



HAL
open science

Quels sont les freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes du Vaucluse ?

Adoris Guilbot

► To cite this version:

Adoris Guilbot. Quels sont les freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes du Vaucluse ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03148411

HAL Id: dumas-03148411

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03148411>

Submitted on 22 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.

**Quels sont les freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les
médecins généralistes du Vaucluse ?**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 12 Février 2021

Par Madame Adoris GUILBOT

Née le 1er février 1993 à Avignon (84)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur AGOSTINI Aubert

Président

Madame le Professeur BRETTELLE Florence

Assesseur

Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic

Assesseur

Madame le Docteur DAUMALIN Anne Laurence

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Héléne
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

ELDIN Carole (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2012 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2012) FUENTES Stéphane (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A Monsieur le Professeur Aubert Agostini, votre présence en tant que président de ce jury est pour moi un honneur. Dans l'espoir que mon travail en sera digne, veuillez trouver ici tous mes remerciements et mon profond respect.

A Madame le Professeur Florence Bretelle, je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse, j'espère que ce travail vous aura apporté satisfaction. Veuillez trouver ici ma respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Ludovic Cravello, je vous remercie de l'attention portée à ce travail et d'apporter la parité ainsi que votre critique en siégeant dans mon jury. Veuillez trouver ici ma respectueuse gratitude.

A Madame le Docteur Anne Laurence Daumalin, ma directrice de thèse ; pour ton écoute, ton aide précieuse, ton regard doux et tes paroles bienveillantes. De cette collaboration ne sera pas née qu'une thèse, mais surtout, un lien fort et une grande affection. Ta fierté est un cadeau.

A Christine, mon modèle d'ouverture, d'écoute, d'empathie ; parce que tu m'as appris à Être médecin.

A mes piliers de fac Clément et Marine, qui ont rendu ces longues années plus folles et plus douces,

Clem, pour avoir eu l'Idée, et pour ton indéfectible force tranquille philosopho-socio-anthropo cynique, mais surtout bienveillante..

Marine, parce ce que nos divagations anthropomorphiques, nos Guy partagés, notre Hippo duo, m'ont aidée à aller au bout.

Votre amitié m'est précieuse.

A la fidèle « Joker Team », JRC à travers les âges, trio flamboyant et pétillant,

Claire, my Honey, et tout ce que ça implique..

Jérémy, irremplaçable et inégalable,

parce que le jugement, les talons, le tapis, Londres, Paris, les projets, les folies, les coups durs, le saupoudrage, les potins, le bon scotch, et tant d'autres choses qu'on ne saurait résumer..

« Un jour, on ira à New York, ... »

A Pauline, mon binôme calédonien, ma conscience incarnée, mentor d'ateliers d'écriture et de remédiation cognitive. Il y a quelques fabuleuses rencontres dans une vie, tu es de celles-ci.

A Bruni, mon épaule ; pour ta justesse, ta clairvoyance, ta patience, parce que nos destins croisés sont de merveilleuses et solides parallèles.

A Eloise et Mélanie, parce qu'avec vous, l'entrée dans le grand bain, c'était pas si terrible horrible... et pour vous y avoir trouvées, je m'y replongerai 10 fois !

A Anne Marie, parce qu'elle tient la meilleure pension qui soit, paisible et menant droit vers la réussite.

A Brice, parce que tu as toujours été là, pilier solide, depuis le début.

A ceux qui m'ont portée, accompagnée, guidée, et qui continuent, quoi qu'il en soit et quoi qu'il en coûte ; mon cocon, ma tanière,

Nils, l'autre moi, le frère que je choisis,

Papa et Maman, le phare que j'aperçois où que j'aie.

A ceux qui se reconnaîtront,

Joyeux VVTistes, fines goules et fins gourmets, ami(e)s des chats, amateurs(trices) de vidéos d'animaux mignons en tout genre, graphiste inspiratrice d'origami de Noël, fervents auditeurs Roger et Caroline, hurleurs de l'Aventurier...

Qui ont ponctué mon parcours de doux moments, de joie, de rires, me donnant force et courage, et qui m'enrichissent de leur belle amitié.

Aux petites mains, aux grands yeux, aux esprits vifs, qui m'ont aidée dans mon travail

A ceux qui ont apporté leurs pierres à l'édifice de mon parcours d'étudiante, et de toute jeune médecin : Stéphane, Nancy, Catherine, Clémence, Cécile, Annabelle, Julie, Elisabeth, Marie Rose, le SMA Beach, le service de gynéco de Salon, le CCF..

Aux regrettés qui veillent,

A l'étoile qui éclaire ma route,

A l'horizon, à l'Aventure, à la Liberté, ...

De tout, il resta trois choses :

La certitude que tout était en train de commencer,

la certitude qu'il fallait continuer,

la certitude que cela serait interrompu avant que d'être terminé.

Faire de l'interruption, un nouveau chemin,

faire de la chute, un pas de danse,

faire de la peur, un escalier,

du rêve, un pont,

de la recherche...

une rencontre.

Fernando Sabino

Plan

Introduction.....	3
1. Cadre historique et légal	3
2. Modalités pratiques de l'IVG médicamenteuse.....	4
3. Clause de conscience.....	7
4. Données épidémiologiques.....	8
Matériels et méthode :.....	10
Résultats :	11
1. Caractéristiques de l'échantillon.....	11
2. Médecins généralistes ayant une activité IVG	12
3. Médecins généralistes n'ayant pas d'activité IVG	13
4. Pratiques des médecins.....	14
5. Connaissances théoriques des médecins généralistes sur l'IVG.....	16
6. Motivations à la pratique de l'IVG	18
7. Freins à la pratique de l'IVG	23
8. Pistes pour développer l'accès à l'IVG	27
Discussion :	28
1. Discussion sur le sujet et le choix de la population	28
2. Discussion sur les matériels et méthodes	29
3. Discussion sur les résultats : les freins	30
4. Discussion sur les résultats : les motivations	40
5. Discussion sur les résultats : pratiques des médecins en consultation	41
6. Discussion sur les résultats : les piste de développement de l'accès à l'IVG.....	43

Conclusion	45
Bibliographie	47
Table des illustrations	51
Annexe 1 : le questionnaire aux médecins	52
Annexe 2 : convention réglementaire type.....	59
Abréviations	63

Introduction

1. Cadre historique et légal

L'interruption volontaire de grossesse (IVG), légalisée en 1975 par la loi Veil (1), reconduite en 1979 et adoptée définitivement à partir du 1^{er} janvier 1980 reste aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Depuis 40 ans, les différentes modernisations de la loi ont visé non seulement à déculpabiliser les femmes dans cette démarche mais aussi à améliorer son accès sur l'ensemble du territoire (2).

L'IVG médicamenteuse est rendue possible en 1988 grâce à l'autorisation de mise sur le marché du RU 486. Cette pratique prend une nouvelle ampleur, à partir de 2004 (textes d'application de la loi du 4 juillet 2001), avec la possibilité pour les médecins généralistes et les gynécologues de ville d'avoir une activité d'orthogénie sous réserve d'être formés et conventionnés avec un établissement de référence. Cette loi facilite également l'accès à l'IVG pour les mineures qui voudraient garder le secret : le consentement parental n'est plus obligatoire, elles doivent cependant se faire accompagner par une personne majeure de leur choix (3).

En 2016, la loi dite de modernisation de notre système de santé supprime le délai minimal de réflexion d'une semaine ; elle permet également aux sages-femmes libérales de pratiquer des IVG médicamenteuses et aux centres de santé de pratiquer des IVG instrumentales (4).

L'amélioration de l'accès à l'IVG est aussi passée par des mesures économiques successives : en 1982 la loi Roudy (5) permet le remboursement de l'IVG par la Sécurité Sociale. En 2013 elle est prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie (6) et en 2015, un décret élargit le remboursement à tous les actes liés à l'IVG incluant l'échographie de datation et les actes de biologie (7).

En 1993, la loi Neiertz répond aux différents soulèvements anti-IVG en réprimant « l'entrave à l'IVG ». Elle vise à sanctionner les personnes qui perturbent le fonctionnement des établissements hospitaliers participant à la mise en œuvre de la loi sur l'IVG (8).

La loi pour l'égalité entre les hommes et les femmes supprime en 2014 la notion de « détresse » pour les femmes voulant interrompre leur grossesse, et confirme que ce choix repose sur leur seule volonté de poursuivre ou non leur grossesse (9). Cette même loi, élargit la notion d'entrave à l'IVG aux actes préalables à l'IVG en lui-même, incluant le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de s'informer sur l'avortement ou ses actes préalables (9).

La récente crise sanitaire, bien qu'exceptionnelle, a mis en lumière les failles du système organisationnel de l'IVG avec notamment des retards de prise en charge, des difficultés de déplacement ou de confidentialité, et une désinformation renforcée par la présence de site internet anti-IVG, menant à des dépassements de délais (10). Pour tenter d'y remédier, un assouplissement des délais légaux est entré en vigueur durant cette période, rendant possible la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville jusqu'à 9 SA.

2. Modalités pratiques de l'IVG médicamenteuse

Il existe deux méthodes pour réaliser une IVG : IVG instrumentale (ou chirurgicale) et l'IVG médicamenteuse.

En France, l'IVG médicamenteuse est possible jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée (SA), et réalisable en cabinet de ville jusqu'à 7 SA. Il est recommandé de la pratiquer en établissement de santé de 7 SA à 9 SA. Les professionnels pouvant la pratiquer sont les gynécologues, les médecins généralistes, et depuis 2016, les sages-femmes (11).

La pratique de l'IVG en médecine s'inscrit dans un cadre bien codifié : après une formation théorique (DPC, DU), le médecin doit pouvoir justifier d'une formation pratique en établissement de santé ou chez un médecin libéral ayant une activité d'orthogénie ; il signe alors une convention avec un établissement de santé autorisé à réaliser des IVG (disposant d'un plateau technique adapté à la prise en charge des complications). Ce document précise de façon détaillée le rôle et les obligations de chacune des parties signataires (11).

Grâce à cette convention le médecin pourra se procurer en officine les médicaments nécessaires à la réalisation de l'acte. Elle implique de fournir à la patiente, lors de toute

démarche d'interruption de grossesse, une feuille de liaison fournissant toutes les informations de son dossier, qu'elle remettra à l'établissement si une prise en charge hospitalière est nécessaire. Pour bénéficier d'une IVG, la patiente doit pouvoir se rendre au centre hospitalier conventionné en un temps limité de l'ordre d'une heure (11,12).

Le parcours d'une femme souhaitant une IVG se déroule en trois à quatre consultations.

La première phase, avant la réalisation de l'IVG, s'articule autour de la demande et du consentement de la femme. Lors d'une consultation préalable où la patiente formule sa demande, le médecin expose les différentes méthodes d'IVG, lui propose un entretien psycho-social, et lui remet le dossier guide IVG reprenant en détails ses modalités (11). A cette occasion, la question de la contraception future doit être abordée, et éventuellement la recherche d'infections sexuellement transmissibles avec l'accord de la patiente.

L'entretien psycho-social est systématiquement proposé, mais n'est pas obligatoire, sauf pour les mineures. Depuis 2016, le délai légal de réflexion d'une semaine a été supprimé, mais il est recommandé de laisser un temps de réflexion suffisant à la patiente, même aux âges proches de la limite légale (13). Il est important de déterminer avec elle le temps dont elle a besoin pour prendre sa décision, et recommandé de proposer d'autres consultations durant le temps d'attente de l'IVG (médecin, sage-femme, assistante sociale, psychologue).

Un bilan biologique comprenant les hCG, le groupe sanguin et rhésus, et la recherche d'agglutinines irrégulières doit être prescrit. L'échographie de datation est recommandée mais non obligatoire pour les femmes certaines de la date de leurs dernières règles et/ou du rapport sexuel fécondant, et ne doit pas retarder la programmation de l'IVG (13).

Dans un deuxième temps, après la consultation psycho-sociale si la femme l'a souhaitée, elle remettra son consentement au médecin. S'il ne pratique pas lui-même l'intervention, le médecin adresse alors la patiente à un confrère. S'il est réalisé, un délai de 48h doit être respecté entre l'entretien psycho social et la remise du consentement.

La deuxième phase constitue la phase effective de l'IVG ; après recueil du consentement, une à deux consultations sont dédiées à la remise des médicaments. La première prise (200 mg ou 600 mg de Mifépristone, antiprogestérone, par voie orale) se fait en présence du médecin, qui aura préalablement expliqué le déroulement des étapes de l'IVG, les éventuelles complications et les signes d'alerte devant amener la patiente à consulter (11,13). En cas de

Rhésus négatif, la prévention de l'allo immunisation materno-fœtale par injection d'immunoglobulines anti-D (Rophylac) est effectuée. Bien qu'elle puisse être réalisée jusqu'à 72h après les premiers saignements, il est recommandé de pratiquer l'injection lors de la prise de Mifépristone. La deuxième prise (400 µg de Misoprostol, prostaglandines, par voie orale, sublinguale, buccale voire vaginale) se fait 24 à 48h plus tard, à domicile ou au cabinet, selon le souhait de la patiente.

La prise en charge de la douleur est indispensable et les antalgiques appropriés auront été donnés à la patiente ainsi qu'un document sur les suites normales et les complications possibles, les conseils et les numéros de téléphone à appeler en cas d'urgence (11,12). Si une contraception hormonale a été choisie, elle doit être débutée le jour de la deuxième prise médicamenteuse.

La troisième phase correspond à la consultation de suivi ; si elle n'est pas rendue obligatoire, elle doit être proposée systématiquement car elle est indispensable pour s'assurer de l'arrêt effectif de la grossesse. Elle donne aussi l'occasion d'aborder la question de la contraception et du vécu émotionnel de la patiente sur son IVG. Elle se déroule entre le 15^e et 21^e jour suivant la prise de Mifépristone. La réalisation d'une échographie de contrôle n'est pas recommandée en routine (grade B), si elle est faite, elle devra être réalisée à distance de la dernière prise médicamenteuse (après 15 jours). Le dosage de l'hCG sérique 15 jours après l'IVG peut être utilisé pour juger de son succès (grade B). Une baisse supérieure à 80 % du dosage initial 15 jours après l'IVG médicamenteuse est en faveur de sa réussite (11,13). Afin de favoriser le suivi, l'adaptation au profil de chaque patiente par le biais de stratégies plus flexibles est envisageable (téléconsultation, autotest urinaire réalisé à domicile combiné à un suivi téléphonique,..) (13).

L'allaitement, l'obésité, un utérus cicatriciel ou une grossesse gémellaire ne sont pas des contre-indications à l'IVG médicamenteuse. Un terme de grossesse supposé supérieur à 14 SA ne doit pas être un motif de refus de consultation (accord professionnel) (11).

Selon les recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens « l'acceptabilité de la méthode et la satisfaction des femmes semblent plus grandes lorsque celles-ci sont en mesure de choisir la méthode d'IVG (grade B). D'un point de vue

psychologique, le choix de la méthode devrait être offert aux femmes quel que soit l'âge gestationnel (accord professionnel). » (13).

Depuis le 1^{er} janvier 2016 tous les actes inhérents à l'IVG sont pris en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre d'un forfait. Le médecin (ou la sage-femme) qui réalise l'ensemble d'une IVG facture chacune de ses étapes, pour une rémunération forfaitaire qui représente entre 187,92 € et 193,16 € (selon que le médecin réalise ou non une échographie de contrôle). Le prix de l'IVG comprend : la consultation médicale de remise de consentement, les deux consultations médicales de prise des médicaments, les médicaments, la consultation médicale de contrôle et l'éventuelle injection d'anticorps anti-D. Le forfait global est découpé en trois phases : recueil de consentement, réalisation de l'IVG, consultation de contrôle. Ce découpage en trois phases offre une souplesse supplémentaire pour la facturation lorsque toutes les séquences ne sont pas réalisées par le même professionnel (11).

3. Clause de conscience

En France, il existe une double clause de conscience concernant l'IVG. De manière générale, les professionnels médicaux ont le droit de refuser tout acte médical au motif d'objection de conscience. La loi Veil de 1975 renforce cette disposition avec une clause de conscience spécifique à l'IVG, permettant au professionnel de refuser de pratiquer l'acte. Il doit en informer la patiente sans délai et l'adresser aux professionnels susceptibles de la prendre en charge (1).

Cette particularité continue de faire débat dans le cadre de la loi Santé 2022, notamment car l'obligation de réorienter la femme peut ne pas toujours être respectée, constituant une entrave aux droits et à la santé de la femme (14). La ministre de la Santé Agnès Buzyn a récemment réaffirmé cette spécificité comme étant un « acte déontologique » fondamental de ne pas obliger un professionnel à réaliser un acte qu'il ne souhaite pas effectuer. De plus, cette précision dans les textes oblige le médecin à réadresser les patientes sans délai, obligation qui n'est pas mentionnée pour d'autres actes médicaux pour lesquels un médecin ferait valoir sa clause de conscience.

4. Données épidémiologiques

En 2018, 224 300 IVG ont été pratiquées en France, dont 209 500 auprès de femmes résidant en métropole ; le taux de recours à l'IVG (nombre d'avortements rapporté au nombre de femmes) était de 15.4 pour 1000 femmes, s'élevant à son maximum depuis 1990 (15). Ce taux de recours varie d'une région à l'autre et représente 22 pour 1000 femmes en région PACA, ce qui la place dans les 3 premières régions françaises en termes de nombre d'IVG (= 22 940 IVG en région PACA).

La pratique de l'IVG médicamenteuse, autorisée depuis 2001, n'a cessé d'augmenter, avec en 2018 69% d'IVG médicamenteuses, tandis que la pratique instrumentale diminue. Cette tendance n'a pas permis une réduction du nombre d'IVG réalisées en secteur hospitalier. L'IVG pratiquée en ville reste minoritaire. En effet, en 2018, 24% des IVG réalisées en métropole étaient faites hors secteur hospitalier (cabinet libéral, centre de santé, centres de planification et d'éducation familiale CPEF) (15).

L'activité d'orthogénie fluctue en fonction de l'offre de soins de chaque région. En PACA, 1/3 des IVG est réalisé hors secteur hospitalier, dans le Vaucluse cela représente 18.8 à 31.8% des IVG. Tous les départements n'offrent pas la possibilité d'avoir recours à une IVG en cabinet libéral, ces disparités de soins dépendent du nombre de médecins conventionnés. En 2018, 1 725 médecins (dont 56.6% de gynécologues libéraux) ont pratiqué une IVG en cabinet libéral. En PACA, cela représente 227 médecins, soit 4% (15).

Les sages-femmes libérales ont la possibilité depuis 2016 de réaliser des IVG médicamenteuses, mais cette activité reste aussi largement minoritaire (248 sages-femmes sur la France entière).

Depuis 2001, la part du secteur hospitalier dans la pratique de l'IVG reste stable, celle du secteur privé diminue, et celle du secteur libéral augmente mais reste faible, représentant 2.9% des médecins (médecins généralistes et gynécologues libéraux) (15). En 2019, si tous les départements offrent au moins un gynécologue libéral et un généraliste réalisant des IVG, cette activité reste cependant réduite. En effet, parmi les professionnels conventionnés, 42 % des gynécologues médicaux ou obstétriciens, 48 % des généralistes, et 43% des sages-femmes, ont réalisé moins de 10 IVG sur l'année (16).

L'accès à l'IVG reste un sujet placé au cœur de notre système de soins, voué à être réévalué et amélioré, comme en témoigne l'enquête réalisée en 2019 par le ministère des Solidarités et de la Santé auprès des ARS (17). Le but de cette étude était d'apprécier l'offre de soins relative à l'IVG sur le territoire, le déroulement du parcours des femmes, et les conditions de leur accès à cette offre de soins.

Elle met en avant la garantie de l'accès à l'IVG sur tout le territoire, avec des zones de tensions bien identifiées, le plus souvent ponctuelles, en rapport avec la situation démographique particulière des professionnels de santé dans ces zones. Le délai moyen en France d'accès à l'IVG (temps entre le 1^{er} contact médical et la réalisation effective de l'acte) est de 7.4 jours. En PACA, le délai d'accès à l'IVG est de 8 à 10 jours (17). Avec plus de 1 800 conventions signées, l'activité IVG libérale est encore faible mais croissante. La région PACA fait partie des 5 régions ayant le plus de médecins conventionnés (plus de 150) (17).

La prise en charge des IVG tardives reste difficile dans plusieurs zones, ayant poussé certaines régions à organiser des stratégies innovantes de filières d'urgence (17). En 2019, ces IVG tardives réalisées entre 12 et 14 SA représentent 5.3% des IVG en France (16).

Le nombre important de femmes allant avorter à l'étranger, relevé dans le Rapport d'Information sur l'accès à l'IVG fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes (10), interroge sur les inégalités d'accès à l'IVG dans certains territoires. Dans ce contexte, la proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement est actuellement discutée, proposant notamment un allongement des délais légaux de 14 à 16 SA (18).

L'IVG reste encore aujourd'hui sujette à la stigmatisation par les professionnels de santé et le grand public (19), et ses modalités de pratique variablement connues des médecins (20). S'agissant d'un acte impliquant à part entière la responsabilité du médecin mais aussi sa conscience sensitive et morale, le choix de sa pratique n'est pas anodin. Cela exige une compréhension et une facilité d'accès à son exercice pour le médecin, in fine dans l'intérêt des patientes.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la pratique et les connaissances des médecins généralistes du Vaucluse en matière d'IVG ainsi que les barrières qui peuvent freiner sa pratique.

Matériels et méthode :

Il s'agit d'une étude quantitative transversale descriptive dont la population cible est les médecins généralistes libéraux du Vaucluse.

L'enquête a été réalisée grâce à un auto-questionnaire envoyé par mail à 106 médecins généralistes du Vaucluse, pratiquant ou non l'IVG, sur une période d'un mois et demi, de mai à juin 2020, avec 2 à 5 relances. Les adresses mails ont été obtenues de proche en proche, grâce à des connaissances de confrères, généralistes ou spécialistes, et des contacts professionnels. Le mail contenait un message expliquant le thème de recherche, le contexte dans lequel était réalisé ce travail, son objectif, et un lien vers un questionnaire en ligne.

Le questionnaire a été élaboré avec le logiciel Google Form. Il se composait de 33 questions sous forme de QCM ; une partie était destinée aux médecins pratiquant l'IVG, une autre à ceux ne le pratiquant pas, et une partie comportait des questions communes. Pour chaque population, plusieurs thématiques ont été abordées :

- Caractérisation de la population étudiée sur l'âge, le sexe, le type d'exercice et le temps de pratique
- Pratique de l'IVG ou non, intérêt de l'IVG en médecine générale, temps, et mode de pratique de l'IVG
- Connaissances et modalités de pratique effective autour de l'IVG
- Motivations et freins avérés ou potentiels à la pratique de l'IVG
- Perspective de développement de cette activité

L'analyse de données a été faite de façon descriptive, grâce aux logiciels Google Form et Excel, portant un regard à l'instant T sur l'environnement social, moral et technique de la pratique de l'IVG.

Résultats :

1. Caractéristiques de l'échantillon

Sur 106 médecins contactés, 43 ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 40.5% ; 10 d'entre eux pratiquent une activité d'orthogénie, soit 23% de l'échantillon. Les caractéristiques des médecins interrogés sont représentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire (n=43)

	Médecins ne pratiquant pas IVG (n=33)	Médecins pratiquant IVG (n=10)	Total %
<i>Sexe</i>			
Hommes	9 27%	3 30%	28
Femmes	24 73%	7 70%	72
<i>Age</i>			
Moins de 35 ans	4 12%	2 20%	14
35 à 50 ans	13 39%	3 30%	37
51 à 65 ans	14 42.5%	4 40%	42
Plus de 65 ans	2 6%	1 10%	7
<i>Mode et lieu d'exercice</i>			
Cabinet libéral de groupe	25 76%	8 80%	77
Cabinet libéral seul	6 18%	2 20%	19
Maison de santé	1 3%	0	2
Salarié en centre de santé	1 3%	0	2
<i>Ville avec centre hospitalier</i>			
20 km d'un centre hospitalier	10 30%	6 60%	37
Plus de 20 km d'un centre hospitalier	20 61%	4 40%	56
	3 9%	0	7
<i>Temps d'exercice</i>			
Moins de 5 ans	2 6%	2 20%	9
5 à 15 ans	14 42.5%	3 30%	40
Plus de 15 ans	17 51.5%	5 50%	51
<i>Pratique de l'IVG</i>	33	10	

Cet échantillon se compose de 72% de femmes et 28% d'hommes ; parmi les généralistes ne pratiquant pas l'IVG 73% sont des femmes et 27% des hommes, le sous-groupe pratiquant l'IVG se compose de 70% de femmes et 30% d'hommes.

Dans les deux sous-groupes, les catégories d'âge les plus représentées sont les personnes de 51 à 65 ans, puis celles de 35 à 50 ans, pour un total respectivement de 42% et 37%.

77% des médecins interrogés pratiquent en cabinet libéral de groupe, représentant le mode d'exercice majoritaire dans les deux sous-groupes de manière comparable. 37% exercent dans une ville avec un centre hospitalier, 56% à 20 km ou moins d'un centre hospitalier, dont 61% de médecins ne pratiquant pas l'IVG. A l'inverse, 60% des médecins pratiquant l'IVG exercent en ville. Seuls 7% exercent à plus de 20km d'un centre hospitalier, parmi eux aucun ne pratique l'IVG.

51% des médecins exercent depuis plus de 15 ans, 39.5% ont entre 5 et 15 ans d'exercice. Dans les deux sous-groupes, ces proportions sont comparables.

Aucun médecin ne pratique l'IVG en CPEF ou en centre hospitalier, mais tous en cabinet libéral.

2. Médecins généralistes ayant une activité IVG

Les caractéristiques des médecins pratiquant l'IVG sont présentées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Médecins généralistes pratiquant l'IVG

	Nombre de médecins (n=10)
<i>Pratique effective de l'IVG</i>	6
<i>Temps de pratique de l'IVG</i>	
Moins de 5 ans	6
5 à 10 ans	2
Plus de 10 ans	2
<i>Mode de recrutement des patientes</i>	
Propre patientèle	1
Orientées par un autre professionnel	2
Orientées par un centre hospitalier	4
Bouche à oreille	2
CPEF/N° vert	1

<i>Lieu de pratique de l'IVG</i>	
Cabinet libéral	10
<i>Intérêts de la pratique de l'IVG en médecine générale</i>	
Proximité géographique	8
Raccourcissement des délais de PEC	9
Meilleure confidentialité	4
Relation médecin-patient privilégiée	8
Offre nécessaire car moins de gynécologues libéraux	4

6 généralistes sur 10 se sont formés il y a moins de 5 ans ; 3 d'entre eux ont entre 35 et 50 ans, 2 ont moins de 35 ans, parmi eux 5 exercent la médecine générale depuis 15 ans ou moins. 4 médecins ont déclaré n'avoir pas réalisé d'IVG dans l'année écoulée ; 2 d'entre eux se sont formés il y a moins de 5 ans. Le plus souvent, les patientes sont orientées vers le praticien par un centre hospitalier.

Un seul généraliste considère que cette activité « fait partie du champ d'action de la médecine générale mais comporte trop d'inconvénients ». Tous les autres pensent que l'IVG a toute sa place dans la pratique de la médecine générale. Pour ces 10 praticiens, les principaux intérêts de l'IVG sont le raccourcissement des délais de prise en charge pour 90% d'entre eux, la proximité géographique du cabinet de médecine générale et la relation médecin patient privilégiée, pour 80%.

3. Médecins généralistes n'ayant pas d'activité IVG

Parmi ces praticiens, 76% considèrent que l'IVG fait partie du champ d'action de la médecine générale, mais 24% estiment qu'elle implique encore trop d'inconvénients (tableau 3).

Les médecins considérant que l'orthogénie ne fait pas partie du champ d'action de la médecine générale (24%) ont été exclus de la question concernant les intérêts de cette pratique en médecine générale. Les principaux intérêts évoqués sont la relation médecin patient privilégiée (88%), le raccourcissement des délais de prise en charge (76%) et un moyen

de pallier le faible nombre de gynécologues libéraux (72%), un peu plus de la moitié évoque la proximité géographique (tableau 3).

Tableau 3 : Place et intérêts de l'IVG en médecine générale (MG)

	Nombre de médecins (n=33)
Elle a toute sa place en MG	17
Cela fait partie du champ d'action de la MG mais trop d'inconvénients	8
Cela ne fait pas partie du champ d'action de la MG	8
<i>Intérêts de la pratique en MG</i>	(n=25)
Proximité géographique	13
Raccourcissement des délais de prise en charge	19
Meilleure confidentialité	7
Relation médecin-patient privilégiée	22
Offre nécessaire car moins de gynécologues libéraux	18

4. Pratiques des médecins

Les pratiques des médecins lors d'une consultation pour IVG sont détaillées dans les tableaux 4 et 5.

Tableau 4 : Pratiques des médecins généralistes ayant une activité IVG

	Nombre de médecins (n=10)
<i>Examens complémentaires pré IVG</i>	
Echographie de datation systématique	7
Echographie à la demande de la patiente	1
HCG seules	2
<i>Informations délivrées</i>	
Dossier guide fourni	5
Fiche d'informations personnelle	7
Modalités IVG systématique (médical/chir)	9
Information IST systématique	8
Information contraception systématique	9
Entretien psycho-social systématiquement proposé	6

<i>Nombre de consultations</i>	
Consultation pré IVG systématique	4
Consultation pour les médicaments	10
Consultation de contrôle systématique	7
> 3 consultations	0
<i>Consultation de contrôle</i>	
Echo + HCG	0
Echo seule	1
HCG seules	8
Orientation vers confrère pour consultation + écho	1
<i>Délai de rendez vous</i>	
≤ 2 jours	7
3 à 5 jours	3
> 5 jours	0
<i>Motifs de refus</i>	
Dépassement délai 7 SA	7
Objection de conscience	1
Utérus cicatriciel	0
Grossesse gémellaire	4
Comorbidités	5

70% des médecins prescrivent une échographie de datation de manière systématique. Les modalités de réalisation de l'IVG et la contraception future sont abordées systématiquement par 90% des médecins. Seuls 50% d'entre eux fournissent le dossier guide IVG officiel. 60% des généralistes proposent systématiquement un entretien psycho-social.

La consultation pré IVG est effectuée systématiquement par seulement 40% des généralistes, tandis que la consultation de contrôle est systématique dans 70% des cas. La plupart (80%) utilisent les hCG pour contrôler l'efficacité de la prise en charge.

Tous les médecins déclarent ne pas dépasser 5 jours de délai pour proposer un rendez-vous. Les très courts délais de prise en charge (<2 jours) sont principalement offerts en ville. Le motif de refus le plus fréquent est le dépassement du délai de 7 SA, les comorbidités associées sont un motif de refus pour la moitié des généralistes (tableau 4).

Tableau 5 : Médecins généralistes ne pratiquant pas l'IVG, avant d'adresser à un confrère

	Nombre de médecins (n=33)
<i>Examens prescrits</i>	
HCG	6
Echo datation	1
HCG + écho datation	19
Rien	7
<i>Informations délivrées</i>	
Modalités IVG (médical/chir)	29
Info contraception	19
Info IST	15
Discussion sur le choix de l'IVG	18
Je ne sais pas quels conseils donner	1
<i>Orientation patiente</i>	
Vers hôpital	12
CPEF	15
MG pratiquant l'IVG	3
Gynéco libéral	3

21% des médecins orientent directement les femmes vers un confrère, 58% prescrivent une échographie de datation associée aux hCG. 88% des généralistes informent leurs patientes sur les modalités pratiques de l'IVG, les questions de la contraception et des IST sont moins souvent abordées (respectivement 58% et 45%). 55% des médecins engagent une discussion avec leurs patientes sur leur choix de réaliser une IVG.

Les patientes sont le plus souvent adressées vers un hôpital (36%) ou un planning familial (45%), seuls 18% des médecins orientent les femmes vers un confrère libéral, dont 9% vers un généraliste pratiquant l'IVG.

Seule une personne déclare ne pas savoir quels conseils donner.

5. Connaissances théoriques des médecins généralistes sur l'IVG

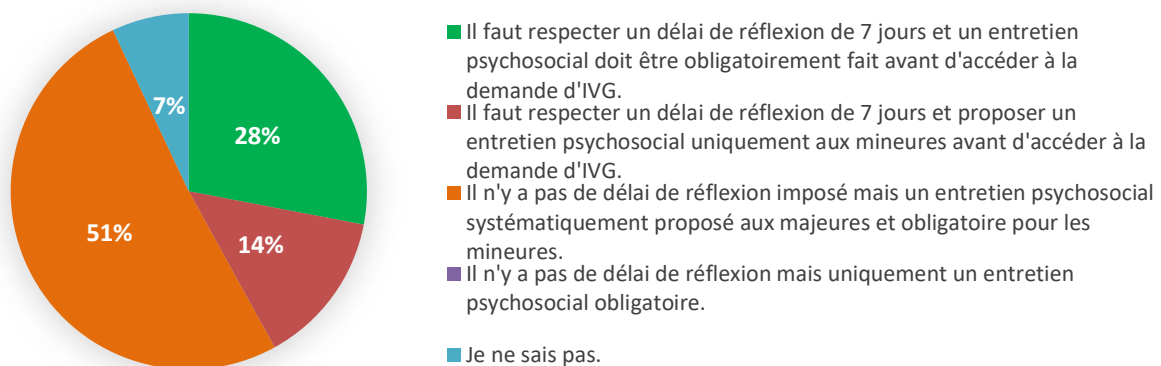
Deux items du questionnaire interrogeaient les médecins sur leur connaissance de certains points clés législatifs encadrant l'IVG : le délai de réflexion et l'entretien psychosocial ainsi que

les délais limites de réalisation d'une IVG. Tous les généralistes pratiquant l'activité ont répondu correctement à ces deux questions.

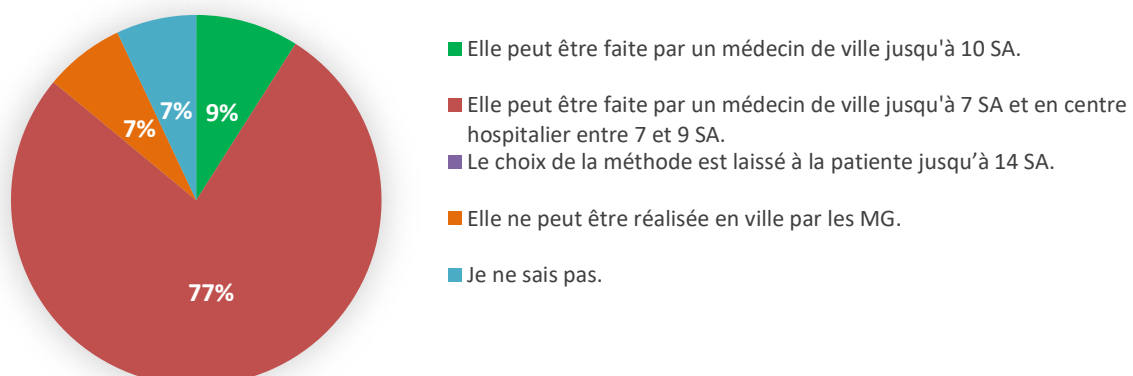
Concernant le délai de réflexion et l'entretien psychosocial, 36% des généralistes ne pratiquant pas ont répondu correctement (n=33), 54.5% pensent qu'un délai de réflexion de 7 jours est obligatoire, 9% déclarent ne pas connaître la bonne réponse (graphique 1).

Concernant les délais légaux, 70% des généralistes ne pratiquant pas ont répondu correctement, 9% pensent que l'IVG n'est pas réalisable en ville par un généraliste, 9% ne connaissent pas la réponse (graphique 2).

Graphique 1 : Concernant le délai de réflexion et l'entretien psychosocial (n=43)

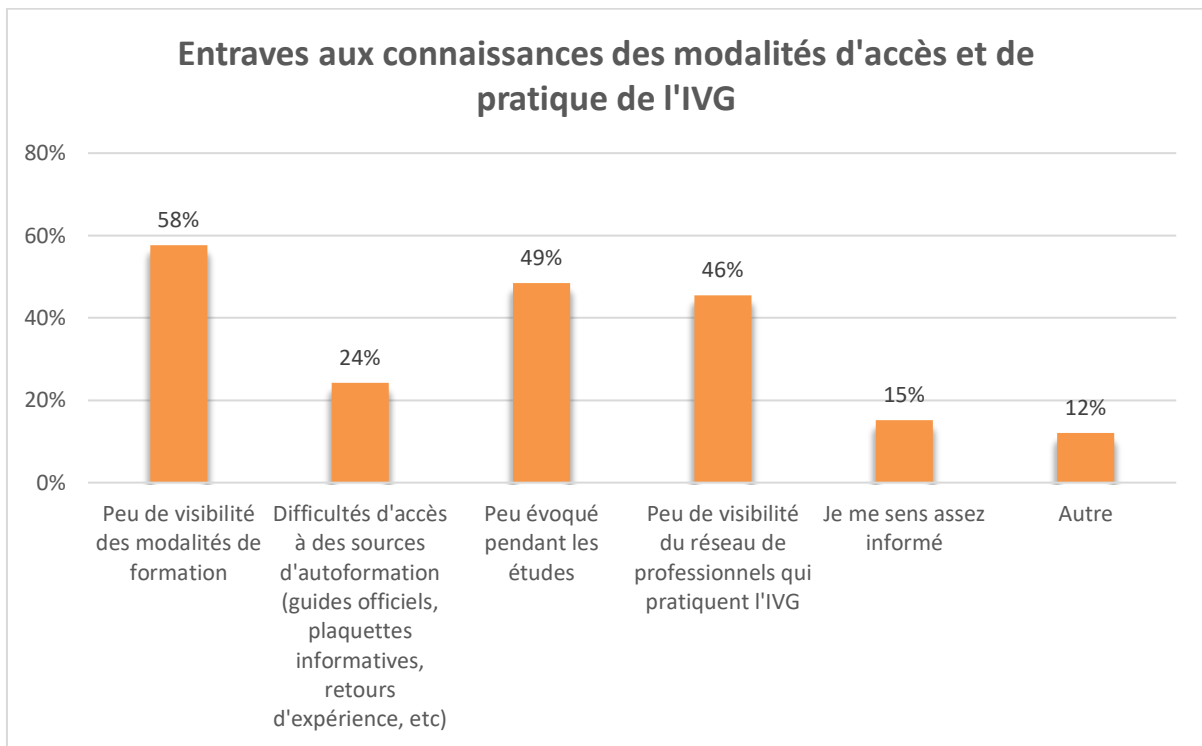


Graphique 2 : Concernant le délai légal d'une IVG en ville (n=43)



Parmi les médecins ne pratiquant pas l'IVG, seulement 15% se sentent assez informés sur les modalités d'accès et de pratique de l'IVG. Le manque de visibilité des moyens de formation, ainsi qu'un défaut d'enseignement initial à la faculté et le peu de visibilité du réseau de professionnels autour de l'IVG sont les entraves les plus souvent évoquées par les généralistes dans leurs connaissances sur le sujet (graphique 3).

Graphique 3 : Entraves aux connaissances des modalités d'accès et de pratique de l'IVG

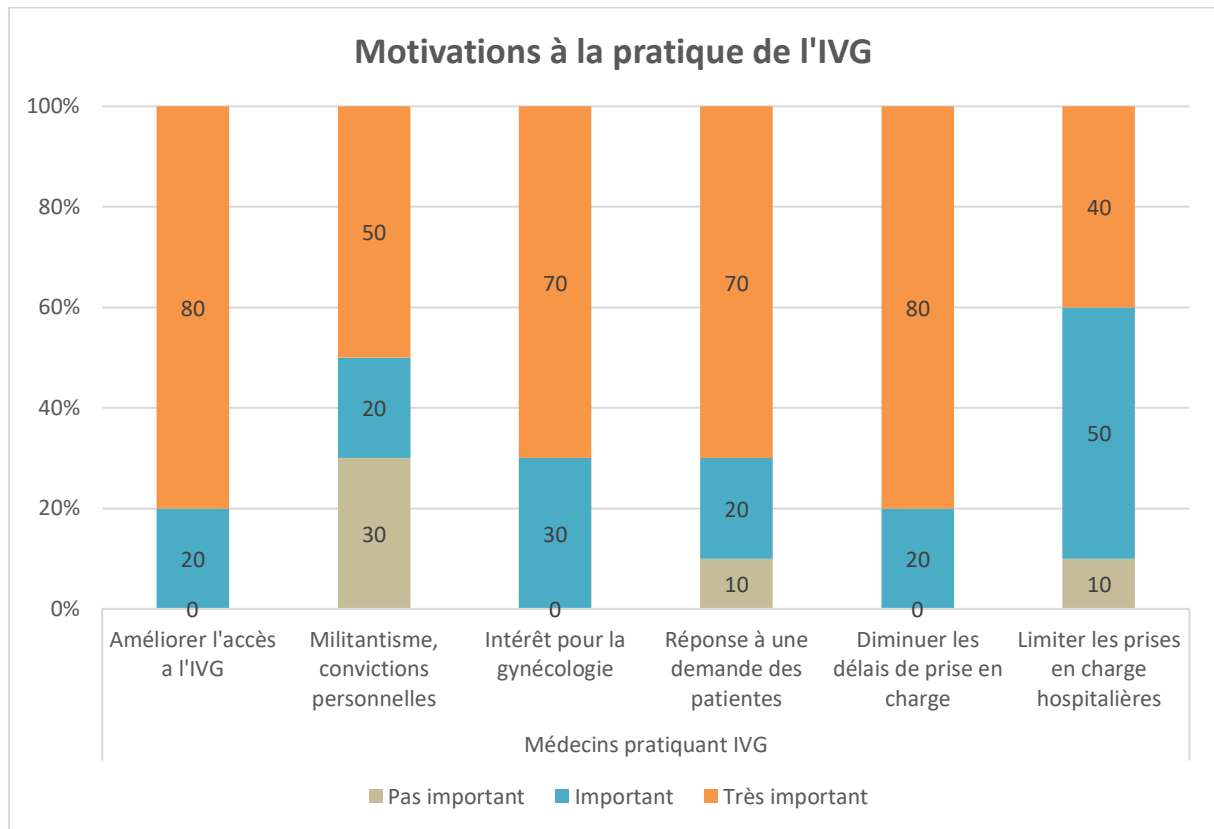


6. Motivations à la pratique de l'IVG

a) Médecins pratiquant l'IVG

L'amélioration de l'accès à l'IVG et la diminution des délais de prise en charge sont les raisons essentielles poussant les médecins à pratiquer l'IVG. L'intérêt pour la gynécologie et l'apport d'une réponse à la demande des patientes sont aussi souvent cités (graphique 4).

Graphique 4 : Motivations des médecins généralistes à la pratique de l'IVG



b) Médecins ne pratiquant pas l'IVG

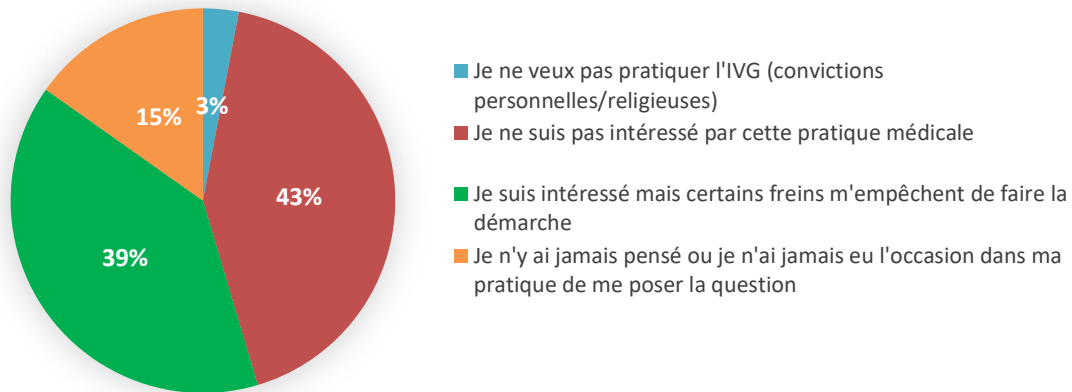
39% des médecins déclarent être intéressés par l'IVG mais ne la pratiquent pas à cause de certains freins. 1 seule personne (3%) ne souhaite pas pratiquer l'IVG en évoquant des raisons personnelles/religieuses. 15% déclarent ne s'être jamais posé la question (graphique 5).

La principale raison évoquée par les généralistes qui n'ont pas d'activité d'IVG est leur désintérêt pour cette pratique médicale (43%) ; parmi eux, 8 sur 14 (57%) considèrent cependant que l'orthogénie fait partie du champ d'action de la MG.

15 médecins, soit 45%, déclarent être prêts à se former, 4 ont déjà commencé ou le projettent, 4 autres (12%) considèrent qu'il y a des freins. 18 médecins, soit 55%, déclarent ne pas vouloir se former car ils ne souhaitent pas pratiquer l'IVG ou ne sont pas intéressés par cette pratique (graphique 6).

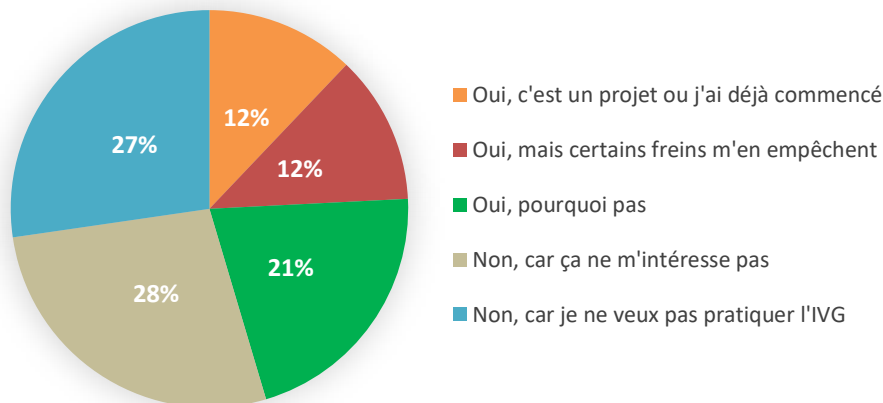
Concernant la formation initiale, 57% des médecins connaissent l'existence de formations spécifiques à l'IVG (DPC, formation pratique en CH, CPEF ou chez un gynécologue).

Graphique 5 : Pourquoi ne pratiquez-vous pas l'IVG ? (n=33)



Valeurs arrondies à l'unité inférieure ou supérieure la plus proche

Graphique 6 : Seriez-vous prêt à vous former à l'IVG ? (n=33)



Valeurs arrondies à l'unité inférieure ou supérieure la plus proche

Dans le protocole, seuls les médecins ayant répondu « oui » à la question « seriez-vous intéressé pour vous former à l'IVG ? » étaient interrogés sur leurs motivations. Les données des 15 médecins ayant répondu positivement sont présentées dans le graphique 7. Sur les 18 médecins exclus, 5 ont déclaré ne pas être concernés, et 13 ont tout de même répondu à la

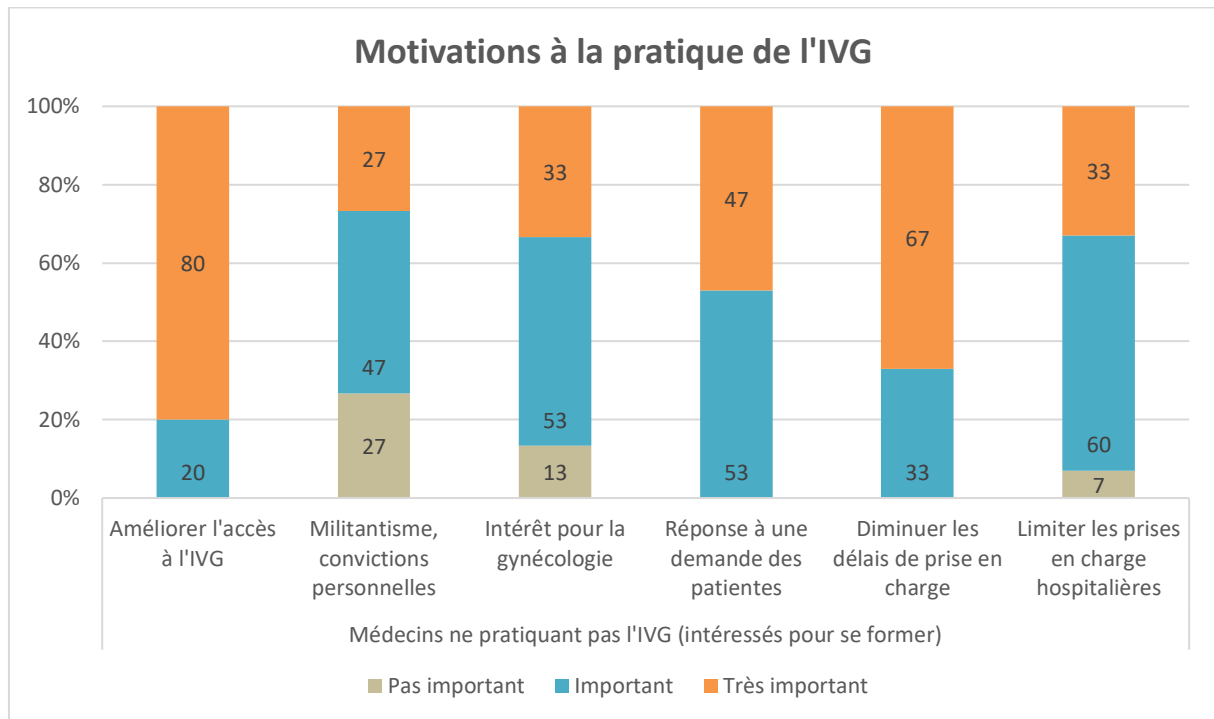
question sur les motivations. Une analyse de leurs réponses a été faite et exposée dans le graphique 8 (n=18, dont 5 non représentés car se sont déclarés « non concernés »).

Les motivations principales évoquées par les médecins sont l'amélioration de l'accès à l'IVG, la diminution des délais de prise en charge et l'apport d'une réponse à la demande des patientes (graphique 7). Chez les médecins non intéressés par la formation à l'IVG, les mêmes tendances se dégagent : améliorer l'accès à l'IVG, diminuer les délais de prise en charge et répondre à une demande des patientes (graphique 8).

1 personne s'intéresse particulièrement aux raisons qui conduisent à la décision d'IVG « approfondir les raisons qui aboutissent à l'IVG (partie surtout déléguée aux conseillères conjugales, alors qu'elle m'intéresse particulièrement), mieux accompagner les patientes, afin que cet acte ne soit ni traumatisant, ni banalisé ».

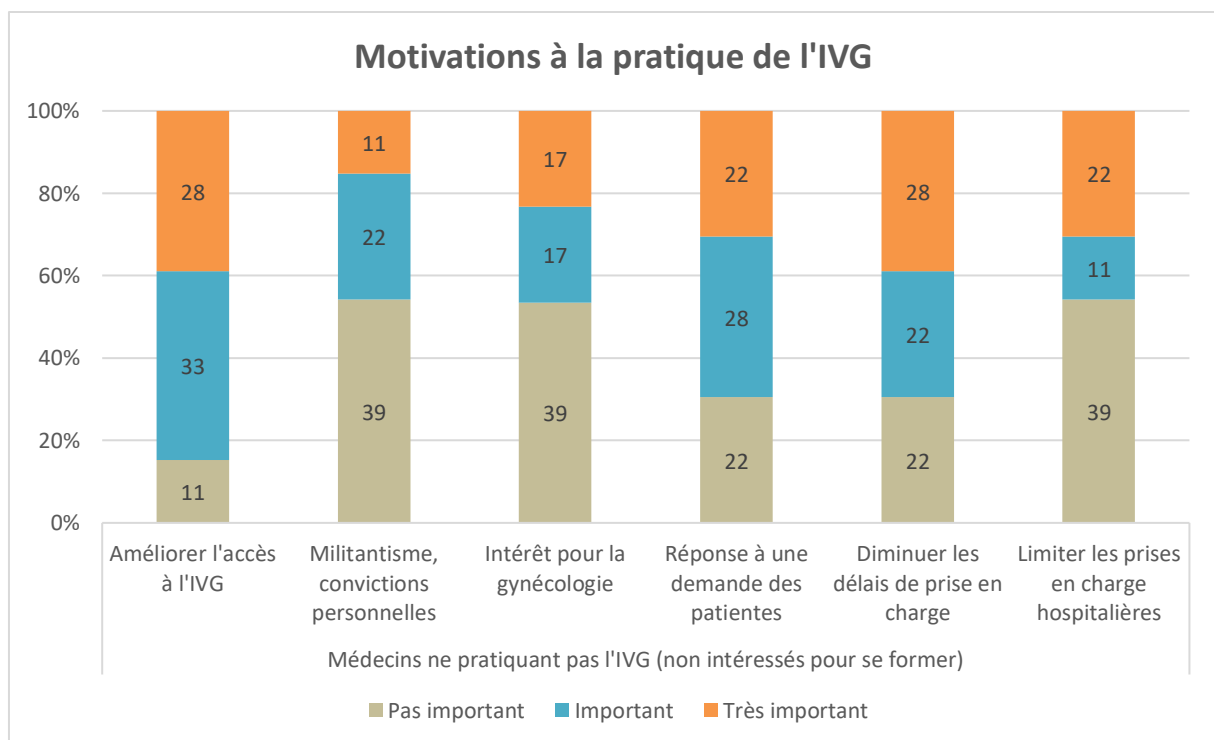
1 autre personne explique avoir répondu ne pas être intéressée pour pratiquer ou se former du fait de sa proximité d'exercice avec un autre médecin ayant une activité d'orthogénie. Elle précise qu'elle adresse ses patientes à sa consœur et que si cette dernière cesse sa pratique, elle se formera.

Graphique 7 : Motivations des MG intéressés pour se former à l'IVG (n=15)



Valeurs arrondies à l'unité inférieure ou supérieure la plus proche

Graphique 8 : Motivations des MG non intéressés pour se former (n=18 dont 5 non représentés)

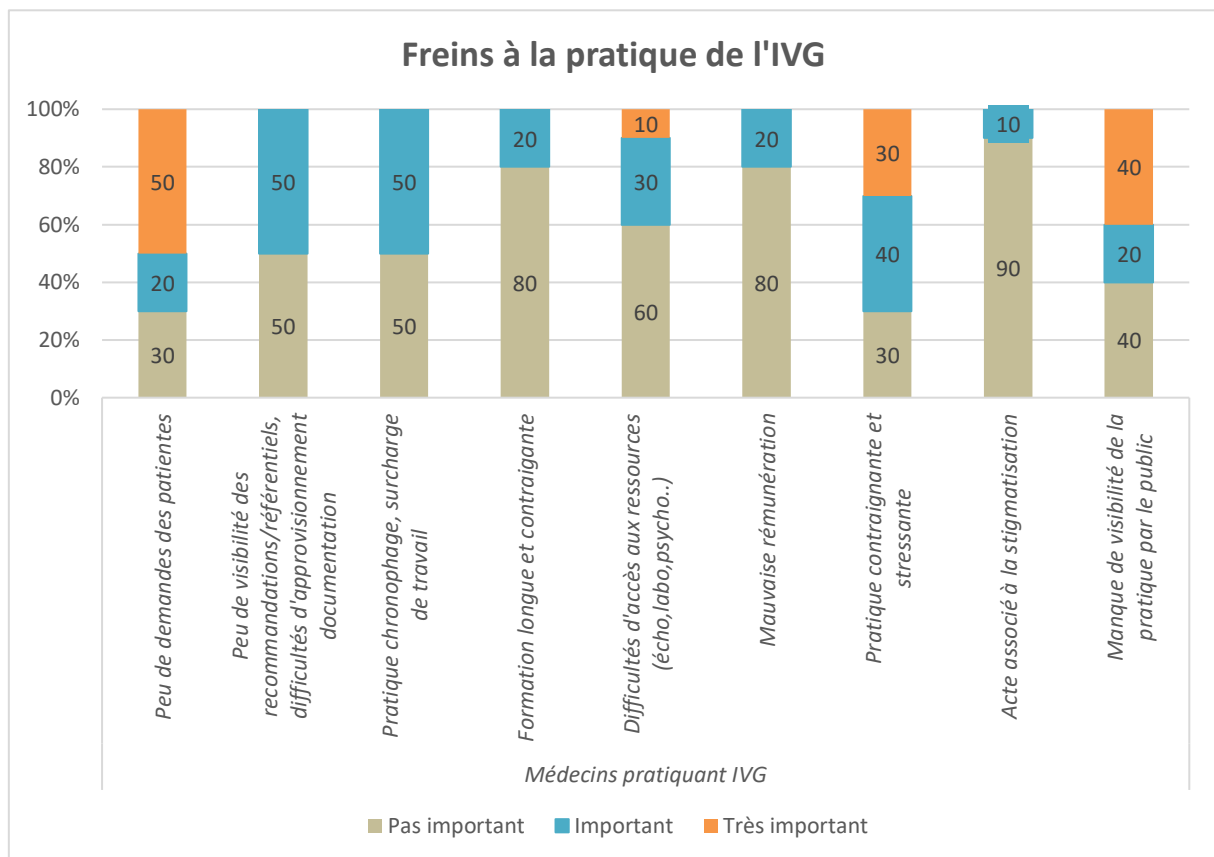


Valeurs arrondies à l'unité inférieure ou supérieure la plus proche

7. Freins à la pratique de l'IVG

Les freins évoqués par les médecins généralistes interrogés sont décrits dans les graphiques 9 et 10.

Graphique 9 : Freins des généralistes pratiquant l'IVG



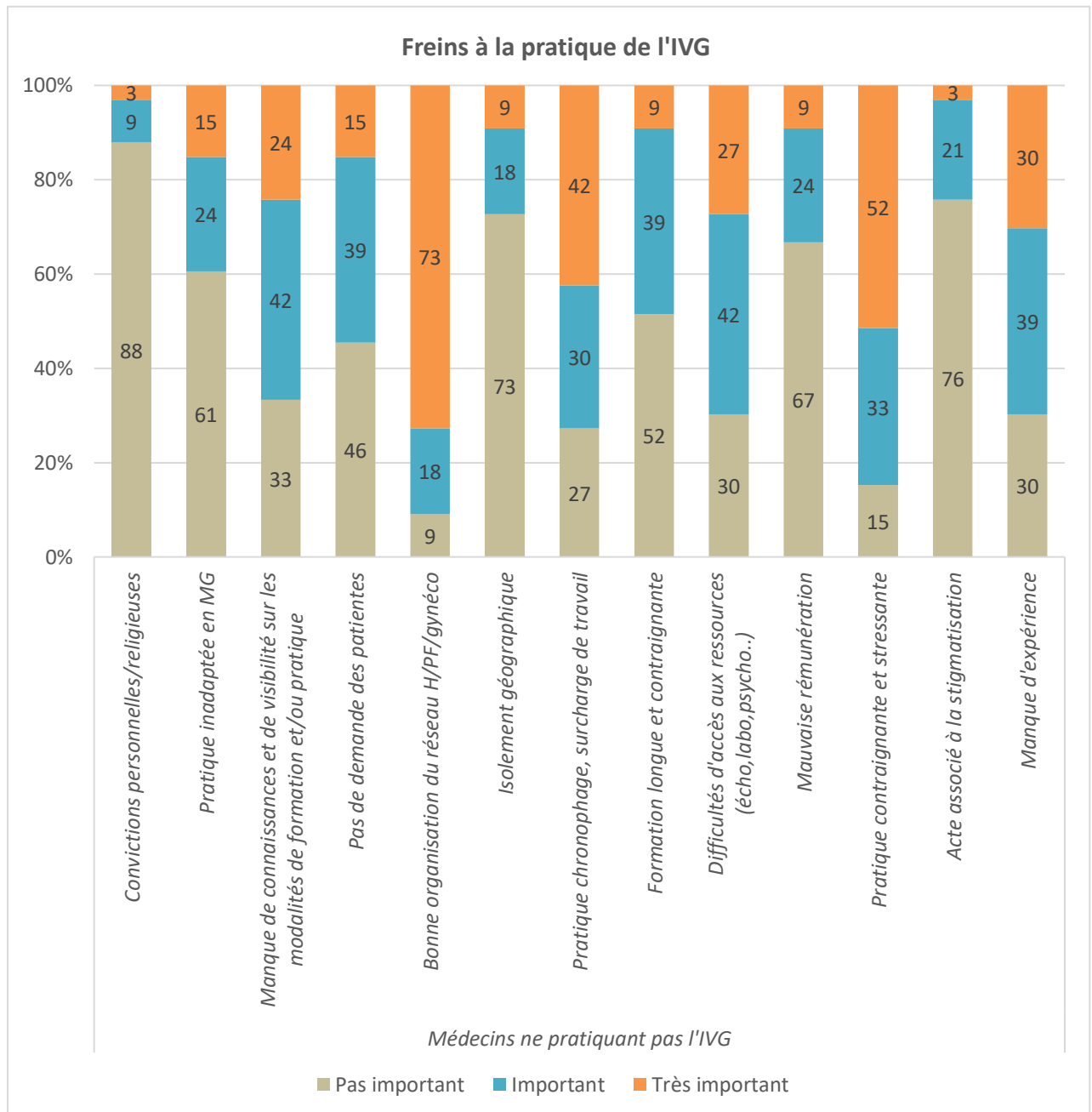
Sans considérer le degré d'importance, certains freins se dégagent (graphique 9) :

- Peu de demandes des patientes à 70%
- Pratique contraignante à 70%
- Manque de visibilité de la pratique par le public à 60%
- Pratique chronophage à 50%
- Peu de visibilité des recommandations et difficultés d'approvisionnement de la documentation à 50%

Ceux considérés comme les plus importants sont la faible demande des patientes, la pratique considérée comme contraignante/stressante, et son manque de visibilité par le public.

La stigmatisation, la mauvaise rémunération et la formation sont peu évoquées en tant que freins. 2 médecins n'évoquent aucun frein dans leur pratique.

Graphique 10 : Freins chez les généralistes ne pratiquant pas l'IVG



Valeurs arrondies à l'unité inférieure ou supérieure la plus proche

Sans considérer le degré d'importance, un certain nombre de freins sont mis en avant (graphique 10), *les chiffres ci-dessous sont issus des données brutes, tandis que les chiffres du graphique sont arrondis pour plus de lisibilité :*

- Bonne organisation du réseau de soins à 91%
- Pratique contraignante à 85%
- Pratique chronophage à 73%
- Difficultés d'accès aux ressources à 70%
- Manque d'expérience à 70%
- Manque de connaissances et visibilité des modalités de formation et de pratique à 67%
- Peu de demandes des patientes à 54%

La bonne organisation du réseau de soins autour de l'IVG et l'aspect contraignant de cette pratique ressortent comme étant les plus importants pour respectivement 73% et 52% des médecins. Viennent ensuite par ordre d'importance le caractère chronophage, le manque d'expérience, les difficultés d'accès aux ressources, le manque de connaissances et de visibilité sur la formation et la pratique en elle-même et le peu de demandes des patientes.

Une description de ces données en fonction des réponses aux questions précédentes, notamment relatives à l'intérêt des médecins pour la pratique et pour se former a été faite. Seuls les freins considérés « les plus importants » ont été pris en compte, ceux évoqués à plus de 50% sont décrits ci-dessous.

Cette analyse montre que les médecins considérant que l'IVG ne fait pas partie du champ d'action de la médecine générale sont en majorité des hommes (6/8) de plus de 50 ans, tous sont d'accord sur la bonne organisation du réseau de soins autour de l'IVG, 5 considèrent la pratique inadaptée en médecine générale.

Ceux considérant que cette activité fait partie du champ d'action de la médecine générale mais comporte trop d'inconvénients (8/33 soit 24% des généralistes ne pratiquant pas l'IVG) évoquent tous la contrainte de cette pratique comme principal frein, associé pour la plupart à son caractère chronophage (5 soit 15%) et à un réseau de soins bien organisé (7 soit 21%). La moitié d'entre eux serait tout de même intéressée pour se former.

53% de ceux pensant que l'IVG a toute sa place en médecine générale (n=17) sont freinés pour la pratiquer, 12% n'y ont jamais pensé, 35% ne sont pas intéressés par cette pratique ou ne

veulent pas la pratiquer, et, parmi ces derniers, aucun ne souhaite se former. Les 2 principaux freins évoqués sont pour 53% la bonne organisation du réseau de soins, et pour 35% l'aspect contraignant. 11 d'entre eux, soit 65%, seraient prêts ou ont déjà commencé à se former.

Les médecins ayant déclaré ne pas être intéressés par la pratique (n=14) mettent en avant principalement la bonne organisation du réseau (12 soit 86%) et une pratique contraignante (8 soit 57%). Parmi les médecins qui seraient prêts à se former (n=15), 60% (9) évoquent la bonne organisation du réseau de soins, et 53% (8) une pratique chronophage. Parmi ceux n'étant pas intéressés pour se former (n=18), 83% (15) évoquent la bonne organisation du réseau de soins, et 55.5% (10) une pratique contraignante.

De manière générale, les convictions personnelles, l'isolement géographique, la mauvaise rémunération, et la stigmatisation ne sont que peu évoqués en tant que freins.

1 personne explique avoir fait la formation il y a plusieurs années mais avoir renoncé devant l'obligation d'être joignable à tout moment dans les suites immédiates de l'acte. 1 personne évoque la proximité d'exercice avec un généraliste qui pratique l'IVG et qui ne voit pas assez de patientes pour entretenir ses compétences. 1 personne explique être médecin territorial en CPEF/PMI, son employeur ne souhaite pas que le centre ait une activité d'orthogénie.

1 seule personne évoque des convictions personnelles et/ou religieuses comme principal frein, elle considère pour autant l'IVG comme ayant toute sa place en médecine générale.

23/24 médecins considérant l'organisation du réseau comme principal frein exercent à 20 km ou moins d'un centre hospitalier. 3 médecins exercent à plus de 20 km d'un CH, 1 seul considère comme frein l'isolement géographique, cette même personne évoque le réseau bien organisé et la difficulté d'accès aux ressources comme frein « très important », une autre considère ces 2 critères comme des freins « importants ». 1 seul médecin évoquant la difficulté d'accès aux ressources comme principal frein (n=9) exerce à plus de 20 km d'un CH.

Il n'apparaît pas de sur-représentation d'âge chez les personnes ayant désigné le manque d'expérience comme principal frein.

8. Pistes pour développer l'accès à l'IVG

74% des médecins interrogés pensent que les étudiants en médecine devraient être mieux informés sur la pratique de l'IVG.

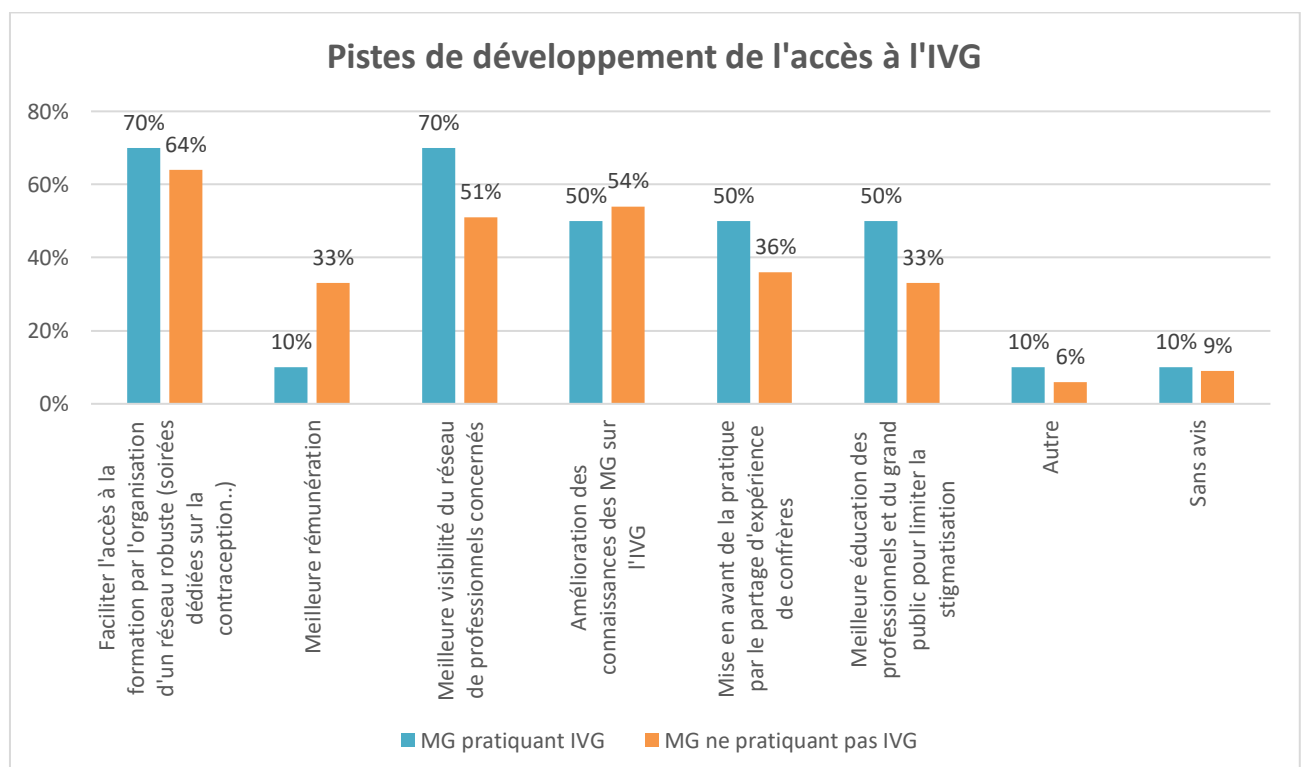
Trois pistes de développement de l'activité IVG se dégagent parmi les deux populations (graphique 11) :

- faciliter l'accès à la formation pour les généralistes,
- améliorer la visibilité du réseau de professionnels ayant une activité d'orthogénie,
- améliorer les connaissances des médecins généralistes sur le sujet.

Ces données sont comparables entre les 2 groupes de médecins.

Le partage d'expériences pratiques et l'éducation du grand public sont aussi évoqués par les médecins pratiquant déjà l'IVG. L'augmentation de la rémunération est évoquée par un seul médecin pratiquant l'IVG (10%), parmi ceux ne le pratiquant pas, 33% pensent que cela améliorerait l'accès à cette activité (graphique 11).

Graphique 11 : Pistes de développement de l'accès à l'IVG



Discussion :

1. Discussion sur le sujet et le choix de la population

La région PACA est, en 2018, la troisième région en France ayant le plus fort taux de recours à l'IVG (22), mais aussi le plus fort taux de recours chez les mineures après les DROM (8.1). Elle est aussi la deuxième région la plus dotée en médecins libéraux conventionnés pour l'IVG (médecins généralistes et gynécologues) (15). Il est intéressant dans cette étude de porter un regard sur les freins ressentis et vécus par les généralistes dans une région où l'offre de soins fait partie des meilleures concernant l'IVG, plus particulièrement dans le Vaucluse, qui est un département rural.

Cette étude comporte un biais de recrutement. En effet les médecins interrogés ont été recrutés par petits groupes de personnes se connaissant entre eux dans le cadre par exemple d'EPU ou parce qu'ils collaborent au sein du même cabinet ou secteur. Cependant cela peut être atténué par la dispersion de ces petits groupes, ne se connaissant pas entre eux et répartis sur tout le département. De plus certains d'entre eux ont été recrutés tout à fait au hasard par le biais de réseaux sociaux (prise de contact à l'occasion d'offre de remplacement de médecins généralistes exerçant dans le Vaucluse).

La dispersion spatiale des médecins est intéressante puisqu'elle concerne aussi bien des médecins exerçant en ville qu'en milieu rural ou semi rural. Cependant aucun des médecins interrogés pratiquant l'IVG n'exerce à plus de 20 km d'un centre hospitalier, ce qui représente un biais de sélection.

L'intérêt de cette étude porte également sur le fait d'avoir interrogé des médecins ne pratiquant pas l'IVG, mais aussi des médecins la pratiquant. Les effectifs obtenus ne permettent pas de pouvoir comparer ces deux groupes, mais peuvent permettre d'établir une tendance, notamment sur les différences entre les freins potentiels ou craints, et les freins avérés dans la pratique.

La moyenne d'âge des médecins dans le Vaucluse est de 51.9 ans, rendant notre échantillon représentatif de la population étudiée sur l'âge. On observe une féminisation de la profession

médicale depuis 2007, majoritairement chez les généralistes, avec, en 2018, 38% de femmes généralistes en France (dont 67% de femmes chez les moins de 34 ans). On retrouve ce phénomène dans notre étude avec 72% de femmes ayant répondu au questionnaire ; malheureusement, les données sur la répartition médicale homme/femme du Vaucluse n'ont pu être trouvées, de même que la proportion de médecins pratiquant l'IVG dans le Vaucluse.

2. Discussion sur les matériels et méthodes

L'utilisation d'un questionnaire auto-administré engendre probablement un biais de déclaration dans cette étude. D'autre part il existe aussi un biais de mesure : certaines questions comportaient une réponse « autre », pour deux d'entre elles, il n'y avait pas de zone de texte à remplir afin de préciser la réponse, engendrant une perte de données. Cependant, cela ne représente qu'un faible nombre de réponses.

Il était précisé dans le protocole que la question « Quelles seraient vos motivations professionnelles à la pratique de l'IVG ? » était destinée uniquement aux médecins ayant répondu « oui » à la question « Seriez-vous prêt à vous former ? », certains médecins n'ont pas compris cette indication et ont quand même répondu à la question. Cette digression au protocole suggère que les médecins non intéressés à l'instant T peuvent se poser la question de leurs motivations pour une hypothétique pratique, actuellement non envisagée. Ces données ont donc été analysées, à part et hors protocole.

Concernant la question sur le temps d'exercice, le choix du seuil de 15 ans (exercice depuis moins de 5ans ; 5 à 15 ans ; \geq 15 ans) n'est pas anodin. En effet, il y a 15 ans, l'IVG médicamenteuse est devenue réalisable en médecine de ville (année 2004). On constate que seuls 3 médecins exerçant depuis plus de 15 ans ne savaient pas que les généralistes pouvaient pratiquer l'IVG en ville.

Dans le questionnaire, un critère spatial avec seuil de 20 km a été choisi pour évaluer la proximité de la zone d'exercice avec un centre hospitalier. A posteriori, un seuil temporel aurait été plus judicieux et discriminant.

3. Discussion sur les résultats : les freins

a) Bonne organisation du réseau de soins :

Ce travail a montré que le principal obstacle pour les médecins généralistes du Vaucluse ne pratiquant pas l'IVG est en premier lieu **la bonne organisation du réseau de soins** autour de l'IVG, réduisant la notion de service médical rendu pour les patientes, comme le montre aussi M. Rigal dans son étude qualitative auprès de généralistes ne pratiquant pas l'IVG en 2012 (21). Une étude Australienne (19) en 2017 montre que l'existence de structures dédiées, qu'ils considèrent plus appropriées pour la prise en charge de l'IVG, est une raison pour lesquelles les généralistes ne souhaitent pas pratiquer cette activité. Pour autant, le rôle du généraliste comme médecin de premier recours le place comme acteur essentiel dans la prise en charge de l'urgence par sa plus grande disponibilité et flexibilité, comme le souligne E. Bécue en 2012 (22). Ce travail, réalisé auprès de généralistes et gynécologues libéraux non conventionnés, précise que le manque de temps est un frein plus important pour les gynécologues libéraux que pour les généralistes. Selon l'OMS, l'IVG doit être favorisée en soin primaire, car cela améliore l'accès aux soins (23).

Le Rapport d'Information sur l'accès à l'IVG fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes (10) fait état du nombre insuffisant de praticiens réalisant des IVG sur le territoire, qui augmente les délais pour obtenir un rendez-vous à l'hôpital et de fait, les délais de prise en charge, conduisant les femmes aux limites des délais légaux pour avorter. Conjointement, les difficultés d'accès pour les IVG tardives, variables entre les régions, sont une préoccupation pour le développement de l'accès à l'IVG. En effet, des refus ponctuels de prise en charge d'IVG tardives ont été relevés, notamment au centre hospitalier de Cavillon (Vaucluse), où les IVG chirurgicales entre 12 et 14 SA ne sont pas pratiquées, car le geste est considéré comme trop risqué pour un plateau technique non adapté (10).

Alors que 8% des centres pratiquant l'IVG en France ont fermé en 10 ans (24), seulement 2.9% des généralistes et gynécologues libéraux pratiquent des IVG au cabinet (10). La répartition des IVG entre les praticiens, dépendante de l'offre territoriale, peut obliger les femmes, non

seulement à effectuer de longs parcours pour pouvoir avorter, mais aussi à décider d'une méthode, résultat de l'adaptation à l'offre locale plutôt que d'un réel choix exprimé.

L'offre de soins autour de l'IVG est donc très inégale en fonction des régions ; au vu de ces résultats, il semble que cela soit un point fort dans le Vaucluse. Cependant, ce critère n'a pas été évalué pour les généralistes pratiquant l'IVG dans notre enquête, il serait intéressant de connaître et comparer leurs avis.

b) Peu de demandes des patientes

Dans la population de médecins généralistes ayant une activité d'orthogénie, le premier frein semble être **le manque de demandes des patientes**. L'étude qualitative Australienne (19) met également ce point en avant, ce qui pousse les médecins à penser que les femmes ne savent pas qu'ils pratiquent cet acte. Certains médecins exerçant à la fois en clinique privée et en cabinet de ville précisent qu'ils ont plus de demandes à la clinique qu'à leur cabinet.

Leroy et al, en 2018 (20) retrouve une pratique également très hétérogène en fonction de l'offre de soin du secteur, notamment en Alsace où l'unique généraliste proposant cet acte au cabinet n'a encore jamais été sollicité, l'offre de soin à l'hôpital étant satisfaisante, et le nombre de médecins libéraux pratiquant des IVG (médecins CPEF et gynécologues libéraux) étant important. En Lorraine, les 2 généralistes conventionnés ont une activité tout à fait différente : celui exerçant en centre de santé est très sollicité (proximité d'un appareil d'échographie et de gynécologues libéraux dans ce même centre), à l'inverse, celui exerçant seul est très peu sollicité.

Ce résultat peut être mis en parallèle du frein évoqué plus haut par les généralistes ne réalisant pas d'IVG : la bonne organisation du réseau de soins. Il serait alors intéressant d'interroger les patientes sur leur parcours en Vaucluse pour réaliser un avortement, et sur les raisons faisant qu'elles s'adressent peu à leur généraliste. Sont-elles suffisamment bien prises en charge dans les centres IVG où sont-elles mal informées de l'existence de sa pratique en secteur libéral ?

Dans notre étude 4 médecins sur 10 déclarent ne pas avoir réalisé d'IVG dans l'année écoulée ; on constate qu'ils exercent tous en ville ou à moins de 20 km d'un centre hospitalier, 2 d'entre

eux se sont formés il y a moins de 5 ans, tous évoquent le peu de demandes des patientes comme frein (2 « très important » et 2 « important »). Tous médecins confondus, il ne semble pas y avoir de corrélation entre la faible demande des patientes et la zone d'exercice, proche ou non de l'hôpital.

Cet obstacle soulève la notion de **l'entretien des compétences**, dans une pratique nécessitant des dispositions techniques, morales et éthiques particulières mais, de fait, peu fréquente. Les médecins australiens explicitent bien le problème engendré par une activité non régulière, mais dont l'efficacité est soumise à l'expérience (19). Une expérience intéressante est abordée dans notre étude, : une des médecins explique qu'elle ne pratique pas elle-même d'IVG car elle préfère adresser ses patientes à une consœur formée à cette pratique, mais trop peu sollicitée. Cette démarche, selon elle, favorise l'entretien des compétences de sa collègue.

Parmi les généralistes ne pratiquant pas d'IVG, 54% évoquent cet obstacle. Ce résultat est semblable à ce qui a été trouvé dans le travail réalisé à Soissons par C. Escoubet, où 55% des médecins estiment qu'ils ont trop peu de demandes au cabinet pour que cela vaille la peine de se former à l'IVG (25).

c) Manque de visibilité de la pratique par le public

Ce dernier point soulève la question de la **visibilité de l'activité par le public**, deuxième frein identifié chez les médecins pratiquant l'IVG dans cette enquête. *Leroy et al* (20) retrouve cette idée en mettant en avant la forte demande dans des structures pluriprofessionnelles où l'offre est mieux connue des professionnels et drainant beaucoup de patient(e)s ; à contrario, les autres généralistes, moins sollicités déplorent le manque de visibilité de leur pratique par le public et par les professionnels.

Les résultats de notre étude montrent que pour 40% des généralistes, le principal recrutement des patientes vient de l'hôpital. Pour seulement 10%, les patientes sont majoritairement issues de leur propre patientèle, et pour 20% grâce au bouche à oreille. De plus, 45.5% des généralistes qui ne pratiquent pas l'IVG considèrent que le manque de visibilité des professionnels impliqués dans l'IVG est une entrave à leurs connaissances sur le sujet.

Parallèlement, au cours de ce travail, obtenir les adresses de ces médecins s'est révélé être assez difficile.

Les médecins n'ayant pas d'activité d'orthogénie pensent à 72% que cette offre est nécessaire à cause du manque de gynécologues libéraux (40% chez les médecins pratiquant l'IVG), on peut donc se demander si cette différence de problématique n'est pas due à leur méconnaissance des confrères généralistes pouvant prendre en charge les IVG. On constate que seuls 3 médecins adressent leurs patientes vers des confrères généralistes, alors que 27 adressent à l'hôpital ou au CPEF ; aussi seuls 2 médecins sur 10 déclarent voir des patientes majoritairement adressées par d'autres professionnels de santé.

Le Rapport d'Information de l'Assemblée Nationale met aussi en avant la difficulté des femmes à trouver un praticien proche de chez elle pour réaliser une IVG. Elles ignorent la plupart du temps où s'adresser, et perdent ainsi du temps dans leur démarche, les rapprochant des délais légaux (10).

d) Pratique contraignante et stressante

Le deuxième frein le plus important dans la population de médecins ne pratiquant pas l'IVG est **l'aspect contraignant et stressant** de cette activité, englobant la nécessité d'être disponible à tout moment, le risque de complications et de pertues de vue. Cet obstacle est aussi fortement évoqué par les généralistes ayant une activité d'orthogénie, en troisième position. Cette piste est retrouvée dans plusieurs études, notamment dans une étude réalisée dans les Bouches du Rhône auprès de généralistes ne pratiquant pas l'IVG (26), où la crainte des complications est le deuxième frein le plus important. A Rouen, la moitié des médecins interrogés ayant renoncé à la pratique de l'IVG craignent la survenue de complications (27). Dans l'étude menée dans le Nord Pas de Calais par E. Bécue, le premier frein évoqué par les généralistes est la crainte de complications médico légales (22) ; cet aspect n'a pas été étudié dans ce travail.

La HAS a montré en 2010, qu'il existe un taux très faible de complications nécessitant une aspiration chirurgicale : 2 à 4 % d'expulsions incomplètes et 0,5 à 1 % d'hémorragies. Les infections pelviennes sont peu fréquentes, environ 0,9 %. L'échec de la méthode défini par la poursuite d'une grossesse évolutive est de l'ordre de 1 % pour les posologies autorisées par

l'AMM (12). Le REVHO en 2011, montre que l'IVG pratiquée au domicile est sûre et efficace avec un taux d'efficacité s'élevant à 97.4%, le taux d'aspiration secondaire était de 0.94% (28).

Le risque de méconnaître une grossesse extra utérine (GEU) peut être spécifiquement une source d'angoisse pour n'importe quel médecin, notamment dans un contexte d'avortement où la réalisation d'une échographie préalable n'est pas obligatoire. Une méta analyse réalisée en 2016 sur les complications de l'IVG rapporte une fréquence de 2 GEU pour 10 000 IVG médicamenteuses, et aux Etats Unis 7 GEU non diagnostiquées avant la prise des médicaments pour 100 000 IVG (29).

e) Pratique chronophage

Dans cette étude, le **caractère chronophage** de la prise en charge de l'IVG apparaît comme un frein, en particulier pour les médecins ne le pratiquant pas, pour qui cela représente le troisième principal obstacle (73% le citent comme frein). Dans la littérature, cela se confirme autant chez les médecins pratiquant l'avortement que chez ceux ne le pratiquant pas. Ceci constitue la principale entrave pour *Leroy et al*, chez les généralistes du Grand Est ayant une activité d'orthogénie (20), de même, dans le Nord pas de Calais, les généralistes et gynécologues libéraux non conventionnés évoquent en premier lieu leur manque de disponibilité (22).

Les consultations plus longues et multiples inhérentes aux aspects technique et psychologique qu'imposent cet acte, et la charge de travail administratif sont régulièrement pointées du doigt, en particulier par C. Marguerite (27) dans son travail mené à Rouen, ciblant spécifiquement les généralistes s'étant formés à l'IVG mais ayant renoncé à la pratiquer, où cela constitue le premier frein dans cette population. Pour les généralistes australiens, c'est aussi la crainte d'une sélection de patientèle qui entrainerait une surcharge de travail qui est évoquée (19).

f) Manque d'expérience

Le manque d'expérience est aussi un obstacle fréquemment soulevé par les médecins qui n'ont pas d'activité d'orthogénie. Il ne semble pas y avoir de corrélation avec l'âge ou le temps d'exercice, on note cependant qu'aucun médecin de moins de 35 ans ne considère le manque d'expérience comme un frein « très important ». On retrouve cette notion dans l'étude Australienne, où d'une part, les médecins réalisant des IVG déplorent un manque de supervision et de partage d'expérience, et où d'autre part, le manque de connaissances théoriques et de formation professionnelle pratique freinent ceux qui ne pratiquent pas la procédure (19). Plus spécifiquement, C. Escoubet soulève le problème d'une prise en charge psychologique trop délicate pour 38% des médecins (25).

La notion d'expérience est directement liée à la disponibilité et la qualité de la formation pratique initiale et continue - qui comme nous le verrons plus bas fait défaut pour un certain nombre de généralistes - et à la pratique antérieure d'IVG, notamment pendant les études. Une étude américaine a montré que la pratique de l'avortement dans l'exercice futur était corrélée à la réalisation d'une formation IVG et à la pratique d'un grand nombre d'actes pendant l'internat (30).

g) Difficultés d'accès aux ressources

Certaines craintes freinant les médecins non pratiquants s'avèrent peu importantes pour les généralistes ayant une activité IVG. La différence d'effectif entre les deux populations ne permet pas une réelle comparaison. On note cependant une différence significative pour **la difficulté d'accès aux ressources** (échographie, laboratoire, psychologue), crainte par 70% des médecins ne réalisant pas d'IVG, alors que seulement 40% des médecins pratiquant l'acte l'évoquent. Dans le travail d'E. Bécue en Nord Pas de Calais, cela est considéré comme un frein par seulement 8% des généralistes qui ne pratiquent pas l'IVG (22). Dans le Grand Est, cette problématique est évoquée seulement par un généraliste ayant une activité d'orthogénie.

On peut supposer que le mode d'exercice dans le Vaucluse, « semi rural », avec un accès moins facile au cabinet de radiologie ou au psychologue pour d'autres pathologies, par manque de praticiens ou délais trop longs, peut expliquer cette crainte. Dans notre étude, il ne semble

pas y avoir de lien entre les difficultés d'accès aux ressources et l'éloignement d'un centre hospitalier.

Ce point renvoie directement à la crainte des complications, qu'elles soient médicales ou médico légales, exprimée par les généralistes. Le CNGOF précise dans ses recommandations que l'absence d'accès à l'échographie ne doit pas être un frein à la programmation de l'IVG (13). On peut extrapoler cela dans un contexte de GEU qui n'aurait pas été diagnostiquée parce que l'échographie n'est pas obligatoire. Il persiste un flou législatif à ce sujet qui peut faire peur aux praticiens qui préfèrent ainsi ne prendre aucun risque.

h) Manque de connaissances et de visibilité des modalités de formation et de pratique de l'IVG

67% des généralistes qui ne réalisent pas d'IVG sont freinés par **manque de connaissances et de visibilité des modalités de formation et de pratique**. Ceci a déjà été identifié dans le travail de C. Marguerite, comme le deuxième principal obstacle par les généralistes de Rouen (27). Il a été montré dans ce travail qu'une fois formés, moins de 50% des médecins finissaient par se conventionner, cela s'expliquant par un défaut de formation complémentaire pratique et de référent à qui s'adresser, comme évoqué plus haut. Les généralistes interrogés dans le Nord Pas de Calais par E. Bécue déplorent pour 51% un manque de formation pratique, et pour 39% un manque de formation théorique (22).

On constate cependant dans notre étude qu'une grande majorité connaît l'existence de DU ou DPC pour se former théoriquement, mais qu'en pratique 57% regrettent le manque de visibilité des modalités de formation. Cela suggère une difficulté, d'une part à trouver une formation théorique facilement, et d'autre part à trouver un lieu de formation pratique à l'issue de cette formation.

i) Formation longue et contraignante

Ce dernier point peut être relié et expliquer la différence de résultat entre les deux populations concernant **la contrainte de la formation**. Elle représente un frein pour presque la moitié des généralistes qui ne pratiquent pas l'avortement (dont 9% la considèrent comme

un frein « très important »), contre seulement 20% des généralistes qui le pratiquent. *Dawson et al*, en 2017, a aussi soulevé l'inquiétude des médecins australiens concernant l'investissement demandé pour faire la formation (19). Chez des généralistes déjà en majorité réticents à la pratique par crainte d'une activité chronophage, et ne trouvant pas facilement d'informations sur les modalités de formation, on comprend aisément la crainte d'un surinvestissement pour se former.

La différence de résultat suggère que ce frein semble plus craint que réel. Cependant, il serait intéressant, comme l'a fait C. Escoubet, d'évaluer le nombre de conventionnements à l'issue d'une formation théorique proposée aux médecins intéressés, et ainsi d'identifier les freins spécifiques à l'abandon du projet. Dans cette étude, 3 mois après la formation réalisée par 11 médecins dont 9 généralistes, aucun nouveau conventionnement n'avait été identifié (25).

j) Manque de visibilité des recommandations et difficultés d'approvisionnement de la documentation

Le manque de visibilité des recommandations et les difficultés d'approvisionnement de la documentation semble être un frein pour la moitié des généralistes qui pratiquent l'IVG. Ce point avait été soulevé par Leroy et al dans le Grand Est (20), où il avait été constaté que certains médecins ne respectaient pas les recommandations, notamment par l'absence de guide IVG fourni aux patientes, dont les médecins déploraient la difficulté d'approvisionnement. Sur ce point, dans notre étude, on constate que seule la moitié des médecins fournissent ce guide.

k) Convictions personnelles et/ou religieuses et stigmatisation

Les convictions personnelles et/ou religieuses ont été évoquées comme réel frein par un seul médecin, pour 88% d'entre eux cela ne constitue pas un frein.

De la même façon, **la stigmatisation** n'est pas un frein pour 90% des médecins pratiquant l'IVG, et pour 76% de ceux ne le pratiquant pas.

Les résultats sont similaires dans le travail réalisé à Soissons, où les obstacles liés aux sphères idéologique et relative à l'image du médecin sont peu importantes (25). Dans le Nord Pas de Calais, 25% des médecins évoquent leurs convictions personnelles comme obstacle, 11% définissent cet acte comme « peu valorisant » (22). Dans sa thèse M. Rigal évoque au premier plan un problème d'ordre moral et éthique relatif notamment à la crainte de « banalisation de l'acte » (21). En Australie, cela représente un problème pour les médecins généralistes proposant cette activité qui craignent ou déplorent des jugements voire des réactions violentes de la part des collègues, des amis ou de la famille (19).

Ces disparités de résultats prouvent, malgré les avancées sociétales et législatives depuis plus de 40 ans, que l'interruption de grossesse reste un sujet sensible pour les médecins comme pour le grand public. Sa singularité tient au fait que « peu de questions de santé publique mettent autant en jeu des points de vue personnels éthiques, religieux, philosophiques, moraux et politiques » (31). La double clause de conscience qui s'applique dans ce cadre et qui reste débattue à ce jour, confirme sa place comme acte médical et sociétal « pas tout à fait comme les autres » (31).

l) Mauvaise rémunération

La rémunération représente un frein pour 33% des médecins ne pratiquant pas l'IVG, et 20% de ceux le pratiquant. Ce frein est également mis en évidence par *Leroy et al* (20), notamment le déséquilibre entre le temps consacré et la rémunération. Dans les travaux menés à Rouen (27) ou dans les Bouches du Rhône (26) ce critère ne semble pas constituer un frein (4.4% dans les Bouches du Rhône). Dans notre étude, seuls 3 médecins l'ont évoqué comme étant un frein majeur.

m) Isolement géographique

L'isolement géographique est cité dans une bien moindre mesure par les médecins qui n'ont pas d'activité d'orthogénie. Notre échantillon est peu représentatif de médecins réellement isolés, un seul travaillant à plus de 20 km d'un centre hospitalier. Cette entrave peut être mise

en corrélation avec les difficultés d'accès aux ressources, jugées « très importantes » pour tous les médecins considérant l'isolement comme un frein « très important ».

Un département rural tel que le Vaucluse peut renforcer le sentiment d'isolement des généralistes dans la gestion globale de l'IVG. De plus, l'éloignement est un obstacle inhérent à la prise en charge de l'IVG puisqu'elle impose un seuil temporel d'une heure pour rejoindre un centre hospitalier. Il semble cependant que cela ne soit pas un réel frein, puisqu'il est évoqué par seulement 27% des généralistes.

n) Pratique inadaptée en médecine générale

39% des médecins considèrent que **l'IVG est inadaptée à la pratique de la médecine générale**, frein majeur pour 15% d'entre eux. Ce résultat est moindre dans le travail de C. Escoubet où, pour 20% des médecins, cela ne fait pas partie du rôle du généraliste (25). Dans la thèse de M. Caillé, cela représente seulement 4.4% des généralistes (26). On peut expliquer cette différence par une moyenne d'âge bien plus basse dans les Bouches du Rhône (34 ans), alors que la tranche d'âge de 51 à 65 ans est la plus représentée dans notre étude (suivie de la tranche de 35 à 50 ans), suggérant que les pratiques des médecins généralistes évoluent, la diversification de l'activité étant plus recherchée par les jeunes médecins.

Il est intéressant de noter que les médecins considérant que l'IVG ne fait pas partie du champ d'action de la médecine générale (18.6%) sont en grande majorité des hommes de plus de 50 ans.

o) Désintérêt pour la pratique

42.4% des médecins ne sont **pas intéressés par cette pratique médicale**. Ce chiffre conséquent peut être corrélé au fait que peu de médecins se sentent suffisamment informés (15% dans notre étude). Le manque de formation initiale théorique prépare peu les médecins à savoir réagir face à une telle demande, psychologiquement et techniquement ; de plus la visibilité réduite des modalités de formation n'incite pas les médecins à développer cette compétence. Il serait intéressant d'évaluer si cet obstacle est modifiable par une meilleure information. Notre étude a montré que 74% des médecins estiment que les étudiants

devraient être plus sensibilisés à cette pratique. Dans l'étude d'E. Bécue, 14% des médecins disent ne pas être intéressés par l'IVG, associé à l'idée que pour 9%, cet acte est peu valorisant (22).

4. Discussion sur les résultats : les motivations

Malgré ces craintes, l'IVG reste un acte à fort potentiel de développement, par son inscription dans la trame sociétale, en perpétuelle évolution. Cette pratique reste de ce fait source de motivation pour les médecins. En effet, elle représente un intérêt non négligeable malgré ses inconvénients pour plus de 80% des médecins interrogés, 45 % seraient motivés pour se former.

Il semble que cette activité intéresse plus fréquemment des femmes, jeunes, et récemment installées, comme le montre M. Rigal dans son travail (21). Ici, les effectifs obtenus ne permettent pas de comparaison significative, mais on constate que les femmes sont majoritaires à être intéressées par la formation. Il ne semble pas y avoir de corrélation avec l'âge, cependant tous les médecins ayant le projet ou ayant déjà commencé à se former sont des femmes de moins de 50 ans.

Les motivations les plus largement évoquées sont semblables dans les 2 populations de médecins : **améliorer l'accès à l'IVG** et **diminuer son délai de prise en charge**. Ces avantages ressortent dans d'autres travaux : dans le Grand Est (20), tous les médecins interrogés pensent que cette pratique apporte un réel bénéfice pour les patientes en terme d'accès, de rapidité, de réassurance. De même, E. Bécue évoque un accès plus rapide associé à l'intérêt pour les médecins de la prise en charge globale de leurs patientes (22). Dans son étude, M. Rigal met en avant la relation médecin-patient plus adaptée au cabinet, et un meilleur accompagnement des femmes (21). Ici, 88% des médecins ne pratiquant pas l'IVG et 80% de ceux qui la pratiquent trouvent que la relation singulière entre un généraliste et sa patiente présente un réel intérêt dans le cadre de l'IVG.

Le **militantisme** est évoqué par plus de 70% des médecins (tous confondus) mais semble plus important chez les médecins faisant des IVG. Dans le Nord Pas de Calais, ce critère est évoqué

par 32% des médecins (gynécologues et médecins généralistes, avec des résultats semblables dans les 2 sous populations) (22).

Par ailleurs, ce dernier travail montre une association significative entre la réalisation d'actes de gynécologie au cabinet et la motivation à la pratique de l'IVG. Ici, **l'intérêt pour la gynécologie** est une motivation pour 86 % des médecins. Une piste de développement de cette activité pourrait être de cibler la population intéressée par la gynécologie.

5. Discussion sur les résultats : pratiques des médecins en consultation

Cette étude met en lumière certains points dans la pratique des médecins, permettant d'évaluer leur « capacité d'accueil et d'orientation » en matière d'IVG (31), qui comme dans le reste de la pratique médicale, est soumise aux contraintes spatio-temporelles propres à chaque exercice, que ce soit pour la prise en charge effective ou pour l'autoformation et l'entretien des compétences.

a) Médecins pratiquant l'IVG :

On constate que 70% des médecins pratiquant l'IVG prescrivent une échographie de datation systématiquement même si celle-ci n'est pas obligatoire. Pour le contrôle de l'efficacité de l'acte, ce sont les hCG seules qui sont prescrites par 80% d'entre eux. L'étude menée par le REVHO en 2011 montre que le taux de réussite est plus élevé si le contrôle se fait avec le taux de hCG plutôt qu'avec une échographie (28). L'entretien psycho-social, censé être proposé systématiquement, ne l'est fait que par 60% des médecins. Bien qu'elle ne soit pas obligatoire, la consultation de contrôle est organisée de manière systématique par plus de médecins (70%) que la consultation pré IVG (40%). Pourtant cette dernière est l'occasion pour eux d'aborder spécifiquement plusieurs points comme la contraception future, ou de permettre de laisser le temps nécessaire à la patiente pour prendre sa décision.

Dans ses Recommandations pour la Pratique Clinique, le CNGOF mentionne que les consultations pré IVG n'influent pas sur la décision des patientes, qui sont, pour la majorité, sûres d'elles lors de cette consultation (13). Le délai de réflexion, supprimé depuis 2016, est toutefois recommandé, à l'appréciation du médecin, s'il sent que la patiente en a besoin pour

prendre sa décision. Ainsi, il serait intéressant d'évaluer dans quelle situation une seule consultation suffit pour la discussion, le consentement et la remise des médicaments, et d'évaluer le ressenti des patientes et des médecins suite à la modification de la loi.

Les comorbidités ou les grossesses gémellaires sont des motifs de refus de pratiquer une IVG, bien que cela ne constitue pas une contre-indication et ne justifie pas un refus.

On retrouve les mêmes disparités de pratique dans l'étude menée dans le Grand Est (20), où les généralistes expriment la difficulté à respecter les recommandations. Cela laisse penser d'une part que le manque d'expérience évoqué par les généralistes et l'absence de « référent » justifient la prescription de l'échographie comme outil de réassurance pour le médecin, tout comme des refus non justifiés ; d'autre part qu'une formation continue proposée aux médecins pourrait être utile pour favoriser l'entretien des compétences qui pourraient être fragilisées par une pratique non régulière. Il semble qu'une pratique trop « protocolisée » soit difficilement applicable à un acte relevant d'une adaptation morale et logistique à chaque patiente.

b) Médecins ne pratiquant pas l'IVG :

Parmi les médecins ne pratiquant pas l'IVG la majorité prescrit initialement une échographie avec des hCG avant d'adresser à un autre praticien. D'un point de vue législatif, 64% des médecins ne savent pas que le délai de réflexion d'une semaine a été supprimé. Concernant les délais de réalisation d'une IVG, 30% ne les connaissent pas, dont 9% ne savent pas que l'IVG est pratiquée en cabinet de médecine générale. La modification récente de la loi concernant le délai de réflexion explique la proportion plus importante de médecins non informés sur ce point. On constate cependant des résultats similaires concernant les méconnaissances des généralistes au sujet de l'IVG dans l'étude de M. Caillé, où 15% ne savaient pas que la réalisation d'une IVG était possible au cabinet de médecine générale, et 36% ne connaissaient pas les délais légaux (26).

Seuls 21% adressent directement à un confrère. Malgré cela, tous s'impliquent dans la demande de leurs patientes en prenant le temps de donner des informations sur les modalités de l'IVG, sur la contraception ou de discuter avec la patiente de son choix. Parmi les médecins n'étant pas intéressés par l'IVG, 9 sur 15 s'investissent dans la prise en charge non seulement en prescrivant les examens initiaux, mais aussi en donnant une information à la patiente pour

la conseiller et l'orienter ; 3 informent puis adressent directement à un confrère. Au total, 1 seule personne déclare ne pas savoir quels conseils donner.

Cela suggère que malgré une majorité de médecins non motivés par la pratique de l'IVG (55% n'étant pas prêts à se former), la plupart des praticiens s'investit et accompagne leurs patientes dans cette démarche. Cela souligne l'intérêt d'une formation continue plus accessible, et d'un réseau à la fois plus proche et plus visible par les médecins généralistes, ce qui pourrait accroître leur intérêt et leur mobilisation pour cette activité. Dans le Nord Pas de Calais, E. Bécue montre que malgré 76% de médecins généralistes se déclarant non motivés pour pratiquer l'IVG, 62.5% seraient intéressés pour assister à une séance d'information sur le sujet.

6. Discussion sur les résultats : les piste de développement de l'accès à l'IVG

Les délais pour obtenir un premier rendez-vous au sein de notre échantillon (5 jours ou moins) semble être en deçà du délai moyen en PACA (8 à 10 jours) (17), s'inscrivant dans les recommandations de la HAS (rendez-vous dans les 5 jours suivant l'appel de la patiente) (12).

L'étude menée par le ministère de la santé en 2019 développe plusieurs points d'action pour améliorer l'accès à l'IVG (17) :

- Faire de l'IVG une action prioritaire de la formation des professionnels de santé
- Mettre en place un annuaire actualisé
- Systématiser les plans d'action dans les zones en tension
- Renforcer l'offre en matière d'IVG
- Intégrer l'accès à l'IVG comme critère d'évaluation des hôpitaux

Certains de ces points renvoient effectivement aux freins évoqués plus haut.

Des idées de développement de l'activité ont été soulevées dans ce travail, en priorité la **création d'un réseau robuste entre ville et hôpital, ou entre gynécologues et médecins généralistes** pour favoriser l'accès à la formation. Des soirées dédiées à la contraception, sous forme d'EPU par exemple, seraient l'occasion pour les généralistes de mieux appréhender cette pratique. Ce réseau pourrait permettre également de répondre au besoin de « **professionnels référents** », que ce soit pour les questions de formation initiale ou des questions pratiques à tout moment de la vie professionnelle des médecins ; ces médecins

référents pourraient également intervenir lors **de séances de partage d'expérience**, idée évoquée en majorité par les professionnels pratiquant l'IVG. La simple connaissance de l'existence d'un tel réseau rassurerait et mobiliserait plus d'un médecin.

Une meilleure visibilité du réseau de professionnels concernés est à nouveau évoquée, cette fois comme une piste de développement, s'inscrivant aussi dans les missions d'un tel réseau. Cela est souligné dans le Rapport d'Information sur l'accès à l'IVG (10), qui préconise notamment la création d'un répertoire dédié aux professionnels pratiquant l'IVG.

Ces idées sont reprises dans le travail réalisé à Soissons, où l'amélioration de la pratique passerait à la fois par l'identification des correspondants, la favorisation de formations continues, la création de groupes de pairs, et d'un réseau régional de permanence de soins (25). Dans l'étude australienne (19), **l'amélioration des connaissances pendant les études**, et une **meilleure éducation du grand public et des professionnels** sont mises en avant pour augmenter la contribution des médecins à l'activité d'orthogénie. Ici, cette piste est évoquée, principalement par les médecins pratiquant l'IVG (50%). Dans ce sens, une étude canadienne menée en 2014 auprès des étudiants en médecine montre que leurs intentions de se former et de pratiquer des IVG dans le futur sont corrélées aux attitudes positives envers l'avortement en général, et à la perception d'un soutien social fort envers l'offre de services d'avortement. D'autre part, l'incapacité subjective d'obtenir une formation en matière d'avortement semble être un frein (32).

Dans certaines régions, des réseaux de professionnels se sont développés, centralisant toutes les informations relatives à l'IVG, dispensant des formations, et développant des filières sécurisées et dédiées aux IVG. Le REVHO (Réseau entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie) est le premier réseau s'étant constitué en Ile de France en 2004. D'autres se sont développés depuis en Occitanie (REIVOC), en Auvergne Rhône Alpes (Le Pleiraa) et en 2014 en Bretagne (Groupe Régional ARMORIC). En PACA, un tel réseau n'existe pas, dans une des régions ayant pourtant le plus fort taux d'IVG, notamment chez les mineures, et où il pourrait répondre aux attentes des médecins désireux ou hésitants à pratiquer l'IVG.

Dans notre travail, tous les médecins déclarent avoir déjà été confrontés à une demande d'IVG. Cela démontre que l'IVG n'est pas un acte rare dans la vie professionnelle d'un médecin ; à ce titre, l'IGAS rappelle que « *tous les médecins généralistes ou gynécologues,*

même s'ils n'interviennent pas directement dans l'activité d'IVG, seront confrontés au cours de leur pratique à cette question et devront au moins être en capacité d'accueillir et d'orienter leurs patientes demandeuses d'une intervention » (31).

Conclusion

Cette étude a révélé que le premier frein évoqué par les généralistes ne pratiquant pas l'IVG est le réseau de soins bien organisé, qui leur semble suffisant pour l'accueil et la prise en charge des demandes d'IVG. Ce point est positif pour l'accès des patientes à l'IVG, mais serait à évaluer de leur point de vue afin de savoir si cela constitue un réel atout dans le Vaucluse.

Pour les médecins ayant une activité d'orthogénie, le principal frein est la faible demande des patientes, qui soulève notamment la question de l'entretien des compétences pour un acte nécessitant technique et disponibilité temporelle et morale de la part du médecin.

Ces deux points de vue se complètent et peuvent être mis en parallèle avec le taux d'IVG réalisées en ville qui reste minoritaire, suggérant la méconnaissance et la visibilité limitée de cette pratique par les professionnels de santé et par les patientes. Cela constitue le deuxième frein évoqué par les médecins pratiquant l'IVG.

La pratique jugée contraignante, avec notamment la peur des complications et la disponibilité nécessaire au bon déroulement de l'acte, tout comme son caractère chronophage, sont des obstacles mis en avant par les deux populations de médecins.

Enfin, chez les généralistes ne pratiquant pas l'IVG, le manque d'expérience est aussi largement évoqué. Cela suggère un besoin en formation initiale et continue, théorique et pratique, en lien avec un réseau robuste de référents « de terrain », que ce soit dans le but de faciliter l'accès à la pratique ou d'apporter un soutien ou une aide si besoin.

L'IVG reste cependant une source de motivation chez la majorité des médecins, désireux d'améliorer son accès et de diminuer les délais de prises en charge.

On constate dans cette étude un exercice hétérogène, avec parfois la non-application des recommandations, des prescriptions ou des refus, donnant idée du principe de précaution qui entoure cette pratique. Sa complexité en fait un acte nécessitant une législation solide pour protéger le médecin, mais aussi une adaptation au cas par cas dans un souci de protection des patientes, imposant des référents accessibles et des partages d'expérience interprofessionnelles.

Ces obstacles, comme les pratiques, ne sont pas fixes dans le temps et peuvent se modifier en s'inspirant de ce qui existe déjà dans d'autres régions : un réseau dédié à l'IVG, qui centralise les informations, dispense des formations, et garantit la prise en charge des patientes, tout en assurant la visibilité de cette activité auprès des patientes et des professionnels.

Les médecins ne vont pas spontanément vers une pratique qu'ils savent complexe et en perpétuelle mutation. L'aura de craintes autour de l'IVG doit en premier lieu être estompée par une mise à jour des connaissances des généralistes sur ses modalités législatives, théoriques, et pratiques. Il semble indispensable d'aller à la rencontre des médecins pour mieux informer le plus grand nombre sur les bénéfices et risques avérés de cette activité, puis, de cibler la population intéressée par la pratique.

Dans un contexte où la pratique de l'IVG médicamenteuse est largement majoritaire, il semble exister un pool de médecins « dormants », étudiants en formation ou médecins installés mal préparés ou informés, constituant une réserve à ne pas négliger pour favoriser l'accès à l'IVG. Outre l'amélioration de la formation dès les premières années d'étude et tout au long de la vie professionnelle, la mobilisation de ces médecins dépend aussi du regard et du soutien de la société à l'égard de l'IVG et passera par une meilleure éducation, dans un souci de dédramatisation d'un acte établi comme un droit fondamental. La récente modification de la loi sur le délit d'entrave à l'IVG, qui vise à sanctionner les auteurs de sites internet aux propos idéologiquement orientés pouvant biaiser l'information des patientes, va dans ce sens (10).

Bibliographie

1. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse - Légifrance [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000700230/2017-02-22/>
2. Texte adopté n° 433 - Résolution réaffirmant le droit fondamental à l'interruption volontaire de grossesse en France et en Europe [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0433.asp>
3. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1) - Légifrance [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000222631/2017-02-22/>
4. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/2016-01-29/>
5. Loi n°82-1172 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. - Légifrance [Internet]. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000704429/2020-10-15/>
6. Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures - Légifrance [Internet]. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027221802/2013-11-26/>
7. Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse - Légifrance [Internet]. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032164949/>
8. LOI n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social - Légifrance [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000711603/>
9. Décision n° 2014-700 DC du 31 juillet 2014 - Légifrance [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000029331391>
10. Nationale A. Rapport d'information 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 l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (Mme Marie-Noëlle Battistel et Mme Cécile Muschotti) [Internet]. Assemblée nationale. [cité 10 nov 2020]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/l15b3343_rapport-information

11. Interruption volontaire de grossesse hors établissement de santé, Livret d'information à l'attention des médecins et des sages femmes, DGS, février 2017 [Internet]. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: https://ivg.gouv.fr/IMG/pdf/guide_ivg_hors_etablissement_2017-2.pdf
12. HAS. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse - Recommandations, Décembre 2010 [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_recommandations_-_mel_2011-04-28_11-39-11_882.pdf
13. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique, L'interruption volontaire de grossesse, 2016 [Internet]. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <https://ansfl.org/document/cngof-2016-livg-medicamenteuse/>
14. Suppression de la clause de conscience spécifique instituée dans la loi de 1975 pour l'IVG [Internet]. Le planning familial. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/avortement/suppression-de-la-clause-de-conscience-specifique-instituee-dans-la-loi-de-1975-pour>
15. DREES. Etudes & Résultats "224300 interruptions volontaires de grossesse" [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1125.pdf>
16. DREES. Etudes & Résultats "Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019" [Internet]. [cité 10 nov 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1163_ivg_bat.pdf
17. Accès à l'IVG - Principaux enseignements de l'enquête qualitative et territoriale auprès des agences régionales de santé. Ministère des solidarités et de la santé [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/fiche_ivg_resultats_enquete.pdf
18. Loi droit avortement allongement délai IVG | Vie publique.fr [Internet]. [cité 6 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/loi/276586-loi-droit-avortement-allongement-delai-ivg>
19. Dawson AJ, Nicolls R, Bateson D, Doab A, Estoesta J, Brassil A, et al. Medical termination of pregnancy in general practice in Australia: a descriptive-interpretive qualitative study. *Reprod Health*. 14 mars 2017;14(1):39.
20. Leroy H, Creutz-Leroy M, Boivin J-M. [General medical practice and medicinal voluntary termination of pregnancy in Grand Est, France]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. nov 2018;66(6):355-62.
21. Rigal M. Les obstacles au développement de l'IVG médicamenteuse en cabinet de médecine générale. Thèse d'exercice, Université Pierre et Marie Curie, 2012.

22. Bécue E. Quels sont les freins au développement de l'IVG médicamenteuse en ville dans la région Nord-Pas-de-Calais ? Thèse d'exercice, Médecine, Université du droit et de la santé de Lille, 2012.
23. OMS | Utilisation des médicaments dans le cadre d'un d'avortement [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/fr/>
24. Près de 8 % des centres pratiquant l'IVG en France ont fermé en dix ans. Le Monde.fr [Internet]. 27 sept 2019 [cité 28 déc 2020]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/09/27/avortement-en-france-pres-de-8-des-centres-pratiquant-l-ivg-ont-ferme-en-dix-ans_6013384_3224.html
25. ESCOUBET C. Développement de l'offre de soins interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en médecine générale dans le secteur du centre hospitalier de Soissons, Picardie [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4943_ESCOUBET_Celine_developpement_IVG_med_Soissons_these.pdf
26. Maëlise Caillé. Les freins à la réalisation des interruptions volontaires de grossesse en médecine générale dans les Bouches du Rhône. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01950734
27. Marguerite C. L'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes de l'agglomération rouennaise : freins et pistes d'optimisation. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02012594.
28. Gaudu S, Crost M, Esterle L. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. *Contraception*. janv 2013;87(1):45-50.
29. Faucher P. Complications de l'interruption volontaire de grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2016;45(10):1536-51.
30. Steinauer J, Landy U, Filippone H, Laube D, Darney PD, Jackson RA. Predictors of abortion provision among practicing obstetrician-gynecologists: a national survey. *Am J Obstet Gynecol*. janv 2008;198(1):39.e1-6.
31. IGAS. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 [Internet]. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000047.pdf>
32. Myran DT, Carew CL, Tang J, Whyte H, Fisher WA. Medical Students' Intentions to Seek Abortion Training and to Provide Abortion Services in Future Practice. *J Obstet Gynaecol Can*. mars 2015;37(3):236-44.

33. Theodosiou, Anastasia A., et Oliver R. Mitchell. « Abortion Legislation: Exploring Perspectives of General Practitioners and Obstetrics and Gynaecology Clinicians ». *Reproductive Biomedicine Online* 30, n° 2 (février 2015): 197-202. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2014.10.011>.
34. Doran, Frances, et Susan Nancarrow. « Barriers and Facilitators of Access to First-Trimester Abortion Services for Women in the Developed World: A Systematic Review ». *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 41, n° 3 (juillet 2015): 170-80. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2013-100862>.
35. Bajos N. « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? ». *Population & Sociétés*, 2014 [Internet]. [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18727/pop.et.soc.francais.407.fr.pdf
36. Keogh L, Croy S, Newton D, Hendron M, Hill S. General practitioner knowledge and practice in relation to unintended pregnancy in the Grampians region of Victoria, Australia. *Rural and Remote Health* 2019; 19: 5156. <https://doi.org/10.22605/RRH5156>
37. « ccne-saisine_ivg_-_resume_-_08.12.20.pdf ». Consulté le 6 janvier 2021. https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/ccne-saisine_ivg_-_resume_-_08.12.20.pdf.
38. Smith JL, Cameron S. Current barriers, facilitators and future improvements to advance quality of abortion care: views of women. *BMJ Sex Reprod Health* 2019;45:207–212.
39. Wagner, Munro, Wilcox, Devane, Norman, Dunn, Soon, Guilbert. « Barriers and Facilitators to the Implementation of First Trimester Medical Abortion With Mifepristone in the Province of Québec: A Qualitative Investigation ». *J Obstet Gynaecol Can* 2019;000(000):1–7 <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.10.037>
40. Subasinghe AK, Deb S, Mazza D. Primary Care Providers' Knowledge, Attitudes and Practices of Medical Abortion: A Systematic Review. *BMJ Sex Reprod Health* Published. doi:10.1136/bmjsex-2019-200487

Table des illustrations

Graphique 1 : Concernant le délai de réflexion et l'entretien psychosocial (n=43)	17
Graphique 2 : Concernant le délai légal d'une IVG en ville (n=43)	17
Graphique 3 : Entraves aux connaissances des modalités d'accès et de pratique de l'IVG	18
Graphique 4 : Motivations des médecins généralistes à la pratique de l'IVG	19
Graphique 5 : Pourquoi ne pratiquez-vous pas l'IVG ? (n=33).....	20
Graphique 6 : Seriez-vous prêt à vous former à l'IVG ? (n=33).....	20
Graphique 7 : Motivations des MG intéressés pour se former à l'IVG (n=15)	22
Graphique 8 : Motivations des MG non intéressés pour se former (n=18 dont 5 non représentés)	22
Graphique 9 : Freins des généralistes pratiquant l'IVG	23
Graphique 10 : Freins chez les généralistes ne pratiquant pas l'IVG.....	24
Graphique 11 : Pistes de développement de l'accès à l'IVG.....	27

Annexe 1 : le questionnaire aux médecins

Evaluation des connaissances et pratiques des médecins généralistes concernant l'IVG

1. Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

2. Quel est votre âge ?

- < 35 ans
- 35 à 50 ans
- 51 à 65 ans
- > 65 ans

3. Quel est votre type d'exercice ?

- Cabinet libéral de groupe
- Cabinet libéral seul
- Maison de santé
- Salarié en centre de santé

4. Dans quelle zone exercez-vous ?

- Ville avec centre hospitalier
- ≤ 20 km d'un centre hospitalier
- > 20 km d'un centre hospitalier

5. Depuis combien de temps exercez-vous ?

- < 5 ans
- 5 à 15 ans
- > 15 ans

6. Que pensez-vous de la pratique de l'IVG en médecine générale ?

- Elle a toute sa place en médecine générale, il faut la développer
- Cela fait partie du champ d'action de la médecine générale mais elle comporte trop d'inconvénients
- Cela ne fait pas partie du champ d'action de la médecine générale

7. Selon vous, quel est son intérêt ?

- Proximité géographique
- Raccourcissement des délais de prise en charge
- Meilleure confidentialité
- Relation médecin-patient privilégiée plus adaptée
- Offre nécessaire car moins de gynécologues libéraux

8. Pratiquez-vous l'IVG ?

- Oui (cela inclut les médecins formés mais n'ayant pas encore réalisé l'acte)
- Non

Si vous pratiquez l'IVG :

9. Depuis combien de temps pratiquez-vous l'IVG ?

- Moins de 5 ans
- 5 à 10 ans
- Plus de 10 ans

10. Avez-vous pratiqué une IVG dans l'année écoulée ?

- Oui
- Non

11. Dans quelle structure pratiquez-vous l'IVG ?

- Cabinet libéral
- Hôpital ou clinique
- Planning familial

12. Quelles sont vos motivations professionnelles à la pratique de l'IVG ?

Cotez entre : 0 pas important, 1 important, 2 très important

- Améliorer l'accès à l'IVG
- Militantisme, convictions personnelles
- Intérêt pour la gynécologie
- Réponse à une demande des patientes
- Diminuer les délais de prise en charge
- Limiter les prises en charge hospitalières

12. Quel est le PRINCIPAL mode de recrutement de vos patientes en demande d'IVG ?

- Propre patientèle
- Orientées par un autre professionnel de santé
- Orientées par un centre hospitalier

- Bouche à oreille
- Autres :

13. Concernant votre prise en charge pour la datation :

- Echographie de datation systématique
- Echographie de datation à la demande de la patiente (si DDR et date du dernier rapport sexuel connues)
- HCG seules (si DDR et date du dernier rapport sexuel connues)

14. Concernant les informations délivrées :

- Dossier guide IVG ministériel systématiquement donné
- Propre fiche d'informations donnée
- Discussion systématique sur les modalités (IVG médicamenteuse ou chirurgicale,..)
- Discussion sur les IST systématique
- Discussion sur la contraception systématique
- Entretien psycho social proposé systématiquement

15. Quelle consultation organisez-vous ?

- 1 consultation pré IVG systématique
- 1 consultation pré IVG parfois
- 1 consultation pour la délivrance des médicaments
- 1 consultation de contrôle systématique
- 1 consultation de contrôle parfois
- plus de 3 consultations

16. Quel est votre délai moyen de prise en charge ? (délai pour le 1er rdv)

- ≤ 2 jours
- 3 à 5 jours
- > 5 jours

17. Concernant la consultation de contrôle :

- Echographie de contrôle + HCG
- Echographie de contrôle seule
- HCG seules
- Orientation vers gynéco ou sage-femme pour échographie + consultation

18. Quels sont les motifs pour lesquels vous avez déjà refusé ou vous refuseriez de pratiquer une IVG ?

- Dépassement du délai de 7 SA

- Objection de conscience
- Utérus cicatriciel
- Grossesse gémellaire
- Comorbidités (antécédent thromboembolique, HTA, obésité,..)

19. Quels freins identifiez-vous dans votre pratique de l'IVG ?

Cotez entre : 0 pas important, 1 important, 2 très important

- Peu de demandes des patientes
- Peu de visibilité des recommandations/référentiels, difficulté d'approvisionnement de la documentation
- Pratique chronophage, surcharge de travail
- Formation longue et contraignante
- Difficultés d'accès aux ressources (échographie, laboratoire, psychologue,..)
- Mauvaise rémunération
- Pratique contraignante et stressante (surveillance, disponibilité, risques de complications, pertes de vue,..)
- Acte associé à la stigmatisation (patientèle, entourage personnel, autres professionnels,..)
- Manque de visibilité de la pratique par le public
- Autre :

Si vous ne pratiquez pas l'IVG :

20. Pourquoi ne pratiquez-vous pas l'IVG ?

- Je ne veux pas pratiquer l'IVG (convictions personnelles/religieuses)
- Je ne suis pas intéressé par cette pratique médicale
- Je suis intéressé mais certains freins m'empêchent de faire la démarche
- Je n'y ai jamais pensé ou je n'ai jamais eu l'occasion dans ma pratique de me poser la question

21. Seriez-vous prêt à vous former ?

- Oui, c'est un projet ou j'ai déjà commencé
- Oui, mais certains freins m'en empêchent
- Oui, pourquoi pas
- Non, car ça ne m'intéresse pas
- Non, car je ne veux pas pratiquer l'IVG

22. Selon vous, comment se forme t-on à l'IVG ?

...

23. Quels sont vos freins à la pratique de l'IVG ?

Cotez entre : 0 pas important, 1 important, 2 très important

- Convictions personnelles/religieuses
- Pratique inadaptée en médecine générale
- Manque de connaissances et de visibilité sur les modalités de formation et/ou de pratique
- Pas de demande des patientes
- Bonne organisation du réseau hôpital/planning familial/gynécologue dans le secteur
- Isolement géographique
- Pratique chronophage, surcharge de travail
- Formation longue et contraignante
- Difficultés d'accès aux ressources (échographie, laboratoire, psychologue,..) et/ou spécialistes
- Mauvaise rémunération
- Pratique contraignante et stressante (surveillance, disponibilité, risques de complications, pertes de vue,..)
- Acte associé à la stigmatisation (patientèle, entourage personnel, autres professionnels,..)
- Manque d'expérience ("je ne me sens pas prêt")
- Autre

24. Selon vous, quelles sont les entraves à vos connaissances sur les modalités d'accès et de pratique de l'IVG ?

- Peu de visibilité des modalités de formation
- Difficultés d'accès à des sources d'autoformation (guides officiels, plaquettes informatives, retours d'expérience, etc)
- Peu évoqué pendant les études
- Peu de visibilité du réseau de professionnels qui pratiquent l'IVG
- Je me sens assez informé

25. Quelles seraient vos motivations professionnelles à la pratique de l'IVG ?

(ne concerne que les professionnels ayant répondu "oui" à la question "seriez-vous prêt à vous former ?")

Cotez entre : 0 pas important, 1 important, 2 très important

- Améliorer l'accès à l'IVG
- Militantisme, convictions personnelles
- Intérêt pour la gynécologie
- Réponse à une demande des patientes
- Diminuer les délais de prise en charge
- Limiter les prises en charge hospitalières
- Autre

- Cela ne me concerne pas

26. Quels examens prescrivez-vous en cas de demande d'IVG avant d'adresser à un confrère?

- HCG
- Echographie de datation
- HCG + échographie de datation
- Rien, j'adresse directement
- Je n'y ai jamais été confronté

27. Quelle information délivrez-vous à la patiente dans ce cas ?

- Informations sur les modalités pratiques (IVG médicamenteuse ou chirurgicale,..)
- Je ne sais pas quels conseils donner
- Informations contraception
- Informations IST
- Discussion sur le choix de l'IVG
- Je n'y ai jamais été confronté

28. A qui adressez-vous les patientes ?

- Hôpital
- Planning familial
- Confrère médecin généraliste pratiquant l'IVG
- Gynécologue libéral
- Je n'y ai jamais été confronté

29. Concernant le délai de réflexion et l'entretien psychosocial, cochez la réponse vraie :

- Il faut respecter un délai de réflexion de 7 jours et un entretien psychosocial doit être obligatoirement fait avant d'accéder à la demande d'IVG.
- Il faut respecter un délai de réflexion de 7 jours et proposer un entretien psychosocial uniquement aux mineures avant d'accéder à la demande d'IVG.
- Il n'y a pas de délai de réflexion imposé mais un entretien psychosocial systématiquement proposé aux majeures et obligatoire pour les mineures.
- Il n'y a pas de délai de réflexion mais uniquement un entretien psychosocial obligatoire.
- Je ne sais pas.

30. Concernant l'IVG médicamenteuse, cochez la réponse vraie :

- Elle peut être faite par un médecin de ville jusqu'à 10 SA.
- Elle peut être faite par un médecin de ville jusqu'à 7 SA et en centre hospitalier entre 7 et 9 SA.
- Le choix de la méthode est laissé à la patiente jusqu'à 14 SA.

- Elle ne peut pas être réalisée en ville par les médecins généralistes.
- Je ne sais pas.

31. Pensez-vous que les étudiants en médecine devraient être plus sensibilisés à cette pratique ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

32. Selon vous, qu'est ce qui améliorerait l'accès à la pratique de l'IVG pour les généralistes ?

- Faciliter l'accès à la formation par l'organisation d'un réseau robuste (par exemple soirées dédiées sur la contraception organisées par des gynécologues, etc)
- Meilleure rémunération
- Meilleure visibilité du réseau de professionnels concernés
- Amélioration des connaissances des médecins généralistes sur l'IVG (plus large diffusion de guides de recommandations, plaquettes informatives, etc)
- Mise en avant de la pratique par le partage d'expérience de confrères (expérience pratique, explications des procédures,...)
- Meilleure éducation des professionnels et du grand public sur le sujet pour limiter la stigmatisation
- Sans avis
- Autre

Annexe 2 : convention règlementaire type

Code de la santé publique

Version en vigueur au 25 janvier 2021

Annexe 22-1

Modifié par Décret n°2016-743 du 2 juin 2016 - art.

CONVENTION TYPE FIXANT LES CONDITIONS DANS LESQUELLES LES MEDECINS ET LES SAGES-FEMMES REALISENT, HORS ETABLISSEMENT DE SANTE, LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE PAR VOIE MEDICAMENTEUSE MENTIONNEE A L'ARTICLE R. 2212-9.

Entre l'établissement de santé..., sis..., et M. ou Mme..., médecin, dont le cabinet est situé...,

Ou

Entre l'établissement de santé..., sis ..., et M. ou Mme ..., sage-femme, dont le cabinet est situé ...,

Ou

Entre l'établissement de santé..., sis... et le centre de planification ou d'éducation familiale, représenté par M. ou Mme...,

Ou

Entre l'établissement de santé..., sis... et le centre de santé, représenté par M. ou Mme...,

Ou

Entre l'établissement de santé..., sis... et le département, la commune de... ou la collectivité d'outre-mer de... pour le compte du centre de santé ou du centre de planification ou d'éducation familiale, il est convenu ce qui suit :

Art. 1er. - L'établissement de santé s'assure que le médecin ou la sage-femme 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.

Le centre de santé ou le centre de planification ou d'éducation familiale signataire de la convention justifie de la qualification des médecins ou des sages-femmes concernés.

L'établissement de santé 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.

Art. 2 - 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 ou la sage-femme adresse la patiente à l'établissement qui prend toutes les mesures adaptées à l'état de cette dernière.

Art. 3 - Après l'administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse, le médecin ou la sage-femme transmet à l'établissement une copie de la fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médicale de la patiente.

Art. 4 - L'établissement de santé s'engage à accueillir la femme 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.

Art. 5 - Le médecin ou la sage-femme 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 femme à son interruption de grossesse.

Le cosignataire de la présente convention adresse à l'établissement de santé les déclarations anonymisées des interruptions volontaires de grossesse pratiquées.

Art. 6 - L'établissement de santé effectue 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. Cette synthèse est transmise au cosignataire de la convention et à l'agence régionale de santé territorialement compétente ou, à Mayotte, à l'agence de santé de l'océan indien, ou, à Saint-Pierre-et-Miquelon, à l'administration territoriale de santé, ou, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, à l'agence de santé de la Guadeloupe, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin.

Art. 7 - La présente convention, établie pour une durée d'un an, est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire. 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.

Art. 8 - Une copie de la présente convention est transmise, pour information :

Par l'établissement de santé à l'agence régionale de santé dont il relève ou,

1° Pour Mayotte, à l'agence de santé de l'océan Indien ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, à l'administration territoriale de santé ;

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, à l'agence de santé de la Guadeloupe, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin ;

Et

Par le médecin, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce ou,

1° Pour Mayotte, au conseil de l'ordre de Mayotte pour les médecins, au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil territorial de l'ordre des médecins de Saint-Pierre-et-Miquelon ou à défaut à la délégation qui en exerce les fonctions, au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au conseil de l'ordre des médecins de la Guadeloupe, au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens et à la caisse générale de sécurité sociale de la Guadeloupe ;

Ou par la sage-femme,

Au conseil départemental de l'ordre des sages-femmes, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle elle exerce ou,

1° Pour Mayotte, au conseil départemental de l'ordre des sages-femmes de Mayotte, au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil territorial de l'ordre des sages-femmes ou, à défaut, au préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

3° Pour Saint-Barthélemy et pour Saint-Martin, au conseil de l'ordre des sages-femmes de la Guadeloupe, au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens et à la caisse générale de sécurité sociale de la Guadeloupe ;

Ou par le centre de santé,

Selon le cas, au conseil départemental de l'ordre des médecins ou des sages-femmes, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève ou,

1° Pour Mayotte, selon le cas au conseil de l'ordre de Mayotte pour les médecins ou au conseil départemental de l'ordre des sages-femmes, au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, selon le cas, au conseil territorial de l'ordre des médecins ou, à défaut, à la délégation qui en exerce les fonctions, ou au conseil territorial de l'ordre des sages-femmes ou, à défaut, au préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, selon le cas, au conseil de l'ordre des médecins ou des sages-femmes de la Guadeloupe, au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens et à la caisse générale de sécurité sociale de la Guadeloupe ;

Ou par le centre de planification ou d'éducation familiale,

Au conseil départemental, selon le cas au conseil départemental de l'ordre des médecins ou des sages-femmes au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève ou,

1° Pour Mayotte, au conseil départemental de Mayotte, selon le cas, au conseil de l'ordre de Mayotte pour les médecins ou au conseil départemental de l'ordre des sages-femmes, au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon, selon le cas, au conseil territorial de l'ordre des médecins, ou, à défaut, à la délégation qui en exerce les fonctions ou au conseil territorial de l'ordre des sages-femmes ou, à défaut, au préfet de Saint-Pierre-et-

Miquelon, au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au conseil territorial de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin, selon le cas, au conseil de l'ordre des médecins ou des sages-femmes de la Guadeloupe, au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens et à la caisse générale de sécurité sociale de la Guadeloupe ;

Ou par la commune,

Au conseil départemental, selon le cas, au conseil départemental de l'ordre des médecins ou des sages-femmes, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont le centre relève ou,

1° Pour Mayotte, au conseil départemental de Mayotte, selon le cas, au conseil de l'ordre de Mayotte pour les médecins ou au conseil départemental de l'ordre des sages-femmes, au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, selon le cas au conseil territorial de l'ordre des médecins ou à défaut à la délégation qui en exerce les fonctions ou au conseil territorial de l'ordre des sages-femmes, ou, à défaut, au préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

3° Pour Saint-Barthélemy et pour Saint-Martin, au conseil territorial de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin, selon le cas, au conseil de l'ordre des médecins ou des sages-femmes de la Guadeloupe, au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens et à la caisse générale de sécurité sociale de la Guadeloupe ;

Ou par le conseil départemental,

Selon le cas au conseil départemental de l'ordre des médecins ou des sages-femmes, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont le centre relève ou,

Pour Mayotte, selon le cas au conseil de l'ordre de Mayotte pour les médecins ou au conseil départemental de l'ordre des sages-femmes, au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

Ou par le conseil territorial de la collectivité,

1° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, selon le cas, au conseil territorial de l'ordre des médecins ou, à défaut, à la délégation qui en exerce les fonctions, au conseil territorial de l'ordre des sages-femmes ou, à défaut, au préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

2° Pour Saint-Barthélemy et pour Saint-Martin, selon le cas, au conseil de l'ordre des médecins ou des sages-femmes de la Guadeloupe, au conseil central de la section E de l'ordre national des pharmaciens et à la caisse générale de sécurité sociale de la Guadeloupe.

Abréviations

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

SA : Semaines d'Aménorrhée

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

hCG : human Chorionic Gonadotropin

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur

CPEF : Centre de Planification d'Education Familiale

ARS : Agence Régionale de Santé

MG : Médecine Générale

CH : Centre Hospitalier

PEC : Prise En Charge

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

PMI : Protection Maternelle et Infantile

DROM : Département et Région d'Outre-Mer

EPU : Enseignement Post Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

REVHO : Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie

GEU : Grossesse Extra Utérine

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



Résumé :

Objectif : Depuis 2004, les médecins généralistes libéraux peuvent pratiquer l'interruption volontaire de grossesse (IVG) par méthode médicamenteuse en cabinet, jusqu'à 7 SA. En 2018, sur 224 300 IVG, 69% ont été réalisées par voie médicamenteuse, et seulement 24% hors secteur hospitalier. En PACA, 3^{ème} région ayant le plus fort taux d'IVG, 1/3 des IVG a été réalisé hors secteur hospitalier. En cabinet libéral, cela représente seulement 4% de gynécologues et généralistes libéraux. Nous avons ainsi cherché à évaluer la pratique et les connaissances des médecins généralistes du Vaucluse en matière d'IVG ainsi que les barrières qui peuvent freiner sa pratique.

Méthodologie : Une étude quantitative descriptive a été réalisée grâce à un auto-questionnaire envoyé par mail à 106 médecins généralistes du Vaucluse, pratiquant ou non l'IVG, entre mai et juin 2020. Ce questionnaire évaluait le profil socio démographique des médecins, l'intérêt de l'IVG en médecine générale, les connaissances et modalités de pratique effectives de l'IVG par les généralistes, les motivations et freins potentiels ou avérés, et les perspectives de développement de cette activité.

Résultats : 43 médecins ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 40.5%. Au sein de cet échantillon 23% des généralistes pratiquent l'IVG. 76% des praticiens qui ne la pratiquent pas considèrent qu'elle fait partie du champ d'action de la médecine générale, 24% estiment qu'elle implique cependant trop d'inconvénients. Les pratiques et les connaissances sur l'IVG sont hétérogènes et sont parfois obsolètes ou s'écartent des recommandations. Peu de médecins se sentent suffisamment informés sur l'IVG (15%). Cette activité représente cependant une source de motivation, principalement pour améliorer l'accès à l'IVG et diminuer les délais de prise en charge. Les généralistes qui la pratiquent, sont majoritairement freinés par la faible demande des patientes, son caractère contraignant et stressant et son manque de visibilité par le public. Ceux ne la pratiquant pas mentionnent principalement la bonne organisation du système de soins, son côté contraignant et stressant, son caractère chronophage, et le manque d'expérience. Plusieurs pistes de développement sont soulevées et semblent particulièrement importantes, parmi elles : l'amélioration de l'accès à la formation, de la visibilité du réseau de professionnels et des connaissances des généralistes sur le sujet.

Conclusion : Le système de soins dans le Vaucluse autour de l'IVG semble bien organisé, réduisant la nécessité pour les médecins de se former. L'évaluation du vécu des patientes sur ce point serait intéressante, et pourrait expliquer la faible sollicitation auprès de leur généraliste. Un travail sur la visibilité du réseau des professionnels par le public et par les praticiens, ainsi qu'une meilleure formation des médecins et une meilleure éducation du grand public semblent indispensables à la mobilisation des généralistes pour cette activité. Cela peut s'intégrer dans la mise en place d'un réseau dédié à l'IVG, à l'image de ce qui existe déjà dans d'autres régions (REVHO).

Mots-clés : IVG, freins, médecine générale