



HAL
open science

**L'IVG médicamenteuse en ville, 16 ans après la loi :
quels sont les freins au développement de cette
pratique ? Enquête auprès des médecins généralistes du
secteur Est-Hérault**

Justine Vasseur

► **To cite this version:**

Justine Vasseur. L'IVG médicamenteuse en ville, 16 ans après la loi : quels sont les freins au développement de cette pratique ? Enquête auprès des médecins généralistes du secteur Est-Hérault. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03138565

HAL Id: dumas-03138565

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03138565>

Submitted on 11 Feb 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Justine VASSEUR

Le 28 février 2020

L'IVG médicamenteuse en ville, 16 ans après la loi :
Quels sont les freins au développement de cette pratique ?
Enquête auprès des médecins généralistes du secteur Est-Hérault

Directrice de thèse : Dr Mélanie CAYRAC

JURY

Président : Pr Florent FUCHS, Professeur Universitaire de Gynécologie-Obstétrique

1^{er} assesseur : Pr Bernard CLARY, Professeur Associé de Médecine Générale

2^{ème} assesseur : Dr Elodie MILLION, Maître de Conférence Associée de Médecine Générale

Directrice de thèse : Dr Mélanie CAYRAC, Gynécologue-Obstétricienne

Membre invité : Dr Elsa MARIS, Praticien Hospitalier de Gynécologie Médicale et Orthogénie

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Justine VASSEUR

Le 28 février 2020

L'IVG médicamenteuse en ville, 16 ans après la loi :
Quels sont les freins au développement de cette pratique ?
Enquête auprès des médecins généralistes du secteur Est-Hérault

Directrice de thèse : Dr Mélanie CAYRAC

JURY

Président : Pr Florent FUCHS, Professeur Universitaire de Gynécologie-Obstétrique
1^{er} assesseur : Pr Bernard CLARY, Professeur Associé de Médecine Générale
2^{ème} assesseur : Dr Elodie MILLION, Maître de Conférence Associée de Médecine Générale
Directrice de thèse : Dr Mélanie CAYRAC, Gynécologue-Obstétricienne
Membre invité : Dr Elsa MARIS, Praticien Hospitalier de Gynécologie Médicale et Orthogénie

*« N'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse
pour que les droits des femmes soient remis en question.*

*Ces droits ne sont jamais acquis.
Vous devrez rester vigilantes votre vie durant. »*

Simone de Beauvoir

*« C'est à ce désordre qu'il faut mettre fin,
c'est cette injustice qu'il convient de faire cesser. »*

Simone Veil 1974

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2019 / 2020



PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires :

ALLIEU Yves	CHAPTAL Paul-André	JOURDAN Jacques	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CIURANA Albert-Jean	LAFFARGUE François	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CLOT Jacques	LALLEMANT Jean	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	Gabriel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	LAMARQUE Jean-	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	Louis	POUGET Régis
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER	DUJOLS Pierre	LOPEZ François	RIEU Daniel
Michel	DUMAS Robert	Michel	ROCHFORT Henri
BALMES Jean-Louis	DUMAZER Romain	LORIOT Jean	ROUANET DE VIGNE
BALMES Pierre	ECHENNE Bernard	LOUBATIERES Marie	LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	FABRE Serge	Madeleine	SAINT AUBERT
BAYLET René	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE	Bernard
BILLIARD Michel	GALIFER René Benoît	BORNIER Bernard	SANCHO-GARNIER
BLARD Jean-Marie	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	Helene
BLAYAC Jean Pierre	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE	SANY Jacques
BLOTMAN Francis	GUILHOU Jean-	Pierre	SEGNARBIEUX
BONNEL François	Jacques	MEYNADIER Jean	François
BOURGEOIS Jean-	HERTAULT Jean	MICHEL François-	SENAC Jean-Paul
Marie BRUEL Jean	HUMEAU Claude	Bernard	SERRE Arlette
Michel BUREAU Jean-	JAFFIOL Claude	MION Charles	SOLASSOL Claude
Paul BRUNEL Michel	JANBON Charles	MION Henri	THEVENET André
CALLIS Albert	JANBON François	MIRO Luis	VIDAL Jacques
CANAUD Bernard	JARRY Daniel	NAVARRO Maurice	VISIER Jean Pierre

Professeurs Émérites :

ARTUS Jean-Claude	GUERRIER Bernard
MARES Pierre	GUILLOT Bernard
BLANC François	LANDAIS Paul
MAUDELONDE Thierry	UZIEL Alain
BOULENGER Jean-Philippe	VOISIN Michel
MAURY Michèle	ZANCA Michel
BOURREL Gérard	
BRINGER Jacques	
CLAUSTRES Mireille	
DAURES Jean-Pierre	
DAUZAT Michel	
DAVY Jean-Marc	
DEDET Jean-Pierre	
ELEDJAM Jean-Jacques	
GROLLEAU RAOUX Robert	
TOUCHON Jacques	

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle :

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Éric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d’adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Éric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoit - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Bio statistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d’urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d’urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Économie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Éric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{ère} classe :

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe :

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, rudologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Bio statistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie

THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

1^{ère} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale

1^{ère} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel
GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie
QUANTIN Xavier (Pneumologie)
VIEL Éric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe :

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{ère} classe :

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe :

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Bio statistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Émilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe :

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe :

FOLCO-LOGNOS

Béatrice OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Maîtres de Conférences hors classe :

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale :

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

HAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Émilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

*** AUX MEMBRES DU JURY ***

A Monsieur le Professeur Florent FUCHS, vous me faites l'honneur de présider mon jury. Je vous témoigne de ma profonde gratitude et mes sincères remerciements pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Monsieur le Docteur Bernard CLARY, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie d'avoir « *exceptionnellement* » accepté de faire partie de ce jury. Vous trouverez ici l'expression de ma profonde reconnaissance et mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Elodie MILLION, vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Dès le début, vous m'avez apporté de précieux conseils. Soyez assurée de mon respect et de ma gratitude.

A Madame le Docteur Mélanie CAYRAC, je te suis infiniment reconnaissante d'avoir accepté de diriger ce travail. Mes six mois de stage avec toi étaient à ton image : pleins d'énergie et d'expériences. Mon dernier jour d'internat s'est terminé en apprenant ta grossesse entre deux consultations et ton lumbago. Malgré ton rythme de travail soutenu et ta vie de famille, avec notamment les aventures de Firmin au petit matin, tu n'as pas hésité à prendre du temps pour moi et à me faire partager tes connaissances et ton expérience jusqu'à la salle d'accouchement. J'espère que mon travail sera à la hauteur de tes attentes.

A Madame le Docteur Elsa Maris, vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury et d'apporter votre expérience de l'orthogénie. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et pour l'accueil dans votre service. L'orthogénie a beaucoup de chance d'être dirigé par des personnes aussi humaines et engagées que vous. Merci d'avoir répondu positivement à ma sollicitation.

*** AUX PERSONNES QUI ONT PARTICIPE A CE TRAVAIL ***

Au Docteur Carole Durand, pour m'avoir fait partager quelques consultations à vos côtés. Votre capacité d'écoute et votre bienveillance m'ont donné un bel exemple de ce que j'attendais de la médecine. Vos réflexions m'auront ouvert l'esprit.

A Gaëlle De Decker, pour votre relecture et vos encouragements. Votre livre m'a beaucoup apporté.

Aux Docteurs Nadia Rachedi et Anne Saint Martin du réseau REIVOC, pour l'intérêt que vous avez immédiatement porté à mon travail, vos conseils respectifs et votre sens critique.

A Christine Arvois, pour votre relecture et nos échanges enrichissants.

Au Docteur Guillaume Choron, pour ton aide dans la rédaction de mon questionnaire, tes conseils méthodologiques et ton implication encourageante. Beaucoup de bonheur à vous trois.

A Yann Cabon, pour ton expertise statistique et ta patience. Il nous en aura fallu des longues heures téléphoniques pour retourner le problème et manier convenablement nos datas.

Je remercie également :

- Le Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Hérault pour m'avoir aidé à diffuser mon questionnaire et pour les informations apportées.
- Le secrétariat du CHU de Montpellier et l'équipe d'orthogénie pour leur engagement, leur réactivité et leurs informations précieuses.
- Et tous les médecins généralistes qui ont pris de leur temps pour répondre à mon questionnaire et qui m'ont permis de construire ce travail.

***** Aux médecins qui m'ont formé ou que j'ai remplacé durant mon parcours professionnel *****

Merci aux équipes de *médecine interne de Béziers* et ses « sorties œnologiques », mon 1^{er} semestre fut mémorable. Merci aussi aux équipes de *pédiatrie* et de *gynécologie de Perpignan* pour m'avoir donné l'envie d'exercer davantage la gynécologie, à l'équipe des *urgences de Nîmes* et maintenant celle de *SOS médecins* à Nîmes.

Merci à mes maîtres de stage de niveau 1 et 2 et aux spécialistes de SASPAS :
-*Les cabinets de Perpignan* : Dr Malzac, Dr Romieu et Dr Patedoye pour m'avoir accueilli dans leur quotidien (et chez eux) et fait découvrir le métier formidable de médecin généraliste.
-*Le cabinet d'Uzès* notamment le Dr Panthène pour son dynamisme débordant, sa passion de la gynécologie qui m'a poussé à faire le DIU et pour m'avoir présenté Mélanie qui a dirigé ce travail.
-Dr Rouquette et Dr Thiebault pour leur accompagnement et leur transmission de la pédiatrie dans la bonne ambiance. Dr Meynadier pour sa sagesse et sa culture. Dr Jacquet, qui m'a formé en addictologie et aux entretiens motivationnels avec sa métaphore marquante de la « bête à contrôler ».

Et à tous les médecins que j'ai rencontré depuis ces 10 dernières années et notamment à mon médecin traitant le Dr Furmaniak qui m'a montré l'exemple depuis toute petite, et que j'ai la chance de remplacer à présent.

*** A MA FAMILLE ***

A mes parents, je vous dois tout...il ne se passe pas un jour sans que j'ai conscience de la chance que j'ai. Tout est plus facile avec vous. Je n'aurai pas assez de pages pour énumérer tout le soutien et l'amour que j'ai eu auprès de vous, même en partant à l'autre bout de la France. A chaque concours, à chaque examen vous étiez là, toute la famille se mobilisait, suivait mon rythme...et me supportait dans mes prises de décisions difficiles. Et même si maintenant, ce sont nos séparations qui sont difficiles. Je suis toujours impatiente de savourer ces moments en famille dans notre campagne à rire, à chanter, à jouer et bien sûr à barouder aux quatre coins de la planète !

Papa tu m'as transmis tes valeurs, ta joie de vivre, tu m'as donné confiance en moi et fait en sorte que je ne me soucie de rien. Tu as toujours le petit mot pour me rassurer. Je sais que je peux compter sur toi, à toute heure du jour et de la nuit, et pas seulement pour ma compta !
Maman tu en auras passé des millions d'heures au téléphone avec moi, mais aussi à me préparer des Tupperware ou des huiles essentielles magiques. Ma maman attentionnée et organisée y est clairement pour quelque chose dans cette réussite : « lis bien la consigne ». Merci de m'avoir transmis ta sensibilité, ta persévérance et ...ton addiction du chocolat qui m'a accompagné toutes ces études !

Merci de m'avoir permis de réaliser mes rêves. Votre fierté est ma plus grande récompense.

Ma grande sœur, Ludivine, mon plus bel exemple, ma force, mon pilier. On tient l'une à l'autre d'une manière inconditionnelle. Je suis fière de toi. Et dire que mes études ont commencé par ton envol en Afrique du Sud avec ma note du premier concours. Tu me récitais les os de la main comme personne ! Et même si tu m'as détesté plus d'une fois avec mes tableaux Excel qui auront occupé nos 7h de vol et ma mise en page chaotique tard le soir (surtout que soyons honnête, Nico me volait parfois la place !), je me rattraperai à coup de bonnes tables à partager et de projets d'aventures comme on sait si bien le faire ! Ce qui nous lie est unique. Ne doutes jamais de tes qualités.

Mes grands-parents chéris qui auraient été fiers et tellement heureux de me voir ici aujourd'hui.

Mes **oncles**, mes **tantes**, et surtout à **Sasa** pour son énergie débordante et son cœur en or.

Mon **parrain** et ma **marraine** pour m'avoir entouré d'amour depuis mon enfance jusqu'à traverser la France pour assister à ce grand jour avec toute la famille.

Mes **cousins et cousines**, ma base, ma petite tribu de treize, mes premiers amis, mon morceau d'enfance...nos Noël à 50 puis à l'autre bout du monde, nos « courts-métrages » de pub dans la salle de bain, nos anniversaires déguisés, nos « cousinades » dans le sud et dans nos campagnes entre karaoké et tarot...chacun fait sa vie, mais plus on grandit, plus on aime se retrouver. #vasseur+1

Nicolas, pour tous les « alors », les « mais » et les « pourtant » que tu as retiré de cette thèse, tes reformulations et tes paroles réconfortantes quand je doutais. Ça n'aura pas toujours été évident, mais on l'aura atteint ensemble notre objectif thèse avant nos 30 ans. A sept jours d'écart, c'était un challenge ! Notre rencontre aura marqué un tournant dans nos vies. Si c'était à refaire, je referai pareil. Quatre ans d'internat à déménager tous les six mois dans chaque département de la région et à la dernière minute, jusqu'au bout de la planète. Entre nous, tout est allé crescendo pour s'emballer et ne plus jamais nous quitter. Mon quotidien à tes côtés est maintenant une évidence. Tu as décidément pris une place importante dans ma vie. Comme je te le dis souvent : « *j'ai l'amour pour toi* ». Il ne se passe pas un jour sans qu'on éclate de rire ou qu'on s'extasie de nos vies. On ne comprend pas ce qui se passe. On est nous même surpris de la tournure que ça prend. Alors maintenant qu'on est docteur tous les deux, cap pour les projets suivants ?!

Ma belle-famille qui m'a accueilli les bras grands ouverts et m'a fait une place malgré le « vol » de leur fils. Je n'aurai pas pu rêver mieux. J'espère passer plus de temps avec vous après cette thèse, rendez-vous au Touquet ? (c'est écrit !)

*** A MES AMIS DEPUIS TOUJOURS ***

Charlotte, mon amie d'enfance, ma base... la maternelle, le collège, le lycée, la fac...tu connais tout ! On a grandi dans le cocon de notre village natal où tu vis aujourd'hui. On a ensuite tout découvert ensemble. Entre les petits mots dans nos agendas Diddle, nos bus ratés, nos bavardages, le centre aérés puis nos carrières d'animatrice, nos papotages à refaire le monde dans nos appartements lillois, nos folles soirées, mes longues révisions où tu étais la seule à me faire sortir de mon hibernation, mes doutes quand il a fallu choisir ma future région d'internat, nos envies, nos rêves... Il me faudrait des pages pour tout raconter ! Tu es l'amie qu'il me fallait. J'ai quitté ce petit Nord qui me manque tant mais le cœur y est encore. Prends soin d'elle **Seb**.

Alice, à ta soif de vie, d'aventures et à ton grand cœur. Une pensée pour **Greg** : you are the next one ! **Maité** qui aurait cru que notre lilloise phénoménale et attachante s'expatrierait à Marseille. **Tomtom et Andréa** toujours une expression dans le sac, un style bien à eux, un petit gout de reviens-y. Mais aussi **Lisa**, notre américaine arrageoise. **Zoé** la pétillante. **Mifruk**...et j'en oublie. Vous étiez ma bouffée d'oxygène pendant mes longues périodes de révisions où j'enviais vos escapades nocturnes. Maintenant j'ai hâte de passer plus de temps avec vous et vous faire partager un petit bout de ma vie ici. Merci d'avoir tenu à être la aujourd'hui, la plus belle preuve qui soit.

Isabelle, de cette P1 tumultueuse est née une belle amitié. Ton mariage de princesse a fait de moi une témoin comblée. Quel chemin depuis le lycée et notre week-end d'intégration. Vous formez une très belle famille avec **Floflo** et Charlotte. Je vous souhaite tellement de bonheur.

Elise, un échange en Australie aura suffi pour ne plus se quitter. Tu es maintenant à l'autre bout du monde mais j'ai une pensée pour toi, tu feras une obstétricienne formidable. Tu connais maintenant mon petit monde, je t'y attends avec ton chéri.

Valérie, mais aussi Mathieu et à leur petite Clémence, j'ai toujours admiré ta sérénité et c'est avec cette même assurance que tu m'as aidé à faire un choix et fait venir dans la région, j'ai bien fait de t'écouter !

Anne Laure, et dire qu'au lycée on se précipitait chaque midi au hip-hop... on s'était perdu de vue des années mais quelle idée ! Le coup cœur des retrouvailles, tu es aussi spontanée et excessive que moi : « *ils sont où les goodies ?* » Tu as ici ta place, je ne te lâche plus. D'ailleurs body attack demain ?

Marion, nous qui voulions être vétérinaire en primaire, les plans ont un peu changé... Quel plaisir de se retrouver dix plus tard. Je n'en reviens toujours pas : tu vas être maman !

***** A TOUS MES AMIS DE L'EXTERNAT *****

Chloé, ma binôme, mon moteur, mon acolyte tu me connais mieux que quiconque. Chaque matin, je venais te chercher en bas de chez toi, de la p1 à l'ECN, jusqu'à même réviser sur le trajet. On partageait nos galères, notre stress, nos conf', nos pasta box, nos insomnies mais aussi nos choix de stages...paradisiques (ou pas) et maintenant notre belle vie sudiste et nos « break news » pendant des heures. Je n'ai qu'un mot à dire : « Parfait » ! Soyez heureux avec **Antoine**. Hâte de partager de nouveaux souvenirs avec vous deux et ton petit groupe de Marseillaises, d'ailleurs on grimpe quand ?

Pauline, qui aurait pensé que cette rencontre devant le tableau d'affichage des résultats du concours P1 aurait été aussi importante! L'externat puis l'internat sont passés à toute vitesse. En t'organisant cet EVJF de rêve, j'ai voulu te montrer à quel point tu comptais. Je ne raterai pas une miette de ta nouvelle vie Dunkerquoise. **François** a de la chance de t'avoir, je suis fier d'avoir été votre témoin.

Ninie, « *petit brin de fille* » [petite dédicace], le meilleur souvenir d'externat c'est quand même notre stage à la Ciotat et cette fameuse route des crêtes ! **Youcef**, il n'est pas si loin le temps où on remplissait mon appartement à chaque post-exam, le seul de la « Catho » (et pas des moindres) expatrié à Montpellier, et franchement elle n'est pas belle la vie ?

*** AUX BITTEROIS ***

Elle nous détestait chaque vendredi matin quand elle retrouvait l'internat dans un piteuse état, elle parlait tellement qu'on arrivait en retard chaque matin...mais Marie-Rose a de quoi être fière de nous voir encore réuni quatre ans plus tard : « *Tu vois ce que je veux diireuh !* »

Ma Lulu, les premières fois on s'en rappelle toujours, dès le début on s'est accroché l'une à l'autre. Ce genre d'amitié qui n'a pas besoin de mots ou de preuves pour exister. L'urgentiste déterminée que tu es devenue me rend fière de ton parcours et de tes choix. Aller lulu, on t'entend pas : « *prend tes clic et tes clac et tes rêves et ta vie... !* »

Céline, tu es la première personne que j'ai croisée dans l'internat après mes 11h de route, la veille du premier jour de stage. J'admire ton naturel, ton esprit d'aventurière et ta force, surtout celle qu'il t'a fallu pour vivre trois semestres avec nous. Après le Costa-Rica, Dour, les week-ends ski, randos, wake... J'attends la suite ensemble, parce qu'il y en aura une, je n'en doute pas. D'ailleurs paddle demain ?

Momo et Sich, ça y est vous voilà chef, vous m'impressionnez. Nos histoires parallèles nous auront bien rapprochées. Des amis en or ! Comment faire sans vous maintenant ? Entre le tennis, le bad, le golf et maintenant ... le ski, le programme s'annonce intense.

Simon, notre antillais, toujours ce petit mot gentil, le seul qui remarque quand je suis allée chez le coiffeur ou ma nouvelle robe, partant pour tout même pour un déménagement, toujours une petite quiche à préparer, un feu à allumer, un rhum à déballer, un coupé-décalé, un tee-shirt ananas...bon ce soir, eau chaude ou bien ?

Coup de cœur pour **mon Toto**, celui qui m'a probablement fait rencontrer l'homme de ma vie, est en fait ma copie conforme masculine. Cette hyperactivité, ce souci de l'organisation, cette curiosité et ces prises de risques, je me reconnais en toi. L'internat aurait été différent sans cette rencontre et ... tes gâtés. On a encore des milliards de projets : le Guatemala, le Kite, des festivals hors du commun, les DOM ? « *J'ai bien le goût, on se dit quoi ?* »

Marine, une amie affectueuse, une coloc idéale et une future partenaire de Kite-surf ?

Julie, tu l'avais dit que ce jour arriverait. Il me paraissait loin et pourtant. Aller reviens nous vite de Marseille.

Stéphanie, ton rire communicatif m'aura marqué tout l'internat.

Carlita, à ton humour, aux cours de dessin que l'on n'a jamais fait... à ton genou vaillant.

Lucie et Jojo, et bientôt leur +1, on l'attendait tellement ce petit bébé biterrois. Je suis la plus heureuse de vous trois réunis (aucun doute !). Soyez heureux tous les trois.

Medhi, notre charmeur au sourire White Now.

Aurélie et Olivier qui doivent chauffer sous le soleil Néo-Zélandais.

Chakir et Radia, ce couple attachant et baroudeur comme nous qu'on découvre de plus en plus, je vous rejoins bientôt sur le court de tennis !

Caro, et dire que j'ai rencontré une vimynoïse à Béziers, j'espère que ce soir tu lanceras un authentique « *au Nord c'était les corons* ».

Margaux, il serait temps d'arrêter de se voir si peu ! Avec notre artiste **Estelle**, j'attends avec impatience vos ateliers mamie-tricot.

Johanna et Alex, bientôt les barbeuc piscine ? **Mathilde**, hâte de voir votre petit nid. Mais aussi **Leslie** et **Suzanne**, revenez nous vite de Lyon et Bordeaux.

*** AUX PERPIGNANAIS ***

Candice, ma voisine d'ECN retrouvée un an plus tard à l'internat, ma petite nordiste attachante et ses milliards de facettes, notre troupe depuis nos péripéties équatoriennes a de beaux jours devant lui. Entre la boxe, le kite et le Kilimandjaro, on a « quelques » projets en suspens ! Ah et le piercing, on en parle ?

Louna et Thomas, vous êtes des amis fidèles et authentiques, de ceux qu'on garde toute la vie, n'en doutez pas, enfin si... tachez de me faire toujours rentrer AVEC mes clefs. Tout se passera bien.

Fanny, la Beyoncé pétillante qui est en toi doit me rencontrer beaucoup plus souvent. « *Ain't your mama* » est trop fade sans ton déhanché.

Priscille et Hadrien, c'est quoi cette histoire de partir en voyaaache le jour de ma thèse, vous m'en voulez encore pour le vol de chocolat d'Arcachon ?

Chloé et Romain, c'est toujours un plaisir de passer du temps ensemble. J'ai hâte de découvrir votre appartement de rêve.

Jimmy, et tes conseils ophtalmo à l'autre bout du monde, aller courage ça se termine bientôt aussi pour toi.

Les irrésistibles et rayonnantes **Alexia et Camille**, Arcachon a eu le goût de trop peu, les Winter Xgames aussi, on se le prévoit quand notre WE perpignanaïse ?

Sita, à notre semestre estival de pédiatrie puis de gynécologie avec **Syad et Julia**. Vous m'avez sauvé de pas mal d'échographies. Merci pour elles. Cette parenthèse perpignanaïse me paraît être il y a une éternité. Hâte de revoir vos petits amours qui grandissent beaucoup trop vite.

***** AUX STEPHANOIS *****

Il me faut un paragraphe rien que pour vous tellement vous avez intégré ma vie.

Merwane et Clara, toute la famille dormira sereinement ce soir grâce à vous. A l'heure actuelle vous devez vous ennuyer sérieusement sans nous au Bélize, pas de panique on arrive !

Danildo, ses surnoms, ses montages mythiques, et un jour le Dani Opérateur Cap-vert ?

Amine, je ne me lasse pas de t'entendre conter tes histoires, j'attends la suite de la tienne : « c'est décidé d'ici la fin du moins, j'attaque à fond ! ».

Baptiste, ça fait plaisir de te voir plus souvent, et d'avoir eu l'immense privilège de participer aux 190 ans de la famille Rolly. On te rejoint bientôt dans la trentaine.

Paco, notre pile, j'espère que tu n'oublieras pas ton bob ce soir, à moins que tu préfères le béret ? Le charismatique **Font**, et son accent stéphanois à tomber.

Pierre, notre explorateur, il va bientôt y avoir un hold up de camping-car, je te le dis !

Bech, merci pour ce séjour de rêve à Mayotte, à quand le niveau 2 ? #karibu.

Fabien et Camille, vous nous manquerez aujourd'hui. Faites nous rêver à l'autre bout du monde. Camille finis les excuses, on t'attend!

***** AUX BELLES RENCONTRES DE L'INTERNAT *****

Aux Narbonnais : le lien avec les bitterois s'est vite créé. La discrète mais surprenante **Djoulay**, toujours partante pour tous les projets les plus fous. **Solène**, que l'on voit trop peu. La petite touquettoise **Marine**, j'ai hâte d'aller faire du kite avec toi...mais j'attends encore le talent. La rayonnante **Méryl**, rendez-vous sous le soleil Martiniquais.

Yoann, et son bagout sans pareil, je compte sur toi pour me former aux beaux discours à l'accent chantant ... d'ailleurs ce soir la place est à toi!

La belle espagnole **Marina**, un petit rayon de soleil. L'attachante **Jessica** et nos aventures Costaricaines. **Valentin**, collègue, basketteur mais avant tout sauveur. La pétillante **Olivia**, courage bientôt ton tour. Notre charmant herboriste **Paulo** et son 5^{ème} degré fracassant.

A notre coloc de Milhau : la renversante **Emilie** et notre pisciniste préféré **Hugues** pour nos 6 mois dans une maison paradisiaque.

A Julie, une amie en or pour ma sista et pas que ! Merci pour tes conseils. Je vous souhaite un heureux mariage avec Jean et une bonne installation.

La grandeur d'un métier est avant tout d'unir les hommes : il n'est qu'un luxe véritable et c'est celui des relations humaines.

Antoine de Saint Exupéry

TABLE DES MATIÈRES

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2019 / 2020	- 4 -
REMERCIEMENTS	- 11 -
TABLE DES MATIÈRES	- 20 -
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	- 23 -
LISTE DES ABRÉVIATIONS	- 24 -
INTRODUCTION.....	- 25 -
PREMIÈRE PARTIE :	- 28 -
ÉTAT DES LIEUX DE L'ACTIVITÉ IVG	- 28 -
1. ÉPIDÉMIOLOGIE	- 28 -
1.1. <i>Taux de recours à l'IVG en France</i>	- 28 -
1.1.1. Des disparités régionales.....	- 28 -
1.1.2. Des disparités générationnelles	- 30 -
1.2. <i>L'IVG médicamenteuse hors établissement de santé</i>	- 31 -
1.2.1. Des disparités territoriales d'offre de soins	- 31 -
1.2.2. Des disparités impactées par la démographie médicale	- 33 -
1.2.3. Contexte local dans le secteur du CHU de Montpellier	34
2. HISTORIQUE ET LÉGISLATION DE L'IVG : UN DROIT GARANTI PAR LA LOI.....	36
3. ORGANISATION DU SYSTEME DE SOIN IVG AUTOUR DU CHU DE MONTPELLIER	39
3.1. <i>L'offre de soins hospitalière : les établissements d'orthogénie du GHT Est-Hérault</i>	39
3.2. <i>L'offre de soins ambulatoire : l'accès à l'IVG hors établissement de santé</i>	41
3.2.1. Les praticiens conventionnés avec le CHU de Montpellier	41
3.2.2. Les centres de santé et de planification familiale sur le territoire Montpelliérain.....	42
3.3. <i>Implication du REIVOC : le réseau ville-hôpital en Occitanie</i>	43
4. OBJECTIF DE L'ÉTUDE	44
4.1. <i>Objectif principal</i>	44
4.2. <i>Objectifs secondaires</i>	44
DEUXIÈME PARTIE :	45
MATÉRIELS ET MÉTHODES	45
1. DESCRIPTION.....	45
1.1. <i>Type d'étude</i>	45
1.2. <i>Bibliographie</i>	45
1.3. <i>Outil confidentiel et protection des données</i>	45
1.4. <i>Cadre réglementaire</i>	45
1.5. <i>Population cible</i>	45
1.5.1. Les critères d'inclusion	46
1.5.2. Les critères d'exclusion	46
1.6. <i>Définition des 2 sous-populations</i>	46
1.7. <i>Méthode d'intervention : recueil des données</i>	47
2. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE.....	47
2.1. <i>Paramètres et faisabilité</i>	47
2.2. <i>Contenu</i>	48

3.	ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES.....	49
TROISIÈME PARTIE :		50
RÉSULTATS		50
1.	DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON	50
1.1.	<i>Nombre de questionnaires inclus : taux de participation.....</i>	50
1.2.	<i>Profil sociodémographique et professionnel de la population d'étude</i>	50
1.3.	<i>Leur pratique de la gynécologie</i>	52
1.4.	<i>État des lieux des acteurs de l'IVG.....</i>	52
2.	ANALYSE DE PRATIQUES DES MG CONCERNANT LES IVG	53
2.1.	<i>Pour les MG n'effectuant pas d'IVG: des leviers d'action modifiables ?</i>	53
2.1.1.	Connaissance des recommandations et de la législation encadrant les IVG	53
2.1.2.	Connaissance des supports d'information et du réseau concernant l'offre de soins en IVG	54
2.1.3.	Prise en charge des demandes d'IVG au cabinet.....	55
2.1.4.	Ressenti des praticiens sur la formation et la pratique des IVGM au cabinet	56
2.2.	<i>Pour les MG effectuant des IVG : perception de leur pratique des IVGM.....</i>	58
3.	RÉSULTAT SUR L'OBJECTIF PRINCIPAL : OBSTACLES A LA RÉALISATION DES IVGM AU CABINET	59
3.1.	<i>Sphère économique</i>	59
3.2.	<i>Sphère logistique</i>	59
3.3.	<i>Sphère pratique</i>	60
3.4.	<i>Sphère idéologique ou relative aux convictions personnelles</i>	61
3.5.	<i>Sphère esthétique ou relative à l'image du médecin.....</i>	61
3.6.	<i>Autres obstacles</i>	61
4.	PERSPECTIVES	62
4.1.	<i>Mesures souhaitées pour faciliter la pratique des IVGM en ville</i>	62
4.2.	<i>Remarques sur la pratique des IVGM par le MG</i>	62
4.3.	<i>Niveau d'utilité du questionnaire</i>	62
QUATRIÈME PARTIE :		63
DISCUSSION		63
1.	DISCUSSION SUR LA MÉTHODE ET LES OUTILS	63
1.1.	<i>Limites et biais de l'étude.....</i>	63
1.1.1.	Biais de sélection	63
1.1.2.	Biais de déclaration	64
1.1.3.	Biais de mesure	64
1.2.	<i>Forces de l'étude</i>	64
1.2.1.	La méthode	64
1.2.2.	Exhaustivité des données.....	65
1.2.3.	Didactique	65
1.3.	<i>Validité de l'étude</i>	65
1.3.1.	Validité externe	65
1.3.2.	Validité interne.....	65
2.	INTERPRÉTATIONS DES PRINCIPAUX RESULTATS	66
2.1.	<i>Des profils de médecins diversifiés et compatibles avec un conventionnement</i>	66
2.2.	<i>Discussion sur l'objectif secondaire : Des leviers d'action modifiables.....</i>	67
2.2.1.	Une méconnaissance préoccupante des recommandations et de la législation encadrant les IVG.....	67
2.2.2.	Un manque persistant de lisibilité de l'offre et des structures d'appui (réseau, plateforme)	67
2.3.	<i>Des praticiens pourtant à l'aise avec les demandes d'IVG et légitimes dans ce rôle</i>	69
2.4.	<i>Discussion sur l'objectif principal : Les obstacles à la réalisation des IVGM</i>	70
2.4.1.	La sphère économique, et ses ambivalences	70
2.4.2.	La sphère logistique, et ses a priori	71

2.4.3.	La sphère pratique, légitime mais surmontable	73
2.4.4.	La sphère idéologique ou relative aux convictions personnelles, des positions extrêmes.....	77
2.4.5.	La sphère esthétique ou relative à l'image du médecin, minoritaire	79
3.	PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS CONCRETES	80
3.1.	<i>A L'ÉCHELLE DE NOTRE ÉTUDE : augmenter le taux de conventionnement ? Les « ivg-istes » de l'avenir</i> 80	
3.2.	<i>LOCALEMENT AU CHU DE MONTPELLIER : Harmoniser et centraliser la prise en charge</i>	81
3.2.1.	LES EFFORTS A POURSUIVRE	81
3.2.2.	UNE PERSPECTIVE CONCRETE : Le travail en réseau	82
3.3.	<i>POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : Revaloriser la formation et la pratique des IVG</i>	83
3.4.	<i>DESTIGMATISER ET RENFORCER LA LÉGITIMITÉ : Poursuivre les campagnes d'information auprès des professionnels et du grand public</i>	84
3.5.	<i>ÉMERGENCE DES CPTS : une réponse territoriale aux obstacles ?</i>	84
3.6.	<i>PRENDRE LE VIRAGE DU NUMÉRIQUE : Développer la télé médecine et le e-learning ?</i>	85
3.7.	<i>NOUVEAUX ACTEURS : Les sages-femmes</i>	86
3.8.	<i>NOUVELLE OFFRE : Les IVG instrumentales en centre de santé</i>	86
	CONCLUSION	87
	BIBLIOGRAPHIE	89
	ANNEXES	94
	SERMENT D'HIPPOCRATE	114
	PERMIS D'IMPRIMER	115
	RÉSUMÉ	116

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Évolution du nombre des IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2018.....	28 -
Tableau 1 : Les IVG en 2018 selon la région de résidence de la femme.....	29 -
Figure 2 : Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2018.....	30 -
Figure 3 : Evolution du nombre d'établissements publics et privés pratiquant l'IVG en France.....	31 -
Figure 4 : Évolution des méthodes et du secteur d'exercice des IVG, entre 2001 et 2018	32 -
Carte 1 : Part des IVG réalisées hors établissements de santé en 2018	32 -
Figure 5 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025	33
Carte 2 : Typologie par département entre 2017 et 2018 en fonction des variations observées entre la démographie médicale et la population générale	33
Carte 3 : Densité des gynécologues médicaux en mode d'exercice libéral et mixte en 2013	34
Carte 4 : Variation des densités départementales de médecins généralistes en activité régulière.....	34
Tableau 2 : Nombre d'IVG en Occitanie selon le département de résidence de la femme, le lieu de réalisation de l'IVG et la méthode entre 2016 et 2018	35
Tableau 3 : Récapitulatif des lois encadrant l'IVG de 1967 à nos jours.	37
Carte 5 : Cartographie des établissements du Languedoc-Roussillon illustrant le nombre et la proportion d'IVG en fonction du statut juridique en 2016 (6).....	40
Carte 6 : Cartographie de l'offre pour l'accès à l'IVG dans le Languedoc-Roussillon en 2019, nombre de centres d'orthogénie par ville et de praticiens conventionnés pour l'IVG par département (17)	42
Carte 7 : Groupement hospitalier de territoire de l'Est-Hérault et Sud-Aveyron (42)	46
Figure 6 : Diagramme de flux « Flow chart »	50
Tableau 4 : Description des caractéristiques de l'échantillon étudié	51
Figure 7 : Actes de gynécologie médicale pratiqués par les MG de l'étude en % homme % femme.....	52
Figure 8 : Implication des médecins généralistes de l'étude dans l'activité IVG	52
Figure 9 : Répartition des réponses des MG concernant le délai légal pour réaliser une IVG en (SA). ...	54
Tableau 6 : Connaissance des supports d'informations et du réseau autour de l'IVG en effectif N (%). 54	
Figure 10 : Nombre de demandes d'IVG au cabinet dans les 12 derniers mois en effectif N(%)	55
Figure 11 : Prise en charge initiale et orientation lors d'une demande d'IVG au cabinet	55
Tableau 7 : Quel(s) argument(s) pourraient vous convaincre de réaliser des IVG dans votre cabinet ? 56	
Tableau 8 : Ressenti sur l'IVG et état des lieux des probables futurs acteurs de l'IVG en ville	57
Tableau 9 : Profil et perception des médecins conventionnés de l'étude sur leur pratique des IVGM ..58	

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CPP : Comité de Protection des Personnes

CDOM : Conseil Départementale de l'Ordre des Médecins

CIVG : Centre Interruption Volontaire de Grossesse

CMUc : Couverture Mutuelle Universelle complémentaire

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DMG : Département de Médecine Générale

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

GHT : Groupement Hospitalier Territorial

GNP : Grossesse Non Prévues

HAS : Haute autorité de Santé

HDJ : Hôpital de jour

HPV : Human Papilloma Virus

INED : Institut National d'Études Démographiques

IVGM : Interruption Volontaire de Grossesse Médicamenteuse

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PH : Praticien Hospitalier

REIVOC : Réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la Contraception en région

Occitanie Pyrénées Méditerranée

REVHO : Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie en Ile-de-France

SA : Semaine d'Aménorrhée

SMR : Service Médicale Rendu

SUDOC : Catalogue en ligne du Système Universitaire de Documentation

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

INTRODUCTION

« Je voudrais tout d'abord vous faire partager une conviction de femme – je m'excuse de le faire devant cette assemblée presque exclusivement composée d'hommes : aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement. Il suffit d'écouter les femmes. C'est toujours un drame et cela restera toujours un drame. » déclarait Simone Veil devant les députés, en ultime recours, dans son discours historique sur la légalisation de l'IVG (1).

Cette figure emblématique des droits de la femme s'est éteinte mais 45 ans après le vote de la loi Veil, le débat reste entier. La lutte pour l'émancipation et pour le droit des femmes à disposer librement de leur corps est un combat du présent. Le droit à l'IVG n'est pas acquis. Il a été réaffirmé lors d'un programme national d'actions pour améliorer l'accès à l'IVG lancé par le ministre de la santé en 2015. Son intitulé est suffisamment explicite : *« IVG, mon corps, mon choix, mon droit »* (2). *« Il est, aujourd'hui plus que jamais, nécessaire de rappeler que les idéaux de liberté et d'égalité portés par cette loi n'appartiennent pas au passé »* insistait Marisol Touraine à l'annonce du programme (3).

Cinq ans plus tard, les disparités territoriales persistent. La répartition de l'offre de soin ne garantit pas, partout en France, un accès diversifié et de proximité respectant les recommandations de l'HAS (4). La précocité de réalisation de l'IVG permet un choix plus large des techniques et une réduction des risques de complications (5), c'est une course contre la montre. En 2018, PONCET a fait un état des lieux de l'orthogénie en Occitanie (6). Il a mis en évidence un système de gestion des établissements d'orthogénie publics et privés dépassé. Plus de la moitié de ces établissements proposent une première consultation qui va au-delà du délai de moins de 5 jours recommandé par l'HAS (4). Les établissements piliers de l'offre médicale ont une permanence de soins fragile. Sept centres n'assurent pas la permanence d'accès à l'IVG (6).

Malgré les 224 300 demandes d'IVG en 2018, l'offre de soins est en baisse (7). On assiste de plus en plus à la fermeture d'établissements privés pratiquant les IVG, sans augmentation de l'offre de soin publique (7). A ce désengagement public et privé s'ajoute le problème de la démographie médicale. Le nombre de spécialistes diminue et les « générations militantes » impliquées dans la prise en charge des IVG partent en retraite (8).

Dans ce climat où l'IVG est vécue comme un acte délaissé, la médecine de proximité prend tout son sens. Les « soins primaires » – dits aussi de premiers recours – sont centrés autour du médecin généraliste. « *La relation privilégiée entre un patient et son médecin traitant est une caractéristique forte de notre système de santé à laquelle les Français sont profondément attachés* » (9). Le médecin de santé primaire dans son rôle d'orientation du patient dans le système de soins est l'interlocuteur privilégié, d'autant plus depuis l'instauration du choix d'un médecin traitant référent. Il permet de fluidifier le parcours de ces femmes qu'on qualifie régulièrement de parcours du combattant. Un tiers des femmes lui confie d'ailleurs leur suivi gynécologique (10).

Depuis la loi du 4 juillet 2001, et les décrets d'application de 2004, les médecins de ville ont le droit de pratiquer des IVG médicamenteuses jusqu'à 7 SA dans le cadre d'une convention signée avec un établissement de santé référent (11). Ce dispositif crée une alternative hors établissement de santé. Le développement de cette activité chez les médecins généralistes correspond ainsi à une demande des femmes (12). L'étude de DELMONT montre que « *36% des patientes se sont informées sur l'IVG auprès de leur médecin généraliste. S'il effectuait cet acte et si elles avaient eu connaissance de la loi, 34% des patientes auraient réalisées leur IVG médicamenteuse avec leur médecin* » (13).

Pourtant cette pratique reste marginale et peu attractive. Moins de 3% des généralistes et gynécologues en cabinet réalisent des IVG en France (7). Certains même se désengagent. Seuls 5 médecins généralistes sont conventionnés avec le CHU de Montpellier.

Quand on sait les enjeux de santé publique et sociétaux de l'avortement, on peut s'interroger sur le manque d'engagement des médecins généralistes alors que les formations pour promouvoir les IVG médicamenteuses en ambulatoire se développent largement.

La revue de littérature de CARLES atteste que « *cette méthode est efficace, sûre, acceptée par les patientes et les médecins qui la pratiquent* ». En analysant 24 articles, elle constate une nette préférence des femmes pour la méthode médicamenteuse à domicile. Les principaux avantages avancés, à cette pratique en ville, sont un accès plus rapide, autonome et une relation privilégiée avec le praticien plus disponible et empathique. Le procédé est quant à lui jugé plus naturel et intime (5). Plus de 8 femmes sur 10 recommandent cette IVGM à domicile plutôt qu'à l'hôpital. L'acceptabilité est d'ailleurs d'autant plus grande qu'un proche ou le partenaire est présent (14)(15).

Les cinq médecins généralistes de ville pratiquant les IVG dans le Gard argumentent positivement cette activité. Ils la qualifient « *d'enrichissante et sécuritaire* ». Elle renforce leur relation médecin malade et les place au cœur de la santé de la femme (16).

En 2019, l'enquête de DORIER donne la parole à 13 femmes du Languedoc-Roussillon ayant réalisé une IVGM : 5 en cabinet de ville à Montpellier et 8 en HDJ à la Clinique St-Roch et au CH de Perpignan. L'IVGM à domicile est une alternative jugée plus acceptable, moins éprouvante psychologiquement, et conciliable avec le quotidien. Ce choix traduit « *un rejet du milieu hospitalier* » où le regard des soignants est vécu comme « *envahissant* » pour ces patientes dans une chambre partagée (17). Celles qui ont réalisé une IVGM à domicile ont fait le choix libre et éclairé de cette méthode. Ce choix est plus contrasté et parfois vécu comme imposé chez les femmes ayant réalisé une IVGM en hospitalisation de jour.

Fin 2019, l'enquête de ROQUES a interrogé 9 femmes ayant réalisé une IVGM en ambulatoire avec un des MG conventionnés avec le CHU de Montpellier. Ces femmes « *s'attendent surtout à trouver un médecin compétent, compréhensif, non jugeant et qui les accompagne dans cette épreuve* ». Elles sont toutes satisfaites de leur prise en charge. Leur vécu psychologique tient à la représentation du lieu de l'IVG. Le domicile est vécu comme un lieu protégé. Ces femmes considèrent aussi qu'il est moins stigmatisant de consulter un MG en ville (15).

L'Occitanie a un taux de recours à l'IVG des plus élevés de France (7). Localement autour du CHU de Montpellier, des avancées notables ont été réalisées depuis la création de réseaux ville-hôpital. Alors que les femmes qui ont eu la possibilité d'une IVGM à domicile ont un retour positif, que les médecins qui pratiquent cette activité en parlent aussi de façon positive et que les centres d'orthogénie publics et privés sont en difficulté pour répondre convenablement à la demande de soins, nous constatons que depuis 2004, seuls 5 médecins généralistes se sont conventionnés avec le CHU de Montpellier pour pratiquer des IVGM au cabinet.

Aucune étude dans la région n'a évalué les facteurs limitant la pratique des IVG ambulatoires par les médecins généralistes. Le projet de recherche que nous menons tente d'évaluer la place de l'IVGM dans la pratique des MG du bassin montpelliérain, en hiérarchisant les principaux obstacles revendiqués à la pratique des IVGM en ville.

Dans un premier temps, nous ferons un état des lieux de l'IVG d'un point de vue épidémiologique, historique et organisationnel en se focalisant particulièrement sur l'accessibilité et le réseau existant autour du CHU de Montpellier.

Dans un deuxième temps, nous expliquerons la méthodologie de l'enquête menée.

Enfin, nous analyserons et discuterons des résultats de l'étude pour dégager des propositions d'amélioration.

PREMIÈRE PARTIE :

ÉTAT DES LIEUX DE L'ACTIVITÉ IVG

1. ÉPIDÉMIOLOGIE

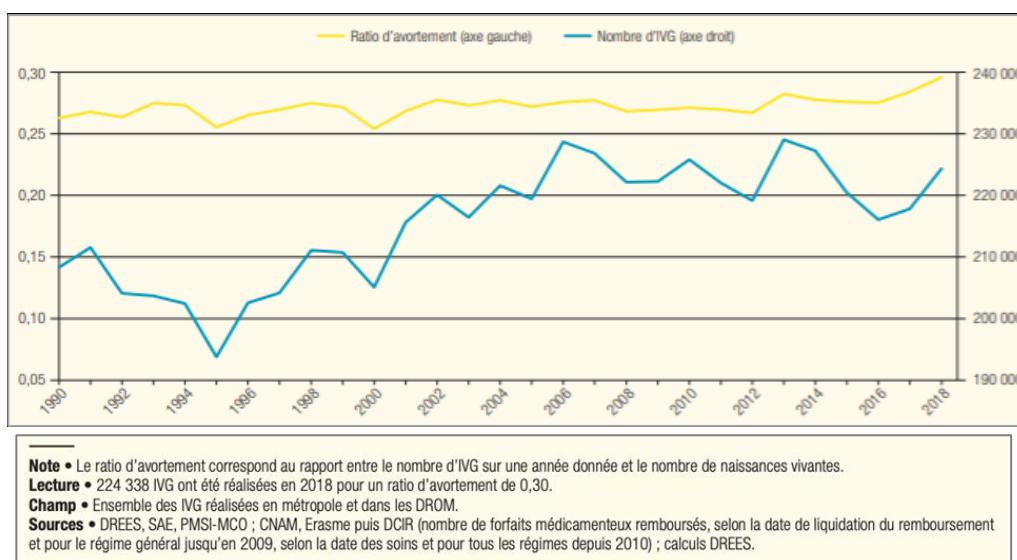
1.1. Taux de recours à l'IVG en France

1.1.1. Des disparités régionales

En 2018, 224 300 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées en France, dont 14 200 auprès de résidentes des départements et régions d'outre-mer (DROM). Ce chiffre est relativement stable depuis 2001 (7). Chaque année, on compte environ une IVG pour un peu plus de trois naissances (figure 1).

L'indice conjoncturel d'avortement est en légère hausse avec 0,56 IVG par femme en 2018. Cet indice représente le nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie. En le décomposant en nombre moyen de premières IVG et d'IVG répétées, l'INED a estimé qu'une femme sur trois connaîtra au moins une IVG, avec une part plus fréquente d'IVG répétées (18).

Figure 1 : Évolution du nombre des IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2018



Des écarts régionaux persistent. Les taux de recours sont supérieurs à 17 IVG pour 1000 femmes en Île-de-France, en Corse, en Provence-Alpes-Côte-D'azur et dans les Départements d'outre-mer (DROM) alors qu'il est de 10,9 en Pays de la Loire. En Occitanie, le taux de recours à l'IVG est de 16,7 IVG pour 1000 femmes entre 15 et 49 ans, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (15,4).

Il place la région en 4^{ème} position pour le nombre d'IVG en France Métropolitaine (tableau 1). En 2018, 20 485 IVG (9,7%) ont été réalisées en Occitanie dont 4798 hors établissements hospitaliers (23 % des IVG d'Occitanie). Ces tendances régionales sont similaires à celles observées au niveau national (7).

Tableau 1 : Les IVG en 2018 selon la région de résidence de la femme

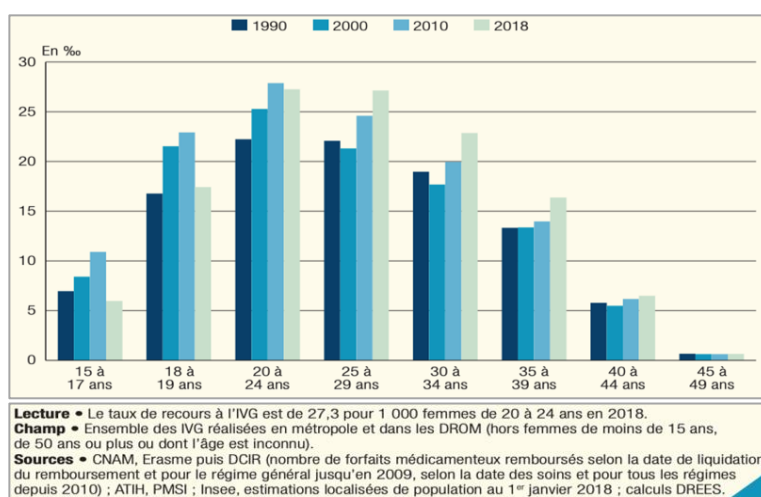
	IVG en établissement hospitalier	Forfaits médicamenteux remboursés en centre de santé et CPEF	Forfaits remboursés en cabinet libéral	Total IVG réalisées	IVG ² pour 1 000 femmes de 15-49 ans	IVG de mineures pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans
Grand-Est	13 067	91	1 130	14 288	12,2	5,0
Nouvelle-Aquitaine	12 831	705	3 235	16 771	13,9	5,7
Auvergne-Rhône-Alpes	17 833	768	4 573	23 174	13,4	5,0
Bourgogne-Franche-Comté	5 453	83	1 413	6 949	12,4	5,6
Bretagne	7 025	122	755	7 902	11,8	4,8
Centre-Val de Loire	5 722	134	1 079	6 935	13,4	6,5
Corse	1 060	2	183	1 245	17,6	2,8
Île-de-France	34 766	2 383	16 554	53 703	18,0	6,2
Occitanie	15 687	260	4 538	20 485	16,7	6,4
Pays de la Loire	8 210	9	452	8 671	10,9	4,1
Hauts-de-France	15 276	196	2 369	17 841	13,5	7,1
Normandie	7 020	108	1 490	8 618	12,6	5,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15 541	283	7 116	22 940	22,0	8,1
Total résidentes en France métropolitaine	159 491	5 144	44 887	209 522	15,0	5,9
Guadeloupe ¹	1512	5	1 785	3 302	38,5	14,6
Martinique	1682	3	441	2 126	27,7	14,5
Guyane	1265	103	1 236	2 604	35,3	18,0
La Réunion	2939	6	1 583	4 528	21,8	12,4
Mayotte	1346	2	307	1 655	24,8	19,3
Total résidentes dans les DROM	8 744	119	5 352	14 215	27,8	15,1
Femmes dont la résidence est inconnue³		27	291	318		
Total résidentes France entière	168 235	5 290	50 530	224 055	15,4	6,3
Résidentes à l'étranger	283			283		
Total IVG réalisées	168 518	5 290	50 530	224 338	15,5	6,4

CPEF : centre de planification et d'éducation familiale.
1. Non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy.
2. Calculé en rapportant les IVG de 15-49 ans aux femmes de 15-49 ans.
3. Dans certains cas, le lieu de résidence inconnu a été remplacé par le lieu de réalisation de l'acte.
Lecture • En 2018, 14 288 IVG ont concerné des femmes résidant dans la région Grand-Est.
Champ • Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM, tous régimes.
Sources • DREES, PMSI-MCO ; Insee, estimations localisées de populations au 1^{er} janvier 2018 ; CNAM, données de consommation interrégimes, nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date des soins.

1.1.2. Des disparités générationnelles

Le taux de recours s'élève à 15,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en métropole (tableau 1), le plus élevé depuis 1990. Les IVG restent plus fréquentes chez les femmes de 20 à 29 ans (figure 2). L'âge médian est de 26,5 ans, proche de l'âge de la première maternité. Depuis quelques années, le taux de recours est en baisse chez les plus jeunes et en légère hausse chez les plus âgées (7).

Figure 2 : Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2018



La diffusion des méthodes efficaces de contraception a diminué la fréquence des grossesses non prévues (GNP). Mais le plus grand recours à l'IVG quand les GNP surviennent et l'évolution de la société, telles que les relations sexuelles extraconjugales et l'âge de la 1^{ère} grossesse plus tardif, expliquent probablement la stagnation du nombre d'IVG. C'est un paradoxe français.

Les déterminants sociaux du choix de l'IVG quand une femme a une GNP sont dépendants de l'âge. Chez les moins de 25 ans ils dépendent du niveau d'études, chez les 25-34 ans du nombre d'enfants, et chez les plus de 35 ans de la possibilité de conjuguer maternité et carrière professionnelle (9)(19).

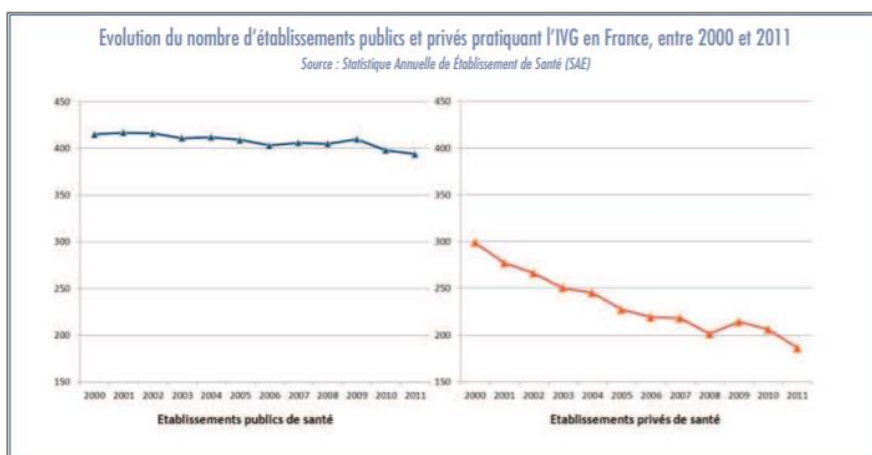
1.2. L'IVG médicamenteuse hors établissement de santé

1.2.1. Des disparités territoriales d'offre de soins

En 2018, 69 % des IVG sont réalisées de façon médicamenteuse. En métropole, les trois quarts de ces IVGM sont réalisés à l'hôpital. Le quart restant est réalisé en ambulatoire, c'est-à-dire en cabinet libéral, dans les centres de santé ou dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF)(7).

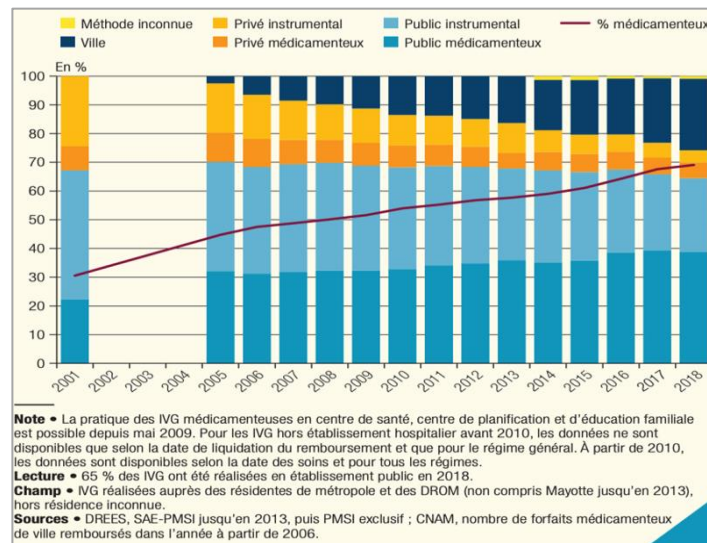
L'ouverture de la pratique des IVGM en ambulatoire en 2004 répond à l'évolution de l'offre de soin. Plus de 130 établissements de santé pratiquant les IVG ont fermé ces dix dernières années, soit 5 % des établissements publics et 48 % des établissements privés pratiquant des IVG (figure 3). Cet acte sous-valorisé est jugé peu rentable. Ces restructurations hospitalières ont conduit à une forte concentration de l'offre de soins sur un nombre restreint d'établissements publics : 5% des établissements restants réalisent 23% des IVG (8). Ces établissements réalisant des IVG sont pour 83% du secteur public (7).

Figure 3 : Évolution du nombre d'établissements publics et privés pratiquant l'IVG en France, entre 2000 et 2011 (8)



Bien qu'elle soit désormais plus souvent réalisée par méthode médicamenteuse que chirurgicale, **l'IVG demeure majoritairement un acte hospitalier**. Avec l'effet d'étranglement auxquels sont confrontés ces établissements, l'augmentation de cette pratique hors établissement de santé semble encore nécessaire.

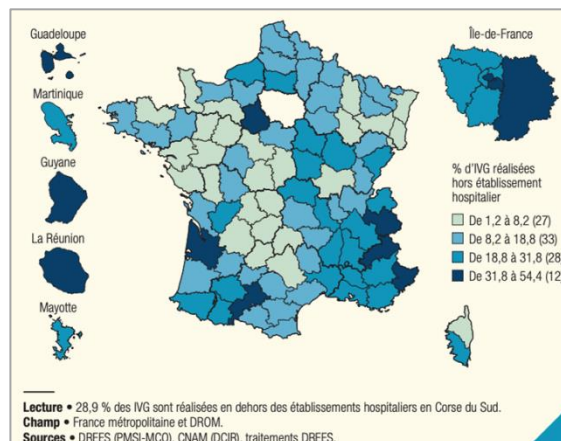
Figure 4 : Évolution des méthodes et du secteur d'exercice des IVG, entre 2001 et 2018



Cette offre ambulatoire reste cependant concentrée à certaines régions. Moins de 10% des IVG sont réalisées en cabinet libéral en Pays de la Loire. Elle concerne plus du tiers des IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Île-de-France et à la Réunion. En Occitanie, l'ex-région Midi-Pyrénées est très impliquée dans la pratique des IVGM ambulatoires, notamment grâce aux initiatives de son réseau ville-hôpital.

Si on s'intéresse seulement à l'ex-région Languedoc-Roussillon, sur les 10 660 IVG, 71% ont été réalisées par méthode médicamenteuse dont 19% hors établissement hospitalier. Même si cette part d'IVG ambulatoires est en progression, elle est en dessous de la moyenne nationale. **Seule une IVG médicamenteuse sur quatre est réalisée en ville**, ce taux se réduit plus on se rapproche des communes limitrophes de l'Aveyron, probablement par manque de praticiens conventionnés et compte tenu de la distance avec un centre IVG référent. (carte 1).

Carte 1 : Part des IVG réalisées hors établissements de santé en 2018

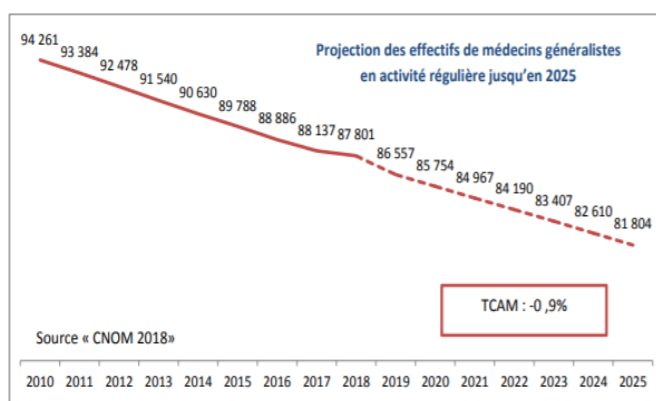


1.2.2. Des disparités impactées par la démographie médicale

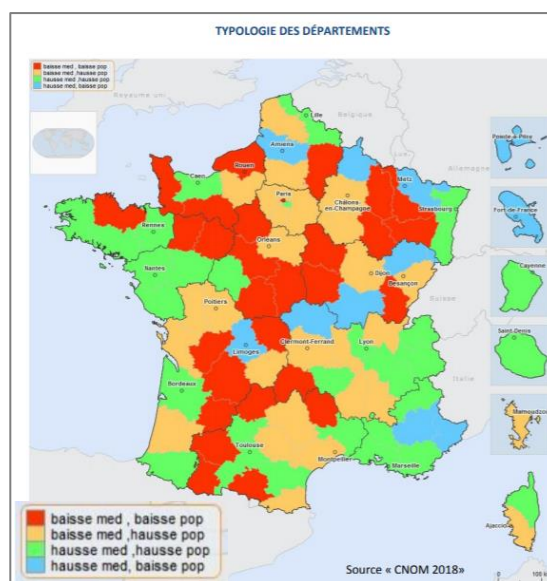
En France, parmi l'ensemble des médecins inscrits au tableau, le pourcentage de médecins en activité régulière (67%) a baissé de 9 points depuis 2010. L'âge moyen en 2018 est de 50,7 ans. D'ici 2025, on devrait encore perdre 1% des effectifs de médecins généralistes (figure 5). Cette érosion continue est également annoncée en Occitanie avec un indice de renouvellement de génération négatif (20).

Dans la région, l'écart va continuer à se creuser entre la baisse de la population médicale et la hausse de la population générale (carte 2). En effet, l'Occitanie est la région de France la plus dynamique démographiquement. Chaque année, la région s'accroît de 51 000 personnes, soit l'équivalent d'une ville comme Narbonne (21). Son indice de vieillissement est important.

Figure 5 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 [TCAM : Taux de Croissance Annuel Moyen]



Carte 2 : Typologie par département entre 2017 et 2018 en fonction des variations observées entre la démographie médicale et la population générale



Par ailleurs, de nombreux bassins de vie ne comprennent aucun gynécologue. Ainsi, 76% des bassins de vie d'Occitanie n'ont pas de gynécologue (carte 3). A cela s'ajoute le départ en retraite, non remplacé, des praticiens des générations militantes, ce qui fait stagner le nombre de médecins conventionnés (8).

En 2018, en France, 1 725 médecins (dont 56,6 % de gynécologues) et 248 sages-femmes ont réalisé des IVG en cabinet libéral. Cependant, beaucoup de praticiens réalisent peu d'IVG : 41% en font moins de 10 par an (7). La majorité est également impliquée dans un établissement de santé. Certains praticiens dits conventionnés n'ont par ailleurs jamais « activé » cette convention. Ils n'ont pas pratiqué d'IVG.

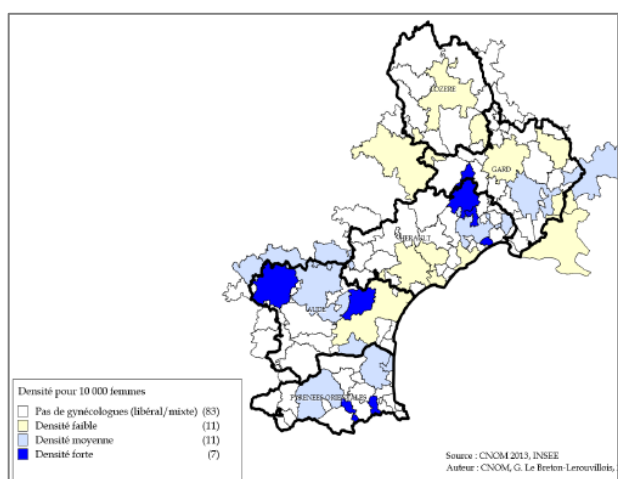
L'Occitanie peut compter sur sa densité de sages-femmes élevée. La proportion de sages-femmes à réaliser des IVG explose. En Occitanie, 9% des sages-femmes en réalisent en cabinet (avec en moyenne 14 IVG dans l'année) alors que 3,7% des MG et gynécologues en pratiquent dans la région. Pour autant, même quand l'offre est abondante, il convient de s'assurer qu'elle soit accessible à toutes. Ces chiffres sont à nuancer car la majorité des praticiens impliqués, y compris les sages-femmes, exercent dans l'ex-région Midi-Pyrénées. **Si on rapporte ce taux à l'ex-région Languedoc-Roussillon, les MG sont alors moins de 1% à pratiquer des IVG (7).**

1.2.3. Contexte local dans le secteur du CHU de Montpellier

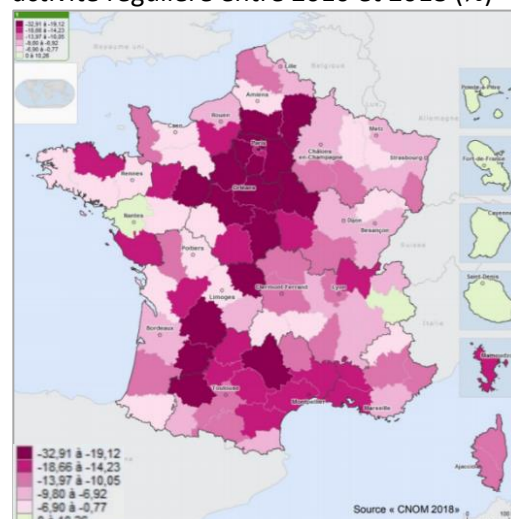
Dans l'Hérault, la situation est aussi préoccupante (carte 4). Les praticiens ont en moyenne 50 ans. De plus un quart des nouveaux médecins inscrits au conseil de l'ordre sont des remplaçants. La proportion de remplaçants est actuellement la plus importante de métropole (35%)(20). Or la pratique des IVGM en cabinet n'est pas autorisée aux médecins non installés. Leur activité intermittente rend la pratique des IVG difficile sur le plan organisationnel.

De plus, certains cantons n'ont aucun gynécologue que ce soit en exercice libéral ou mixte (carte 3).

Carte 3 : Densité des gynécologues médicaux en mode d'exercice libéral et mixte en 2013 en Occitanie



Carte 4 : Variation des densités départementales de médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2018 (%)



Dans l'Hérault, 69 % des IVG se font par méthode médicamenteuse mais seules 18% sont pratiquées en cabinet de ville alors qu'on atteint les 28% dans le Gard (tableau 2). Le nombre d'IVG instrumentales a diminué, sans diminution du nombre d'IVG médicamenteuses pratiquées au CHU de Montpellier. La proportion importante d'IVG médicamenteuses avant 7SA pourrait être reportable sur le secteur extrahospitalier. Or les centres de santé et CPEF ne réalisent que 0,3% des IVG.

Tableau 2 : Nombre d'IVG en Occitanie selon le département de résidence de la femme, le lieu de réalisation de l'IVG et la méthode entre 2016 et 2018

Zone géographique	IVG en établissements hospitaliers			IVG hors établissements hospitaliers		TOTAL IVG	Taux de recours(p 1000 femmes de 15 à 49 ans)
	méthode instrumentale	méthode médicamenteuse	méthode non précisée	cabinet libéral	centres*		
2018							
Aude	328	899	1	159	5	1392	20,0
Gard	759	1102	4	744	9	2618	17,6
Hérault	1425	2314	5	847	14	4605	18,0
Lozère	34	113	0	17	2	166	11,6
Pyrénées-Orientales	477	1153	0	243	6	1879	20,2
2017							
Aude	362	890	2	99	2	1355	19,3
Gard	769	1130	3	596	3	2501	16,7
Hérault	1456	2322	0	677	8	4463	17,5
Lozère	37	155	1	8	0	201	14,0
Pyrénées-Orientales	431	1190	1	158	2	1782	19,1
2016							
Aude	378	875	3	60	2	1318	18,6
Gard	827	1197	5	502	2	2533	16,9
Hérault	1639	2315	10	456	5	4425	17,4
Lozère	54	129	2	7	1	193	13,3
Pyrénées-Orientales	491	1228	4	133	2	1858	19,9

*sources : ATIH (PMSI), SNIIRAM (CNAMTS), calculs DREES à partir du GHM d'IVG (14Z08Z) pour les IVG en établissements de santé et à partir des forfaits médicamenteux de ville (FMV) remboursés, tous régimes.

2. HISTORIQUE ET LÉGISLATION DE L'IVG : UN DROIT GARANTI PAR LA LOI

Le droit à l'avortement est un acquis majeur des femmes et le fruit d'un long combat pour disposer de leur corps. (22)



L'IVG se définit comme un avortement provoqué, décidé pour des raisons non médicales par la femme elle-même, autorisé jusqu'à 14 SA, par voie médicamenteuse ou instrumentale (19).

La loi (Article L. 221261 du code de la santé publique) garantit à toute femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse de demander une interruption de celle-ci. Seule la femme concernée peut en faire la demande. Quel que soit l'âge gestationnel, dans les limites prévues par la loi, la femme est libre de sa décision et seule juge des raisons de sa demande (23).

Avant 1975, la pratique de l'avortement était un crime passible de travaux forcés à perpétuité et même de la peine de mort. Chaque année, 500 000 femmes avortaient clandestinement dans des conditions déplorables provoquant 500 décès par an. En France, la loi Veil légalisait l'avortement le 17 janvier 1975 (tableau 3). Il faut rappeler que 70 000 femmes meurent encore chaque année dans le monde dans les suites d'un avortement non médicalisé. Légaliser l'avortement permet avant tout de le sécuriser.

Tableau 3 : Récapitulatif des lois encadrant l'IVG de 1967 à nos jours.

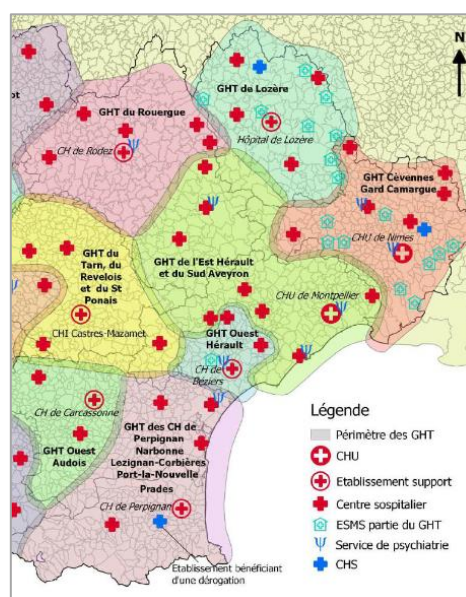
Année	Loi	Impact sociétal
1967	Loi « Neuwirth » de régulation des naissances (24)	-Fabrication et vente de contraceptifs en pharmacie sur ordonnance, sous autorisation parentale pour les mineures. -Interdiction de publicité ou de propagande antinataliste.
1971	Le manifeste des « 343 salopes » (25)	-343 femmes déclarent avoir avorté et réclament l'avortement libre dont Jeanne Moreau, Catherine Deneuve et Simone de Beauvoir. Le manifeste est publié dans le journal « Le Nouvel Observateur ».
1974	Loi « Veil » (26) légalisation (temporaire) de l'IVG	-Création des centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) : la contraception est gratuite et anonyme pour les mineures. -Remboursement de la contraception par la sécurité sociale.
1975	Loi « Pelletier » confirme la loi Veil en 1979 (27)	-L'IVG est autorisée jusqu'à 12 SA pour les femmes majeures en situation de détresse et pour les mineurs après accord parental. -Le délai de réflexion passe de 7 jours à 48h quand le délai est limite. -Obligation de centres IVG dans les services de Gynéco-obstétrique publics. -Principe de clause de conscience pour les professionnels.
1983	Loi « Roudy » (28)	-Remboursement à 100% pour l'IVG chirurgicale et à 80% pour l'IVG médicamenteuse.
1983-1991	Progrès scientifique	-1 ^{er} essai de pilule abortive (RU 486) -Autorisation de cette alternative abortive médicamenteuse dans les établissements hospitaliers.
1993	Loi « Neiertz » (29)	-Délit d'entrave à l'IVG (y compris les pressions morales et actes d'intimidation à l'encontre du personnel médical ou de l'entourage de la patiente) : il est puni de 2 ans de prison et 30 000 ^e d'amende. -Suppression de la pénalisation de l'auto-avortement.
1999	Protection sociale	-Création de la CMU, CMU c, AME
1996-2000	Progrès scientifique(30)	-1ere contraception d'urgence (Norlevo®) : en 2000 délivrance possible dans les collèges/lycées, puis en 2002 délivrance gratuite en pharmacie de ville pour les mineures.
2001	Loi « Aubry » relative à l'IVG et à la contraception(31)	-Allongement du délai légal de recours à l'IVG de 12 à 14 SA (32). -Suppression de l'autorisation parentale : les démarches sont accompagnées pour les mineures par un adulte de son choix (33). -Prise en charge de l'IVG à 100% pour les mineures et bénéficiaires de la CMU puis en 2013 cette prise en charge est étendue à toutes les femmes. -Suppression du délai de résidence de 3 mois pour les femmes étrangères. -Autorisation de l'IVG médicamenteuse dans les cabinets de ville jusqu'à

		7SA (Décret d'application en 2004), remboursement à 70% (11) -Les chefs de service de Gynéco-obstétrique sont tenus d'organiser la pratique des IVG. -Promotion de la contraception, de l'avortement (non plus considéré comme un délit) et éducation à la sexualité dans le cursus scolaire.
2007	Décret d'application en 2009	-Autorisation de l' IVGM à domicile par les centres de planifications et d'éducation familiale (CPEF) et les centres de santé (34).
2014	Loi Vallaud-Belkacem pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes(35)	-Suppression de la notion de détresse des conditions de recours à l'IVG. -Extension du délit d'entrave à l'accès à l'information à l'IVG.
2016	Loi de modernisation du système de santé (2)	- Suppression du délai de réflexion de 7 jours, sauf pour les mineures, il est de 48h entre l'entretien psychosocial obligatoire et l'IVG (36). - Ouverture des compétences : aux sages-femmes pour la réalisation des IVG médicamenteuses et aux centres de santé pour les IVG instrumentales sous AL (34). - Remboursement à 100% du parcours IVG quels que soient la méthode et le lieu (consultations, biologie, imagerie) (37). - Revalorisation du forfait IVG chirurgicale de 50% en public. - Mise en œuvre du numéro vert national Sexualités / Contraception/ IVG (38) et création du site internet : www.ivglesadresses.org -Prise de Misoprostol possible à domicile. - Échographie nécessaire mais non obligatoire avant 7 SA. Elle ne doit pas être un frein à la programmation de l'IVG demandée (Accord professionnel)
2017		- Extension du délit d'entrave au numérique : à l'encontre des sites de « désinformation » (39).
2020		-Les centres médicaux sociaux sont autorisés à réaliser des IVG instrumentales.

Depuis le 1^{er} texte de loi, la clause de conscience est maintenue et permet à tout médecin de refuser de pratiquer une IVG, même s'il est conventionné pour le faire. Il est tenu d'en informer, sans délai, la patiente et de l'adresser aux professionnels susceptibles de la prendre en charge. Il est tenu néanmoins de réaliser le 1er certificat même en cas de clause de conscience (40). Cette clause considérée « à part » fait double emploi avec celle accordée de manière générale à l'ensemble des actes médicaux.

3. ORGANISATION DU SYSTEME DE SOIN IVG AUTOUR DU CHU DE MONTPELLIER

Le CHU de Montpellier est le chef de file du Groupement Hospitalier Territorial (GHT) Est-Hérault et Sud-Aveyron (présenté ci-dessous). Prévu dans le cadre de la Loi de modernisation de notre système de santé, les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) mettent en œuvre une stratégie médicale commune. L'objectif est de garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. L'Occitanie se compose de 14 GHT (41) (42).



3.1. L'offre de soins hospitalière : les établissements d'orthogénie du GHT Est-Hérault

L'orthogénie est l'ensemble des méthodes de planification et de régulation des naissances. Les unités d'orthogénie prennent en charge l'activité IVG.

- Le secteur public est représenté par le **Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier** (Arnaud de Villeneuve), centre IVG de référence pour les professionnels de ville et du **Centre Hospitalier de Sète** (St Clair), où ont lieu seulement 2 vacations de 2h par semaine pour les IVGM réalisées par les sages-femmes.

L'équipe de médecins du service d'orthogénie du CHU se compose de 2 médecins : un praticien hospitalier (PH) responsable de l'unité de gynécologie médicale, coloscopie et orthogénie et un médecin généraliste vacataire exerçant également dans un CPEF ; et de 2 internes respectivement de gynécologie et de médecine générale.

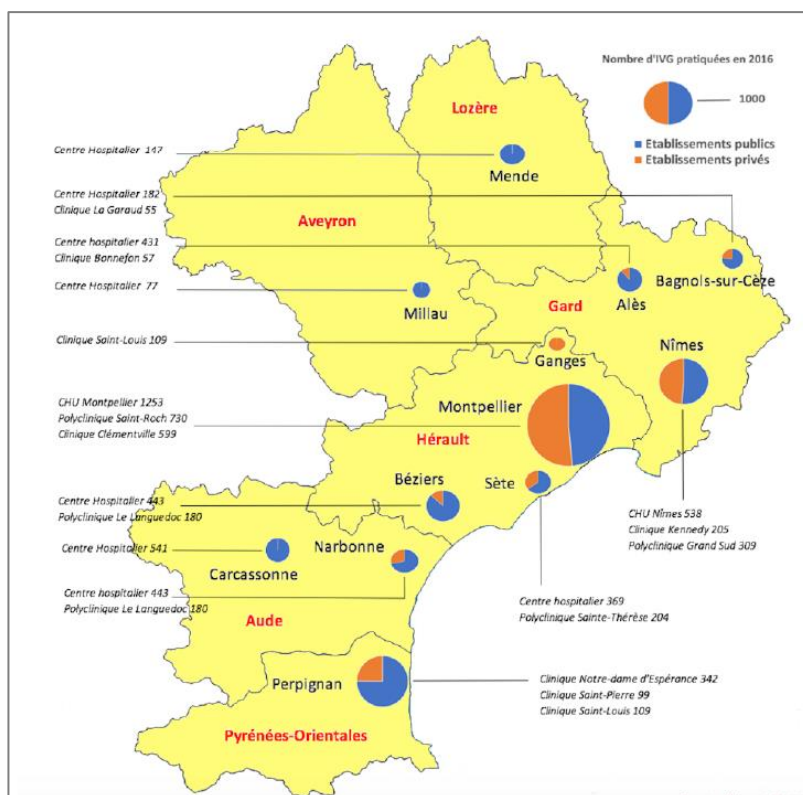
Selon le délai estimé, le secrétariat planifie un RDV avec ces médecins ou informe les femmes sur les possibilités d'IVGM en ville en indiquant les coordonnées des praticiens libéraux conventionnés. Actuellement, le secrétariat indique un délai de 7 jours pour l'IVGM et de 2 à 3 semaines pour la méthode instrumentale. Ces délais peuvent s'allonger quand les demandes s'intensifient, en début d'année ou après la période estivale. En ville, la réactivité est telle que le délai de consultation est réduit à 1 ou 2 jours.

▪ Le secteur privé se compose de :

-La **Polyclinique Sainte-Thérèse** à Sète et **Saint-Louis** à Ganges.

-La **Polyclinique Saint-Roch** et la **Clinique Clémentville** à Montpellier réalisent des IVG et ont une convention inter-établissement avec le CHU de Montpellier. Ce sont les sages-femmes qui réalisent les IVGM. Malgré les demandes de l'ARS, la clinique St Roch ne conventionne aucun praticien libéral. Par contre, l'ARS discute la suppression d'un poste de sage-femme en 2020. A la clinique Clémentville, une sage-femme s'occupe en partie de l'orthogénie mais le service n'est accessible que par le numéro surtaxé du standard. Ils n'ont pas de listing référençant les praticiens de ville.

Carte 5 : Cartographie des établissements du Languedoc-Roussillon illustrant le nombre et la proportion d'IVG en fonction du statut juridique en 2016 (6)



3.2. L'offre de soins ambulatoire : l'accès à l'IVG hors établissement de santé

3.2.1. Les praticiens conventionnés avec le CHU de Montpellier

Le nombre de conventions signées avec les établissements de santé ne fait pas l'objet d'un recensement systématique et centralisé. Actuellement, ni l'ARS ni le Conseil de l'Ordre n'ont à jour un registre de tous les praticiens de l'IVG dans l'Hérault. Avec l'aide du secrétariat d'orthogénie du CHU, nous avons établi un recensement. La 1^{ère} convention avec le CHU daterait de 2010 soit 6 ans après la loi autorisant l'IVG ambulatoire.

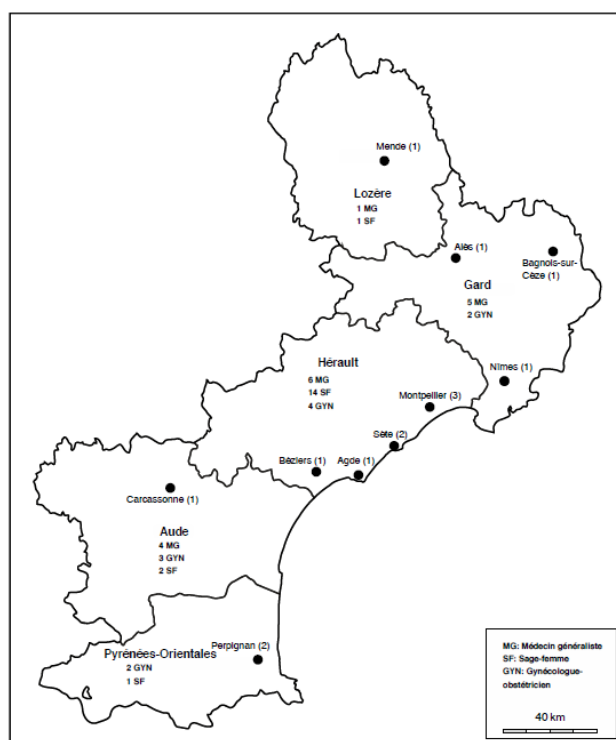
Début 2020, 38 praticiens libéraux sont conventionnés avec le CHU de Montpellier :

- 6 gynécologues, dont 4 installés à Montpellier, l'un d'entre eux exerce au Centre médical St Roch. La majorité ne prennent en charge que leurs patientes et n'autorisent pas la diffusion de leurs coordonnées.
- 5 médecins généralistes : seul un MG exerce en libéral à Montpellier, un autre exerce au centre de soin universitaire de Montpellier (CSU), les 3 autres sont à proximité de Montpellier.
- 27 sages-femmes dont 6 installées à Montpellier. *Cette proportion a triplé entre le début de ma thèse et le dernier recensement effectué en janvier 2020. De nombreuses formations ont été réalisées en 2019.*

Il n'y a que 3 médecins généralistes conventionnés avec le CHU de Nîmes dans le Gard et aucun avec le CH de Sète.

Depuis l'arrivée d'une nouvelle PH au CHU, les conventions sont actualisées avec les affaires médicales selon le modèle type (11) (ANNEXE 6). Le CHU doit s'assurer des bonnes pratiques médicales des conventionnés. Certains praticiens ne pratiqueraient plus d'IVG ou seraient retraités. Le taux de conventionnement tend à se stabiliser. Ils étaient 7 praticiens à la dernière session de formation, dont un médecin généraliste.

Carte 6 : Cartographie de l'offre pour l'accès à l'IVG dans le Languedoc-Roussillon en 2019, nombre de centres d'orthogénie par ville et de praticiens conventionnés pour l'IVG par département (17)



Source ivg.gouv.fr, ivglesadresses.org, les centres contactés, thèse Marina DORIER 2019

3.2.2. Les centres de santé et de planification familiale sur le territoire Montpelliérain

Chaque centre est en accès gratuit et a sa propre organisation. Les informations concernant les intervenants et les horaires de vacations pour les IVGM sont difficiles à obtenir. Ils sont d'ailleurs difficilement joignables. **Les CPEF manquent globalement de lisibilité.** Juridiquement, ils sont rattachés à la PMI (Conseil Départemental) et administrativement aussi. En pratique, ils sont majoritairement dans l'Hérault délégués à des gestionnaires de nature très différente : Mission Locale des Jeunes, Association militante du Planning Familial, Centres Hospitaliers etc. Le sigle PMI (femmes enceintes et enfants de moins de 6 ans), masque cette compétence « Planification Éducation Familiale » qui touche, elle, à la santé sexuelle. De plus, ces CPEF fonctionnent souvent grâce à des médecins gynécologues ou généralistes vacataires, ce qui fragilise ce segment d'activité qui est, il faut le reconnaître, bien moins investi que le volet protection infantile.

Cette organisation instaure une confusion dans l'offre de soin. Des centres sont automatiquement répertoriés avec une activité IVG alors qu'ils n'en réalisent pas. Dans le cadre du comité de pilotage de la Stratégie Nationale en Santé Sexuelle du ministère de la santé, la place des CPEF est questionnée au regard de son invisibilité et de la très grande disparité d'investissement des conseils départementaux.

Force est de constater que cette gouvernance crée de véritables inégalités territoriales de santé. Faut-il alors rapprocher les CPEF des CIVG à l'instar des CDAG (Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit) et des CIDDIST (Centres d'Information, de Dépistage, de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles qui ont fusionné pour donner les CÉGIDD (Centres Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic) ?

Depuis 2018, deux centres conventionnés avec le CHU réalisent des IVG à Montpellier :

- Le Centre de Soins Universitaire de Montpellier est un service inter-établissements réservé aux étudiants de l'Académie de Montpellier. Il réalise une dizaine d'IVG par an.
- Le Mouvement français pour le planning familial est une association militante qui gère par voie de conventionnement avec le Conseil Départemental de l'Hérault, 3 CPEF : 1 à Agde et 1 à Lunel qui ne réalisent pas d'IVG et 1 à Montpellier qui déploie une offre d'IVG concentrée sur une demi-journée par semaine et restreinte aux seules majeures assurées sociales. La convention est collective pour la structure qui comprend 3 médecins pratiquant des IVG.

3.3. Implication du REIVOC : le réseau ville-hôpital en Occitanie

Le « Réseau Interruption Volontaire Occitanie », association de 1901 à l'image de son homologue REVHO créé en 2004 en Île-de-France, est un acteur clé de la prise en charge de l'IVG ambulatoire en Occitanie (43).

D'abord à l'initiative des professionnels de santé de ville de l'ex-région Midi-Pyrénées, l'ARS décide en 2018 à la suite de la réforme territoriale et de la fusion de Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées, de déployer ce réseau sur l'ensemble de la grande région Occitanie. L'association bénéficie d'un budget de l'ARS.

Ce réseau de proximité favorise les échanges entre les acteurs de soins non hospitaliers et hospitaliers pour la réalisation des IVG hors établissements de santé et la prévention des grossesses non désirées (44). Grâce à leur expérience, au partenariat d'un organisme de formation agréé et encouragé par le soutien financier public de l'ARS, il s'engage dans la formation des médecins généraliste et plus récemment des sages-femmes (ANNEXE 8). Avec l'aide de leur coordonnatrice, leur mission est d'organiser localement la formation, d'accompagner vers le conventionnement et d'organiser des groupes d'évaluation de pratiques. Ils assurent également un recensement des acteurs de l'IVG. Peu de médecins généralistes font actuellement parti du réseau mais leur nombre progresse.

Depuis un an, le réseau REIVOC tente de se déployer dans l'Hérault. Nous verrons l'intérêt pratique de son engagement dans la région.

4. OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Alors qu'il existe un besoin de maintenir voire d'augmenter l'offre de soins de recours à l'IVGM, notamment dans les zones sous-dotées, la pratique de cet acte en ambulatoire ne connaît pas l'essor escompté auprès des médecins généralistes, y compris parmi ceux du secteur du CHU de Montpellier. Comment les médecins généralistes intègrent l'IVGM à domicile comme une pratique médicale de ville ? Quelle place lui accordent-ils ? Quels sont les facteurs limitant cette pratique au cabinet ? Il semble nécessaire d'étudier les freins de ces médecins et les critères influençant le choix de pratiquer ou non des IVGM au cabinet. Cette enquête permettrait de dégager des pistes d'amélioration afin d'adapter les formations et d'évaluer l'intérêt d'un réseau ville-hôpital dans l'Hérault tel que préconisé par l'ARS.

Nous posons l'hypothèse que les médecins libéraux du bassin montpelliérain ont des obstacles à pratiquer des IVGM en ville et que leur faible engagement est essentiellement lié à des obstacles d'ordre pratique et logistique et non à un désintérêt ou à des représentations moralisatrices et archaïques. Ces obstacles principaux ont été identifiés en 2015 dans une étude qualitative préliminaire (45) et étayés par une revue de la littérature en 2017 (5). Ils seront analysés dans notre étude.

4.1. Objectif principal

- ✓ Décrire les principaux obstacles au développement de la pratique de l'IVGM en ville par les médecins généralistes du bassin montpelliérain et leurs leviers d'action.

4.2. Objectifs secondaires

- ✓ Repérer les leviers d'actions modifiables par une intervention et leurs déterminants pour harmoniser la prise en charge initiale en ville et optimiser l'organisation du système de soin IVG.
- ✓ Estimer le nombre de médecins intéressés par une formation après lecture du questionnaire

DEUXIÈME PARTIE :

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. DESCRIPTION

1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle et descriptive des pratiques des médecins généralistes du secteur du GHT Est-Hérault. Concernant le design il s'agit d'une enquête transversale sur des données recueillies du 5 août 2019 au 1er décembre 2019.

1.2. Bibliographie

Le catalogue SUDOC et les bases de données bibliographiques en ligne EM-Consult, Cairn, Science direct et Pub Med ont été interrogés avec les mots clés suivants ou équivalent anglais sur CISMef : « médecine générale », « IVG ambulatoire », « IVG médicamenteuse », « freins à la pratique ». Les références bibliographiques ont été créés avec le logiciel « Zotero ».

1.3. Outil confidentiel et protection des données

Un questionnaire anonyme a été utilisé (ANNEXE 1). Les MG de l'étude ont donné leur consentement. Les données étaient confidentielles. Les mails des personnes intéressées pour se former à l'IVG ont été recueillis. Ils n'apparaîtront pas dans ce travail. Les données étaient sauvegardées par un ordinateur protégé par un mot de passe, détenu par la personne réalisant l'étude.

1.4. Cadre réglementaire

Cette évaluation des pratiques professionnelles n'impliquait pas le patient, mais uniquement des professionnels. Elle est hors loi Jardé. L'avis du CPP n'a donc pas été sollicité.

1.5. Population cible

Le questionnaire a été envoyé aux médecins généralistes du bassin montpelliérain ayant une activité ambulatoire, susceptibles de se conventionner ou conventionnés avec le CIVG de Montpellier pour la réalisation d'IVGM en ville.

1.5.1. Les critères d'inclusion


- ✓ Exercer dans le secteur du Groupement Hospitalier Territorial de l'Est-Hérault. Son chef de file est le CHU de Montpellier (41).

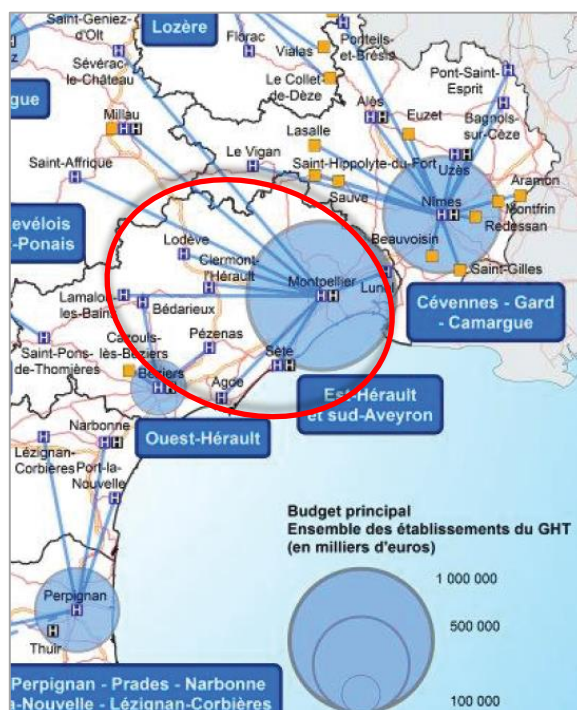
1.5.2. Les critères d'exclusion

- ✓ Être interne en médecine générale ou médecin généraliste (MG) non thésé
- ✓ Exercer dans un cabinet localisé à plus d'une heure de route (trafic fluide) du CIVG de Montpellier (CIVG de référence du GHT Est-Hérault)
- ✓ Être installé dans une zone plus proche d'un autre CIVG du département (CH de Béziers)

L'échantillon répondant à ces critères était de 966 médecins généralistes, globalement situé sur la carte 7.

Carte 7: Groupement hospitalier de territoire de l'Est-Hérault et Sud-Aveyron (42)

 Zone concernée par l'étude



1.6. Définition des 2 sous-populations

- ✓ Les médecins généralistes non conventionnés pour pratiquer des IVGM
- ✓ Les médecins généralistes conventionnés pour pratiquer des IVGM

1.7. Méthode d'intervention : recueil des données

Des auto-questionnaires électroniques ont été envoyés par mail à l'ensemble des MG du GHT Est-Hérault pendant la période du 5 août 2019 au 1 décembre inclus, soit une **durée d'inclusion de 4 mois**. Les e-mails contenaient un lien qui redirigeait le médecin généraliste répondant vers un questionnaire sur une page internet du site sécurisé Google Forms. Les réponses étaient données sur la base du volontariat, sans aucune indemnisation.

Une première diffusion a eu lieu le 5 août 2019 par le CDOM de l'Hérault pour les MG ayant communiqué une adresse mail. Une relance a été faite le 1^{er} octobre 2019 à la même population d'étude. Ces MG ont été sélectionnés selon le code postal de leur lieu d'exercice. Une deuxième diffusion a eu lieu le 26 août aux médecins du Département de Médecine Générale (DMG) (figure 6).

La date de fin de recueil de données a été fixée le 1^{er} décembre suite à une prolongation pour obtenir l'envoi du questionnaire par l'URPS Occitanie. Ce nouvel envoi n'a pas pu aboutir.

2. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE

2.1. Paramètres et faisabilité

Le questionnaire comprenait principalement (70%) des questions fermées à choix simple. Les questions à commentaires libres (réponse courte ou longue) étaient destinées aux remarques. Certaines réponses se présentaient en liste déroulante numérique pour plus de précision (délai légal) ou en échelle linéaire de grandeur (satisfaction du questionnaire). Une échelle de Likert équilibrée (impaire) a été utilisée pour évaluer les obstacles. Les termes orthogénie, rural et urbain ont été définis. Les abréviations IVG, SA et SMR étaient explicitées.

Hormis la communication de leur e-mail et quelques réponses à commentaires libres, les réponses étaient obligatoires pour passer à la section suivante. Aucune donnée n'a été manquante. La barre de progression était affichée. Le retour en arrière était possible. Mais les réponses n'étaient pas modifiables après envoi. Un message de confirmation était alors envoyé.

Le questionnaire rédigé par moi-même a été validé par un statisticien avant envoi. Des questions ont été reformulées afin de ne pas influencer le répondant. La mention « *je ne sais pas* » a été ajoutée pour éviter les réponses faites sans conviction. Un test de faisabilité a été réalisé auprès de 3 gynécologues, 2 médecins généralistes et plusieurs internes pour évaluer la compréhension et le temps de réponse. La mixité était assurée. Selon les réponses, la durée de remplissage était de 6 à 8 minutes. À chaque étape, des modifications ont été effectuées.

2.2. Contenu

Une introduction au questionnaire identifiait l'enquêteur, contextualisait les enjeux de santé publique de l'IVG et précisait l'objectif principal. La durée de remplissage exact était indiquée.

Il comprenait 30 questions : 8 questions communes, 18 questions pour le sous-groupe de MG conventionnés, 25 questions pour le sous-groupe de MG non conventionnés aux IVGM.

Il se composait en 3 parties :

- La 1^{ère} partie s'intéressait au profil et aux actes de gynécologie pratiqués par les MG de l'étude. Elle contenait 8 questions dont 1 question adaptative qui différençait les 2 sous-groupes.
- La 2^{ème} partie abordait leur pratique et leurs connaissances des IVG :
 - *Pour le groupe de MG conventionnés* : elle contenait 10 questions, essentiellement ouvertes. L'envoi du questionnaire s'effectuait après cette partie.
 - *Pour le groupe de MG non conventionnés* : elle contenait 12 questions dont 1 question adaptative selon leur souhait ou non de se former. Les MG pouvaient communiquer leur email pour obtenir des informations complémentaires sur les modalités de conventionnement.
- La 3^{ème} partie, exclusive au groupe de MG non conventionnés, quantifiait par fréquence les obstacles à la pratique de l'IVGM.

J'ai réalisé une recherche documentaire portant sur les obstacles recensés en études qualitatives (12).

Cinq groupes d'obstacles ont été regroupés : économique, logistique, pratique, relatif aux convictions personnelles et relatif à l'image du médecin.

Chaque groupe correspondait à une grille de cases à cocher dit échelle de Likert avec 1 à 5 verbatim.

Les échelons étaient côtés de 1 à 5, selon l'intensité de l'approbation, sachant que :

1 = Je ne suis PAS DU TOUT d'accord.

2 = Je ne suis pas PAS VRAIMENT d'accord.

3 = Ni d'accord ni pas d'accord / sans avis / neutre

4 = Je suis PLUTÔT d'accord

5 = Je suis TOUT À FAIT d'accord avec la proposition.

} **Ils constituent un obstacle
à la pratique des IVG.**

Après la création de cette dernière partie de questionnaire, il a été décidé avec le statisticien d'employer les verbatim d'une partie de questionnaire de la littérature. Les échelles de Likert étaient construites selon une méthode validée. Le but est de comparer et de valider les résultats, à plus grande échelle, dans une autre population et temporalité (45)(ANNEXE 4). Suite à des remarques d'études antérieures, la question relative au délai administratif entre la formation aux IVG et le conventionnement avec le CHU a été ajoutée.

Une rubrique « *Pour en savoir plus* » a été annexée en fin de questionnaire pour ne pas rebuter d'emblée les répondants. Elle était composée d'informations sur les nouveautés de la loi santé 2016. Elle contenait une aide à la cotation et des liens utiles pour orienter les patientes. Ces données ont été élaborées à l'aide des recommandations de bonnes pratiques (4).

Enfin le niveau d'utilité du questionnaire était évalué par les MG de l'étude par une échelle de satisfaction numérique.

Le questionnaire est disponible intégralement en ANNEXE 1.

3. ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES

Les données obtenues ont été regroupées et saisies informatiquement sur Excel et traitées par le logiciel statistique R. Une analyse descriptive univariée de chaque paramètre a été réalisée sur la population globale ainsi que par sous-groupes.

Toutes sortes de comparabilité entre groupes et d'analyses stratifiées n'ont pas pu être réalisées en raison du déséquilibre d'effectif entre les groupes : le groupe de MG conventionnés est de 4 et le groupe de MG non conventionnés est de 86 (72 non formés, 7 formés, 7 en cours de formation) (Figure 8).

- ✓ **Les variables quantitatives / continues sont exprimées par la moyenne et l'écart-type,** présenté comme ceci : moyenne (écart-type).

Notre population pour le sous-groupe de MG non conventionnés est suffisamment grande pour lui attribuer une moyenne.

- ✓ **Les variables qualitatives / catégorielle sont exprimées par le pourcentage par rapport aux effectifs,** présenté comme ceci : effectif N (pourcentage %).

Les 5 échelons d'approbation sont regroupés en catégorie 1- 2- 3, puis 4-5.

Les catégories 4 et 5 constituent un obstacle à la pratique des IVGM en ville.

TROISIÈME PARTIE :

RÉSULTATS

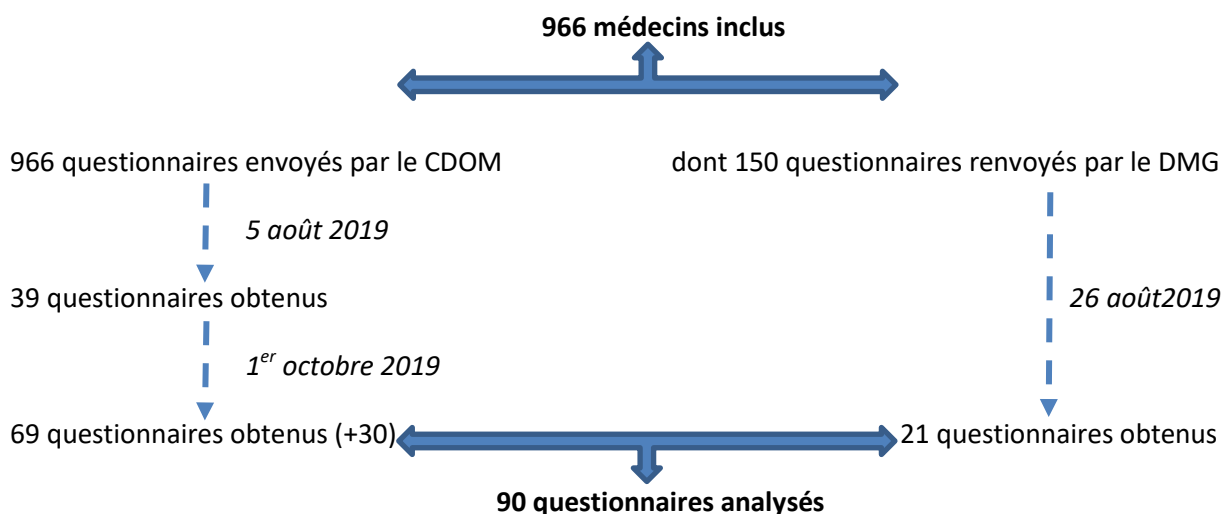
1. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

1.1. Nombre de questionnaires inclus : taux de participation

Le taux de réponse est de **9,3%**. Tous les questionnaires obtenus ont été analysés.

La distribution des réponses est représentée par un diagramme de flux (Figure 6).

Figure 6 : Diagramme de flux « Flow chart »



1.2. Profil sociodémographique et professionnel de la population d'étude

Les résultats de l'analyse descriptive des caractéristiques des MG inclus dans l'étude sont résumés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Description des caractéristiques de l'échantillon étudié

Variables	Caractéristiques	Effectif N (%)	Population de l'Hérault N (%)
Sexe	Femme	61 (68%)	45,20%
	Homme	29 (32%)	54,80%
Age	Moins de 40 ans	44 (49%)	19,50%
	Entre 40 et 49 ans	22 (24%)	16,80%
	Entre 50 et 60 ans	13 (14%)	35,90%
	Plus de 60 ans	11 (12%)	27,60%
Zone d'exercice	Urbaine (plus de 2000 habitants)	67 (74%)	37,4%
	Rurale (moins de 2000 habitants)	12 (13%)	
	Remplaçant non installé	11 (12%)	
Mode d'exercice	Libéral, en cabinet de groupe (MSP*)	62 (69%)	16,7 % en libéral
	Libéral, seul	12 (13%)	37,4%
	Salarié dans un centre médical (PMI, planning)	0	
	Mixte	6 (7%)	
	Remplaçant non installé	10 (11%)	
Durée de trajet entre le cabinet et le centre d'orthogénie de référence le plus proche (trafic fluide)	Moins de 30 minutes	65 (72%)	
Entre 30 minutes et 1h	21 (23%)		
Plus d'une heure	0		
Je ne sais pas / remplaçant non installer	4 (4%)		
Formation complémentaire en gynécologie	Non	68 (76%)	?
	Oui	22 (24%)	

*MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

22 (24%) médecins ont une formation complémentaire en gynécologie

- 17 (77%) ont un « *Diplôme Universitaire (DU) de gynécologie pour le MG* ». Deux d'entre eux ont aussi un « *DU pathologie vulvaire et colposcopie* ».
- 4 (18%) ont fait « *un stage pratique* ». Un des médecins a exercé « *1 an à la maternité de Sète* ».
- 1 (5%) médecin a fait une « *formation complémentaire dans le cadre du DPC* ».

Parmi ces 22 médecins avec une formation complémentaire en gynécologie :

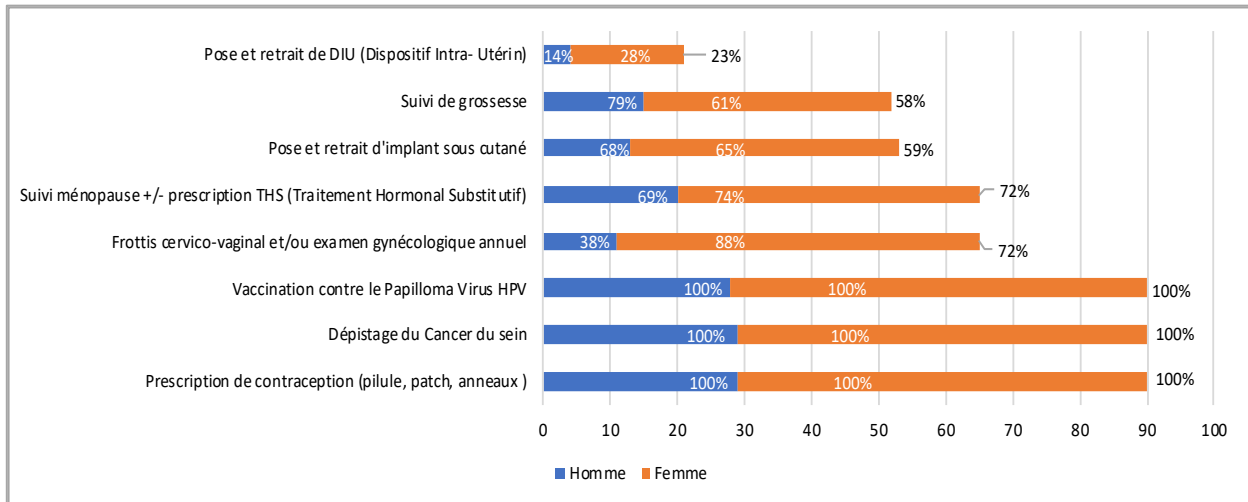
-12 MG (54%) sont déjà concernés par les IVG : 3 sont conventionnés pour en pratiquer, 5 sont formés mais non conventionnés, 4 sont en cours de formation.

-Seuls 2 sont des hommes (1%) : Un a un DU de gynécologie. L'autre a effectué un stage pratique.

1.3. Leur pratique de la gynécologie

La totalité des praticiens sont prescripteurs de contraception orale ou locale, dépistent le cancer du sein et vaccinent contre le virus HPV (soit 29 hommes et 61 femmes) (Figure 7). Parmi les médecins posant les Dispositifs Intra-Utérins (DIU), ils sont 19 (90%) à avoir un DU de gynécologie.

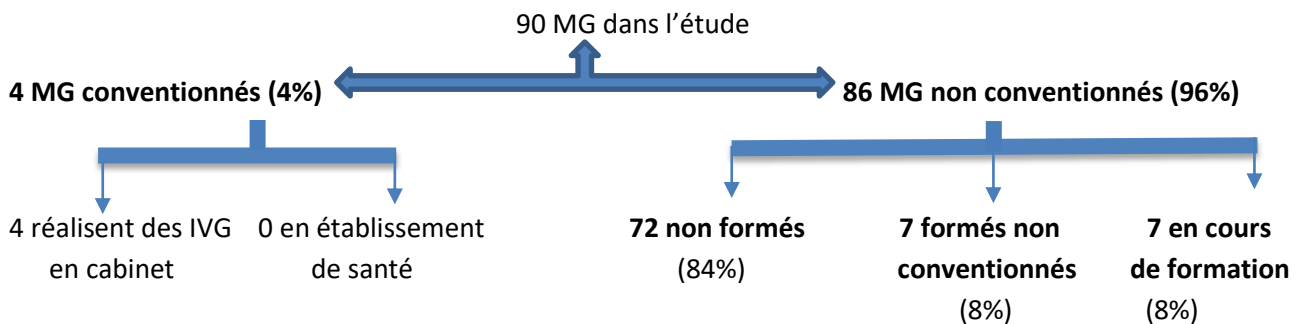
Figure 7 : Actes de gynécologie médicale pratiqués par les MG de l'étude en % homme % femme



1.4. État des lieux des acteurs de l'IVG

La participation des MG de l'étude à l'activité IVG est décrite dans la figure 8.

Figure 8 : Implication des médecins généralistes de l'étude dans l'activité IVG



2. ANALYSE DE PRATIQUES DES MG CONCERNANT LES IVG

2.1. Pour les MG n'effectuant pas d'IVG: des leviers d'action modifiables ?

2.1.1. Connaissance des recommandations et de la législation encadrant les IVG

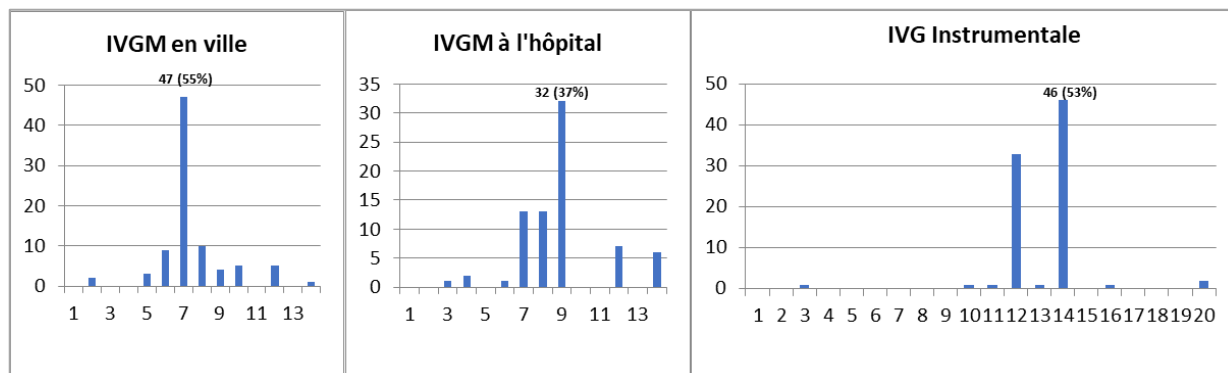
75% de notre population d'étude a eu moins de 4 bonnes réponses sur les 6 questions concernant les recommandations et la législation encadrant les IVG. Chaque bonne réponse surlignée en bleu dans le tableau 5 compte pour un point à l'exception des questions sur le délai de réflexion (question 2) qui valent 0,5 chacune. La moyenne observée sur les 6 questions est ensuite ramenée sur 10 pour une **moyenne observée de 4,9 sur 10** (Tableau 5).

Tableau 5 : Connaissance des recommandations et de la législation encadrant les IVG en effectif N (%)

	Oui	Non	Je ne sais pas
1) La pratique de l'IVGM peut-elle se réaliser au cabinet ?	63 (73,3%)	8 (9,3%)	15 (17,4%)
2) Existe-t-il un délai de réflexion obligatoire avant la réalisation de l'IVG? [Pour les mineures] [Pour les majeures]	62 (72%) 46 (53%)	22 (26%) 38 (44%)	2 (2%) 2 (2%)
3) Quelle est la rémunération forfaitaire d'une IVG en ville, incluant 4 consultations et le prix des médicaments liés à l'IVG ?	Entre 100 et 135€	15 (17%)	
	Entre 136 et 165€	14 (16%)	
	Entre 166 et 200€	15 (17%)	
	Plus de 200€	3 (3%)	
	Je ne sais pas	39 (45%)	
Quel est le délai légal pour réaliser (en semaines d'aménorrhée)? (Figure 9):	Moyenne (Sd)	Median [1st Qu., 3rd Qu.]	(Min.; Max.)
4) Une IVG médicamenteuse en ville ?	7.465 (2)	7 [7, 8]	(2; 14)
5) Une IVG médicamenteuse à l'hôpital ?	9.116 (2)	9 [8, 10]	(3; 14)
6) Une IVG instrumentale ?	13.174 (2)	14 [12, 14]	(3; 20)
Notre population est suffisamment grande pour attribuer une moyenne. Pour chaque question, on attribue un point par bonne réponse. (0,5 points pour le délai de réflexion chez les mineures et 0,5 pour les majeures) :			
La moyenne sur les questions de « savoir » de type recommandation et législation est de : 2,9 sur 6 (soit 4,9 sur 10) 75% de notre population a eu moins de 4 bonnes réponses	2.942 (1)	2.5 [1.5, 4]	(0.5; 6)

45% des MG ne connaissent pas le délai légal d'une IVGM en ville, 63% celui d'une IVGM à l'hôpital et 47% celui d'une IVGM instrumentale (Figure 9).

Figure 9 : Répartition des réponses des MG concernant le délai légal pour réaliser une IVG en semaine d'aménorrhée (SA), selon le lieu et la méthode.



2.1.2. Connaissance des supports d'information et du réseau concernant l'offre de soins en IVG

75% de notre population n'a eu aucune réponse affirmative sur les 3 questions concernant la connaissance des supports d'information et du réseau autour de l'IVG. Chaque réponse affirmative « oui » compte pour un point soit une **moyenne de 0,37/3** (Tableau 6).

Tableau 6 : Connaissance des supports d'informations et du réseau autour de l'IVG en effectif N (%)

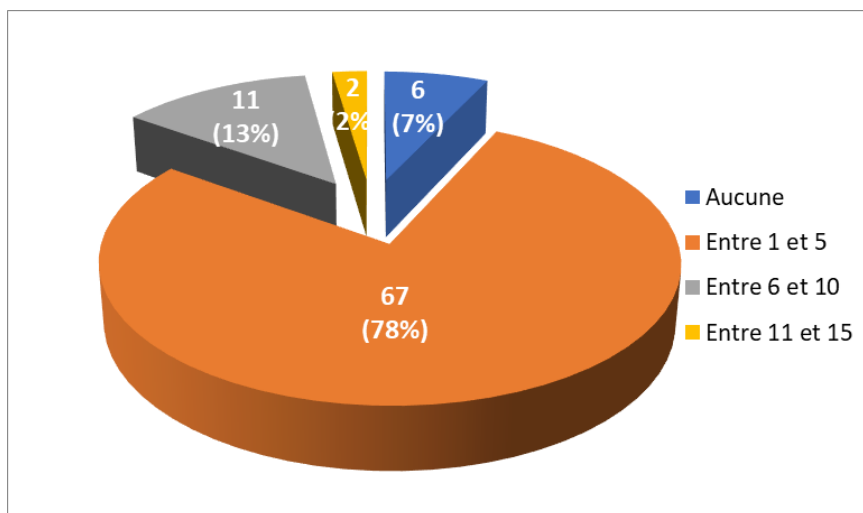
	Oui	Non	Autres documents
Connaissance du numéro vert national « sexualité, contraception, IVG »	12 (14%)	74 (86%)	
Connaissance du réseau de soins ville-hôpital REIVOC en Occitanie	7 (8%)	79 (92%)	
Possession du dossier guide IVG diffusé par l'ARS	8 (9%)	74 (86%)	4 (5%)
Notre population est suffisamment grande pour attribuer une moyenne. Pour chaque question, on attribue un point par réponse affirmative.	Moyenne (Sd)	Median [1st Qu., 3rd Qu.]	(Min.; Max.)
La moyenne sur les questions de « connaissance » de type support d'informations et réseau est de 0,372/3 (soit 1/10) . 75% de notre population a eu aucune bonne réponse.	0.372 (1)	0 [0, 0]	(0; 3)

Sur les 8 médecins en possession du dossier-guide IVG, 5 ont un DU de gynécologie.

2.1.3. Prise en charge des demandes d'IVG au cabinet

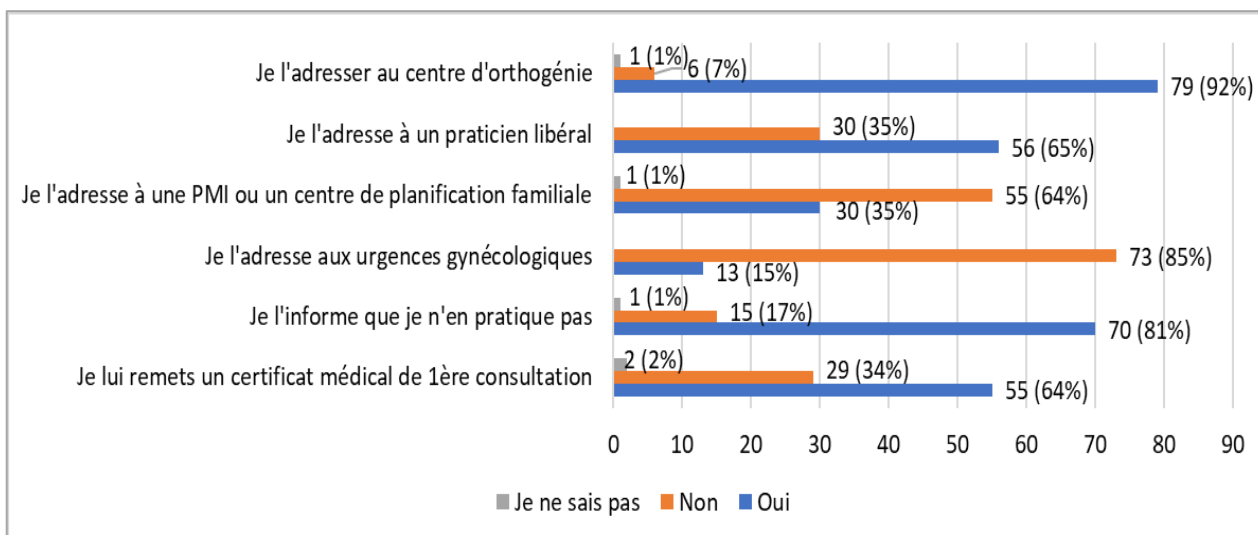
Dans notre étude, les trois quarts des médecins (78%) ont eu entre 1 et 5 demandes d'IVG dans l'année (Figure 10).

Figure 10 : Nombre de demandes d'IVG au cabinet dans les 12 derniers mois en effectif N(%)



Aucun praticien non conventionné informe ne pas pratiquer d'IVG sans réorienter. Tous réorientent vers une structure ou un interlocuteur. Les MG adressent en majorité au centre d'orthogénie (92%), puis à un médecin libéral (65%), vient ensuite la PMI et le centre de planification familiale (35%) et enfin les urgences gynécologiques (15%) (Figure 11).

Figure 11 : Prise en charge initiale et orientation lors d'une demande d'IVG au cabinet



2.1.4. Ressenti des praticiens sur la formation et la pratique des IVGM au cabinet

Les arguments pouvant convaincre les MG de l'étude de réaliser des IVG au cabinet sont résumés dans le tableau 7 ainsi que les propositions « autres ».

Tableau 7 : Quel(s) argument(s) pourraient vous convaincre de réaliser des IVG dans votre cabinet ?

Arguments	N (=%)
Service Médical Rendu (SMR) important pour la patiente (délais, confort...)	65 (75,6%)
Prise en charge globale des patientes	46 (53,5%)
Esprit militant pour l'accès à l'IVG	40 (46,5%)
Envie de diversifier mon activité	20 (23,3%)
Aucun intérêt pour cette pratique	15 (17,4%)
Rémunération jugée intéressante	10 (11,6%)
Autres	5 (6%)

Autres arguments énumérés pouvant convaincre les MG à pratiquer des IVG:

« -Nouvelle formation pour actualiser mes connaissances, réseau de correspondants

-Juste le temps nécessaire pour réaliser la formation pratique après avoir revu la formation théorique que j'ai faite

-Je considère cet acte comme trop impliquant pour que je le réalise seule. Mes convictions

philosophiques prennent beaucoup de place dans ma pratique de la médecine et je ne réaliserais jamais cet acte même bien formée et même bien rémunérée !

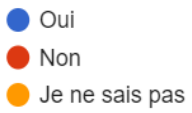
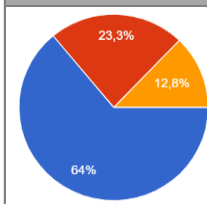
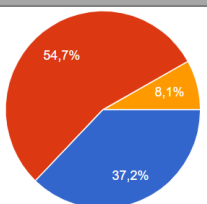
-La maternité à moins de 5 minutes ferme. Je préfère qu'elle garde le maximum d'activité actuellement...

-90% de mes patientes ont entre 50 et 105 ans (1 demande d'ivg/ 2 à 3 ans) ».

Plus d'un tiers des médecins (36%) ne se sent pas à l'aise avec les demandes d'IVG, ni suffisamment formés pour accueillir et orienter leurs patientes (tableau 8). Ce sont surtout des hommes : 15 hommes (52%) pour 16 femmes (28%). Ils sont 3 avec un DU de gynécologie.

Plus d'un tiers des médecins (37%) envisagerait de se former à réaliser des IVGM au cabinet (Tableau 8).

Tableau 8 : Ressenti sur l'IVG et état des lieux des probables futurs acteurs de l'IVG en ville

			Êtes vous à l'aise avec les demandes d'IVG?	Envisageriez vous de vous former à en réaliser?	E-mails communiqués pour formation
					
			N	N (%)	N (%)
86 MG non conventionnés	Total	Oui	55 (64%)	32 (37,2%)	20 (23%)
		Non / Je ne sais pas	31 (36%)	54 (62,8%)	
	72 MG non formés	Oui	43	18	11
		Non	29	8	4
	7 MG en cours de formation	Oui	6	3	3
		Non	1	0	0
7 MG formés non conventionnés	Oui	6	2	1	
	Non	1	1	1	

20 MG (23%) ont communiqué leur email pour en savoir plus sur les formations à l'activité IVG. Ce sont essentiellement des femmes (17 pour 3 hommes), jeunes (14 moins de 40 ans, 6 entre 40 et 49 ans). Ils sont 6 avec un DIU de gynécologie.

Ce sont en majorité les personnes se sentant à l'aise avec les demandes d'IVG et suffisamment formées pour accueillir et orienter leurs patientes qui envisageraient de se former (23 sur 32 soit 72%) et qui souhaitent plus d'informations par mail (15 sur 20 soit 75%).

Les médecins formés ou en cours de formation se sentent plus à l'aise (12 sur 14 soit 85%) mais un tiers (5 sur 14) demande à recevoir les modalités de formations par mail (tableau 8).

2.2. Pour les MG effectuant des IVG : perception de leur pratique des IVGM

Notre état des lieux retrouve 4 médecins conventionnés (100%). Ce sont des femmes qui ont entre 40 et 60 ans. Elles exercent en milieu urbain, en libéral (50% en groupe, 50% seule) et réalisent en moyenne 3 IVG par mois (Min 1; Max 5). Elles pratiquent tous les actes de gynécologie sauf le suivi de grossesse (25% oui, 75% non) et la pose et le retrait de DIU (50% non, 50% je ne sais pas). Elles sont 3 avec un DIU de gynécologie. Leur pratique des IVG est résumée dans le tableau 9.

Tableau 9 : Profil et perception des médecins conventionnés de l'étude sur leur pratique des IVGM

Variables	Modalités	N (%)
Centre IVG de référence	CH Béziers	2 (50%)
	CHU Montpellier	2 (50%)
Appartenance à un groupe professionnel s'intéressant à la pratique de l'IVG (réseau ville / hôpital, FMC, groupe de pairs)	Non	3 (75%)
	Oui (ex réseau « Naître et grandir en Languedoc-Roussillon » devenu le réseau « Périnatalité de l'Occitanie-Est »)	1 (25%)
Accord pour réaliser des IVG aux femmes hors patientèle	Oui	4 (100%)
Pourquoi avoir choisi de participer à cette offre de soin ? (Motivations)	« Accessibilité rapide, conviction »	1 (25%)
	« Formation ivg avec consultation pendant et envie d'aider femmes »	1 (25%)
	« Intérêt féministe et prise de conscience de la rareté des médecins de ville le pratiquant, errance des femmes, prise en charge psychologique associée »	1 (25%)
	« Intérêt médical et fait partie des missions du généraliste »	1 (25%)
Satisfaction de cette activité	Oui	4 (100%)
Difficultés	Aucune	2 (50%)
	Isolement parfois mais orthogénie joignable si besoin	1 (25%)
	La consultation post IVG est rarement honorée	1 (25%)

Les patientes avec une demande d'IVG accèdent au cabinet :

- 100% par leur médecin traitant, les secrétariats d'orthogénie et en accès direct via le bouche à oreille
- 75% par leur sage-femme et en accès direct via le site internet
- 25% par leur gynécologue, les centres de santé ou de planification familiale
- 0% par les infirmières scolaires ou la plateforme d'orientation régionale

3. RÉSULTAT SUR L'OBJECTIF PRINCIPAL : OBSTACLES A LA RÉALISATION DES IVGM AU CABINET

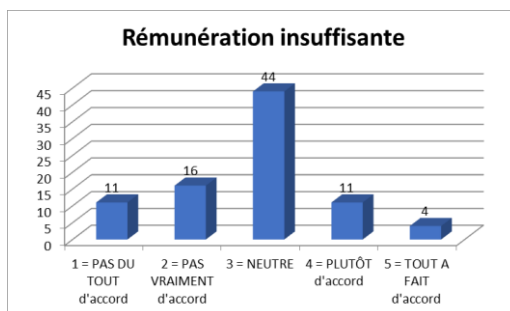
71 (83%) médecins ont au moins un obstacle à la pratique des IVG.

Les obstacles d'ordre *logistique et pratique* sont les principaux obstacles à la pratique des IVGM au cabinet par les MG du secteur du CHU de Montpellier.

3.1. Sphère économique

15 médecins (17%) considèrent que la rémunération insuffisante de cette activité en ville constitue un obstacle. 3 sur 4 médecins (5%) « Tout à fait d'accord » avec cette rémunération insuffisante pour en pratiquer ne connaissent pas le prix du forfait IVG. Ils le pensent nettement inférieur.

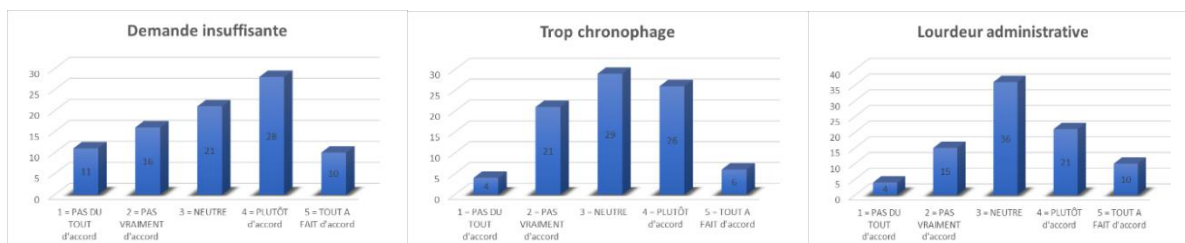
La majorité des MG (51%) ont une position neutre sur la rémunération.



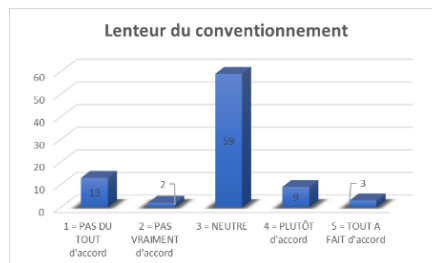
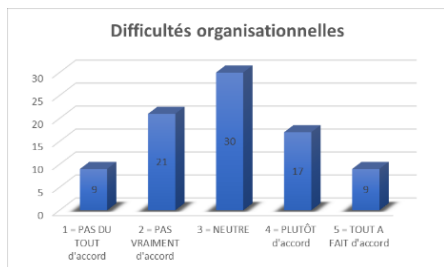
3.2. Sphère logistique

54 (63%) médecins ont au moins un obstacle d'ordre logistique.

38 (44%) considèrent qu'ils n'ont pas assez de demandes d'IVG au cabinet pour en réaliser. 32 (37%) ne réalisent pas d'IVG car l'activité est jugée trop chronophage au cabinet. 31 (36%) considèrent que la procédure administrative de l'IVG en ville est trop lourde. La majorité (42%) a une position neutre sur la question.



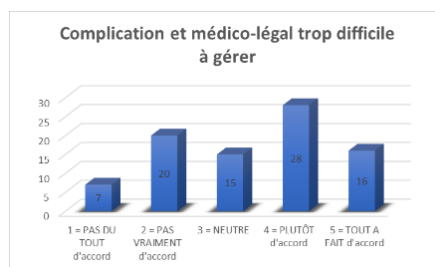
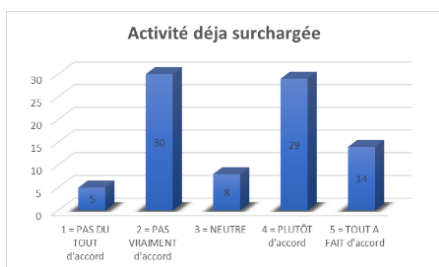
26 (30%) pensent qu'organiser une prise en charge ambulatoire de l'IVG est trop difficile pour en réaliser. Alors qu'ils sont 30 (34%) à penser que la prise en charge ambulatoire n'est pas un obstacle à la pratique. 12 médecins (13%) se sont démotivés suite au délai administratif entre la formation à l'IVG et le conventionnement. La majorité (69%) n'est pas concernée par cette question.



3.3. Sphère pratique

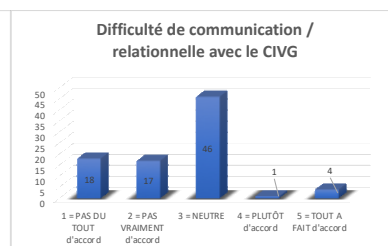
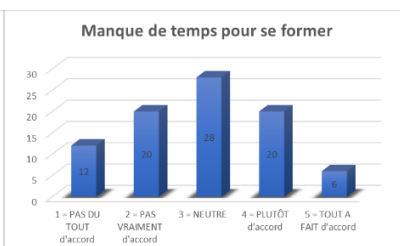
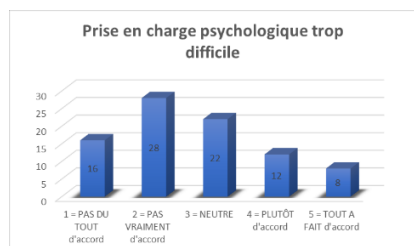
62 (72%) médecins ont au moins un obstacle d'ordre pratique.

43 (50%) pensent que leur emploi du temps déjà trop surchargé pour prendre en charge une nouvelle activité et dégager des créneaux d'urgence. 44 (51%) considèrent la gestion des complications et l'aspect médico-légal de l'IVG trop difficile pour en pratiquer.



La prise en charge psychologique de l'IVG n'est pas un obstacle à la pratique pour 44 médecins (52%). 32 médecins (37%) ne considèrent pas le manque de temps pour se former comme un obstacle à la pratique. Parmi les médecins considérant le manque de temps pour se former comme un obstacle, un quart (23%) a plus de 50 ans.

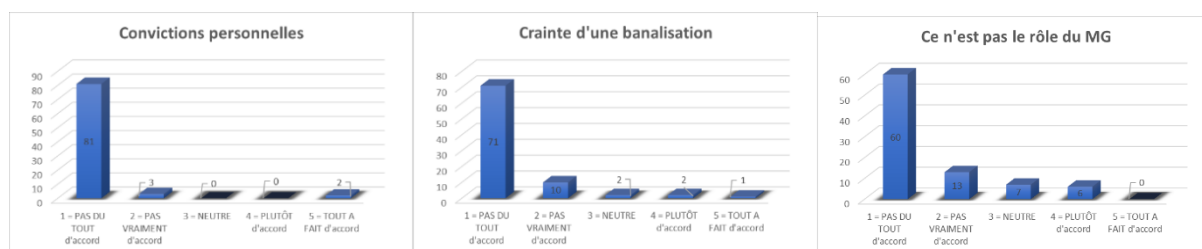
Seuls 5 médecins (6%) ont trop de difficultés de communication ou relationnelles avec le CIVG pour en réaliser en étant conventionné avec lui. La plupart (84%) ont une position neutre ou aucun problème avec le CIVG de référence.



3.4. Sphère idéologique ou relative aux convictions personnelles

Seuls 9 (8%) médecins ont un obstacle d'ordre idéologique.

2 médecins (2%) seulement sont opposés à la pratique de l'IVG pour des raisons religieuses, philosophiques, éthiques ou morales. 3 médecins (3%) craignent une banalisation de l'IVG par les femmes qui l'utiliseraient comme contraception et 6 médecins (7%) pensent que l'IVG ne fait pas partie des rôles du médecin généraliste et que cela les empêche d'en pratiquer.

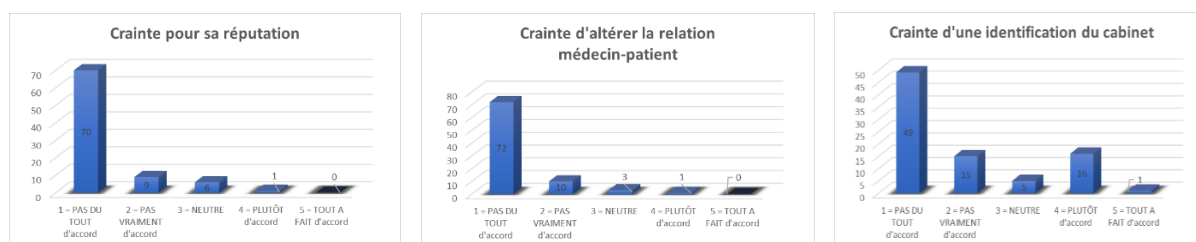


3.5. Sphère esthétique ou relative à l'image du médecin

Seuls 18 (21%) médecins ont un obstacle d'ordre esthétique.

1 médecin craint de détériorer la relation médecin patient après une IVG et 1 médecin craint de modifier sa réputation. Cette crainte de stigmatisation l'empêche de pratiquer des IVG.

17 médecins (20%) ne pratiquent pas d'IVG par crainte que le cabinet soit identifié comme "faisant des IVG", entraînant le recrutement d'une nouvelle patientèle et la réduction du temps consacré aux autres activités de médecine générale.



3.6. Autres obstacles

Les 24 réponses obtenues à la question : « Y a-t-il d'autres éléments faisant obstacle à ce que vous pratiquiez des IVG médicamenteuses au cabinet de médecine générale ? » sont présentées en ANNEXE 3.

4. PERSPECTIVES

4.1. Mesures souhaitées pour faciliter la pratique des IVGM en ville

Les 14 réponses obtenues sont présentées en ANNEXE 3.

4.2. Remarques sur la pratique des IVGM par le MG

Les 9 réponses obtenues sont présentées en ANNEXE 3.

4.3. Niveau d'utilité du questionnaire

Sur une échelle de 0 à 10 sachant que 0 inutile et 10 utile, le questionnaire a été jugé par 63 personnes sur 90. La **moyenne obtenue est de 8.2** (1,5) [Min. 4 Max. 10].

QUATRIÈME PARTIE :

DISCUSSION

1. DISCUSSION SUR LA MÉTHODE ET LES OUTILS

1.1. Limites et biais de l'étude

1.1.1. Biais de sélection

✓ Biais de recrutement : Les MG ayant répondu au questionnaire ne sont pas représentatifs de l'ensemble des médecins de l'Hérault (tableau 4). La population étudiée est plus jeune : 49% a moins de 40 ans contre 19,5% dans l'Hérault où la moyenne d'âge est de 50 ans. Elle est féminine (68% de femmes contre 45%) (46). Cette différence s'explique par le fait que la population médicale se féminise et d'autant plus chez les jeunes. Dans l'Hérault, 67% des femmes MG ont moins de 40 ans (tableau 4). Les femmes sont-elles aussi plus intéressées au suivi gynécologique de leurs patientes et plus confrontées aux demandes d'IVG? Les médecins de sexe féminin ont effectivement tendance à réaliser plus d'actes de gynécologie, notamment les gestes techniques (47)(48). Notre étude le confirme. De plus, seuls 2 hommes sur 22 (9%) ont une formation complémentaire en gynécologie. On peut se demander comment sensibiliser les médecins généralistes hommes sur ce sujet. Les médecins du Languedoc-Roussillon interrogés en 2018 déclaraient que « le frein du sexe de praticien n'est rien d'autre qu'une réticence personnelle à pratiquer la gynécologie ». Bien qu'être une femme soit un facteur facilitant, les médecins hommes surestimeraient aussi la réticence des patientes par rapport à leur genre (49).

Les médecins de l'étude exercent pour 69% en cabinet de groupe. Or d'après l'Ordre des médecins de l'Hérault une proportion équivalente de médecins exerce en cabinet seul et en cabinet de groupe. Les remplaçants sont moins nombreux (11%) bien qu'ils soient 35% dans le département (46).

Afin d'éviter les questionnaires incomplets, l'envoi s'est fait en ligne aux MG avec une adresse électronique et inscrits au CDOM. Avec l'aire du numérique, les médecins plus jeunes sont aussi plus informatisés pour répondre au questionnaire.

✓ Biais de volontariat : Les MG sensibilisés par le sujet répondent plus volontiers à l'enquête. Ils prennent sur leur temps personnel. Dans notre étude, ils ne sont que 17% à n'avoir aucun intérêt pour les IVG. Cette pratique ne fait sûrement pas l'unanimité. Les « non répondants » ont peut-être un désintérêt pour cette pratique ou sont moins informés, ce qui constitue un *biais de non-réponse ou d'attrition*. La question sur le niveau d'utilité du questionnaire est surestimée. L'évaluation de la satisfaction du questionnaire n'a été réalisée que sur les médecins ayant achevés le questionnaire.

1.1.2. Biais de déclaration

Les réponses apportées dépendent de la compréhension des questions et de l'honnêteté du répondant. Le sujet des IVG dérange. Les médecins peuvent donner une réponse « acceptable » et non une opinion personnelle.

1.1.3. Biais de mesure

✓ L'échelle de Likert est impaire. La mesure médiane avec la présence d'un point du milieu « neutre » est souvent sélectionnée par les indécis. Ils ne se positionnent pas. Cet équilibre impair est aussi une force. Il permet une symétrie et évite le choix du hasard.

Les sphères d'obstacle ne sont pas comparables entre elles. Seule la réponse principale par sphère est mise en évidence.

✓ Les verbatim de la dernière partie reprenaient un questionnaire de la littérature et n'ont pas pu être reformulés. Leur formulation péjorative a pu offenser et limiter certaines réponses. Le sous-entendu « obstacle » peut induire qu'il en existe.

✓ Certaines réponses étaient orientées (« saviez-vous... ») et ont pu surestimer les résultats. D'autres constituent un *biais de mémoire* (« Combien de demandes d'IVG avez-vous eu dans les 12 derniers mois »). La question « envisageriez-vous de vous former » pour les 7 médecins en cours de formation constitue un *biais de classement*.

✓ Du fait de l'anonymisation, nous n'avons pas pu recontacter les MG formés aux IVG mais non conventionnés pour en connaître les raisons. Faute de confidentialité et parce que le code postal pouvait à la fois identifier une ville et un village, la demande de code postal a été retirée du questionnaire initial. Nous avons donc 2 réponses de MG conventionnés avec un autre CIVG que Montpellier (CH de Béziers). Ce choix de CIVG était-il intentionnel ou seulement géographique, car plus proche du cabinet ?

1.2. Forces de l'étude

1.2.1. La méthode

L'enquête quantitative descriptive et déclarative est adaptée à l'appréciation de la fréquence des différents obstacles pour estimer la prévalence dans notre population et répondre à notre objectif principal. La phase de recherche bibliographique a permis de réunir la quasi-totalité des obstacles issus des études qualitatives et des revues de littérature. Elle a permis d'étoffer le sujet sur le plan quantitatif, plus puissant et plus représentatif des pratiques. L'envoi électronique a permis aux médecins de choisir leur moment de réponse. Le nombre de 90 réponses obtenues est satisfaisant pour ce type d'étude.

Une partie de l'auto-questionnaire a déjà été utilisé dans la littérature (45). Les autres items ont été appuyés par des articles existants sur le sujet (5)(12). Ils ont permis d'analyser simultanément les connaissances des médecins et les « freins » revendiqués pour les corrélés et orienter les formations.

L'emploi d'une échelle d'attitude équilibrée de type Likert est adaptée pour mesurer l'intensité des opinions ou des réactions des individus sur un sujet donné. Ici : les obstacles à l'IVGM. Elle quantifie des informations d'ordre qualitatives. Cette échelle sémantique est textuelle et concise.

1.2.2. Exhaustivité des données

Le questionnaire a été conçu pour ne pas être chronophage. Les MG non conventionnés avaient plus de questions que les MG conventionnés (33 contre 26) mais elles étaient fermées, à choix simple et semi directives pour favoriser le taux de réponse. Les idées pouvaient être nuancées en commentaire libre. Elles étaient nombreuses. Les MG conventionnés avaient un questionnaire plus court mais les questions étaient ouvertes pour qu'ils s'expriment librement. Leur taux de réponse attendu était faible (moins de 5) et donc exploitable. Les réponses étaient obligatoires. Ainsi aucune donnée n'est manquante.

1.2.3. Didactique

Le questionnaire sensibilise les médecins sur le sujet (ANNEXE 1 et 2). Il est regrettable qu'un questionnaire informe des législations et actualise les connaissances sur la dernière loi santé 2016, les supports d'information disponibles et le réseau local. Mais c'était un des objectifs secondaires. Il a été respecté.

Le niveau d'utilité du questionnaire est de 8,2/10. Les médecins ont donc globalement jugés que les questions relevés par ce questionnaire étaient pertinentes.

1.3. Validité de l'étude

1.3.1. Validité externe

Notre étude décrit les principaux obstacles des praticiens à la pratique des IVG. Nos résultats retrouvent comme principaux obstacles les sphères pratiques et logistiques, tous deux modifiables par une intervention. Les déterminants tels que le défaut d'information et de formation ont été retrouvés ce qui est concordant avec les études de la littérature (45)(12) (ANNEXE 4).

1.3.2. Validité interne

Le protocole de l'étude a été respecté en tenant compte des biais et de la faible participation auxquels nous avons tenté de pallier par des relances successives. L'URPS diffuse 2 questionnaires de thèse par mois. La commission a validé mon questionnaire. Mais 5 mois plus tard, il était 11^e sur liste d'attente.

Les réticences de l'URPS et l'absence de commission pendant la période estivale explique ce retard. Pour autant, nous n'avons pas étendu notre diffusion à l'ensemble de l'Hérault, notamment le secteur du CH de Béziers. L'objectif était de se concentrer sur la formation et le réseau IVG autour du CHU de Montpellier correspondant au GHT Est-Hérault.

2. INTERPRÉTATIONS DES PRINCIPAUX RESULTATS

2.1. Des profils de médecins diversifiés et compatibles avec un conventionnement

Comme nous l'avons décrit, l'échantillon de médecins n'est pas représentatif des médecins de l'Hérault. Mais il est varié tant par l'âge, la formation que par le mode d'exercice.

Ce sont tous de potentiels candidats au conventionnement. La totalité des MG exerce en libéral, en partie au moins. Aucun MG n'est à plus d'une heure du centre d'orthogénie de référence. La question ne nous permet pas de savoir si leur cabinet de groupe est pluridisciplinaire avec des sages-femmes, gynécologues ou psychologues. Mais leur exercice est de plus en plus coordonné. Seuls 13% des MG exercent seuls. On peut supposer que ces MG exerçant en cabinet de groupe (69%) s'intégreront mieux dans un réseau IVG. Les travaux de MALVEQUIN montrent que les jeunes médecins, de sexe féminin, exerçant en groupe seraient plus intéressés par un réseau encadrant l'IVG (50). Ces caractéristiques correspondent à notre échantillon. De plus, deux tiers de notre population est urbaine et à moins de 30 minutes du CIVG, ce qui implique un plateau technique à proximité.

Dans notre étude, ils sont aussi un quart à être davantage formés en gynécologie. Ces données ne sont pas comparables aux MG de l'Hérault. Le DU de gynécologie étant non qualificatif, sa proportion n'est pas connue du conseil de l'Ordre des médecins. La totalité des praticiens réalise des actes de prévention et de dépistage (prescription de contraception, vaccination HPV et mammographies). Pour autant, la pose et le retrait de DIU sont peu pratiqués (23% des MG) et les hommes réalisent moins d'actes techniques. Ces résultats sont comparables à la littérature (49)(47).

Nous allons commencer par discuter l'objectif secondaire car il impacte les obstacles des praticiens à réaliser des IVGM en ville et permet de comprendre les déterminants de leur prise en charge initiale.

2.2. Discussion sur l'objectif secondaire : Des leviers d'action modifiables

2.2.1. Une méconnaissance préoccupante des recommandations et de la législation encadrant les IVG

Dans notre étude, 75% de notre population a eu moins de 4 bonnes réponses sur les 6 questions relatives à ces connaissances (4,9 sur 10 en moyenne). La demande existe, puisque seuls 7% n'ont eu aucune demande d'IVG dans l'année. Plus d'un quart des médecins méconnaît la loi leur autorisant les IVG en ville ou même seulement son existence. Le progrès est tout de même rassurant. En 2008, les trois quart des médecins méconnaissaient la loi (51).

La méconnaissance des délais légaux, de l'existence ou non de délais de réflexion ou de l'autorisation même à réaliser des IVG en ville peuvent entraîner une mauvaise orientation. Les débats récents sur l'allongement du délai légal peuvent être mis en cause ainsi que la confusion entre les semaines d'aménorrhée (SA) et les semaines de gestation. Plus de la moitié des praticiens ne connaissent pas ces délais. Ils peuvent véhiculer à tort des informations erronées ou obsolètes. Par ailleurs, le certificat médical initial n'est pas toujours remis à la patiente lors de la 1^{ère} consultation de demande d'IVG (36 % ne le font pas) ce qui peut encore retarder la prise en charge. Pourtant l'orientation rapide et appropriée vers une structure ressource est primordiale. Une prise en charge précoce impacte la morbi-mortalité et le vécu. Avoir le choix de la méthode améliorerait l'observance et l'acceptabilité (Grade B). Selon l'HAS, « *une explication claire et intelligible renforce la satisfaction des femmes après une IVG [...] plus l'IVG intervient précocement pendant la grossesse et plus le risque de complications est faible. L'accès à l'IVG doit donc être simple et rapide* » (4). En 2019, le Réseau Périnatalité Occitanie (RPO) faisait la synthèse de son enquête menée auprès des établissements d'Occitanie réalisant des IVG. Parmi les 47 centres, 22 ont déjà refusé de prendre en charge une demande d'IVG. Le principal motif de refus était un délai dépassé (6). Ce délai dépassé peut s'expliquer par des retards de prise en charge et un 1^{er} interlocuteur ne facilitant pas le parcours.

2.2.2. Un manque persistant de lisibilité de l'offre et des structures d'appui (réseau, plateforme)

Depuis 2015, chaque ARS a formulé un programme régional pour améliorer l'accès à l'IVG ainsi qu'aux sources d'informations fiables pour les femmes et les professionnels de santé (52)(53). Des actions clés ont été mises en œuvre pour réduire les inégalités devant l'information. Malgré cette campagne, encore 75% de notre population n'a aucune réponse positive concernant ces connaissances (moyenne de 1/10).

Le numéro national d'information « sexualité, contraception, IVG » (0800 08 11 11) unique, anonyme et gratuit est peu connu et insuffisamment utilisé par les acteurs de santé.

Aucun médecin conventionné de l'étude ne reçoit de patientes par cet intermédiaire. Comme pour les praticiens libéraux de Midi-Pyrénées, seuls 14% des MG de l'étude le connaissent (54). En Occitanie, 19 centres d'orthogénie ne connaissent pas l'existence de cette plateforme d'orientation (6). J'ai contacté ce numéro, il redirige vers le département de résidence et diffuse des informations homogènes et objectives en disposant d'un annuaire actualisé des établissements de santé et des praticiens libéraux selon leur disponibilité et les méthodes pratiquées. Depuis son lancement en 2015, ce numéro rencontre une large audience. Plus de 25 000 appels ont été traités. La moitié concerne les IVG (55). Il mériterait d'être connu des professionnels de la région afin de le communiquer aux femmes à la recherche d'écoute et d'informations.

Les recommandations de l'HAS stipulent que **le dossier-guide IVG** édité par l'ARS et mis à jour tous les ans doit être remis à la patiente, par tout médecin, avec l'attestation de 1^{ère} consultation. Il est d'autant plus utile pour les MG non habitués à cette demande. Pourtant moins de 10% des MG l'ont à disposition dans notre étude. L'ARS ne l'a toujours pas distribué massivement aux professionnels de santé et aux établissements (22). Même pour les MG conventionnés « *il faut le télécharger et l'imprimer* » nous a répondu l'ARS, faute de budget. L'impression des 39 pages est donc à la charge du praticien. Dans un climat de méfiance vis à vis des sites de (dés)-information, et alors que la fréquentation des forums tels que « *Doctissimo* » s'intensifie, il constitue un support unique et officiel. Dans les moteurs de recherche, le 1^{er} résultat à « IVG » est le site *ivg.gouv.fr*. Il reçoit 65 000 visiteurs par mois. Il est encore suivi du site *ivg.net*, un des sites biaisés d'une apparente neutralité qui véhiculent de faux numéros et un discours culpabilisant. La politique active de référencement a permis de les faire reculer. L'entrave étant difficile à prouver, la loi dissuade mais peine à être appliquée (39). Le CIVG de Montpellier a choisi de diffuser sur sa page internet une liste de sites fiables. Avec ce dossier-guide, les MG pourraient apporter leur contribution (ANNEXE 9 et 10).

Le réseau REIVOC, lui aussi méconnu par 92% des MG de l'étude, pourrait répondre aux obstacles de formation et d'information que le praticien soit conventionné ou non. Dans notre étude, seul un médecin conventionné appartient à un réseau. L'impact positif de la création d'un réseau est retrouvé dans d'autres régions (48). Conscient des obstacles des praticiens, il pourrait apporter une aide logistique aux MG conventionnés et assister les MG non conventionnés dans leurs orientations (ANNEXE 9). En effet, un tiers des MG de l'étude n'orientent pas chez un praticien libéral quel qu'il soit. Quand ils le font, encore faut-il que l'interlocuteur vers qui les patientes sont adressées soit effectivement conventionné. Ils adressent par contre quasiment tous directement au centre d'orthogénie. Ces résultats ne sont pas étonnants quand plus d'un quart pense qu'il n'est pas possible de réaliser d'IVGM en cabinet. Est-ce par méconnaissance ou par habitude ou même facilité à adresser au centre IVG ? Les 4 consultations réglementaires nécessitent de prendre en compte la domiciliation de la patiente.

En effet, un quart des médecins de l'étude est à plus de 30 min du CIVG. Mais il est vrai qu'identifier les praticiens réalisant des IVGM en ville et à proximité relève du parcours du combattant. Les centres d'orthogénie de Montpellier, Nîmes, ou Béziers ne sont pas forcément les premiers choix des patientes, c'est pourquoi ils s'efforcent de tenir à jour un annuaire des professionnels de santé en ville. La plateforme nationale et les secrétariats d'orthogénie diffusent oralement leurs coordonnées. Le site « *IVG les adresses* » porté par REVHO (réseau pour l'IVG en Île-de-France) commence aussi à les répertorier. Mais l'annuaire en ligne est loin d'être exhaustif. Peu de professionnels de santé autorisent la diffusion de leurs coordonnées (16).

2.3. Des praticiens pourtant à l'aise avec les demandes d'IVG et légitimes dans ce rôle

Deux tiers des MG se sentent à l'aise avec les demandes d'IVG et suffisamment formés pour accueillir et orienter leurs patientes. Ces résultats contrastent avec leur méconnaissance de la législation et des structures d'appui. Dans l'étude de VERRIERE, plus les MG ont un intérêt pour la gynécologie, plus ils sont à l'aise pour l'aborder sans aucun tabou (49). On peut supposer que se sentir à l'aise est subjectif. Comme dans leur pratique de la médecine générale, les MG respectent leurs missions telles que « *orienter les patients selon leurs besoins* » ou « *veiller à l'application individualisée des recommandations* » (9). Ils se sentent à leur place et suffisamment « armés » pour répondre à cette demande, mais le font-ils correctement? Est-ce que par leur orientation les MG pensent que leur patiente aura accès à une prise en charge rapide et de proximité respectant son choix de la méthode et du lieu ? Le fait que presque la moitié envisagerait de se former montre qu'ils ne sont pas entièrement satisfaits de leur prise en charge. N'oublions pas qu'un tiers des MG ne se sent pas à l'aise avec ce type de demande.

Un service médical rendu (SMR) important pour la patiente est le principal argument pouvant convaincre les MG de réaliser des IVG (75%). L'étude de VINCENT retrouvait aussi cette principale motivation (59%)(14). Par définition, le SMR¹ est un critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments ou dispositifs médicaux en fonction de leur utilité d'un point de vue thérapeutique ou diagnostique. Pour l'instant encore, les MG sont les spécialistes les plus accessibles au niveau des délais de RDV mais aussi géographiquement, notamment en milieu rural (5)(15). Les MG de l'étude ont conscience d'être des acteurs de 1^{ère} ligne et de pouvoir diminuer les contraintes de ces femmes. On constate justement que les 4 MG conventionnés de notre étude ont choisi de participer à cette offre de soins pour les mêmes raisons. Les MG conventionnés du Gard affirment également apporter « un soulagement » à leurs patientes ressentant une urgence de prise en charge (16).

¹ ASMR I : « *Progrès thérapeutique majeure* », ASMR II : « *Amélioration importante en termes d'efficacité thérapeutique et / ou de réduction des effets indésirables* »

Si le système existant n'est pas satisfaisant et que l'intérêt pour le SMR est important, qu'est-ce qui freine les médecins de l'étude à pratiquer eux même les IVG ? Quand un médecin responsable du centre IVG de Montpellier n'est pas remplacé, la psychologue de l'hôpital s'interroge. Résistance ? Indifférence ? Réel manque de moyens ? C'est ce malaise à l'hôpital qui l'a poussée à écrire son livre (56). La réticence des praticiens de ville à pratiquer des IVG nous interroge tout autant.

2.4. Discussion sur l'objectif principal : Les obstacles à la réalisation des IVGM

83% des médecins ont au moins un obstacle. Les obstacles d'ordre logistique et pratique sont les principaux obstacles à la pratique des IVGM au cabinet. Ils sont tous les deux modifiables par une intervention extérieure.

2.4.1. La sphère économique, et ses ambivalences

Au sens psychologique, l'économie est la manière de diriger sa vie. Elle rassemble les activités humaines de production, d'échange, de distribution et de consommation de biens et de services.

L'obstacle économique ne concerne que 17% des MG. La contrepartie financière n'est pas un levier pour les MG de l'étude. Encore faut-il la connaître : seuls 17 % des MG connaissent le prix du forfait y compris chez les MG ayant reçu la formation IVG. La moitié des MG répondent « neutre ». J'ai omis volontairement de mentionner le prix du forfait dans la question. J'ai moi-même découvert les cotations pendant mes recherches. Ces résultats sont similaires à l'étude d'ESCOUBET : 18% citaient cette obstacle et une majorité répondaient « neutre » (45). Aborder la rémunération de cet acte historiquement « à part » met mal à l'aise ou est-ce simplement par méconnaissance ? Il est dommageable de penser qu'une majoration de la tarification suffit, à elle seule, à modifier les consciences, surtout quand la moitié des MG de l'étude sont convaincus que leur « esprit militant pour l'accès à l'IVG » pourrait les amener à en réaliser.

Désormais, les femmes bénéficient de la même prise en charge sur tout le territoire, quel que soit le lieu et la méthode choisie. L'arrêté du 26 février 2016 fixe les tarifs de prise en charge à 100 % par l'assurance maladie sur l'ensemble des actes entourant l'IVG pour les praticiens conventionnés (37). Le dépassement d'honoraire reste interdit. Les honoraires versés au médecin sont sur la base d'un forfait de 187,92 €. Ce forfait comprend les quatre consultations, les comprimés nécessaires au tarif fixé par la loi et les investigations échographiques et biologiques de contrôle. Les cotations spécifiques lèvent certains freins économiques revendiqués par les praticiens (12)(45) (ANNEXE 4). La reconnaissance en acte médical comme les autres permet un remboursement plus rapide et le tiers payant intégral réduit les impayés. La facturation, plus souple, peut se faire en une seule fois ou en séquencée.

Elle évite l'absence de rémunération si la patiente n'honore pas sa consultation post-IVG alors qu'elle a reçu les médicaments abortifs à charge du médecin. En cas de vomissement, elle permet également une refacturation papier des médicaments seuls.

Une notion économique évoquée en commentaire libre est « *la mise en péril de l'hôpital de proximité* » qui aurait besoin de cette activité (ANNEXE 3). La logique comptable avec ses restrictions budgétaires regroupe les centres IVG et détruit le maillage territorial. Réfléchir en termes de rentabilité, ne donne-t-il pas raison à cette politique de centralisation ? Participer à cette activité, ne permet-il pas au contraire de garantir un bon maillage territorial ?

2.4.2. La sphère logistique, et ses a priori

La logistique est l'activité qui a pour objet de gérer les flux physiques. Elle met à disposition les ressources correspondant à des besoins. Elle respecte les conditions économiques, légales, de sécurité, de sûreté et de qualité du service attendu.

63% des MG ont au moins un obstacle logistique. L'obstacle principal de cette sphère est la demande insuffisante d'IVG au cabinet (45%). Ne pas réaliser d'IVG faute de demandes est un faux débat. Une femme sur 3 connaîtra une IVG au cours de sa vie (18). S'il effectuait cet acte et si elles avaient eu connaissance de la loi, 30% des patientes auraient réalisé leur IVGM avec leur MG (12). L'offre ne crée-t-elle pas la demande ? Le développement de l'activité IGVM correspond à une demande des femmes. Elles considèrent cette méthode plus rapide et plus confortable. L'entourage rassure et l'intimité du domicile déculpabilise (17)(12)(15). D'ailleurs, les 4 médecins conventionnés de l'étude ont en moyenne 3 demandes d'IVG par mois. Dans un monde « idéal » où patientes et professionnels de santé connaîtraient parfaitement la loi, l'ultime étape est d'y accéder en étant bien orienté. Plusieurs correspondants ont dû être sollicités pour obtenir un annuaire fiable des MG conventionnés. Ce constat est retrouvé par les MG du secteur (15). Si l'information est déjà difficilement accessible pour les professionnels, qui eux même méconnaissent la loi, que penser de la solitude et l'errance des patientes dans ce moment de vulnérabilité ? On peut supposer que le manque de demandes est dû à un manque d'information.

L'activité chronophage (37%) et la lourdeur de la procédure administrative (36%) sont mises en cause. De façon générale, ce sont des facteurs responsables d'épuisement professionnel et donc craints par les médecins (9). Mais concernant les IVG connaissent-ils vraiment la procédure ambulatoire? La majorité a une réponse neutre. Le consentement écrit de la patiente et une copie du certificat médical initial sont à conserver. La fiche de liaison résumant le dossier médical est envoyée par fax à l'établissement. Elle est mise à jour et remise à la patiente avec les coordonnées de l'établissement et le dossier guide d'information (9% l'ont dans l'étude) (22).

Pour simplifier ces démarches, la déclaration anonyme n'est plus obligatoire à chaque IVG. L'ARS ne les exploitait pas. Seul un bilan annuel d'activité est demandé par le CIVG de Montpellier. La tarification forfaitaire a en plus réduit les contraintes de remboursement (ANNEXE 4). Les médecins pratiquant les IVG dans le Gard ne relèvent aucune difficulté administrative. Ils confirment par contre que l'activité peut être chronophage mais surtout à la première consultation d'information (16).

Un tiers des praticiens estime la prise en charge ambulatoire trop difficile pour en réaliser. Cette difficulté d'organisation est ambivalente car deux tiers des MG, ayant donné cet obstacle, sont aussi convaincus qu'en réalisant des IVG ils apporteraient un SMR important à leurs patientes. La totalité des médecins conventionnés du Gard s'est motivée à se former devant les difficultés à orienter leurs patientes lors de leurs prises en charge antérieures (16). Est-il alors plus simple de réaliser l'IVG soit même que d'orienter efficacement ses patientes ? On peut supposer que la difficulté ambulatoire est dans l'organisation des soins. Les nouvelles recommandations répondent à cet obstacle. Si la patiente a une carte de groupe sanguin, aucun bilan complémentaire n'est obligatoire avant 7 SA : *« l'échographie bien qu'encouragée ne doit pas être un frein à la programmation de l'IVG demandée, si la date des dernières règles et la date du rapport à risque sont connues avec un examen clinique concordant »* (Accord professionnel)(2). En pratique, si le praticien conventionné souhaite réaliser une échographie de datation dans les délais, il fait intervenir ses interlocuteurs privilégiés et son réseau de proximité. Il coordonne les soins (9). Est-ce si différent de la pratique de la médecine générale en soins primaire hors IVG ? L'obtention d'un RDV en urgence par le médecin est même encouragée par une cotation spécifique (MUT=5 euros).

La difficulté peut tenir au suivi et à la gestion des pertues de vues (16). Que ce soit en ville ou en établissement, l'absentéisme est élevé à la consultation post-IVG. Laisser le choix des modalités de contrôle à la patiente pourrait alléger le parcours et les éviter. Dans l'Hérault, toutes les femmes interrogées ayant eu recours à une IVG à domicile ont refusé la consultation de contrôle proposée. Elles ont toutes choisi la prise de sang pour des raisons pratiques (17). La réalisation systématique d'une échographie post-IVG n'est désormais plus recommandée en routine (Grade B). Une étude américaine sur plus de 1000 femmes a montré que lorsque le clinicien et la patiente ont estimé que le sac gestationnel était expulsé, ceci était confirmée par échographie dans 99,1% des cas (57). Les praticiens du réseau ville-hôpital du CHU proposent d'accepter qu'une part des patientes ne vienne pas à la consultation « post-IVG » (56). Ainsi de par leur relation de confiance et leur rôle de médecin de famille, le développement de l'activité IVG par les médecins traitants ne permettrait-il pas justement de réduire ces pertues de vue ? L'adhésion aux soins pourrait être meilleure. Ils auraient davantage l'opportunité de revoir leurs patientes pour évaluer l'impact et prévenir les échecs de contraception.

Le manque de réactivité administrative du CHU entre la formation et le conventionnement est un obstacle pour les 12 praticiens concernés (14%). Cette proportion est importante par rapport au nombre de MG ayant suivi la formation IVG. Alors que les équipes d'orthogénie sur le terrain font de la communication une priorité. Le pôle administratif du CHU communique peu avec le service. L'indifférence voire le blocage administratif se retrouve dans les commentaires libres : « *J'ai fait les démarches pour être conventionné à 2 reprises et aucune suite... j'ai lâché...* » (ANNEXE 3). La révision des conventions a pu allonger ce délai (37). Pour répondre à cet obstacle, la gestion des conventions et des formations est actualisée par la nouvelle PH d'orthogénie (ANNEXE 6). Les démarches sont simplifiées par le DPC. Le partenariat ville-hôpital avec le réseau REIVOC est discuté pour augmenter et faciliter les sessions de formation. L'équipe met tout en œuvre pour privilégier un dialogue de qualité entre les intervenants du parcours patient, qu'ils soient praticiens libéraux ou hospitaliers. Dans une étude de 2016, 47% des médecins ayant signé une convention avaient rencontré des difficultés lors de la signature avec l'établissement. La lenteur administrative était au premier plan avec des délais de 3 mois pour obtenir la convention signée (48).

Les médecins formés ou en cours de formation, se sentent globalement à l'aise avec les demandes d'IVG et suffisamment formés pour accueillir et orienter leurs patientes. Certains communiquent cependant leur email pour obtenir les modalités de formation et de conventionnement. Est-ce pour avoir des informations complémentaires sur les modalités administratives devant les difficultés potentiellement rencontrées, ou simplement pour connaître le réseau local et les formations continues proposées?

2.4.3. La sphère pratique, légitime mais surmontable

La pratique est une activité volontaire visant des résultats concrets par opposition à la théorie. Elle est l'expérience acquise par opposition aux principes. Elle peut être une croyance, un jugement, une norme.

72% des MG ont au moins un obstacle pratique. La gestion des complications et l'aspect médico-légal sont les principaux obstacles d'ordre pratique (50%). Cette crainte est d'autant plus importante chez les femmes (56% contre 40%). Est-ce lié au vécu ? Selon l'HAS, l'échec est défini par une grossesse évolutive, arrêtée mais incomplètement expulsée ou la nécessité d'un geste endo-utérin hémostatique : « *les taux de grossesses évolutives sont de l'ordre de 1% pour les posologies autorisées par l'AMM* » (HAS). Le risque de complications est d'autant plus faible que l'IVG est précoce. Pour contrer les idées reçues, je rappelle que le taux de succès de l'IVGM est proche de celui de l'IVG instrumentale (97% contre 99%). De plus le taux d'échec est similaire entre la pratique de l'IVGM en milieu hospitalier et à domicile : 6,2% (14)(4). Les médicaments et leur posologie sont identiques. La pratique en ville semble aussi bien voire mieux acceptée qu'à l'hôpital (5)(15). D'autre part, même à l'hôpital, l'expulsion peut intervenir sur le trajet du retour et hors surveillance (4).

Selon l'HAS : « *la surveillance durant les 3 heures qui suivent la prise de misoprostol est facultative* ». Elle survient pour 40% des femmes dans les 24 à 72H (8).

Par ailleurs, la loi encadre et protège les praticiens conventionnés. « *L'établissement de santé signataire de la convention s'engage à accueillir la femme à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels* » (22). Les trois quarts des MG de l'étude sont d'ailleurs à moins de 30 minutes du CIVG. Si le cadre est respecté, leur responsabilité n'est pas engagée. Les poursuites judiciaires sont rares sur Légifrance. La RCP inchangée par cette activité est reconnue par les assurances qui ne requièrent aucune majoration. Les médecins sont probablement partagés entre ce cadre législatif rigide et contraignant mais sécuritaire. Dans l'étude de BECUE, 62% des MG interrogés ont évoqué ce frein principal contre 10% des gynécologues (58). Le manque de formation serait-il en cause ? La méconnaissance du protocole et la judiciarisation de la société entraînent-elles des représentations erronées ?

Prendre le temps de se former relève de la volonté, et n'est pas un obstacle à la pratique (37%). Ils sont d'ailleurs presque la moitié à envisager de se former ou à être en cours de formation. Depuis la loi de modernisation de notre système santé en 2016, la formation est devenue obligatoire dans le cadre du « DPC » : Développement Professionnel Continu. Les offres de formation concernant les IVG et la procédure de conventionnement sont peu connues (48). Elles se développent progressivement. Pour simplifier les démarches, avec l'aide du CHU et du REIVOC, j'ai donc pris l'initiative de renseigner les personnes intéressées (ANNEXE 2). « *L'étroitesse du socle de formation initiale et l'obsolescence rapide des connaissances* » peuvent traduire une persistance d'idées reçues chez certains professionnels qu'il convient de combattre (59). De nombreuses idées reçues persistent telles que la contre-indication à la pose de DIU chez une nullipare (56) ou au travers des réponses obtenues comme : « *l'acte chirurgical est pour moi plus sûr. C'est un professionnel qui l'a pratiqué* » (ANNEXE 3). Les MG sont aussi des professionnels. Le manque de confiance dans leur pratique et la peur des responsabilités sont-ils liés à un manque de formation ? Selon l'HAS, « *le professionnel doit justifier d'une expérience professionnelle adaptée* ». Prendre le temps de se former permettrait de lever l'obstacle lié à la gestion des complications et du médico-légal. Le fait d'avoir un tiers de réponses neutres peut s'expliquer par la part de MG déjà formés mais non conventionnés ou en cours de formation. Ils doivent être capables de dégager du temps pour planifier leur stage pratique et franchir le cap de la mise en pratique. De plus, seuls les médecins installés ou travaillant dans un centre de planification peuvent se conventionner. Je suppose que les remplaçants ne peuvent se positionner et freinent à se former de par leur statut et leur indécision dans l'installation (9). Les plus de 50 ans évoquent davantage cet obstacle à la pratique (23%). Ils sont probablement moins intéressés à acquérir de nouvelles compétences (50).

Le manque de disponibilité requise pour prendre en charge cette nouvelle activité est un obstacle majeur (50%) et la 1^{er} raison invoquée dans de nombreuses études (48)(58). Pourtant les MG conventionnés n'associent pas à cette pratique une importante surcharge de travail (14)(16). Tout comme le fait que l'activité soit chronophage, ces obstacles sont indissociables de l'activité libérale du MG et d'autant plus s'il exerce seul. Un commentaire libre résume cet item : « *on ne peut pas tout faire* ». La crainte est de moduler un planning de consultation déjà surchargé, surtout dans le contexte de démographie actuel. L'activité IVG nécessite une organisation pour respecter le délai de RDV de 5 jours suivant l'appel (4). Dans la procédure, le MG conventionné doit prévoir 4 consultations et assurer une continuité des soins lors de la prise de misoprostol à domicile (11). En réalité, parfois seules 2 consultations sont réalisées par le MG conventionné (15). La 1^{ère} consultation peut être omise si le certificat médical initial est remis par tout médecin. Mais dans notre étude plus d'un tiers ne le remet pas. De plus, la suppression du délai de réflexion enlève également une contrainte et permet à la femme de se donner le temps qu'elle veut pour la réflexion (36). Mais que faire en cas d'absence ou d'indisponibilité du praticien ? Le réseau REIVOC publie chaque été une liste de praticiens assurant la permanence de soins IVG (44). En pratique le médecin est peu dérangé. En 2007 sur les 4218 patientes prises en charge pour une IVGM en ville en île de France, 9% ont appelé leur médecin et 5,6% ont consulté en urgence au cabinet. Les MG conventionnés avec le CHU de Montpellier sont également très peu contactés sur leur téléphone personnel (15). Se rendre disponible et prévenir des effets secondaires à la consultation initiale diminuerait aussi l'anxiété des patientes (60)(15). Même si elle est chronophage, une bonne information réduit par la suite les consultations non programmés. Encore une fois, la remise du dossier guide et du numéro national d'information répondrait à cette attente.

La majorité des médecins déclare ne pas avoir de difficultés à joindre le CIVG de Montpellier. Ils n'ont pas non plus de problèmes de confraternité avec ce centre (84%). Les praticiens peuvent, s'ils le souhaitent, être conventionné avec plusieurs établissements. Ces établissements référents doivent prendre le relai du médecin si celui-ci est absent ou dans l'incapacité de dégager un créneau d'urgence pour la patiente, d'où l'importance d'être joignable. « *Chaque établissement de santé prenant en charge des IVG doit disposer d'une ligne téléphonique dédiée à cette seule activité, connue et largement diffusée* » (4). Les deux secrétaires du CIVG de Montpellier mettent tout en œuvre pour être facilement joignables et respecter ces recommandations. Un répondeur a été mis en place. Au-delà de l'administratif, ils sont en 1^{ère} ligne pour informer et orienter patientes et professionnels. De plus des réunions d'échange entre praticiens hospitaliers et non hospitaliers conventionnés sont organisées par le CIVG dont une par an est obligatoire. Elles mettent en commun les expériences sur le terrain. Le stage pratique au sein du CIVG est en plus une vraie valeur ajoutée à la formation pour les MG conventionnés.

Une autre notion évoquée est le manque d'appétence des MG par manque d'incitation du CIVG : « *si les centres ne contactent pas les médecins pour leur proposer une convention j'estime qu'ils n'ont pas besoin de nous...* » (ANNEXE 3). J'ai tenté d'y remédier en informant les MG.

La prise en charge psychologique relative à l'IVG n'est pas un obstacle à la pratique (52%). Pourtant un tiers des praticiens de l'étude ne sentent pas à l'aise avec les demandes d'IVG. L'IVG ne représente que des cas particuliers. En pratiquer soulève des enjeux psychologiques et éthiques. En 2018, 47% des patientes interrogées en consultations pré IVG dans l'agglomération de Montpellier et de Marseille ont subi au moins une forme de violences sexuelles au cours de leur vie et 20% au cours des 12 derniers mois (61). Le praticien est l'interface entre l'humain, l'intime et la science. Il doit être capable d'entendre et de réagir. L'ambivalence dans la prise de décision peut aussi être déstabilisante. Elle renvoie à son propre vécu de médecin, à ses propres interrogations voire à la notion de « toute puissance médicale ». Qui sommes-nous pour juger ? Ouvrir la question du choix de l'IVG sans donner son avis ni s'impliquer peut s'avérer dérangeant. Il faut faire avec la réalité de la patiente sans la transformer avec nos représentations. L'écoute, la communication, l'empathie sont au premier plan dans l'intimité du cabinet. Pour aider les praticiens à ne pas se désengager, ces discussions sont au cœur des échanges de pratiques et d'expériences organisés par les réseaux de professionnels auxquels j'ai pu participer (44)(56). Le choix de la méthode et du lieu peut aussi être difficile. Ce n'est pas forcément rendre service à la patiente que de faire dans l'urgence (15). La multiplication des consultations est parfois nécessaire pour bien interroger la patiente et l'aider à accepter sa décision. Les critères d'inclusion d'une IVGM à domicile sont là pour aider les praticiens (ANNEXE 1). Ainsi la gestion du stress devant une situation certainement complexe et chronophage quand la salle d'attente est pleine peut être un obstacle en ville. Le manque de disponibilité nécessaire est alors humain, et l'investissement émotionnel.

Un médecin formé mais non conventionné nous suggère que « la prise en charge psychologique de la patiente est primordiale et quasi irréalisable en MG » (ANNEXE 3). Pour répondre à cet obstacle cité par un quart des MG, les psychologues du CHU de Montpellier répondent présents aussi bien pour les patientes, même à distance de l'IVG, que pour les praticiens. Ce n'est pas le cas de tous les CIVG. Bien que non obligatoire pour les femmes majeures, « *un entretien d'information, de soutien et d'écoute doit pouvoir être proposé systématiquement [...] et confié à des professionnels qualifiés* »(4). Il n'est plus « dissuasif » comme l'indique les assistantes sociales de l'hôpital (56). Il donne un espace de parole à la patiente ou à son conjoint que le praticien n'a peut-être pas. Il fait émerger un sens à cette grossesse non voulue dans l'histoire de la femme et du couple. Les conseillères conjugales du planning familial reçoivent les patientes gratuitement. Le numéro national d'information fournit également les lieux où obtenir un entretien psycho-social.

Les MG de l'étude assument donc cette dimension psychologique d'accompagnement qui est au cœur de la médecine générale et renvoie à leur motivation de prise en charge globale. « *La connaissance et la technique sont bien sur indispensable mais elles sont toujours au service du soin* » expliquait le président du CNGOF (56).

2.4.4. La sphère idéologique ou relative aux convictions personnelles, des positions extrêmes

L'idéologie est un système prédéfini d'idées, à partir desquelles la réalité est analysée, par opposition à une connaissance intuitive de la réalité sensible perçue.

Les arguments idéologiques sont minoritaires et ne sont un obstacle que pour 8% des MG. Peu de médecins considèrent que ce n'est pas leur rôle de MG (7%). Ils sont nombreux (53%) à vouloir s'impliquer pour une prise en charge globale de leur patiente. La gynécologie fait partie de la pratique quotidienne des MG surtout en semi-rural (49). Près de 3,8 millions d'actes gynécologiques par an sont dispensés par des MG dont 35% concernent la contraception qui est le premier motif de consultation chez les moins de 25 ans (62). Depuis 2017, la prévention est encouragée par une consultation dédiée et intégralement prise en charge². La France est le plus gros prescripteur de pilule. Cette norme contraceptive se retrouve dans notre étude puisque la totalité des médecins en prescrivent. Seuls ceux avec une formation complémentaire en gynécologie maîtrisent les contraceptions réversibles de longue durée d'action de type DIU. Selon l'HAS, « *un choix personnalisé et éclairé de la méthode contraceptive conditionne l'acceptation et l'observance* » (5)(63). L'enquête COCON révèle qu'une grossesse « non prévue » sur trois s'est produite sous méthode contraceptive efficace, principalement par oubli ou mésusage. Seulement 35% des femmes n'avaient aucune contraception (64). Il serait réducteur de tenir les femmes comme seules responsables de l'inadaptation entre leur besoin contraceptif et leur mode de vie. Est-ce que les 7% de MG qui considèrent que ce n'est pas leur rôle ont intégré ce principe et s'assurent à chaque renouvellement d'ordonnance que les informations concernant la contraception ont été assimilées par la patiente afin d'éviter un échec? Maîtrisent-ils les autres moyens de contraception pour sortir du « tout pilule » ? Informent-ils des possibilités de rattrapage par la contraception d'urgence et ses conditions de délivrance ? Rappelons que 64% des français pensent qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse et que deux tiers des jeunes filles de 3ème pensent que les 1^{er} rapports ne sont pas féconds (INPES) (62). Ainsi, de par la place importante que tiennent les MG en gynécologie au travers de la prévention et de la contraception, on peut affirmer qu'ils ont aussi clairement un rôle à jouer dans la réalisation des IVG et être satisfait de retrouver que 93% des réponses vont dans ce sens.

² CCP=46 euros : première Consultation de Contraception et de Prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans

La crainte d'une banalisation de l'IVG est faible dans notre étude (3%). En 2011, l'INED estimait que la probabilité d'une IVG ultérieure était de 41 % pour les femmes qui avaient déjà eu une IVG. En 2018, parmi les IVG réalisées à l'hôpital, 30 % des femmes concernées déclaraient avoir déjà eu une IVG antérieure (7). Il est évident qu'une femme en échec de contraception et en demande d'IVG se tourne principalement vers celui qui lui a prescrit sa contraception. Ouvrir le dialogue et prévenir est un premier pas contre la banalisation de cet acte. Les médecins de notre étude l'ont compris : l'IVG n'est pas banale, il ne faut pas baisser les bras et négliger l'opportunité de prévention secondaire.

Les convictions religieuses, éthiques et morales en désaccord avec cet acte sont minoritaires (2%) et similaires aux résultats retrouvés dans la littérature (12). Elles relèvent des valeurs intimes et du vécu comme l'exprime un praticien : *« mes convictions philosophiques prennent beaucoup de place dans ma pratique de la médecine et je ne réaliserai jamais cet acte même bien formée et même bien rémunérée ! »* (ANNEXE 3). La liberté d'opinion est une liberté fondamentale. Elle doit être respectée. *« Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention »* (40). Aucun MG de l'étude informe qu'il ne pratique pas d'IVG sans réorienter. Le fait qu'une minorité de MG soit réfractaires montre qu'en 2019 une prise de conscience a eu lieu en France.

L'obstacle idéologique de notre étude est faible (8%) comparé à celles d'ESCOUBET (32%)(45), de BROCAIL (28%)(12) ou encore de BECUE : 25% des MG refusaient de pratiquer des IVG par convictions personnelles et jusqu'à 38% des gynécologues (58). Le jeune âge de notre population peut expliquer cette différence. Existerait-il un conflit de génération, ou est-ce simplement l'évolution de la société et de la médecine ? Le président du CNGOF ajoutait que *« la clause de conscience s'exprime d'ailleurs de moins en moins dans cette génération (sous-entendu plus jeune) de médecins, si bien qu'il n'y a pas, et qu'il n'y aura pas dans notre pays (contrairement à certains de nos voisins), de conflit d'intérêt entre la clause de conscience des médecins et le droit des femmes »* (65).

Devant les menaces de *« grève des IVG »* ou l'emploi du terme *« homicide »* par des gynécologues syndicalistes, la vigilance des médecins qui s'y consacrent doit être de mise. Ces propos ont été condamnés par le Conseil National de l'Ordre des médecins. Une réaction du REIVOC : *« Homicide ...ce mot relève ici d'une idéologie ou d'une opinion personnelle qui ne saurait être imposée à tous, et l'IVG n'est pas un homicide aux yeux de la loi et de la société », «Prendre les patientes en otage pour des revendications personnelles relève d'une parfaite inconséquence [...] le corps et la santé des femmes et plus généralement des patients ne peuvent et ne doivent pas devenir une arme de négociation massive quels qu'en soient les enjeux »* (44).

2.4.5. La sphère esthétique ou relative à l'image du médecin, minoritaire

L'esthétique est une discipline de la philosophie ayant pour objet les perceptions, les sens, le beau (dans la nature ou l'art). C'est la science du sensible par opposition à l'entendement.

Seuls 21% des médecins de l'étude ont un obstacle d'ordre esthétique.

L'identification du cabinet comme « faisant des IVG » n'est pas un obstacle (74%). Les MG conventionnés de l'étude reçoivent tous des patientes en accès direct par « bouche à oreille ». Ils acceptent aussi de réaliser des IVG à de nouvelles patientes, ce qui n'est pas obligatoire. Pourtant ils ne sont pas submergés de demandes (3 par mois en moyenne). En France, 41% des praticiens font moins de 10 IVG par an (7). Dans l'étude de SOUFFLET sur l'impact d'une formation à l'IVGM, 80% des médecins conventionnés n'ont pas ressenti de modification de leur patientèle et 93,3% déclaraient que la relation avec leurs patients n'avait pas changé depuis qu'ils réalisaient des IVGM (48).

La crainte de modifier sa relation avec ses patients, sa réputation, ou encore d'être stigmatisé n'est pas un obstacle (99%). Au contraire elle ne détériore pas la relation médecin-patient, elle l'enrichit. C'est une forme de militantisme comme l'expriment les médecins de l'étude (46,5%). La reconnaissance des patientes à qui le MG rendrait service est retrouvée dans de nombreuses études (12). Le fait que les trois quarts de notre population d'étude soient urbaines explique peut-être cette absence d'obstacle esthétique. La crainte de perdre des patients est plutôt retrouvée en milieu rural. Alors que ces campagnes isolées nécessiteraient une activité IVG ambulatoire. Il est difficile pour certains médecins d'affirmer une attitude pro-IVG face à une population vieillissante en désaccord et plus conservatrice (12).

Le manque de considération et l'impression d'élargir toujours plus leur activité, sont exprimés en commentaire libre : *« est-ce que j'ai la volonté d'être un bouche trou permettant de satisfaire les mesures que les politiques ne cessent de bricoler [...] Ils oublient volontairement qu'il y a moins de MG qui n'ont même plus le temps d'assurer leur travail de MG. »* (ANNEXE 3). Ce médecin pointe du doigt le résultat d'un désinvestissement généralisé de cette activité dont les MG ne sont pas seuls responsables. L'étiquette peu valorisante des IVG plane encore. L'orthogénie reste « le parent pauvre de l'hôpital » et cela se répercute à minima en ville. *« Les pouvoirs publics ne font pas ce qu'il faut, et les praticiens souffrent d'être laissés seuls face à cette activité qu'il leur faut assumer »* écrivait l'ancien chef de service de gynécologie du CHU de Montpellier et président du CNGOF (56).

3. PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS CONCRETES

3.1. A L'ÉCHELLE DE NOTRE ÉTUDE : augmenter le taux de conventionnement ?

Les « ivg-istes » de l'avenir

Dans l'ensemble des études sur l'IVGM, les obstacles sont liés à une méconnaissance de la procédure et à ses a priori. Plus de 60% des médecins déclarent un manque de formation (5)(51). Ces résultats attendus sont retrouvés dans notre étude. Les obstacles, principalement logistiques et pratiques, sont pour certains modifiables mais ils sont impactés par un manque d'information et de formation. Dans un premier temps, il était pertinent d'y remédier par un questionnaire didactique (ANNEXE 1). Dans un deuxième temps, l'information a été diffusée à l'échelle individuelle (ANNEXE 2). Il est encourageant de constater que 20 médecins ont communiqué leur email pour recevoir des propositions de formation. Au-delà du conventionnement, le questionnaire a pu faire réagir et soulever des lacunes dans leurs connaissances avec la possibilité d'y remédier par de l'auto-formation.

En 2010, le rapport IGAS indique que « *l'IVG est une activité qui demeure très dépendante des équations personnelles et locales* »(59). Pour répondre à une des recommandations du Haut Conseil à l'Égalité qui stipule de « *veiller à la coordination des acteurs* », il est paru important de développer le partenariat ville-hôpital avec le réseau REIVOC. Avec le concours de MG Form, REIVOC a créé une nouvelle date de formation théorique dans le cadre simplifié du DPC à Sète le 29-30 novembre 2019 (ANNEXE 8). Cette formation n'a pu être communiquée aux MG intéressés qu'un mois auparavant.

Un médecin de l'étude a effectivement participé à cette formation pour se conventionner. Même si peu se sont conventionnés, ils ont été sensibilisés et ont reçu les coordonnées des intermédiaires à qui s'adresser pour se former (ANNEXE 2). Le manque de formation proposée à cette période dans la région (fin 2019 /début 2020) et le délai court entre mon questionnaire et la formation peuvent expliquer cette faible participation. Plusieurs conventionnements semblent possibles. Parmi les 20 emails reçus pour se former : 15 (75%) se sentent déjà à l'aise et suffisamment informés pour accueillir et orienter, 6 (30%) ont déjà un DU de gynécologie, 16 (80%) ne considèrent pas le manque de temps comme un obstacle pour se former. 5 médecins sont des remplaçants, ils souhaitent s'informer et sont de potentiels futurs médecins impliqués dans cette activité. De plus 12 médecins n'ont pas donné leur email mais avaient répondu vouloir se former, j'é mets l'hypothèse que devoir communiquer un email constitue un facteur limitant l'initiative.

Notre état des lieux fait ressortir plusieurs points. Il est surprenant de constater que 7 médecins sont en cours de formation. C'est le double de médecins actuellement déjà conventionnés et donc très prometteur. La région a, contrairement à d'autres, l'avantage de proposer une formation pratique.

On espère qu'ils se conventionneront et réaliseront des IVGM au terme de la formation. On peut s'interroger sur les 7 médecins formés et non conventionnés. Pourquoi ce décrochage ? Est-ce que le terme « formé » signifie qu'ils ont reçu la formation théorique (6 ont un DU de gynécologie) mais qu'elle n'est pas suffisante (3 souhaitent se reformer à nouveau) ? Est-ce par manque de temps pour la formation pratique ou lié à d'autres obstacles ? Il aurait été intéressant de les interroger.

3.2. LOCALEMENT AU CHU DE MONTPELLIER : Harmoniser et centraliser la prise en charge

3.2.1. LES EFFORTS A POURSUIVRE

- ✓ Pour les praticiens conventionnés : assurer une formation continue de qualité, un contact permanent par mail et informer par écrit des changements de protocoles avec au moins deux réunions de coordination ville-hôpital par an. Elle permet de réduire l'isolement des praticiens. Les MG conventionnés avec le CHU lui remettent un bilan annuel de leur activité IVG ambulatoire (ANNEXE 6). Il permet une synthèse annuelle qui est transmise à l'ARS Occitanie. Ces statistiques pourront permettre d'autres études afin d'améliorer les pratiques.
- ✓ Maintenir une ligne directe avec l'orthogénie pour les praticiens conventionnés. Elle permet de désengorger les urgences gynécologiques et d'échanger oralement avec un praticien d'orthogénie sur les cas non urgents. Les coordonnées du bureau médical d'orthogénie et du secrétariat ainsi que le portable professionnel du PH d'orthogénie sont donnés directement aux praticiens conventionnés.
- ✓ Instaurer une dynamique d'équipe, en s'efforçant d'entretenir le dialogue entre les équipes d'orthogénie et les urgences gynécologiques. Faire connaître la loi et la fiche de liaison ville-hôpital. Optimiser la formation des équipes en interne (IDE, personnel d'accueil, internes...) en matière de santé sexuelle, dans la manière d'accueillir et d'aborder le sujet.
- ✓ Maintenir les postes d'internat au CIVG de Montpellier pour les internes de MG et plus récemment pour ceux de gynécologie (couplé avec la maternité). Tous les internes de gynécologie doivent continuer à participer aux IVG instrumentales. A Strasbourg, cette participation est obligatoire pour valider son DES de gynécologie. En cas de clause de conscience, l'interne de ce CHU doit fournir un travail complémentaire sur l'information et la contraception auprès des adolescentes de la région. (62).
Il faudrait offrir des terrains de stages ambulatoires en recrutant les gynécologues, MG et SF conventionnés avec le CHU. Comme beaucoup de mes collègues, j'ai réalisé ma première consultation de demande d'IVG « sur le tas » en remplacement et non en stage.

3.2.2. UNE PERSPECTIVE CONCRETE : Le travail en réseau

- ✓ Extension du réseau REIVOC sur le territoire et dans l'organisation interne du CHU: de nombreuses études montrent un intérêt des praticiens dans la pratique des IVG depuis la création d'un réseau (45)(50). Le travail en équipe permet d'optimiser et de développer un réseau ville-hôpital attractif. Il fait le lien avec l'hôpital. Si le REIVOC organise la formation théorique, comme c'est déjà le cas au CH de Nîmes et comme il est discuté actuellement au CHU de Montpellier, les praticiens conventionnés sollicitent le maintien des stages pratiques au CHU de Montpellier qui, même hors DPC, créent du lien avec l'équipe.

Pour répondre aux obstacles logistiques et pratiques, le réseau fournit des documents cliniques, simplifie les démarches administratives et facilite les rencontres (ANNEXE 9). Par ailleurs, ils organisent des formations pour les internes, le personnel d'accueil, ou de CPEF et même pour les formateurs. Ils forment aussi aux IVG sous AL.

Pour pallier « le manque de disponibilité », j'ai proposé qu'une formation à l'IVG soit proposée aux volontaires participants au Diplôme Universitaire (DU) de gynécologie se déroulant à Nîmes. En plus des recommandations et des législations sur l'IVG, il serait intéressant d'informer ce public intéressé sur l'offre IVG et ses structures d'appui. Ayant moi-même participé à ce DU, je n'ai pas eu accès à ces informations. Les stages de ce DU pourrait aboutir au conventionnement. Le réseau REIVOC a accepté d'organiser et de financer ce projet.

- ✓ Simplifier les démarches administratives et créer un réseau informatisé pour sauvegarder et communiquer les données médicales et administratives de chaque patiente. Un logiciel gratuit existe déjà en Midi-Pyrénées (Med IVG). Il recueille et analyse les fiches de liaison.
- ✓ Diffuser un annuaire des praticiens pratiquant les IVG sur le site du CHU. Une page Web pour patients et professionnels est en cours de création sur le futur site internet du réseau périnatalité Occitanie (RPO), ex-réseau « Naitre et grandir en Languedoc-Roussillon ». Ce réseau a pour projet de mettre à disposition une application mobile « RPO » qui va diffuser l'annuaire des praticiens et des structures pratiquant les IVG et ayant donné leur accord.
- ✓ Développer et identifier des partenaires de proximité agréés et motivés pour organiser les IVGM en ville. Les psychologues, radiologues, assistantes sociales et biologistes pourraient intégrer le réseau REIVOC pour pérenniser l'activité IVG en équipe ambulatoire.

3.3. POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : Revaloriser la formation et la pratique des IVG

- ✓ Revaloriser la formation initiale sur les IVG et sur ses spécificités territoriales. Augmenter le nombre d'heures d'enseignement sur la contraception pour sortir du « tout-pilule ». Former aux différentes méthodes mais aussi à l'aspect « humain » et au parcours IVG pour harmoniser la prise en charge dans le système de soins. Le stage d'internat de 6 mois dédié uniquement à la Gynécologie-Obstétrique devrait être maintenu et obligatoire, de préférence non hospitalo-centré. Les modalités de formation et de conventionnement pour les IVG, spécifiques à chaque CIVG, devraient être diffusées aux internes de chaque région.

Un poste de sage-femme coordinatrice médicale du Réseau de Périnatalité Occitanie a été obtenu en 2018 pour dynamiser le réseau IVG en Occitanie-Est et diffuser ces informations auprès des internes et des MG.

- ✓ Instaurer des postes d'internat de MG et de gynécologie dans les CIVG de chaque région.
- ✓ Créer des postes de PH titulaires en orthogénie dans chaque CIVG (non contractuels et avec une progression de carrière). Le personnel serait permanent et non ajouté à l'activité surchargée des gynécologues.
- ✓ Encourager et développer les formations continues des professionnels d'accueil et de santé dans le cadre du DPC que ce soit en présentiel ou en e-learning (médecins, anesthésistes, radiologues, infirmier(e)s, sages-femmes, cadres de santé, aide-soignant(e)s, psychologues et travailleurs sociaux) pour lutter contre les a priori et actualiser leur pratique dans l'accueil et l'orientation des IVG.
- ✓ Revaloriser l'acte IVG chirurgicale et financer les postes nécessaires à sa pratique.
- ✓ Faire respecter les tarifications au forfait des médicaments abortifs et limiter les dépassements abusifs de certaines pharmacies. Rembourser tous les moyens de contraception efficaces.

3.4. DESTIGMATISER ET RENFORCER LA LÉGITIMITÉ : Poursuivre les campagnes d'information auprès des professionnels et du grand public

- ✓ Permettre une meilleure visibilité de l'offre de soins IVG sur le plan qualitatif et quantitatif: se méfier de la désinformation et déployer les outils d'information et de communication tels que le numéro national et régional, et les sites référencés (*ivg.gouv*, *ivglesadresses*, REIVOC).
Le dossier guide IVG est à distribuer massivement par l'ARS (ANNEXE 10). Les posters du réseau REVHO sont à afficher dans les salles d'attente.
- ✓ Garantir une information fiable et accessible pour tous, homme et femme. Pallier les carences d'informations sur les évolutions législatives pour connaître ses droits en matière de santé sexuelle.
- ✓ Apporter une aide logistique aux séances d'éducation à la sexualité auprès du jeune public. Financer les intervenants CPEF dans les écoles mais aussi en extra-scolaire pour réduire les inégalités sociales de santé. Selon le baromètre réalisé par le Haut Conseil à l'Égalité, 25% des écoles déclarent n'avoir mis en place aucune action éducation à la sexualité malgré l'obligation légale.
- ✓ Mettre en avant l'importance du 1^{er} interlocuteur et les difficultés d'accès. Revaloriser cette pratique.
- ✓ Encourager la prescription systématique d'une contraception d'urgence et aborder le sujet des IVG avant que la situation ne survienne.
- ✓ Plus largement, changer de regard sur l'IVG. Elle est encore vécue comme un tabou, alors qu'elle devrait être considérée comme n'importe quel autre acte gynécologique, sans pour autant tomber dans la banalisation.

3.5. ÉMERGENCE DES CPTS : une réponse territoriale aux obstacles ?

Les **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé** (CPTS) ont un triple objectif : l'accès aux soins pour tous, non programmés pour désengorger les urgences et d'être en collaboration interprofessionnelle autour d'un projet de santé. Autour du projet « IVG ambulatoire », une CPTS pourrait se créer dans un besoin de coordination et de continuité dans le parcours IVG. La composition peut s'adapter aux besoins locaux.

Les jeunes professionnels plébiscitent un exercice coordonné pluri-professionnel jugé « sécurisant » (9). Ils revendiquent de bonnes conditions de travail tout en conservant leur vie privée. L'intérêt dans les IVG serait de réduire les obstacles de ces praticiens et de décroiser la ville, l'hôpital et le médico-social. Ces nouveaux modes d'exercice rémunérés améliorent la qualité de la prise en charge. Un dispositif de compensation financière est même mis en place en cas de perte d'activité.

Contre l'obstacle pratique, elle assurait une permanence de soins. Le travail en réseau réduirait aussi les délais de rendez-vous avec une psychologue ou une assistante sociale. Contre l'obstacle logistique, elle éviterait la redondance des soins. L'échographie pourrait être plus facilement disponible et même en investissement partagé. Le déploiement des services numériques d'appui (application, DMP) et les assistants médicaux allègeraient l'administratif et libéreront du temps médical. L'exercice isolé et cloisonné va devenir une exception à l'horizon 2022. Le gouvernement s'est fixé le développement d'un millier de CPTS pour mailler le territoire d'ici 2022(66).

L'activité IVG des CPTS peut être envisagée dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) dans une logique de mutualisation des ressources humaines et des plateaux techniques (42).

3.6. PRENDRE LE VIRAGE DU NUMÉRIQUE : Développer la télé médecine et le e-learning ?

Le télé-soin va mettre en rapport pharmaciens, auxiliaires médicaux et professions médicales. Plus de 50 médecins ont rejoint l'expérimentation en Occitanie. Une généralisation de l'outil est prévu en 2020 (67). Le patient doit être connu du médecin. S'il n'a pas de médecin traitant ou s'il est indisponible, le patient doit se rapprocher d'une CPTS pour accéder à la téléconsultation.

Les champs d'application pour les IVG sont nombreux.

Une étude menée dans l'Iowa (États-Unis) retrouve une acceptabilité plus élevée des patientes traitées pour une IVG en télé-médecine que celles vues en consultation (RR = 1,72). Une échographie systématique était pratiquée en pré et post IVG pour les deux groupes. L'efficacité n'était pas différente entre les deux procédés pour les taux d'effets indésirables et de complications (68). En 2006, un médecin néerlandais a créé la plateforme « Women on Web ». Dans les pays où la loi restreint l'avortement en toute légalité, elle assiste les femmes pour réaliser leur IVG en toute sûreté. Les médicaments abortifs auto-administrés sont pris en charge financièrement et leurs sont envoyés via ce télé-service. En Irlande, sur plus de 1000 femmes ayant eu recours à cette plateforme le taux de succès était de 95% (69).

Une étude Sud-Africaine a évalué l'impact de messages textes automatisés adressés à 235 femmes lors de la prise du misoprostol. Les 13 SMS reçus rappelaient le protocole, la quantification des saignements prévisibles et les antalgiques à prendre en cas de besoin. L'anxiété était réduite ($p=0,013$). La préparation aux symptômes était améliorée ($p=0,027$). Bien qu'indissociable du médecin, cette assistance numérique permettrait de réduire certains obstacles, notamment de « manque de disponibilité » (70).

3.7. NOUVEAUX ACTEURS : Les sages-femmes

Les sages-femmes ont désormais pour cet acte la possibilité de pallier le déclin avéré du nombre de gynécologues. Au 31 décembre 2018, 142 sages-femmes exerçaient dans l'Hérault, soit une augmentation de 18% en 5 ans. Elles sont 9% à pratiquer des échographies (46). **Le taux de conventionnement des sages-femmes avec le CHU de Montpellier a triplé en 2019.** Leur implication est à suivre avec intérêt. D'autant plus qu'elles plaident à juste titre l'extension de leur pratique aux IVG instrumentales. L'international confederation of midwives (ICM) représentant 132 associations de sages-femmes dans 113 pays a mené une revue de la littérature. Elle réaffirme le rôle des sages-femmes dans l'accès à l'avortement. Leur pratique de la méthode par aspiration est aussi sûre et efficace que celle pratiquée par des médecins (71).

3.8. NOUVELLE OFFRE : Les IVG instrumentales en centre de santé

Augmenter l'intérêt des médecins pour l'offre de soins IVGM ambulatoire permettrait également de développer leur implication dans l'activité IVG instrumentale hors établissement de santé, mais également plus largement dans les CPEF « parent pauvre de la PMI » (2), afin de ne pas perdre ce « savoir-faire ». L'IVG médicamenteuse ne convient pas à toutes les femmes. Il serait illusoire et dangereux pour les femmes de l'utiliser comme solution de facilité. Son développement ne doit pas devenir un choix par défaut. L'enjeu est double d'après l'HAS : le premier de santé publique afin de « garantir le respect du choix des femmes, des délais et des conditions de sécurité optimale », le deuxième organisationnel en créant « une alternative à la prise en charge hospitalière de qualité et de sécurité équivalentes » (34).

CONCLUSION

Les principaux obstacles à la réalisation des IVGM en ville ont été identifiés par les médecins du bassin montpelliérain. Les sphères économiques, idéologiques et celles relatives à l'image du médecin ne sont pas des obstacles à la pratique. Ils concernent une minorité de praticiens qui relèvent de la clause de conscience. Dans notre étude, les principaux obstacles sont d'ordres logistiques et pratiques. Hormis le manque de disponibilité indéniable de l'activité libérale, ils semblent modifiables par une intervention extérieure. Ces freins sont conditionnés par le niveau de connaissance des médecins sur les évolutions législatives, la procédure ambulatoire mais aussi sur les structures d'appui existantes. Leur manque d'information, et les a priori, impactent les « obstacles » des praticiens. Deux leviers d'actions simples et encourageants ont été identifiés pour agir dessus : informer et former.

16 ans après la loi autorisant les MG à pratiquer des IVGM, de réels progrès ont été réalisés. Il apparaît cependant que la place de l'IVGM en ville reste fragile et son accès inégale. En tant que médecin de famille, l'essence même de la médecine générale, deux tiers des médecins de notre étude se sentent à l'aise avec les demandes d'IVG. Pourtant ils manquent de données claires pour s'orienter dans le système de soins et travailler efficacement en réseau. Or un praticien mal informé aura une influence négative sur le délai pré-IVG pourtant déterminant. La rareté de la demande ne peut justifier la mésinformation de certaines femmes. Il est nécessaire de garantir une meilleure visibilité de l'offre de soin et une formation continue des professionnels. Une information particulière pourrait être adressée aux praticiens ayant décrit des obstacles à la pratique de l'IVG et à ceux qui se déclarent non concernés par cette demande. Notre étude a pu dresser un état des lieux des acteurs de l'IVG autour du CHU de Montpellier et sensibiliser les autres à cette pratique. La majorité des MG sont séduits par l'importance du service médical rendu à leurs patientes. Pour remédier au manque d'information, des propositions de formation ont été diffusées aux médecins intéressés. Au terme de l'étude, plus d'un tiers envisagent de se former à réaliser des IVGM au cabinet. Un médecin s'est effectivement conventionné. L'implication très prometteuse des médecins dans cette activité leur permettrait de se réapproprier une partie de la gynécologie et d'intégrer la prévention des IVG et les questions de contraception dans leur pratique quotidienne.

L'organisation des IVG hors établissement de santé suggère un double enjeu : organisationnel et de santé publique. Car au-delà de l'accessibilité, qui à terme pourrait engendrer une saturation de plus en plus importante des centres IVG lors des périodes critiques, c'est la diversification de l'offre de soins et la possibilité de choix pour les femmes qui sont remises en cause afin de ne pas observer une dégradation des conditions de prise en charge. Que ce soit pour les praticiens ou les autorités de santé, prendre la responsabilité du premier pas permettra d'éviter l'attitude passive actuelle. Dès lors que le réseau ville-hôpital sera renforcé et à distance des formations réalisées, il serait intéressant d'évaluer son impact sur la réduction des freins identifiés par les MG de la région et sur l'amélioration des pratiques des professionnels concernant les IVG.

BIBLIOGRAPHIE

1. Discours de Mme Simone Veil, ministre de la santé, sur la présentation du projet de loi devant l'assemblée nationale, le 26 novembre 1974 [Internet]. [cité 22 sept 2019]. Disponible sur: <http://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/69153/704976/version/2/file/Brochure+Simone+Veil.pdf>
2. Programme national d'action: Améliorer l'accès à l'IVG [Internet]. [cité 22 sept 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/160115_-_dp_-_programme_national_d_action_ivg.pdf
3. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Conférence de presse – Annonce du programme d'action IVG. Intervention de Marisol Touraine [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 22 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-discours/article/conference-de-presse-annonce-du-programme-d-action-ivg-intervention-de-marisol>
4. Haute Autorité de Santé-Recommandations de bonne pratique- Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [Internet]. [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf
5. Carles C. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en pratique de ville: Une revue de la littérature. Montpellier; 2017.
6. Poncet R. Premier état des lieux des pratiques de l'interruption volontaire de grossesse dans les établissements d'orthogénie en Occitanie-Est. Montpellier; 2018.
7. Vilain A. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. 2019;(1125):7.
8. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l'accès à l'IVG dans les territoires. Rapport n°2013-1104-SAN-009. 7 nov 2013;44.
9. Hubert DE. MISSION DE CONCERTATION SUR LA MEDECINE DE PROXIMITE. 2010;22.
10. Meniere R. De la connaissance du bon usage de la contraception: apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale. Thèse de médecine. Faculté de médecine de Nancy. 2004;98.
11. Décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : partie Réglementaire).
12. ChefegBenAissaRaja. Thèse. Faculté de médecine de Tours.L'Interruption Volontaire de Grossesse en ville, 8 ans après la loi : Quels sont les freins chez les médecins généralistes ? Existe-il une demande de la part des patientes ? Enquête qualitative quantitative auprès de 1000 médecins généralistes de la région Centre - Enquête quantitative multicentrique auprès de 2401 patientes en parcours de soins IVG. 2003 [Internet]. [cité 23 juill 2019]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_ChefegBenAissaRaja.pdf
13. Delmont A. Évaluation de la demande d'IVG médicamenteuse en ville par les patientes, chez les médecins généralistes dans la région Rhône-Alpes. 1 oct 2015 [cité 18 nov 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01220010>

14. [The efficacy and acceptability of mifepristone medical abortion with home administration misoprostol provided by private providers linked with the... - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 26 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15894206>
15. Roques L. Quel est le vécu des femmes qui réalisent une IVG médicamenteuse et ambulatoire par un médecin généraliste. Montpellier; 2019.
16. Diot A-C. L'IVG médicamenteuse en cabinet de médecine générale. Université de Montpellier UFR Médecine. Diplôme d'Etat - Médecine [Internet]. 2017 [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/shibboleth/indexImpossible.jsp>
17. Dorier M. Expérience vécue de femmes ayant fait une IVG médicamenteuse en hospitalisation de jour ou à domicile via le médecin généraliste. Étude qualitative et mise en perspective auprès de 13 femmes dans le Languedoc-Roussillon - Faculté de médecine de Montpellier. 2019 [cité 13 déc 2019]; Disponible sur: <http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2019MONT1102>
18. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. 2015;4.
19. Recommandations pour la pratique clinique - IVG - CNGOF [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2016%252FRPC_2016_IVG.pdf&i=21925
20. CNOM Atlas 2018 synthèse de l'activité régulière [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pie6yf/cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf
21. Diagnostic régional Avril 2017, Occitanie Santé 2022, projet régional de santé [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/DIAGNOSTIC_REGIONAL_PRIS_20170427.pdf
22. Ministère des solidarités et de la santé. Le guide IVG | IVG.GOUV.FR - N°Vert 0800 08 11 11 [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/le-guide-ivg.html>
23. Code de la santé publique | Legifrance | Chapitre II : Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse. [Internet]. [cité 7 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171542&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
24. Loi Neuwirtz n° 67-1176 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique. santé publique déc 28, 1967.
25. Le Naour, Jean-Yves. Auteur, Valenti, Catherine. Histoire de l'avortement: XIXe-XXe siècle. Paris : Éd. du Seuil. 2003. (L'Univers historique, ISSN 0083-3673).
26. IVG : un droit garanti par la loi | IVG.GOUV.FR - N°Vert 0800 08 11 11 [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/ivg-un-droit-garanti-par-la-loi.html>
27. Loi n° 79-1204 Pelletier du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
28. Loi n°82-1172 Roudy du 31 décembre 1982 RELATIVE A LA COUVERTURE DES FRAIS AFFERENTS A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE NON THERAPEUTIQUE ET AUX MODALITES DE FINANCEMENT DE CETTE MESURE. 82-1172 déc 31, 1982.
29. Article L2223-2, modifié par LOI n°2017-347 du 20 mars 2017 - art. unique. Code du travail.

30. LOI n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence. 2000-1209 déc 13, 2000.
31. LOI n° 2001-588 Aubry du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
32. Avortement : quels sont les délais à respecter pour avorter ? | IVG.GOUV.FR - N°Vert 0800 08 11 11 [Internet]. [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/avortement-quels-sont-les-delaix-a-respecter-pour-avorter.html>
33. Article L2212-7 modifié par la LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 127. Code de la santé publique.
34. Chantal A. HAS - Cahier des charges pour la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale hors établissement de santé. 2016;138.
35. LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. 2014-873 août 4, 2014.
36. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
37. Actes et examens couverts par le forfait de prise en charge de l'IVG en ville [Internet]. [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/centre-de-sante/exercice-professionnel/prescription-prise-charge/situation-patient-ivg-medicamenteuse-ville/situation-patient-ivg-medicamenteuse-ville>
38. Aide avortement : j'appelle le N° vert 0800 08 11 11 | IVG.GOUV.FR - N°Vert 0800 08 11 11 [Internet]. [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/aide-avortement-j-appelle-le-no-vert-0800-08-11-11.html>
39. LOI n° 2017-347 du 20 mars 2017 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse. 2017-347 mars 20, 2017.
40. Article 18 (article R.4127-18 du code de la santé publique) [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 12 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-18-ivg>
41. Convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire Est-Hérault et Sud-Aveyron [Internet]. 2016 [cité 24 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.occitanie.ars.sante.fr/liste-de-contenus/Groupements%20Hospitaliers%20de%20Territoire>
42. Agence Régionale de Santé Occitanie. Zoom sur les 14 GHT de la région [Internet]. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.occitanie.ars.sante.fr/zoom-sur-les-14-ght-de-la-region>
43. REVHO - Le Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie [Internet]. Revho. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: <http://revho.fr/qui-sommes-nous/le-revho/>
44. REIVOC-Réseau Régional pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la Contraception en région Occitanie Pyrénées Méditerranée-Notre projet [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: <https://reivoc.fr/notre-projet/>
45. Escoubet CLD. Développement de l'offre de soins interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en médecine générale dans le secteur du centre hospitalier de Soissons, Picardie. Paris Diderot; 2015.

46. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=-379888,7138960,2098097,1139212&c=indicator&f=B&f2=0&i=gene_popage.eft&i2=gene_popage.tx_femme&s=2018&s2=2018&selcodgeo=34&view=map5
47. Lagneau A. Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et les Alpes de Haute-Provence: analyse des pratiques- Faculté de Nice- Thèse de médecine. 2016;129.
48. Malvezin-Marquis - Thèse - Faculté de médecine de Toulouse - Impact d'une formation des professionnelles de santé à l'IVG médicamenteuse sur la prise en charge et l'orientation des patientes en Midi-pyrénées. 2016 [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1283/1/2016TOU31004.pdf>
49. Verrière A-J. Abord de la gynécologie en consultation par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon : Enquête qualitative. Montpellier; 2018.
50. MARTEL T. Intérêt d'un réseau encadrant l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé en région Centre. de médecine de Tours; 2016.
51. Vailloud C, Finkel A. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en cabinet par les médecins généralistes : quel avenir dans le bassin grenoblois ? [Université Joseph Fourier Grenoble 1. Saint Martin d'Hères.]; 2008h.
52. Assemblée Nationale. Rapport d'information sur le projet de loi (n° 2302) relatif à la santé. [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i2592.pdf>
53. Santé M des S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 7 juill 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>
54. Abeille.F - Identification des sources d'informations utilisées par les médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées pour orienter les patientes désirant avoir recours à une IVG - 2017 [Internet]. [cité 17 déc 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1782/1/2017TOU31045.pdf>
55. Planning familial- Rapport d'activités 2018 [Internet]. [cité 30 août 2019]. Disponible sur: https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2019-07/2019_Rapport_activites_2018_Planning.pdf
56. De Decker G. Face à l'avortement, journal d'une psychanalyste à l'hôpital. 2015. 170 p. (Sauramps médical).
57. Rossi B, Creinin MD, Meyn LA. Ability of the clinician and patient to predict the outcome of mifepristone and misoprostol medical abortion. Contraception. oct 2004;70(4):313-7.
58. Bécue PÉ. Quels sont les freins au développement de l'IVG médicamenteuse en ville dans la région Nord-Pas-de-Calais ? Enquête auprès de 300 médecins libéraux. :102.
59. RAPPORT N°RM2009-104A 3 - La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence-Inspection générale des affaires sociales [Internet]. [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000051.pdf>

60. REVHO. Rapport d'activité. Du 1er janvier 2007 au 31 décembre Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie -Ile de France [Internet]. 2007 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/8871883-Rapport-d-activite-du-1er-janvier-2007-au-31-decembre-2007-reseau-entre-la-ville-et-l-hopital-pour-l-orthogenie.html>
61. Zaazou N. IVG et violences sexuelles : quel lien? Montpellier; 2019.
62. N° 3444 - Rapport d'information de Mme Bérengère Poletti déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures [Internet]. 2011 [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3444.asp>
63. Haute autorité de santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
64. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod Oxf Engl*. mai 2003;18(5):994-9.
65. Communiqué du CNGOF sur l'IVG [Internet]. 2018 [cité 1 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/actualites/604-cngof-et-l-ivg>
66. Projet Régional de Santé Occitanie- Ma santé 2022- ARS [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2018/02/2_projet-r-gional-de-sant-occitanie-schma-r-gional-de-sant.pdf
67. URPS. Déploiement d'un outil de téléconsultation en Occitanie [Internet]. Médecin d'Occitanie. [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/deploiement-dun-outil-de-teleconsultation-en-occitanie/>
68. Grossman D, Grindlay K, Buchacker T, Lane K, Blanchard K. Effectiveness and acceptability of medical abortion provided through telemedicine. *Obstet Gynecol*. août 2011;118(2 Pt 1):296-303.
69. Aiken ARA, Digol I, Trussell J, Gomperts R. Self reported outcomes and adverse events after medical abortion through online telemedicine: population based study in the Republic of Ireland and Northern Ireland. *BMJ* [Internet]. 16 mai 2017 [cité 12 déc 2019];357. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/357/bmj.j2011>
70. Constant D, de Tolly K, Harries J, Myer L. Mobile phone messages to provide support to women during the home phase of medical abortion in South Africa: a randomised controlled trial. *Contraception*. sept 2014;90(3):226-33.
71. Fullerton J, Butler MM, Aman C, Reid T, Dowler M. Abortion-related care and the role of the midwife: a global perspective. *Int J Womens Health*. 23 nov 2018;10:751-62.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE.....	95
ANNEXE 2 : EMAIL D'INFORMATION SUR LES MODALITES DE FORMATIONS ET DE CONVENTIONNEMENT AUTOUR DU CHU	100
ANNEXE 3 : REPONSES LIBRES DU QUESTIONNAIRE	103
ANNEXE 4 : TABLEAU COMPARATIF AVEC LES RESULTATS DE LA THESE D'ESCOUBET	105
ANNEXE 5 : ACTES ET EXAMENS COUVERTS PAR LE FORFAIT DE PRISE EN CHARGE DE L'IVG MEDICAMENTEUSE EN VILLE	106
ANNEXE 6 : NOUVELLE CONVENTION MEDECIN-CIVG DE MONTPELLIER	107
ANNEXE 7 : TABLEAU AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE CHACUNE DES METHODES (8)	110
ANNEXE 8: ANNONCE DE LA FORMATION AUX IVG	111
ANNEXE 9 : FICHE MEMO DU RESEAU REIVOC.....	112
ANNEXE 10 : SOMMAIRE DU DOSSIER-GUIDE IVG EDITE PAR L'ARS	113

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Chère consœur, cher confrère,

Je réalise une thèse dirigée par le Dr CAYRAC Mélanie, sur la place de l'IVG médicamenteuse dans la pratique du médecin généraliste du bassin Montpellierain.

L'objectif est de repérer les leviers d'actions au développement de cette pratique en ville par le médecin généraliste. Afin d'améliorer l'accès et la prise en charge de l'IVG, je souhaite vous poser quelques questions sur votre pratique ou non de l'IVG médicamenteuse.

Contexte :

En 2017, 217 000 IVG ont été réalisés en France dont 19 800 en Occitanie, ce qui en fait la 4^{ème} région française en termes d'IVG réalisées. Depuis plusieurs années la demande d'accès à l'IVG reste la même. Pourtant la proportion des gynécologues de ville diminue, les centres de planifications ferment et le taux de conventionnement des médecins libéraux reste faible avec moins de 5 médecins généralistes conventionnés avec le CHU de Montpellier. Malgré un recours à l'IVG médicamenteuse de plus en plus fréquent, seulement une sur cinq est réalisée en ville. (Source : DREES - Ministère des Solidarités et de la Santé)

Ce questionnaire dure 6 min, il est anonyme et doit être rempli en ligne. Je suis à votre disposition pour répondre à vos éventuelles interrogations.

Si vous le souhaitez, je vous ferai parvenir les résultats de ce travail par mail.

D'avance merci pour le temps que vous y consacrerez et pour votre collaboration.

Si vous souhaitez participer à cette étude, veuillez passer à la section suivante.

VASSEUR Justine, interne en médecine générale.

1^{ère} partie : A PROPOS DE VOUS : *réponse obligatoire

1. Êtes-vous ? * Une femme Un homme

2. Quel est votre âge ? * < 40 ans 40- 49 ans 50 -60 ans > 60ans

3. Vous exercez en zone ? *

Rurale (moins de 2000 habitants) Urbaine (plus de 2000 habitants) Remplaçant non installé

4. Quels éléments parmi les suivants caractérisent votre mode d'exercice de la médecine générale*?

Remplaçant non installé Libéral, seul Libéral, en cabinet de groupe (MSP...)

Salarié dans un centre médical (Planning familial, Orthogénie, PMI...) Mixte Autres

5. Quelle est la durée de trajet (trafic fluide) entre votre cabinet et le centre d'orthogénie de référence (centre IVG) le plus proche ? *

< 30 minutes Entre 30 minutes et 1 heure > 1 heure Je ne sais pas / remplaçant non installé

7. Avez-vous une formation complémentaire en gynécologie (Diplôme Universitaire, stage de gynécologie supplémentaire etc.) ? *

Oui Non, si oui, sous quelle forme :

8. Parmi les actes de gynécologie suivants, quels sont ceux que vous pratiquez ? *

Répondre par oui/ non/ je ne sais pas

Prescription de contraception (pilule, patch, anneaux)

Frottis cervico-vaginal et/ou examen gynécologique annuel

Pose et retrait d'implant sous cutané

Pose et retrait de DIU (Dispositif Intra-Utérin)

Suivi de grossesse

Suivi ménopause +/- prescription THS

Dépistage du cancer du sein

Vaccination contre le Papilloma Virus HPV

2^{ème} partie : VOTRE PRATIQUE DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE

Pratiquez-vous des IVG médicamenteuses ? *

- Oui, au cabinet de médecine générale
- Oui, dans un établissement de santé (planning familial, centre d'orthogénie, clinique privée)
- Non, je suis en cours de formation pour cette pratique
- Non, j'ai reçu la formation mais je ne suis pas conventionné
- Non, pas du tout

Question adaptative : Si la réponse est OUI, le questionnaire se poursuit **rubrique A**
Si la réponse est NON, le questionnaire se poursuit **rubrique B**

A) SI VOUS PRATIQUEZ DES IVG MÉDICAMENTEUSES. *réponse obligatoire

1. Combien d'IVG réalisez-vous par mois ? * Réponse courte
2. Avec quel établissement êtes-vous conventionné pour la pratique de l'IVG ? * Réponse courte
3. Appartenez-vous à un groupe professionnel s'intéressant à la pratique de l'IVG (réseau ville/hôpital, FMC, groupe de pairs...) ? *
 Oui Non Autre, si oui merci de préciser :
4. Acceptez-vous de réaliser des IVG pour des patientes qui ne sont pas de votre cabinet ? *
 Oui Non Je ne sais pas, si non pourquoi ?
5. Par qui sont adressées les patientes se présentant à votre cabinet pour une demande d'IVG ? *
Détailler les différents moyens d'accès jusqu'à votre cabinet : oui/non/je ne sais pas
 Leur médecin traitant Leur sage-femme Leur gynécologue Les infirmières scolaires
 Les centres de santé et de planification familiale les secrétariats d'orthogénie des hôpitaux
 Plateforme régionale Accès direct via internet Accès directe via bouche à oreille Autres
6. Pourquoi avoir choisi de participer à cette offre de soin ? Motivations) Réponse longue
7. En êtes-vous satisfait ? Réponse longue
8. Quelles sont vos difficultés ? Réponse longue

B) SI VOUS NE PRATIQUEZ PAS D'IVG *réponse obligatoire

1. Combien de demandes d'IVG avez-vous eu dans les 12 derniers mois ? *
 Aucune entre 1 et 5 entre 6 et 10 entre 11 et 15 entre 16 et 20 plus de 20
2. Selon vous, la pratique de l'IVG médicamenteuse peut-elle se réaliser en cabinet de médecine générale? * Oui Non Je ne sais pas
3. Quel est le délai légal pour la réalisation d'une IVG ? * (en semaines d'aménorrhée = SA)
-médicamenteuse en ville : Liste déroulante de 1 à 20 SA
-médicamenteuse à l'hôpital : Liste déroulante de 1 à 20 SA
-instrumentale : Liste déroulante de 1 à 20 SA
4. Selon vous, existe-t-il un délai de réflexion obligatoire avant la réalisation de l'IVG ? *
 Pour les mineures : oui/ non/ je ne sais pas
 Pour les majeures : oui/ non/ je ne sais pas
5. Selon vous, quelle est la rémunération forfaitaire d'une IVG en ville, incluant 4 consultations et le prix des médicaments liés à l'IVG ? *
 entre 100 et 135 euros entre 136 et 165 euros entre 166 et 200 euros plus de 200 euros
 je ne sais pas
6. Que faites-vous lors d'une demande d'IVG au cabinet ? * Oui/ Non/ Je ne sais pas
 Je l'adresse aux urgences gynécologiques
 Je l'adresse au centre d'orthogénie
 Je l'adresse vers une PMI ou un centre de planification familiale
 Je l'adresse vers un praticien libéral pratiquant les IVG proche du cabinet (gynécologue, sage-femme, médecin généraliste)
 Je l'informe que je n'en pratique pas
 Je lui remets un certificat médical initial de première consultation

7. Avez-vous à disposition le dossier guide sur l'IVG diffusé par le ministère des affaires sociales et de la Santé (ARS) ? *

Oui Non, j'ai à disposition un autre document d'information

Non, et je n'ai pas d'autres documents à disposition

8. Saviez-vous qu'il existait un numéro vert national « sexualité, contraception, IVG » / 0 800 08 11 11

? Oui Non

9. Connaissez-vous l'existence du réseau de soins ville-hôpital REIVOC en Occitanie ? *

Oui Non

10. Êtes-vous à l'aise avec les demandes d'IVG, vous sentez vous suffisamment formés pour accueillir et orienter vos patientes ? Oui Non Je ne sais pas

11. Quel(s) argument(s) pourrait vous convaincre de réaliser des IVG dans votre cabinet ? * Plusieurs réponses possibles. (QCM)

Service Médical Rendu (SMR) important pour la patiente (délais de prise en charge, confort...)

Esprit militant pour l'accès à l'IVG

Envie de diversifier mon activité / intérêt pour cette pratique

Prise en charge globale des patientes Rémunération jugée intéressante

Aucun intérêt pour cette pratique Autres

12. Envisageriez-vous de vous former à réaliser des IVG médicamenteuses en ville ? *

Oui -> question ** puis 3^{ème} partie

Je suis en cours de formation ou déjà formé -> 3^{ème} partie

Non -> 4^{ème} partie

**** Si vous envisagez de vous former à la pratique des IVG médicamenteuses en ville :**

Dans le cadre de ma thèse, l'objectif secondaire est de sensibiliser les médecins généralistes à la pratique de l'IVG médicamenteuse au cabinet afin de faciliter l'accès à l'IVG et augmenter l'offre de soin dans le bassin montpellierain. Si vous êtes intéressé pour vous former et vous conventionner à la pratique des IVG médicamenteuses en ville, vous pouvez m'indiquer votre email afin de vous informer des modalités. Merci.

Si vous souhaitez en savoir plus, veuillez m'indiquer votre e-mail : Réponse courte

3^{ème} partie : OBSTACLES A LA PRATIQUE DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE EN VILLE

Le questionnaire envoyé se présentait sous forme de tableaux

Quels sont les éléments qui constituent un obstacle à ce que vous pratiquiez des IVG médicamenteuses au cabinet de médecine générale ? *réponse obligatoire

Merci d'attribuer une note de 1 à 5 sachant que :

1 = Je ne suis PAS DU TOUT d'accord.

2 = PAS VRAIMENT d'accord

3 = Ni d'accord ni pas d'accord / sans avis

4 = PLUTOT d'accord

5 = Je suis TOUT À FAIT d'accord avec la proposition.

1. Obstacles économiques *:

- La rémunération du médecin est insuffisante pour que je réalise des IVG médicamenteuses

2. Obstacles logistiques :

- Je n'ai pas assez de demandes d'IVG au cabinet pour que j'en pratique.
- La réalisation d'IVG au cabinet est trop chronophage pour que j'en pratique.
- La procédure administrative de l'IVG au cabinet est trop lourde pour que j'en pratique.
- La prise en charge ambulatoire de l'IVG est trop difficile à organiser pour que j'en pratique.
- Je me suis démotivé suite au délai administratif entre la formation et le conventionnement.

3. Obstacles pratiques* :

- Mon emploi du temps est déjà trop saturé pour que je puisse prendre en charge une nouvelle activité et dégager des créneaux d'urgence.
- La gestion des complications et l'aspect médico-légal de l'IVG est trop difficile pour que j'en pratique.
- La prise en charge psychologique relative à l'IVG est trop difficile pour que j'en pratique.
- J'ai trop de difficultés de communication/ relationnelle avec le centre de conventionnement.
- Je n'ai pas le temps de me former à l'IVG médicamenteuse.

4. Obstacles relatifs à vos convictions personnelles* :

- Je suis opposé à la pratique de l'IVG pour des raisons religieuses/ philosophiques/ éthiques et/ou morales, et cela m'empêche de pratiquer des IVG.
- Je crains une banalisation de l'IVG par les femmes qui l'utiliseraient comme contraception, et cela m'empêche de pratiquer des IVG.
- Je pense que l'IVG ne fait pas partie des rôles du médecin généraliste, et cela m'empêche de pratiquer des IVG.

5. Obstacles relatifs à votre image de médecin* :

- Je crains de modifier ma réputation (stigmatisation) et cela m'empêche de pratiquer des IVG.
- Je crains que le cabinet soit identifié comme "faisant des IVG", entraînant le recrutement d'une nouvelle patientèle et la réduction du temps consacré aux autres activités de médecine générale, et cela m'empêche de pratiquer des IVG.
- Je crains de détériorer la relation médecin patient après une IVG, et cela m'empêche d'en pratiquer.

Y a-t-il d'autres éléments faisant obstacle à ce que vous pratiquiez des IVG médicamenteuses au cabinet de médecine générale ?

4^{ème} partie (commune aux médecins interrogés) :

S'il y a des mesures que vous souhaiteriez voir mettre en place pour faciliter la pratique d'IVG médicamenteuses en médecine générale, merci de les préciser :

« POUR EN SAVOIR PLUS »

En France, la loi Veil du 17 janvier 1975 autorise les IVG jusqu'à 14 SA. Les mineurs peuvent également faire une IVG sans l'accord de leurs parents, mais avec l'accompagnement d'un majeur depuis la loi Aubry de 2001.

Une IVG en dehors d'un établissement de santé (en ville) est possible depuis 2004 pour les médecins généralistes, avec en 2016 une autorisation étendue aux sages-femmes libérales.

Dernièrement la loi santé 2016 permet :

- Un remboursement à 100% sans avance de frais sur le principe d'un forfait de 187,92 euros incluant 4 consultations et le prix des comprimés nécessaires, cette facturation peut être faite en une seule fois.
- Une suppression du délai de réflexion obligatoire (sauf pour les mineurs : 48 h après l'entretien psycho social obligatoire)
- Une prise de Misoprostol possible à domicile
- Une échographie nécessaire mais non obligatoire avant 7 SA : elle ne doit pas être un frein à l'accès de la demande d'IVG

Pour information, les critères d'inclusion d'une IVG médicamenteuse en ville sont les suivants :

- Grossesse datée de moins de 7 SA (moins de 9 SA en cas d'IVG médicamenteuse à l'hôpital)
- Souhait de la patiente et contraintes de la méthode acceptée (La loi impose le choix de la méthode)
- Domicile de la patiente adaptée et à moins d'une heure du centre hospitalier de référence
- Présence d'un accompagnant lors de la prise de Misoprostol et de l'expulsion

- Absence de contre-indications de la méthode (antécédents de troubles hémorragiques, traitement anticoagulants, anémie profonde, insuffisance hépatiques ou rénales sévères, DIU en place, GEU)
- Bonne compréhension des informations+++ (consultation de contrôle J14-21, complications...)
- Pas de nécessité d'anonymat

Pour les examens afférents à l'IVG en dehors du forfait IVG, sont pris en charge à 100% :

- les examens permettant la datation : bilan initial (BHCG +/- NFS et carte de groupe + RAI) coté FPB et l'échographie de datation cotée IPE
- les examens de contrôle : bilan de contrôle des BHCG côté FUB et/ou l'échographie de contrôle cotée IVE

Ne pas hésiter à en informer la patiente. La confidentialité est préservée.

Le conventionnement se réalise avec un établissement de santé qui s'engage à accueillir la patiente à tout moment. Une fiche de liaison est remise à la patiente par le médecin de ville.

A noter l'importance de la clause de conscience, elle permet à tout médecin de refuser de pratiquer une IVG. Il est tenu d'en informer, sans délai, la patiente et de l'adresser aux professionnels susceptibles de la prendre en charge. De préférence, avec une liste de coordonnées précises qui lui permettent le choix de la méthode. Il peut lui délivrer un certificat médical de consultation initiale daté.

Liens et numéros utiles :

Le guide IVG de l'ARS est disponible à cette adresse : <https://ivg.gouv.fr/le-guide-ivg.html>

Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception : <http://www.avortementancic.net>

Où avorter en France ? <https://www.ivglesadresses.org>

Plateforme nationale – "Sexualités, Contraception, IVG" au n° vert 0800 08 11 11

Permanence du Mouvement Français pour le Planning Familial – MFPF Montpellier au n° 04 67 99 33 33

ou sur le site suivant : <https://www.planning-familial.org/fr/le-planning-familial-de-lherault-34>

Réseau REIVOC- Information et orientation IVG : www.reivoc.fr

Réseau de Périnatalité Occitanie disponible au 04.48.19.26.69 (c.arvois@perinatalite-occitanie.fr)

Renseignement sur le conventionnement au CHU de Montpellier au 04 67 33 64 43 - www.chu-montpellier.fr/fr/ivg

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

JUSTINE VASSEUR

Avez-vous des remarques ou commentaires supplémentaires au sujet de la pratique des IVG médicamenteuses par le médecin généraliste ?

Sur une échelle de 0 à 10, le questionnaire a été : (échelle linéaire) Sachant que 0 inutile 10 utiles.

ANNEXE 2 : Email d'information sur les modalités de formations et de conventionnement autour du CHU

Cet email envoyé le 4 novembre 2019 était introduit comme ceci :

Bonjour, merci d'avoir participé à mon questionnaire de thèse sur la place de l'IVG médicamenteuse dans la pratique du médecin généraliste. Je reviens vers vous pour vous présenter les principales formations concernant la pratique des IVG médicamenteuses en ville dans le bassin montpelliérain. Elles vous permettront de vous conventionner avec un établissement de santé pour les réaliser en cabinet (pièce jointe ci-dessous).

La prochaine date de formation vient de nous être communiquée. Je vous invite à ouvrir la pièce jointe pour connaître les modalités concernant la formation et le conventionnement aux IVG médicamenteuses dans la région.

Merci.

Pièce jointe :

QUELQUES MODALITES PRATIQUES SUR L'IVG MEDICAMENTEUSE

- ✓ Seule l'IVG médicamenteuse peut être réalisée en ville jusqu'à 7SA dans le cadre d'une convention. Elle est conclue entre un établissement de santé, public ou privé, disposant d'un service de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie, et le praticien (gynécologue, médecin généraliste, ou sage-femme). Vous pouvez exercer en cabinet libéral, dans un centre de santé agréé ou dans un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF).
Dans l'Hérault, seuls le CHU de Montpellier, les CH de Béziers et de Sète conventionnent les praticiens. Le praticien peut être conventionné avec plusieurs établissements.
- ✓ La convention est établie pour un an et reconduite tacitement à la date d'anniversaire. L'établissement de rattachement accueille 24h/24 la patiente en cas de complications ou d'échecs. Il organise des formations continues et actualise les connaissances des praticiens.
- ✓ Pour être éligible à l'IVG médicamenteuse en ville, le domicile de la patiente doit être à moins d'une heure du centre d'orthogénie avec lequel le professionnel est conventionné.
Par extrapolation, **il est préférable que votre cabinet soit à moins d'une heure du centre IVG de référence.**
- ✓ Aucune assurance complémentaire ni aucun appareil échographique ne sont nécessaires.

LES FORMATIONS POUR SE CONVENTIONNER

1) AVEC LE CHU DE MONTPELLIER

- Déroulement de cette formation : Actuellement le réseau part de l'hôpital. La formation se déroule en petit groupe d'environ 7 personnes, de la façon suivante :
 - Une demi-journée de formation théorique**. Elle permet de rencontrer les différents interlocuteurs du parcours patient et d'échanger avec l'équipe sur les protocoles, la législation et le réseau.
 - Trois demi-journées de formation pratique au CHU de Montpellier** :
 - 1 demi-journée pré IVG pour assister aux consultations avec l'équipe de sages-femmes, médecins ou psychologues.
 - 2 demi-journées post IVG. Elles se déroulent en HDJ ou en consultation de contrôle.
- Financement : Dorénavant pour accéder à la formation, il faut passer directement par le site de l'agence nationale du Développement Professionnel Continu dit DPC (www.mondpc.fr). Cette formation donne lieu à une indemnisation forfaitaire dans le cadre du DPC.
- Prochaine session : Une date de formation est conclue et organiser par le Dr Elsa Maris, nouvelle chef de clinique du centre d'Orthogénie et le Dr Carole Durand, Médecin généraliste. **La prochaine formation théorique se déroulera en 2020**. La date exacte n'est pas définie mais vous pouvez laisser vos coordonnées au secrétariat pour vous en informer. La formation pratique est à réaliser dans l'année.

Pour avoir plus de précisions et connaître la prochaine session, vous pouvez contacter le secrétariat d'orthogénie au 04 67 33 64 43 ou par mail : secretariat-orthogenie@chu-montpellier.fr

L'accueil téléphonique a lieu de 9 h à 16 h le lundi, mardi, jeudi, vendredi et de 14 h à 16 h le mercredi. Le service d'orthogénie est également ouvert au public de 8 h à 16 h du lundi au vendredi.

2) AVEC LE RÉSEAU VILLE-HOPITAL REIVOC (Réseau IVG et contraception Occitanie)

Mandaté par l'ARS en 2018 à la suite de la réforme territoriale et de la fusion des régions Languedoc Roussillon et Midi-Pyrénées, le réseau REIVOC organise des formations à l'IVG médicamenteuse en ville sur la région Occitanie avec le concours de MG Form (organisme de formation agréé). Ce réseau attractif optimise les échanges de pratiques ville-hôpital et apporte un soutien pour toutes questions médicales ou administratives.

- Déroulement de cette formation : Elle est reconnue et qualifiante au terme de
 - **2 journées de formation théorique**
 - **4 demi-journées de formation pratique** (en service d'orthogénie de CH, de CHU ou en CPEF, Centre de Planification et d'Éducation Familiale).Elle permet le conventionnement rapide avec un établissement hospitalier de proximité (la demande de conventionnement est à adresser aux directions hospitalières avec une attestation de formation délivrée par REIVOC). Le réseau assure également un suivi avec tutorat en début de pratique.
- Financement : La formation agréée par l'ARS et le CHU de Toulouse est prise en charge intégralement dans le cadre du DPC : Développement Professionnel Continu.

Les démarches sont donc identiques à toutes autres formations DPC (www.mondpc.fr).

L'adhésion au réseau Reivoc n'est pas une condition d'accès aux formations.

- ***Dates et Inscriptions*** : Les formations à l'IVG médicamenteuse en ville organisées par le réseau se font par le biais de MG Form. La prochaine date de formation est définie. Elle se déroulera le **29 ET 30 NOVEMBRE 2019 à SETE.**

Pour vous inscrire, je vous invite à contacter directement MG Form au 05 61 40 55 87 (Du lundi au vendredi de 9h à 16h30) ou par mail mgformoccitanie@medsyn.fr

Pour une date ultérieure, restez informé ! Lorsqu'une session est ouverte ,elle est diffusée par ces intermédiaires :

-MG FORM : directement en ligne : <http://mgformoccitanie.com> ,par mail :

mgformoccitanie@medsyn.fr , ou par téléphone : 05 61 40 55 87

-ARS HERAULT : en ligne : <http://www.conseil34.ordre.medecin.fr/actualites/actualite/2281> ,par mail : laurence.gleize@ars.sante.fr , ou par téléphone : 0467072114

Pour toutes questions, vous pouvez vous adresser directement au réseau REIVOC par mail à cette adresse : reivoc@orange.fr

N'hésitez pas à manifester votre intérêt auprès des différents organismes. Ils vous contacteront dès qu'une nouvelle session de formation sera définie.

Merci de votre participation à mon travail de thèse et pour votre intérêt dans la prise en charge des femmes en demande d'IVG.

VASSEUR Justine

ANNEXE 3 : Réponses libres du questionnaire

Y a-t-il d'autres éléments faisant obstacle à ce que vous pratiquiez des IVG médicamenteuses au cabinet de médecine générale ? 24 réponses

-Non (3)

-J'ai fait ma thèse avec le centre d'orthogénie d'adv sur les ivg chez les adolescentes, fait les démarches pour être conventionné à 2 reprises et aucune suite... j'ai lâché...

-ne pas avoir pour l'instant débuté ma formation d'échographie qui je pense est indispensable pour pratiquer avec efficacité (cela et tout le reste de la médecine)

-absence d'échographe au cabinet ++++++ principal facteur démotivant, nécessite d'envoyer sa patiente faire une échographie avant et après, et je ne sais pas à qui adresser car centre de radiologie toujours pleins à craquer...

-accès à une échographie de datation rapidement

-la distance au CHU, obtenir une échographie urgente de datation rapidement ou de contrôle si besoin post ivg, absente du cabinet vendredi samedi et dimanche deux semaines sur trois

-La prise en charge psychologique de la patiente est primordiale est quasi irréalisable en MG

-Deux cabinets de gynécologie médicale très proches de notre cabinet

-La seule raison pour laquelle je ne pratique pas les IVG en cabinet est qu'une de mes consœurs qui exerce dans le même cabinet que moi est déjà conventionnée. Il n'y a donc pas ce besoin pour notre patientèle qui a déjà la possibilité d'une PEC rapide au cabinet.

-toujours pareil, rien que le temps de finir la formation !

-Distance entre le lieu de vie des patientes et le CHU centre de référence IVG

-Mettre en péril l'hôpital de proximité qui a besoin de son activité

-Il faut que je prenne le temps de la formation et du conventionnement, et je m'approche de la retraite... Dans notre cabinet de groupe, je suis celle qui pratique le plus de gynéco. Je ne suis pas sûre d'avoir ensuite un relais au cabinet quand je partirai.

-1 acte tous les 2 à 3 ans est selon l'ars Dangereux. L'état ferme des maternités parce qu'elles ne pratiquent pas assez. Les MG ne sont pas là pour faire les bouches trous des politiques sanitaires quitte à ce qu'ils payent des assurances prohibitives qui ne les protégeront pas en cas de problèmes médico-légaux.

Quel est le surcoût assurantiel par an pour cet acte ? 100, 200, 300 euros/an.

Quelle est fréquence des complications qui doivent être vu en urgence et qui vont désorganiser l'activité du cabinet. En MG, il y a beaucoup trop de chose à faire pour se risquer à des actes nécessitant une prise en charge technique qu'on ne pourra pas assurer dans l'urgence.

Est-ce que j'ai les moyens d'assurer ces urgences ? NON

Est ce que j'aurais la compétence si j'en fais moins de 12 par an ? NON

Est ce que j'ai la volonté d'être un bouche trou permettant de satisfaire les mesures que les politiques ne cessent de bricoler. Certes, il y a moins de Gynéco, il y a moins de maternité, et ils persuadent les MG qu'ils doivent assurer toutes les tâches techniques tout en minimisant les conséquences médico-légales que le MG ne pourra pas assurer seul dans son cabinet. Ils oublient volontairement qu'il y a moins de MG qui n'ont même plus le temps d'assurer leur travail de MG.

-Obtenir accord avec centre orthogénie en cas de complications pour relai prise en charge patiente

-surtout le suivi et la surveillance : la responsabilité en cas de saignements importants au domicile...

-Risques de complications comme les hémorragies

S'il y a des mesures que vous souhaiteriez voir mettre en place pour faciliter la pratique de l'IVG médicamenteuse en médecine générale, merci de les préciser : 15 réponses

- Une plus grande réactivité des services pour se conventionner quand ils ont à dispo des jeunes médecins motivés...
- Plateau technique : échographie, labo facilement accessible. Nécessité d'un équipement médicalisé (centres) maillant le territoire qui permettrait de réaliser des IVG méd. (mais pas que...) dans des conditions de sécurité, de proximité et de qualité.
- Groupe de parole post ivg !
- Accès à des RDV d'échographie rapides pour les patientes sans devoir passer des heures au téléphone
- Proposer plus de formation à l'IVG et de conventionnement avec le CHU de Montpellier, notamment dans le cadre du DPC
- Avoir un échographe dans le cabinet de médecine générale à moindre cout
- Une ligne directe pour les MG avec le centre de référence
- Annuaire des praticiens conventionnés pour accès plus facile
- Formation des IMG à cette pratique, FMC.
- Facilité l'accès aux médicaments
- Formation lors du cursus universitaire
- Relation médecin libéral /hôpital
- Information patient
- Non
- Absence avis

Avez-vous des remarques ou commentaires supplémentaires au sujet de la pratique des IVG médicamenteuses par le médecin généraliste ? 10 réponses


- si les centres ne contactent pas les médecins pour leur proposer une convention j'estime qu'ils n'ont pas besoin de nous...
- Je ne me forme pas car proche de la retraite
- Je suis maintenant trop âgée pour faire cela en libéral
- oui : on ne peut pas tout faire !!!
- Merci pour le rappel final avec les différents correspondants utiles
- L'accès aux services de recours en cas de problème doit être facile. Ce serait bien même d'avoir un n° de tel. De référents dédiés, et accessible même la nuit ou le WE.
- Délais de consultation rapide, disponibilités
- Je doute de l'observance totale des patientes. L'acte chirurgical est pour moi plus sure. C'est un professionnel qui l'a pratiqué !!!
- Si en théorie, l'IVG médicamenteuse est une offre qui s'entend, en pratique, il y a des freins : ressources médicales, techniques (écho...), sécurité (continuité de prise en charge dans les zones rurales le WE...)
- Non
- Absence avis

ANNEXE 4 : Tableau comparatif avec les résultats de la thèse d'ESCOUBET

Lieu		Montpellier	Soissons
Auteur		Vasseur	Escoubet
Date		2020	2014
Nombre de MG ayant répondu à l'étude		90	44
Sphère économique (%)		17%	18%
Sphère Logistique (%)	<i>Au moins un obstacle logistique</i>	63%	84%
	Demande insuffisante	44%	55%
	Chronophage	37%	48%
	Lourdeur administrative	36%	57%
	Organisation	30%	48%
	Lenteur du conventionnement	13%	NA
Sphère pratique (%)	<i>Au moins un obstacle pratique</i>	72%	70%
	Activité surchargée	50%	52%
	Craintes des complications	50%	41%
	Prise en charge psychologique	23%	37%
	Temps insuffisant pour se former	30%	18%
	Difficulté avec le CIVG local	6%	14%
Sphère idéologique (%)	<i>Au moins un obstacle idéologique</i>	8%	32%
	IVG hors du rôle du MG	7%	20%
	Convictions personnelles	2%	11%
	Crainte d'une banalisation	3%	20%
Sphère relative à l'image du MG (%)	<i>Au moins un obstacle relatif à l'image du MG</i>	21%	23%
	Crainte pour sa réputation	1%	5%
	Crainte d'altérer la relation médecin-patiente	1%	5%
	Crainte d'une identification du cabinet	20%	20%

ANNEXE 5 : Actes et examens couverts par le forfait de prise en charge de l'IVG médicamenteuse en ville

Le forfait de prise en charge de l'IVG en ville			
Code Prestation	Libellé (au regard de l'arrêté)	Tarifs actuels	Tarifs à partir du 01/04/2016
IC ou ICS	Consultation de recueil de consentement	Inclus forfait	25,00 €
FPB	Investigations biologiques préalables à l'intervention	Non compris	69,12 €
IPE	Vérification échographique pré IVG	Non compris	35,65 €
FHV	Forfait consultations de ville	100,00 €	50,00 €
FMV	Forfait médicaments de ville	91,74 €	87,92 €
FUB	Contrôles biologiques ultérieurs	Non compris	17,28 €
IC ou ICS ou IVE	Consultation de contrôle : <ul style="list-style-type: none"> sans échographie de contrôle ultérieure ; avec échographie de contrôle ultérieure 	Inclus forfait	25,00 € ou 30,24 €



Naitre & Grandir
en languedoc roussillon

FORFAIT IVG MÉDICAMENTEUSE EN VILLE

Nadia Rachedi⁽¹⁾, Raphaël Poncet⁽²⁾, Laurent Raffier⁽³⁾, Hélène Blard⁽³⁾
(1) Conseil Départemental de l'Hérault (2) Doctorant (3) Réseau Naitre et Grandir en Languedoc-Roussillon

Une sage-femme ou un médecin à condition qu'elle ou qu'il soit autorisé(e) peut réaliser une interruption volontaire de grossesse (IVG) jusqu'au terme de 7 semaines d'aménorrhée soit 5 semaines de grossesse dans un cabinet libéral, dans un centre de planification et d'éducation familiale, dans un centre de santé. Cette offre ambulatoire repose encore bien souvent sur des professionnel(le)s militant(e)s. Gageons que l'autorisation pour les sages-femmes de réaliser ces IVG médicamenteuses permettra d'assurer la relève pour ne pas mettre en péril cet accès à l'IVG. Plus largement, ces nouvelles ou nouveaux praticien(ne)s vont pouvoir s'occuper des femmes dans tout leur parcours gynécologique y compris cette étape éventuelle. La clause de conscience peut toujours néanmoins être opposée en même temps que ce sujet IVG ne peut pas être négligé.

1 - Contexte

- 1 femme sur 3 a recours à une IVG au cours de sa vie - Mamy Magali, Toulemon Laurent, Baril Elodie, Population & Sociétés, Janvier 2015 — L'IVG est ainsi un acte courant dans l'existence d'une femme
- La concentration des établissements réalisant des IVG (corollaire de la fermeture des maternités de proximité) et la baisse du nombre de médecins ont réduit mécaniquement l'offre en matière d'IVG face à une demande qui reste stable selon la Drees - Enquêtes & Résultats, Juin 2016
- 1 Date anniversaire, les 40 ans de La Loi Veil du 17 janvier 1975, pour lancer un Programme National d'Action pour Améliorer l'accès à l'IVG en 2015, 40 ans après la promulgation de la Loi Veil du 17 janvier 1975 — Déclinaisons régionales — Déclinaisons départementales

2 - Un découpage en trois phases lorsque les séquences ne sont pas toutes réalisées par la/le même professionnel(le) ou dans la même structure

Consultation information

- Consultation médicale hors forfait
- Investigations biologiques préalables à l'IVG hors forfait FPB 69, 12 €
- Vérification échographique pré IVG hors forfait IPE 35, 65 €

Entretien psychosocial

- **Entretien pré-IVG gratuit obligatoire pour les mineures**, facultatives pour les majeures: obligation de respecter un **délai de 48 heures** entre l'entretien et la prochaine consultation; pas de délai si pas d'entretien soit par une personne formée en conseil conjugal et familial ou qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé

Consultation recueil de consentement

- Consultation médicale forfait IC ou ICS 25 €

IVG Délivrance

- Forfait médicaments de ville FMV 87, 92 €
- Forfait consultations de Ville FHV 50 €

Consultation Contrôle

- Consultation médicale SANS écho forfait IC ou ICS 25 €, AVEC écho IVE 30, 24€
- Contrôles biologiques ultérieurs hors forfait FUB 17, 28€

Mifépristone suivi 36 à 48 h après
Mifégyne 2000® 3 cps en 1 prise orale

Mifépristone suivi 36 à 48 h après
Soit Mifégyne 2000® 1 cp en 1 prise orale
Soit Midifé 2000® 1 cp en 1 prise orale

Misooprofol
Soit Gyntoo 200® 2 cps en 1 prise orale
Soit Misococ 400® 1 cp en 1 prise orale
Soit Cervagem 1mg® 1 ovule vaginal

Misooprofol
Cervagème 1mg® 1 ovule vaginal

48 h

Médecin ou sage-femme en libéral : présentation d'une commande à usage professionnel dans une officine avec nom de l'établissement de référence, date et signature de la convention

Une sage-femme ou un médecin conventionné(e) qui effectue une IVG facture :

- soit une (IC ou ICS) + (FHV) + (FMV) + (IC ou ICS)
- soit (IC ou ICS) + (FHV) + (FMV) + (IVE si échographie de contrôle post IVG)

Plateforme régionale d'accueil, d'écoute et d'orientation à l'IVG
0 800 80 10 70
www.ivg-midipyrenees.fr

Information, conseil, écoute :

www.ivg.gouv.fr 0 800 08 11 11 Service & appel gratuit de 9h à 18h

<https://www.ivglesadresses.org> Numéro vert national

Département de l'Hérault
Hôtel du Département Mas d'Alco 1977 avenue des Moulins
34087 MONTPELLIER ☎ : 04 67 67 67 67
www.cg34.fr

Réseau Naitre et Grandir Languedoc-Roussillon
69 avenue de Féc-34080 MONTPELLIER ☎ : 04 67 04 01 53
www.ngr.fr

Sources : Ameli.fr et poster du réseau Naitre et Grandir en Languedoc-Roussillon

106

ANNEXE 6 : Nouvelle convention médecin-CIVG de Montpellier



DG/Pôle FME/RL/XX/N° SPPART

**CONVENTION ENTRE LE CHU DE MONTPELLIER ET MADAME/MONSIEUR LE DOCTEUR
NOM+PRENOM RELATIVE A LA REALISATION DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE
(IVG) PAR VOIE MEDICAMENTEUSE**

Entre, d'une part :

Le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, sis 191 avenue du Doyen Gaston Giraud, 34295 Montpellier Cedex 5, représenté par son Directeur Général, Monsieur Thomas LE LUDEC,

Ci-après dénommé « l'établissement »,

Et d'autre part :

Madame / Monsieur le Docteur NOM + Prénom, en sa qualité de [Docteur en Médecine Générale,...]
Inscrit(e) au Conseil de l'Ordre des médecins du département de XXXX, sous le numéro XXXX
(RPPS : xxxxx, ADELI : xxxxx), agissant en son nom propre, dont le cabinet est situé [adresse rue + code postal+ commune]

Ci-après dénommé(e) « le médecin »,

Vu le Décret n°2016-743 du 2 juin 2016 modifiant l'Annexe 22-1 du Code de la Santé Publique
Vu le Code de la Santé publique et notamment, les articles R 2212-9 et R 2212-11.

Il est convenu ce qui suit :

PREAMBULE

La présente convention vise à permettre l'augmentation du recours en ville des IVG médicamenteuses précoces, qui ne peuvent pas être développées dans des proportions significatives au CHU de Montpellier au sein de l'unité d'orthogénie.

Elle contribue à l'amélioration des prises en charge de l'IVG médicamenteuse très précoce (jusqu'à 7 semaines d'aménorrhées) en s'appuyant sur un réseau de médecins formés et porteurs de ce projet de travail.

ARTICLE 1 : OBJET

Cette convention a pour objet de décrire les conditions dans lesquelles Madame / Monsieur le Docteur NOM + Prénom réalise les interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse, en dehors du CHU de Montpellier.

ARTICLE 2 : ENGAGEMENTS DES PARTIES

L'établissement s'assure que le médecin participant à la pratique des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans le cadre de la présente convention satisfait aux conditions prévues à l'article R.2212-11 du code de la santé publique.

Le CHU justifie de la qualification du médecin pratiquant l'IVG.

Le CHU de Montpellier s'engage à répondre à toute demande d'information liée à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse présentée par le cosignataire de la présente convention. Il organise des formations visant à l'actualisation de l'ensemble des connaissances requises pour la pratique des interruptions volontaires de grossesse par mode médicamenteux.

ARTICLE 3 : MODALITES D'EXERCICE

Le médecin met en œuvre les moyens nécessaires pour établir la datation de la grossesse et l'absence d'une grossesse extra-utérine. En cas de doute sur la datation de la grossesse, sur l'existence d'une grossesse extra-utérine, ou lors de la visite de contrôle sur la vacuité utérine, le médecin adresse la patiente à l'établissement qui prend toutes les mesures adaptées à l'état de cette dernière.

Après l'administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse, le médecin transmet à l'établissement une copie de la fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical de la patiente.

L'établissement s'engage à accueillir la patiente à tout moment, et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il s'assure, en tant que de besoin, de la continuité des soins délivrés aux patientes.

Le médecin qui a pratiqué l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse conserve dans le dossier médical les attestations de consultations préalables à l'interruption volontaire de grossesse, ainsi que le consentement écrit de la patiente à son interruption de grossesse.

Le médecin s'engage à participer, au moins une fois par an, à la Rencontre Ville-Hôpital en Orthogénie, organisée par le service d'Orthogénie de l'établissement.

Le médecin complète un bilan d'activité annuel qu'il transmet au secrétariat d'Orthogénie de l'établissement avant le 1^{er} février de l'année suivante, par mail ou courrier postal à l'adresse indiquée ci-dessous:

Service d'Orthogénie
Pôle Femme, Mère, Enfant
CHU de Montpellier
Hôpital Arnaud de Villeneuve
391, avenue du Doyen Gaston Giraud
34295 Montpellier Cedex 5
Tél. : 04 67 33 64 43 (secrétariat)
secretariat-orthogenie@chu-montpellier.fr

Le modèle du bilan d'activité annuel est annexé à la présente convention.

1.1. Article 4 - Qualité et évaluation

La coopération mise en place applique les méthodes de la démarche qualité, préconisée par la Haute Autorité de Santé, pour améliorer en permanence cette collaboration. Les signataires de la présente convention s'engagent à mettre en œuvre un système d'évaluation annuel.

Cette évaluation a pour objectifs :

- d'assurer un suivi de la coopération et de sa mise en œuvre, sur la base d'indicateurs et de données statistiques,
- d'évaluer la qualité des soins, et de vérifier que la prise en charge des patients respecte les recommandations des conférences de consensus et les bonnes pratiques médicales.

Chaque année, une synthèse quantitative et qualitative de l'activité d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, réalisée dans le cadre de la présente convention, est produite par le CHU de Montpellier.

Cette synthèse est présentée chaque année aux médecins partenaires lors la rencontre Ville-Hôpital en Orthogénie et adressée à l'ARS Occitanie.

ARTICLE 5: MODALITES FINANCIERES

La présente convention ne fait pas l'objet d'une contrepartie financière entre l'établissement et le médecin.

ARTICLE 6 : RESPONSABILITE

La responsabilité de chaque cosignataire de la convention pourra être recherchée en cas de défaillance ou de faute commise dans le cadre de ses obligations, telles que définies dans la présente convention.

Madame / Monsieur le Docteur **NOM + Prénom** déclare avoir souscrit assurance en Responsabilité Civile Professionnelle auprès de la **Nom de la Compagnie d'Assurance (Contrat n° XXXXX)** qu'il / elle a informée de la signature et de la teneur de la présente convention.

ARTICLE 7 : LITIGE

Tout litige fera l'objet d'une tentative de conciliation entre les parties. En cas d'impossibilité de trouver une solution amiable, le litige sera porté devant le Tribunal Administratif de Montpellier.

ARTICLE 8 : DENONCIATION

La convention peut être dénoncée à tout moment par l'une ou l'autre des parties contractantes, par une lettre motivée envoyée en recommandé avec accusé de réception. La dénonciation prend effet une semaine après réception de la lettre recommandée.

En cas de non-respect de la présente convention, la dénonciation a un effet immédiat.

ARTICLE 9 : COMMUNICATION

Le CHU de Montpellier transmet une copie de la présente convention à l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie.

Le médecin transmet une copie de la présente convention :

- Au Conseil Départemental de l'Ordre des médecins,
- Au Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens
- A la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dans le ressort de laquelle il/elle exerce.

ARTICLE 10 : DATE D'EFFET ET DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention prend effet à la date de sa signature. Elle est conclue pour une durée de 1 an. Elle pourra être reconduite par voie d'avenant.

Fait en deux exemplaires, à Montpellier, le

Pour le CHU de Montpellier

Le Directeur Général

Thomas LE LUDEC

Visé par :

Le Coordonnateur du département de

Gynécologie-Obstétrique

Professeur Pierre BOULOT

Le Médecin,

Dr NOM + Prénom

La Responsable de l'équipe

**Gynécologie Médicale, Colposcopie et
Orthogénie**

Docteur Elsa MARIS

ANNEXE 7 : Tableau avantages et inconvénients de chacune des méthodes (8)

Méthode	Délais/Lieux	Processus	Avantages	Inconvénients
IVG Médicamenteuse	Jusqu'à 7 semaines de grossesse (9 SA) dans les établissements de santé Jusqu'à 5 semaines (7 SA) pour les médecins de ville et les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF)	1^{er} rendez-vous : prise de Mifégyne (stoppe le dév. De l'embryon). 2^{ème} rendez-vous : 36 à 48 heures plus tard : prise de prostaglandines (ouvre le col et provoque les contractions de l'utérus pour expulser l'embryon par voies naturelles, 60% : 2-4 heures 40% : 24-72h	Méthode non invasive À domicile Méthode faisable rapidement après le choix succès : 95%	Durée du processus (plusieurs jours) Expulsion chez soi (parfois). Charge psychologique ** Douleur et pénibilité (effets secondaires : hémorragies, vomissements, diarrhées, nausées, maux de ventre, voire perte de vue). Une aspiration est parfois nécessaire (3 à 5 % d'échec de l'IVG médicamenteuse)
IVG par aspiration Anesthésie locale	Jusqu'à 12 semaines de Grossesse (soit 14 SA), en établissement de santé	Durée de l'intervention : 15-20 minutes (anesthésie, dilatation du col de l'utérus, aspiration) Pré et post intervention : 1 à 2 h	Moins douloureuse Moins d'hémorragies Durée totale du processus plus rapide Conscience Succès : 99,7%	À l'hôpital Anesthésie
IVG par aspiration Anesthésie générale	Jusqu'à 12 semaines de Grossesse (soit 14 SA), en établissement de santé	Intervention : 15-20 minutes (anesthésie, dilatations du col de l'utérus, aspiration) Pré et post intervention : 1 à 2 heure(s)	Moins douloureuse Moins d'hémorragies Durée totale du processus plus rapide Inconscience Succès : 99,7%	À l'hôpital Anesthésie Davantage de complications possibles Récupération plus longue

Source : Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l'accès à l'IVG dans les territoires. Rapport n°2013-1104-SAN-009.

ANNEXE 8: Annonce de la formation aux IVG

REIVOC

Réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la
Contraception en région Occitanie Pyrénées Méditerranée

Annonce Formation
IVG médicamenteuse en ville

Bonjour,

Soutenu par l'ARS, REIVOC (Réseau IVG et contraception Occitanie) organise la formation des médecins et sages-femmes à l'IVG médicamenteuse en ville sur l'ensemble de la région Occitanie avec le concours de MG Form.

Cette formation reconnue et agréée par l'ARS et l'Hôpital Paule de Viguier - CHU de Toulouse, est qualifiante au terme de 2 journées théoriques et de 4 demi-journées de stages pratiques (en service d'orthogénie de CH ou en CDPEF). Elle permet le conventionnement avec un établissement hospitalier de proximité.

Cette formation ouvre la possibilité à un exercice rapide, dans les meilleures conditions et au sein d'un réseau de professionnels permettant un échange de pratiques régulier, un soutien sur toutes questions médicales et/ou administratives.

Concernant son financement, celle-ci est couverte par le DPC intégralement pour les médecins et en partie pour les sages-femmes. Le reste à charge pour les sages-femmes est couvert par le réseau REIVOC.

Le réseau poursuit son engagement et souhaite vous annoncer la programmation de sa prochaine formation :

- **SÈTE le 29 et 30 novembre 2019**

Afin de permettre un meilleur accès pour les femmes à l'IVG médicamenteuse en ville, merci de bien vouloir diffuser largement cet appel à formation.

Pour vous inscrire, je vous invite à contacter directement MG Form au **05 61 40 55 87** ou mgformoccitanie@medsyn.fr

Pour plus de renseignement vous pouvez vous adresser directement au REIVOC par mail reivoc@orange.fr.

En vous remerciant.

Bien cordialement,

Anne AYOUB DELBREILH, Présidente REIVOC
Lydia IDRI, Coordinatrice REIVOC

REIVOC@ORANGE.FR
REIVOC, Hôpital Paule de Viguier, 330 Avenue de Grande Bretagne
- TSA 70034 -31059 Toulouse cedex 9

ANNEXE 9 : Fiche mémo du réseau REIVOC

CONTACTS UTILES

Orientation de la patiente
Carte interactive des médecins et sages-femmes pratiquant l'IVG médicamenteuse en ville

Liste des professionnels et établissements prenant en charge l'IVG
www.reivoc.fr
www.ivglesadresses.org
www.ivg-midipyrenees.fr

Information de la patiente
 Sites utiles :
www.reivoc.fr
www.ivg.gouv.fr (où vous pouvez trouver le dossier guide)
www.ivglesadresses.org
www.ivg-midipyrenees.fr (en cours de réactualisation régionale)
www.ancic.asso.fr
www.choisirscontraception.fr

Numéros utiles :
Permanence téléphonique nationale : 0 800 08 11 11
 (redirigée vers chaque département)
Permanence téléphonique régionale Occitanie : 0 800 80 10 70

Rappel de la législation

- Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 (loi Veil) relative à l'interruption volontaire de la grossesse, reconduite en 1979 et législation définitive au 1er Janvier 1980
- Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 Prise en charge à 100% de l'Assurance Maladie de l'IVG et des contraceptifs remboursables pour les 15-18 ans
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 Modernisation de notre système de santé, suppression du délai de réflexion obligatoire, prise en charge à 100% de tous les actes IVG, ouverture de la pratique des IVG médicamenteuses aux sages-femmes

Fiche mémo

médicamenteuse en ville
Rôle du médecin généraliste ou de la sage-femme

La première consultation au cours de laquelle la femme exprime sa demande d'IVG peut se faire auprès de tout médecin (généraliste ou spécialiste) ou de toute sage-femme quelle que soit sa structure d'exercice.

Les autres consultations seront assurées par l'orthogéniste : médecin ou sage-femme, formé et agréé.

Le choix entre 2 méthodes

En médecine de ville
jusqu'à 7 SA*

En établissement de santé
- IVG médicamenteuse jusqu'à 9 SA
- IVG chirurgicale jusqu'à 14 SA

OBJECTIFS DE LA CONSULTATION DE PREMIÈRE DEMANDE D'IVG

- **Recueil de la DEMANDE d'IVG**
 Prescription du BILAN nécessaire à la consultation avec l'orthogéniste
BHCG plasmatiques quantitatifs à faire la veille de la consultation avec l'orthogéniste
Échographie de datation (en précisant sur l'ordonnance, après accord de la patiente, qu'il s'agit d'une IVG).
Groupe sanguin si la patiente n'a pas de carte de groupe
- **Rédaction du PREMIER CERTIFICAT** (voir modèle ci-après)
 Le délai de 7 jours n'existe plus mais 2 consultations préalables à l'IVG restent nécessaires.
- **Remise des COORDONNÉES** des professionnels pratiquant l'IVG proches de chez la patiente (voir contacts en dernière page)
 La patiente doit pouvoir s'y rendre dans les 5 jours maximum, même si elle n'a pas encore réalisé l'ensemble des examens prescrits. En fonction du terme, l'orthogéniste proposera à la patiente la méthode adaptée à son terme et à sa préférence.

LES EXAMENS À PRESCRIRE

Un Bilan biologique

Faire pratiquer
BHCG plasmatiques quantitatifs
Groupe Rhésus RAI
(en l'absence de carte de groupe)

Code FPB (cotation permettant la prise en charge dans le forfait à 100%)

Une échographie

Faire pratiquer une échographie de datation pour IVG
DDR =

Code IPE (cotation permettant la prise en charge dans le forfait à 100%)

Merci de permettre à la patiente de ne rien voir ni entendre si elle le désire.

REMBOURSEMENT ET PRISE EN CHARGE

Forfait IVG médicamenteuse prise en charge à 100% avec dispense d'avance de frais possible (tiers payant) :

- > Consultations IVG
- > Entretien psycho-social
- > Médicaments
- > Radiologie et Biologie avec les codes IPE et FPB (groupage et BHCG)

Spécificités pour la femme mineures

Droits identiques à ceux des autres patientes +

- > Accompagnement par un majeur de son choix
- > Entretien psycho-social pré IVG obligatoire avec délivrance d'attestation (les coordonnées seront communiquées par l'orthogéniste)
- > Dispense d'avance de tous les frais pour les mineures dans le secret

MODÈLE DE LETTRE DE LIAISON AVEC L'ORTHOGÉNISTE PRATIQUANT L'IVG

Je soussigné.e certifie que Mmeâgée de ...est venue me consulter le pour une demande d'IVG.

Veillez trouver ci-joint les informations relatives à Mme

DDR :
contraception actuelle :

BHCG plasmatiques : = faits le
quantitatifs résultat :

ou = prescrits ce jour pour
 a veille de votre consultation

Échographie de datation = faite le

 datation : SA + j

ou = prescrite ce jour

Groupe sanguin : = prescrit ce jour
ou

Je vous remercie de ce que vous ferez pour elle

ANNEXE 10 : Sommaire du dossier-guide IVG édité par l'ARS



Sommaire

INTRODUCTION	3
LE PREMIER TEMPS : LA CONSULTATION D'INFORMATION	6
LE DEUXIÈME TEMPS : LE RECUEIL DU CONSENTEMENT	8
LE TROISIÈME TEMPS : LA RÉALISATION DE L'IVG	10
L'IVG instrumentale	11
L'IVG médicamenteuse	12
LE QUATRIÈME TEMPS : LA CONSULTATION DE CONTRÔLE	15
LA CONTRACEPTION APRÈS UNE IVG	17
La prescription d'une contraception	17
Le choix d'une contraception	18
La mise en place de la contraception	18
Où trouver des informations complémentaires sur la contraception ?	19
ANNEXES	21

SERMENT D'HIPPOCRATE

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RÉSUMÉ

Thèse d'exercice ; Faculté de Médecine de Montpellier

Thèse soutenue par : VASSEUR Justine

Date de soutenance : 28 février 2020

Directrice de thèse : Dr Mélanie CAYRAC

L'IVG médicamenteuse en ville, 16 ans après la loi : Quels sont les freins au développement de cette pratique? Enquête auprès des médecins généralistes du secteur Est-Hérault

Introduction : Seuls cinq médecins généralistes sont conventionnés avec le CHU de Montpellier pour réaliser des IVG médicamenteuses ambulatoires. L'objectif est de décrire les principaux obstacles des médecins généralistes à la pratique des IVG médicamenteuses en ville et les leviers d'action.

Méthode : Une étude quantitative et descriptive par auto-questionnaire est réalisée auprès des MG du secteur Est-Hérault, son chef de file étant le CHU de Montpellier.

Résultats : 90 (9,3%) médecins ont répondu au questionnaire. Les sphères économiques (17%), idéologiques (8%) et relatives à l'image du médecin (21%) ne sont pas des obstacles à la pratique des IVG médicamenteuses. Les principaux obstacles sont d'ordre logistiques (63%) et pratiques (72%). Ils semblent modifiables par une intervention extérieure. Deux leviers d'actions ont été identifiés pour agir dessus: informer et former. Au terme de l'étude, 32 médecins (37%) envisageraient de se former à la pratique en cabinet, 20 médecins (37%) se sont renseignés pour participer à une séance d'information, un médecin s'est effectivement conventionné. Les médecins sont séduits par l'importance du service médical rendu à leurs patientes. De nouveaux conventionnements semblent être envisagés.

Discussion : Nos résultats sont similaires aux études antérieures sur le même sujet. Afin de lever les obstacles des praticiens et augmenter l'offre de soins en IVG médicamenteuses ambulatoires, il est nécessaire de revaloriser la formation et la pratique des IVG et développer le travail en réseau. Le développement du partenariat ville-hôpital avec le réseau REIVOC, l'émergence des CPTS et de la télémédecine pourraient répondre aux obstacles revendiqués.

Mots-clés :

Interruption Volontaire de Grossesse médicamenteuse en ville

Médecin Généralistes libéraux

IVG à domicile

Offre de soins ambulatoire

Freins à la pratique

Information

Réseau Ville-Hôpital