



HAL
open science

Vécu et difficultés des professionnels vis-à-vis de l'IVG médicamenteuse extra-hospitalière dans le Calvados

Léa Nicolle

► **To cite this version:**

Léa Nicolle. Vécu et difficultés des professionnels vis-à-vis de l'IVG médicamenteuse extra-hospitalière dans le Calvados. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03211010

HAL Id: dumas-03211010

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03211010>

Submitted on 28 Apr 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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2020

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 25 novembre 2020

par

Madame NICOLLE Léa

Née le 25 juillet 1992 à Caen (14)

TITRE DE LA THESE

Vécu et difficultés des professionnels vis-à-vis de l'IVG médicamenteuse extra-hospitalière dans le Calvados.

Président : Monsieur le Professeur DREYFUS Michel

Membres : Monsieur le Docteur RAGINEL Thibaut, directeur de thèse

Madame la Docteur DE JAEGHER Sophie

Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas

Madame la Docteur ASSELIN Isabelle

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHERE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique

M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie-ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS EMERITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Asseseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M. HUMBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES EMERITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements

A mon jury :

- A Monsieur le Professeur DREYFUS Michel,
Je vous remercie de présider cette thèse, permettez-moi de vous témoigner mon profond respect.

- A Madame la Docteur DE JAEGHER Sophie,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail, permettez-moi de vous adresser mes remerciements les plus respectueux.

- A Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas,
C'est un honneur de finir ce tutorat en vous comptant parmi les membre de ce jury. Merci pour votre suivi pendant ces deux années.

- A Madame la Docteur ASSELIN Isabelle,
Mes remerciements les plus sincères pour m'avoir aiguillée sur ce sujet ce recherche. Votre apprentissage m'est précieux, particulièrement sur l'accueil et l'écoute des femmes. Merci d'avoir accepté de juger ce travail, c'est un honneur de vous compter parmi les membres de mon jury.

- A Monsieur le Docteur RAGINEL Thibaut, le directeur de recherche,
Tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail et d'y introduire ton expertise. Je te remercie pour toute l'aide, les conseils et la rigueur que tu as apporté. Tu m'as beaucoup appris et je t'en remercie.

Aux participants de l'étude :

Je vous remercie d'avoir tous accepté de me rencontrer et d'avoir partagé avec moi vos expériences. Ces rencontres ont été riches d'enseignement pour moi.

Aux professionnels rencontrés pendant mon internat :

Aux équipes des urgences du CH de Saint-Lô, du Pôle de Santé d'Agneaux, du service de médecine polyvalente du CH d'Argentan, du service d'orthogénie du CHU de Caen, du service de pédiatrie du CH de Bayeux et du cabinet de médecin générale de Falaise,

Je vous adresse mes remerciements pour m'avoir tous bien accueilli dans vos différents services, pour votre patience, votre pédagogie, vos apprentissages. Aides-soignants, infirmiers, médecins, secrétaires, avez tous participé à faire le médecin que je suis aujourd'hui.

A ma famille et mes amis :

A mes plus anciennes, fidèles et chères amies, Dorine, Solenne et Amel,
Merci d'être auprès de moi après toutes ces années.

Dorine, merci t'avoir tenu malgré mes longues et chronophages études, elle n'ont pas réussi à nous éloigner. Merci d'être cette femme forte, le meilleur t'attend encore.

Solenne, c'est en te suivant que j'ai commencé ces études, et ta présence ces 6 premières années m'a été inestimable. Bon courage à présent pour ta thèse, Madame la chirurgienne.

Amel, la distance n'altère pas notre amitié. Tes visites ont été des bouffées d'air frais. Tu peux également compter sur moi. Bon courage ma Docteur chimiste.

A mes parents, grands-parents, frères et soeurs adorés et famille proche,

Merci pour votre soutien ces dernières années et votre intérêt pour ma thèse sans en parler trop pour ne pas me stresser.

Mamie, je suis très fière de t'avoir fait découvrir le mot « orthogénie ».

Clara, Quentin et Léna, merci pour votre bonne humeur ravageuse, et Clara pour tes transcriptions et relectures. Docteur Léa est presque là.

Lise, les mots ne viennent pas car ils ne suffiraient pas, mais tout simplement merci d'être avec moi.

Timéo, Zoélie et Elisio, vous voir grandir me fait vieillir mais c'est la plus belles des choses qu'il m'ait été donné de voir.

Adrien, ton soutien quotidien et inébranlable et surtout ton amour a rendu cette période beaucoup plus facile et ma vie plus belle depuis sept ans. Je t'aime.

A toutes et à tous, merci de votre présence et votre soutien pendant l'écriture de ma thèse. L'importance d'être bien entourée se fait encore plus sentir dans ces moments là.

Il s'est passé neuf ans depuis que j'ai passé mon concours de PACES. J'espère que ces années ont fait de moi une bonne jeune médecin. Tout ne fait que commencer et je sais que je continuerai à apprendre tous les jours, c'est la beauté de mon métier.

Abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPEF : Centres de santé et de Planification et d'Education Familiale

DU : Diplôme Universitaire

GO : gynécologue-obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IVGM : Interruption Volontaire Médicale de Grossesse médicamenteuse

MG : médecin généraliste

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

RPBN : Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie

SA : semaines d'aménorrhée

SF : sage-femme

Index des tableaux et figures

Tableau 1 : caractéristiques des professionnels rencontrés.....	7
---	---

Sommaire

I.INTRODUCTION GENERALE.....	1
II. THESE	
INTRODUCTION.....	4
MATERIEL ET METHODE.....	5
RESULTATS.....	6
1. Participants	
2. Analyse thématique	
1. Une pratique bien vécue, que les praticiens souhaitent poursuivre	
1.1 Le retour des professionnels sur la pratique	
1.1.1 Une pratique qui s'apprend avec l'expérience	
1.1.2 Une offre de soins qui se diversifie mais reste insuffisante	
1.1.3 Des praticiens satisfaits de leur service rendu	
1.2 Une valorisation financière et sociétale insuffisante	
1.3. Des praticiens amenés à cette pratique par militantisme	
1.3.1 Une volonté personnelle de défendre le droit à l'IVG	
1.3.2 Proposer une prise en charge globale et être une alternative	
à l'hôpital	
2. Des difficultés, qui ne sont pas des freins	
2.1 Une organisation spécifique requise	
2.1.1 Des rendez-vous à proposer rapidement	
2.1.2 L'échographie : parfois difficile à obtenir	
2.1.3 Des femmes absentes à la consultation de contrôle	
2.2 Une activité qui nécessite du temps	
2.3 Des contacts pluri-professionnels nécessaires	
2.4 Une réalisation de la pratique sans difficulté et peu de complications	
2.5 Des relations humaines et des situations psychologiques particulières	
2.5.1 Réadresser les femmes mineures ou victimes de violences	
sexuelles	
2.5.2 Complexité des relations avec les femmes	
2.5.3 Quelques situations au ressenti difficile	
DISCUSSION.....	18
Bibliographie.....	23

Annexe 1 : guide d'entretien

Annexe 2 : précisions sur la méthode d'analyse thématique

Annexe 3 : arbre thématique

Annexe 4 : résultats complémentaires issus des entretiens

I. Introduction générale

Historique rapide

En novembre 1974, sous l'égide de Simone Veil, le projet de loi légalisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG) était adopté. En 1988, la mifépristone obtient une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), ouvrant ainsi la voie à l'IVG médicamenteuse (IVGM). Depuis, la loi a évolué de nombreuses fois avec notamment la possibilité depuis 2004 de réaliser les IVGM extra-hospitalières jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée (SA) dans le cadre d'un réseau médecin-hôpital. Les autres modifications significatives furent le remboursement à 100 % des IVG en 2013, et la possibilité pour les sages-femmes de réaliser les IVGM extra-hospitalières en 2016.

La stratégie de santé sexuelle 2017-2030 du ministère des affaires sociales et de la santé a mis en avant plusieurs points pour améliorer la prise en charge de la contraception et des IVG. Il était proposé par exemple d'améliorer la formation théorique et pratique des professionnels de santé sur la santé sexuelle, la contraception et les IVG et d'augmenter le nombre de centres et de professionnels proposant les IVG par voie médicamenteuse.

Les objectifs de ces recommandations étaient d'obtenir en 2030 que 90 % des demandes d'IVG soient prises en charge dans les délais définis par la Haute Autorité de Santé (HAS), et de réduire d'un tiers l'indice de grossesses non désirées / non prévues chez les femmes.

Les médicaments de l'IVG médicamenteuse extra-hospitalière et leurs protocoles

Deux médicaments étaient à ce jour principalement associés dans les protocoles de l'IVG médicamenteuse en France, il s'agit de la mifépristone (Mifégyne®, Miffée®) et du misoprostol (Gymiso®, MisoOne®).

L'action conjointe de la mifépristone (molécule anti-progestérone) suivie 48 heures plus tard par le misoprostol (analogue de la prostaglandine), induit une interruption de grossesse dans 95 à 98 % des cas. Le géméprost sous forme d'ovule intra-vaginal est une autre analogue de la prostaglandine que l'on peut utiliser. (FAUCHER, 2018)

Les protocoles proposés par la HAS étaient ceux qui ont l'AMM française mais également dans l'Union Européenne et les Etats-Unis. (HAS IVG 2018) Ils consistaient le premier jour en la prise par voie orale de 200 mg ou 600 mg de mifépristone en une prise. 36 à 48 heures plus tard, 400 µg de misoprostol étaient administrés ou un ovule de géméprost 1 mg. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) ainsi que l'OMS, recommandent d'utiliser la posologie de 200 mg de mifépristone. (CNGOF RPC IVG 2016)

Les contre-indications à effectuer une IVGM sont une grossesse extra-utérine (GEU), des troubles de la coagulation connus ou prise d'un traitement anticoagulant, une anémie profonde inférieure à 10g/dL, un dispositif intra-utérin en place. Par ailleurs, ne sont pas des contre-indications à l'IVGM l'allaitement, la grossesse gémellaire, l'obésité, les utérus cicatriciels, une infection par le VIH.

Les contre-indications spécifiques à l'IVGM en ville étaient en pratique, d'après les protocoles de la HAS de 2010, un terme de grossesse supérieur à 7 SA, un délai de transport supérieur à une heure entre le domicile de la patiente et le centre hospitalier référent, une impossibilité d'effectuer une visite de suivi.

Les échecs de la méthode sont les avortements incomplets (0,5 à 6,3 %) et les grossesses évolutives persistantes (1 à 3 %). Les complications sont rares, ce sont des hémorragies ou des infections.

La formation des médecins généralistes à l'IVG

Dans le programme de l'ECN 2021, un item était consacré à l'IVG. Ces objectifs étaient de connaître les modalités réglementaires légales et les recommandations, connaître les différentes techniques d'IVG, connaître les complications et leurs répercussions, et identifier les facteurs de risque de récurrence d'IVG.

Pendant l'internat de médecine générale, la réalisation d'un stage dans un service de gynécologie-obstétrique était obligatoire depuis 2017. Selon les services, ces stages pouvaient être l'occasion de suivre des femmes dans leur parcours d'IVG. Les stages chez le praticien généraliste pouvaient également faire rencontrer des femmes en demande d'une IVG. En tant qu'interne ou médecin généraliste, il était également possible de s'inscrire à des diplômes universitaires (DU) de gynécologie-obstétrique. Ces DU dispensent des cours sur l'IVG.

La première formation à l'IVG pour les médecins généralistes à Caen a été effectuée en 2006 par le Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie. De nouvelles éditions de cette formation qui proposait un enseignement théorique et un enseignement pratique ont été réalisées régulièrement.

Epidémiologie des IVG

Depuis 2001, le nombre d'IVG par an s'est stabilisé entre 215 000 et 230 000, avec une hausse en 2019 à 232 000 cette année-là. L'indice conjoncturel d'avortement, correspondant au nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme au long de sa vie était de 0,58 en 2019.(ER 1163, DREES 2020) Le taux de recours était en 2019 de 15,6 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en métropole et 28,2 dans les DROM, et s'établissait alors à son maximum depuis 1990. Les femmes de 20 à 29 ans étaient plus concernées, avec un taux de recours de 27,9 IVG pour 1000 femmes en France entière. Des femmes seront concernées plusieurs fois au cours de leur vie : en 2018 30 % des femmes ayant recouru à une IVG y avaient déjà eu recours au moins une fois auparavant.(ER 1125, DREES 2019)

La part des IVG médicamenteuses était en constante augmentation puisqu'en 2019 70 % des IVG avaient été réalisées de façon médicamenteuse en France entière. Les IVGM extra-hospitalières augmentaient également : 25,4 % en métropole et 40,1 % dans les DROM en 2019. Le nombre de professionnels pratiquant des IVG extra-hospitalières a augmenté chaque année, s'établissant en 2018 à 1725 médecins (dont 56,6 % de gynécologues) et 248 sages-femmes. Cela correspondait à 2,9 % des généralistes et gynécologues et 3,5 % des sages-femmes installés en libéral.

En Normandie le taux de recours était en 2019 à 13,2 pour 1000 et 19,6 % des IVG étaient extra-hospitalières.

II. THESE ARTICLE

Introduction

Légale en France depuis 1988, l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (IVGM) est restée longtemps uniquement hospitalière. En 2004 puis 2016, des lois ont permis aux médecins libéraux puis aux sages-femmes (SF), de réaliser des IVGM extra-hospitalières jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée (SA) dans le cadre d'une convention praticien-hôpital.(1) L'établissement de santé référent avec lequel le praticien est alors conventionné devra si besoin prendre en charge les échecs et les complications.(2) Les praticiens doivent justifier « d'une expérience professionnelle adaptée » telle que décrite dans l'article 2212-11 du Code de Santé Publique.(3)

L'IVGM est efficace à 95-98 % et les complications sévères sont rares.(4) Elle nécessite de s'assurer de l'absence de contre-indications médicales et de difficultés psychosociales des patientes. En France, l'IVG est remboursée à 100 % par l'Assurance Maladie depuis 2013. Le professionnel, qui doit acheter les médicaments en pharmacie (83,57 € pour une IVG) est rémunéré par un forfait complémentaire de 50,00 € pour l'IVG.(5) La réalisation des IVGM comprend une première consultation de demande qui n'est pas incluse dans le forfait. Si elle est réalisée par un professionnel ne réalisant pas les IVG, celui-ci doit orienter la femme vers un praticien les réalisant. Il est recommandé de proposer un rendez-vous dans les cinq jours après l'appel de la femme.(6) Une deuxième consultation permet la confirmation de la demande d'IVG et le recueil par écrit du consentement de la femme. Lors d'une troisième consultation, la mifépristone est administrée. Le misoprostol peut être donné à la patiente qui le prendra à domicile, ou administré lors d'une consultation spécifique, 36 à 48 heures plus tard. En pratique, les deuxième et troisième consultations peuvent n'en faire qu'une. Une consultation de suivi est programmée entre 14 et 21 jours après la prise de mifépristone. Elle permet de contrôler l'efficacité de la procédure (entretien, résultat biologique avec HCG < 1000 UI à 14 jours ou échographie).

Depuis 2001, le nombre d'IVG par an a varié entre 215 000 et 230 000 en France. Le taux de recours était en 2019 de 15,6 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en métropole. La part des IVGM était en constante augmentation. En 2019, 25,4 % des

IVG étaient extra-hospitalières en métropole, et 70 % avaient été médicamenteuses. Le nombre de professionnels pratiquant des IVG extra-hospitalières augmentait chaque année et était de 1973 en 2018. Cela correspondait à 2,9 % des généralistes et gynécologues et 3,5 % des sages-femmes installés en libéral.(7-8)

Ainsi, relativement peu de professionnels réalisent les IVG extra-hospitalières, ce qui peut rendre l'accès plus difficile pour les femmes. D'après la cartographie interactive de la démographie médicale, 1 574 généralistes, 31 gynécologues et 59 sages-femmes libéraux exerçaient dans le Calvados en 2019 mais seuls 14 de ces 1664 professionnels réaliseraient les IVGM d'après le répertoire du Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie (RPBN). Les motivations des médecins réalisant les IVGM seraient l'importance du service médical rendu, un militantisme pour l'accès à l'IVG et une diversification de l'activité. (9-13) La rémunération de l'acte a été décrite comme un frein ou comme une motivation.(9-14) Les principaux freins seraient un manque de compétence, une activité jugée chronophage, une absence d'intérêt à cette pratique et une prise en charge jugée complexe. (9-15)

L'objectif principal de notre étude était de comprendre le vécu et les difficultés que pourraient rencontrer les professionnels conventionnés à la pratique des IVG extra-hospitalières dans la réalisation de celles-ci dans le Calvados. L'objectif secondaire de l'étude était de comparer les résultats de notre étude avec le travail d'initiation similaire réalisé par la Dr LIPINSKI en 2012 dans le Calvados.(13)

Matériel et méthode

1. Choix du type d'étude.

Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur la méthodologie de la théorisation ancrée (16-17).

Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-dirigés. Le guide d'entretien est disponible en annexe. Il n'a pas été modifié au fil des entretiens. Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone puis retranscrits *ad integrum* avec le logiciel Pages® et anonymisés.

2. Participants

Les participants ciblés par cette étude étaient les professionnels de santé réalisant des IVG extra-hospitalières dans le Calvados donc gynécologues-obstétriciens (GO), médecins généralistes (MG) ou sages-femmes.

Les praticiens ayant signé une convention suite à une formation aux IVGM avec le RPBN et ceux inscrits sur le site www.ivglesadresses.com ont été recensés. Il y avait 13 professionnels libéraux exerçant dans le Calvados ; neuf MG, un GO et trois SF qui ont tous été recrutés, excepté le directeur de recherche.

De plus, les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) de Caen, Bayeux et Lisieux proposant cette pratique, nous avons recruté deux MG parmi ceux travaillant dans ces structures.

Afin de recueillir des données complémentaires, nous avons également recruté trois professionnels ayant fait une formation mais n'ayant pas signé de convention par la suite : deux SF et un MG.

3. Analyse thématique des données

L'analyse réalisée était une analyse thématique (16). Le codage des thèmes a été réalisé indépendamment par l'enquêtrice et par un autre interne en médecine générale permettant la triangulation des données et augmentant la validité des résultats.

Résultats

1. Participants

Les entretiens ont eu lieu entre novembre 2019 et avril 2020. La saturation des données a été obtenue au bout de 15 entretiens et confirmée par deux derniers entretiens. Les entretiens ont duré en moyenne 23 minutes, variant de cinq à 45 minutes. Ils ont été réalisés au cabinet des professionnels, excepté deux entretiens réalisés par téléphone en raison de l'épidémie de COVID-19. Deux médecins ont demandé que l'interne en stage dans leur cabinet assiste à l'entretien. Un médecin a déclaré en début d'entretien avoir en fait récemment arrêté de proposer cette pratique.

Le tableau 1 regroupe les caractéristiques des professionnels rencontrés.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des professionnels

Caractéristiques démographiques et professionnelles							Caractéristiques concernant les IVG				
	Profession	Genre	Age	Délai depuis installation en années	Milieu d'exercice	Activité gynécologique	Délai depuis formation en années	Exercice IVG	Nombre IVG/ an	Distance hôpital de proximité-cabinet	
										en voiture en minutes	en km
Dr A	MG	F	35-45	< 10	urbain	importante	5	OUI	15-20	< 10	< 5
Dr B	MG	M	55-65	> 20	semi-urbain	moyenne	> 5	OUI	24-36	20-30	15-25
Dr C	MG	M	55-65	> 20	semi-urbain	moyenne	> 5	OUI	5	10-20	15-25
Dr D	MG	F	35-45	< 10	semi-urbain	importante	> 5	OUI	12-20	< 10	5-15
Dr E	MG	F	45-55	> 20	urbain	importante	> 5	OUI	1	20-30	> 25
Dr F	GO	M	55-65	> 20	urbain	exclusive		OUI	10	< 10	< 5
Dr G	MG	F	45-55	> 20	rural	faible	> 5	OUI	1	20-30	> 25
Dr H	MG	F	55-65	> 20	semi-urbain	importante	> 5	NON (a arrêté)	0	10-20	5-15
Dr J	MG	F	45-55	> 20	urbain	importante	> 5	OUI	36-48 (avant 80-100)	10-20	< 5
Dr K	MG (CPEF)	F	35-45	< 10	urbain	exclusive	> 5	OUI	1	< 10	< 5
Dr L	MG	F	35-45	< 10	urbain	importante	< 5	NON		< 10	< 5
Dr M	MG (CPEF)	F	45-55	10-20	urbain	exclusive	> 5	OUI	60-70 *	< 10	< 5
SF A	SF	F	55-65	10-20	urbain	exclusive	< 5	NON		< 10	< 5
SF B	SF	F	35-45	< 10	urbain	exclusive	< 5	OUI	36-48	< 10	< 5
SF C	SF	F	55-65	10-20	urbain	exclusive	< 5	NON		20-30	> 25
SF D	SF	F	35-45	< 10	urbain	exclusive	< 5	OUI	18	< 10	< 5
SF E	SF	F	35-45	< 10	urbain	exclusive	< 5	OUI	12	< 10	< 5

MG = médecin généraliste ; GO = gynécologue-obstétricien ; SF = sage-femme ; F = féminin ; H = masculin

* nombre d'IVGM réalisées par le CPEF de Caen par an, tous praticiens confondus

2. Analyse thématique

Sur les différents sujets abordés, notre étude n'a pas mis en évidence de différence entre les médecins et les sages-femmes.

1. Une pratique bien vécue, que les praticiens souhaitent poursuivre

1.1 Le retour des professionnels sur la pratique

1.1.1 Une pratique qui s'apprend avec l'expérience

L'importance de l'expérience de la pratique des IVGM a été évoquée par plusieurs professionnels. D'après eux, l'activité pouvait être stressante quand on débute et devenait plus facile avec le temps : « *le premier j'ai eu les chocottes de ma vie quoi* » (Dr G), nécessitant de l'expérience : « *il faut quand même avoir de l'assurance pour faire ça, il faut avoir du métier je veux dire* » (Dr G).

Plusieurs praticiens relevaient l'importance du stage pratique pour se familiariser avec les demandes, mais l'intérêt était selon certains limité par sa réalisation dans un service de gynécologie générale, et assister à des IVG chirurgicales était jugé inutile : « *c'est du stage de crotte hein, c'est pour voir les IVG thérapeutiques, allez voir les IVG au CHR, un coup d'aspirateur ça va* » (Dr G).

Pour les sages-femmes interrogées (toutes formées avant 2016), leurs études universitaires ne permettaient alors pas d'acquérir l'expérience suffisante pour prendre en charge les IVG extra-hospitalières.

1.1.2 Une offre de soins qui se diversifie mais reste insuffisante

Concernant les professionnels capables de réaliser les IVGM extra-hospitalières, le gynécologue estimait que l'acte devrait être limité à ses confrères gynécologues et quelques médecins pensaient qu'il devrait être limité aux médecins. Un MG s'était vu refuser la convention par un gynécologue hospitalier : « *le problème c'est que le service hospitalier s'il veut pas qu'on signe, s'il estime qu'on lui fait de l'ombre ou je sais pas moi. Le mec il voulait pas et clairement il était hyper choqué que je lui demande. Nan nan mais oui c'était un vrai problème de vision confraternelle* » (Dr G). Un praticien proposant les IVG depuis de nombreuses années a noté une grande diminution des demandes depuis que le CPEF les propose.

L'offre de soins semblait inégale selon le territoire. Le secteur de Caen et sa périphérie ne posaient pas de problème : « *à Caen je trouve que ça va, on a jamais eu d'IVG refusées par manque de place si vous voulez* » (Dr M). En milieu plus rural le nombre

de praticiens était insuffisant : « *les IVG on est vraiment pas très nombreux, je dois être la seule* » (Dr E). Un professionnel précisait ne pas proposer l'activité car il travaillait juste à côté d'un hôpital, mais pensait signer une convention s'il était amené à travailler en milieu rural.

Les praticiens savaient être peu à réaliser cette pratique et s'étonnaient que les gynécologues libéraux ne proposent pas tous cette activité : « *c'est compliqué de s'occuper de la santé sexuelle des femmes et de refuser de faire des IVG médicamenteuses* » (Dr A) ; « *moi j'en connais qui me les adresse hein. Et ça me choque* » (Dr J).

Les sages-femmes rapportaient avoir « beaucoup de demandes de prises en charge » (SF D) depuis que leur activité était connue. Néanmoins d'après elles, peu de leurs pairs seraient intéressé(e)s par cette pratique. Un médecin remarquait que réaliser les IVG extra-hospitalières lui permettait de conserver une pratique de gynécologie qui aurait tendance à diminuer au profit des sages-femmes.

1.1.3 Des praticiens satisfaits de leur service rendu

Tous les professionnels, excepté un, étaient satisfaits de réaliser cette activité et souhaitaient la poursuivre. Sur le plan personnel, ils se disaient fiers de proposer cette pratique : « *c'est quelque chose que j'aime beaucoup ça me tient vraiment à coeur de le faire* » (SF E). L'importance du service rendu était au coeur de leur satisfaction.

Sur le plan professionnel, cela permettait de diversifier la pratique et la patientèle : « *moi j'aime bien me diversifier, je fais plein de trucs donc ça rentre dans le cadre de mes activités* » (Dr C).

Les professionnels ont aussi rapporté que les femmes étaient satisfaites de la prise en charge et avoir ainsi de bonnes relations avec les patientes et ne pas ressentir de difficulté sur le plan relationnel : « *Ça se passe toujours très bien* » (Dr B) ; « *Je suis tout à fait à l'aise* » (Dr C). Les consultations étaient ressenties comme « riches » et intéressantes : « *c'est plutôt bien parce que c'est un peu la consultation où on parle d'autre chose* » (Dr B). Ils ont également mentionné que leur passage temporaire dans l'histoire des femmes instaurait une relation particulière : « *je suis la personne qu'elles ne reviendront jamais voir, je passe dans leur vie et puis terminé quoi* » (Dr B).

1.2 Une valorisation financière et sociétale insuffisante

La majorité des professionnels a fait mention d'une rémunération insuffisante : « *on gagne pas bien notre vie la dessus* » (Dr D) ; « *rapport qualité prix on n'est pas dedans hein* » (Dr G) tandis que pour un professionnel « *la rémunération ne sembl[ait] pas aberrante* » (Dr A). Cette rémunération insuffisante rendait cette activité non lucrative et pouvait également être un frein à la pratique : « *[le Dr X] m'a dit qu'elle ne pratiquait pas parce qu'elle en voyait pas l'intérêt. Elle m'a dit ça me bouffe un temps pas possible, ça me coûte de l'argent* » (Dr J).

Pour aider les femmes, plusieurs professionnels réalisaient le tiers payant intégral. Au CPEF, les femmes n'avaient rien à avancer puisque la Sécurité Sociale et le département prenaient en charge le forfait. La rémunération de l'acte n'était alors pas dans les préoccupations des professionnels et cette « *absence d'échange de monnaie* » (Dr K) simplifiait la prise en charge.

La faible valorisation financière reflétait ce manque de considération par la société. Certains docteurs expliquaient que l'activité était non attractive pour les jeunes médecins : « *je comprends que les médecins s'y mettent pas parce que oui on a l'impression que c'est pas reconnu* » (Dr D) ; « *effectivement un jeune qui a pas trop de boulot ou qui est passionné par ça il va le faire mais sinon quelqu'un qui est déjà chargé il a pas envie d'aller faire trois journées au CHU pour faire un truc qui rapporte pas* » (Dr B).

Plusieurs professionnels déclaraient être affectés par le manque de « *reconnaissance pour le médecin qui y passe quand même du temps, de l'énergie* » (Dr D).

La majorité des professionnels avaient une activité connue de leurs confrères et visible sur internet : « *je suis sur doctolib et en plus je suis référencée dans IVG les adresses et en fait rien que sur doctolib on voit, c'est visible "fait les IVG médicamenteuses"* » (Dr D). Un certain tabou semblait présent pour d'autres qui préféraient que l'activité reste discrète : « *mais je veux dire on va pas le crier sur les toits non plus* » (Dr C). Un praticien n'ayant pas encore signé de convention déclarait avoir peur d'être jugé : « *j'aurais peut-être pas envie non plus que les gens le sachent. Parce qu'ils se diraient "Ah tiens, pourtant je pensais pas qu'elle était pour les IVG"* » (SF A).

Les praticiens expliquaient que l'accessibilité était encore difficile pour les femmes : « *on sentait qu'il y avait des femmes qui avaient un peu galéré à trouver un médecin ou une sage-femme* » (Dr D). Cela était en partie dû au faible nombre de

professionnels pratiquant mais également parce que la population n'est pas bien informée de la possibilité de réaliser une IVG à domicile : « *qu'on soit plus nombreux à le faire parce qu'il y a plein de jeunes femmes qui ne sont pas au courant qu'on existe* » (Dr E) ; « *j'ai deux de mes patientes qui l'ont fait au CHU parce qu'elles ne savaient pas que je le faisais* » (Dr C).

Néanmoins, l'accès semblait plus facile ces dernières années, notamment grâce à Internet et au bouche à oreille : « *j'ai l'impression, alors je sais pas si c'est l'utilisation d'internet. Depuis IVG les adresses, je pense que ça a changé la donne* » (Dr D).

1.3. Des praticiens amenés à cette pratique par militantisme

1.3.1 Une volonté personnelle de défendre le droit à l'IVG.

Pour différents professionnels, leur pratique était une façon d'asseoir le droit à l'IVG. Ils ont expliqué avoir peur d'un retour en arrière : « *plus y en aura et moins on aura l'impression que ça peut être remis en question. Parce que clairement c'est Simone Veil qui disait : "restez vigilantes"* » (SF B).

L'ensemble des professionnels a cité une nécessité de militantisme pour réaliser cette pratique et rappelaient que l'IVG est un droit de chaque femme : « *la France offre ce droit, ce droit à l'erreur quelque part* » (SF B). Différents professionnels soulignaient que réaliser cette activité nécessitait une conviction personnelle : « *je pense que c'est une conviction intime. Quand on veut on peut hein* » (Dr G).

Il était important pour eux de prendre en charge la santé sexuelle des femmes ainsi que la contraception, qui était systématiquement abordée et prescrite dès la consultation de demande : « *la contraception est indispensable on en parle à la première consultation* » (Dr K).

Aucun professionnel ne se limitait en nombre d'IVG, « *j'en prendrai autant qu'il y a besoin* » (SF D) mais plusieurs ont précisé que ça n'était qu'une partie de leur pratique : « *je ne veux pas faire que ça mais je trouve c'est important* » (Dr A). La plupart des professionnels acceptaient les demandes d'IVG de toutes les femmes. Les autres souhaitaient réserver la pratique à leur patientèle : « *l'idée était de rendre service à ma propre patientèle* » (Dr H).

Une professionnelle avait un mauvais vécu personnel et avait voulu par la suite réaliser elle-même des IVG pour améliorer la prise en charge. Un professionnel souhaitait le proposer à ses patientes bien que ça ne fasse pas partie de ses

convictions : « *nous ça faisait pas parti de nos pratiques, de... de famille, enfin de couple [...] j'ai pas à juger donc moi je ne juge pas en fonction de mes convictions, je juge en fonction de ce que la dame a besoin* » (SF A).

1.3.2 Proposer une prise en charge globale et être une alternative à l'hôpital

Beaucoup des médecins interrogés avaient un Diplôme Universitaire de gynécologie ou une pratique importante de gynécologie. Il était normal pour eux de proposer cette pratique qui « *fait partie de la vie gynécologique de la femme* » (Dr J). Pour les sages-femmes, leur motivation relevait aussi d'un militantisme pour leur corps de métier : « *je voulais qu'il y ait des sages-femmes, moi pour le coup, qui puissent le proposer, pour que la profession soit représentée* » (SF B).

Les praticiens se félicitaient que leurs pratiques permettent que « *les IVG se pratiquent dans de bonnes conditions* » (Dr K). Ces bonnes conditions passaient par un accès et un parcours simplifiés : « *ça leur permet d'avoir une porte de plus quoi, un endroit de plus vers qui se tourner* » (SF D) et une bonne prise en charge psychologique : « *c'est pour ça que moi je m'étais formée justement, pour qu'elles aient un bon relationnel* » (Dr H). Les professionnels tenaient à donner des explications complètes et précises aux femmes sur le déroulement de l'IVG, une bonne compréhension permettant un meilleur vécu : « *parce qu'en fait ça les rassure, d'anticiper les choses en tout cas de pouvoir anticiper les éventuelles difficultés* » (Dr A).

Pour assurer un bon vécu psychologique aux femmes, les praticiens s'entretenaient longuement avec elles : « *j'essaye qu'on prenne un petit peu plus le temps pour que les choses se passent sereinement. Pour que ça reste pas un traumatisme pour elles [...] c'est important qu'il y ait eu un espace où elles ont pu dire ben moi je suis contre mais en fait là j'ai pas le choix.* » (Dr A). L'importance de l'abord psychologique était d'ailleurs abordée lors de la formation : « *c'était justement pas que technique. Ça abordait aussi effectivement tout ce qui était l'ambivalence* » (SF C). Plusieurs professionnels interrogeaient la femme sur son contexte de vie pour s'assurer qu'il convenait à une IVG à domicile. Enfin, certains praticiens cherchaient à connaître précisément l'histoire de la femme et à s'assurer que la décision était certaine : « *Je veux que la décision soit claire, sinon tant que la décision est pas claire je fais pas* » (Dr G). Pour d'autres, les femmes étaient déjà sûres de leurs décisions et il était important de rester en dehors de la justification de l'IVG : « *je veux vraiment que*

l'histoire de cette justification, en fait c'est pas mon problème. Je veux pas qu'il y ait ça dans la consultation » (Dr A).

Pour tous il était important de rester professionnels, sans jugement et de laisser les femmes libres de décider : *« moi je leur dis toujours, on a un rendez vous, mais si le matin où vous devez venir prendre le médicament vous faites demi-tour devant le parking, c'est votre entière liberté » (Dr B).*

Les CPEF proposaient une consultation systématique avec une conseillère conjugale et familiale. Ce parti pris permettait de séparer la prise en charge psychologique et médicale et avait pour but de mieux cerner les femmes et de proposer une prise en charge globale : *« d'avoir déjà vu une fois la conseillère, elles sont dégagées de tous leurs questionnements, [...] elles sont plus à l'écoute » (Dr M).*

Les praticiens avaient également été intéressés par l'alternative à l'hôpital, jugée comme présentant moins de délais, une prise en charge globale et un meilleur accompagnement. Etre le médecin traitant de la femme était également vu comme un atout. Suite à leur stage pratique en orthogénie, deux professionnels pensaient que les femmes y étaient *« jugées et infantilisées » (Dr C)* et que l'IVG était y plus difficile à vivre : *« j'ai trouvé ça monstrueux ce qu'on faisait aux femmes » (Dr G).*

Un praticien souhaitait pouvoir faire encore plus : *« j'aimerais même aller plus loin en fait. J'aimerais pouvoir faire un partenariat avec l'hôpital, où on pourrait faire la première consult, que je puisse donner la mifégyne, et que derrière je puisse programmer l'hospit, aller encore plus loin quoi. Pouvoir aller sur des délais un peu plus long » (SF E),* ce qui serait le souhait des femmes selon quelques praticiens.

2. Des difficultés, qui ne sont pas des freins

2.1 Une organisation spécifique requise

2.1.1 Des rendez-vous à proposer rapidement

La prise de rendez-vous nécessitait des aménagements pour respecter le délai rapide et certains praticiens donnaient eux-mêmes les rendez-vous : *« j'ai dit à mes secrétaires de m'appeler, à chaque appel » (Dr A)* ou formaient leurs secrétaires.

La plupart des professionnels avaient des créneaux dédiés aux demandes d'IVG ou les plaçaient sur des créneaux d'urgence. D'autres les rajoutaient dans leur planning : *« peu importe, même si je rajoute après mes consults, je refuse pas les patientes » (Dr F).* Aucun professionnel n'avait de problème de délais voire précisait

que l'organisation était plus simple sans le délai de réflexion de sept jours. Quelques professionnels changeaient leur emploi du temps pour arranger les femmes : « *je suis revenue la semaine dernière vendredi soir pour pouvoir en faire un parce que c'était mieux pour elle* » (SF E).

Pour deux professionnels n'ayant pas signé de convention, il semblait compliqué d'inclure cette pratique : « *nos plannings de consultations sont déjà très chargés* » (Dr L).

2.1.2 L'échographie : parfois difficile à obtenir

Trouver un rendez-vous d'échographie était difficile, voire impossible dans les délais pour certains : « *ce qui me posait problème dans les délais c'était l'échographie de datation* » (Dr D) ; « *les échographies de datation, les premiers délais même en insistant c'était trois semaines.* » (SF B), et il était nécessaire de prendre le rendez-vous pour la femme.

Pour y remédier, quelques professionnels réalisaient eux-mêmes les échographies de datation ou les faisaient faire par l'hôpital avec lequel ils avaient signé la convention. Un professionnel de CPEF attendait une formation pour pouvoir légalement réaliser les échographies.

2.1.3 Des femmes absentes à la consultation de contrôle

La consultation de contrôle était parfois abordée comme une difficulté et était l'une des raisons de l'arrêt de la pratique d'un professionnel. Un tiers des professionnels rapportaient un absentéisme important : « *On est trop souvent obligés, obligés de les rappeler pour la consultation de contrôle.* » (Dr B), tout en soulignant que les femmes réalisaient par contre leur dosage d'HCG de contrôle.

Cet absentéisme menait à une méconnaissance de la finalité de l'IVG et une peur de passer à côté de complications : « *pour la rétention ça a été justement, j'ai été la rechercher, la rappeler, etc, parce que je n'avais pas de nouvelles. En effet, on a constaté ça, je l'ai donc envoyé au CHU.* » (Dr H). Certains professionnels rappelaient alors systématiquement les femmes et d'autres non.

2.2 Une activité qui nécessite du temps

Pour certains professionnels, l'activité était chronophage mais ce n'était pas un frein : « *oui ça prend du temps, ça prend de l'énergie mais c'est quelque chose auquel je tiens* » (SF E). La majorité des professionnels se rendaient joignables 24 heures sur

24 mais n'étaient pas dérangés par les appels : « *je leur donne toujours mon numéro de téléphone portable, pour l'instant j'ai eu que deux patientes, qui ont eu besoin de l'appel* » (Dr A).

Pour gagner du temps, certains professionnels avaient des ordonnances pré-remplies ou un logiciel programmé : « *j'ai un logiciel tout fait qui est là. Et quand je tape IVG [...] toc là j'ai toutes les ordonnances qui apparaissent* » (Dr B).

La communication entre confrères était importante puisque les consultations étaient plus faciles et plus rapides si les femmes avaient déjà vu leur médecin auparavant : « *très souvent quand elles arrivent elles ont l'écho et le bilan sanguin. Parce qu'une fois qu[e mes confrères] m'ont envoyé une fois ils savent ce dont j'ai besoin* » (Dr C).

Les autres difficultés étaient la longueur administrative de la mise en place de la convention et la formation jugée trop longue et pas assez fréquente pour un professionnel, ce qui l'a amené à réaliser sa formation sur Paris.

Pour certains professionnels non conventionnés, le temps demandé de stage pratique était un frein, il leur semblait difficile de se libérer pour ces cinq demi-journées : « *c'est toujours un peu compliqué à organiser, [...] c'est le stage quoi qui met une barrière* » (SF C).

2.3 Des contacts pluri-professionnels nécessaires

Déjà évoqué précédemment, avoir son réseau pluri-professionnel permettait aux praticiens de surmonter les difficultés d'organisation de la prise en charge. Avoir un réseau de radiologues ou de gynécologues permettait à certains professionnels d'accéder facilement aux échographies de datation : « *très facile d'accès, on lui passe un petit coup de fil et la plupart du temps elle arrive à prendre les patientes dans la foulée entre deux patientes, c'est vraiment super* » (SF D).

Aucun professionnel n'avait de difficulté pour récupérer les médicaments grâce à leur réseau de pharmacie : « *je les commande le matin, je les ai à 14h ou je les commande le soir je les ai le lendemain matin. C'est rapide. Ca se fait très bien* » (Dr B).

Pour plusieurs professionnels, communiquer avec des pairs qui réalisent les IVG extra-hospitalières et avec le service d'orthogénie permettait aussi de réaliser cette pratique plus sereinement : « *je sens que j'ai une aide quoi. Que je suis pas toute seule dans la nature et que en fait il y a un vrai relai qui se fait avec le service d'orthogénie, je ne me sens pas toute seule* » (Dr D). Le CPEF avait des réunions annuelles avec le service

d'orthogénie, notamment pour discuter des éventuelles difficultés et certains praticiens libéraux aimeraient avoir cette possibilité.

A l'inverse, d'autres ne ressentait pas le besoin d'aide et appréciaient leur autonomie dans la pratique : « *voilà je fais ça tout seul dans mon coin tranquille* » (Dr C).

2.4 Une réalisation de la pratique sans difficulté et peu de complications médicales

Les professionnels ont tous décrit la pratique des IVG comme une pratique ne posant pas de difficulté, facile à réaliser : « *techniquement parlant, je trouve que non, il y a pas de difficulté* » (Dr D). Pour tous, les complications médicales étaient rares et n'étaient pas un frein à la pratique : « *j'en suis à 56 IVG et pour l'instant, je n'ai jamais eu de besoin de recours aux urgences. J'ai pour l'instant jamais eu d'échec non plus* » (Dr A) ; « *c'est rare que ça se termine par aspiration ou un curetage, non* » (Dr F).

Pour les praticiens n'ayant pas signé de convention, la formation les avait aidé à mieux accueillir et prendre en charge une consultation de demande d'IVG. Par ailleurs, un des professionnels ne pratiquant pas les IVG ne se sentait pas freiné par les complications potentielles : « *a priori non parce que si c'est excessif on l'oriente vers l'hôpital bon et puis, la gestion d'une hémorragie, bah on connaît par la gestion d'une hémorragie post-natale* » (SF C).

2.5 Des relations humaines et des situations psychologiques particulières

2.5.1 Réadresser les femmes mineures ou victimes de violences sexuelles

Plusieurs professionnels ont abordé spontanément avoir une attitude particulière avec les femmes mineures.

Un professionnel refusait de prendre en charge les femmes mineures parce que les histoires de vie étaient plus compliquées : « *je refuse toutes les mineures, ça je refuse, parce que là c'est encore des histoires pas possible* » (Dr G).

Pour deux praticiens libéraux et un travaillant en CPEF, les IVG à domicile ne seraient pas adaptées pour les mineures : « *je ne dis pas non de principe pour les mineures. Mais je trouve que quand même, l'IVG médicamenteuse [...] des choses qui peuvent être symboliquement, un peu effrayant et quand c'est une mineure* » (Dr A) ; « *c'est*

pas forcément idéal de faire pratiquer une IVG médicamenteuse à domicile à une mineure » (Dr K). Néanmoins, le choix était alors toujours laissé à la femme.

Un professionnel réadressait les patientes à l'hôpital en cas de suspicion de violences sexuelles : *« je ne savais pas [...] s'il y avait eu une violence sexuelle ou pas, donc je l'ai réadressée pour une IVG qui a été instrumentale au final » (Dr A).*

2.5.2 Complexité des relations avec les femmes

Les praticiens pouvaient être mis en difficulté devant quelques patientes *« qui sont très exigeantes [...] qui peuvent parfois être un peu agressives » (Dr D)*. Ces conduites étaient alors mises sur le compte de l'anxiété par les professionnels.

Un professionnel a soulevé que parfois la difficulté était de se faire payer : *« ça m'est arrivé de me faire agresser, par un type en fait tout simplement pour une histoire de règlement [...] le problème parfois en ville c'est le règlement » (Dr J).*

Deux professionnels ont évoqué une difficulté à faire entendre l'importance de prendre une contraception : *« c'est dur à vendre hein la contraception maintenant » (Dr B).*

2.5.3 Quelques situations au ressenti difficile

Plusieurs professionnels reconnaissaient que les demandes d'IVG restaient des situations particulières, des rencontres intenses et des consultations parfois lourdes psychologiquement : *« ce sont des rencontres humaines intenses à chaque fois » (SF B); « psychologiquement ça peut être compliqué » (Dr J).*

Pour un professionnel, le souci résidait dans la difficulté à reconnaître les femmes indécises : *« là où j'ai encore des difficultés, c'est je pense qu'il y a peut être certaines femmes, un peu ambivalentes dans leur décision. Et je sais pas si le les repère bien ces femmes là » (Dr A).*

Il a également été évoqué par différents professionnels, dont celui qui a arrêté de réaliser les IVG, qu'il pouvait être difficile de réaliser un acte potentiellement dangereux chez une patiente que l'on ne connaît pas : *« j'ai cette sensation que j'ai pas forcément toutes les cartes en main non plus, que je connais pas les dames » (Dr D).*

Quelques professionnels ont été mis en difficulté face à certaines réflexions de femmes ou d'accompagnateurs : « *disant "non mon mari ne revient pas il ne souhaite pas revenir sur les lieux du crime"*. *Ca choque quand même.* » (SF B).

Discussion

1. Résultats principaux et comparaison avec la littérature

D'après les professionnels de notre étude, la prise en charge médicale d'une IVG extra-hospitalière était accessible, une fois que l'expérience était acquise. Ces constats, déjà évoqués en 2012 dans le Calvados (13), ont été décrits dans d'autres régions. (11, 14) Comme en 2012, les professionnels de notre étude rapportaient très peu de complications médicales et elles n'étaient pas sources de craintes ni de difficultés. De fait, celles ci sont peu fréquentes, les échecs survenant dans 1 à 9 % des cas selon les études, et les hémorragies dans 1 % des cas.(4) Une autre étude montrait que les généralistes n'étaient pas inquiets des complications car ils savaient les médecins référents hospitaliers très disponibles.(10) Avec une adaptation de l'organisation, la pratique posait peu de difficultés dans sa réalisation. L'aspect chronophage de la pratique n'était pas un frein pour les professionnels dont l'avis général était « quand on veut on peut » (Dr G). En 2012, les praticiens du Calvados faisaient part d'une grande disponibilité nécessaire. La disponibilité et le côté chronophage ont été cités dans plusieurs études récentes.(9-11, 18)

Comme dans plusieurs études précédentes, l'absentéisme à la consultation de contrôle, posait souci à certains des praticiens de notre étude puisqu'ils restaient dans la méconnaissance de la réussite de la méthode. Parfois décrite comme un manque de respect (9), elle entraînait surtout des inquiétudes sur la possibilité d'une grossesse évolutive (10, 13, 18) L'absentéisme était plus important quand la femme ne faisait pas partie de la patientèle du praticien. Pour surmonter cette difficulté les praticiens de notre étude insistaient sur l'importance de la consultation de contrôle, et certains appelaient les patientes absentéistes pour leur rappeler leur rendez-vous. Ailleurs, des praticiens adressaient des courriers. D'autres fixaient le rendez-vous dès la première consultation, essayant de faire « peur » en parlant d'un possible échec. Pour certains, les patientes bien informées étaient responsables du risque d'échec en ne venant pas à la consultation de contrôle. (11)

Pour les professionnels de notre étude, le rendez-vous et la réalisation de l'échographie en ville pouvaient poser problème. Dans une étude de 2017, la principale contrainte était dans l'accès à l'échographie en ville et le mauvais accueil que les femmes pouvaient y rencontrer. Certains praticiens réalisaient donc eux-mêmes les échographies afin de « garantir une bonne interprétation et de gagner du temps ».(11) Par ailleurs, dans ses recommandations de 2016, le CNGOF écrivait que « pour les femmes certaines de la date de leurs dernières règles [...], pour lesquelles un examen clinique par un professionnel de santé formé est possible, l'absence d'accès à l'échographie de routine ne doit donc pas être un frein (accord professionnel) » (6). Selon une étude menée aux Etats-Unis en 2010, l'interrogatoire et l'examen clinique permettaient d'identifier les femmes éligibles sans effectuer d'échographie dans 99 % des cas. (19)

Les entretiens avec les professionnels ont souligné le besoin d'un réseau bien organisé pour réaliser les IVG extra-hospitalières dans de bonnes conditions. En 2012, des difficultés de communication avec les centres référents étaient évoquées, alors que dans notre étude plusieurs praticiens à l'inverse se félicitaient de bonnes relations facilitant la pratique. Pour améliorer les prises en charge, plusieurs souhaitaient avoir des rencontres régulières avec le centre d'orthogénie. Ce souhait était présent dans d'autres régions où, mis en place, il permettait une mise à jour des connaissances des praticiens et une amélioration de leurs pratiques.(10) Les médecins appréciaient de pouvoir discuter de cette pratique avec leurs confrères.

Dans notre étude, les freins évoqués par ceux ne pratiquant pas les IVGM extra-hospitalières, en dehors d'un stage pratique non réalisé, étaient principalement la crainte d'une activité chronophage, compliquant un emploi du temps déjà chargé. En 2012, des praticiens avaient expliqué avoir été freinés par le temps nécessaire à la réalisation du stage pratique, une lourdeur administrative, une offre de soins paraissant suffisante, une activité jugée dangereuse, une peur d'être jugé par la patientèle, et des convictions personnelles difficiles à mettre de côté.(13) Ces freins étaient retrouvés dans d'autres études, qui citaient également un manque de formation et donc de compétences (aussi bien pour les MG que les SF), une difficulté d'accès à l'échographie, la crainte de complications, une prise en charge très réglementée et donc contraignante, la difficulté du suivi des femmes absentéistes aux rendez-vous de contrôle, la gestion des médicaments abortifs, et une absence de demandes.(14, 15, 18) Ces freins semblaient minimisés dans le vécu positif de ceux pratiquant les IVGM.

La pratique des IVGM extra-hospitalières était de plus en plus visible grâce à Internet. En 2012, les médecins comptaient surtout sur le bouche à oreille pour la faire connaître.(13) En 2019, seul huit des praticiens interrogés étaient référencés sur “IVG les adresses“ et certains des praticiens cités sur le site du RPBN ne pratiquaient plus ou pas encore. Aucune liste exhaustive des praticiens n'était donc disponible facilement pour les femmes. La visibilité de l'activité n'était pas voulue par tous les praticiens de notre étude, dont certains préféraient rester discrets pour ne pas avoir une image réductrice de « médecin avorteur ». Pour d'autres, leur pratique de l'IVG était parfois mal vue par leurs pairs, leurs familles, leurs amis. Ces constats retrouvés dans d'autres études rappelaient le côté encore tabou de l'IVG dans notre société. (10-12)

La pratique des IVGM extra-hospitalières restait peu valorisée sur le plan financier, sans que cela soit un frein. La majorité des praticiens de notre étude s'accordaient à trouver la rémunération de l'acte insuffisante, ce qui était déjà le cas en 2012.(13) Cette rémunération insuffisante n'était généralement pas décrite comme un frein à la pratique.(9-10, 14, 18) Dans deux études, des médecins trouvaient la pratique lucrative.(11-12) Ces praticiens utilisaient alors du Cytotec® (misoprostol), moins cher que les autres spécialités, mais dont la commercialisation a été arrêtée en 2018.

La réalisation de l'activité était motivée par un militantisme pour le droit à l'IVG et une volonté d'améliorer la prise en charge de celle-ci. Plusieurs professionnels s'étaient spontanément prononcés sur leur peur du recul du droit à l'IVG, sentiment partagé par d'autres médecins.(11) Une autre inquiétude retrouvée dans la littérature était la désinformation des femmes sur Internet.(10) En effet ces dernières années, de nombreux sites anti-IVG ont vu le jour. En 2013, d'après le rapport du Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes, les sites internet anti-IVG occupaient les premières places en termes de référencement dans les moteurs de recherche.(20) Suite à cela, le site gouvernemental www.ivg.gouv.fr a vu le jour, et en 2017 est entré dans la loi le délit d'entrave numérique à l'IVG.(21)

Dans notre étude, les professionnels étaient satisfaits de réaliser cette activité. En 2012, le vécu était similaire, avec des médecins satisfaits et fiers de réaliser cette pratique (13), comme retrouvé dans les autres études.(9-12, 14-15, 18, 22) L'importance du service rendu dépassait les difficultés rencontrées par les praticiens,

ce qui les poussait à continuer. Comme dans notre étude, rares étaient les professionnels qui décidaient d'arrêter cette activité. Un manque d'investissement des GO libéraux dans les IVG a été spontanément repris par certains des praticiens de notre étude.(12) Pour le GO que nous avons rencontré, le frein de ses confrères serait leurs plannings chargés.

Dans notre étude, une professionnelle souhaitait pouvoir proposer les IVGM jusqu'à 9 SA. Un article de 2014 rapportait un respect majoritaire des 7 SA par les praticiens. (10) L'extension du délai légal était souhaitée par certains médecins, d'autres craignaient d'avantage d'échecs et de complications. Dans certains pays comme la Suède et les Pays-Bas, les IVG à domicile sont possibles jusqu'à 9 SA. Une étude menée en Suède en 2010, comparant l'efficacité avant 7 SA *versus* 7 à 9 SA d'une IVG extra-hospitalière avec prise de misoprostol intra-vaginal, avait retrouvé un taux d'efficacité de 97,5 %, sans différence entre les groupes. Il n'y avait aucune différence significative concernant les effets indésirables, l'usage d'antalgiques et le risque hémorragique.(23) Pendant l'épidémie de COVID-19 en France et afin d'assurer aux femmes une continuité de leurs droits, la HAS a permis les IVGM extra-hospitalières jusqu'à 9 SA.(24) Cette mesure était prévue pour la durée de l'état d'urgence sanitaire, afin de limiter la fréquentation en établissement de santé. A ce jour, il n'y avait pas encore d'information sur le nombre d'IVG réalisées à domicile entre 7 et 9 SA et si elles avaient occasionné plus de complications.

2. Forces et faiblesses

Dans notre étude, la totalité des professionnels connus pratiquant les IVG extra-hospitalières ont été interrogés, excepté le directeur de recherche. Il y avait peu de variation sur le genre du praticien (deux hommes), le milieu d'exercice (un en milieu rural) et la profession (un GO) par manque de professionnels remplissant ces critères. D'après la DREES, 56,6 % des médecins pratiquant les IVGM en 2018 étaient des gynécologues. (8) En contactant tous les gynécologues du Calvados, nous aurions probablement pu en trouver d'autres qui pratiquaient les IVGM extra-hospitalières sans être répertoriés dans les bases de données existantes au moment de notre étude.

Compte tenu de la méthode de recrutement, les professionnels connaissaient le sujet de l'entretien à l'avance et la méthode d'enregistrement, ce qui a pu biaiser ou limiter leurs propos. L'enquêtrice a également pu, involontairement, orienter le discours des professionnels interrogés, ce qui est un biais connu en recherche qualitative sans que

cela n'affecte forcément la qualité des données qui résultent systématiquement de l'interaction entre le chercheur et l'interviewé. Le double codage devrait enfin avoir limité le biais d'interprétation.

3. Perspectives

Le nombre de professionnels réalisant les IVGM extra-hospitalières a augmenté depuis 2012 dans le Calvados et il augmente chaque année en France.(8) Cette augmentation doit se maintenir afin d'enrichir l'offre de soins qui reste particulièrement faible en milieu rural. Pour augmenter ce nombre, il faudrait encore mieux informer les jeunes généralistes sur l'orthogénie et notamment lors du stage en gynécologie-obstétrique, maintenant obligatoire pendant l'internat. En 2018, des internes de médecine générale de troisième année ont été interrogés sur leur formation en orthogénie. La moitié avait eu une formation à l'IVG et se sentait capable de réaliser la première consultation mais 87 % étaient demandeurs d'une nouvelle ou première formation.(25) Des médecins interrogés en 2017 pensaient qu'une information détaillée pourrait être donnée pendant l'internat afin d'exposer les avantages de cette pratique, mais aussi de combattre les idées reçues. (11) Des rencontres entre les professionnels exerçant les IVGM extra-hospitalières et ceux qui s'y intéressent, permettraient de répondre aux interrogations, de partager le vécu, et peut-être de convaincre de mettre en place cette activité.

Pour améliorer l'accès à l'échographie, il serait important de développer les réseaux avec les gynécologues et radiologues de ville. Une autre solution serait de développer l'échographie en cabinet de ville, notamment par des formations adaptées comprenant la mesure de la longueur crânio-caudale (LCC) de l'embryon.

Enfin, l'extension du délai légal des IVGM extra-hospitalières à 9 SA permettrait à plus de femmes qui le souhaitent d'en bénéficier.

Bibliographie :

1. Code de la santé publique - Article R2212-10. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032634141/2016-06-06
2. Code de la santé publique - Article R2212-9 Annexe 22-1. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020602227/2009-05-09
3. Code de la santé publique - Article R2212-11. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006911490/2009-05-09
4. Faucher P, Hassoun D. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Paris, France: Vuibert; 2018
5. Code de la santé publique - Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032164949&dateTexte=20190829>
6. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique : l'interruption volontaire de grossesse. 2016. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique>
7. Annick Vilain, Etudes et Résultats numéro 1125, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.septembre 2019. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1125.pdf>
8. Annick Vilain, Etudes et Résultats numéro 1163, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.septembre 2020. Disponible sur https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1163_ivg_bat.pdf
9. Leroy H et al. Médecine générale de ville et IVG médicamenteuse en région Grand-Est, France. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 66 (2018) 355–362
10. Houdissi H, Vallée J. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse : motivations, difficultés et propositions des médecins généralistes. Exercer. 2014;25(111):20–8
11. Schoepfer C. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville: vécu des médecins généralistes. Thèse d'exercice : université de Franche-Comté, 2017
12. Lévêque N. Profil et vécu des médecins généralistes pratiquant les IVG en Ile de France. Thèse d'exercice : université de la Sorbonne, 2018
13. Lipinski K. Les freins à la réalisation de l'IVG médicamenteuse par les médecins habilités dans le Calvados. Enquete qualitative auprès des médecins généralistes

- ayant participé à la formation de 2006 et auprès des médecins pratiquant l'IVG médicamenteuse en cabinet. Thèse d'exercice : université de Caen, 2012
14. Vincent P. Motivations et freins des médecins généralistes installés en Haute Savoie à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse en ville. Thèse d'exercice : université de Grenoble-Alpes, 2019. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02071716>
 15. Marguerite C. L'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes de l'agglomération rouennaise: freins et pistes d'optimisation. Thèse d'exercice : université de Rouen, 2018.
 16. Kivits joelle, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin; 2016
 17. Mucchielli PP et A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin; 2012
 18. Bizien A. L'Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse: état des lieux des pratiques des sages-femmes libérales du Finistère. Mémoire de fin d'études de sage-femme : université de Brest, 2019.
 19. Bracken H, Clark W, Lichtenberg ES, Schweikert SM, Tanenhaus J, Barajas A, et al. Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone-misoprostol. BJOG. janv 2011;118(1):17-23.
 20. Haut Conseil à l'Egalité entre les hommes et les femmes. Rapport relatif à l'accès à l'IVG, volet 1 : information sur l'avortement sur Internet. Disponible sur : <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/travaux-du-hcefh/article/rapport-relatif-a-l-acces-a-l-ivg>
 21. LOI n° 2017-347 du 20 mars 2017 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/3/20/AFSX1632341L/jo/texte>
 22. Doustin C. Réalisation de l'IVG médicamenteuse en ville par les médecins généralistes : enquête de profils, pratiques et ressentis des médecins généralistes de province pratiquant des IVG au cabinet. Thèse d'exercice : université de Lille 2, 2013
 23. Kopp Kallner H, Fiala C, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Home self-administration of vaginal misoprostol for medical abortion at 50-63 days compared with gestation of below 50 days. Human Reproduction. 1 mai 2010;25(5):1153-7.
 24. Haute Autorité de santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse à la 8ème et à la

9ème semaine d'aménorrhée (SA) hors milieu hospitalier. 2020;8. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3178808/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-ivg-medicamenteuse-a-la-8eme-et-a-la-9eme-semaine-d-amenorrhee-sa-hors-milieu-hospitalier

25. Fartelj LJV, Duraz-Deplace S. Les internes de médecine générale en fin de cursus se sentent-ils compétents pour la prise en charge d'une demande d'interruption volontaire de grossesse ? Thèse d'exercice : université de Lyon, 2018.

Dans l'introduction générale :

Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle : agenda 2017-2030. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

Haute Autorité de Santé. IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter. 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/cteval351_fiche_bum_ivg_medicamenteuse.pdf

Annexes

Annexe 1 : guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Introduction :

Bonjour, je suis Léa NICOLLE, interne en médecine générale . Nous nous rencontrons aujourd'hui dans le cadre de ma thèse sur l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville. Je souhaite avoir un échange avec vous sur le sujet.

Pourriez-vous me parler de l'exercice des IVG extra-hospitalières ?

[étapes de prise en charge (dont récupération des médicaments et consultation de contrôle),
difficultés pratiques, gestion des complications, difficultés relationnelles et humaines, ressenti, rémunération]

Pourriez vous me parler de la formation sur l'IVG extra-hospitalière ? [idée, motivation, déroulé, points forts, points faibles, dans les études]

Qu'est-ce qui amène les femmes à vous consulter pour ce motif ?

Pourriez-vous me parler de l'offre de soins en orthogénie dans votre zone géographique d'exercice ?

Quel est votre ressenti à propos de votre pratique des IVG médicamenteuses ?

Avez vous d'autres remarques sur cette pratique ?

pour les généralistes, en fin d'entretien : place de la gynéco dans la pratique

Informations socio-démographiques en fin d'entretien

Annexe 2 : précisions sur l'analyse thématique utilisée

La méthodologie peut être définie comme une démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de témoignages et d'expériences

L'analyse thématique, vise à dégager un portrait d'ensemble d'un corpus d'entretiens . Elle consiste à relever tous les thèmes pertinents en lien avec l'objectif de la recherche à l'intérieur des textes et de les transposer dans un document appelé « relevé de thèmes ».

Il faut ensuite tracer des parallèles, des oppositions ou divergences entre les thèmes et ainsi construire un panorama au sein duquel les grandes rubriques du sujet vont se matérialiser dans « l'arbre thématique ». Contrairement au thème, une rubrique se situe toujours à un niveau relativement abstrait par rapport au contenu analysé (16).

Le relevé de thèmes a été réalisé sur support informatique avec mode d'inscription sur fichier distinct sur logiciel de traitement de texte. La démarche de thématisation était une analyse continue, c'est à dire une démarche ininterrompue d'attribution de thèmes et simultanément, de construction de l'arbre thématique. La forme du relevé de thème a été par colonnes avec extraits de verbatim, dans le but d'une lisibilité pour facile sur logiciel et parce qu'il permettait au fur et à mesure du travail de se transformer en arbre thématique.

Le travail a été fait selon une méthode ascendante c'est à dire des thèmes vers les rubriques, permettant d'insister sur la dénomination des thèmes plutôt que la classification.

Annexe 3 : arbre thématique





Annexe 4 : résultats complémentaires issus des entretiens

Sur les consultations :

Il a été fait mention que les femmes venaient souvent seules à cette consultation, et que certaines souhaitaient une confidentialité vis à vis de leur médecin traitant ou de leur gynécologue.

Les créneaux étaient généralement d'une demi-heure.

Un médecin a fait la remarque qu'il s'agissait d'une pratique ne nécessitant pas d'examen médical.

Sur la rémunération :

La cotation des actes ne posait pas de problèmes aux professionnels.

Quelques praticiens ont souligné que le forfait hospitalier d'une IVG médicamenteuse était plus élevé qu'en ville, ce qui était jugé injuste.

Sur la formation du RPN :

La formation était jugée complète et permettait ensuite une pratique facile : « *la formation elle était suffisamment complète, c'était Mme X, elle elle est très carrée dans ses explications* » (SF A). La formation permettait d'avoir le retour d'expérience d'un médecin libéral les pratiquant déjà, ce qui était un point positif. Certains professionnels auraient souhaité une journée à distance pour évoquer les éventuelles difficultés apparues.

Sur le vécu des femmes :

Un professionnel disait que les femmes les plus douloureuses étaient celles approchant les 7 SA : « *souvent je remarque que quand on arrive autour de sept c'est plus douloureux* » (SF E).

Pour un autre professionnel, les femmes jeunes étaient plus souvent douloureuses : « *c'est plus chez les jeunes. Des femmes un peu plus âgées un peu plus mures n'ont pas le même vécu par rapport à la douleur* » (Dr J).

Pour les professionnels, les femmes étaient satisfaites de cette possibilité de pratique : « *elle était satisfaite de la prise en charge "vraiment merci, merci pour votre écoute"* » (SF D).

La réalisation de l'échographie était également un problème puisqu'elle était parfois mal vécue par les femmes : « *on a aussi soit il fait écouter les bruits du coeur, soit il y a des radiologues on évite parce qu'on sait qu'ils sont pas pro-IVG ou qu'ils sont contre l'IVG donc c'est pas la peine. Soit y a pas le compte rendu précis... donc il y a régulièrement des couacs.* » (Dr K) et qu'elles étaient parfois facturées chères.

Sur la pratique générale des professionnels :

Les professionnels s'étaient intéressés dès leur externat ou internat à la gynécologie. Pour les professionnels la contraception était importante mais tous ne réalisaient pas de poses d'implants ou de stérilets.

Sur la fréquence de la pratique :

Le nombre de demandes a été abordé par la plupart des professionnels. Leurs pratiques étaient variées, certains avaient de rares demandes et d'autres une par semaine. Les professionnels qui réalisaient cette activité depuis longtemps rapportaient « *en faire de moins en moins* » (Dr F) tandis que ceux ayant commencé récemment voyaient les demandes augmenter au fil du temps.

Les professionnels pensaient que l'offre de soins était probablement plus faible dans la Manche et l'Orne.

Quelques professionnels ont suggéré que « *les prises en charge sont quand même beaucoup plus facile à l'hôpital* » (Dr J).

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2020

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : NICOLLE LEA

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Vécu et difficultés des professionnels vis-à-vis de l'IVG médicamenteuse extra-hospitalière dans le Calvados.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction : Les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses (IVGM) sont réalisables en France en dehors de l'hôpital par les médecins et les sages-femmes, respectivement depuis 2004 et 2016, jusqu'à sept semaines d'aménorrhée. En 2020 cette pratique efficace restait réalisée par peu de professionnels. L'objectif de cette étude était de connaître le vécu et les difficultés ressenties par les professionnels exerçant cette pratique dans le Calvados.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 14 professionnels pratiquant des IVGM extra-hospitalières dans le Calvados, et trois professionnels n'ayant pas signé de convention suite à une formation aux IVGM.

Résultats : Bien qu'exprimant un manque de valorisation, les praticiens qui s'étaient engagés dans cette pratique par militantisme étaient satisfaits du service qu'ils rendaient. Ils proposaient une alternative à l'hôpital pour les femmes qui le souhaitaient, et avec une prise en charge globale organisée spécifiquement mais chronophage et nécessitant des contacts pluriprofessionnels. Les complications étaient rares et les diverses difficultés à la pratique (notamment psychologiques) ne freinaient pas les professionnels pour autant. L'absentéisme à la consultation de contrôle et l'accessibilité de l'échographie étaient parfois problématiques.

Conclusion : Afin d'obtenir une offre de soins plus importante et couvrant tous les territoires, les médecins et sages-femmes devraient être mieux informés sur cette possibilité de pratique. Des rencontres avec les praticiens réalisant déjà les IVGM extra-hospitalières pourraient peut-être les convaincre de mettre en place cette activité.

MOTS-CLÉS : IVG médicamenteuse / extra-hospitalière / médecin généraliste / sages-femme / enquête qualitative / vécu

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Experience and difficulties of the professionals towards medical abortion at home in Calvados.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Introduction : In France, doctors and midwives may practice medical abortion out of the hospital, up to seven weeks amenorrhea, since 2004 and 2016. In 2020, only a few professionals realised this efficient method. The aim of this study was to explore the experience and the difficulties faced by the professionals already practicing this method in the Calvados.

Method : Qualitative study using semi-structured interviews with 14 professionals practicing medical abortion out of hospital in Calvados, and three who were not practicing after following a medical abortion training.

Results : Although expressing a lack of gratefulness, the professionals who were led to this practice out of activism, were satisfied by the service they provided. The women were offered an alternative to hospital, with a comprehensive care specifically organised but time-consuming and requiring multi-professional contacts. Complications were rare and the various difficulties in practicing (particularly psychologic) weren't holding the professionals back. Absenteeism at check-up consultation and accessibility to ultrasound might be problematic.

Conclusion : To achieve important provision of care throughout all the territory, doctors and midwives need to be better informed about this practice opportunity. Meetings with those already carrying out a medical abortion could convince them to set up this activity.

KEY WORDS : medical abortion / out of hospital / general practitioner / midwife / qualitative study / experience