



HAL
open science

Médecins généralistes du Val-de-Marne et de Seine-et-Marne et IVG : comment exercent-ils et vivent-ils cette pratique ? Une enquête qualitative

Anna Guigui-Rutkowska

► To cite this version:

Anna Guigui-Rutkowska. Médecins généralistes du Val-de-Marne et de Seine-et-Marne et IVG : comment exercent-ils et vivent-ils cette pratique ? Une enquête qualitative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03434510

HAL Id: dumas-03434510

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03434510>

Submitted on 18 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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

SOUTENANCE A CRETEIL

UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 2020

N°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE

DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le :

à : CRETEIL (PARIS EST CRETEIL)

Par GUIGUI-RUTKOWSKA Anna

Née le

à

**TITRE : Médecins généralistes du Val-de-Marne et de Seine-et-Marne et IVG :
comment exercent-ils et vivent-ils cette pratique ?**

Une enquête qualitative

DIRECTEUR DE THÈSE :
Pr CITTÉE Jacques

LE CONSERVATEUR DE LA
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

Signature du
Directeur de thèse

Cachet de la bibliothèque
universitaire

UNIVERSITE PARIS-EST CRETEIL
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE
FACULTE DE MEDECINE
8, rue du Général Sarraill
94010 CRETEIL CEDEX
Tél. 01 49 81 36 07

REMERCIEMENTS

Je voudrais vous dire un grand MERCI

D'avoir été à mes côtés pendant ce voyage Long et Epuisant...

Dans la vie, nous avons tous besoin d'un phare... qui nous aide de temps en temps à maintenir le cap.

Merci pour chaque mot et geste de soutien, pour votre amitié et pour la critique aussi.

Je suis heureuse de vous avoir rencontré.

A Professeur Cittié,

Merci de m'avoir tendu la main quand tout semblait perdu.

A ma Tutrice, Docteur Peeters,

Merci Joke pour TOUT, difficile de trouver les mots justes pour exprimer ma joie de t'avoir comme guide et exemple pendant l'internat.

A Docteur Houis,

Merci pour votre aide et votre soutien sans lesquels ce travail ne serait jamais né.

Aux membres du Jury,

Je vous remercie de m'avoir accordé de votre temps en acceptant de juger mon travail.

A mon Mari, Charles Gnonka,

Amour et meilleur ami, merci d'être dans ma vie, toujours à mes côtés. Merci d'avoir partagé tous ces moments difficiles avec optimisme et foi sans faille en moi.

A mes enfants, Annaïs et Ramess,

Je vous aime très fort mes petits soleils. Merci d'être là.

A mes parents, mon frère Pawel et toute ma famille,

Merci d'avoir toujours cru en moi. Merci pour votre soutien.

A tous mes amis, merci pour vos encouragements. **Un grand Merci à Annaïs**, pour ton amitié, ton soutien et tes conseils avisés.

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
1 INTRODUCTION	7
1.1 Histoire de l'IVG médicamenteuse en France.....	7
1.2 L'IVG médicamenteuse en France : les statistiques.....	8
1.3 L'IVG médicamenteuse en France : situation actuelle en Ile-de-France.	9
1.3.1 Le réseau REVHO (Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie).....	9
1.3.2 Le projet FRIDA et la situation actuelle.	9
1.4 L'IVG médicamenteuse en France : les protocoles.....	10
2 MATÉRIELS ET MÉTHODES	11
3 RESULTATS.....	13
3.1 Les patientes.....	13
3.1.1 Patientèle.	13
3.1.2 Information des patientes sur la pratique d'IVG.....	14
3.1.3 Construction de la relation de confiance avec les patientes.....	17
3.1.4 Mode de communication	19
3.1.5 Difficultés des femmes	21
3.1.6 Absence de retour des patientes	22
3.2 Evolution de la pratique.....	25
3.2.1 Adhésion au Revho.....	25
3.2.2 Formation initiale IVG.....	27
3.2.3 Réactions de l'entourage à la pratique d'IVG.....	29
3.2.4 Difficultés au début de la pratique.....	29
3.2.5 Evolution du vécu du médecin	31
3.2.6 Evolution de la pratique individuelle.....	32
3.2.7 Pratique de la gynécologie par le médecin réalisant les IVG	33
3.2.8 Satisfaction professionnelle	33
3.3 Organisation du temps de travail.....	36
3.3.1 Organisation de travail	36
3.3.2 Déroulement des étapes d'IVG	39
3.3.3 Pratique d'échographie par le médecin réalisant les IVG	41
3.3.4 Prévention des complications	41
3.3.5 Echecs	45
3.3.6 Difficultés actuelles par rapport à la pratique.....	47
3.4 Perceptions du Contexte médico-légal et sociétal de l'IVG médicamenteuse	48

3.4.1	Opinions concernant le Faible taux de participation des médecins généralistes à l'IVG 48	
3.4.2	Place de la pratique d'IVG dans la médecine générale	50
3.4.3	Pratique d'IVG sous le prisme de l'éthique du médecin	52
3.4.4	Les délais légaux de pratique de l'IVG en question.....	54
3.4.5	Difficultés potentielles dans la pratique par l'arrêt de commercialisation du Cytotec	56
4	DISCUSSION	56
5	CONCLUSION	65
6	BIBLIOGRAPHIE.....	66
	ANNEXE 1. Guide d'entretien utilisé lors des entretiens.	73
	ANNEXE 2. Entretien choisi (Entretien n°3, réalisé le 29/11/2018)	74
	ABSTRACT	84
	RÉSUMÉ	85

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Evolution du nombre d'avortements et des indices annuels (1990-2018)

Tableau II. Part d'IVG en médecine libérale en Ile-de-France selon le département en 2017

Tableau III. Les médecins généralistes participant dans mon étude, selon sexe, âge, lieu d'exercice et l'ancienneté de la pratique.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1. Questionnaire utilisé lors des entretiens.

ANNEXE 2. Entretien choisi (Entretien n°3).

LISTE DES ABBREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie.

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

IDF : Ile-de-France

IM : intramusculaire

IV : intraveineuse

IVG : Interruption volontaire de grossesse

OMS : Organisation Mondiale de Santé

ORS : Observatoire Régional de Santé

SA : Semaine d'aménorrhée

1 INTRODUCTION

Préambule

« Il est toujours tentant de simplifier ; on désigne des responsables, des coupables, en faisant bon marché de réalités complexes ».

Simone Veil

Ce travail est pour moi un acte de solidarité avec toutes les femmes dans la défense de leurs droits. C'est aussi une révérence aux médecins généralistes ayant décidé d'inclure les IVG médicamenteuses dans leur pratique quotidienne et ce, malgré toutes les difficultés et les contraintes. Il me semble que le partage de leur expérience peut être inspirant pour beaucoup de médecins généralistes.

1.1 Histoire de l'IVG médicamenteuse en France

1975 : La loi Veil autorise la pratique d'IVG à l'hôpital en France jusqu'à 12 SA si la femme s'estime en situation de détresse. [28].

1980 : Une antihormone, le RU 486, ayant des propriétés abortives est découverte.

1983 : L'IVG est prise en charge par la Sécurité Sociale [29].

2004 : L'IVG médicamenteuse est autorisée en ville, hors établissement de santé, jusqu'à 7 SA [26].

2014 : La loi n°2014-873 supprime la notion de détresse des conditions de recours à l'IVG et étend le délit d'entrave à l'IVG et à l'accès à l'information sur l'IVG [31].

26 Janvier 2016 : La loi de Marisol Touraine prévoit la suppression du délai légal de réflexion d'une semaine obligatoire, l'autorisation des sages-femmes à pratiquer les IVG médicamenteuses et l'autorisation des centres de santé de pratiquer les IVG instrumentales [33].

Fin 2017 : La firme Pfizer annonce l'arrêt de commercialisation de la spécialité Cytotec (Misoprostol) à compter du 1^{er} mars 2018. Elle n'a jamais obtenu une AMM pour l'IVG (l'AMM officielle : traitement ou prévention des ulcères gastro-duodénaux [2, 35, 49, 56].

1.2 L'IVG médicamenteuse en France : les statistiques.

Voici les sources mobilisables pour dénombrer les IVG en France : en milieu hospitalier- la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les données recueillies dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), en ville- le nombre de remboursements de forfaits disponible chaque mois auprès de la Caisse nationale d'assurance maladie [66].

*Tableau I.. Evolution du nombre d'avortements et des indices annuels.
(Tableau disponible sur le site officiel de l'INED, complété par les données de l'année 2018).*

Année	Total IVG (en Métropole et dans les DROM)	Naissances	Ratio d'IVG pour 100 naissances vivantes	Taux annuel d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans
1990	208 325	793 071	26,2	14,0
1995	193 763	759 058	25,6	12,3
2000	205 099	807 405	25,4	13,2
2007	226 812	818 705	27,7	14,6
2008	222 142	828 404	26,8	14,4
2009	222 241	824 641	27,0	14,5
2010	225 792	832 799	27,1	14,7
2011	222 006	823 394	27,0	14,5
2012	219 148	821 047	26,7	14,5
2013	229 021	811 510	28,2	15,1
2014	227 233	818 565	27,7	15,3
2015	220 439	798 948	27,6	14,9
2016	216 061	785 000	27,5	14,6
2017	216 685	767 000	28,2	14,8
2018	224 300			15,4

Comme présenté ci-dessus, le nombre d'IVG par an, reste plutôt stable, aux alentours de 220 000 depuis plusieurs années [23]. Selon le rapport de DREES, en 2018, 224 300 IVG ont été réalisées en France, dont 209 500 en Métropole. On note une augmentation de 3% par rapport à l'année précédente [14].

Le taux d'IVG pour 1000 femmes en âge de procréation (de 15 à 49 ans), est entre 13 et 15,4 [23]. Les IVG sont plus fréquents chez les femmes âgées de 20 à 24 ans, le taux de recours à l'IVG dans cette tranche d'âge restant très stable depuis l'année 2000, alors qu'il est en baisse chez les femmes plus jeunes et en légère hausse chez les femmes plus âgées [66].

Une disparité territoriale et départementale est observée chaque année. Les taux de recours à l'IVG sont les plus élevés dans les DROM, en Ile-de-France et dans le Sud (Provence-Alpes-

Côte d'Azur et Corse) et les taux les plus bas dans la région de Pays de la Loire, en Bretagne et dans le Grand-Est. En 2018, le plus d'IVG ont été réalisées en Ile-de-France (53 703).

Depuis l'autorisation de la pratique des IVG médicamenteuses hors des établissements hospitaliers, le pourcentage de la technique médicamenteuse augmente progressivement. En 2018, 69% des IVG étaient médicamenteuses et seulement 31% instrumentales.

Le nombre de médecins (et les sages-femmes depuis 2016) pratiquant l'IVG en ville augmente chaque année. La plupart des médecins réalisant les IVG en 2018 exercent en Ile-de-France [66].

1.3 L'IVG médicamenteuse en France : situation actuelle en Ile-de-France.

1.3.1 Le réseau REVHO (Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie)

Le premier réseau intervenant dans le domaine d'IVG médicamenteuse en France (REVHO) a été créé en novembre 2004 dans la région d'Ile-de-France. Son objectif principal est de rendre accessible l'IVG en Ile-de-France pour les femmes qui le souhaitent quel que soit la méthode et le lieu de la prise en charge. Chaque année, il organise plusieurs formations pour les professionnels de santé. Selon le Rapport d'Activité de 2018, 13 sessions de formations ont eu lieu en Ile-de-France et ainsi, 256 professionnels ont été formés en 2018 à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville. Fin 2018, le réseau comptait 37 établissements hospitaliers référents, dont trois dans le département 77 (Seine-et-Marne): l'Hôpital de la Marne-La-Vallée, le Centre Hospitalier de Meaux et le Centre Hospitalier de Melun et cinq dans le département 94 (Val-de-Marne): le Centre Hospitalier de Créteil, l'Hôpital de Villeneuve-Saint-Georges, l'Hôpital de Kremlin Bicêtre, l'Hôpital Bégin et les Hôpitaux de Saint-Maurice (58) [46].

1.3.2 Le projet FRIDA et la situation actuelle.

En 2014, l'ARS d'IDF a mis en place un projet nommé FRIDA (Favoriser la Réduction des Inégalités D'accès à l'Avortement). En 2017, le plan régional d'accès à l'IVG a pris la suite de ce projet et le Conseil régional a initié des nombreuses actions ayant comme but de faciliter l'accès à l'IVG dans toute la région d'Ile-de-France (un soutien financier des centres IVG et des centres de planification familiale) [3].

Selon le rapport de l'ORS d'Ile-de-France sur les années 2015-2017, publié en janvier 2019, depuis la mise en place du projet FRIDA on observe : une augmentation progressive de l'offre d'IVG en ville et, simultanément, une diminution de nombre d'IVG réalisées dans les

hôpitaux. Les disparités départementales sont toujours présentes, la plus grande activité étant concentrée à Paris. La méthode médicamenteuse prédomine car deux sur trois IVG en IDF sont actuellement réalisées par cette méthode. On observe aussi une diminution progressive des IVG chez les jeunes femmes (âge <24 ans). Selon les données, les IVG sont toujours plus souvent réalisées par les gynécologues que les médecins généralistes. La région d'IDF est la région la mieux notée en termes de densité médicale dans l'offre de soins d'orthogénie en ville.

Le nombre de médecins libéraux effectuant les IVG en IDF augmentent progressivement chaque année mais les différences territoriales restent importantes. Le nombre de médecins généralistes ayant réalisé au moins une IVG en 2016, était le plus élevé à Paris (48), ensuite dans le département de Seine-et-Marne (22) et dans les départements du Val-de-Marne et des Hauts-de-Seine (17), et le moindre dans les départements d'Yvelines et de Val-d'Oise (6).

Tableau II. Part d'IVG en médecine libérale en IDF selon le département en 2017 (les deux méthodes confondues)

Département	Part d'IVG en médecine libérale
75	29,8
77	41,9
78	22,3
91	24,9
92	21,5
93	21,6
94	35,2
95	24,3
IDF	27,2

Comme on voit dans le tableau, le pourcentage des IVG réalisées en dehors du milieu hospitalier est le plus important dans les deux départements d'IDF : le 77 (Seine-et-Marne) et le 94 (Val-de-Marne) [44, 45].

1.4 L'IVG médicamenteuse en France : les protocoles.

L'IVG peut être réalisée par méthode chirurgicale (autorisée jusqu'à 14 SA) ou médicamenteuse (jusqu'à 7 SA dans un cabinet de ville, centre de planification ou centre de santé, et jusqu'à 9 SA dans un hôpital). L'IVG médicamenteuse repose sur une prise d'antiprogestérone : Mifépristone, suivie, 36 à 48 heures plus tard, d'une prise de prostaglandine : Misoprostol ou Géméprost. Selon les recommandations HAS, il y a quatre consultations : la 1ère pour l'information, la 2ème (qui n'est plus soumise au délai de

réflexion obligatoire d'une semaine depuis la loi de 2016) pour l'examen (plus un entretien psycho-social si besoin), la 3^{ème} pour la vérification de l'échographie et du bilan sanguin et la remise du 1^{er} médicament et la 4^{ème} pour la distribution du 2^{ème} médicament (le plus souvent, les médecins le donnent lors de la 3^{ème} consultation et la patiente le prend à domicile). En cas d'incompatibilité Rhésus, une injection de 200µg d'immunoglobulines anti-D par voie IV ou IM doit être faite lors de la prise de Mifépristone. La consultation de contrôle post-IVG est obligatoire, entre 14^e et 21^e jour après l'IVG. Un dosage de Bêta-Hcg est nécessaire pour évaluer l'efficacité de l'acte [10, 17, 18, 19].

Mon objectif était d'étudier l'approche pratique des médecins généralistes du Val-de-Marne et de la Seine-et-Marne réalisant les IVG médicamenteuses, ainsi que leurs vécus et représentations.

2 MATÉRIELS ET MÉTHODES

Choix de la méthode : J'ai choisi alors la recherche qualitative qui est la méthode la plus adaptée pour explorer ces questions [5, 15, 37, 39, 62].

Population étudiée : Le seul critère d'inclusion était la pratique d'IVG médicamenteuse dans le cabinet dans un de deux départements : le Val-de-Marne ou la Seine-et-Marne. Parmi les médecins interrogés, il y avait 4 hommes et 10 femmes. Le médecin le plus jeune avait 31 ans et le plus âgé avait 64 ans. 8 médecins travaillaient dans une maison de santé ou dans un centre de santé. Pour le recrutement de mon échantillon, j'ai consulté le site Internet <https://www.ivglesadresses.org/>. J'ai contacté par téléphone les médecins du 77 et du 94 dont le nom apparaissait sur ce site. Souvent c'étaient les secrétaires qui répondaient et me rappelaient pour donner la réponse du médecin. Certains généralistes ont refusé de participer dans mon étude en s'excusant de ne pas avoir de temps [24].

Caractéristiques des entretiens : J'ai mené mon étude dans la période de Novembre 2018 à Janvier 2019. Compte tenu de la charge de travail des médecins, du temps pour les entretiens limité et du grand nombre de sujets qui m'intéressaient, j'ai décidé de faire des entretiens semi-directifs. Mon guide d'entretien était assez directif et composé de 23 questions dont presque toutes étaient ouvertes. Les médecins me recevaient dans leurs cabinets, le plus souvent lors de leur pause dans la journée. J'ai fait aussi deux entretiens le matin avant les

consultations et deux le soir. Deux praticiens m'ont réservé les créneaux des consultations. La plupart d'entretiens durait entre 20 et 30 minutes et le plus long une heure. Tous les entretiens se sont déroulés dans les bonnes conditions, au calme. Je les ai enregistrés à l'aide d'un dictaphone, tous les enregistrements audio étaient de bonne qualité. Ensuite j'ai fait la transcription mot par mot dans les fichiers du Microsoft Word.

L'analyse du matériau s'est déroulée en quelques étapes : la lecture flottante des entretiens ayant comme but une lecture à plusieurs reprises pour comprendre bien ce qui est dit, et faire la première interprétation, en laissant des commentaires libres. La deuxième étape a consisté en une micro-analyse selon une approche phénoménologique avec la reformulation des réponses reçues lors des entretiens ayant comme but une réduction phénoménologique du sens des verbatim. La troisième étape a consisté en une analyse thématique du corpus d'entretiens à l'aide d'un tableau de Microsoft Excel permettant une classification des données (axes thématiques, les thèmes et les sous-thèmes).

Tableau III. Les médecins généralistes qui ont participé dans mon étude, selon sexe, âge, lieu d'exercice et l'ancienneté de la pratique.

Médecin	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Département	Ancienneté de la pratique (années)
1	Homme	60 ans	Cabinet	77	10
2	Femme	51 ans	Maison de Santé	94	1
3	Femme	34 ans	Cabinet	77	4
4	Homme	62 ans	Cabinet	77	8
5	Femme	44 ans	Cabinet	77	12
6	Homme	63 ans	Cabinet	77	12
7	Femme	39 ans	Cabinet	94	5
8	Femme	41 ans	Centre de Santé	94	9
9	Femme	36 ans	Maison de Santé	77	4
10	Femme	39 ans	Centre de Santé	94	4
11	Femme	34 ans	Centre de Santé	94	2
12	Femme	36 ans	Maison de Santé	94	2
13	Femme	31 ans	Maison de Santé	94	3
14	Homme	64 ans	Maison de Santé	77	Entre 10 et 15

3 RESULTATS.

L'analyse de données recueillies m'a permis d'identifier quatre axes thématiques suivants :

1) Les patientes : Patientèle, Information des patientes sur la pratique d'IVG, Construction de la relation de confiance avec les patientes, Mode de communication, Difficultés des femmes, Absence de retour des patientes.

2) Evolution de la pratique : Adhésion au Revho, Formation initiale IVG, Réactions de l'entourage à la pratique d'IVG, Difficultés au début de la pratique, Evolution du vécu du médecin, Evolution de la pratique individuelle, Pratique de la gynécologie par le médecin réalisant les IVG, Satisfaction professionnelle.

3) Organisation du temps de travail : Organisation de travail, Déroulement des étapes d'IVG, Pratique d'échographie par le médecin réalisant les IVG, Prévention des complications, Echecs, Difficultés actuelles par rapport à la pratique.

4) Perceptions du Contexte médico-légal et sociétal : Opinions concernant le faible taux de participation des médecins généralistes à l'IVG, Place de la pratique d'IVG dans la médecine générale, Pratique d'IVG sous le prisme de l'éthique du médecin, Les délais légaux de pratique de l'IVG en question, Difficultés potentielles dans la pratique par l'arrêt de commercialisation du Cytotec.

3.1 Les patientes.

Le premier axe thématique est centré sur les patientes demandeuses d'une IVG médicamenteuse.

3.1.1 Patientèle.

Bien que je n'interroge pas les médecins sur leur patientèle IVG, certains la décrivent spontanément. Le médecin M3 dit par exemple que la grande majorité des femmes lui demandant des IVG sont âgées de 30 à 40 ans. Le plus souvent ce sont des femmes ayant déjà une vie de famille. Elle suppose qu'il y a un certain biais de sélection des patientes lié à la localisation particulière de son cabinet (elle exerce dans un milieu semi-rural, où il y a très peu de transport en commun). Le médecin M4 fait une petite remarque sur les patientes de confession catholique et musulmane (il aurait observé que les femmes musulmanes consultent très rapidement et, en pratique, il n'y a pas de souci par rapport au délai légal d'IVG

médicamenteuse, contrairement aux femmes catholiques). Les femmes musulmanes sont très nombreuses dans la patientèle d'un autre médecin, M11, qui parle du grand problème de l'impact de leur religion sur la prise de décisions.

« On a ici une patientèle musulmane assez importante donc c'est vrai que souvent c'est beaucoup de questionnement et même de tortures psychologiques pour elles, elles ne savent pas du tout quoi faire, tiraillées entre la religion et le désir de ne pas avoir un enfant sur le moment. C'est donc une prise en charge multidimensionnelle (M11) »

3.1.2 Information des patientes sur la pratique d'IVG.

3.1.2.1 Information directe lors des consultations dédiées à la contraception

Environ la moitié des médecins disent qu'ils pratiquent les IVG médicamenteuses à l'occasion des consultations dédiées à la contraception (M14, M13, M12, M7, M4, M3).

« Ça m'est déjà arrivé plusieurs fois de dire aux patientes que je pratiquais l'IVG médicamenteuse à l'occasion d'une consultation pour la contraception (M12) »

Le médecin M11 précise qu'elle ne parle d'IVG qu'aux jeunes patientes lorsqu'elles consultent pour la contraception. Néanmoins, elle ne dit pas que c'est possible de le faire dans son cabinet.

« Les jeunes filles lorsque je les vois pour la première contraception, c'est vrai que je leur parle systématiquement du planning familial et je leur dis de ne pas hésiter de s'adresser au médecin en cas de pépin... en disant que certains médecins généralistes peuvent pratiquer l'IVG. Mais je ne vais pas forcément parler de moi. Le but c'est de les informer... (M11) »

Cependant deux médecins refusent de parler de leur pratique d'IVG au cours des consultations dédiées à la contraception (M10, M2).

3.1.2.2 Information directe lors des consultations non dédiées à la contraception

Pour certains, le moment de diagnostic de grossesse peut-être une occasion de parler d'IVG, si la femme n'a pas l'air convaincue de vouloir garder la grossesse (M11, M10, M9, M5).

« Quand on a une patiente dans le cabinet qui se trouve en difficulté, qui évoque la situation, en général on lui dit qu'il y a plusieurs médecins dans le cabinet qui pourront répondre à la question si une IVG médicamenteuse était envisagée (M9). »

3.1.2.3 Affichage dans le cabinet

L'information sur la pratique d'IVG médicamenteuse avec les tarifs est présente uniquement dans trois cabinets (M7, M4, M1).

« J'ai affiché les tarifs de l'IVG dans la salle d'attente (M7) »

3.1.2.4 Brochures dans la salle d'attente

Deux médecins disposent des brochures/flyers sur les différentes méthodes d'IVG.

« On a effectivement des petits flyers qui nous ont été délivré par le Revho et qui sont en libre accès dans la salle d'attente (M11). »

3.1.2.5 Aucun affichage

La majorité des médecins interrogés, n'ont aucun affichage concernant l'IVG médicamenteuse dans leurs cabinets, ni aucune brochure (M14, M13, M12, M10, M9, M8, M6, M5, M2).

Un seul médecin (M5) avoue être contre l'affichage sur l'IVG dans le cabinet.

« Non, ce n'est pas écrit. Je ne mets pas de brochures car il me semble que ce n'est pas quelque chose qu'on devrait forcément afficher (M5) »

Cependant dans le cabinet de médecin M12 et M13 l'affichage est prévu, c'est le M12 qui m'en parle.

« Au début on avait peur d'affichage ! Parce qu'on se demandait s'il fallait afficher en salle d'attente ou sur le site internet qu'on pratiquait les IVG médicamenteuses avec un frein que ce soit mal vécu par nos certains patients qui pourraient être contre, c'était une question d'image. Finalement, on a décidé quand même d'afficher (M12) »

3.1.2.6 Bouche à oreille

Les patientes se transmettent l'information entre elles (M13, M12, M10, M7, M3, M2).

« En général, c'est de bouche à oreille (M10) »

3.1.2.7 Information des confrères par un courrier

Le médecin M1 envoie les courriers aux médecins traitants des patientes ayant recours à l'IVG.

« Je demande aux femmes qui viennent qui est leur médecin traitant et j'envoie systématiquement un compte-rendu aux collègues. C'est mon auto pub (M1) »

3.1.2.8 Information sur répondeur

Sur 14 médecins participants dans mon étude, seulement un médecin mentionne la possibilité de réaliser une IVG chez lui dans le message qu'on peut entendre sur son répondeur (M1).

« ... s'ils tombent sur mon répondeur, pareil, je dis à la fin que pour des RDV IVG merci de me contacter sur le numéro portable... me laisser un message (M1). »

3.1.2.9 Internet

Selon la plupart de médecins, Internet joue un rôle très important dans l'information qu'ils pratiquent les IVG (M14, M9, M6, M5, M3, M2, M1).

« ...mais essentiellement par Internet. Sur le site (M14) »

Quelques autres médecins accordent à Internet un rôle subsidiaire dans ce partage d'information (M13, M12, M11, M10).

« Je dirai plus la PMI, pas trop 'les ivg les adresses'(M12) »

3.1.2.10 Hôpitaux/ PMI/ autres médecins

Souvent ce sont les hôpitaux et les PMI qui envoient les patientes pour une IVG. Parfois aussi les autres médecins (M14, M13, M12, M11, M10, M9, M8, M7, M6, M5, M4, M3, M2, M1).

« Mais dans la plupart des cas, ce sont les gens qui nous envoient les patientes, le planning, l'hôpital, les autres médecins qui savent que je fais l'IVG (M5) »

Un médecin mentionne aussi les pharmaciens (M13).

« Il y a les gens qui sont adressés par la PMI (...) un peu par les pharmacies... (M13) »

3.1.2.11 Infirmières

Dans le centre de santé, où travaillent les médecins M8 et M10, il y a l'infirmierie et souvent ce sont les infirmières qui disent aux femmes qu'ils pratiquent les IVG.

« Soit ce sont les patientes qui sont suivies ici et qui vont poser la question aux infirmières, parce qu'ici on a un service de l'infirmierie, donc quand il y a un

problème, les personnes vont facilement se diriger vers elles pour poser les questions... (M8) »

3.1.3 Construction de la relation de confiance avec les patientes.

Ce thème regroupe l'ensemble des actions, des attitudes et des valeurs mises en avant, citées par les médecins, facilitant l'établissement d'une relation de confiance avec les patientes.

3.1.3.1 Une adaptation de la méthode en fonction de la patiente.

Le médecin M5 souligne le caractère individuel de chaque consultation.

« Ça va beaucoup dépendre de la personne qui est en face de moi, comment elle est, comment elle se sent (M5) »

3.1.3.2 Une attitude professionnelle

Une attitude professionnelle aide, selon le médecin M6.

« Moi, j'essaie de rester professionnel pendant les consultations comme avec les autres patients (M6) »

3.1.3.3 Une communication adaptée

Evidemment, la communication joue un rôle très important dans l'établissement d'une relation de confiance avec les patientes IVG. Plusieurs médecins en parlent (M13, M12, M4, M3).

« J'essaie de le faire par la communication. Je prends mon temps, je leur parle simplement (M3) »

3.1.3.4 Une Déculpabilisation et une dédramatisation de la situation

Une déculpabilisation et dédramatisation est aussi parfois nécessaire et aide dans la création d'une relation de confiance avec les patientes (M11, M4, M3).

« Dédramatiser la situation sans banaliser pour qu'elles se sentent en confiance (M11) »

« J'ai une pratique où je renforce à nouveau l'explication, je m'attache beaucoup au côté psychologique de la chose (...) On déculpabilise des choses (M4) »

3.1.3.5 Une disponibilité

Offrir sa disponibilité fait aussi partie des éléments clés dans la construction d'une relation de confiance, selon plusieurs médecins (M11, M9, M8, M7, M4, M3, M1).

« J'essaye d'être disponible (M9) »

3.1.3.6 Une écoute

La majorité de médecins cite l'écoute comme un des éléments principaux dans l'établissement d'une relation de confiance avec leurs patientes IVG (M13, M10, M9, M8, M7, M6, M5, M4).

« Il faut l'écouter, il ne faut pas la juger. Je pense qu'une fois on les écoute et on ne les juge pas (...) il n'y a pas de raison que les patientes n'aient pas de confiance (M10) »

3.1.3.7 La gentillesse

Les médecins M12 et M1 essayent d'être gentils et sympathiques avec les patientes.

« ... j'essaye d'être assez sympathique (M12) »

3.1.3.8 Informer, expliquer, répondre aux questions

Donner une information claire et précise, expliquer tout et donner des réponses pertinentes aux questions des patientes, sont les réponses fréquentes (M2, M6, M9, M11, M12, M13, M4, M1).

« Une relation d'écoute, bienveillante, en leur expliquant toutes les alternatives entre les IVG méd., les IVG chir., les alternatives de contraception après et puis en expliquant bien le protocole en cas d'IVG méd. (M13) »

3.1.3.9 Minimiser l'acte.

Le médecin M4 choisit des mots attentivement en parlant à ses patientes. Il estime qu'il faut éviter certains termes qui peuvent affecter trop la femme et essayer de minimiser l'acte d'IVG.

« Minimiser l'acte. Insister que ce n'est pas un accouchement. Ce sont des règles. J'utilise beaucoup ce terme. Je m'interdis de dire des mots comme 'contraction'. Je dis des règles même si bien sûr ce ne sont pas des règles (M4) »

3.1.3.10 Mettre à l'aise la patiente

L'autre élément important révélé par les médecins est une attitude du praticien qui permettrait aux femmes de se sentir bien à l'aise (M11, M4).

« Il faut plaisanter, il faut qu'elle puisse sourire. Il faut qu'elle soit détendue (M4) »

3.1.3.11 Ne pas juger

Les médecins soulignent : il ne faut pas juger les patientes (M1, M2, M4, M8, M10, M11, M12).

« Il ne faut pas la juger. Je pense qu'une fois on les écoute et on ne les juge pas (...) il n'y a pas de raison que les patientes n'aient pas de confiance (M10) »

3.1.3.12 Rassurer

Savoir rassurer les patientes, c'est aussi important, selon les médecins (M11, M7, M4, M2).

« Je dis aux patientes que ça va bien se passer, l'IVG n'est pas un grand problème médical. C'est une solution (...) Il n'y aucune raison que ça se passe mal. Et ce n'est pas du tout obligatoire que vous soyez traumatisées (M7) »

3.1.3.13 Respecter la femme et sa décision

Trois médecins évoquent le problème de respect qu'on devrait avoir vis-à-vis des femmes passant par une IVG (M4, M5, M8). Le médecin M4 rappelle qu'il y a les endroits où les femmes ne sont pas bien accueillies.

« ... le respect (...) Je pense que c'est essentiel (M8) »

3.1.4 Mode de communication

Ce thème est un résumé de tous les outils de communication entre les médecins et les patientes.

3.1.4.1 Communication du numéro téléphone portable

Plusieurs médecins communiquent leur numéro portable (M14, M9, M6, M5, M4, M2, M1).

« Ce sont pratiquement les seules patientes à qui je donne mon numéro téléphone, elles peuvent m'appeler le jour, la nuit, dimanche. Ça ne me pose pas de problème (M14) »

Le médecin M7 donne aux patientes son numéro portable mais professionnel.

Certains médecins évoquent leurs expériences plutôt positives liées à la communication de leur numéro téléphone portable aux patientes consultant pour les IVG.

« Au début j'avais peur de donner mon numéro portable comme ça mais en fait, non, c'est une sécurité pour tout le monde et il n'y a pas autant d'appels que ça (...) (M1) »

Le médecin M13 ne donne pas son numéro de téléphone aux patientes. Toutefois, ça lui est arrivé de faire une exception, quand la situation d'une patiente était un peu plus compliquée.

Le médecin M4 trouve que la pratique d'IVG impose une communication du numéro portable.

3.1.4.2 Pas de communication du numéro portable

Certains médecins ne donnent pas leurs numéros portables (M13, M12, M11, M10, M8, M3).

« Mais non, je ne donne pas mon numéro portable (M12) »

3.1.4.3 Rappel de la prise de sang de contrôle par un texto

Le médecin M1 a trouvé un moyen pour rappeler à ses patientes qu'elles ont une prise de sang à faire 15 jours après l'IVG. Il leur envoie un texto la veille de l'examen de contrôle.

« ... on a créé un planning pour les rappels IVG (...) Donc, la veille, elle va le recevoir. 'Merci de faire la prise de sang comme c'était prévu et de me communiquer les résultats (...) Le texto reste vague : Merci de vouloir faire la prise de sang et de me communiquer les résultats. Une femme sur deux le fait (M1) »

3.1.4.4 Rappel de RDV de consultation de contrôle par texto et par mail

Le médecin M3 rappelle à ses patientes de chaque RDV dont la consultation de contrôle post-IVG par un texto et par un mail.

« Elles reçoivent les SMS et les mails de rappel de rendez-vous et c'est moi qui fixe le rendez-vous de contrôle avant même de démarrer l'IVG (M3) »

3.1.4.5 Communication via téléphone du cabinet

Les médecins qui ne communiquent pas leurs numéros portables sont joignables au téléphone du cabinet en cas de problème. Certains en parlent lors des entretiens (M13, M12, M3).

« Non, elles n'ont pas mon numéro portable, elles ont le numéro du télé secrétariat qu'elles peuvent appeler quand il y a un souci (M12) »

3.1.4.6 Communication via téléphone du centre de santé avec les infirmières

Dans les centres où travaillent les médecins M8, M10, M11, ce sont les infirmières qui répondent aux questions des patientes au cours de l'IVG.

« ... on a établi sur le centre un protocole qui est surtout destiné aux infirmières puisque les infirmières sont là davantage tous les jours, ce qui n'est pas mon cas (...) j'ai établi un protocole où j'ai essayé de lister, on va dire, tous les motifs d'appel.

3.1.4.7 Communication systématique avec les infirmières le jour de la prise de Misoprostol

Les médecins M8 et M10, qui travaillent dans le même centre de santé, me disent que leurs patientes appellent systématiquement les infirmières du centre le jour de la prise de Misoprostol.

« Elles nous appellent le jour de la prise du médicament chez elles (...) Elles appellent l'infirmierie. Et si elles n'appellent pas, moi, je les appelle. On s'assure que le traitement a été bien pris, de la bonne façon (...) et après on est joignable de toute façon (M8) »

3.1.5 Difficultés des femmes

Au cours des entretiens, plusieurs médecins évoquent spontanément des difficultés rencontrées par les patientes demandeuses d'une IVG. Il s'agit notamment des difficultés d'organisation (M7), une forme d'urgence psychologique et l'accès à l'IVG parfois difficile (M5) et un accueil désagréable dans certains endroits (M8, M4). Beaucoup de médecins évoquent aussi les échecs comme situations éprouvantes pour les femmes (M14, M10, M8, M5, M3).

« ...et ce n'est pas partout qu'elles ont un accueil agréable (M8) »

« Sinon, ce sont plutôt les femmes, les patientes, pour qui l'IVG peut être difficile. Gérer le temps, le boulot, trouver quelqu'un pour ne pas être toute seule etc. etc... (M7) »

3.1.6 Absence de retour des patientes

Ce thème rapporte les situations où les patientes ne reviennent pas pour la consultation de contrôle (pourtant obligatoire) après l'IVG.

3.1.6.1 Des Situations fréquentes d'absence de retour

Au début, les médecins M3 et M9 appelaient toutes les patientes qui ne revenaient pas pour la consultation de contrôle. Vu le nombre d'absences de retour, elles ont décidé de l'arrêter.

« Au tout départ, quand je me suis installée, je les rappelais toutes, je leur fixais un autre rendez-vous et en fait, j'ai remarqué que ça ne changeait pas grande chose puisqu'elles ne revenaient pas quand même et ensuite j'ai changé la stratégie... (M3) »

Selon les médecins, c'est un problème fréquent (M12, M11, M9, M8, M6, M5).

« Très souvent. Il faut qu'on fasse des statistiques mais je dirai trois quart. Il y a très peu qui arrivent à revenir (M12) »

Parfois il s'agit d'un simple oubli, parfois les patientes ne veulent pas revenir.

« Quand je les ai, elles ont oublié... il y a certaines qui reviennent dans 48 heures, dans 3 jours, et celles qui ne répondent pas au téléphone (M14) »

Dans la pratique du médecin M7, c'est arrivé qu'une patiente ait pris le RDV pour la consultation de contrôle plusieurs fois et finalement n'est jamais revenue.

« ...une fois que la patiente, je l'ai eu plusieurs fois au téléphone, elle m'a posé plusieurs lapins sur les consultations de contrôle, elle a soutenu que les BêtaHCG étaient ok. Mais moi, je ne l'ai jamais revu, je n'ai jamais vu des résultats sur les yeux... (M7) »

Les médecins M12, M8 et M5 confirment que parfois, bien qu'ils ne revoient plus les patientes, ils récupèrent les résultats de Béta-HCG de contrôle.

« Parfois elles ne sont pas venues mais elles ont fait la prise de sang donc je leur demande de me communiquer le résultat. Si elles me donnent le résultat et je vois que c'est bon, il n'y a pas de souci (M8) »

Le médecin M1 me raconte une situation où il a envoyé un courrier à sa patiente (avec le rappel de la prise de sang de contrôle) et ce courrier a été lu par le père de la patiente.

« Avant, j'écrivais des courriers mais j'ai arrêté. Un courrier est tombé dans les mains d'un père... la femme n'était pas mineure mais... je ne vais plus jamais faire ça ! (M1) »

Selon le médecin M6, son rôle est d'expliquer à la patiente l'intérêt de faire le contrôle. Toutefois, si les patientes ne reviennent pas, c'est leur choix.

« On fait notre travail, on fait ce qu'on peut faire. On n'est pas responsable de tout, on leur explique ce qu'il faut faire, l'importance du contrôle etc. Maintenant, si malgré ça, elles ne reviennent pas, tant pis. Elles font ce qu'elles veulent (M6) ».

Si le résultat de Béta-HCG est satisfaisant, le médecin M12 remet en question l'intérêt de la présence physique de la patiente en consultation de contrôle.

« Si on les a au téléphone et on a un résultat de Béta qui est bon (...) c'est vrai que la consultation physique n'a pas forcément beaucoup d'intérêt (M12) »

Pour le médecin M4, il est clair que son rappel n'influencera pas la décision de la femme.

« Celles qui veulent revenir, elles reviendront. Celles qui ne veulent pas, aucun rappel ne va changer leur décision (M4) »

Selon certains, un non-retour signifie que ça s'est bien passé (M10, M8, M4, M3, M2).

« Après je me dis, si l'IVG s'était mal passé, j'aurais peut-être reçu un courrier de l'hôpital... De fois on dit : 'pas de nouvelle, bonne nouvelle' (M10) »

Selon le médecin M13, la raison de ces nombreuses pertes de vue réside dans le fait que les femmes ne perçoivent pas les médecins pratiquant l'IVG comme les autres généralistes.

« ... il n'y a pas d'idée de médecin traitant parce que ce ne sont pas nos patients souvent et il n'y a pas d'idée de coordination de suivi (...) on a fait notre boulot entre guillemets et je pense (...) Donc le contrôle, ça leur passe un peu au-dessus de la tête (M13) »

Les médecins M12, M8 et M3 partagent l'idée que les patientes peuvent avoir peur de revivre ce qui s'est passé alors elles évitent le retour dans le cabinet (M12, M8, M3).

« Je sais qu'il y a un certain nombre de femmes qui veulent tout oublier donc revenir c'est peut-être pour elles revivre le truc... (M8) »

Plusieurs soulignent que c'est le choix personnel de la femme (M13, M8, M6, M4, M3, M2).

« C'est sûr, ce n'est jamais satisfaisant en terme de prise en charge complète mais c'est leur choix aussi, je les ai bien informé (M8) »

3.1.6.2 Appel des patientes

La plupart de médecins appellent les patientes si elles ne se présentent pas le jour de leur RDV de contrôle (M14, M13, M12, M11, M10, M8, M7, M5).

« Moi, je les appelle systématiquement (...) et celles qui ne répondent pas au téléphone. Bah... je laisse tomber (M14) »

Mais certains ne font aucun rappel. Ils considèrent que c'est la liberté de choix de chaque femme. Elles peuvent ne pas venir et c'est à respecter (M9, M6, M4, M3, M2).

« Mais je ne les rappelle pas. C'est leur choix (M2) »

3.1.6.3 Notification dans le dossier

Le médecin M3 ne rappelle pas, mais elle note dans le dossier que la patiente n'est pas venue.

« Quand elles ne reviennent pas, je le note dans le dossier parce que parfois je les revois deux ans plus tard pour une nouvelle IVG. Et là, je vais insister lourdement et leur demander de prendre au sérieux cette consultation (M3) »

3.1.6.4 Courrier adressé aux patientes

Si les patientes ne répondent pas au téléphone, le médecin M7 leur adresse un courrier.

« ...jusqu'à envoyer un courrier en disant que c'est une consultation nécessaire (M7) »

Le médecin M4 est contre l'envoi des textos et des courriers aux patientes. Selon lui, les messages peuvent être toujours lus par un tiers et ainsi le secret médical est trahi.

3.1.6.5 Emotions en cas d'absence de retour

Demandés ce qu'ils ressentent, lorsque les patientes ne reviennent pas, les médecins M3, M5 et M6 avouent rester indifférents

« Rien. Qu'est-ce que vous voulez que je ressente ? (rit) Je suis leur médecin, je ne suis pas leur copain, leur copine (M5) »

Contrairement aux médecins cités ci-dessus, un ensemble de sentiments et d'émotions sont rapportés par les autres médecins

- **Déception :**

« Je suis déçue parce que je me dis qu'on fait beaucoup d'effort pour réussir à les caler dans notre emploi du temps (...) je vais prioriser une IVG pour lui faciliter des choses et puis, elles ne reviennent pas... et en plus, elles n'appellent pas pour annuler le RDV... Je lui ai donné mon temps, mon engagement, ce serait bien d'avoir le retour (M12) »

- **Enervement** (M11, M9)

« ... donc je me sens un peu agacée parce que j'ai l'impression d'avoir juste été utilisée, qu'elles n'ont pas vraiment compris l'importance de l'ensemble de suivi (M11) »

- **Frustration**

« C'est frustrant de ne pas savoir si l'IVG a fonctionné ou pas (M7). »

- **Inquiétude** (M14, M13, M10, M8).

« Je suis préoccupé de leur devenir (M14) »

- **Sentiment d'insatisfaction professionnelle.**

« Bon, ça, c'est la difficulté dans le suivi (...) c'est un peu embêtant. Donc pour moi le travail n'est pas fait à 100 pour cent (M11) »

3.2 Evolution de la pratique

Le deuxième axe thématique regroupe l'ensemble de thèmes dont la lecture permet de connaître comment la pratique d'IVG des médecins a changé au cours des années. Nous pouvons voir aussi comment les médecins, eux-mêmes, ont changé.

3.2.1 Adhésion au Revho

La deuxième question que je posais aux médecins lors des entretiens était de savoir, s'ils avaient adhéré au Revho spontanément ou ils avaient été parrainés par quelqu'un. Je leur ai demandé de me raconter un peu comment ils sont entrés en contact avec le réseau.

3.2.1.1 Motivation intrinsèque

- **Adhésion spontanée :** Certains disent avoir adhéré au Revho tout à fait spontanément (M14, M8, M7, M3, M1).

« Comme j'étais dans une logique de vouloir pratiquer l'IVG et qu'eux, ils nous ont expliqué que du coup il fallait une formation supplémentaire alors je me suis rapprochée de moi-même du réseau (M3) »

- **Evolution personnelle**

Le médecin M2 raconte que sa décision de faire des IVG était le résultat de son évolution personnelle.

« C'est une évolution personnelle (...) je ne vois plus IVG comme avant (M2) »

- **Peur de la disparition des lieux de pratique d'IVG**

Face à un accès à l'IVG toujours limité en France (nombre insuffisant de médecins pratiquant par rapport à la demande) et en tant que mère d'une jeune fille, le médecin M2 était anxieuse.

« Je trouvais ça extrêmement angoissant de savoir qu'il n'y avait plus personne qui pouvait faire des IVG. Quand on a une fille on se dit peut-être si ça lui arrive... (M2) »

- **Sentiment de besoin en ville**

Ce qui a motivé le médecin M11, c'était le fait qu'un praticien faisant les IVG partait du centre de santé où elle travaillait. Avec son départ, la réponse à la demande en ville était insuffisante.

« ...et la directrice du centre d'Alfortville m'avait suggéré de me former à l'IVG médicamenteuse parce qu'il y avait un départ de médecin qui en faisait et la pratique manquait un peu sur la ville (M11) »

3.2.1.2 Les Motivations extrinsèques :

- **Présence de la pratique d'IVG dans la structure d'exercice**

Trois médecins disent que leur décision était influencée par la présence de la pratique d'IVG (ou du projet de la pratique) dans la maison de santé où elles travaillent (M8, M9, M10).

« Le programme de faire des IVG était déjà dans la structure, mais il n'y avait pas encore des personnes qui les faisaient et du coup je me suis intégré dans le projet vraiment le mois de mon arrivée. (M8) »

Formation médicale continue, formation gynécologique. Certains ont connu Revho à l'occasion des formations (M5, M4, M2).

« Grâce au planning familial de Melun qui a fait une formation il y a quelques années et puis donc il a été créé un groupe de médecins qui a intégré le Revho et puis après ça s'est enchaîné (M4) »

- **Encouragement par quelqu'un de l'entourage médical**

Parmi les motivations citées par les médecins, il y a aussi les encouragements émanant d'une personne du milieu médical. Quelques médecins en parlent. (M13, M12, M11, M6, M4)

« Je sais qu'on est tous passé chez B.W. et V. R. (parle du SASPAS) donc ils nous ont encouragé... (M13) »

- **Contact avec la pratique d'IVG durant les stages effectués pendant l'Internat**

Trois médecins mentionnent qu'ils ont été intéressés par la pratique d'IVG au cours de leur Internat car leurs maîtres de stages ambulatoires en faisaient (M13, M12, M9).

« J'ai fait mon stage de SASPAS dans un cabinet à Saint Maur avec le Docteur W. qui fait des IVG médicamenteuses et donc au cours de mon stage il m'a demandé de me former à l'IVG parce que je voyais en stage les réaliser (M12) »

3.2.2 Formation initiale IVG

3.2.2.1 Opinion sur la formation théorique

Tous les médecins ont donné une opinion positive sur la formation théorique IVG reçue.

« Oui, tout à fait. C'est la vraie pratique, avec l'interprétation de l'écho, la datation... La formation est très intéressante et pragmatique (M8) »

« La formation REVHO est très interactive avec des petits cas cliniques (M12) »

Presque tous les praticiens ont débuté leur pratique d'IVG dans les délais très courts par rapport à la formation théorique (moins de 9 mois). Seulement un médecin (M11) a rencontré des difficultés sur le plan organisationnel et administratif et trois médecins ont dû attendre l'installation afin de pouvoir pratiquer les IVG (M12, M7, M3).

« Alors, je pense qu'il y a eu à peu près 18 mois parce que j'étais remplaçante quand j'ai fait la formation et il fallait que je sois installée pour pouvoir me conventionner, et me conventionner : ç'a pris environ 6 mois (M7) »

3.2.2.2 Opinion sur la formation pratique

La partie pratique de la formation n'est pas réalisée par l'équipe du réseau Revho. Les médecins doivent trouver les endroits pour assister aux consultations IVG. Deux médecins expriment leurs opinions sur la formation pratique. Dans les deux cas, elle est négative (M14, M13).

« Pratique, absolument pas. J'ai assisté à deux consultations IVG où toutes les femmes ont été fléchées pour faire une IVG chirurgicale et le médecin que j'ai assisté

n'avait pas une communication sympa envers les patientes. Donc ce n'est pas du tout ce que je fais (M13) »

Le médecin M1 a rencontré des difficultés lorsqu'il fallait trouver l'endroit pour réaliser la partie pratique, l'organisation pour valider cette formation était aussi pour elle compliquée.

« ... il fallait faire une formation au planning familial donc voilà, le temps de réussir à caler les demi-journées de formation... ça s'est déjà fait 3-4 mois plus tard et après il fallait quelques démarches administratives, il y a eu l'été... voilà (M11) »

3.2.2.3 Réalisation de la formation IVG lors de l'internat

Deux médecins ont décidé de se former au cours de leur internat (M12, M3).

« J'ai donc fait ma formation REVHO durant mon stage de SASPAS (M12) »

3.2.2.4 Encouragement des autres médecins

Beaucoup de médecins disent encourager leurs confrères (M14, M13, M12, M11, M7, M5).

« Je pense que ça fait partie de notre boulot de médecin généraliste (...) j'encourage les jeunes médecins parce que plus il y aura d'offre, mieux ce sera... (M14) »

Certains encouragent seulement ceux qui sont déjà intéressés par le sujet (M10, M9, M3, M2).

« Quand je vois que ça les intéresse, oui (M9) »

Les médecins soulignent que la pratique d'IVG médicamenteuse est **une plus-value pour les patientes en médecine générale** (M13, M12, M11) et **un vrai service médical rendu aux femmes** (M11, M7).

« Et puis, inversement, ça apporte quand même une plus-value aux patientes qui est assez importante (M13) »

Ils encouragent les autres car la demande d'IVG est présente et **l'accès à l'IVG** n'est pas toujours évident (M14, M12, M5, M3).

« ...parce que plus il y aura d'offre, mieux ce sera, parce qu'il y a encore trop d'errance dans la part des femmes avant l'arrivée jusqu'à chez nous (M14) »

Le médecin M2 dit qu'elle encourage les collègues à se former car **la pratique d'IVG peut être une source de satisfaction professionnelle et personnelle.**

« Il y a un intérêt personnel, ce n'est pas que pour aider les autres. Moi, j'ai un retour, qui me satisfait à deux milles pour cent (M2) »

Certains médecins n'encouragent personne (M8, M6, M3, M1).

« Non, c'est une affaire personnelle. Chacun fait son choix (M6) »

3.2.3 Réactions de l'entourage à la pratique d'IVG

Plusieurs médecins n'ont pas communiqué à leurs proches qu'ils ont décidé de pratiquer des IVG (M14, M12, M10, M6, M4, M3). Ceux qui en ont parlé, ont eu un retour plutôt positif (M13, M11, M8). Trois médecins racontent que l'annonce de leur décision a provoqué beaucoup de questions de la part de leur entourage, par exemple par rapport à la responsabilité engagée (M13, M11, M9). Les médecins M7 et M5 ont vécu le soutien de la part de leurs proches.

« Tout le monde m'encourageait (M7) »

3.2.4 Difficultés au début de la pratique

Un seul médecin (M2) dit ne pas avoir eu des difficultés particulières. La plupart rapporte plusieurs difficultés :

3.2.4.1 Accès à l'échographie

Le médecin M3 a vécu des situations où les femmes n'arrivaient pas à faire rapidement des échographies de datation car certains radiologues, étant contre l'IVG, retardaient la prise en charge.

« ... ou alors une dame qui n'a pas trouvé de rendez-vous pour faire l'écho parce que l'échographe le plus proche est contre IVG du coup ça reportait le rendez-vous etc. Donc ce problème-là, je l'ai résolu parce que j'ai investi et j'ai acheté un échographe, ce qui me permet vraiment de réduire les délais de prise en charge" (M3) »

3.2.4.2 Convention avec l'hôpital

Deux médecins témoignent avoir rencontré des difficultés quand il fallait trouver un hôpital pour signer la convention (M13, M1).

« ...le seul hôpital qui signait à l'époque des conventions, c'était l'hôpital de Lagny. Donc j'ai signé à Lagny et je me suis retrouvé tout seul à demander, quand j'avais des problèmes, Lagny c'était loin, c'était une galère totale (M1) »

3.2.4.3 Erreurs de datation

Au début de sa pratique, le médecin M3 avait parfois des problèmes de datation liés aux résultats erronés d'échographie.

« Initialement, j'ai eu des difficultés sur la datation. J'avais des datations qui étaient faites mais pas toujours contributives donc avec une image qui ressemble à un sac mais on n'avait pas de vésicule utérine (M3) »

3.2.4.4 Gestion du planning

Une autre difficulté du médecin M3 était liée aux prises de RDV pour les IVG. Compte tenu de sa grosse activité de médecin généraliste, ce n'était pas toujours évident d'avoir des places.

« J'ai eu des soucis quand je n'étais pas sur le Doctolib en termes d'accessibilité, des femmes avaient du mal à prendre le rendez-vous puisque j'ai une activité de médecin généraliste à côté (...) Avec le Doctolib c'est plus simple (M3) »

3.2.4.5 Grossesse du médecin

Pour le médecin M12, c'est sa propre grossesse qui lui a posé un problème.

« Quand moi-même j'étais enceinte, j'ai arrêté, parce que je ne me sentais pas à l'aise (...) J'avais discuté avec mes collègues qui m'ont dit que ça doit être ma représentation (...) mais j'avais peur que ça gêne les patientes... (M12) »

3.2.4.6 Respect de délai légal d'IVG médicamenteuse

Quand le délai d'une semaine de réflexion était encore obligatoire, ça posait parfois des difficultés par rapport au délai légal de l'IVG médicamenteuse (M6, M13).

« C'est-à-dire, avant quand il y avait le délai d'une semaine de réflexion, parfois c'était compliqué. Pour ne pas dépasser le délai légal de l'IVG (M6) »

3.2.5 Evolution du vécu du médecin

A travers ce thème, nous pouvons observer comment les médecins ont changé pendant leur pratique d'IVG.

3.2.5.1 Freins avant de commencer la pratique d'IVG

La majorité des médecins dit qu'elle n'avait aucun frein (M14, M11, M10, M9, M8, M6, M5, M4, M3, M2).

« Non, non, non, je n'avais pas de freins parce que c'était toujours quelque chose que je trouvais respectable et très utile (M11) »

Cependant quelques médecins confirment qu'ils avaient des freins avant de débiter les IVG.

3.2.5.1.1 Peur d'affichage

Le médecin M12 avait beaucoup d'appréhension avant d'afficher l'information qu'elle pratique les IVG dans la salle d'attente de son cabinet.

« Ah, si... au début on avait peur d'affichage ! Parce qu'on se demandait s'il fallait afficher en salle d'attente ou sur le site internet qu'on pratiquait les IVG médicamenteuses avec un frein que ce soit mal vécu par nos certains patients qui pourraient être contre, c'était une question d'image (M12) »

3.2.5.1.2 Peur de la gestion pratique

L'appréhension de certains était liée au manque d'expérience (M13, M12, M7, M1).

« La gestion des complications principalement... (M7) »

3.2.5.1.3 Recommandations par rapport à la posologie de médicament

Le médecin M13 mentionne dans son discours que les recommandations HAS sur la pratique d'IVG médicamenteuse ne sont pas très précises par rapport à la posologie de Mifepristone.

«... les recommandations ne sont pas extrêmement claires sur combien de comprimés de Mifepristone en premier lieu, si on donne trois comprimés, si on donne un seul comprimé donc en fait on essayait de s'harmoniser entre nous pour voir ce qu'on faisait, combien de comprimés on donnait à la base (M13). »

3.2.5.1.4 Peur d'accès difficile aux examens complémentaires

Le médecin M7 parle aussi de sa peur d'avoir rapidement les examens nécessaires pour l'IVG.

« ... et l'accès aux examens complémentaires rapide (M7) »

3.2.5.2 Moins de stress et moins de difficultés avec l'expérience

Le jour de la prise de Misoprostol, le médecin M12 appelait systématiquement ses patientes. Elle explique que c'était dû au stress qu'elle ne ressent plus actuellement.

« Moi, au début, j'étais un peu stressée donc je les appelais toujours pour savoir comment ça se passe, si elles ont pris les antalgiques etc. (...). Je vous avoue que, comme je suis maintenant moins stressée, je ne les appelle pas toujours (M12). »

Les médecins M1 et M4 soulignent que les débuts de leur pratique d'IVG n'étaient pas faciles et qu'avec l'expérience ceci a changé.

« Voilà, ce sont des difficultés au début mais puis on voit que ce n'est pas plus compliqué que de soigner un asthme. Il n'y a rien d'extraordinaire. Je ne sais pas, ou peut-être parce que j'en fais beaucoup que ça me semble facile (M4) »

3.2.6 Evolution de la pratique individuelle

3.2.6.1 Amélioration de l'accès à l'échographie

Accès à l'échographie est devenu plus simple selon les médecins M12 et M7.

« Pour avoir des examens rapidement, je pense que maintenant on n'a pas autant de souci, avec notre petit réseau de contacts, on arrive à s'organiser, à avoir des échos assez facilement (M12) »

3.2.6.2 Arrêt des consultations de contrôle face à l'absence de retour

Le médecin M1 raconte qu'il a arrêté des consultations de contrôle face au mauvais retour (il demande aux femmes de faire la prise de sang de contrôle et lui communiquer les résultats).

« Comme il y avait le RDV de contrôle il y avait très peu de femmes qui revenaient, j'ai vite compris qu'on va arrêter de donner des RDV pour rien par exemple (M1) »

3.2.6.3 Augmentation du nombre d'IVG par an

Le médecin M1 fait de plus en plus d'IVG par an. Son attente, c'est de freiner progressivement son activité de médecine générale au profit de la pratique d'IVG.

« J'ai commencé l'IVG tout doucement et puis, ça pris une ampleur très importante (...) Actuellement, je suis en train de travailler pour avoir la possibilité d'avoir trois à cinq IVG par jour (...) Mon objectif mais c'est purement théorique, c'est de faire petit à petit que des IVG. Je pense à avoir dix femmes par jour... (M1) »

3.2.7 Pratique de la gynécologie par le médecin réalisant les IVG

En parcourant les entretiens, nous pouvons voir que tous les médecins sont à l'aise avec la gynécologie.

3.2.7.1 Passion de la gynécologie

Nombreux médecins accordent à la gynécologie une place particulière dans leur pratique.

« En ce qui me concerne, c'a été aussi pour moi une possibilité, une porte ouverte pour avoir plus de patientes en gynécologie (...) les femmes qui viennent faire les IVG, après elles vont rester chez moi pour le suivi, pour les frottis, pour la contraception (M2) »

3.2.7.2 Education sur la contraception au cours de l'IVG

Les médecins M2, M11 et M12 essayent toujours de profiter des consultations IVG pour discuter la contraception avec les patientes.

« ... sur une consultation IVG je parle systématiquement de la contraception (M2) »

Selon le médecin M4, la pratique d'IVG aide beaucoup les médecins dans l'éducation des patientes sur la contraception.

« ...parler de la contraception si on n'a jamais pratiqué l'IVG, est difficile (M4) »

Selon le médecin M8, pour faire des IVG il est impératif de bien maîtriser la contraception.

« Il faut bien maîtriser la contraception parce qu'on est censé de parler de ça... (M8) »

3.2.8 Satisfaction professionnelle

La pratique d'IVG médicamenteuse peut être une source de satisfaction professionnelle.

3.2.8.1 Un Service rendu aux femmes. Aide.

La plupart de médecins disent être satisfait du fait d'apporter de l'aide aux femmes dans les situations difficiles (M14, M13, M12, M11, M10, M9, M8, M7, M3, M2, M1).

« C'est un tel parcours combattant de faire les IVG que faciliter la vie de ces patientes c'est très satisfaisant (M7) »

3.2.8.2 Une Résolution du problème

Les médecins M9 et M7 décrivent une IVG comme une résolution d'un problème.

« On a l'impression d'avoir aidé à résoudre un problème à un moment dans la vie de la patiente, d'être là quand elle en a besoin. Ça peut être satisfaisant... (M9) »

3.2.8.3 Une Bonne rémunération

L'aspect financier est aussi une source de satisfaction professionnelle pour le médecin M1.

« Je rajoute, l'IVG est aussi rentable financièrement (M1) »

3.2.8.4 La Défense des droits des femmes.

La pratique d'IVG est une forme de participation dans la défense des droits de femmes (M5).

« Je défends les valeurs, une bonne cause, la liberté des femmes dans ce pays. Pour moi, c'est important. J'ai l'impression de participer à quelque chose (M5) »

3.2.8.5 La Possibilité d'éviter une IVG chirurgicale

Proposer une IVG médicamenteuse aux femmes permet d'éviter la méthode instrumentale. Pour les médecins M13 et M2, c'est une raison de plus pour être satisfait.

« On leur propose un acte de l'interruption de grossesse qui a quand même la balance bénéfice/risque favorable. Il y a beaucoup moins de risque par rapport à l'IVG chirurgicale (M13) »

3.2.8.6 Accompagnement de la patiente dans les différents moments de sa vie

Le médecin M3 souligne qu'elle revoit les femmes qui ont fait des IVG dans son cabinet. De fois, c'est pour suivre leur nouvelle grossesse... et ensuite les nourrissons.

« J'ai plusieurs de mes patientes que j'ai vu en 2014 qui étaient venues pour une IVG dont je suis actuellement un nouveau-né d'une grossesse voulue et c'est magnifique de les voir s'épanouir alors qu'on s'est connues dans un moment difficile (M3) »

3.2.8.7 Satisfaction des femmes

Voir les patientes contentes, reconnaissantes, c'est aussi la source de satisfaction (M4).

« ... la satisfaction c'est que ça marche et que les gens me font confiance. Je suis content quand ça se passe bien, quand elles sortent souriantes et soulagées. Ma satisfaction, c'est ça (M4) »

3.2.8.8 Satisfaction du travail accompli

Pour le médecin M6, le plus important c'est de faire son travail correctement.

« Pour moi, c'est le travail. Rien de plus. Je peux alors être satisfait de faire mon travail correctement et du fait que j'ai répondu à la demande des patientes (M6) »

3.2.8.9 Pratique intéressante et diversifiée

C'est une activité très intéressante, soulignent les médecins M11 et M3.

« Et puis, ça permet de diversifier la pratique aussi, de pouvoir élargir un peu nos compétences, d'aborder un peu un aspect gynécologique mais aussi psychologique, social, culturel... (M11) »

3.2.8.10 Réponse à la demande

Nombreux médecins répondent souvent que la pratique d'IVG est satisfaisante car c'est une forme de réponse à la demande (M13, M11, M10, M9, M8, M6).

« Le fait de répondre vraiment au besoin, à une urgence (...) c'est gratifiant (M11) »

« ...et du fait que j'ai répondu à la demande des patientes (M6) »

3.2.8.11 Rôle de santé publique

Les médecins M13, M11 et M8 sont contents de jouer le rôle important dans la santé publique.

« Souvent ce sont des patientes qui arrivent avec une demande précise, qui sont plus ou moins en détresse de se retrouver enceinte de façon inopinée et involontaire et du coup je pense qu'on a un rôle de santé publique et de soulager ces patientes (M13) »

3.3 Organisation du temps de travail

Ce troisième axe thématique porte principalement l'organisation des médecins face à la demande d'IVG (gestion des plannings, temps dédié aux consultations etc.), la problématique de garantir une prise en charges rapide et efficace tout en respectant le délai légal, les différentes approches pour réduire les risques de complications et la démarche en cas d'échec.

3.3.1 Organisation de travail

Différentes organisations ont été mises en place par les médecins participant à mon étude.

3.3.1.1 Gestion du planning :

- **Présence des créneaux dédiés pour l'IVG** Quelques médecins ont prévu des créneaux spéciaux pour les IVG (M11, M4, M3).

« ... j'ai deux créneaux de 30 minutes par semaine dédiés aux IVG. Donc un le mardi et un le jeudi (M11) »

S'il n'y a pas de demande, les créneaux IVG restent non occupés chez les médecins M4 et M3.

« ... et quand je n'ai pas de demandes, ces créneaux restent vides. Je ne les dédie pas à une autre chose. Je n'ai jamais de doublon à ces créneaux-là (M3) »

S'il n'y a pas trop de demande, le médecin M11 utilise les créneaux IVG pour les autres consultations. Si besoin, elle peut débloquent les créneaux d'urgences, pour prendre une IVG.

- **Pas des créneaux dédiés pour l'IVG** Certains médecins disent utiliser les créneaux classiques (occupés normalement par les autres types de consultations, hors urgence) pour les consultations d'IVG (M14, M9, M6, M5).

« Je prends les patientes IVG comme les autres. Si ça déborde, ça déborde (M9) »

Les médecins M13 et M12 font tout pour réserver 40 minutes pour les consultations d'IVG, elles utilisent les créneaux 'normaux' comme les créneaux d'urgence...

« Les secrétaires savent qu'on a besoin de 40 minutes et elles savent aussi que si on est ricrac elles peuvent nous appeler pour demander comment faire... ça nous arrive de bloquer un créneau qui est censé être un créneau urgent derrière pour pouvoir faire une IVG. Sinon ça nous arrive de déborder sur le planning... (M13) »

Les médecins M8 et M10 voient les patientes IVG sur les créneaux d'urgence.

« On a des créneaux d'urgence qui sont censés être faits pour avoir 40-45 minutes (...) S'il y a une demande d'IVG, ça passe du coup sur les créneaux d'urgence (M10) »

Le médecin M7 profite des créneaux qui servent normalement pour rattraper ses retards.

« En fait, j'ai des créneaux dans la journée que je bloque pour tamponner mes retards et souvent, si besoin, ça passe là, dedans (M7) »

Le médecin M2 travaille en consultations libres alors les patientes viennent chez elle sans RDV.

« Elles viennent sans RDV (M2) »

Le médecin M1 a une activité IVG très importante. Il voit les patientes tous les jours de la semaine, en s'adaptant à ses patientes ce qui fait qu'il donne parfois des RDV même aux horaires très tardifs.

« Je fais les IVG non programmés, ça veut dire qu'on m'appelle et je donne le RDV dès que je peux avec des horaires très larges (M1) » « Je reçois les femmes même dimanche, même le jour férié. Aucun problème (M1) »

- ***Effort pour voir les patientes le plus tôt possible***

Les médecins essaient toujours de voir les patientes le plus vite (M12, M7, M6, M5, M1).

« Si c'est très urgent, on fait tout pour les voir le même jour (M12) »

« Le plus souvent, j'essaye de les voir le même jour, dans les heures qui suivent (M6) »

- ***Opinion sur la gestion du planning***

Utilisation de Doctolib a beaucoup amélioré la gestion du planning des médecins M4 et M3.

« Là, depuis un an, je travaille sur le Doctolib, ce qui a considérablement amélioré la vision pour donner un RDV d'IVG (M4) »

Les médecins M11, M8 et M4 sont d'accord qu'une organisation particulière est nécessaire pour pouvoir répondre à la demande.

« C'est vrai que si on n'avait pas aménagé le planning, on ne serait pas en mesure de répondre rapidement aux demandes des femmes (M11) »

- ***Temps prévu pour la première consultation IVG***

Les médecins M3 et M5 réservent 15 minutes pour la première consultation IVG, mais elle dure toujours plus longtemps. Les autres médecins prévoient pour ce RDV de 20 minutes (M14) à une heure (M1). Les M4 et M3 me disent que la durée de la consultation pour l'IVG dépend aussi de la femme.

« Si c'est une femme qui a déjà fait une IVG, qui arrive avec tout son dossier médical parfaitement dans l'ordre et qui est bien décidée, ça peut durer effectivement 15 minutes... mais en général, c'est plutôt 20 minutes voir une demi-heure (M3) »

3.3.1.2 Collaboration avec l'hôpital

Certains médecins soulignent beaucoup leur bonne collaboration avec l'hôpital (M12, M9, M4).

« ... je peux faire ça, que parce que le planning de l'hôpital travaille préférentiellement avec moi. C'est tout (M4) »

Seul le médecin M1 évoque des difficultés. Il a des conventions signées avec trois hôpitaux différents. Depuis que son collègue a fait la formation IVG et a signé la convention avec un de ces trois hôpitaux, le médecin M1 a remarqué un changement radical de ses relations avec l'hôpital en question.

« Et puis après, une concurrence s'est mise en place, l'hôpital (...) pour des raisons un peu obscures, je n'arrive pas à savoir, le chef de service ne veut plus m'envoyer des femmes chez moi, mais il continue à les envoyer vers mon collègue (M1) »

3.3.1.3 Collaboration avec les infirmières de la structure

Les infirmières du centre de santé des médecins M8 et M10 jouent un rôle très important dans la pratique d'IVG et aident ainsi énormément les médecins.

« Nous, on travaille avec les infirmières, alors je ne sais pas si c'est très légal mais ce sont elles qui font la première consultation, qui font les ordonnances qu'on signe, on regarde les résultats une fois qu'elles en ont fait (M10) »

3.3.1.4 Accès rapide à l'échographie grâce au circuit de contacts

Avec le temps, nombreux praticiens ont créé leur petit réseau grâce auquel ils obtiennent les échographies avec les délais très satisfaisants (M12, M10, M7).

« Pour avoir des examens rapidement, je pense que maintenant on n'a pas autant de souci, avec notre petit réseau de contacts, on arrive à s'organiser, à avoir des échos assez facilement (M12) »

3.3.1.5 Organisation pour éviter de dépasser le délai légal d'IVG médicamenteuse

Les médecins M12 et M13 contactent les patientes dès qu'elles voient les RDV pour la première consultation IVG afin de vérifier au téléphone la date des dernières règles et la présence de tous les examens nécessaires. Cela leur permet de ne pas avoir des surprises le jour de la consultation pouvant mettre en jeu le respect du délai légal d'IVG médicamenteuse.

« ...quand on voit qu'on a une consultation IVG prévue, on appelle la patiente avant la consultation et on lui demande si elle a bien le groupe, les Béta HCG et une échographie, en lui disant que si elle n'a pas ces trois examens, on lui prescrit, elle vient chercher l'ordonnance. Elle fait vite les examens et elle nous revoit (...) C'est pour qu'on ne perde pas de temps (M13) »

3.3.1.6 Expérience/Vécu : aide et soutien des autres médecins

Les échanges avec les confrères ont beaucoup aidé les médecins dans leur pratique IVG.

« ...comme on est dans une maison de santé et que mes collègues font aussi des IVG, en fait, quand on a des questions, on s'appelle pour discuter et échanger donc déjà ça, ça aide (M12) »

3.3.2 Déroulement des étapes d'IVG

3.3.2.1 Non-respect du protocole de quatre consultations

Selon les recommandations HAS, une IVG médicamenteuse se déroule en quatre consultations. Les médecins interrogés sont tous d'accord, qu'en pratique, il n'y a pas d'intérêt de voir la patiente autant de fois.

« Bien sûr que non, je ne respecte pas (M14) »

Le médecin M1 avoue que souvent il voit ses patientes une seule fois.

« C'est très fréquent que je vois des femmes en une fois, une consultation (M1) »

Le médecin M5 respecte toujours trois consultations.

Avant la suppression du délai de réflexion obligatoire le M6 respectait les quatre consultations.

« Avant, quand le temps de réflexion d'une semaine était obligatoire, oui. Maintenant on n'a plus de ce délai, donc souvent je fais deux ou trois consultations (M6) »

3.3.2.2 Réalisation de la première consultation par quelqu'un d'autre

La première consultation a souvent lieu hors du cabinet du médecin réalisant l'IVG, puisque les femmes ont déjà vu un médecin pour prescrire les premiers examens.

« La première pas forcément, en général elles sont envoyées par un confrère (M9) »

Dans le centre de santé de médecin M8 et M10, le plus souvent les infirmières voient les patientes avant les médecins (cf.3.3.1.7).

3.3.2.3 Fusion de la première et de la deuxième consultation

Lorsque cela est possible, la plupart de médecins regroupent la première et la deuxième consultation (M14, M13, M12, M11, M7, M6, M3, M2).

« Si la patiente vient avec tous les examens nécessaires et elle est décidée, je peux lui donner le traitement toute de suite, en fin de la première consultation (M6) »

Les médecins M11 et M1 mentionnent que c'est le réseau Revho qui le leur a suggéré.

« C'est le Revho, le jour de la formation, qui nous dit : 'La loi c'est quatre consultations mais en général deux c'est suffisant.' (M1) »

Le médecin M5 est la seule à refuser catégoriquement de donner les médicaments à la patiente le même jour où elle prend connaissance de son dossier.

« Presque avec chaque femme je perds cinq minutes pour expliquer qu'on ne fera pas l'IVG toute de suite. Sauf si j'arrive à jour de 7SA... là je suis obligée. Mais de principe, je veux les voir deux fois, même dans ce cas-là. Donc je donne toutes les explications, je les fais sortir, boire un café, respirer un peu et lire tranquillement leur feuille. Puis je les revois après. Je veux qu'elle digère d'abord toutes les informations (...) moi, je ne peux pas en une seule consultation faire connaissance, établir le lien

avec la patiente, faire l'examen clinique, tout expliquer et encore donner le médicament (M5) »

3.3.2.4 Respect de la consultation de contrôle

Tous les médecins, sauf le médecin M1, disent proposer systématiquement à leur patientes de revenir 15 jours après l'IVG pour la consultation de contrôle.

3.3.3 Pratique d'échographie par le médecin réalisant les IVG

Parmi tous les médecins participant à mon étude, seulement deux sont formés à réaliser les échographies de datation (M3, M1). Les deux soulignent que cette pratique leur facilite la prise en charge de leurs patientes et ils sont contents d'être indépendants dans la prise de décision.

« Mais vraiment tout le monde me freinait pour l'écho. Alors qu'il faut investir, j'ai dû aller à Nîmes pour me former (...) Je me suis rendu compte que c'est bien de devenir autonome, ne plus dépendre de structure. Je ne suis plus un effecteur simple mais un acteur d'un acte médical (...) Je suis content pour une décision complète (M1) »

« Donc ce problème-là, je l'ai résolu parce que j'ai investi et j'ai acheté un échographe, ce qui me permet vraiment de réduire les délais de prise en charge (M3) »

3.3.4 Prévention des complications

3.3.4.1 Information, explications.

Une des mesures de prévention la plus citée par les médecins est l'information, notamment l'explication des signes d'alerte qui devraient amener les femmes à contacter le médecin ou consulter aux Urgences (M14, M6, M5, M3, M1).

« On explique qu'est-ce qu'il faut surveiller après la prise du traitement et quand il faut s'inquiéter. Par exemple, avec quelle fréquence on peut avoir besoin de changer les serviettes etc. (M6) »

3.3.4.2 Vérification du côté social et des conditions pour l'IVG

Les médecins M3 et M5 essaient toujours de bien vérifier si l'IVG peut se passer en sécurité, c'est-à-dire, si la patiente peut être accompagnée le jour de la prise de Misoprostol.

« Social, c'est-à-dire qu'il faut qu'on soit en sécurité, qu'elles comprennent ce que j'attends d'elles entre guillemets, quelles sont les risques d'IVG médicamenteuse et qu'elles puissent être accompagnées par quelqu'un, pouvoir garder ses enfants (...) ça, c'est le côté social... (M3) »

Il arrive au médecin M3 de refuser une IVG médicamenteuse.

« S'il y a un voyage prévu, je refuse de faire l'IVG médicamenteuse. Je parle d'un voyage à l'étranger, à l'immédiat. Si c'est un contexte social difficile, par exemple les gens de voyage où la famille n'est pas au courant et il ne faut surtout pas que le père le sache... je préfère à ce moment-là plutôt la technique chirurgicale...(M3) »

3.3.4.3 Demande que la femme soit accompagnée

Certains médecins insistent surtout à vérifier que la patiente soit accompagnée par au moins une personne le jour de la prise de Misoprostol (M8, M7, M5, M2).

« Il faut qu'on s'assure aussi qu'il y a quelqu'un qui l'accompagne, qui va rester avec elle la journée et la nuit, qui est au courant, qui sait quoi faire (M8) »

3.3.4.4 Distribution de livret d'information

Deux médecins distribuent des petits livrets d'information à leurs patientes (M8, M3).

« Il y a un livret avec toutes les informations qu'elles ont à la maison. (M8) »

3.3.4.5 Prévention de la douleur

Deux médecins (M13 et M12) parlent aussi de la prévention de la douleur au cours de l'IVG.

« La douleur, ça fait partie des complications. On a une fiche médicaments antalgiques qu'on donne aux patientes, on leur donne aussi des conseils, bouillotte... (M12) »

3.3.4.6 Respect des recommandations

Les médecins suivent les recommandations officielles (M13, M11, M8).

« Déjà on suit les recommandations (M13) »

3.3.4.7 Vérification de la compréhension de la femme

Le médecin M5 attire notre attention sur l'importance de vérifier à chaque fois que la patiente ait compris l'ensemble des informations transmises par le médecin.

« ...on reprend tous les consignes qu'elle a déjà eues auparavant pour voir si elle a tout compris (M5) »

3.3.4.8 Explication de l'intérêt de faire la prise de sang de contrôle +/- revenir en consultation de contrôle

Les médecins M11, M9, M6 et M3 insistent beaucoup auprès des patientes pour que le contrôle post l'IVG soit fait.

« Et j'insiste aussi sur le contrôle de deux semaines parce que parfois on a des anémies (...) on vérifie le taux des Béta HCG en plus de l'écho, voilà. (M3) »

3.3.4.9 Communication du numéro portable du médecin

Le fait de donner son numéro de téléphone aux patientes est un des éléments importants de la prévention des complications, selon certains médecins (M14, M9, M6, M4, M2, M1).

« Elle a mon téléphone (...) Même à deux heures du matin, si besoin, 'Allo'. (M4) »

« Je leur demande de m'appeler avant de prendre n'importe quelle décision (M14) »

3.3.4.10 Disponibilité

Etre disponible pour répondre aux questions de la patiente au téléphone ou la revoir au cabinet permet de réduire le risque des complications selon la majorité des médecins (M7, M9, M4, M3, M11, M13, M12, M14).

« Je suis disponible. Elles peuvent m'appeler, elles ont le téléphone du cabinet, et puis j'essaye de les revoir entre deux si on sent qu'il y a une inquiétude particulière (M3) »

3.3.4.11 Distribution de quatre comprimés de Cytotec au lieu de deux comprimés

Afin de minimiser le risque d'échec, le médecin M13 donnait depuis toujours quatre comprimés de Cytotec (Misoprostol) à ses patientes (au lieu de deux), en leur donnant comme instruction de reprendre le traitement en cas de vomissements.

« Et jusqu'à récemment, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'on ait du Cytotec, vu qu'on sait que le Cytotec peut donner des fortes nausées et vomissements, en fait on en donnait

quatre comprimés, en disant : Si vous vomissez les deux premières dans la demi-heure, vous avez encore les deux à prendre. Et on leur demandait de nous ramener les deux dernières en consultation de contrôle (M13) »

3.3.4.12 Contact avec la patiente le jour de la prise du Misoprostol

Le médecin M7 contacte ses patientes par téléphone le jour de la prise du Misoprostol.

« Parce que la consultation où elles prennent le Misoprostol, elles le font à domicile. Donc c'est une consultation téléphonique. Je ne les ai pas devant moi (M7) »

Les médecins M8 et M10 n'appellent pas leurs patientes directement mais demandent toujours aux femmes de contacter le jour de la prise du Misoprostol les infirmières du centre de santé.

3.3.4.13 Echographie de contrôle systématique

Le médecin M4 vérifie toujours l'efficacité de l'IVG par une échographie de contrôle.

« ... une échographie de contrôle est obligatoire... (M4) »

3.3.4.14 Collaboration avec l'hôpital

Une bonne collaboration avec l'hôpital fait aussi partie des mesures de prévention des complications selon le médecin M4.

« Et donc c'est un partenariat entre les urgences gynécologiques, le planning familial et moi. Donc je ne suis jamais embêté (M4) »

3.3.4.15 Collaboration avec les infirmières

Dans les centres de santé où travaillent les médecins M8, M10 et M11, les patientes peuvent appeler les infirmières si elles ont des questions/problème au cours de l'IVG.

« Non, le numéro du centre. Les infirmières, elles ont aussi fait la formation et on est ouvert tous les jours de 9 heures à 19 heures 30, et le samedi matin, et on travaille avec l'hôpital de Créteil (M10) »

Le médecin M13 demande aux infirmières de sa maison de santé de faire des injections de Rophylac (immunoglobuline anti-D) aux femmes Rhesus négatif.

« Ce qu'on a fait aussi, alors ça c'est plus pour le côté médicamenteux, souvent quand on prescrit le Rophylac, on demande aux infirmières si elles peuvent le faire (M13) »

3.3.4.16 Complications IVG

Selon le médecin M5, les complications d'IVG sont rares.

« Oh, c'est rare... je fais l'IVG depuis plus de dix ans et ça m'est arrivé peut-être deux ou trois fois les grosses hémorragies et ce qui est étonnant, c'est arrivé chez les femmes qui étaient toutes seules (M5) »

Les médecins M7 et M13 n'ont pas encore vu des complications d'IVG.

« Pour l'instant, la seule complication que j'ai eu sur les IVG que j'ai fait c'est une rétention, mais heureusement ce n'était pas très grave (M7) ».

3.3.5 Echecs

Echec d'IVG signifie l'absence d'expulsion après l'acte d'IVG. Plusieurs médecins disent que les échecs d'IVG sont rares (M14, M13, M12, M10, M7).

« ...l'échec d'IVG d'abord il est très rare. Ensuite, il arrive que des femmes décident de garder leurs grossesses. Moi, je les accompagne (M14) »

« J'en ai eu peut-être une ou deux, tout au début (M10) »

Le médecin M9 mentionne une situation récente d'échec d'IVG.

« Et là, récemment, une patiente à qui je l'ai fait, mais je pense que c'est un problème de délai, ça n'a pas fonctionné, la grossesse n'a pas été arrêtée. Et donc ça va finir par l'aspiration (M9) »

Plusieurs médecins répètent que les échecs arrivent et ne sont pas forcément liés à leur pratique (M13, M11, M8, M6, M3, M2).

« Donc, mon ressenti c'est que... de toute façon, statistiquement, avec toutes les IVG que je fais par an, il est quasi obligatoire d'avoir des échecs. Je trouve que le mot 'échec' n'est pas très bien appliqué. C'est plutôt 'pas de chance (M3) »

3.3.5.1 Conduite en cas d'échec d'IVG

Si la grossesse continue après l'IVG, les médecins M8, M6, M4 envoient les femmes à l'hôpital.

« Bon, si ça ne marche pas, il faut les envoyer à l'hôpital (M6) »

Certains médecins (M14, M5 et M1) adaptent leur stratégie en fonction de la patiente en redonnant du Cytotec ou en adressant à l'hôpital.

« Ça dépend. Parfois on recommence, parfois je les envoie à l'hôpital. Ça dépend surtout de la femme (M1) »

Les médecins M3 et M2 redonnent le Cytotec en cas de rétention si la grossesse n'évolue pas.

3.3.5.2 Anticipation et information sur le risque d'échec avant l'IVG

Certains médecins anticipent et préviennent leur patientes avant la remise des médicaments qu'un échec peut arriver (M11, M8, M7, M3).

« Je les préviens toujours quand je les vois la première fois et je leur explique que ça marche très bien mais il y a toujours un risque d'échec(M11) »

« En fait, quand je les vois la première fois, je leur dis que ça peut arriver. Et que statistiquement elle a 0,5 % de risque que la grossesse reste évolutive et que donc c'est très important de faire un contrôle...(M3) »

3.3.5.3 Emotions/Sentiments dans les situations d'échec d'IVG médicamenteuse

- **Contrariété** : Les médecins M9 et M7 sont contrariés.

« Ce n'était pas très confortable parce qu'on est là pour aider et même si on a prévenu les patientes sur le risque d'échec (elles sont toutes prévenues bien sûr) on a envie que ça se passe bien... (M7) »

- **Frustration** : Pour le médecin M9 ça peut être aussi frustrant (**Frustration**).

« C'était assez frustrant qu'il n'y a pas d'expulsion (M9) »

- **Indifférence** : Certains médecins n'identifient chez eux **aucune émotion** (M14, M10, M6, M5, M4).

« ...comment je le vis ? Moi, je n'ai pas d'état d'âme là-dessus (M14) »

« Non, je ne ressens rien de particulier (M10) »

- Le médecin M9 dit se culpabiliser quand l'IVG ne marche pas (**Culpabilisation**).

« *Je me suis sentie un peu coupable en me disant : Pourquoi ça n'a pas marché ? (...)
Je ne sais pas si je n'ai que ma responsabilité mais oui, on culpabilise beaucoup
(M9) »*

Les médecins M10 et M2 avouent ne pas se sentir coupables (**Pas de culpabilisation**).

« *Je ne me culpabilise pas. Pour elles, c'est embêtant... (M10) »*

3.3.6 Difficultés actuelles par rapport à la pratique

Je regroupe ici les difficultés dans la pratique d'IVG, citées par les médecins (certaines déjà mentionnées dans les thèmes précédents) :

- **Absence de retour** (M13, M12, M11, M9, M8).
- **Manque de disponibilité** (M14, M10, M7).
« *La difficulté principale est d'avoir la place pour les recevoir (M10) »*
- **Accès à l'échographie ou échographies mal faites**
« *Les difficultés ce sont toujours soit les échos mal faites... et en on a beaucoup
(M8) »*
- **Illisibilité des lettres et compte rendus des gynécologues**
« *Des collègues gynéco qui nous les envoient après avoir fait une échographie et un
examen clinique avec un petit mot barbouillé sur une petite feuille et que là, je dois
expliquer que je suis obligée de les réexaminer et que l'échographie avec leur petit
mot ne me suffisent pas et je les envoie faire une échographie en ville... (M5) »*
- **Refus de fusionner les consultations**
« *C'est quand les collègues, surtout les structures qui nous envoient les patientes,
n'ont pas précisé que ça se faisait en deux fois. (M5) »*
- **Arrêt de travail pour le jour de la prise de Misoprostol**
« *...les femmes nécessitent un arrêt de travail pour le jour de la prise de Misoprostol,
mais moi je ne les vois pas en consultation ce jour-là. Et je ne fais pas d'arrêt de
travail postdatés donc ça veut dire que je fais venir le conjoint ou quelqu'un
d'entourage pour chercher un arrêt de travail pour ce jour-là... c'est parfois un vrai
problème. (M7) »*
- **Lapins aux premiers RDV**

« La difficulté majeure que j'ai, ce sont les femmes qui prennent un RDV et qui ne viennent pas sans prévenir. C'est le quotidien, tous les jours (M1) »

- **Les IVG précoces**

« Quand ce sont des très précoces, on a toujours l'inquiétude si c'est vraiment l'intra-utérin. C'est plutôt de ne pas passer à côté d'une GEU... (M8) »

- **Mauvaise coopération avec l'hôpital (M1)**

- **Eches d'IVG (M9)**

Certains disent n'avoir aucune difficulté (M6, M4, M2).

« Pas de difficulté. Ça ne me pose aucun problème. (M6) »

3.4 Perceptions du Contexte médico-légal et sociétal de l'IVG médicamenteuse

3.4.1 Opinions concernant le Faible taux de participation des médecins généralistes à l'IVG

Plusieurs facteurs sont avancés par les médecins interrogés quant au faible taux d'implication des médecins généralistes dans l'IVG.

3.4.1.1 Appréhension.

Selon beaucoup de médecins la pratique d'IVG peut paraître compliquée. Ceci explique une possible angoisse des praticiens (M14, M12, M10, M9, M8, M4, M2, M1).

« Peut-être aussi il y a l'idée que c'est compliqué. Que ce sont les femmes qui vont saigner, il faudra gérer tout ça (M2) »

3.4.1.2 La Disponibilité nécessaire

Nombreux sont les médecins mettant le problème de disponibilité sur le premier plan (M14, M12, M8, M5, M4, M1).

« C'est chronophage. C'est la disponibilité. Les soirs, les weekends. On ne fait pas toutes les IVG à 16 heures. Les femmes bossent, elles ont leur famille, etc. Au mieux il faut être joignable 24 sur 24 heures (M1) »

3.4.1.3 Le nécessaire temps pour la formation

La nécessité de trouver le temps pour se former est une des raisons possibles d'un faible taux de participation des médecins généralistes à l'IVG selon les médecins M13, M7 et M3.

« Ensuite, il faut prendre du temps pour la formation, il n'y a pas que des jours présents, il y a aussi des stages à faire. Ça prend du temps (M7) »

3.4.1.4 L'Organisation de travail et gestion du planning

Les médecins M8, M4, M3 soulignent que les difficultés peuvent se poser sur le plan organisationnel.

« Je pense que c'est vraiment un problème d'organisation, ça c'est sûr (...) il y a une gestion difficile au cabinet, probablement du temps, des appels téléphoniques, des complications, des rendez-vous plus longs... (M8) »

3.4.1.5 Le temps pour créer son réseau de contacts

Selon le médecin M3, ce qui peut aussi faire peur aux médecins généralistes c'est la nécessité de consacrer du temps pour aller rencontrer les gens avec qui on travaille.

« Ça implique de dégager du temps pour créer un petit réseau aussi, aller rencontrer les médecins du planning, le chef de service de la gynécologie de l'hôpital avec qui on veut signer une convention. C'est chronophage (M3) »

3.4.1.6 La Collaboration avec l'hôpital

Le médecin M7 suppose que la coopération avec les hôpitaux peut aussi être compliquée.

« Je pense aussi qu'il y a des services avec lesquels c'est difficile d'être conventionné parce qu'ils ont des pratiques différentes de certains médecins généralistes (M7) »

3.4.1.7 La Gestion de l'angoisse des patientes

Gérer l'angoisse des patientes peut paraître compliqué pour les médecins généralistes, comme le disent les médecins M14 et M4.

« Je pense qu'au début c'est hyper angoissant. Risque hémorragique, risque machin... on transpire au début (...) Et si nous, on est angoissé quand on répond à l'angoisse de la femme qui nous appelle, c'est mort (rit). Il faut être super détendu... (M4) »

3.4.1.8 Une Faible pratique de la gynécologie

Certains médecins expliquent le faible nombre de médecins généralistes pratiquant des IVG par une pratique de gynécologie insuffisante (M12, M10, M8, M3).

« Ceux qui ne sont pas trop centrés gynéco, peut-être qu'ils ne se voient pas trop le faire parce que ça peut être un peu en décalage avec leur pratique de tous les jours (M12) »

3.4.1.9 Une Méconnaissance

Il y a les médecins généralistes qui ne savent pas qu'ils peuvent le faire (M13, M12, M11, M7).

« Et puis, il y a la méconnaissance aussi du fait qu'on puisse le faire, je pense. Il y a beaucoup de médecins qui ne savent pas qu'on peut le faire en tant que médecin généraliste en ville. (M13) »

3.4.1.10 Charge financière ou rémunération insuffisante

Deux médecins évoquent aussi des raisons financières (M3, M1). Selon le médecin M5, l'IVG n'est pas très rentable financièrement.

« Il faut vérifier ton stock de médicaments (...) c'est nous qui le gérons. C'est parfois compliqué de sortir l'argent pour ces médicaments parce que si tu veux avoir plusieurs boîtes d'un coup, c'est de sortir 300-400 euros. Ce n'est pas qu'on ne peut pas mais il faut le faire (M3) »

3.4.1.11 Raison éthique

La dernière possibilité évoquée par plusieurs médecins est la raison éthique (M13, M11, M9, M6, M4, M3, M2).

« ...peut-être par convictions personnelles ? Certains ne veulent pas faire ça et c'est respectable. (M9) »

3.4.2 Place de la pratique d'IVG dans la médecine générale

Les perceptions des médecins interrogés sur la place de la pratique de l'IVG dans la médecine générale étaient les suivantes :

3.4.2.1 L'IVG médicamenteuse, un Acte simple, peu de complications

Les médecins M10, M7, M6, M4 et M2 soulignent que c'est un acte relativement simple donc faisable au cabinet de médecine générale sans souci.

3.4.2.2 Approche centrée Patient

C'est une pratique centrée patiente, nécessitant une approche individuelle (M14).

« ...parcours qui est centré patient (M14) »

3.4.2.3 Approche globale.

En plus de l'approche individuelle, la pratique d'IVG demande au médecin d'avoir une approche globale (M11, M5).

« ...c'est quelque chose qui touche à différents domaines finalement de la médecine. Alors, à la fois on a un aspect purement médical mais aussi toute une dimension plus globale, sociale... on est souvent aussi confrontés aux problèmes culturels et éthiques (...) C'est donc vraiment une prise en charge multidimensionnelle (M11) »

3.4.2.4 Une bonne insertion dans la Diversité de la médecine générale

La médecine générale est une discipline très variée. Elle s'intéresse à tous les âges de la vie, la santé de la femme, la pratique d'IVG y trouve tout à fait sa place (M12, M2).

« Après, la médecine générale c'est justement la médecine qui est variée et comprend tous les âges de la vie et tout ce qui est la santé de la femme et la périnatalité, ça fait partie de notre travail. Ça me semble donc logique que ce soit dans les cordes mais comme c'est dans les cordes de la gynéco aussi (M12) »

3.4.2.5 Une composante de la médecine de Premier recours

Vu que l'accès à un médecin généraliste n'est pas très compliqué en France, les médecins généralistes pourraient bien répondre à la demande d'IVG médicamenteuse (M11, M8, M6).

« Si les femmes pouvaient s'adresser facilement à leur médecin généraliste, c'est sûr que ça faciliterait beaucoup de choses pour beaucoup de femmes (M8) »

Les médecins M12 et M10 insistent sur le fait que les IVG devraient être réalisées aussi par les sages-femmes et les gynécologues libéraux.

« Ça ne relève pas que de la médecine générale, ça relève aussi de la gynécologie. Ça peut être réalisé aussi par les sages-femmes (M10) »

Les médecins M12, M5 et M4 reprochent aux gynécologues leur absence dans les IVG médicamenteuses.

3.4.2.6 Opinion sur le rôle du médecin dans la pratique d'IVG

Les avis sont partagés. Selon le M10, à partir du moment où on n'est pas contre l'IVG, tous les médecins généralistes sont capables de faire des IVG médicamenteuses. Le médecin M3 dit que les seuls généralistes étant à l'aise avec la gynécologie peuvent faire les IVG.

« Du moment qu'on ne soit pas contre l'interruption de grossesse et qu'on est capable d'y répondre, je pense que tous les médecins généralistes peuvent y participer (M10) »

Selon le médecin M1, le médecin joue un rôle très important dans l'acte de l'IVG et ne peut pas être remplacé par un autre professionnel. Par contre, le médecin M6 trouve qu'il joue un rôle intermédiaire en distribuant le traitement à la femme.

« On est plutôt intermédiaire dans l'acte. On donne le traitement à la patiente, on assure une surveillance et on contrôle le résultat final. Pour moi, je ne fais pas des IVG. Je suis comme un pharmacien. Le médecin qui fait une IVG par aspiration (...) il peut dire qu'il fait l'IVG. Moi, non. C'est la patiente qui le fait et moi, je suis intermédiaire (M6) »

3.4.3 Pratique d'IVG sous le prisme de l'éthique du médecin

3.4.3.1 Une Aide à la femme

Les médecins M11, M9, M7, M4 et M2 répondent que la pratique d'IVG est une forme d'aide qu'ils apportent aux femmes.

« Déjà, je suis pour l'IVG et depuis toujours. Donc ça me paraît naturel de pouvoir aider les femmes dans cette démarche-là (M11) »

3.4.3.2 La Défense des droits des femmes

C'est aussi une forme de défense des droits des femmes (M7, M5, M1).

« Pour moi, ce sont des valeurs que je défends et je me bats pour ça parce que je sais qu'il y a un lobby anti-IVG très fort (M5) »

3.4.3.3 La Liberté des femmes

Les médecins M13, M2, M10, M7, M4 et M3 soulignent que, pour eux, la pratique d'IVG est une manifestation du respect de la liberté des femmes et de leur choix.

« Je pense que les femmes ont le droit de décider quand elles veulent avoir un enfant, c'est leur choix (M13) »

Selon le médecin M3, l'IVG n'est pas un acte d'égoïsme.

« Donc souvent je dis aux femmes qui se culpabilisent (et ce sont souvent déjà des mamans qui se culpabilisent) : 'Vous faites un choix de maman. Ce n'est pas un choix d'une femme égoïste. C'est un choix de maman, c'est un choix familial.' Je veux qu'elles puissent organiser leur vie et la vie de leurs enfants préexistants ou futurs pour que ça se déroule en meilleures conditions »

3.4.3.4 'La proximité des patientes'

Selon le médecin M11, un médecin généraliste conscient de la dimension sociale et de premier recours en médecine générale voudra faire des IVG.

« ... ça collait à mes convictions de ce côté-là et c'est vrai qu'en travaillant au sein de centre de santé et en ayant quand même cette dimension sociale et de premier recours, et d'aide au plus près des patientes, ça s'est présenté comme une évidence (M11) »

3.4.3.5 'La neutralité et la prise de recul'

Les médecins M14, M12 et M6 voient leur pratique uniquement sous un angle professionnel.

« Je suis médecin, ça fait partie de mon métier. En dehors de toute idéologie, moi, je fais ça en tant que médecin. (M12) »

Quand on pratique les IVG, on a besoin d'apprendre à prendre le recul (M12).

« De fois c'est un peu difficile de se positionner parce qu'on se dit que ce n'est pas forcément très responsable, ce n'est pas logique, sa façon de penser (...) j'essaye d'être la plus neutre possible, c'est vrai qu'il faut apprendre à prendre le recul (M12) »

3.4.3.6 La souffrance induite par une grossesse non désirée

Les médecins M3 et M2 soulignent qu'une grossesse non désirée est douloureuse pour une femme et liée au risque de mauvaises conséquences pour la famille et l'enfant [1, 6, 11, 53].

« C'est une grande souffrance d'être enceinte et ne pas vouloir avoir un enfant. C'est une grande souffrance pour la femme et ça va devenir pour l'enfant, ça aura des grandes répercussions sur leur vie (M2) »

3.4.4 Les délais légaux de pratique de l'IVG en question

Plusieurs médecins expriment leur opinion sur le retrait en 2016 du délai légal de réflexion. La plupart trouvait que c'était une bonne décision (M14, M11, M10, M9, M8, M7, M2).

« Je trouve ça très bien (M7) »

Selon les médecins, dans la majorité des cas, les femmes viennent déjà décidées et il n'y a pas d'intérêt de leur imposer une semaine de réflexion (M13, M12, M11, M10, M8, M7, M3, M2).

« Je pense qu'elles ont largement de temps entre le diagnostic de la grossesse et la première consultation de réfléchir à tout ça (M11) »

Les médecins M13, M12, M11 et M3 partagent l'opinion que le retrait de délai de réflexion obligatoire a beaucoup facilité la prise en charge. Le médecin M6 est moins enthousiaste.

« Je ne vois pas l'intérêt de mettre le bâton dans les roues si elles sont sûres de leur décision (M11) »

« Pour moi, le fait de retirer ce délai, ça banalise un peu l'acte. On vient comme si on va au supermarché, c'est rapide, voilà (M6) »

Les médecins M14 et M9 se souviennent que le délai obligatoire de réflexion supprimé en 2016 était de fois un vrai (et seul) obstacle pour beaucoup de femmes.

« Vous savez, de fois les patientes étaient obligées de passer par aspiration parce qu'elles dépassaient le délai et je trouvais ça très dommage (M14) »

Quand le délai de réflexion était obligatoire, il pouvait arriver que les femmes décident finalement de garder leur grossesse (M12, M9, M6).

« Je connais des cas qui ont changé leur avis après une semaine de réflexion... (M6) »

Les médecins M12 et M4 confirment qu'avant le retrait du délai de réflexion obligatoire les médecins ne respectaient pas toujours la loi.

« Maintenant on est dans la loi. Avant, les gens ne le respectaient pas. Donc ça m'a fait ni chaud, ni froid, mais il peut y avoir moins de problème juridique (M4) »

La promulgation de la loi annulant ce délai a rencontré des différentes réactions de la part des médecins. Le médecin M3 dit n'avoir pas été convaincue tout au début.

« Au départ j'étais un peu réticente. Parce que je me demandais quelles conséquences ça aurait sur les consultations mais avec le recul je vois que ça se passe très bien (M3) »

Pour le médecin M5 c'était plus compliqué d'imposer aux femmes la remise du traitement en deuxième consultation.

« ... j'ai eu la difficulté à ce moment-là justement de ne pas tout faire en une consultation (...) Aujourd'hui il n'y a plus de délai de réflexion et les femmes veulent avoir tout, toute de suite, en urgence (M5) »

Le médecin M4 exprime un avis défavorable par rapport à cet ancien délai.

« Pff... de toute façon, ce délai était débile (M4) »

Les médecins M5 et M3 disent que ce délai était une manière d'infantiliser les femmes.

« Donc, d'un côté, le délai de réflexion obligatoire c'est un peu d'infantiliser les femmes, parce qu'elles savent de toute façon qu'elles vont faire l'IVG. Pour ça j'étais à fond pour disparition de ce délai de réflexion (M5) »

Par contre le médecin M6 trouve que le délai de réflexion obligatoire était utile (cf. 3.4.9.5.1).

Malgré la suppression du délai de réflexion, la majorité des médecins disent ne pas précipiter les choses, surtout si la femme n'est pas très décidée (M13, M12, M11, M9, M7, M3, M2).

« Et si, finalement, on sent la femme ambivalente, non décidée, on ne va pas précipiter des choses... (M12) »

Tous les médecins participant respectaient le délai maximal d'IVG recommandé par la HAS (7SA), sauf le médecin M1 (9SA) [42].

« Donc en gros je vais à 9 semaines d'aménorrhée si vous voulez savoir. Je respecte les recommandations OMS (M1) »

3.4.5 Difficultés potentielles dans la pratique par l'arrêt de commercialisation du Cytotec

C'est la crainte principale de certains médecins (M14, M13, M5, M3). Même si la commercialisation de ce médicament a été arrêtée officiellement en mars 2018, les médecins l'utilisaient encore, puisqu'ils avaient des réserves de Cytotec.

« ... sauf que je ne sais pas comment on peut faire puisqu'il n'y a plus de Cytotec. Donc je ne sais pas comment utiliser l'autre médicament (M14) »

« J'avais fait des réserves de Cytotec donc maintenant je vais voir comment ça se passe avec l'arrêt de commercialisation (M3) »

Le médecin M13 jusqu'à présent distribuait aux patientes quatre comprimés du Misoprostol (Cytotec) au lieu de deux afin qu'elles puissent reprendre le médicament si elles vomissent. Elle craint que ce ne soit plus possible avec le nouveau médicament.

« Quand elles viennent en consultation de contrôle oui, elles les ramènent. Maintenant, comme les boîtes sont petites, je pense qu'on ne va pas faire comme ça (M13) »

Le médecin M5 parle du prix élevé du nouveau médicament.

« La boîte est beaucoup plus chère que les boîtes de Cytotec qu'on achetait avant (M5) »

4 DISCUSSION

PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE ET COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE :

L'analyse de données m'a permis d'identifier quatre axes thématiques composés de vingt-cinq thèmes. A travers les résultats nous avons vu que la pratique et le ressenti différaient d'un médecin à un autre. Néanmoins, nous avons pu y retrouver beaucoup de points communs. De manière générale, les résultats de mon travail présentaient des similarités avec les autres études.

Les Patientes :

Bien que la majorité de femmes consultant pour les IVG aient un autre médecin traitant, le lieu d'exercice des médecins et le type de population y résidant influençaient le profil de la patientèle IVG. Les médecins informaient directement leurs patients qu'ils faisaient des IVG lors des consultations ou indirectement (ex. affichage dans le cabinet, brochures, Internet, les autres professionnels de santé, bouche à oreille).

La construction d'une relation de confiance entre le médecin et la patiente était très importante dans la pratique d'IVG et nécessitait, selon les médecins, une communication adaptée, une disponibilité, l'écoute et le respect de la femme et de sa décision, l'information et les explications claires, parfois une dédramatisation de la situation, la rassurance et la déculpabilisation.

Afin de rester en contact avec les patientes ayant recours à l'IVG, la moitié des médecins communiquaient systématiquement leur numéro de téléphone portable. Ceux qui ne le faisaient pas, restaient joignables au téléphone du cabinet. Dans les centres de santé où il y avait une infirmerie, les patientes pouvaient appeler aussi les infirmières formées et disposant des protocoles écrits préalablement par les médecins.

Les médecins évoquaient spontanément les difficultés rencontrées par les femmes : difficultés d'organisation, urgence psychologique, accès à l'IVG parfois difficile, accueil désagréable dans certains endroits, les échecs d'IVG.

Souvent les patientes ne revenaient pas pour la consultation de contrôle et c'était une des difficultés la plus citée par mes interlocuteurs. Parfois il s'agissait d'un simple oubli, parfois d'un refus volontaire, qui pouvait signifier, selon les médecins, qu'une IVG était une expérience très douloureuse. Les situations d'absence de retour déclenchaient parfois des émotions négatives chez les médecins : déception, énervement, frustration, inquiétude, insatisfaction professionnelle. Certains pensaient qu'un non-retour signifiait que ça s'était bien passé. Ils soulignaient qu'ils respectaient le choix des patientes. Lorsque la femme ne se présentait pas au RDV de contrôle, la majorité des médecins l'appelaient, marquaient cela dans le dossier médical et un médecin allait jusqu'à envoyer des courriers. Certains ont arrêté de rappeler les femmes car ils avaient l'impression que cela ne changeait pas grande chose.

Les études de Denry A. en 2014 [12] et Hldoussi H, Vallée J. en 2014 [21] confirmaient aussi que l'absence de retour était un problème fréquent dans la pratique des médecins. Dans ces études les avis par rapport à la conduite à tenir étaient aussi partagés (rappel/courrier/inaction).

Evolution de la pratique :

Certains médecins déclaraient avoir adhéré spontanément au Revho afin de se former pour la pratique des IVG médicamenteuses. Pour certains, cette décision était le résultat d'une évolution personnelle (militantisme pour les droits des femmes) ou d'une réflexion sur la situation d'accès difficile à l'IVG en ville. Il y avait aussi ceux qui avaient décidé de se former, encouragés par une personne de leur entourage médical ou lors d'une formation. Quelques médecins avouaient que leur choix avait été influencé par la présence de la pratique d'IVG (ou du projet de la pratique) dans la maison de santé où ils travaillaient. Trois médecins s'y sont intéressés au cours des stages ambulatoires pendant l'internat (car leurs maîtres de stages en faisaient).

Les motivations principales des médecins dans les autres études se rapprochaient de celles mentionnées dans mon enquête: évolution et démarche personnelle (Doustin C. 2013 [13]), volonté d'amélioration de l'accès à l'IVG (Leroy H. 2017 [36], Hldoussi H., Vallée J. 2014 [21]), réponse à une demande des patientes (Leroy H. 2017 [36], Denry A. 2014 [12]), continuité des soins et rémunération (Denry A. 2014 [12]), défense des droits des femmes (Denry A. 2014 [12], Schoepfer C. 2017 [63]), intérêt pour la pratique de la gynécologie (Leroy H. 2017 [36]), participation dans une formation médicale, lecture d'une revue médicale ou la pratique imposée par la structure où le médecin exerçait (Hldoussi H, Vallée J. 2014 [21]).

Tous les médecins s'exprimaient très positivement par rapport à la formation théorique reçue. L'intérêt de la partie pratique était plutôt remis en question. La plupart d'eux encourageaient leurs confrères à se former.

Dans l'étude de Leroy H. en 2012 [36], la plupart des médecins formés par le Revho donnaient aussi des opinions très positives sur la formation. Selon l'étude de Hldoussi H, Vallée J. en 2014 [21], certains médecins avaient envie de sensibiliser les jeunes praticiens mais ils n'avaient pas forcément de temps pour faire cela.

La plupart des médecins n'avaient pas communiqué leur décision de pratiquer les IVG à leurs proches. Néanmoins ceux qui l'avaient fait, ont eu un soutien et un retour positif. Les difficultés principales au début de cette pratique rapportées par les médecins, étaient les suivantes : accès rapide à l'examen de l'échographie de datation, parfois des résultats erronés provoquant des erreurs de datation de grossesse, difficultés à trouver un hôpital pour signer la convention, liées à la gestion du planning, respects des délais légaux (quand le délai de réflexion d'une semaine était encore obligatoire). La propre grossesse d'un médecin lui a aussi posé problème.

La grande majorité des médecins participant dans mon étude disaient n'avoir eu aucun frein avant de commencer la pratique des IVG. Quelques uns seulement confirmaient avoir eu quelques appréhensions (notamment par rapport à l'accès à l'échographie, la gestion pratique des IVG, surtout en cas de complications, aux réactions des patients à l'affichage dans le cabinet). Tous étaient d'accord qu'avec l'expérience, le stress s'amenuisait et la pratique devenait de plus en plus facile.

La pratique de beaucoup de médecins a évolué au cours des années. Par exemple, afin d'améliorer l'accès à l'échographie et la prise en charge globale des patientes, ils ont créés des circuits de contacts. Deux médecins ont même décidé de se former et faire cet examen indépendamment des structures. Certains ont changé de stratégie face à l'absence de retour de nombreuses patientes. Un a choisi de ne plus donner des RDV de contrôle. Il demandait aux femmes de lui communiquer les résultats de la prise de sang de contrôle et ne demandait de revenir qu'en cas de problème. L'activité IVG augmentait progressivement pour certains praticiens, un médecin envisageait de diminuer l'activité de médecine générale afin de pouvoir faire encore plus d'IVG.

Plusieurs médecins avouaient être passionnés ou très intéressés par la pratique de la gynécologie. Nombreux ont fait des formations en gynécologie supplémentaires. Cela leur aidait par exemple pour l'éducation sur la contraception au cours des IVG. Dans certaines autres études, nous avons aussi pu voir que les médecins y participant étaient à l'aise avec la gynécologie (ex. étude de Denry A. 2014 [12]).

Tous les médecins participant dans mon étude étaient très satisfaits de leur pratique d'IVG médicamenteuse. Les raisons de la satisfaction professionnelle les plus citées étaient diverses : la pratique d'IVG médicamenteuse est un service rendu aux femmes, une réponse à la demande, une résolution du problème en évitant la méthode instrumentale, c'est une pratique intéressante et diversifiée, le médecin réalise son rôle d'acteur de santé publique. Le fait de voir les femmes satisfaites de la prise en charge était aussi mentionné. A noter, un seul médecin indiquait une bonne rémunération comme une des raisons de sa satisfaction professionnelle.

Selon les études de Doustin C. en 2013 [13], Schoepfer C. en 2017 [63] et Denry A. en 2014 [12], les médecins pratiquant les IVG étaient satisfaits sur le plan professionnel et personnel. Ils étaient contents de pouvoir aider les femmes, les situations IVG étaient intéressantes et stimulant intellectuellement, la rémunération était aussi satisfaisante (Denry A. 2014 [12]).

Organisation du temps de travail :

Sur le plan organisationnel, tous les médecins ont dû faire beaucoup d'efforts afin de trouver le mode de travail le plus optimal, c'est-à-dire permettant d'être en mesure de répondre à la demande d'IVG, organiser au mieux la prise en charge des patientes et concilier la pratique d'IVG avec l'ensemble de la pratique du médecin généraliste.

Certains médecins ont réservé des créneaux dédiés à l'IVG, d'autres voyaient les patientes sur les créneaux d'urgence ou les créneaux classiques. Tous les médecins soulignaient dans les entretiens qu'ils faisaient toujours de leur mieux pour accueillir la patiente dans les délais les plus courts, parfois ils s'arrangeaient pour les voir le jour de la demande de RDV. Afin d'éviter de retarder la prise en charge et dépasser le délai légal, certains praticiens anticipaient et ils appelaient la patiente dès que le RDV apparaissait dans le planning. Ainsi, ils vérifiaient la DDR et la présence des examens complémentaires. La durée de la première consultation variait, de 20 minutes à 1 heure, selon les différents cabinets. Dans une autre étude, de Hldoussi H, Vallée J. en 2014 [21], la durée de la première consultation IVG était de 30 minutes à 1 heure.

Beaucoup de médecins appréciaient leur collaboration avec l'hôpital. Un seul médecin exprimait son mécontentement car il estimait que l'hôpital adressait plus de patientes à son collègue qu'à lui. Deux médecins ont pu créer une organisation au sein de leur centre de santé, où les infirmières jouaient un rôle très important : formées par ces médecins, elles recevaient les patientes, faisaient le premier entretien, préparaient les ordonnances (signées ensuite par les médecins). Cela facilitait beaucoup la prise en charge des patientes. Certains médecins parlaient aussi de l'aide et du soutien de leurs confrères dans l'organisation de leur pratique IVG.

Tous les médecins ayant participé dans mon enquête étaient d'accord, qu'en pratique, il n'y avait pas d'intérêt de suivre le protocole de quatre consultations. Souvent les patientes étaient vues d'abord par un autre médecin qui ne pratiquait pas des IVG mais informait et prescrivait déjà la prise de sang et l'échographie. Si le dossier d'IVG était complet, les médecins fusionnaient souvent deux ou trois consultations. Le Misoprostol (à prendre par la patiente à domicile) était toujours remis en même temps que la Mifépristone. Le réseau Revho suggérait de procéder ainsi lors de la formation initiale. Un seul médecin était contrarié de faire cela et essayait de séparer la consultation d'information de celle de vérification des examens et remise du traitement. La consultation de contrôle était proposée systématiquement par tous sauf un, qui revoyait les patientes uniquement si le taux de Béta Hcg n'avait pas baissé. Dans

les autres études, la majorité des médecins ne respectaient pas le protocole de quatre consultations non plus (Leroy H. en 2017 [63], Hldoussi H, Vallée J. en 2014 [21]).

Deux médecins avaient décidé de se former et réalisaient maintenant les échographies de datation et de contrôle. Ils soulignaient que cela facilitait la prise en charge des patientes et leur donnait une grande satisfaction d'être autonome et indépendant dans la prise de décisions.

Afin d'éviter les complications et les échecs, les praticiens ont mis en place plusieurs mesures. Les plus citées étaient : la communication du numéro de portable du médecin et l'offre de sa disponibilité, l'information exhaustive et les explications lors de la première consultation, entre autre sur l'importance du contrôle, la demande que la femme soit accompagnée le jour de prise du Misoprostol, le respect des recommandations, le contact avec la patiente le jour de la prise du Misoprostol, la vérification des conditions sociales avant la remise du traitement, la prévention de la douleur et la distribution du livret d'information. La collaboration avec l'hôpital était aussi mentionnée comme un des moyens de prévention des complications. Un médecin demandait systématiquement une échographie de contrôle, en plus de la prise de sang. Un des médecins décrivait sa stratégie qui reposait sur la remise de quatre comprimés du Cytotec (Misoprostol). Les médecins qui ne donnaient pas leur numéro de téléphone portable, étaient joignables dans la journée au téléphone du cabinet (dans les deux centres de santé, c'étaient les infirmières qui répondaient aux patientes). Les médecins étaient d'accord que les complications d'IVG étaient rares. Les médecins interrogés dans les études de Hldoussi H, Vallée J. en 2014 [21] et Denry A en 2014 [12], confirmaient aussi que les complications d'IVG étaient rares.

En cas d'échec, certains praticiens envoyaient la patiente directement à l'hôpital, d'autres tentaient de redonner le Misoprostol. Certains adaptaient la stratégie en fonction de la patiente. Compte tenu des statistiques, la plupart des médecins gardaient une attitude saine vis-à-vis du problème, pas question de se culpabiliser. Seulement un médecin confiait vivre mal les échecs d'IVG, suscitant un questionnement sur sa continuation de cette pratique.

Les difficultés actuelles les plus mentionnées par les médecins étaient: l'absence de retour de beaucoup de patientes, le manque de disponibilité et les échecs d'IVG. Un médecin se plaignait de l'illisibilité des lettres des gynécologues et des comptes rendus d'échographies. Le même médecin avait aussi le problème de fusionner les consultations du protocole d'IVG. Un autre médecin évoquait le sujet d'arrêt de travail pour le jour de la prise de Misoprostol. Les lapins au premier RDV étaient aussi évoqués par un autre praticien. Trois médecins disaient n'avoir eu aucune difficulté dans leur pratique IVG.

Selon les études de Doustin C. en 2013 [13] et Schoepfer C. en 2017 [63], les médecins disaient avoir très peu ou pas de contraintes.

Perceptions du contexte médico-légal et sociétal :

Interrogés sur le faible nombre de généralistes réalisant les IVG en ville, les médecins évoquaient surtout: des raisons éthiques, une appréhension possible (d'une gestion des patientes, des complications etc.), un manque de disponibilité et de temps pour se former (ou par exemple créer un réseau de contacts), une faible pratique de gynécologie et une probable ignorance du fait qu'en tant que généraliste on puisse se former et réaliser les IVG. Je pense que le réseau Revho pourrait intensifier sa communication autour de la formation. Une charge financière était aussi évoquée (gérer le stock des médicaments, montants des assurances élevés).

Dans certaines études la population étudiée n'était pas toujours composée de médecins pratiquant les IVG. Les freins à la pratique d'IVG les plus cités étaient le manque de disponibilité et le caractère chronophage des IVG (Bécue E. 2012 [6], Bienvenue T. 2012 [8], Marguerite C. 2018 [38], Leroy H. 2017 [36], Denry A. 2014 [12], Vailloud C, Finkel A. 2008 [65]) ainsi que le manque de formation et d'information des généralistes (Bienvenue T. 2012 [8], Escoubet C. 2015 [16], Vailloud C, Finkel A. 2008 [65], Denry A. 2014 [12]). L'appréhension face à la gestion des complications (Bécue E. 2012 [6], Marguerite C. 2018 [38], Denry A. 2014 [12]) et la lourdeur administrative (Denry A. 2014 [12], Bienvenue T. 2012 [8], Bécue E. 2012 [6]), la crainte d'accès difficile à l'échographie (Bienvenue T. 2012 [8], Bécue E. 2012 [6]), la faible rémunération (Bécue E. 2012 [6], Denry A. 2014 [12]), et les convictions personnelles (Denry A. 2014 [12], Escoubet C. 2015 [16]) ont été aussi évoqués.

Les médecins étaient tous d'accord que la pratique d'IVG médicamenteuse pouvait s'intégrer dans la pratique de médecine générale, discipline très diverse, où la santé de la femme avait tout à fait sa place. Ils soulignaient que c'était un acte simple, faisable en ambulatoire, de premier recours, qui nécessitait une approche centrée patient et une approche globale en même temps, compte tenu de la multi-dimension de l'acte de l'IVG. Cependant, les opinions étaient partagées sur la pratique d'IVG par tous les médecins généralistes. Certains considéraient que tous les généralistes pouvaient le faire, tandis que d'autres insistaient qu'il fallait d'abord être à l'aise avec la gynécologie. Selon un de mes interlocuteurs, la pratique d'IVG devrait être réservée uniquement aux médecins (et non aux sages-femmes par exemple). Un autre médecin décrivait son rôle dans l'acte de l'IVG comme un intermédiaire.

Les idées présentes dans les témoignages dans mon étude concernant le caractère chronophage de la pratique d'IVG, la nécessité d'être très disponible, le service rendu aux femmes, la place des IVG dans la pratique de médecine générale tout à fait légitime, ont aussi été notées dans les autres travaux (Doustin C. en 2013 [13], Leroy H. en 2017 [36], Schoepfer C. 2017 [63], Hldoussi H, Vallée J. en 2014 [21], Denry A en 2014 [12]). L'idée de la diversification de l'activité des généralistes était aussi décrite dans le travail de Leroy H. en 2017 [36]. La rémunération semblait être insuffisante selon certains médecins (Marguerite C. en 2018 [38], Hldoussi H., Vallée J. en 2014 [21]). La majorité des médecins interrogés dans l'étude de Denry A. [12] considéraient que la pratique d'IVG ne devrait pas être imposée à tous les généralistes car il fallait une motivation particulière.

Sur le plan éthique, mes interlocuteurs percevaient la pratique d'IVG comme l'aide à la femme, le respect de la liberté de ses choix, la participation dans la défense des droits des femmes. Deux médecins soulignaient qu'une grossesse non désirée pouvait avoir des répercussions négatives sur la vie de toute la famille. Pour certains, aucune question d'éthique ne se posait car ils voyaient cette pratique uniquement sous un angle professionnel. Il fallait savoir prendre du recul, rester neutre, respectueux et ne pas juger. Les résultats de l'étude de Hldoussi H, Vallée J. en 2014 [21] montraient que certains médecins n'avaient pas forcément beaucoup de recul et disaient être embarrassés par la répétition d'IVG par une femme.

Tous les médecins participant dans mon étude respectaient le délai légal recommandé par la HAS (7SA) sauf un qui prenait en compte les recommandations d'OMS et allait parfois jusqu'à 9 SA (52). Les médecins partageaient l'opinion que la suppression du délai d'une semaine obligatoire de réflexion en 2016 a beaucoup facilité la prise en charge des patientes. Selon eux, ce délai était infantilisant pour les femmes et parfois empêchait d'être dans le temps par rapport au délai légal. Un seul médecin restait dubitatif par rapport au retrait de ce délai de réflexion.

Les deux études, de Hldoussi H, Vallée J. en 2014 [21] et de Denry A. en 2014 [12] ont été réalisées avant le changement de la loi et la suppression du délai de réflexion obligatoire. Dans les deux, beaucoup de médecins ne respectaient pas ce délai et remettaient son intérêt en question. En ce qui concerne le délai légal d'une IVG médicamenteuse (7SA), certains praticiens de l'étude de Hldoussi H., Vallée J. en 2014 [21] avouaient le dépasser de 1 à 4 jours.

Lors des entretiens, une inquiétude commune autour de l'arrêt prévu du Cytotec a été exprimée par beaucoup de médecins. Le fait de devoir utiliser un nouveau médicament et son

prix plus élevé, faisaient l'objet d'appréhension. Il serait intéressant de les interroger quelque temps plus tard pour avoir leur retour.

FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Depuis l'autorisation des médecins généralistes à pratiquer des IVG médicamenteuses en ville en 2004, nous pouvons noter un nombre significatif de publications relatives à la difficulté de l'accès à l'IVG et à l'expérience des femmes y ayant recours. Quant aux médecins, les chercheurs s'intéressent notamment à étudier, d'une part, les freins pour se former et pratiquer les IVG, et, d'autre part, leurs motivations principales lorsqu'ils décident de le faire. Toutefois, la littérature consacrée à la pratique d'IVG individuelle des médecins et à leur ressenti reste marginale. Bien que l'on puisse retrouver quelques thèses en médecine générale sur ce sujet, la plupart d'entre elles sont centrées sur le côté pratique, en ne laissant qu'une infime place à leurs opinions, leurs émotions etc.

Je voudrais souligner qu'aucune étude n'avait été réalisée dans les départements du Val-de-Marne et de la Seine-et-Marne. C'est la première recherche dans le domaine de pratique d'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes dans ces deux départements où le pourcentage des IVG médicamenteuses en ville est le plus important dans la région d'Ile-de-France. A travers la richesse des résultats, nous pouvons noter une grande complexité de cette pratique. Plusieurs entretiens (quatorze) ont été réalisés afin d'obtenir une saturation de données. Tous les entretiens étaient individuels et se sont déroulés dans les bonnes conditions. J'estime que cela a aidé à créer une ambiance d'intimité qui a libéré la parole et les témoignages.

Une des limites était certainement le temps restreint des entretiens résultant de la grande charge de travail de tous les médecins. Si je pouvais disposer de 20-30 minutes de plus pour chaque entretien, la récolte de données aurait été encore plus importante. Un des médecins m'a demandé la confirmation du caractère anonyme de notre entretien à l'occasion de la question sur le respect de protocole de quatre consultations. Cela m'a fait réfléchir sur la perception de ma personne par les médecins participants à l'étude. Ils avaient l'air tous francs et ouverts. Néanmoins, il faut admettre qu'ils m'ont fait confiance. Personne n'a vérifié si j'étais vraiment une interne en médecine générale ni m'a demandé de preuve de travail pour une thèse. Pourtant mon statut d'étudiant chercheur pouvait faire l'objet d'une vérification.

5 CONCLUSION

Les objectifs de mon travail étaient de décrire et comprendre l'approche pratique et le vécu des médecins généralistes réalisant les IVG médicamenteuses en cabinet dans les deux départements de la région d'Ile-de-France (départements 77 et 94), ainsi que de savoir comment la pratique des IVG médicamenteuses améliorerait leurs compétences. Au début de mon étude, j'ai formulé l'hypothèse que la pratique d'IVG médicamenteuse nécessitait une organisation particulière du travail dans le cabinet et que, par sa complexité spécifique (problématique biomédicale, psychosociale et relationnelle), elle s'intégrait bien dans le champ de compétences de la médecine générale.

Cette étude était la première réalisée dans les deux départements d'Ile-de-France où on effectue le plus d'IVG médicamenteuses. L'analyse des résultats a permis d'accéder à des données riches et inédites par rapport à la pratique individuelle des médecins, leur vécu et leurs opinions sur les différents aspects de la pratique d'IVG. Elle a ainsi confirmé les hypothèses de départ : tous les médecins ont dû adapter leur mode de travail afin de pouvoir répondre à la demande d'IVG et concilier cette pratique avec leur activité habituelle de médecin généraliste. C'est une pratique chronophage mais très satisfaisante sur le plan professionnel et personnel. Chaque situation est complexe et mobilise les différentes compétences du médecin généraliste, notamment en termes d'empathie et de professionnalisme. Les médecins sont unanimes sur le fait que la pratique d'IVG pourrait être facilement intégrée dans la pratique de médecine générale.

Les perspectives de cette enquête pourraient être un renforcement des actions d'information des médecins sur la possibilité de se former et pratiquer les IVG et une amélioration de la sensibilisation des internes en médecine générale au sujet de cette pratique. Par ailleurs, il serait probablement utile d'évaluer l'impact de l'arrêt du Cytotec (misoprostol) sur la pratique des médecins généralistes concernés.

6 BIBLIOGRAPHIE

- 1) Academy of Medical Royal Colleges. Induced abortion and mental health. A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. London. Décembre 2011. [consulté le 02/02/2018]. Disponible : https://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Induced_Abortion_Mental_Health_1211.pdf
- 2) ANSM. Mise en garde sur les risques potentiels liés à l'utilisation hors AMM du Cytotec (Misoprostol) dans le déclenchement de l'accouchement et toute autre utilisation gynécologique - Point d'information 25/02/2013. [consulté le 03/11/2018]. Disponible : <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Mise-en-garde-sur-les-risques-potentiels-lies-a-l-utilisation-hors-AMM-du-Cytotec-misoprostol-dans-le-declenchement-de-l-accouchement-et-toute-autre-utilisation-gynecologique-Point-d-information>
- 3) ARS Île-de-France. Plan Régional d'accès à l'IVG en Île-de-France. Mars 2017 [consulté le 02/02/2018]. Disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/Plan-regional-acces-IVG-IDF-2017.pdf>
- 4) Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2016 Déc ; 45 (10) : 1552-67.
- 5) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008 ; 84 : 142-5.
- 6) Bécue E. Quels sont les freins au développement de l'IVG médicamenteuse en ville dans la région Nord-Pas-de-Calais ? [Thèse]. Lille : Université Henri Warembourg ; 2012.
- 7) Bettahar K, Pinton A, Boisramé T et al. Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. Journal de la Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2016 Décembre ; 45 (10) : 1490-1514.
- 8) Bienvenue T. IVG médicamenteuse en ville : quels obstacles à sa diffusion ? Enquête auprès de 205 médecins généralistes en Bretagne [Thèse]. Rennes : Université de Rennes 1 ; 2012

- 9) Biggs MA, Upadhyay UD, Mc Culloch CE, Foster DG. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *JAMA Psychiatry*. 2017, 74 (2) : 169-78.
- 10) CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. L'IVG. Décembre 2016 [page consultée le 10/01/2018]. Disponible : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2016%252FRPC_2016_IVG.pdf&i=21925
- 11) Costescu D et al. Avortement médical. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2016 ; 38 (4) : 390-420.
- 12) Denry A. Place du médecin généraliste dans la pratique, la prise en charge et l'orientation de l'IVG médicamenteuse à Paris [Thèse]. Paris : Université Pierre et Marie Curie ; 2014.
- 13) 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]. Marseille : Aix-Marseille Université ; 2013
- 14) DREES. Rapport d'activité 2018. Juillet 2019 [consulté le 13/09/2019]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ra2018.pdf>
- 15) Dumez H. Méthodologie de la recherche qualitative : Les 10 questions clés de la démarche compréhensive. 2e éd : Vuibert ; 2016.
- 16) 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 [Thèse]. Paris : Université Paris Diderot ; 2015.
- 17) Faucher P, Hassoun D. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. 2ème éd. Issy-les-Moulineaux : Estem diff. De Boeck ; 2005.
- 18) HAS. IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter, fiche de BUM [consulté le 25/04/2018]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/cteval351_fiche_bum_ivg_medicamenteuse.pdf
- 19) HAS. Recommandations de bonne pratique. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Décembre 2010 [consulté le 25/04/2018]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf

- 20) Hassoun D. IVG médicamenteuse en ville. La Revue du Praticien Médecine Générale. 2012 Octobre ; 26 (888) : 679-80.
- 21) Hldoussi H, Vallée J. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse : motivations, difficultés et propositions des médecins généralistes. Exercer. 2014 ; 25 (111) : 20-8.
- 22) Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Rev Med Suisse 2004, N°503 [consulté le 15/04/2018]. Disponible : <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>
- 23) Institut National D'études Démographiques. Tableau: Avortements. Evolution du nombre d'avortements et des indices annuels [consulté le 22/03/2018]. Disponible : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
- 24) Ivglesadresses.org. J'y vais, j'ai les adresses [consulté le 15/03/2018]. Disponible : <http://www.ivglesadresses.org/>
- 25) Jeune MG. L'IVG en ville. Place aux médecins généralistes. Juin 2012, N°4, [consulté le 21/04/2018]. Disponible : <https://reseauprosante.fr/files/revues/file-81.pdf>
- 26) Legifrance. Décret n° 2004-636 du 1ier juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesses hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : partie Réglementaire). JO n°152 du 2 juillet 2004, p. 12061, texte n° 27. [consulté le 02/09/2019]. Disponible: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000803677&dateTexte=&categorieLien=id>
- 27) Legifrance. 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. [consulté le 10/02/2018]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027221802&categorieLien=id>
- 28) Legifrance. LOI n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. [consulté le 02/09/2019]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000700230&pageCourante=0073921.
- 29) Legifrance. LOI n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de

- financement de cette mesure. [consulté le 02/09/2019]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000704429&pageCourante=0001522.
- 30) Legifrance. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. [consulté le 02/09/2019]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id24>.
- 31) Legifrance. LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. [consulté le 02/09/2019]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029330832&categorieLien=id25>.
- 32) Legifrance. LOI n° 2016-30 du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse. [consulté le 02/09/2019]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032164949&categorieLien=id>
- 33) Legifrance. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. [consulté le 02/09/2019]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641>
- 34) Legifrance. LOI n°2017-347 du 20 mars 2017 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse. [consulté le 02/09/2019]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034228048>
- 35) Legifrance. Note d'information N° DGS/SP1/PP2/DGOS/PF2/DSS/1C/2018/34 du 12 février 2018 relative à la réorganisation de l'offre thérapeutique et des modalités de prise en charge des patientes, auparavant traitées dans certaines indications de gynécologie-obstétrique par la spécialité Cytotec®, du fait de son arrêt de commercialisation prévu le 1er mars 2018 [consulté le 27/10/2018]. Disponible : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/02/cir_43087.pdf
- 36) Leroy H. Médecine générale de ville et IVG médicamenteuse en région Grand Est [Thèse]. Lorraine : Université de Lorraine ; 2017
- 37) Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Exercer 2009 ; 87 : 74-9.
- 38) Marguerite C. L'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes de l'agglomération rouennaise : freins et pistes d'optimisation [Thèse]. Rouen : Université de Rouen Normandie; 2018

- 39) Mays N, Pope C. Quality in qualitative health research. In: Pope C and Mays N, eds. *Qualitative Research in Health Care*. 2nd Edition. London: BMJ Books 2000; 89-101.
- 40) Mazuy M, Toulemon L, Bazil E. Le nombre d'IVG est stable mais moins de femmes y ont recours. *Population-Fr.* 2014 ; 69 (3) : 365-98.
- 41) Nisand I. L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Rapport réalisé à la demande de Madame Martine Aubry, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, et de Monsieur Bernard Kouchner, Secrétaire d'Etat à la Santé et A l'Action Sociale. Février 1999 [consulté le 03/09/2019]. Disponible : <https://www.vie-8publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/994000389.pdf>
- 42) OMS. Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé [consulté le 25/11/2018]. Disponible: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78413/9789242548433_fre.pdf;jsessionid=C6088E31CC9EB4F8C1397AD278182253?sequence=1
- 43) OMS. La Maltraitance des enfants. Aide-mémoire N°150 [consulté le 02/02/2018]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- 44) ORS Ile-de-France. Les Interruptions volontaires de grossesses en Ile-de-France. Données 2015-2017. Rapport et Enquête. Janvier 2019 [consulté le 16/02/2019]. Disponible : https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1778/ORS_IVG_2019_vd_2.pdf
- 45) ORS Ile-de-France. Les Interruptions volontaires de grossesse en Ile-de-France. Quatre ans de suivi régional de 2012 à 2015. Rapport et Enquête. Décembre 2016 [consulté le 10/01/2018]. Disponible : http://ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1502/2016_ORN_IVG_rapport_1_.pdf
- 46) Revho.fr [consulté le 12/03/2018] Disponible : <http://revho.fr/>
- 47) Rev Prescrire. Accès aux soins. IVG médicamenteuse en ville. 2008; 28 (291) : 65.
- 48) Rev Prescrire. Accès aux Soins. IVG médicamenteuse : un bilan contrasté. 2010 Avril; 30 (318) : 306.
- 49) Rev Prescrire. Cytotec à base de misoprostol : arrêt de commercialisation annoncé en France. 2017 ; 37 (410) : 918.
- 50) Rev Prescrire. Difficultés d'accès à l'IVG. 2008 Novembre; 28 (301) : 867.
- 51) Rev Prescrire. En bref. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville. 2005 Juillet-Août ; 25 (263) : 540-41.

- 52) Rev Prescrire. Evolutions récentes dans l'IVG médicamenteuse. 1993 Avril ; 13 (128) : 209-10.
- 53) Rev Prescrire. IVG médicamenteuse en ville : autorisée mais longtemps entravée. 2004 Septembre ; 24 (253) : 573.
- 54) Rev Prescrire. La naissance difficile de l'IVG médicamenteuse. 1988 Oct; 8 (78) : 399-401.
- 55) Rev Prescrire. L'IVG en France. 1998 Octobre; 18 (188) :704.
- 56) Rev Prescrire. Misoprostol, au-delà du Cytotec. 2018 Janvier ; 38 (411) : 73.
- 57) Rev Prescrire. Prescrire en questions : IVG médicamenteuse : 200 mg ou 600 mg de mifépristone ? 2018 Août; 38 (418) : 628-629.
- 58) Rev Prescrire. Rapport. L'interruption volontaire de grossesse en France. 2000 Septembre ; 20 (209) : 630-32.
- 59) Rev Prescrire. Réponse aux propos du Dr Bertrand de Rochambeau sur l'IVG. 2018 Novembre; 38 (421) : 875.
- 60) Rev Prescrire. Stratégies. IVG médicamenteuse en ville. Des modalités et des contraintes légales à bien expliquer aux femmes. 2017 Avril; 37 (402) : 276-282.
- 61) Rev Prescrire. 2016 : des mesures pour faciliter l'accès à l'IVG. 2017; 37 (402) : 302-304.
- 62) Shelton C, Smith A. Qualités de la recherche qualitative. Can J Anesth. 2015 ; 62 : 3-7.
- 63) Schoepfer C. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville : vécu des médecins généralistes. [Thèse]. Besançon : Université de Franche-Comté; 2017.
- 64) Toute l'Europe. Le site de référence sur les questions européennes. Comparatif : le droit à l'avortement [consulté le 10/09/2019]. Disponible: <http://www.touteurope.eu/fr/actions/social/santepublique/presentation/comparatif-le-droit-a-l-avortement.html>
- 65) Vailloud C, Finkel A. L'IVG médicamenteuse en cabinet par les médecins généralistes : quel avenir dans le bassin grenoblois ? [Thèse]. Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2008.
- 66) Vilain A, Rey S. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. DREES. Etudes et Résultats. Septembre 2018, N° 1081 [consulté le 02/12/2018]. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf>

- 67) Vilain A. 211900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. DREES. Etudes et Résultats. Juin 2017, N°1013 [consulté le 18/02/2018]. Disponible : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1013.pdf
- 68) Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. DREES. Etudes et Résultats. Juin 2016, N° 0968 [consulté le 03/12/2018]. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>

ANNEXE 1. Guide d'entretien utilisé lors des entretiens.

- 1) Depuis quand pratiquez-vous l'IVG médicamenteuse ?
- 2) Avez-vous adhéré spontanément ou vous avez été parrainé(e) par qqn ? Comment vous êtes entrés en contact avec le réseau REVHO ?
- 3) Quel délai a-t-il eu entre votre formation et votre première IVG et pourquoi ?
- 4) Est-ce que la formation théorique que vous avez reçue est pragmatique et corrélée à votre pratique médicale courante ?
- 5) Encouragez-vous les autres médecins à faire cette formation ? Si oui, pourquoi ? Qu'est-ce que vous leur dites pour les encourager ? Si non, pourquoi ?
- 6) Aviez-vous des freins avant de décider de pratiquer l'IVG dans votre cabinet ? Si oui, lesquels ?
- 7) Quel était l'avis de votre entourage vis-à-vis de votre décision ?
- 8) Comment informez-vous votre patientèle de la possibilité de réaliser IVG dans votre cabinet ? Y-a-t-il des brochures/posters ? Parlez-vous en lors des consultations par exemple dédiées à la contraception (ou autres) ?
- 9) Comment les patientes vous trouvent dans la plupart des cas ? (Internet ? de bouche à oreille ? les pharmaciens ? les hôpitaux ?)
- 10) Normalement la loi prévoit quatre consultations en cas d'IVG, respectez-vous ce protocole ? (si non, pourquoi ?)
- 11) Combien de temps prévoyez-vous pour les consultations IVG en moyenne ?
- 12) La question suivante est : Comment avez-vous aménagé votre temps de consultations pour recevoir les patientes ? est-ce que vous avez les créneaux spéciaux pour les demandes IVG ?
- 13) Quelles seraient les difficultés que vous rencontrez et à quel moment ?
- 14) Comment vous vous organisez pour diminuer le risque de complications liées à l'IVG ? qu'avez-vous mis en place ?
- 15) Comment faites-vous en cas d'échec d'IVG médicamenteuse ? Comment ressentez-vous les échecs ?
- 16) Qu'est-ce que vous pensez du retrait de délai de réflexion en 2016 ?
- 17) Quelle est votre démarche dans le cas, quand vous perdez le contact avec la patiente après la prise du traitement ? Est-ce que ça vous arrive souvent ?
- 18) Comment établissez-vous la relation de confiance avec votre patiente ?

- 19) En quoi, la pratique d'IVG peut-elle être une source de satisfaction professionnelle ?
- 20) Selon vous, pourquoi l'IVG médicamenteuse relève de la pratique de médecine générale ?
- 21) Selon vous, quelles sont les raisons qui expliquent le faible taux de participation des médecins généralistes à l'IVG ?
- 22) En quoi votre pratique IVG correspond à votre sens de l'éthique ?
- 23) Comment assurez-vous le fait d'être éventuellement mal perçu(e) par certains de vos patients anti-IVG ?

ANNEXE 2. Entretien choisi (Entretien n°3, réalisé le 29/11/2018)

1) Depuis quand pratiquez-vous l'IVG médicamenteuse ?

Depuis mon installation en 2014.

2) Avez-vous adhéré spontanément ou vous avez été parrainé par qqn ? Comment vous êtes entrés en contact avec le réseau REVHO ?

Je suis entrée en contact avec eux pendant mon internat. J'ai fait le DU de gynécologie pour les médecins généralistes à Tenon. Comme j'étais dans une logique de vouloir pratiquer l'IVG et qu'eux ils nous ont expliqué que du coup il fallait une formation supplémentaire alors je me suis rapprochée de moi-même du réseau.

3) Quel délai a-t-il eu entre votre formation et votre première IVG et pourquoi ?

C'est une bonne question. Je ne sais pas du tout parce que j'étais encore interne quand j'ai fait la formation. Ensuite, le temps de finir mémoire, thèse, de m'installer... Les premières IVG, j'ai dû les commencer dans la foulée.

Dès qu'il y avait une première demande ?

Oui, voilà. En fait, le temps de signer ensuite la convention avec l'hôpital de Meaux. C'est surtout l'hôpital de Meaux qui m'a envoyé les premières patientes. La convention je l'ai signé... (Regarde les documents) en mars 2014.

4) Est-ce que la formation théorique que vous avez reçue est pragmatique et corrélée à votre pratique médicale courante ?

Oui, complètement.

5) Encouragez-vous les autres médecins à faire cette formation ? Si oui, pourquoi ? Qu'est-ce que vous leur dites pour les encourager ? Si non, pourquoi ?

Je n'encourage pas les autres médecins à faire cette formation parce que je trouve que c'est une démarche tellement spécifique que je préférerais qu'elle vienne d'eux. Encourager quelqu'un à aller faire les IVG peut être perçu de façon un peu... étrange. Néanmoins, si j'ai un interne ou un remplaçant, ou un autre praticien qui me parle de ça, qui s'y intéresse, je vais avec plaisir le guider parce qu'effectivement il y a un réel besoin. On voit très bien que les femmes cherchent et elles ne trouvent pas forcément des médecins au moment voulu. Le besoin est vraiment là mais je ne vais pas, moi, spontanément encourager les gens à faire la formation.

6) Aviez-vous des freins avant de décider de pratiquer l'IVG dans votre cabinet ? Si oui, lesquels ?

Pas du tout.

7) Quel était l'avis de votre entourage vis-à-vis de votre décision ?

Alors, je n'ai jamais demandé leur avis. Néanmoins, tout l'entourage est plutôt ouvert d'esprit à ce propos en dehors de ma belle-mère qui ne sait pas, par ailleurs, que je fais des IVG parce qu'elle est très croyante et pratiquante. Je ne lui ai jamais caché, mais je ne lui ai jamais dit ouvertement non plus, parce que je pense que je la choquerais. Maintenant, en aucun cas ça ne me ferait changer d'avis sur ma position et je ne me culpabilise pas du tout (rit).

8) Comment informez-vous votre patientèle de la possibilité de réaliser IVG dans votre cabinet ? Y-a-t-il des brochures/posters ? Parlez-vous en lors des consultations par exemple dédiées à la contraception (ou autres) ?

D'une part, j'en parle avec les patientes. Je leur explique lors de la mise en place de la contraception qu'en cas d'oubli de pilule il ne faut pas hésiter de m'en parler, qu'il existe toujours une solution et que, accessoirement, si la solution était une IVG, je pourrais les aider. Deuxième mot, j'essaie d'avoir des brochures dans la salle d'attente mais ce n'est pas toujours le cas parce que je suis vite à court, en fait. Troisième mot, je me suis mise sur le Doctolib parce que justement avec le moteur de recherche IVG du coup ça facilite la recherche. Ensuite, quatrième mot, les deux

plannings familiaux avec qui je travaille ont mes coordonnées et ils savent que je suis sur le Doctolib. Ils orientent les patientes sur mon planning. Et puis ensuite, je suis sur 'les ivg adresses', le site internet du gouvernement.

9) Donc la plupart des patientes vous trouvent comment ? Par internet ? L'hôpital ?

Alors le Doctolib c'est très récent. Avant j'étais sur le Docavenue et c'était très compliqué. Tu sais, il fallait un code pour accéder au planning, c'est pour ça qu'on a changé d'ailleurs. Actuellement, je dirais que c'est moitié moitié. La moitié me trouve sur le Doctolib et la moitié est adressée soit par la bouche à l'oreille, soit par les plannings familiaux.

10) Normalement la loi prévoit quatre consultations en cas d'IVG, respectez- vous ce protocole ? (si non, pourquoi ?)

Non, je les vois au moins deux fois. Toutes. La consultation pour prendre le Misoprostol, en général, je leur fais prendre à la maison parce que je suis difficilement accessible. Il faut venir en voiture, les horaires... c'est compliqué. Et que, en plus, je n'ai jamais eu de problème de prise de ce médicament. Maintenant, si je sens que ça va être compliqué, qu'elle ne va pas forcément comprendre, qu'elle va s'inquiéter, je suis ouverte. Elles peuvent venir me voir 48 heures plus tard mais ... en général, ça ne leur convient pas. Et ensuite, comme il n'y a plus de délai de réflexion, en général, c'est le premier jour où je les vois elles expriment leur désir d'IVG, si tout le dossier est bien constitué, j'accepte directement la demande. En général, il y a deux consultations, s'il n'y a pas de problème. Et s'il y a des problèmes, je les revois en plus, sans aucun souci.

Donc, la première consultation ce serait celle d'information et la prise du médicament et la deuxième, la consultation de contrôle ?

Alors, la première consultation c'est celle où je vérifie que tout le dossier médical et social est compatible... Social, c'est-à-dire qu'il faut qu'on soit en sécurité, qu'elles comprennent ce que j'attends d'elles entre guillemets, quelles sont les risques d'IVG médicamenteuse et qu'elles puissent être accompagnées par quelqu'un, pouvoir garder ses enfants, voilà... ça, c'est le côté social. Et effectivement, je lui donne les premiers médicaments. Sinon on reporte et on se revoit très rapidement pour que l'IVG tombe dans le bon moment et dans les bonnes conditions. Et deux semaines plus tard il y a la consultation de contrôle.

11) Combien de temps prévoyez-vous pour les consultations IVG en moyenne ?

Sur le planning ce sont des créneaux soit disons de 15 minutes mais en fait ce n'est pas 15 minutes parce que je les mets toujours en fin de consultations matinales et en fin des consultations le soir. C'est très variable. Si c'est une femme qui a déjà fait une IVG, qui arrive avec tout son dossier médical parfaitement dans l'ordre et qui est bien décidée, ça peut durer effectivement 15 minutes... mais en général, c'est plutôt 20 minutes voir une demi-heure.

12) Comment avez-vous aménagé votre temps de consultations pour recevoir les patientes ? Je pense qu'on a déjà la réponse.

Voilà ! (Sourit) C'est que j'ai des créneaux dédiés pour l'IVG et quand je n'ai pas de demandes, ces créneaux restent vides. Je ne les dédie pas à une autre chose. Je n'ai jamais de doublon à ces créneaux-là.

13) Quelles seraient les difficultés que vous rencontrez et à quel moment ?

Initialement, j'ai eu des difficultés sur la datation. J'avais des datations qui étaient faites mais pas toujours contributives donc avec une image qui ressemble à un sac mais on n'avait pas de vésicule utérine... etc. ou alors une dame qui n'a pas trouvé de rendez-vous pour faire l'écho parce que l'échographiste le plus proche est contre IVG du coup ça reportait le rendez-vous etc. Donc ce problème-là, je l'ai résolu parce que j'ai investi et j'ai acheté un échographe, ce qui me permet vraiment de réduire les délais de prise en charge. C'est beaucoup plus confortable pour la femme, pour sa prise en charge. Qu'est-ce que j'ai eu d'autre comme problème ? J'ai eu des soucis quand je n'étais pas sur le Doctolib en termes d'accessibilité, des femmes avaient du mal à prendre le rendez-vous puisque j'ai une activité de médecin généraliste à côté. Le planning est tout le temps plein donc les secrétaires ne comprenaient pas qu'il y avait les créneaux dédiés etc. Avec le Doctolib c'est plus simple. Sinon, je ne vois pas d'autres soucis... bientôt peut-être je vais avoir un souci avec le Misoprostol (Sourit) On va voir. J'avais fait des réserves de Cytotec donc maintenant je vais voir comment ça se passe avec l'arrêt de commercialisation. A voir.

14) Comment vous organisez pour diminuer le risque de complications liées à l'IVG ? qu'avez-vous mis en place ?

Alors, je pense que déjà la première des choses, c'est l'anticipation. J'explique donc toujours avant de lancer l'IVG comment ça va se passer et on vérifie ensemble si c'est compatible avec le mode de vie de la patiente. S'il y a un voyage prévu, je refuse de faire l'IVG médicamenteuse. Je parle d'un voyage à l'étranger, à l'immédiat. Si c'est un contexte social difficile, par exemple les gens de voyage où la famille n'est pas au courant et il ne faut surtout pas que le père le sache... je préfère à ce moment-là plutôt la technique chirurgicale. Si c'est une mère célibataire qui a quatre enfants à garder et qui, en plus, doit les amener à Disney ce jour-là, ça ne va pas être possible, donc je refuse également. En gros, pour moi toute anticipation est essentielle. Ensuite, j'ai mon dépliant REVHO qui est super bien fait, qui explique bien ce qui est normal, ce qui n'est pas normal etc. Les hémorragies, je leur explique la normalité de saignement et dès que ça dépasse le fameux repère qu'on a mis en place alors je les incite à consulter aux urgences gynécologiques avec qui j'ai la convention. Puis, je suis disponible. Elles peuvent toujours m'appeler, elles ont le numéro téléphone du cabinet, et puis j'essaie de les revoir entre deux si on sent qu'il y a une inquiétude particulière. Et j'insiste aussi sur le contrôle de deux semaines parce que parfois on a des anémies, des choses comme ça, et je les dépiste systématiquement, on vérifie le taux des Bêta HCG en plus de l'écho, voilà.

Est-ce qu'il y a un rappel ?

Elles reçoivent les SMS et les mails de rappel de rendez-vous et c'est moi qui fixe le rendez-vous de contrôle avant même de démarrer l'IVG. Donc elles ne peuvent pas ne pas savoir qu'elles ont un rendez-vous.

15) Comment faites-vous en cas d'échec d'IVG médicamenteuse ? Comment ressentez-vous les échecs ?

Ça dépend de l'importance de la rétention et comment il est l'aspect échographique. D'où l'intérêt d'avoir un échographe... (Rit) Si c'est une grossesse quand même arrêtée avec seulement peu de rétention, je tente le Cytotec parfois. En fonction du vécu de la patiente aussi. S'il y a beaucoup de rétention et qu'elle n'a pas du tout réagit au Cytotec, si la grossesse est carrément évolutive, j'oriente aux Urgences gynécologiques avec qui j'ai la convention.

Ça vous êtes déjà arrivé plusieurs fois ?

Oui, plusieurs fois.

Qu'est-ce que vous avez ressenti à ce moment-là ?

En fait, quand je les vois la première fois, je leur dis que ça peut arriver. Et que statistiquement elle a 0,5 % de risque que la grossesse reste évolutive et que donc c'est très important de faire un contrôle ou même de m'appeler si au bout d'une semaine rien ne s'est passé pour qu'on puisse gérer ensemble. Donc, mon ressenti c'est que... de toute façon, statistiquement, avec toutes les IVG que je fais par an, il est quasi obligatoire d'avoir des échecs. Je trouve que le mot 'échec' n'est pas très bien appliqué. C'est plutôt 'pas de chance'. Du coup on gère ensemble. Il y a une solution à ça.

16) Qu'est-ce que vous pensez du retrait de délai de réflexion en 2016 ?

Au départ j'étais un peu réticente. Parce que je me demandais quelles conséquences ça aurait sur les consultations mais avec le recul je vois que ça se passe très bien. De toute façon, les femmes avant d'avoir le rendez-vous chez nous, elles ont déjà un délai de réflexion. En général, elles sont complètement décidées et en accord avec leur choix. Quand ce n'est pas le cas, on n'hésite pas, ensemble, en concertation, on se laisse un peu de temps pour la réflexion. Ce n'est pas parce qu'il n'est plus obligatoire qu'on n'a plus de droit de le prendre. Bien sûr, en fonction du terme de la grossesse mais souvent, quand même les femmes, en tout cas que je vois ici au cabinet, elles sont au courant très vite qu'elles sont enceintes. Maintenant j'attire ton attention sur le fait que j'ai un petit biais de sélection. J'ai souvent des femmes trentenaires ou quadrillionnaires, pourquoi ? Parce que je suis en semi-rural peu accessible en transport en commun. Donc ce sont souvent des femmes qui sont déjà dans une vie de famille... je dis souvent parce que bien sûr j'ai aussi parfois les mineurs etc. Mais peut-être que ma pratique n'est pas superposable à une pratique du planning familial en ville. Et donc, pour ces patientes-là, honnêtement, je trouve qu'au contraire, le fait d'enlever le délai de réflexion obligatoire, c'est une façon de moins infantiliser les patientes et le deuxième mot, de leur laisser un peu plus de temps pour organiser leur IVG correctement.

17) Quelle est votre démarche dans le cas, quand vous perdez le contact avec la patiente après la prise du traitement ? Que vous ressentez dans ce cas-là ?

Alors, je les pointe parce que je garde toutes les feuilles de suivi et je vérifie qui n'est pas venu. Quand elles ne reviennent pas, je le note dans le dossier parce que parfois je les revois deux ans plus tard pour une nouvelle IVG. Et là, je vais insister lourdement

et leur demander de prendre au sérieux cette consultation. Au tout départ, quand je me suis installée, je les rappelais toutes, je leur fixais un autre rendez-vous et en fait, j'ai remarqué que ça ne changeait pas grande chose puisqu'elles ne revenaient pas quand même et ensuite j'ai changé la stratégie en me disant... Je les ai prévenues que c'était important de le faire. Elles sont majeures (en tout cas dans la plupart de cas). Elles ont toute leur tête et c'est leur choix finalement. Si elles ne reviennent pas, c'est soit parce qu'elles n'ont pas besoin de moi parce qu'elles ont passé dans un planning, elles ont vu avec leur gynéco, avec leur généraliste, voilà. Soit parce que ça s'est bien passé, c'est fini, on n'en parle plus et puis aucun intérêt que j'aie les harceler. Mais, effectivement, au départ j'étais très inquiète et petit à petit je me suis dit que je ne suis pas leur maman, je suis là, j'ai fixé un rendez-vous, elles ne sont pas venues, elles ont le droit de ne pas venir. Et puis, tant pis. Chacun fait ce qu'il veut. Moi, j'étais là, j'étais présente. Je ne suis pas leur maman, je ne vais pas leur courir après.

18) Comment établissez-vous la relation de confiance avec votre patiente ?

J'essaye de le faire par la communication. Je prends mon temps, je leur parle simplement. Je leur explique aussi parfois quand je sens qu'il y a la culpabilité qu'elles ne font rien de mal, que c'est légal, que si ça existe c'est justement parce qu'il y a des besoins. Et puis c'est tout.

19) En quoi, la pratique d'IVG peut-elle être une source de satisfaction professionnelle ?

Ah, elle l'est. C'est sûr, puisque ce sont des consultations tellement particulières où on peut aider à passer vraiment un cap difficile, puisque même si c'est une décision bien prise, de façon très sereine par la patiente, ça reste quand même une décision atypique donc qui peut marquer leur vie. Et même parfois on peut avoir une demande d'IVG et se rendre compte que finalement c'est ne pas faire IVG qui est mieux pour la patiente et aider à le concevoir. J'ai en tête l'exemple d'une femme qui était tellement persuadée qu'il fallait faire une IVG parce qu'elle avait démarré un nouveau traitement pour une hépatite et que son médecin, hépatologue lui a dit : 'Il faut faire l'IVG'. Hors, c'était complètement en contradiction avec ses convictions, son mari était pasteur. Du coup je lui ai proposé de prendre de recul, de regarder Lecrat par rapport à son médicament, de se revoir et ensemble, en toute connaissance de cause, elle a décidé de garder sa grossesse. Finalement cette femme va très bien, son bébé

aussi. Et, au moins, elle n'a pas été contrainte de faire une IVG. Ce n'est pas parce qu'une femme vienne avec une demande d'IVG qu'on est obligé... si, on est obligé quand elles veulent, mais je veux dire que parfois elles viennent, parce qu'elles pensent que c'est ce qu'il faut faire et ce n'est pas toujours le cas. Leur faire une alternative dans ce cas-là, c'est valorisant. Et surtout quand on veut que ça se passe bien. Donc, pour moi, ce sont toujours des cas particuliers et chaque patiente, elle vaut le coup d'être accompagnée et écoutée parce que finalement chaque histoire est singulière et franchement ma pratique de généraliste sans cette particularité-là, elles seraient très ennuyeuse, je pense. Je veux ajouter juste une petite chose. Il m'arrive très régulièrement, parce que je m'engage quand je vois les femmes pour l'IVG, de continuer à les voir. Pas en tant que généraliste parce que je n'ai plus de places dans ma patientèle mais au moins faire le suivi gynéco. Parce que justement, comme on a parlé de la relation de confiance, en général, ça se passe quand même très bien. Là, j'ai plusieurs de mes petites patientes que j'ai vu en 2014 qui étaient venues pour une IVG, dont je suis actuellement un nouveau-né qui est né par une grossesse voulue et vraiment c'est magnifique de les voir, ces patientes-là, s'épanouir alors qu'on s'est connues dans un moment difficile.

20) Selon vous, pourquoi l'IVG médicamenteuse relève de la pratique de médecine générale ?

C'est une question difficile. Je ne suis pas sûre que ce soit la médecine générale (rit). C'est bizarre, parce que je suis un médecin généraliste (sourit). Je suis un médecin généraliste mais j'ai une pratique très orientée gynéco. Tu le sais, un tiers de ma pratique c'est de la gynéco. Bah, parce que justement je m'étais orientée un peu dans ce sens-là avec le DU, avec mes stages pendant mon internat. J'ai, d'ailleurs, dans ma patientèle beaucoup de patientes que je vois uniquement pour la gynéco. Pourquoi je dis ça ? Parce que je pense qu'il faut être à l'aise avec la gynéco pour faire des IVG et même, j'ai remarqué que quand on fait les IVG sans échographe et sans avoir fait l'écho gynéco, c'est compliqué. Et ce n'est pas facilitant pour la patiente. Donc je pense que la médecine générale, c'est un terme un peu vaste et il y a beaucoup de généralistes qui ne sont pas à l'aise avec cette question-là, avec une pose de spéculum, qui ne gèrent pas la contraception et comment veux-tu gérer une IVG si tu n'es pas à l'aise pour proposer ensuite une pose de stérilet ou proposer un implant... voilà. Donc je pense que c'est quelque chose qui s'intègre complètement dans la

médecine générale chez un généraliste qui a des compétences en gynécologie mais je pense que ce n'est pas de la médecine générale. Ça s'intègre bien en ville chez les médecins généralistes formés pour. Et je ne pense pas que la seule formation REVHO suffise.

21) Selon vous, quelles sont les raisons qui expliquent le faible taux de participation des médecins généralistes à l'IVG ?

D'une part, parce que tous les généralistes ne sont pas à l'aise avec la gynéco. Je pense que c'est presque logique parce qu'il faut une fibre particulière, il faut s'y intéresser. Deuxième mot, parce que quand même on voit bien, le planning il tourne, il est plein, on n'a pas forcément de temps d'aller poser une journée complète pour aller faire la formation. En plus de toutes les autres formations qu'on doit faire si on veut rester à jour. Ensuite, d'aller contacter le planning pour aller faire des demi-journées de présence dans le planning familial. Ça implique de dégager du temps pour créer un petit réseau aussi, aller rencontrer les médecins du planning, le chef de service de la gynécologie de l'hôpital avec qui on veut signer une convention. C'est chronophage. Il faut vérifier ton stock de médicaments parce que c'est nous qui le gérons. C'est parfois compliqué de sortir l'argent pour ces médicaments parce que si tu veux avoir plusieurs boîtes d'un coup, c'est de sortir 300-400 euros. Ce n'est pas qu'on ne peut pas mais il faut le faire, tout ça. Et puis, il faut aménager son planning pour, il faut s'organiser. Je pense qu'il y a des médecins qui soit ne sont pas prêts, soit ne sont pas intéressés. Et puis, il y a peut-être la part éthique, des médecins qui ça ne correspond pas à leur vision des choses donc je préfère qu'ils s'abstiennent.

22) En quoi, votre pratique IVG correspond à votre sens de l'éthique ?

Moi, je suis intimement convaincue que le corps d'une femme lui appartient et que même pour une vie familiale avoir un enfant non désiré peut être délétère pour tout le monde et même pour l'enfant en premier. Donc souvent je dis aux femmes qui se culpabilisent (et ce sont souvent déjà des mamans qui se culpabilisent) : 'Vous faites un choix de maman. Ce n'est pas un choix d'une femme égoïste. C'est un choix de maman, c'est un choix familial.' Je veux qu'elles puissent organiser leur vie et la vie de leurs enfants préexistants ou futurs pour que ça se déroule en meilleures conditions. Je n'aimerais pas qu'on m'impose une vie familiale qui ne me correspond pas, tout

comme je n'aimerais pas qu'on empêche les femmes qui sont infertiles d'avoir des enfants.

23) Comment assurez-vous le fait d'être éventuellement mal perçu par certains de vos patients anti-IVG ?

Alors... je n'ai jamais eu de patient qui me fait des remarques. En même temps, attention. Je ne suis pas en train de crier sur les toits, je peux comprendre que ça peut heurter. Néanmoins, si j'avais une remarque je leur dirai que j'ai déjà eu beaucoup de patientes dans ma patientèle qui étaient anti-IVG avant que ça leur arrive (Sourit). Et que du coup, je crois qu'il est inutile de juger puisque ça peut arriver même aux gens qui ne sont pas convaincus.

ABSTRACT

YEAR : 2020

AUTHOR (NAME – FIRST NAME): GUIGUI-RUTKOWSKA Anna

THESIS DIRECTOR: PR JACQUES CITTÉE

TITLE: General practitioners of Val-de-Marne and Seine-et-Marne départements and voluntary medical terminations of pregnancy: how they are doing and living this practice? A qualitative research.

Voluntary abortions are a real public health issue in France. Since the authorization in 2004 of the voluntary medical terminations of pregnancy in an ambulatory environment, this technique, less expensive and having a more favorable benefit / risk balance, has taken precedence over the surgical method. Despite the overall improvement in access to abortion in France, territorial disparities are still present. The departments of Val-de-Marne and Seine-et-Marne are two departments where the number of abortions performed in town (surgical and medicinal) is the highest in Ile-de-France.

The objective of this work was to study the practical approach, and the experience of general practitioners from the departments of Val-de-Marne and Seine-et-Marne who are carrying out the medical abortion. It was a qualitative exploratory study. 14 semi-structured interviews were carried out.

The practice of medical abortion required a specific work organization and a lot of effort on the part of the doctors to facilitate its access to the patients and optimize their management. It was a great source of professional and personal satisfaction for the doctors interviewed and encouraged them to improve their skills as general practitioners, especially in terms of empathy and professionalism. The situations experienced in the practice of abortion were often a source of many emotions.

Doctors were unanimous that the practice of abortion could be easily integrated into the practice of general medicine.

KEY WORDS:

- Abortion, induced
- Qualitative research
- General practice
- Gynecology
- Aptitude

UNIVERSITY ADDRESS: 8, Rue du Général SARRAIL
94010 CRETEIL CEDEX

RÉSUMÉ

ANNÉE : 2020

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : GUIGUI-RUTKOWSKA Anna

DIRECTEUR DE THESE : PR JACQUES CITTÉE

TITRE DE LA THÈSE : Médecins généralistes du Val-de-Marne et de Seine-et-Marne et IVG : comment exercent-ils et vivent-ils cette pratique ? Une enquête qualitative

Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont un vrai enjeu de santé publique en France. Depuis l'autorisation en 2004 des IVG médicamenteuses en milieu ambulatoire, cette technique, moins coûteuse et ayant une balance bénéfice/risque plus favorable, a pris le pas sur la méthode chirurgicale. Malgré l'amélioration globale de l'accès à l'IVG en France, les disparités territoriales sont toujours présentes. Les départements du Val-de-Marne et de la Seine-et-Marne sont deux départements où le nombre d'IVG réalisées en ville (chirurgicales et médicamenteuses) est le plus élevé en Ile-de-France.

L'objectif de ce travail était d'étudier l'approche pratique, et le vécu des médecins généralistes, exerçant dans les départements du Val-de-Marne et de la Seine-et-Marne, réalisant les IVG médicamenteuses en ville. Il s'agissait d'une étude exploratoire qualitative. 14 entretiens semi-directifs ont été réalisés.

La pratique d'IVG médicamenteuse nécessitait une organisation de travail spécifique et beaucoup d'effort de la part des médecins pour faciliter son accès aux patientes et optimiser leur prise en charge. Elle était une grande source de satisfaction professionnelle et personnelle pour les médecins interrogés et les incitait à améliorer leurs compétences de médecin généraliste, notamment en termes d'empathie et de professionnalisme. Les situations vécues dans la pratique d'IVG étaient souvent une source de beaucoup d'émotions.

Les médecins étaient unanimes sur le fait que la pratique d'IVG pouvait être facilement intégrée dans la pratique de médecine générale.

