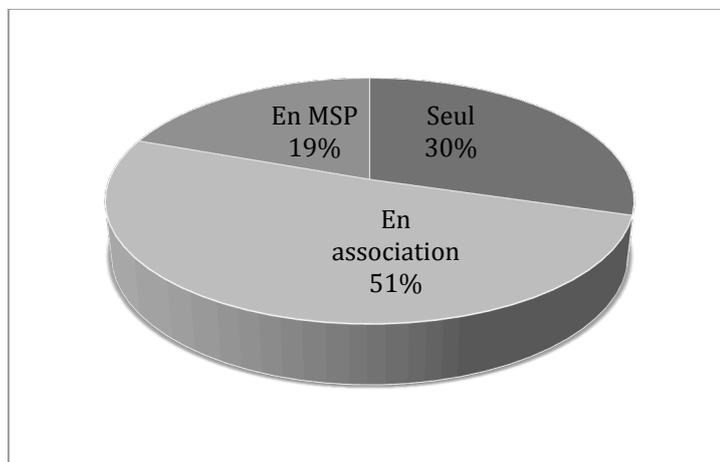


Figure 3 : Répartition de la population selon le type d'exercice,

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

III.2.4. LE LIEU D'EXERCICE

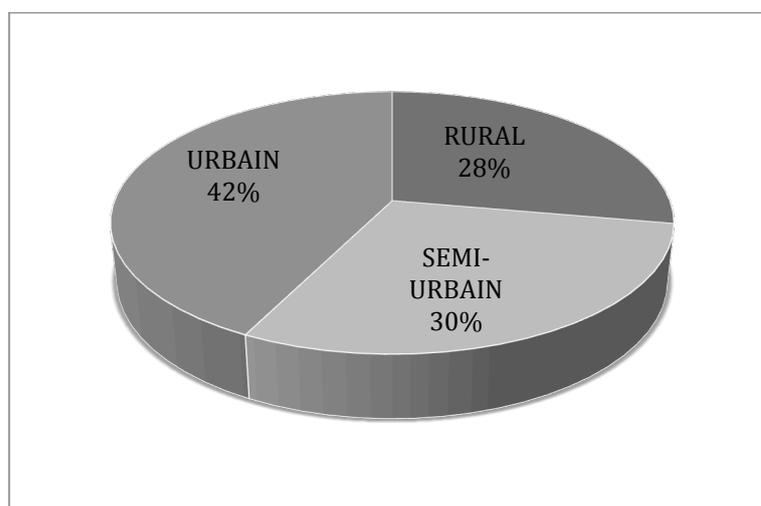


Figure 4 : Répartition de la population selon le lieu d'exercice

III.2.5. PRATIQUE D'UN SUIVI GYNÉCOLOGIQUE

59,2% (n=64) des personnes ayant répondu au questionnaire réalisaient un suivi gynécologique.

III.3.CONNAISSANCES A PROPOS DE L'IVG

III.3.1. QUESTIONS AYANT TRAIT À LA CONNAISSANCE DE LA LÉGISLATION DE 2001 ET 2016 (Questions 2.1., 2.2., 2.4., 2.5.)

III.3.1.1. « Il faut être gynécologue pour pouvoir réaliser l'IVG » :

91 personnes sur les 108 répondants (84%) savaient qu'il ne fallait pas nécessairement être gynécologue pour pratiquer l'IVG. Parmi les personnes d'avis contraire, les personnes ne pratiquant pas la gynécologie (n = 12, 11%, $p<0,45$), et les hommes (n=11, 10,2%, $p<0,25$) étaient plus nombreux mais de manière non significative.

III.3.1.2. « Il faut passer une convention avec un centre hospitalier voisin pour la réaliser » :

82% des 102 répondants connaissaient la nécessité de signer une convention avec un Centre Hospitalier pour pratiquer l'IVG (n = 84).

Sur ces 102 répondants, 55% (n =56) pratiquaient le suivi gynécologique, et 47% étaient des femmes (n=48).

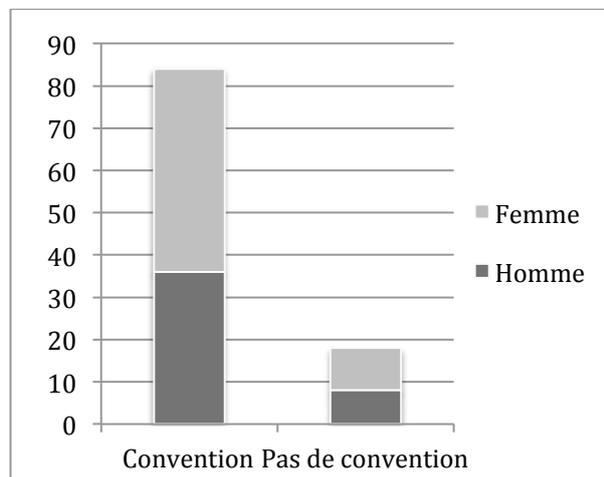


Figure 5. Nécessité ou non de passer une convention, effectif des réponses selon le sexe

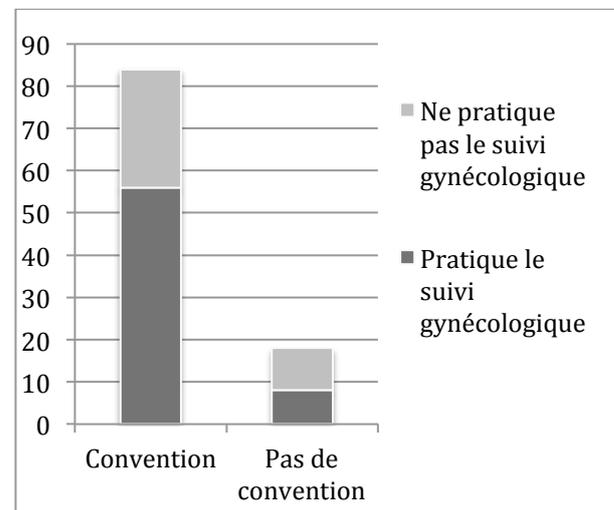


Figure 6. Nécessité ou non de passer une convention avec un centre hospitalier pour pratiquer l'IVG médicamenteuse, effectif des réponses selon que l'on pratique ou non le suivi gynécologique

III.3.1.3. « Le délai de réalisation de l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville » :

La durée maximale de grossesse autorisée pour pratiquer l'IVG en ville, soit 5 SG, était connue de 49% des 103 répondants (n =51). Parmi ces 103 répondants, les personnes ayant répondu juste pratiquaient la gynécologie pour 31% (n = 32), et étaient des femmes pour 28% (n = 29). Cependant, les différences d'un groupe à l'autre sont non significatives : $p < 0,45$ pour la supériorité des bonnes réponses des personnes pratiquant la gynécologie par rapport aux autres, quant à la supériorité des réponses justes chez les femmes, on ne peut en conclure ($p > 0,45$).

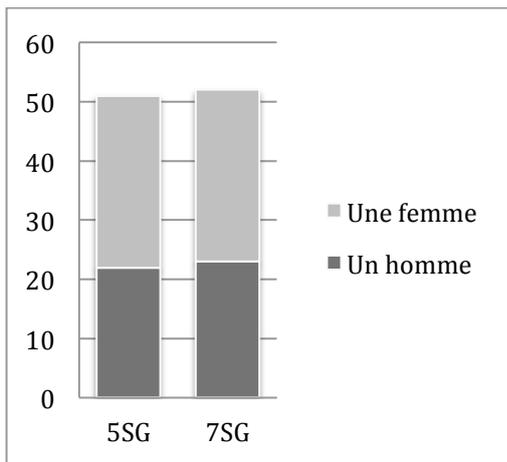


Figure 7. Réponse à la question du délai de réalisation de l'IVG en ville, effectif selon le sexe (Effectif)

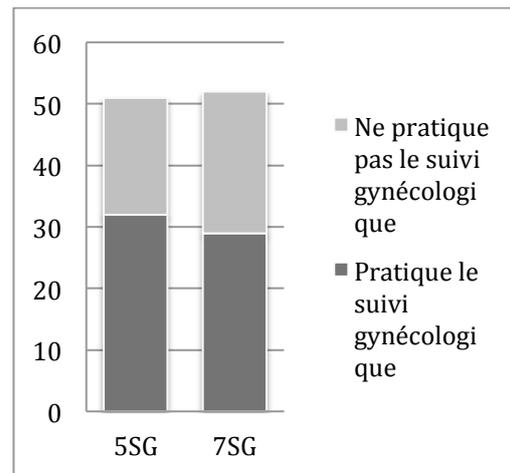


Figure 8. Réponse à la question du délai de réalisation de l'IVG en ville, effectif selon la pratique ou non de la gynécologie (Effectif)

III.3.1.4. « Le délai de réflexion de huit jours entre la consultation d'information et la consultation de la réalisation de l'IVG est obligatoire quelque soit l'âge de la patiente »

Quant au fait de savoir que le délai de réflexion n'est plus obligatoire, seuls 33% des 107 répondants (n=35) ont répondu correctement. Parmi les 107 répondants, les personnes ayant répondu juste étaient majoritairement, mais de manière non significative, des femmes (21%, n=22, $p < 0,25$), et des personnes installées en association (n=21, 20%, $p < 0,45$ en comparaison avec les personnes ayant répondu correctement et qui exerçaient seules).

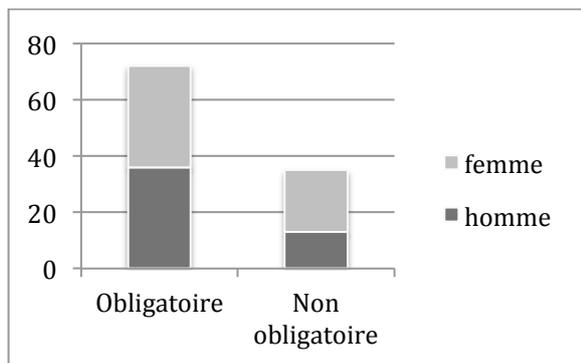


Figure 9 Répartition des réponses à la question du caractère obligatoire du délai de 8 jours, en fonction du sexe. (Effectifs)

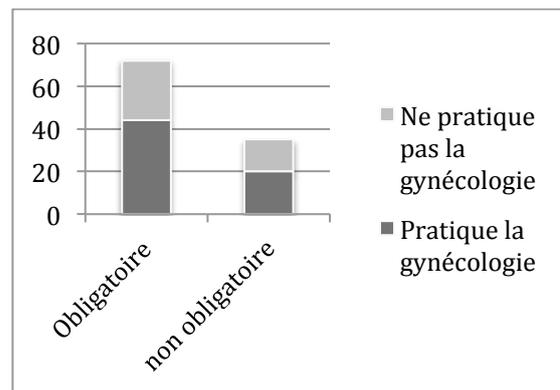


Figure 9. Répartition des réponses à la question du caractère obligatoire du délai de 8 jours, en fonction de la pratique ou non de la gynécologie (Effectifs).

Si les personnes pratiquant la gynécologie semblaient présenter un meilleur taux de réponses justes ($n=20$, 19%), il n'était pas possible de conclure ($p>0,45$). De plus, ce même sous-groupe semblait de la même façon représenter la majorité des réponses fausses ($n=44$, 41%, $p<0,45$).

Les connaissances à propos des aspects légaux de l'IVG de 2001 et 2016 étaient donc parfois inégales.

III.3.2. QUESTIONS AYANT TRAIT AUX CONNAISSANCES MÉDICALES (Questions 2.3., 2.6, et 2.7.)

III.3.2.1. « La mifepristone est délivrée aux professionnels de santé » :

86% des 102 répondants ont répondu juste ($n= 88$), sans distinction selon le sexe ou l'âge de la population. Cependant, les résultats laissaient penser qu'on observait des réponses sensiblement meilleures selon que les personnes étaient installées en association (45% des 102 répondants étaient des personnes installées en association et ont répondu juste ($n= 46$)), ou en milieu urbain (39% des 102 répondants étaient installés en milieu urbain et ont répondu juste ($n=40$)) mais sans être statistiquement significatif car sur un trop faible effectif.

III.3.2.2. « La stérilité est une complication possible de l'IVG médicamenteuse » :

La question 2.6. associait une question de représentation à une question de connaissance en demandant si la stérilité était une complication possible de l'IVG médicamenteuse et proposait de répondre sur une échelle de Likert. Comme nous l'avons vu en introduction la stérilité n'est pas une complication décrite de l'IVG médicamenteuse, par contre c'est une

idée de sens commun fréquemment rencontrée, de la même façon que la pilule contraceptive aurait une influence sur la fertilité par exemple.

Nous avons d'abord simplifié les réponses en réponses « justes » (la stérilité n'est jamais une complication possible de l'IVG) et « fausses » (incluant les autres réponses : « Parfois », « souvent », « toujours »).

54% (n=57) des 105 répondants ont répondu correctement en affirmant que la stérilité n'était jamais une complication de l'IVG. Si ce pourcentage se retrouve globalement dans chacune des catégories, on observe, mais de manière non significative, plus de réponses justes chez les personnes âgées de 25 à 40 ans ($p < 0,45$), et de « réponses fausses » chez les personnes âgées de 55 ans et plus ($p < 0,45$), et les personnes installées seules ($p < 0,45$).

La tendance globale était tout-de-même d'affirmer que la stérilité était une conséquence rare (parfois) voire inexistante de l'IVG (96%, n=101), il existait très peu d'avis contraires (3%).

III.3.2.3. « Il y a moins de risque de complications avec la méthode chirurgicale qu'avec la méthode médicale » :

94% des 102 répondants ont répondu par la négative, ce qui était une réponse juste (n=96).

Les réponses à ces trois dernières questions témoignaient donc globalement d'une bonne connaissance des aspects médicaux théoriques de l'IVG médicamenteuse.

III.3.3. QUESTIONS AYANT TRAIT AUX REPRÉSENTATIONS DES MÉDECINS À PROPOS DE L'IVG (Questions 2.8., 2.9. et 2.9.bis)

III.3.3.1. « Quelle est ou quelles sont les raisons de grossesse non prévue (GNP) ? »

Cette question proposait plusieurs raisons : « Défaut d'information sur les conditions d'apparition d'une grossesse », « Contraception inadaptée à la patiente », « Échec intrinsèque à la nature de la contraception », « Défaut d'observance », « Conduite irrationnelle vis-à-vis de la contraception, pensée magique ». Pour chacune des propositions, le répondant devait choisir un option entre « Jamais », « Parfois », « Souvent », et « Toujours ».

La répartition des réponses est détaillée dans la figure 2.8. Les réponses extrêmes « Jamais » et « Toujours » étaient peu représentées. Les deux items « Echec intrinsèque à la contraception » et « Défaut d'observance » avaient les réponses les plus contrastées. Parmi les

106 répondants, le défaut d'observance apparaissait comme la raison de GNP la plus généralement admise (77%).

L'« Échec intrinsèque à la nature de la contraception » était majoritairement considéré comme une raison de GNP peu fréquente (74%).

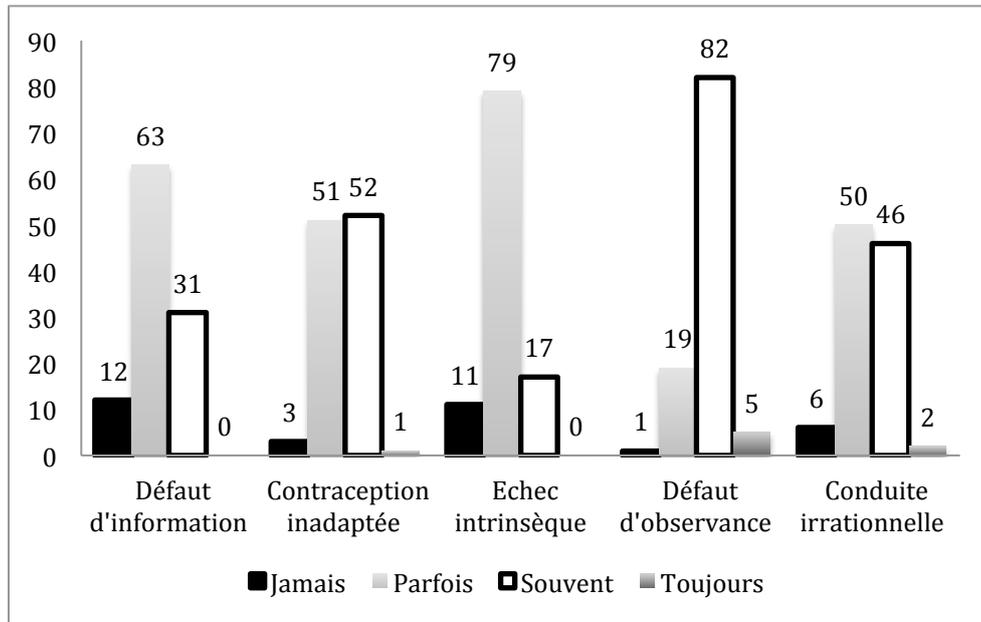


Figure 10. Question 2.8. « Quelle est ou quelles sont les raisons, selon vous, de la survenue d'une grossesse non prévue ? » (Effectifs)

III.3.3.2. « Pensez-vous que la contraception et l'interruption volontaire de grossesse sont une question exclusivement médicale ? »

Cette question permettait de travailler sur la représentation que le médecin se fait de son propre rôle lorsqu'il prescrit une contraception. S'il répondait « Oui », le médecin s'envisageait uniquement comme « prescripteur », comme pour toute autre question médicale, occultant le rôle social qu'il revêt de fait, comme nous l'avons montré en introduction. Seule une minorité de médecins estimait que cette question est exclusivement médicale (14%, n=15).

III.3.3.3. « Si non, de quel ressort est-ce ? »

Cette question cherchait à mettre en évidence des idées partagées à propos de la dimension sociale de l'avortement. Les trois propositions étaient « C'est un enjeu individuel, le choix tenant de la liberté individuelle, la femme doit être actrice dans le choix de sa

contraception » ; « C'est un enjeu social : la contraception et la possibilité de réaliser une IVG comme moyen d'émancipation de la femme, comme moyen pour la femme d'accéder à une autre place dans la société (argument du Mouvement Français du Planning Familial) » et « Autre ». Dix personnes n'ont pas répondu à la question, et parmi celles-ci, toutes avaient répondu qu'il s'agissait d'une question exclusivement médicale à la question précédente.

L'argument de la liberté individuelle était le plus fréquent (88%, n = 86 sur 98 répondants). Et on retrouvait l'argument de l'émancipation sociale dans 52% des cas (n = 51 sur 98 réponses).

Ainsi, l'idée que l'IVG et la contraception ne sont pas uniquement une question médicale était majoritairement partagée.

III.4. PRATIQUES DE L'IVG MEDICAMENTEUSE DES MEDECINS GENERALISTES DE LA SOMME

La deuxième partie du questionnaire était dédiée aux connaissances « en pratique » et à l'éventuelle pratique de l'IVG médicamenteuse des médecins généralistes de la Somme.

III.4.1. « Avez-vous déjà eu une demande d'Interruption Volontaire de Grossesse ? »

Cette question permettait de mettre en évidence la réalité des demandes d'IVG dans la pratique des médecins enquêtés. Sur 107 répondants, 93% affirmaient avoir déjà eu une demande d'IVG (n=100) : ceci justifiait l'intérêt des questions suivantes.

III.4.2. « Pensez-vous avoir acquis des connaissances suffisantes sur l'IVG lors de votre formation initiale ? »

Sur 105 répondants, 70% affirmaient que leur formation initiale était insuffisante concernant l'IVG, majoritairement, mais de manière non significative, chez les femmes (40%, n=42, $p<0,45$), chez les personnes pratiquant le suivi gynécologique (39%, n=41, $p<0,45$), chez les médecins exerçant en association (35%, n=37, $p<0,45$) et en milieu urbain (32%, n=34, $p<0,25$).

Pour autant, ce défaut de connaissances lié à la formation initiale ne coïncidait pas forcément avec un désir de formation, comme le montre la figure suivante.

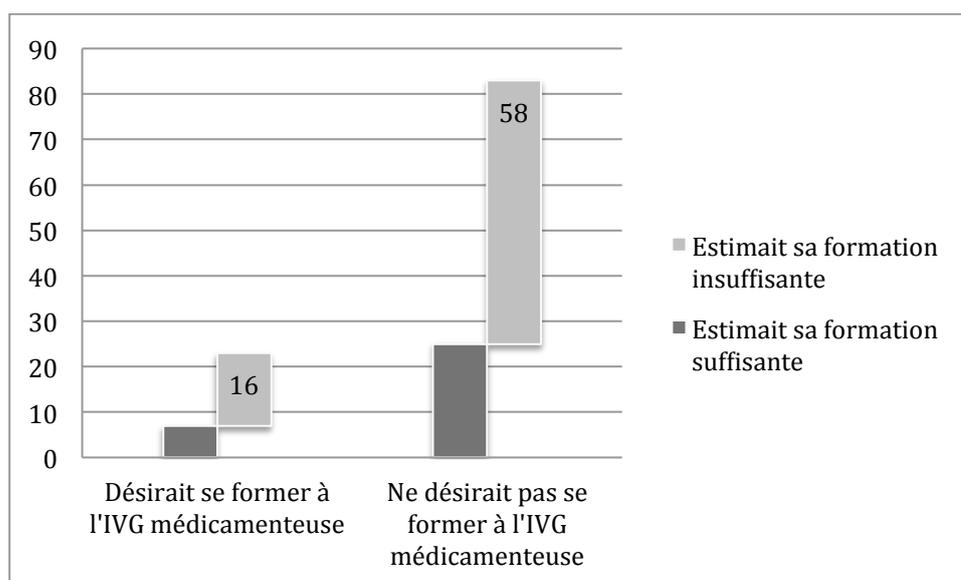


Figure 11. Analyse croisée : Désir de formation en fonction du fait d'estimer que sa formation initiale est suffisante ou non (effectifs)

Ainsi, 55% des 106 répondants aux deux questions (n=58) estimaient que leur formation était insuffisante et ne désiraient pas se former, et ce, qu'il s'agisse de femmes (26%, n=28) ou d'homme (28%, n=30), qu'il ou elle pratique (25%, n=27) ou non (29%, n=31) le suivi gynécologique. Par contre 15% (n=16) des répondants à ces deux questions souhaitaient suivre une formation.

Il existait donc un désintérêt pour la formation à l'IVG médicamenteuse de la part de la majorité des médecins généralistes de la Somme quelques soient leurs pratiques.

III.4.3. « Avez-vous rencontré des obstacles pour réaliser cette formation ? »

Cette question était la question du désir de formation. Elle demandait si, malgré le désir de formation, le médecin avait rencontré des obstacles pour réaliser celle-ci. Sur les 101 personnes qui ont répondu, 70 personnes n'étaient pas concernées par la question car elles avaient répondu à la question précédente qu'elles ne désiraient pas se former à l'IVG. Sur les 31 personnes restantes, la majorité (19%, n = 19) a répondu qu'elle n'avait pas rencontré d'obstacle.

III.4.4. « Quel(s) type(s) d'obstacle(s) avez-vous rencontrés ? »

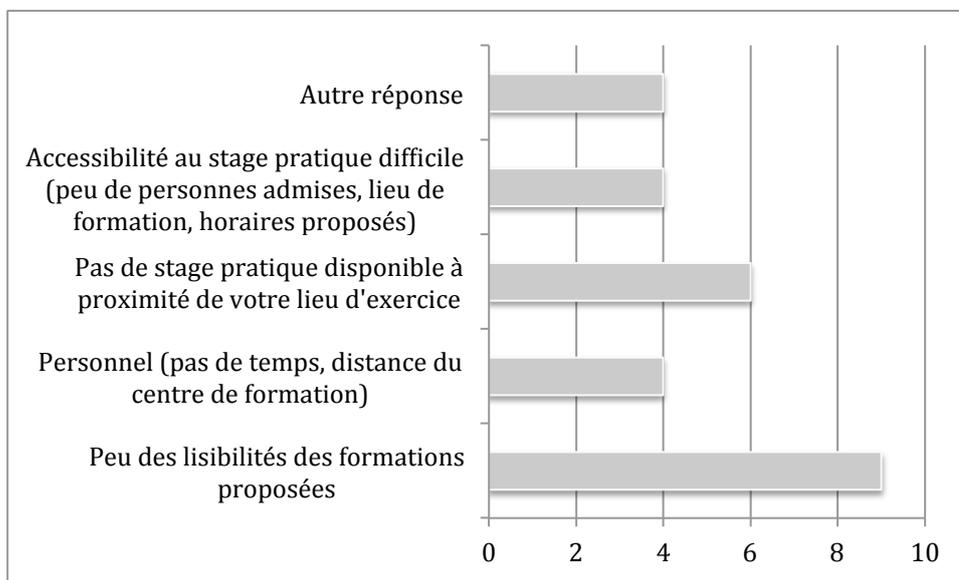


Figure 12. Questions 3.4.ter Si oui, quel type d'obstacle avez-vous rencontré ? (Effectifs)

L'argument le plus fréquent était celui de la lisibilité des formations proposées. En outre, en analyse croisée, on constatait que la notion d'obstacle était importante, puisque, sur

les 12 personnes désirant se former et ayant rencontré des obstacles, une seule personne s'est réellement formée.

Cependant, certains médecins ont répondu qu'ils n'avaient pas rencontré d'obstacle à se former alors qu'ils n'en avaient pas exprimé le désir (7%, n=7) et ce, quelque soit le sexe ou l'âge des médecins, le type ou le lieu d'installation.

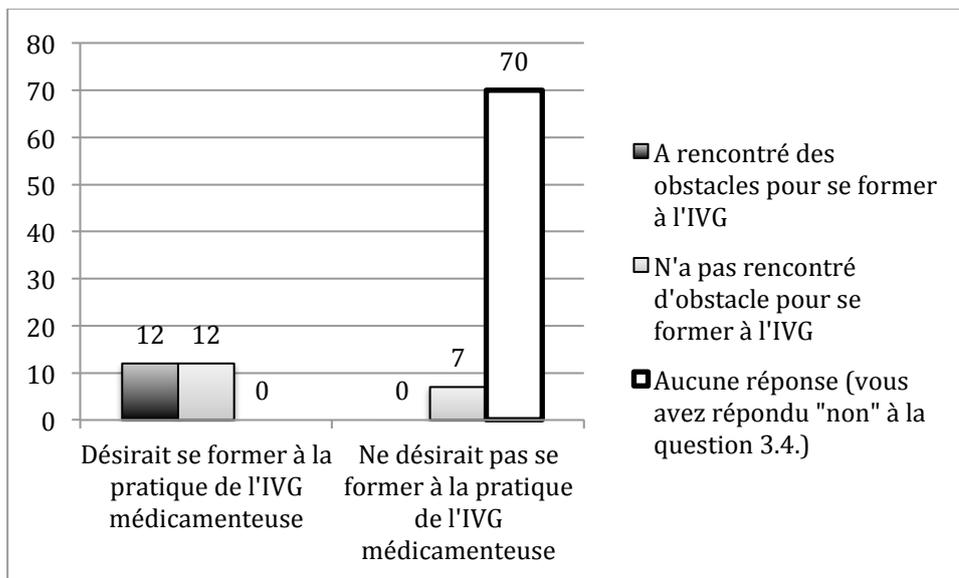


Figure 13. Analyse croisée : Désir de se former à la pratique de l'IVG médicamenteuse/Obstacles rencontrés à la formation. (Effectifs)

III.4.5. « Avez-vous reçu une formation sur la pratique des IVG médicamenteuses ? »

Par ailleurs, un plus grand nombre de personnes ne désirant pas se former a eu effectivement une formation (n = 15), comparativement au groupe désirant se former (n = 9), différence non significative ($p < 0,45$) : même s'il existait une plus grande proportion de personnes parmi celles qui désiraient une formation en ayant effectivement reçu une.

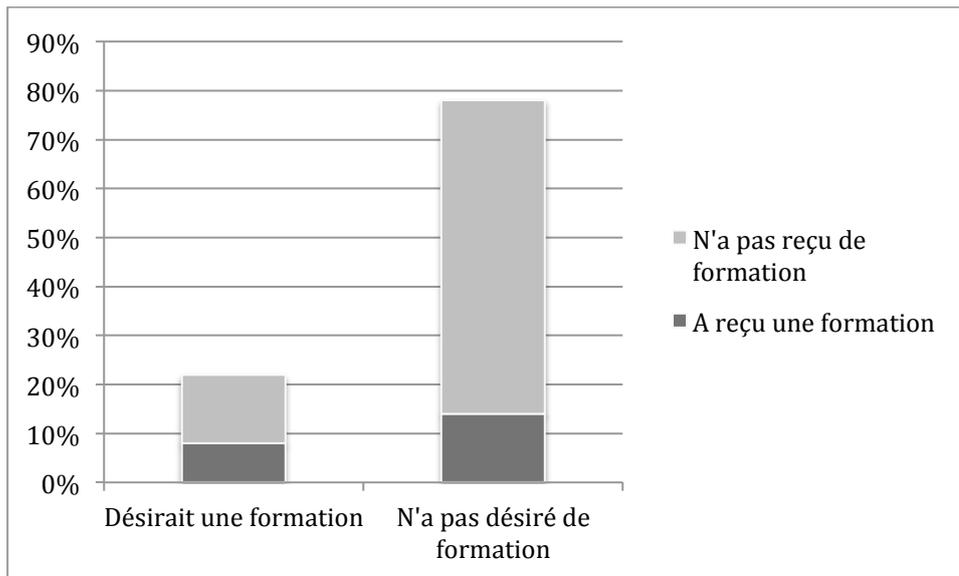


Figure 14. Analyse croisée : part de la population qui a eu une formation sur l'IVG médicamenteuse ou non, selon que le médecin désirait être formé ou non.

En analyse croisée, nous avons recherché si le fait d'avoir eu une formation assurait des réponses justes dans la partie « Connaissances ». 24 personnes sur 108 avaient reçu une formation, 8 personnes sur 108 avaient toutes les réponses justes, dont 3 avaient eu une formation.

Si on retirait la question de la suppression de délai de réflexion de 8 jours, car de modification récente (la formation aurait pu avoir lieu avant 2016), 8 personnes sur les 24 personnes formées (33%) avaient toutes les réponses justes, contre 17 sur 84 non formées (20%), différence non significative ($p < 0,9$). La différence de taux de réponses globalement justes chez les personnes formées ou non n'était donc pas significative.

III.4.6. « Pratiquez-vous des IVG médicamenteuses ? »

Cette question visait aussi à connaître la pratique réelle des médecins généralistes de l'IVG médicamenteuse.

8% (n=9) de la population interrogée affirmaient pratiquer l'IVG médicamenteuse. De la même façon, en analyse croisée, sur ces 9 personnes, 3 seulement avaient toutes les réponses justes, 4 si on exceptait la question du délai de 8 jours.

Pour les autres, les raisons avancées pour ne pas pratiquer l'IVG sont détaillées dans la figure suivante :

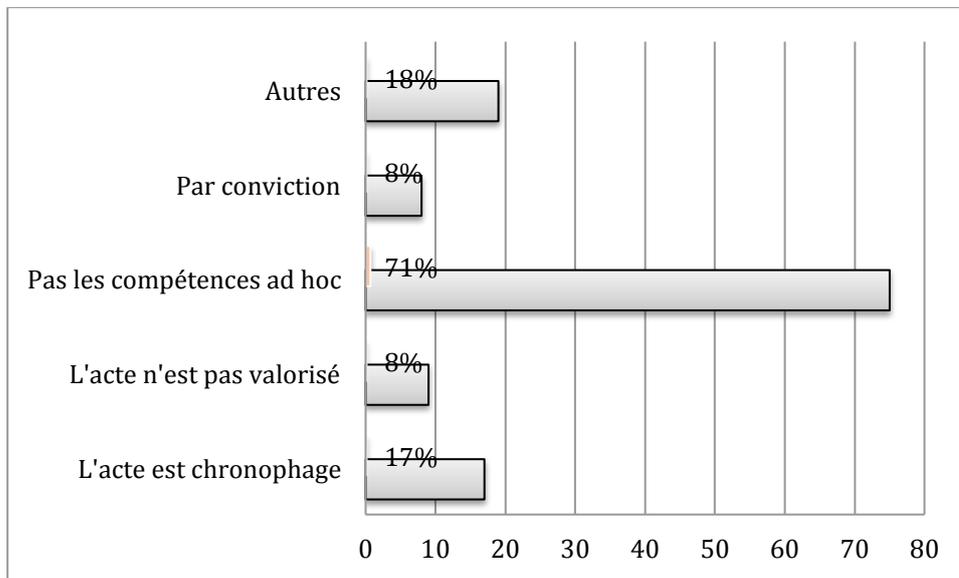


Figure 15. Raisons données pour lesquelles les médecins interrogés ne pratiquent pas l'IVG

L'argument au premier plan était l'absence de compétences. Ainsi, en analyse croisée, 61 personnes sur 106 (58%) estimaient ne pas avoir les connaissances suffisantes sur l'IVG (Question 3.3.) et mettaient en avant l'absence de compétences *ad hoc* comme raison de leur absence de pratique (Question 3.4.).

Pour autant, comme précédemment, ceci ne coïncidait pas avec un désir de formation pour la plupart des médecins. En effet, seules 14 personnes sur 108 (13%) déclaraient à la fois désirer se former et ne pas pratiquer l'IVG pour un problème de compétence.

Ainsi, de nombreux médecins généralistes de la Somme ne se montraient pas intéressés par la formation à l'IVG médicamenteuse, tout en admettant qu'ils n'étaient pas compétents pour pratiquer l'IVG médicamenteuse et que leur formation initiale était insuffisante.

III.4.6. « Vos patientes vous ont-elles fait part de difficultés pour réaliser une IVG ? Si oui, quel type de difficulté ? »

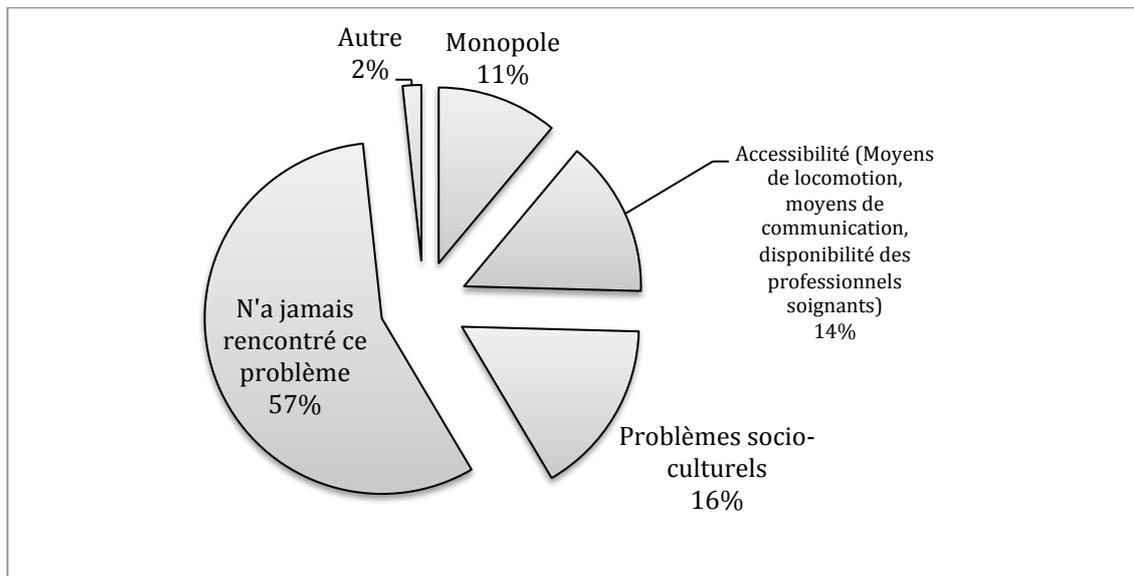


Figure 16. Vos patientes vous ont-elles fait part de leur difficultés pour réaliser une IVG ? Si oui, quel type de difficulté ?

25% des répondants ont remarqué un problème d'accessibilité qui serait à l'origine de difficultés rencontrées par les patientes pour réaliser une IVG, dont 11 % trouvaient que ce problème d'accessibilité était lié à un sentiment d'une position de monopole des centres pratiquant les IVG.

IV. DISCUSSION

IV.1. POPULATION

La répartition de la population des médecins généralistes installés dans la Somme et ayant répondu à l'enquête était homogène pour le type d'exercice (seul, en association, en maison de santé pluri-professionnelle) et le lieu d'installation (rural, semi-urbain, urbain). Cette répartition était comparable à celle des médecins installés en 2016 dans les Hauts de France pour le sexe (46,2% d'hommes et 53,8% de femmes) mais pas pour l'âge : les médecins de moins de 40 ans représentant 20,6%, et les médecins de plus de 60 ans 23,7% [20], contre respectivement 36% et 34% dans notre enquête.

Parmi les répondants, il n'a pas été dégagé de différence significative entre les réponses des différents groupes établis en fonction des caractéristiques démographiques. De même, la tendance à un plus grand nombre de réponses justes chez les personnes pratiquant le suivi gynécologique et les femmes n'était pas significative.

IV.2 CONNAISSANCES ET REPRÉSENTATIONS À PROPOS DE L'IVG

IV.2.1. Représentations

IV.2.1.1. Concernant les risques de complication selon la méthode d'IVG utilisée

Certaines questions de connaissances renvoyaient implicitement à des questions de représentations, à l'instar de la question 2.7. (« Il y a moins de risque de complications avec la méthode chirurgicale qu'avec la méthode médicale »). Celle-ci évaluait l'idée reçue d'un degré de « dangerosité » qui conduirait à recommander à une patiente une méthode plutôt que l'autre lorsque le terme de la grossesse le permet, en l'occurrence la méthode chirurgicale plutôt que la méthode médicale, et qui expliquerait alors une préférence pour le milieu hospitalier où étaient exclusivement pratiquées les IVG par aspiration jusqu'en 2016.

En répondant par la négative à 96%, les médecins sondés rejetaient l'idée qu'il y avait moins de risque avec la méthode chirurgicale qu'avec la méthode médicamenteuse. Cette question a été posée par rapport aux arguments d'une dangerosité ou encore de conséquences sur la fertilité qui étaient initialement citées pour dissuader les femmes de pratiquer un

avortement aux premiers temps de la loi. L'idée que les deux méthodes sont proches en termes de taux complications est généralement admise.

La méta-analyse réalisée par FAUCHER lui permet d'affirmer que l'incidence des complications précoces (dans les 6 semaines) après la pratique d'une IVG est très faible [5]. « Dans une étude rétrospective californienne publiée en 2014 sur plus de 50 000 IVG [21], le taux de recours aux urgences hospitalières pour une complication liée à l'avortement était de 0,87 % (dont 0,03 % nécessitant un transfert dans un autre hôpital), le taux de complications majeures était de 0,23 % (IVG instrumentale = 0,16 % et IVG médicamenteuse = 0,31 %) et le taux de global de complications de 2,1 % (IVG instrumentale=1,3 % et IVG médicamenteuse=5,2 %). En l'absence de données françaises, on peut néanmoins estimer que le taux de complications de l'IVG est proche de ces données. » [5] « Il n'est pas possible d'évaluer l'incidence globale des complications à moyen et long terme étant donné l'hétérogénéité du type de complications et du moment de leur survenue. Par ailleurs, la réalité de la corrélation entre certaines complications tardives et la pratique antérieure d'une IVG est controversée. »[5]

Selon la même source, les risques propres à l'IVG instrumentale sont la déchirure cervicale (0,2%) et la perforation utérine. Elle n'est pas associée à une augmentation du risque d'infertilité ultérieure.

Pour certaines complications, le risque est plus important lorsqu'il s'agit d'une IVG médicamenteuse : ainsi le risque d'échec complet de l'avortement est de 1,1% (contre 1 à 5 ‰ pour les IVG instrumentales) avec un risque qui augmente avec l'âge gestationnel [22]. Et le risque d'avortement incomplet est 5 fois plus important avec la méthode médicale qu'avec la méthode chirurgicale. [23]

IV.2.1.2. Représentations concernant le lien contraception – GNP

Les questions 2.8., 2.9. et 2.9.bis cherchaient explicitement à mettre en valeur les représentations que pouvaient avoir les médecins de leur rôle dans le rapport qu'ont leurs patientes avec leur contraception, en particulier dans la manière dont elles la choisissent. En effet, un choix de contraception mal fait ou non fait par les patientes détermine peut-être un excès de survenue de GNP (méthode qui serait imposée à la patiente, mais aussi pensée irrationnelle qui ferait que la patiente se sentirait non concernée par le risque d'une grossesse). Pour le choix de la contraception, le médecin se considère-t-il comme unique

conseiller ou prescripteur légitime, ou bien admet-il d'autres instances (sociale, individuelle ou autre) ? Le médecin accepte-t-il une limite à sa capacité prescriptive, ou serait-ce en quelques sortes « de la faute de la patiente » si une GNP survient ?

La question 2.8. demandait d'approuver ou non différentes raisons expliquant une GNP. Tous les items, excepté le troisième, « Echec intrinsèque à la nature de la contraception », faisaient implicitement référence à la perception qu'avait le médecin interrogé de la relation médecin-patiente.

En effet, le premier, « Défaut d'information sur les conditions d'apparition d'une grossesse » et le deuxième « Contraception inadaptée à la patiente » sous-entendaient un rôle plus important pour le médecin dans la survenue d'une GNP.

- « Défaut d'information » : dans ce cas, le rôle d'expert du médecin est sous-entendu dans la relation médecin-patiente, le médecin est de droit le détenteur de l'information, dans la limite du fait qu'il n'est pas le seul à émettre cette information (il existe un rôle défini pour l'Éducation Nationale dans l'éducation sexuelle, et, dans notre société l'accès à l'information est optimisé, le principal problème en reste le tri.)
- L'item « Contraception inadaptée à la patiente » sous-entendait le rôle de conseil et d'écoute du médecin pour aider à trouver avec la patiente la meilleure contraception. La patiente n'étant pas experte dans le domaine de la contraception, l'asymétrie est évidente.

À l'inverse, les quatrième et cinquième items sous-entendaient un rôle plus important de la femme dans la survenue d'une GNP.

- Le quatrième item « Défaut d'observance » va en ce sens, puisque l'observance est le fait de la femme. Cet item est conceptuellement lié à l'item « Contraception inadaptée à la patiente ». En effet, une contraception inadaptée qui aboutit à une GNP correspond spécifiquement à un mésusage de cette contraception, en l'occurrence, très souvent à un « oubli » et donc à un problème d'observance.
- Le cinquième item, « Conduite irrationnelle vis-à-vis de la contraception, pensée magique », évoque spécifiquement les représentations erronées qu'aurait la

patiente à partir d'informations entendues mais interprétées en fonction de ses croyances et de ses mécanismes de pensée. Cet item est corrélable, de droit, au premier item « Défaut d'information sur les conditions d'apparition d'une grossesse ».

Notre hypothèse était que les médecins qui concevaient la relation médecin malade comme asymétrique et s'envisageaient en position d'expert et de contrôle responsabiliseraient plus volontiers les patientes dans la survenue des GNP, et minimiseraient leur propre rôle. Cette idée pouvait être confirmée par la réponse par l'affirmative à la réponse 2.9. (« L'IVG et la contraception sont spécifiquement une question médicale »). Il pourrait donc être intéressant de voir si les médecins qui avaient préférentiellement opté pour l'un des deux item avaient aussi opté pour l'autre, c'est-à-dire celui qui lui était conceptuellement corrélé.

Ainsi, 15% (n=16) présentaient effectivement un profil d'expert : ils répondaient « Souvent » ou « Toujours » aux questions qui responsabilisaient la patiente, et « Jamais » ou « Parfois » aux questions qui responsabilisaient le médecin. Parmi ceux-ci, 4 personnes répondaient à la question 2.9. que la contraception et de l'IVG étaient des questions exclusivement médicales.

A l'inverse, 2 personnes sur 107 présentaient un profil contraire à celui d'expert: ils répondaient « Jamais » ou « Parfois » quand l'item responsabilisait la patiente et répondaient « Souvent » ou « Toujours » quand l'item responsabilisait le médecin. Ces personnes niaient le fait que la contraception et l'avortement étaient des questions exclusivement médicales.

Par ailleurs, un seul item sur les 5 ressortait seul comme étant « souvent » responsable d'une GNP : le défaut d'observance 9% (n=10), les autres n'étaient pas aussi fréquemment cités seuls.

Le défaut d'observance et la contraception inadaptée étaient ensemble perçus comme « souvent » ou « toujours » responsables de GNP (15%). De même, la pensée magique était « souvent » ou « toujours » responsable de GNP au même titre que le défaut d'information dans 7% des cas.

Ainsi, au-delà des quelques profils proches des extrêmes qui représentent une minorité de notre population, il n'y avait pas de tendance majoritaire retrouvée, ce qui correspond bien à la complexité de la question des GNP et le flou attaché à leurs conditions de survenue.

Cependant, rappelons qu'indépendamment des réponses aux autres items, le défaut d'observance apparaissait comme la raison de GNP la plus généralement admise (70%), et que l'idée d'une défaillance propre au moyen de contraception (« Echec intrinsèque à la nature de la contraception ») était majoritairement considéré comme une raison peu fréquente de GNP (74%).

Ainsi, les idées que le défaut d'observance est le plus souvent à l'origine des GNP, et donc que la femme « serait plus » responsable que le médecin de la survenue de la GNP étaient malgré tout prégnantes. Le défaut d'observance placé au centre du problème correspond à la *doxa* médicale, transmise lors des études de médecine, qui revient à relativiser l'efficacité théorique de la contraception mise en forme par l'indice de PEARL. L'indice de PEARL est une valeur qui permet d'objectiver l'écart entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique d'une contraception. Il est enseigné pour faire comprendre le caractère relatif et non absolu de l'efficacité de chaque contraception. L'efficacité théorique dénombre le pourcentage de GNP sur un an d'utilisation optimale de la méthode. Cette efficacité théorique est comparée à son efficacité pratique, et c'est l'écart entre les deux qui permet de mesurer l'aspect contraignant de la contraception. Ainsi pour la contraception orale par exemple, l'écart entre les deux est grand en raison des « oublis ».

De plus, l'unique problème de défaut d'observance comme raison de « l'échec contraceptif » a été remis en question par une étude [24] montrant que les GNP ne survenaient pas en cas de défaut d'observance mais au moment de l'arrêt temporaire volontaire de la contraception, qui ne présentent pas jusqu'à présent de critères validés de prédictibilité lors de la visite de prescription de la contraception.

BAJOS et FERRAND ont par ailleurs montré la pluralité des motifs donnés pour ces arrêts temporaires : les prescriptions normatives issues, entre autres, de la relation médecin patiente « placent les femmes face à des injonctions contradictoires que nombre d'entre elles entretiennent encore (aussi) aujourd'hui avec l'avortement » [25].

Pourtant, dans notre étude, on ne retrouve pas la tendance d'une asymétrie médecin/patiente, où la balance des responsabilités aurait tendance à pencher vers la patiente dans la représentation qu'a le médecin des enjeux relatifs à la contraception (Question 2.9.).

Très peu (14%, n=15) n'ont vu dans la contraception et l'IVG qu'une question médicale. Et au contraire une très grande majorité reconnaissait des enjeux sociaux et individuels à la contraception et à l'IVG, et reconnaissait une place centrale à la femme pour cette question (Question 2.9.bis).

IV.2.2. Connaissances imprécises de la législation : implications

Les questions de connaissances à propos de la législation ont surtout montré une connaissance imprécise des délais.

Certes, la question concernant la durée maximale de grossesse autorisée pour pratiquer l'IVG médicamenteuse en ville nous avons un doute sur la qualité de la question. En effet, celle-ci a obtenu des réponses dont la répartition semblait aléatoire (49%/51%). N'y avait-il pas une confusion à l'origine des réponses fausses : la plupart des personnes ayant répondu « 7 semaines de grossesse » ne pensaient-elles pas en réalité « 7 semaines d'aménorrhée » ? En effet, l'unité la plus partagée en France pour dater les grossesses est la semaine d'aménorrhée (SA), entraînant une confusion liée aux automatismes de pensée. De même n'y avait-il pas une confusion liée au fait que les IVG médicamenteuses sont possibles jusqu'à 7 SG mais en établissement de santé ?

Par ailleurs, concernant le délai de réflexion obligatoire ou non de huit jours entre la consultation d'information et de remise de consentement et la consultation de remise des médicaments de l'IVG, quelque soit l'âge de la patiente, consistait à évaluer les connaissances des médecins généralistes de la Somme sur la loi de 2016 dite « loi Touraine », dont l'un des éléments importants était justement l'abolition de ce délai qui pouvait priver de l'accès à l'IVG les femmes proches de 14 SA lors de leur demande d'IVG. Dans notre étude, seuls 33% ont répondu correctement. Il apparaissait que la majorité des répondants ne connaissaient pas cet aspect de la loi Touraine.

Il a été montré que ce délai était souvent inutile car les femmes avaient déjà nourri leur réflexion avant leur demande d'IVG. En effet, la demande d'IVG en constituait elle-même l'aboutissement, comme le montre certaines enquêtes : « Les actrices et les acteurs sur le terrain constatent par ailleurs que les femmes dans leur ensemble ont déjà largement réfléchi à l'intervention au moment d'entrer dans le parcours de soins et n'ont donc pas besoin d'un délai d'attente supplémentaire » [12]. En outre, ce délai au-delà d'allonger le parcours de l'IVG « stigmatisait l'avortement comme un acte médical à part » [12] et pouvait apparaître de ce fait comme une légitimation des arguments moraux qui pouvaient être donnés par les

personnels soignants. Pour illustrer ces arguments, on peut citer les premières directives du Conseil de l'Ordre des Médecins qui, en 1967, rejetait « tout rôle du corps médical dans les avortements de convenance personnelle, tant dans l'établissement de leur principe que dans leur décision et leur exécution »[8]. C'est comme si cette question de la « convenance personnelle » hantait le rapport de la patiente et du médecin dans cette question de l'IVG.

Le rapprochement du constat que les délais sont méconnus et du rôle de contrôle social que revêt de fait le médecin consulté pour une demande d'avortement (*Cf* Introduction, I.4. L'IVG et la norme sociale) est donc problématique. Il serait possible de donner un sens polémique à cette méconnaissance des délais : en effet, le médecin stipulant à la patiente qui le consulte la nécessité d'un délai de 8 jours entre le consentement et la réalisation de l'IVG ne se trouve-t-il pas en train d'entériner les aspects archaïques de la loi de 1975 (selon lesquels le délai était nécessaire pour que la femme mesure la portée de son acte) en toute bonne foi puisqu'il n'a pas connaissance de la suppression de ces délais ?

Il en résulte deux pistes possibles pour désamorcer cette problématique qui tient essentiellement du fait que le rôle proprement médical est largement dépassé par la dimension sociale de l'avortement :

- le formation des médecins est-elle adaptée pour repérer la fonction sociale que le médecin revêt dès lors qu'on lui demande une IVG et donc avoir la posture adaptée ?
- la médicalisation stricte de l'avortement avec tous ses enjeux décrits par FERRAND [15] ne doit-elle pas pouvoir être remise en cause, puisque le cadre social et légal la dépasse clairement? En effet, pour FERRAND, dans la question de l'avortement il existe un glissement dans le rôle de prescripteur du médecin : il ne serait plus de l'ordre du conseil, mais bien plus de l'ordre de l'inculcation d'un discours normatif sur la maternité, dans lequel l'avortement serait la sanction d'un échec. Son rôle n'est donc pas adapté.

Cette dernière question rejoint l'analyse de FAUCHER [25] : pour lui, l'analyse des échecs de la contraception est plus instructive que le décompte des avortements. « Plutôt que d'avoir le nez collé sur le nombre d'avortements, il serait à mon sens préférable d'examiner si les femmes ont vraiment les moyens et la facilité de ne pas avoir d'enfants comme elles le souhaitent. Des mesures comme le délai d'attente pour avoir une IVG, le nombre de femmes qui continuent à partir à l'étranger pour avorter, la résurgence des avortements clandestins voire le nombre d'infanticides ou de maltraitances sur les nourrissons sont beaucoup plus intéressants. L'analyse des échecs de la contraception met en cause le système et la qualité de

la prescription médicalisée des moyens contraceptifs, et il ne faudra par faire l'économie d'une réflexion en profondeur sur ce sujet. »

Et en particulier, pour la question de l'avortement et du médecin généraliste, BAJOS affirme : « les généralistes sont moins bien informés que d'autres professionnels sur les procédures à suivre pour avorter et (que) leurs pratiques renvoient à leurs représentations en la matière, en particulier aux représentations de la légitimité de la demande de la femme. » [26] « De fait, lorsqu'il s'agit d'avorter, les femmes choisissent en majorité d'aller voir un gynécologue. »[26]

Les résultats de notre enquête concordent donc avec l'observation de BAJOS que les médecins généralistes ne sont pas bien informés.

IV.3. PRATIQUES DE L'IVG MEDICAMENTEUSE DES MEDECINS GENERALISTES DE LA SOMME

IV.3.1. Les connaissances en pratique

Les connaissances « en pratique » correspondaient au sentiment qu'aura le médecin de sa capacité ou non, voire de sa légitimité, à réaliser des IVG à son cabinet. En ce sens, la question 3.2. demandait s'il pensait avoir acquis des connaissances suffisantes sur l'IVG, prenant en compte l'ambiguïté de la notion de connaissance suffisante. En effet, le caractère « suffisant » signifiait-t-il le *minimum* à connaître pour remplir *a minima* son rôle de médecin et orienter les patientes, ou alors renvoyait-t-il aux connaissances permettant au médecin de réellement pratiquer l'IVG ?

Majoritairement, les médecins ont répondu ne pas avoir une formation suffisante, et ne pas pratiquer l'IVG parce qu'ils n'en avaient pas les compétences, le plus souvent. Cette affirmation de ne pas avoir les compétences ne correspondait pas à un désir de se former. Pourtant, ce décalage entre incompétence/défaut d'information et absence de désir de se former ne semblait pas poser problème. En effet, l'appel aux arguments autres que l'absence de compétences, qui aurait pu « justifier » en soi l'absence de pratique, n'était pas aussi fréquent. Par exemple, si les arguments d'un défaut de valorisation de l'acte et l'aspect chronophage avaient été mis en avant, il aurait pu être compris que le désir de ne pas se former malgré une absence de compétences *ad hoc* résultait d'un défaut de motivation dû à ces mêmes caractéristiques. Et, selon ce raisonnement, il était possible de l'apparenter à l'argument du défaut de rentabilité poussant les services d'IVG à fermer les uns après les

autres. Mais ce n'était pas le cas (8% pour le problème de valorisation de l'acte, et 19% pour l'aspect chronophage contre 70% pour l'absence de compétence *ad hoc*).

Cette observation pourrait s'expliquer par la notion de « *curriculum latent* » [27]. Le « *curriculum latent* » est l'intégration inconsciente par l'étudiant en médecine des préjugés et représentations de ses enseignants, et elle consiste de fait à reproduire les attitudes et les comportements du corps professoral et non de mettre en pratique les enseignements théoriques. Ce processus aboutit par exemple à l'exagération du risque lié à l'avortement par les médecins, ou encore au paradoxe des femmes médecins qui ne se rapprochent pas de leur expérience pour prescrire.

GELLY [29] a réalisé une étude longitudinale sur des étudiants en médecine qu'elle a interrogés en deuxième année et en sixième année de médecine. Le questionnaire proposait de choisir parmi des réponses prédéfinies en hiérarchisant, les étudiants répondaient en mettant en valeur les items qui leur semblaient les plus importants.

Il en est ressorti que :

- l'enseignement universitaire n'affaiblit pas la logique d'opposition contraception/avortement, ni son corollaire qu'est l'illusion de réduire le nombre d'avortements par la contraception. Il ne permet pas aux étudiants de prendre conscience de la pluralité des déterminants de l'avortement, ni de son irréductibilité au simple échec contraceptif.
- En sixième année, l'idée que la meilleure contraception est celle avec le meilleur bénéfice risque (contre celle qui est choisie par la femme) est renforcée. Les étudiants ont retiré de leurs études la notion qu'en matière de contraception les critères médicaux priment sur les conditions de vie des femmes qui l'utilisent.
- Les critères faisant appel aux connaissances médicales ou légales indépendamment de leur véracité scientifique et qui ne font pas directement intervenir la subjectivité de l'étudiant sont plus présents chez les étudiants en sixième année qu'en deuxième année.
- *A contrario*, les critères prenant en compte la condition de vie de la femme sont plus présents en deuxième année qu'en sixième année.

En outre, le processus à l'œuvre dans le « *curriculum latent* » s'inscrit dans un processus plus général de normativité. « La pratique médicale, comme celle de tout acteur

social, n'est pas exempte de normativité et la recherche de l'efficacité maximale n'est pas le seul critère pris en considération, et les représentations des médecins jouent aussi. »[24]

La représentation devient la réalité elle-même : « Rencontre d'une expérience individuelle et de modèles sociaux dans un mode d'appréhension particulier du réel, une représentation devient, pour ceux qui y adhèrent, la réalité elle-même et, occultant les distorsions et les déformations qu'elle véhicule inéluctablement, ne se pense jamais comme telle. (BLANCHET et coll. 1992 :26) »[29].

Ainsi, si le médecin détient ses connaissances théoriques de l' *Evidence Based Medicine*, ce n'est donc pas uniquement de part ses connaissances qu'il décide de la conduite à tenir, mais aussi de part ses représentations, ce dont il n'a pas nécessairement conscience. Il existe ainsi dans la représentation de l'avortement par le médecin, d'après GELLY, une contradiction entre le droit légal connu à l'avortement et la méconnaissance de l'*alea* contraceptif, aboutissant, dans la pratique, à une difficulté dans la prise en charge des femmes désirant avorter [29].

IV.3.2. Impact de la formation sur les connaissances

L'analyse des réponses a mis en évidence qu'il y avait peu d'impact de la formation sur les connaissances réelles des médecins généralistes. En effet, sur les 24 qui avaient reçu une formation, seulement 3 ont répondu juste à l'ensemble des questions de connaissance.

Ce constat a permis de suggérer que souvent les formations réalisées ne permettaient pas aux médecins d'intégrer les informations de base leur permettant de conseiller et d'orienter les patientes.

IV.3.3. Précisions sur les raisons de ne pas pratiquer l'IVG médicamenteuse en ambulatoire

IV.3.3.1. « Autres »

20% (21 personnes sur 106) ont répondu « Autres », dont 12% exclusivement (n=13) : malheureusement, nous n'avons pas proposé de préciser ces autres raisons. Cependant, certaines personnes ont profité des espaces libres du questionnaire pour apporter certaines précisions. Une personne qui a précisé avoir réalisé un DIU de gynécologie déclarait ne pas faire les IVG médicamenteuses au cabinet en raison du risque de complication hémorragique possible, et affirmait que la prise en charge psychologique était plus adaptée au CPEF ou à l'hôpital, et que si la patiente optait pour l'hôpital, elle bénéficiait d'un premier contact qui lui permettait une prise en charge plus adaptée en cas d'hémorragies. Pour cette personne la prise

de risque semblait donc disproportionnée par rapport aux avantages de la possibilité de pratiquer une IVG en ville. De plus, ces deux notions de complications hémorragiques et prise en charge psychologique renvoient à l'aspect chronophage de l'IVG bien que la personne qui a répondu cela n'a pas opté pour cet item, mais aussi aux sources possibles de perturbation de l'exercice quotidien.

Une autre personne précisait pour cette réponse « Autres » : « Complications administratives-Accord CH ». Il est regrettable de ne pas avoir eu les précisions des 19 autres personnes ayant répondu par « Autres » à cette question, ceci nous aurait permis de mieux comprendre en creux l'absence de désir de se former par exemple.

IV.3.3.2. « Par conviction »

7% ont répondu qu'ils ne pratiquaient pas d'IVG par conviction, ce qui est possible en vertu du droit de réserve. Trois d'entre eux ont détaillé leurs convictions souvent éthiques en marge de la question 2.9.bis (de quel ressort autre que médical tiennent la contraception et l'IVG), en profitant de la même façon du format papier.

Deux d'entre eux ont mis en avant les arguments éthiques de respect de la vie humaine :

- « impossible de réaliser un geste contraire à ce que me dicte ma conscience. J'adresse ma patiente à un confrère spécialisé pour les IVG. Je ne supporte pas l'idée de supprimer une « vie humaine », même s'il ne s'agit que d'un embryon ou d'un fœtus ».

- « Moral..., Religieux... »

IV.3.3.3. L'IVG : un nécessaire traumatisme psychique ?

Une autre personne qui partageait l'idée que l'IVG représentait un enjeu individuel et social, trouvait la formule rassemblant contraception et IVG comme moyen de contraception maladroit. La proposition était : « C'est un enjeu social : la contraception et la possibilité de réaliser une IVG comme moyen d'émancipation de la femme, comme moyen pour la femme d'accéder à une autre place dans la société (argument du Mouvement Français pour le Planning Familial). ». Le commentaire était le suivant : « IVG : émancipation ?? c'est un peu « maladroit » dans la forme. Ça fait un peu société de consommation, je prends, je jette or c'est quand même toujours un traumatisme, ou souffrance morale si « ne peut pas le garder », « trop jeune », « pas le moment » ou souffrance « conjugale » : par expérience, les IVG sont souvent, chez les patientes jeunes (<30 ans) suivies d'une séparation ».

Ce témoignage renvoie à l'argument du nécessaire traumatisme psychique décrit par BAJOS [9] : « Toutefois, alors qu'il s'agit d'un acte bénin médicalement lorsqu'il est pratiqué dans de bonnes conditions sanitaires (Glasier, 2006), il ne semble pas toujours possible dans les représentations dominantes, que l'avortement puisse laisser indemnes les femmes qui y ont recours. L'inquiétude sanitaire semble s'être déplacée vers les traumatismes psychologiques du recours à l'avortement que les études scientifiques remettent pourtant fortement en question (Rowlands 2007 ; Robinson et al., 2009 ; Dadlez et Andrews, 2009). En effet, si les femmes qui ont eu recours à l'avortement présentent, dans certaines études, plus de troubles psychiques que celles qui ont poursuivi une grossesse initialement non prévue, cet écart était déjà enregistré avant le recours à l'avortement et ne saurait donc lui être imputé. En revanche, les troubles psychiques sont plus élevés après la naissance qu'avant la survenue de la grossesse non prévue, la maternité étant associée chez certaines femmes à des troubles psychiques comme la dépression *post-partum* (Munk-Olsen, 2011). Ce déplacement de perspective vers le terrain de la psychologie et de la morale s'inscrit dans un mouvement plus général de psychologisation des rapports sociaux (Castel, 2008). Dans le champ de la sexualité, les analyses de Bozon ont montré que la division sexuelle des émotions contribue à la naturalisation des rapports sociaux de sexe [30] surtout depuis que l'acte hétérosexuel peut, grâce à la contraception et à l'avortement, être dissocié de la procréation. On peut penser que les séquelles psychologiques de l'avortement viennent rappeler aux femmes libérées – partiellement – de la contrainte des grossesses non prévues la spécificité de leur assignation à la fonction maternelle. » Ceci, conduisant aux injonctions contradictoires précédemment citées entre une norme contraceptive et une norme procréative conceptualisées par Bajos et Ferrand.

IV.4. POINTS FAIBLES ET POINTS FORTS DE L'ÉTUDE

Les points forts de l'étude résidaient dans le taux assez important de réponses (108/497 ; 21%), témoignant de l'intérêt assez important porté à cette question. Cette étude était originale dans cette démarche de faire un état des lieux des connaissances respectivement 2 ans et 16 ans après que la loi Touraine et la loi 2001-588 ne soient votées. Il était particulièrement intéressant de voir que la loi Touraine était méconnue. En réalité le questionnaire a été transmis juste avant la mise à jour des recommandations de la Haute autorité de santé à propos de l'IVG médicamenteuse qui date de février 2018.

L'autre point fort était la recherche documentaire, mettant en perspective les résultats, valorisant les dimensions sociales, historiques, mais aussi médicales de la problématique liée à l'IVG.

Cependant, cette mise en perspective aurait pu être plus riche avec des questions ouvertes.

Les questions ouvertes auraient pu permettre aux répondants de détailler leurs réponses, ce qui aurait pu enrichir certains points.

Par exemple, la question 2.9 *bis* demandant selon l'avis du répondant de quel ressort autre que médical, individuel ou social étaient les problématiques de la contraception et de l'IVG, a eu 18% de réponses « Autre » (n=18 sur 99 répondants), dont 6% exclusivement (n=6). C'est à cette occasion que les 3 répondants que nous avons cités ont pu partager leurs réflexions éthiques et morales, ce qui a pu manquer à d'autres personnes. Nous ne savons donc pas ce à quoi pensaient les 15 autres personnes quand ils ont répondu « Autres ».

De même, la question 3.3.*bis* demandait les raisons de l'absence de pratique d'IVG. Les réponses « Autres » étaient nombreuses, et il aurait été intéressant d'en connaître le détail pour nuancer les références que nous avons faites aux travaux de sociologie comme précédemment d'une part, et d'autre part permettre de mieux cerner ce qui éloignait les médecins de la pratique de l'IVG médicamenteuse, pour peut-être en déduire ce qui pourrait motiver les médecins.

De la même façon, la question 2.8 demandant quelles étaient les raisons de grossesse non prévue, proposait la réponse « pensée magique ». Certains n'ont rien coché, d'autres ont ajouté un point d'interrogation en marge (n = 2), laissant suggérer que cette question n'était pas assez précise, et que, peut-être pour cette raison certains ont répondu au hasard, mais ceci avait peu d'incidences sur les tendances que nous avons recherchées.

Par contre, la question 3.5. demandait si le répondant avait suivi une formation. Le fait qu'il n'ait pas pu préciser le type de formation impliquait une impossibilité de conclure si certaines formations plutôt que d'autres permettaient d'avoir les connaissances nécessaires sur l'IVG, et si ces formations permettaient de réaliser des IVG médicamenteuses en ville.

IV.5. PERSPECTIVES

Les points faibles mis en évidence nous laissent à penser que cette étude pourrait trouver un prolongement qualitatif permettant de détailler les raisons pour lesquelles les médecins ne désirent pas se former et ne pratiquent pas l'IVG en ville mais aussi de mettre

évidence quel rôle ils pensent avoir dans la prescription de la contraception et dans l'accès à l'IVG.

Il n'en reste pas moins que cette étude a montré un problème d'information des médecins généralistes de la Somme fin 2017, début 2018 sur l'IVG.

L'intérêt d'une information des praticiens avait été mis en évidence dans le rapport relatif à l'accès à l'IVG en 2013 réalisé par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, surtout face au problème de la démographie médicale et de la diminution de l'offre de soins. Il était encore d'actualité au moment de notre étude.

Dans notre étude, les praticiens ne semblaient pas sensibilisés à la problématique de la diminution de l'offre de soins pour la plupart, puisque, globalement, ils ne désiraient pas se former, alors qu'ils admettaient leur manque de compétences en la matière.

Cependant, certaines personnes étaient motivées pour se former, et peut-être pratiquer l'IVG.

Par ailleurs, les questions sur la formation, étant fermées, ne nous ont pas permis de connaître quel type de formation les médecins désiraient, ce qu'ils en attendaient, ni quelles étaient celles qu'ils avaient suivies, ni quand ils les avaient suivies.

Des efforts de formation ont été faits depuis début 2018 : par la HAS [2]. En janvier 2019, publication par le Ministère des solidarités et de la santé d'une « feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020 : Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie. Améliorer l'information et la formation dans le domaine de la santé sexuelle » [31], annoncée par la ministre de la santé Agnès Busyn le 26 mars 2018 [32]. Notons parmi les différentes actions proposées par cette feuille de route,

- Action n°2 : « Former les professionnels de santé dans une approche pluridisciplinaire »,

- Action n°5 : Mettre à disposition des professionnels de santé de premier recours des ressources documentaires en matière de santé sexuelle (prévention, vaccination, dépistage des IST) , Améliorer l'offre générale en santé sexuelle

- Action n°7 : Simplifier la mise en œuvre de protocoles de coopération entre professionnels, dans les CeGIDD et dans les CPEF,

- Action n°8 : Lever l'obligation d'accompagnement du mineur par une personne majeure pour une consultation concernant la prévention et le traitement des IST

- Action n°11 : Transformer la consultation longue IST/contraception pour les jeunes filles entre 15 et 18 ans vers une consultation longue « santé sexuelle » au bénéfice de tous les jeunes

- Action n°12 : Renforcer la confidentialité des interruptions volontaires de grossesse
- Action n°13 : Garantir une offre d'IVG notamment instrumentale et sous anesthésie locale, dans les établissements et centres de santé autorisés à les pratiquer
- Action n°18 : Mieux prendre en compte les questions de vie relationnelle et sexuelle dans les consultations des patients atteints de maladies chroniques et dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient
- Action n°19 : Promouvoir la santé sexuelle des personnes vivant avec des troubles psychiques, prises en charge par les équipes sanitaires, sociales ou médico-sociales.

V. CONCLUSION

Existe-t-il dans les connaissances et pratiques des médecins généralistes de la Somme une explication au faible taux d'IVG médicales et ambulatoires 13 ans après le décret d'application de la loi 2001-588, ce dernier datant du 27 Juillet 2004 ?

Cette étude a permis de faire un état des lieux des connaissances médicales et légales à propos de l'IVG médicamenteuse et ambulatoire des médecins généralistes de la Somme. Elle a montré que, si les connaissances médicales étaient globalement bonnes, les connaissances juridiques, légales, étaient inégales notamment pour la question des délais.

La question d'une méconnaissance des délais nous est apparue cruciale pour mettre en évidence la place problématique du médecin dans la question de l'avortement. En effet, son rôle purement médical y est de fait dépassé par une dimension sociale, qui plus est de contrôle.

Or, le médecin n'est pas sensibilisé lors de sa formation à ce rôle. Il sait qu'il n'est pas tenu de réaliser les IVG de part la clause de conscience prévue par la loi. Mais, ce dont il n'a pas conscience, c'est que cette clause va légitimer un jugement des motivations de la femme qui demande une IVG. La formation devrait permettre une sensibilisation au fait que le droit à l'avortement a été le fruit d'un pénible processus, et qu'il se rejoue à chaque fois qu'une femme vient faire une demande d'IVG, craignant qu'on ne la juge, qu'on lui refuse sa demande.

La formation devrait donc faire prendre conscience au médecin du rôle qu'il peut endosser lors de cette demande, surtout s'il méconnaît la question des délais pourtant source de pénibilité pour la patiente et lui faisant risquer de se retrouver « hors délai » pour réaliser l'IVG.

Elle devrait aussi faire savoir que l'avenir de la prise en charge des IVG est remis en question par la fermeture des centres et le départ à la retraite des médecins militants de la première heure.

Elle devrait surtout faire savoir que les consultations de contraception doivent être ouvertes au dialogue, car la majorité des GNP survient lors de l'arrêt temporaire d'une contraception qui apparemment n'était plus jugée adéquate par la patiente.

Par ailleurs, notre étude a montré qu'il y avait peu de motivation de la part de la majorité des médecins généralistes de la Somme pour pratiquer l'IVG, et s'y former. Et ce, alors qu'ils plaçaient l'argument de l'absence de compétences au premier plan comme raison

de ne pas pratiquer l'IVG. Si la formation était adaptée, elle pourrait être source de motivation pour pratiquer l'IVG et s'y former.

A contrario, certains médecins se sont révélés motivés pour réaliser l'IVG médicamenteuse mais ont rencontré des obstacles pour se former, ce qui a été déterminant car la quasi totalité de ces personnes ne s'est pas formée. Les obstacles cités étaient majoritairement la lisibilité de la formation et la difficulté d'accéder à un stage pratique. Cependant, une question ouverte aurait pu préciser la nature de ces obstacles. Certains ont mentionné des lourdeurs administratives pour se faire conventionner.

Dans le sens d'une amélioration de la formation et de l'information sur l'IVG fondée sur l'interdisciplinarité et son intégration dans la santé sexuelle, le Ministère des solidarités et de la santé a publié une « feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020 : Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie. Améliorer l'information et la formation dans le domaine de la santé sexuelle ». Peut-être cette meilleure information permettra-t-elle de valoriser les REVHO.

Par ailleurs, la difficulté relationnelle avec les établissements de santé privés et publics semble avoir été évoquée par les répondants : 11% regrettaient une position de monopole de ces centres, mais un seul l'a explicitement exprimé. Peut-être s'agit-il aussi d'une autre piste pour améliorer la prise en charge ambulatoire des IVG.

La question d'une prise en charge des IVG en ambulatoire adéquate sous-tend en effet toute notre problématique, et notre deuxième objectif était de mettre en évidence un éventuel frein à la pratique des IVG médicamenteuses en ambulatoire dans les connaissances et les pratiques.

La majorité des médecins affirmait ne pas avoir eu une formation initiale suffisante au sujet de l'IVG. Cependant, ces connaissances imprécises posent le problème de la bonne prise en charge en ville quant à l'orientation des patientes. Certes, les médecins interrogés ont rapporté que dans la majorité des cas ils n'avaient pas eu le retour de problèmes que leurs patientes auraient rencontrés lorsqu'elles ont eu une IVG. Mais sont-ils les interlocuteurs privilégiés pour obtenir ce type de retour ?

Notre étude n'a pas pu détailler ces aspects particuliers de la relation médecin patient dans lesquels se décline le désir ou non de demander une IVG à son médecin traitant, et de fait, ceux-ci n'ont peut-être pas eu le retour d'un problème qu'il y aurait eu.

Ainsi, si cette étude a montré que la majorité des médecins généralistes de la Somme ne se sentait pas concernée par la pratique de l'IVG, elle a aussi montré l'intérêt que lui portent

certaines médecins généralistes, et la nécessité d'une formation accessible dès les premiers cycles des études mais aussi en formation continue à tous ceux qui le souhaitent.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS). Commission sur les données et la connaissance de l'IVG. 2016 Jul 15.
- [2] Haute Autorité de Santé (HAS). IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter. Février 2015. Mise à jour Janvier 2018. Fiches Bon usage du médicament. Disponible sur <http://www.has-sante.fr>
- [3] Bettahar K, Pinton A, Boisramé T, Cavillon V, Wylomanski S, Nisand I, Hassoun D. Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. J Gynecol Obstet Biol Reproduction. 2016. 45 : 1490-1514
- [4] Aubert J, Bejan-Angolvant , Jonville-Bera AP. Pharmacologie du Misoprostol (données pharmacologiques, tolérance et effets tératogènes). J Gynecol Obstet Biol Reproduction. 2014 ; 43 :114-22
- [5] Faucher P. Complications de l'interruption volontaire de grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reproduction. 2016. 45 : 1536—1551
- [6] Linet T. Interruption volontaire de grossesse instrumentale. J Gynecol Obstet Biol Reproduction. 2016 ; 45 : 1515-35
- [7] Vayssière C et coll. L'interruption volontaire de grossesse : recommandations pour la pratique clinique – texte de recommandations. J Gynecol Obstet Biol Reproduction. 2016 ; 45 : 1596-1603
- [8] Le Naour JY, Valenti C. Histoire de l'avortement (XIX-XXème siècle). Paris : Seuil ; 2003. Collection « L'univers historique » : 8 ; 42-60 ; 195 ; 193-196 ; 203 ; 212 ; 235 ; 267
- [9] Bajos N, Ferrand M. De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement. Paris, 2011/1, Rev française des affaires sociales : 42-60
- [10] *Mouvement Français pour le Planning Familial, Liberté-sexualité-féminisme, 50 ans de combat du planning pour les droits des femmes.* Paris : Éditions la Découverte ; 2006
- [11] Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reproduction. 2016 ; 45 : 1465 ; 1467
- [12] Haut Conseil à l'Égalité des Femmes et des Hommes. Rapport relatif à l'accès à l'I.V.G. 2013 Nov 7. Rapport 2013_1104_SAN_009 : 53 ; 54
- [13] DRESS. Les établissements et les professionnels de santé réalisant les IVG. Etudes et résultats. 2009 Dec ; 712 : 2

- [14] DRESS. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. 2012 Jun ; (804) : 4
- [15] Ferrand-Picard M. Médicalisation et contrôle social de l'avortement. Derrière la loi, les enjeux. *Revue française de sociologie*, 1982, 23-3. La libéralisation de l'avortement : 383-396
- [16] Benhamou O. Avorter aujourd'hui. Trente ans après la loi Veil. Paris : Éditions Mille et Une Nuits ; 2005
- [17] Enquête Giné. Grossesses interrompues, non prévues et évitées. *Rev. Epid. Santé publique*. 2003 (51) : 631-647
- [18] Devreux Am, Ferrand-Picard M. La loi sur l'avortement. Chronologie des événements et des prises de positions. 1982. *Revue Française De Sociologie*, XXII, 3 : 503-518
- [19] Winckler M., *Le nouvel Observateur*, 21 Janvier 2004
- [20] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} Janvier 2016 : 46
- [21] Upadhyay UD, Desai S, Zlidar V, Weitz TA, Grossman D, Anderson P, et al. Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstet Gynecol* 2015;125:175-83.
- [22] Ireland LD, Gatter M, Chen AY. Medical compared with surgical abortion for effective pregnancy termination in the first trimester. *Obstet Gynecol* 2015; 126: 22 - 8.
- [23] Niinimäki M, Pouta A, Bloigu A, Gissler M, Hemminki E, Suhonen S, et al. Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2009; 114: 795 - 804.
- [24] Jamin C., Lachowsky M. Place des troubles de la persistance contraceptive dans les situations à risque de grossesse, utilisation subséquente de la contraception d'urgence. *J Gynecol Obstet Biol Reproduction* (2015) 44, 706—714
- [25] Bajos N, Ferrand M. De la contraception à l'avortement. *Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Éditions INSERM, collection « Santé publique », 2002
- [26] Faucher P, réponse à l'article de Nisand I. Comment diminuer le nombre d'IVG en France. *Gynécol. Obstet et fertilité* (2003) 986-997
- [27] Bajos N. et coll. « Filières d'accès à l'IVG en France : approches qualitatives et quantitatives ». *Rev epid Santé Pub*. 2003 : SI(6) : 631-647
- [28] Hafferty F.W., Franckx R., *The hidden curriculum. Ethics teaching and the structure of medical education*. *Acad Med* 1994 ; 69 (11) : 861-871
- [29] Gelly M. Avortement et contraception dans les études médicales : une formation inadaptée, Paris, 2006, L'Harmattan

- [30] Blanchet A., Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Nathan, 1992
- [31] Bozon M. Sociologie de la sexualité. Malakoff, Armand Colin. 4^{ème} édition. 2018
- [32] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf
- [33] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180409-cp_feuille_de_route_sn2s_.pdf

VII. ANNEXES

EVALUATION DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA SOMME SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

QUESTIONNAIRE

Bonjour,

Je réalise actuellement ma thèse de Médecine Générale sous la direction du Docteur Sophie DUMENIL et j'ai besoin de votre collaboration.

Ce questionnaire permet d'évaluer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes de la Somme concernant la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse. Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra que cinq minutes.

Ce questionnaire est adressé à tous les médecins de la Somme. Votre participation serait une aide précieuse à la conduite de mon travail et je vous remercie par avance du temps que vous voudrez bien m'accorder. Merci pour vos réponses.

**Obligatoire*

1. Caractéristiques démographiques

1.1. Êtes-vous* :

- Une femme
- Un homme

1.2. Votre âge* :

- 25-40 ans
- 41-54 ans
- 55 et plus

1.3. Votre lieu d'installation*

- Urbain
- Semi-urbain
- Rural

1.4. Le Type d'installation* :

- Seul
- En association
- Maison de santé pluridisciplinaire

1.5. Le suivi gynécologique fait-il partie de votre pratique ?*

- Oui
- Non

2. Concernant l'Interruption Volontaire de Grossesse médicamenteuse :

2.1. Il faut être un gynécologue pour pouvoir la réaliser.*

- Oui
- Non

2.2. Il faut passer une convention avec un centre hospitalier voisin pour la réaliser.*

- Oui
- Non

2.3. La Mifégyne® (mifépristone) n'est délivrée qu'aux professionnels de santé.*

- Oui
- Non

2.4. Le délai de réalisation de l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville est de*:

- 5 semaines de grossesse
- 7 semaines de grossesse

2.5. Le délai de réflexion de huit jours entre la consultation d'information et la consultation de la réalisation de l'IVG est obligatoire quelque soit l'âge de la patiente*.

- Oui
 Non

2.6. La stérilité est une complication possible de l'IVG médicamenteuse*:

- Jamais Parfois Souvent Toujours

2.7. Il y a moins de risque de complications avec la méthode chirurgicale qu'avec la méthode médicale*.

- Oui
 Non

On définit une grossesse non prévue comme une grossesse qui survient, soit quand la femme ne désire de grossesse, ou ne s'est posé la question d'un tel désir, mais affirme son refus de poursuivre une telle grossesse, soit quand la grossesse est souhaitée mais qu'elle ne survient pas au moment opportun.

2.8. Quelle est ou quelles sont les raisons selon vous de la survenue d'une grossesse non prévue*?

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Défaut d'information sur les conditions d'apparition d'une grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contraception inadaptée à la patiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Échec intrinsèque à la nature de la contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Défaut d'observance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduite irrationnelle vis-à-vis de la contraception, pensée magique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.9. Pensez-vous que la contraception et l'interruption volontaire de grossesse sont une question exclusivement médicale ?*

- Oui
 Non

2.9bis. Si non, de quel ressort est-ce aussi ?* (plusieurs réponses possibles)

- C'est un enjeu individuel, le choix tenant de la liberté individuelle, la femme doit être actrice dans le choix de sa contraception
 C'est un enjeu social : la contraception et la possibilité de réaliser une I.V.G. comme moyen d'émancipation de la femme, comme moyen pour la femme d'accéder à une autre place dans la société (argument du Mouvement Français pour le Planning Familial)
 Autre

3. Concernant votre pratique :

3.1. Avez-vous déjà eu une demande d'Interruption Volontaire de Grossesse ?*

- Oui
 Non

3.2. Pensez-vous avoir acquis des connaissances suffisantes sur l'IVG lors de votre formation initiale ?*

- Oui
 Non

3.3. Pratiquez-vous des I.V.G. médicamenteuses ?*

- Oui
 Non

3.3bis. Si non, pour quelle raison (Plusieurs réponses possibles)?*

- L'acte est chronophage
- L'acte n'est pas assez valorisé
- Vous n'avez pas les compétences ad hoc
- Par conviction
- Autres
- Vous avez répondu oui à la question précédente

3.4. Avez-vous désiré vous former à la pratique des I.V.G. médicamenteuses ?*

- Oui
- Non

3.4bis. Si oui, avez-vous rencontré des obstacles pour réaliser cette formation ?*

- Oui
- Non
- Aucune réponse (vous avez répondu « non » à la question 3.4.)

3.4ter. Si oui, quel type d'obstacle avez-vous rencontré ?* (plusieurs réponses possibles)

- Personnel (pas de temps, distance du centre de formation)
- Pas de stage pratique possible à proximité de votre lieu d'exercice
- Accessibilité au stage pratique difficile (peu de personnes admises, lieu de formation, horaires proposés)
- Peu de lisibilité des formations proposées
- Autre réponse
- Aucune réponse (vous avez répondu « non » à la question 3.4.)

3.5. Avez-vous reçu une formation sur la pratique des IVG médicamenteuses ?

- Oui
- Non

3.6. Vos patientes vous ont-elles fait part de difficultés pour réaliser une IVG ? Si oui, quel type de difficulté ?* (plusieurs réponses possibles).

- défaut d'accessibilité des centres de soin secondaire à un défaut de moyens de locomotion de la patiente
- défaut d'accessibilité aux soins secondaire à un problème de disponibilité des structures et des personnels soignants
- défaut d'accessibilité aux soins secondaire à un problème de communication avec les centres pratiquant l'I.V.G.
- sentiment d'un monopole des centres réalisant les I.V.G. regroupant dès lors l'ensemble des inconvénients sus-cités.
- Problèmes socio-culturels
- Je n'ai jamais rencontré ce problème
- Autre

RESUMÉ

INTRODUCTION Depuis 2005, on observe un nombre stable d'Interruption volontaire de grossesse (IVG) tous les ans en France, dont seulement 16,8% en ville, et ce malgré la loi du 4 Juillet 2001 permettant l'IVG médicamenteuse en ambulatoire. L'objectif principal était de faire un état des lieux des connaissances et pratiques des médecins généralistes de la Somme à propos de l'IVG médicamenteuse. L'objectif secondaire était d'en déduire ce qui pouvait faire obstacle à une prise en charge plus importante en ville.

METHODE. Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive, transversale, destinée aux 497 médecins généralistes installés dans la Somme, à partir d'un auto-questionnaire qui leur était adressé de fin décembre 2017 à février 2018 par courrier ou par mail quand cela était possible.

RÉSULTATS. Parmi les 108 répondants, les connaissances de la législation étaient inégales. Si la majorité savait que la pratique de l'IVG médicamenteuse pouvait être pratiquée par un médecin non gynécologue conventionné, seuls 49% connaissaient le délai maximal pour réaliser l'IVG médicamenteuse en ville et 33% la suppression du délai de réflexion de 8 jours. La demande d'IVG était réelle (93%), et 8% des répondants pratiquaient l'IVG médicamenteuse. La majorité des répondants se montrait peu intéressée par la formation à l'IVG (55%), tout en admettant son incompetence pour la pratiquer (58%) et l'insuffisance de sa formation initiale (70%).

DISCUSSION. Si la plupart des répondants n'étaient pas motivés pour se former et pratiquer l'IVG, c'était le cas pour certaines personnes (14%) ; des directives ministérielles œuvrent à améliorer la formation des médecins à propos de l'IVG.

Mots-clés : Interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse, formation, compétences, pratique, médecin généraliste

ABSTRACT

CONTEXT. Since 2005, a stable number of Pregnancy Termination a year have been performed in France, including only 16,8% in ambulatory care in 2015, despite the law of 4th July 2001 allowing the medicinal induced abortion. **OBJECTIVES** The main objective of our study was to assess the knowledges et practices of General Practitioners (GPs). The secondary objective was to come out what could hinder a larger outpatient care.

METHOD. It was a quantitative, descriptive, cross-sectionnal study, aimed to the 497 GPs set up (in practice) in Somme, from a self-administered questionnaire available online if possible (118), by mail otherwise, from the end of December 2017 to February 2018.

RESULTS. The global rate of answers was about 21,7% (108 respondents). The knowledges about the 2001-588 and 2016-41 laws were unequal. When most of them knew that medicinal induced abortion was not restricted to gynaecologists, and that the physician must enter into an agreement with a health facility, only 49% knew the maximal duration of pregnancy to make a medicinal abortion in ambulatory care, and 33% the deletion of the 8 day reflection period. Moreover, the abortion demand was real (93%), 8% practiced medicinal abortion. Most of these ones showed themselves mostly not interested in formation (55%) whether they admitted their lack both of expertise to practice it (58%) and of their initial training (70%).

DISCUSSION. Despite the most of respondants showed a lack of information and motivation to train themselves and practice Pregnancy Termination, some of them were motivated to it (14%) ; otherwise several repositories and ministerial directives work to overcome the shortcomings.

Key-words : medicinal induced abortion, training, expertise, practice, General Practitioners (GPs)