

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Raja CHEFEG BEN AISSA
Née le 1^{er} janvier 1984 à Noisy Le Grand (93)

Pierre-Emmanuel BROCAIL
Né le 11 décembre 1981 à Saint Germain en Laye (78)

Julien COTTET,
Né le 4 octobre 1984 à Paris 16^{ème} (75)

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 7 mars 2013

L'Interruption Volontaire de Grossesse en ville, 8 ans après la loi :

Quels sont les freins chez les médecins généralistes ?

Existe-il une demande de la part des patientes ?

Une enquête qualiquantitative auprès de 1000 médecins généralistes de la région Centre
Une enquête quantitative multicentrique auprès de 2401 patientes en parcours de soins IVG

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur François MAILLOT
Membres du Jury : Madame le Professeur Anne Marie LEHR-DRYLEWICZ
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Monsieur le Professeur Gilles BODY
Madame le Docteur Sylvie OSTERREICHER
Madame le Docteur Isabelle HEMAR
Monsieur le Docteur Claude VIRTOS
Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Claude ROUGERON

Résumé du projet de recherche

Justification : depuis juillet 2004 la loi permet aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville. En 2012, seuls cinq médecins généralistes en région Centre sont conventionnés avec un centre IVG et pratiquent l'IVG médicamenteuse.

Méthode : une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés recense l'ensemble des raisons pour lesquelles les médecins n'ont pas intégré ce dispositif. Une enquête quantitative par auto-questionnaire auprès de mille médecins permet de hiérarchiser ces raisons. Une enquête prospective quantitative par auto-questionnaire, multicentrique, au sein des CIVG de la région, est menée durant un an auprès de toutes les patientes réalisant une IVG médicamenteuse afin de déterminer s'il existe ou non une demande à réaliser cet acte chez leur médecin généraliste.

Résultats : Vingt-quatre raisons expliquant la non pratique de l'IVG en ville sont identifiées au cours de l'enquête qualitative. L'enquête quantitative met en évidence dix raisons principales avec un taux de réponse de 43,1% : une procédure trop lourde, une prise de responsabilité trop importante, et un système actuel de prise en charge qui serait selon les médecins, satisfaisant, sont des freins motivés par des a priori découlant d'une méconnaissance de la loi. Le manque de formation ainsi que la nécessité d'un réseau Ville-Hôpital renforcé sur le plan psycho-social sont des raisons légitimes et ajustables. Le conflit éthique, la peur de la banalisation du geste ou encore l'identification du cabinet difficile à assumer sont des raisons intimes et non ajustables et restent minoritaires. L'enquête prospective auprès des patientes révèle que 44% des femmes interrogées n'ont pas parlé de leur grossesse actuelle à leur médecin (taux de réponse de 29.8%). 30% d'entre elles auraient réalisé leur IVG chez leur médecin généraliste si celui-ci effectuait cet acte. Les femmes ayant parlé de leur IVG avec leur médecin sont plus enclines à réaliser cet IVG avec celui-ci que les femmes n'en ayant pas parlé ($p < 0.05$).

MOTS CLES

Interruption Volontaire de Grossesse
IVG Médicamenteuse
IVG à domicile
Médecin généraliste
Réseau Ville-Hôpital
Loi du 4 juillet 2001

Early Medical Abortion and Home Administration, 8 years after the law :
Why so few general practitioners have integrated this feature in region Centre ?
Is there a real demand from patients coming from region Centre
to perform this act with their doctor ?

A qualiquantitative study about 1000 G.P in region Centre.
One year follow up of a patient preference trial. A study about 2401 women.

Abstract

Since July 2004, women have been allowed to have recourse to Early Medical Abortion (EMA) in a medicinal way within the framework of the general medicine. In 2012, only five general practitioners in region Centre are subsidized with an abortion center (AC).

Methods: A qualitative study using semi-managed individual interviews was conducted to identify all the reasons why general practitioners do not practice medicinal abortion. A quantitative survey with a thousand doctors by a self-administered questionnaire allows to organize these reasons in a hierarchical way. During one year, a multicenter quantitative study by self-administrative questionnaire, within nine AC of region Centre, is led among all the patients achieving a medical abortion to determine whether or not a demand for realizing this act at their general practitioner exists.

Results: Twenty-four different reasons were identified during the qualitative study. Ten main reasons were identified during the quantitative study with 43.1 % usable answer. A too heavy procedure, a too important rate of responsibility and risk, and a current care-system that would pretty much be satisfying according to the doctors, result directly from a misunderstanding of the law. The lack of training and the necessity of a global care of the patient, in particular on the psychological plan, are some "legitimate and adjustable" reasons. The ethical conflict, the fear of generalization of the action, or an identification of the office that would be difficult to assume are appropriate for the intimate values of doctors and represents a minority. The quantitative survey among patients shows that 44 % of the surveyed women declared not having talked about their current pregnancy to their general practitioner (rate of 29.8 % of answers). 30 % of them assert that they would have achieved their abortion at their general practitioner, if he were able to practice this act. Women that talked about their abortion to their general practitioner are more inclined to realize it with him than the women that didn't ($p < 0.05$).

KEYWORDS

Early Medical Abortion
Home Administration
General Practitioner
Primary care trusts
The Law of July 4, 2001

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS
J. BARSOTTI - A. BENATRE - Ch. BERGER – J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN
L. CASTELLANI - J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE F.
LAMISSE – J. LANSAC - J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE
M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN - J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY
J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD - Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU A.
SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
MM.	BARON Christophe	Immunologie
	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie- Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie

	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
MM.	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIÈRE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mmes	ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
	CORTESE Samuele	Pédopsychiatrie
	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mmes	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMAN Stephan	Réanimation médicale
Mmes	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
	MARUANI Annabel	Dermatologie
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes Chers Condisciples

Et selon la Tradition d'Hippocrate,

Je promets et je jure d'être Fidèle aux Lois de l'Honneur

Et de la Probité dans l'Exercice de la Médecine.

Je donnerai mes Soins Gratuits à l'Indigent,

Et n'exigerai jamais un Salaire au-dessus de mon Travail.

Admis dans l'Intérieur des Maisons,

Mes Yeux ne verront pas ce qui s'y passe,

Ma Langue taira les Secrets qui me seront confiés

Et mon Etat ne servira pas à corrompre les Mœurs ni à favoriser le Crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,

Je rendrai à leurs Enfants l'Instruction que j'ai reçue de leurs Pères.

Que les Hommes m'accordent leur Estime si je suis Fidèle à mes Promesses.

Que je sois couvert d'Opprobre et Méprisé de mes Confrères si j'y manque.

*« Je suis contre l'avortement.
Tuer un être humain avant qu'il ne soit né est impardonnable.
C'est une preuve d'impatience »*
George Bernard Shaw,
Dramaturge et Critique Irlandais (1856-1950),
Prix Nobel de Littérature en 1925.

« Je préfère de bons trouveurs à de bons chercheurs ! »
Général de Gaulle.

*« L'avortement pour une lycéenne, c'est exagéré:
C'est avant que votre enfant soit au lycée
qu'il faut décider si vous le gardez ou non... »*
Laurent Ruquier, Humoriste,
Producteur et Présentateur TV.

*« Il n'y a rien de plus ennuyeux qu'une réunion électorale.
Un jour, je me suis endormie pendant mon propre discours »*
Simone Veil,
Femme Politique et Académicienne.

Les auteurs adressent leurs remerciements

Au Dr Rougeron, pour avoir accepté de diriger ce projet de recherche.
Il est difficile de trouver des qualificatifs à la hauteur de votre gentillesse, votre patience, votre humilité, et vos immenses compétences médicales, sociales et philosophiques.
Dans l'espoir que ce travail soit à la hauteur de vos espérances.

Aux Pr Maillot, Pr Lehr-Drylewicz, Pr Rusch, Pr Body, Dr Osterreicher, Dr Hémar, et Dr Virtos.
Vous avez accepté de faire partie de notre jury de thèse.
Nous en sommes d'autant plus honorés que nous savons vos nombreuses obligations hospitalières et universitaires.
Nous vous prions de croire en l'expression de notre profond respect.

A tous les Centres IVG de la région Centre qui ont accepté de participer à l'étude, à tous les membres du personnel hospitalier sans qui rien de tout cela n'aurait été possible.

A l'URPS Centre, à Mme Le Lann, pour nous avoir soutenu moralement et financièrement.

A tous les médecins généralistes et à toutes les patientes qui ont accepté de participer à cette étude.

Raja Chefeg Ben Aissa adresse ses remerciements

A toutes les personnes qui, de loin ou de près, ont contribué à la réussite de ce travail, notamment à l'équipe médicale et paramédicale de Dreux, les CIVG, l'URPS région Centre, les patientes ayant accepté de répondre au questionnaire. A Bénédicte pour son aide si précieuse pour la triangulation, la relecture, et pour son rôle de médiateur quand le débat s'animaient. A Rizlaine pour sa traduction du résumé en anglais. A Ilhem pour sa relecture, et son soutien moral.

Aux Dr Combecave, Dr Lelan, Dr Naveau, Dr Fournier, Dr Tibout, et Dr Legarrec, mes maîtres de stages de niveau 1 et 2. Pour toutes les connaissances que vous m'avez apportées.

Aux médecins que je remplace et que j'ai remplacés : avec toute ma reconnaissance pour la confiance qu'ils m'ont toujours accordée et pour les conseils judicieux qu'ils m'ont prodigués.

A toutes les personnes que j'ai rencontrées pendant mon internat, et qui ont contribué à le rendre plus joyeux : l'équipe de Gynécologie de Dreux, l'équipe de Port Bretagne de Tours, les services des Urgences de Chartres et d'Amboise. A tous mes co-internes de ces stages : Walid, Nazhi, Charles, Daouda, Aristide, Charlotte, Gihad, Capucine, Margot, Jean, Jean Eudes, Romain, Alex, Ante, Lila, Damien, Marion... et tous les autres. A tous les médecins et personnels paramédicaux qui ont marqué mon parcours : Karim, Abou, Dorio, Jérôme, Georges, Djamilia, Karine, Aurélie, Eric, JJ, ... et tous les autres.

Au Dr Sciamia-Palant, pour avoir fait naître ma vocation.

Au Dr Elisabeth Villain, cardiologue émérite qui m'a sauvé la vie à l'âge de 13 ans, et qui a définitivement scellé cette vocation.

A Cécile, pour ton écoute, tes conseils inestimables, et tous nos fous rires. A Olivier, mon ami, et dentiste préféré. A Ophélie, malgré la distance, *do you want a cup of tea ??* A Elise et Agathe, des amies si précieuses. A Luiza, pour cette belle rencontre de l'été 2010. A Myriam, pour le projet qui nous guide.

A Julien et Pierre...Pierre. Merci pour ta bonne humeur contagieuse, tes jeux de mots mythiques, tes blagues si...subtiles, tes infos insolites, mais aussi pour ta gentillesse, et ton aide infaillible dans les moments difficiles. Julien. Sans toi, on soutenait en 2014...tu nous as transmis ton sens du travail, de la perfection. Quand on a douté, tu nous as recadrés. Quand on a faibli, tu nous as encouragés. Ce 13 octobre 2010, ni toi ni moi n'aurions imaginé où cela nous mènerait...Sans vous, cet internat aurait été tellement différent. Notre entente n'aura connu aucune faille, même dans les moments de doute. Ce travail scelle notre amitié. Promettons-nous de pérenniser notre fraternité, malgré la distance.

A Wissal, ma sœur de cœur, ce qui nous lie est unique. A Hak, parce que ton dévouement pour les autres est un exemple pour nous tous. Et à toute la famille Laadam. A Faty, ma jumelle, ma hlilifa...Et à toute la famille Aloulou. A Mariam, ma consœur, ce mot qui prend ici tout son sens. Et à toute la famille Lahbabi. A vous les Khatrani. A Fayet, et à toute la famille Nsomoto. A Imane Lhimer.

A Mamina, Faty Flower, Zozo, Lalla Khiti, Khalti Saadia, Hbib Ahmed, Hbib Mustafa, Hbib Abderrahim, Hbib Mjid, Hbib Abdelkader. A Aamti Fatna, Aami Alal, Aami Mohamed. A Aamti Malika, tu nous manques, RahimakiLlah.

A tous mes cousins et cousines, la liste est longue, mais j'ai une pensée pour chacun d'entre vous.

A Mouïma, ma grand-mère chérie. Et à Bâa Sidi, Jeddi et Hana. Vous nous manquez tant, RahimakoumouLlah.

A Jad, mon beau-frère, pour avoir choisi ma sœur chérie. Et à mes 2 nièces Jinene et Meyssem, mes 2 petits anges que j'aime tendrement.

A mon frère et à mes sœurs. Pour tous nos fous rires, nos discussions interminables le dimanche matin, nos coups de fil à la Walker, nos soirées jeux de société (*GO GO GO GO !!!*), nos vacances familiales annuelles obligatoires, nos restos familiaux mensuels obligatoires, nos danses totalement improbables dans la cuisine de maman, nos disputes fraternelles et nos réconciliations dans les 5 minutes qui suivent, et pour tellement d'autres choses...Mais surtout pour tout l'amour que l'on se porte. Vous êtes tous les cinq les piliers fondateurs de ce que je suis et ce que je fais.

A Issam, alias Bouba. Tu es le grand frère que tout le monde devrait avoir. Je t'aime.

A Ilhem, ou ILD. Ton ambition, ton perfectionnisme et ta grandeur d'âme sont un exemple pour moi. Je t'aime.

A Nawel, ma fashion victime. Si généreuse, si douce, si patiente, et si sensible. Je t'aime.

A Rizlaine, la miss boulettes! Je suis fier de la magnifique jeune femme que tu es devenue, intelligente et radieuse. Je t'aime.

A Tesnime, ma Testouss. Tout le monde dit que tu me ressembles, sache que c'est la meilleure chose qui pouvait t'arriver ! Tu es mon bébé, tu pourras toujours compter sur moi. Je t'aime.

A mon papa, mon premier fan. Pour toi, une note en dessous de 18/20 était une mauvaise note. Pour toutes les valeurs que tu m'as transmises, reçois tout mon amour. La fierté que je lis dans tes yeux aujourd'hui est ma plus grande récompense.

A ma maman. Mamounette,...Tu es celle sans qui rien de tout cela n'aurait eu lieu. Pour tes oranges fraîchement pressées à 4h du matin en période de révision, ton soutien infaillible dans les moments de doute, tes conseils tellement précieux, et tes paroles si réconfortantes. Pour ce cocon familial si douillet que tu m'as offert. Et surtout maman, tu m'as permis d'aller au bout de mes rêves sans jamais m'inquiéter pour ma fille. Pour tout ce que tu as fait pour elle, pour moi, pour nous, je te serai éternellement reconnaissante. Je t'aime tant...

A Ines. Parce que tu fais crépiter ma vie de maman comme jamais je ne l'aurais imaginé. Anounette, mon petit ange, mon trésor, aucun mot n'est assez fort pour exprimer ce que je ressens pour toi. Ca y est benti, maman rentre à la maison.

Et enfin, à Riyadh, mon tendre époux. Pendant toutes ces années, tu m'as permis de ne jamais dévier de mon objectif final. Mais plus encore, tout l'amour que tu me démontres chaque jour me fait sentir si unique, si vivante. Tu es mon âme sœur, mon autre. Mon amour pour toi est incommensurable. A jamais ta khenfoussa.

Pierre Emmanuel Brocaïl adresse ses remerciements

A mes co thésards Raja et Julien, mes négros, mon meilleur public. Je vous mets en premier pour éviter toutes hypothétiques représailles, *c'est understandable?* On m'a dit que je devais faire du pathos, alors oui, depuis votre rencontre, je ne suis plus le même : je lis des articles médicaux jusqu'à tard le soir, je me coupe les cheveux régulièrement, je pense souvent aux grands-parents du fœtus qu'on va..., je double sur une bande blanche pour arriver à l'heure en séminaire à Blois (et me retrouve ainsi sur Facebook), je reçois un uppercut raggamuffin par la championne de France de boxe en direct sur toutes les visioconférences, je me retrouve au milieu de l'internat enduit de pâte à crêpe (*ah non, c'était pas moi !*) ou place Plum' à jouer au singe (*là c'était moi!*), je regarde malgré moi Confessions Intimes, Cyril Hanouna et, horreur et damnation, Gleeeeeeee. Mais à mon plus grand malheur, on ne m'a pas laissé emprunter l'hélicoptère, merci quand même pour votre aide.

Choux-crâne Raja, scarlette du 7-7 (on attend toujours ta chanson !!) pour ces soirées boulot interminables à rédiger les RSCA, à corriger mes majuscules et mes espaces après les virgules, pour avoir toujours répondu présente lors des difficultés de la vie, pour avoir toujours résisté devant le bon halouf (même bien caché dans les lasagnes), et pour rouler en Mercedes.

A toi Julien, mon externe, merci pour tous ces ECG, ces IPS, ces compte rendus, les découvertes du Tours caché, et cette visite seuls au monde. Et à toi Julien mon co interne, merci pour le Mc Do Tours Nord, pour ta constance dans le travail, pour être venu manger avec nous..., et pour rouler en Audi même si toi, tu ne me l'as jamais prêtée.

A mes collègues cubes de P1 : Dr Odile (A.G.B III), Dr Virus (et Chloé) et Dr Cyril.

A Mat mon co externe, ex colocataire durant tant d'années d'études médicales. Bordelaises, attention.

Aux internes rencontrés lors de mes différents stage, et surtout Walhoulou le charmeur du bloc, Nezigounette, Charlouze le dormeur, Charlotte l'otarie, Gihade la boxeuse (*les deux ensembles c'est la crise en pédiatrie!*), Daoudoigt de Guyane, Capucine introuvable aux urgences, Aristide alias Joe l'indien, Alex, Romain le négro d'adoption, Lila, Ante le croate (*t'étais où à Nice??*), la paire de Loches, Bertrand alias l'encyclopédie médicale, Youenn, et les autres que j'oublie sûrement.

Aux médecins qui ont jalonné mon parcours de leur savoir et de leur expérience : Dr Chagnon, Dr Schmidt le sauveur d'otages, Anna, Manuela, et tous les autres du SMUR Saint Germain en Laye. Dr Lumumba, Dr S. Crouzet-Santin, Dr Spadaro, Dr Lefevre, Pr Maillot, Pr Lecomte, Dr Anka, Dr Jacobi, Dr Magnan, Dr I. Rakhoto, Dr Kovacks, Dr Desrues, Dr Michaud, Dr Pichard, Dr Janvier, Dr Arnould, Dr Gautier. Aux médecins que j'ai eu le plaisir de remplacer Dr Deroa, Dr Lang, Dr Gauthier-Lesage, Dr Diot, Dr Winisdorfer, Dr Pichard, Dr Rahou. Aux médecins de la région Centre qui ont accepté de répondre au questionnaire.

A mes ami(e)s marcheurs(euses), qui durant ces dernières années, malgré notre éloignement, se sont rappelés régulièrement à moi, et ont tous place forte dans mon esprit et mon cœur: Nunu, Valou, Lucas, Guillaume, Ludovic, Antoine, Mathieu, Tanguy, Dr Julien, Podra, Pierre Moss, Adrien, Christophe, les PPM, Nagelli, Camille, Dr Ségo, Julia, Malika, Nath ma belle-soeur (Vivian et Louise). Et tous ceux que j'oublie sûrement.

A feu mes aïlleux Françoise et Jean, Olga et Gustave.

A ma famille X et leur origine inconnue.

A mes parents, Anne-Marie et Bernard, qui ont eu la bonne idée de ne pas s'arrêter à quatre enfants, même si c'était 505 familiale obligatoire. Vous avez cru en moi durant toutes ces longues années et vous m'avez toujours soutenu par votre dévouement, votre présence chaleureuse, vos pensées, vos finances et vos prières probablement.

A ma sœur Marie, aux côtés de qui j'ai grandi. Tu apportes la touche féminine dans cette fratrie masculine. Pardon pour t'avoir rendu la vie si difficile quelquefois.

A Alexandre, mon frère aîné et aimé, pour avoir ouvert la voix.

A Edouard, mon frère et parrain, parce que j'aimerais être un papa comme toi, et surtout pour ta mère.

A Guillaume, pour ta sagesse et ton aide dans les situations difficiles.

A mon beau frère Luc et mes belles sœur Corinne, Catherine, Karine pour avoir fait le bon choix.

A ma filleule Camille, qui souhaite à ce jour elle aussi prendre le chemin des études de médecine, puisses tu y parvenir et y trouver tout le plaisir qui est le mien.

A tous mes nièces et neveux, dans l'ordre d'arrivée : Thomas, Amaury, Camille, Virgile, Louise, Nathanaël, Maxime, Maxence, Alexis. Vous avez pavé ma longue route d'études médicales du plaisir d'accueillir un nouveau ou une nouvelle venue (elles sont si peu nombreuses!!) dans cette famille grande et unie.

A Virginie, ma Doudou, ma bien aimée, qui m'a accompagné et soutenu depuis ces fameuses vendanges, et qui a dû supporter l'absence, l'éloignement, la distance, la précarité et le stress dus à ces longues et prenantes études. Tu as quitté ton cher Paris pour me rejoindre à Chartres.//Chartres un jour, Chartres 3 mois maximum : merci la S.N.C.F.! Neuilly c'est fini, aujourd'hui c'est Gif, et demain n'importe où mais avec toi.

Julien Cottet adresse ses remerciements

Au Dr Rougeron, à cette rencontre inattendue. Merci d'avoir croisé notre route ce soir d'hiver, sans vous ce projet n'aurait pu se faire. Merci pour votre patience, votre disponibilité, votre écoute, votre expérience, merci de nous avoir guidé pas à pas dans cette recherche, merci de nous avoir transmis une infime partie de votre savoir.

Au Dr Virtos, vous qui nous avez guidé lors de nos premiers jours d'Internat, alors que, je vous cite, « *nous avions encore la morve au nez !* ». Merci pour ce semestre enrichissant, une vocation et un militantisme en moi est né. Jamais je n'aurai cru que ce serait un homme qui me transmettrait l'envie de me battre pour le droit des femmes. Merci à vous, l'initiateur de ce projet, vous qui avez su nous faire voir les dérèglements du système ambulatoire et l'hypocrisie qui règne dans les deux camps.

Au Pr Maillot, vous qui me suivez depuis mon externat, qui avez fait de moi le praticien obsessionnel que je suis. Jamais je n'aurai autant appris qu'au sein de votre service, nulle part ailleurs j'aurai développé mon sens clinique et la volonté de toujours aller plus loin dans les connaissances et la remise en question constante de mon savoir.

Au Dr Jacobi, qui a contribué plus que tous, à force de déchirer mes ordonnances d'externe, à me rendre toujours plus rigoureux, à me faire prendre conscience qu'on est pas seul face à sa prescription, mais que tout une vie en dépend. *J'espère que t'as pas tué trop de souris à Harvard mec !*

Aux membres du Jury, votre présence est un honneur.

A mes Maîtres et Professeurs, de la PCEM1 à l'Internat.

Aux Dr Coigneau, Dr Lepine, Dr Deballon, Dr Janvier, Dr Gautier et Dr Arnould, mes maîtres stages ambulatoires qui m'ont accordé leur confiance et ont conforté mon choix de la médecine libérale.

A tous les CIVG qui ont participé à cette étude, toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué à la concrétisation de ce projet.

Au service de Gynécologie-Obstétrique du CH de Dreux, au Dr Claudé Virtos encore une fois, à Marie-Christine Everwyn, à Blandine Chauvin, aux médecins, aux secrétaires, aux aides soignantes, infirmières, sages femmes, ASH, vous qui m'avez supporté lors de mon premier semestre d'Internat. *Panpan ne vous oublie pas !* Au service du SAU de Chartres, aux médecins : Eric, Laurent, mon JJ adoré, Djamilia, Kety, Sophie, Christophe, David, Katia, Seb, Monsieur Ze Hatman, les deux Fred, Aziz, Nasser, Akim, Kosta, Saïda, aux paraméd : Karine, toutes les IDE, Rozen, toutes les AS et les ASH, les brancardiers, les conducteurs du SMUR, les secrétaires, les manip radios ! Vous me manquez tous donc je reviens !!! *On s'fait une belote ou un tarot à minuit ? Non y' a l'IDE de Gastro qui m'appelle !*

A la Towers Coast : Xander, Duss, Bob, Boitakk, Shrek, et Crevette, les années ont passé, certains d'entre vous je ne vois plus, mais ce que nous avons vécu restera gravé à jamais. A Steph, Marie, Poppy, Makeu, Jo4i, Jé et Fanny, Mag', Berthille, Fredo, et à *mon Rambo !* A Kuni et à Voyageur (*je vais me venger à ton enterrement de vie de garçon tu peux même pas t'imaginer ...tremble*). A Mario et Martine. A Olivier de Folygraphie, *évite d'amener du PQ le jour de ma soutenance !* A Saïmon et Ralph, les deux seuls qui ont toujours pris de mes nouvelles depuis tant d'années.

A mes compères du bureau de l'ANEMF 2006-2007 : Clément, Coco, Sylvain, Thomas, Virginie, Gravier, Marie, Cécile, Elsa, Kolia, Franck, Tristan, Thomas, Emmanuel. *Moments inoubliables*. A tous les critards d'ici et d'ailleurs, aux Fatals Picards, les anemfiens, les fagiens, les personnes que j'ai rencontré par mes activités associatives, ceux que j'ai oublié, ceux que j'ai rencontré mais dont je ne me souviens pas. A toute la joyeuse bande des Jeunes Médecins du 28 (J'M28!). *On cartonne changez rien !!* Aux filles du bureau qui me supporte : Marion, Aude, Sophie, Elodie et Cyrilla, aux adhérents, aux p'tits nouveaux, à tous ceux qu'on va recruter, parce qu'on est meilleurs que le CG !!! A tous mes cointernes des différents semestres : Charles, Walid, Daouda, Nazih, Aristide, Capu, Sarah, Gihade, Charlotte, Sophie, Mélanie, Bertrand, Laurent, et Marion.

A TF1 pour avoir créé Confessions Intimes, à la TNT pour repasser les séries de mon enfance, à Steve Jobs, Dark Vador, Robin des Bois, Merlin l'enchanteur, les Chevaliers du Zodiaque, les Tortues Ninja, Walt Disney, Al Pacino, Robert de Niro, Francis Ford Coppola, Martin Scorsese, Brian de Palma, Guy Ritchie, J.R Tolkien, Peter Jackson, Michel Houellebecq, Quentin Tarantino, Ian Fleming et James Bond, Cyril Hanouna et toute l'équipe de TPMP, Joey Starr et Kool Shen, C2C, 2Many DJ's, Wax Tailor, Mathieu Chedid, Elie Semoun, Florence Foresti, Bruno Salomone, Alexandre Astier et Kaamelott, Kyan Khojandi et Bref, Ryan Murphy, Nip/Tuck, Glee, The West Wing, Friends, How I Met Your Mother, Boardwalk Empire : Sans vous la vie me paraîtrait bien triste. *Et une spéciale pour Maurice G. Dantec.*

Aux pièces rapportées de la famille, Manu qui m'a piqué ma soeur, Régine qui m'a piqué mon papa, et à Yves, qui m'a vu grandir et qui me manque.

A Mina, Dorothée et Sarah. *Bienvenue dans la famille !*

A Fred et Romain, deux de mes amis partis si jeunes, je sais que vous êtes avec 2Pac et Biggie dans le grand ghetto du Ciel, j'espère que vous êtes fiers de moi.

A Stéphane et Laury, et oui, ça vous fait peur, mais JC est médecin maintenant ! A leurs deux petites puces, à leurs parents, à Julien, Tiff, Emilien et Mandy. *A quand la prochaine fondue ?*

A mon groupe de pairs (*groupe de poches oui !!!*) : Xander, Ze Hatman, Niko, Pierre-Yves a.k.a l'homme aux 1000 relations, Arash : *on est qu'au début les gars, c'est une grande et belle aventure, mais faut qu'on arrête de boire on tiendra jamais à ce rythme là ! Heureusement qu'on se voit qu'une fois par mois...*

A mes deux Co thésards, Negro1 et Negro2, *merci de me rendre mon alliance et ma Breitling la plaisanterie a assez duré !* Quand je prendrai ma retraite (enfin si ce système existe encore, d'ici là... on va travailler jusqu'à 100 ans...donc Pierre jusqu'à 120 !!), je relirai ces pages, je me remémorerai notre rencontre, nos soirées, nos doutes, nos engueulades, nos rires, Pierre qui tente une nouvelle syntaxe, Pierre et ses néologismes, Raja qui prépare le bon repas (*ah bah non en fait tu l'as jamais fait ça ? Pourquoi on mange toujours MacDo ? T'abuses!*), je me souviendrai les batons qu'on nous a mis, l'hypocrisie du système, les extrémistes de tout bord, les sales coups de l'ARS, les stats et les chi2, Raja qui veut écrire des « Or » et des « Mais » et des « Néanmoins » à toutes les lignes, et puis je me dirai : *tout ça on s'en fout, j'ai rencontré deux amis.*

A Alex, notre réconciliation est une bénédiction. Je ne t'abandonnerai jamais plus, où que tu sois. *Et si tu veux de la guez, je serai là pour toi.*

A ma nièce et filleule chérie, tu es bien trop petite pour pouvoir lire ces quelques mots, mais je t'aime très fort, et peut-être plus tard tu liras cette thèse ... *ou pas...*

A ma maman, ton petit cœur t'aime très fort, il est devenu grand grâce à toi, j'espère que tu es fière du résultat. *Ce jour là t'étais en forme !*

A mon papa, Titou t'aime très fort, fils garçon est devenu médecin, il sera grand et fort et le meilleur des papas comme son papa l'a été pour lui.

A ma petite grande sœur, Bibou t'aime très fort, il aimerait bien jouer à la Nintendo ce soir, et que tu lui fasses de gros bisous, car il en besoin.

A toi mon cœur, ma moitié, ma destinée, toi qui me donne la force de me battre contre la maladie et sans qui j'aurai abandonné bien des choses depuis longtemps. Toi qui me protège, m'écoute, me reconforte, me rassure. Je t'aimerai jusqu'à mon dernier souffle.

Table des Matières

Résumé et Mots Clés	2
Abstract and Keywords	3
Liste des Professeurs de la Faculté de Médecine de Tours	4
Serment d'Hippocrate	9
Citations	10
Remerciements	11
Introduction Générale	17
Méthode Générale	19
Première Partie	20
<i>Enquête qualitative auprès des médecins généralistes</i>	
Introduction	21
Méthode	22
<i>Généralités</i>	22
<i>Trame d'entretien</i>	22
Résultats	24
<i>I. La sphère économique</i>	24
<i>II. La sphère logistique</i>	25
<i>III. La sphère pratique</i>	26
<i>IV. La sphère idéologique</i>	27
<i>V. La sphère esthétique</i>	28
Discussion	29
<i>I. La sphère économique et son obligation de rendement</i>	29
<i>II. La sphère logistique et ses fausses croyances</i>	30
<i>III. La sphère pratique : des obstacles surmontables ?</i>	31
<i>IV. La sphère idéologique : des motivations intimes et profondes</i>	32
<i>V. La sphère esthétique, ou comment un acte tabou défie le système libéral</i>	33
Conclusion	33
Seconde Partie	34
<i>Enquête quantitative auprès de 1000 médecins généralistes</i>	
Introduction	35
Méthode	36
<i>Généralités</i>	36
<i>Calcul de l'échantillon</i>	36
<i>Questionnaire</i>	37
Résultats	39
<i>Description de la population étudiée</i>	39
<i>Analyse quantitative : les raisons principales identifiées</i>	40
<i>Analyse stratifiée</i>	42
Discussion	43
<i>I. Le questionnaire</i>	43
<i>II. La sphère économique, entachée par la non connaissance de la loi et de la procédure</i>	43
<i>III. La sphère logistique et ses a priori</i>	44
<i>IV. La sphère pratique, des raisons légitimes et ajustables</i>	45
<i>V. La méconnaissance de la loi, un frein préoccupant en 2012</i>	47
<i>VI. Les sphères idéologique et esthétique, des opinions extrêmes et minoritaires, mais dangereuses pour les patientes</i>	48
Conclusion	50

Troisième Partie	52
<i>Enquête prospective multicentrique auprès de 2401 patientes</i>	
Introduction	53
Méthode	54
<i>Généralités</i>	54
<i>Questionnaire</i>	54
Résultats	55
<i>Description de la population étudiée</i>	56
<i>Analyse quantitative</i>	56
<i>Analyse stratifiée</i>	59
Discussion	61
<i>I. Le questionnaire</i>	63
<i>II. Parler d'une grossesse non désirée avec son généraliste : pas si simple ?</i>	63
<i>III. Contraception et IVG : la contradiction française</i>	64
<i>IV. La demande à réaliser cet acte chez le généraliste existe en région Centre</i>	65
<i>V. La relation médecin-patiente est un facteur prédominant</i>	67
Conclusion	67
Synthèse	68
Propositions des auteurs	69
Références	70
Annexes	75
A. Fiche d'information de la patiente	76
B. Fiche d'information à l'intention des médecins pratiquant des IVG en ville	77
C. Fiche de liaison médecin/établissement de santé	80
D. Exemple de convention médecin/CIVG	81
E. Fiche Etapes d'une IVG en ville	83
F. Manifeste des 343 Salopes, Le Nouvel Observateur, n°334, 5 avril 1971	84
G. Entretiens individuels semi-dirigés	86
H. Codage des données qualitatives des entretiens individuels semi-dirigés	108
I. Lettre de justification et objectifs destinée aux médecins et aux CIVG	116
J. Lettre aux médecins généralistes	117
K. Liste des CIVG publics et privés de la région Centre	118
L. Lettre aux CIVG participants	120
M. Lettre d'accord d'étude du DUMG de Tours	121
N. Mail d'accord d'étude du CPP de Tours	122
Signatures	123

Introduction Générale

En France, l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) a été temporairement autorisée par la loi du 17 janvier 1975 dite « loi Veil », reconduite en 1979, puis définitivement légalisée par la loi du 31 décembre 1982 dite « loi Roudy »¹.

La technique médicamenteuse est autorisée depuis 1989. La loi « Aubry-Guigou » du 4 juillet 2001 a introduit une modification des règles de recours à l'IVG, en portant le délai maximal de recours autorisé de dix à douze semaines de grossesse.

La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé (Centre IVG ou CIVG) avec lequel il a passé une convention². Les IVG réalisées dans ce cadre doivent correspondre à un délai de gestation maximal de cinq semaines de grossesse soit sept semaines d'aménorrhées. L'ensemble des règles et des démarches relatives à toute IVG s'applique à ce dispositif : la patiente doit habiter à moins d'une heure de ce CIVG, les consultations médicales à réaliser pour une IVG médicamenteuse sont au nombre de cinq, le suivi est réalisé conformément aux recommandations de l'ANAES relative à la prise en charge des IVG médicamenteuses publiées en mars 2001³ et aux recommandations de l'HAS en Décembre 2010⁴, de façon identique à la prise en charge hospitalière².

Depuis le décret du 6 mai 2009 qui précise les modalités de la loi 2007-1786 du 19 décembre 2007 étendant le dispositif relatif à la pratique des IVG par voie médicamenteuse en dehors des établissements de santé, les centres de santé et centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) sont aussi concernés par la pratique des IVG médicamenteuses.

Chaque année, environ 7000 IVG sont réalisées en région Centre, dont environ 60% par voie médicamenteuse, soit dix points de plus qu'au niveau national⁵.

En 2012, on compte dans cette région seulement vingt trois médecins (généralistes ou gynécologues) ayant signé une convention, avec sept établissements au total. Le plus grand nombre de conventions a été passé avec les Centres hospitaliers de Chartres, Dreux et le CHRU de Tours. Dans les départements du Cher et du Loir-et-Cher aucune convention n'a été signée entre les établissements et les médecins de ville. Dans le Loiret, on relève une seule convention signée avec l'hôpital de l'agglomération de Montargis.

Sur ces vingt trois praticiens, cinq d'entre eux seulement sont des médecins généralistes et ils exercent dans le département d'Indre-et-Loire.

La dernière évaluation de la prise en charge des IVG en région Centre a été publiée en 2002 par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ancienne ARH)⁶. Cette enquête décrit la prestation des hôpitaux publics de la région Centre comme insuffisante quant à la réponse à la demande des IVG par les patientes. Certains hôpitaux ne réalisent pas d'IVG, ou ont une activité restreinte.

¹ L'ensemble des lois, décrets et circulaires relatifs à l'IVG et à la contraception figure en début de références page 70

² L'ensemble des documents (fiches d'information patients et médecin, fiche étape de l'IVG en ville, convention type) figure en annexes A, B, C, D et E

³ ANAES. *Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines*, Paris, ANAES, 2001, 95 p.

⁴ HAS. Service des bonnes pratiques professionnelles. *Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse*. Décembre 2010

⁵ DREES. *Le parcours des femmes ayant eu recours à une IVG en 2007 en région Centre*, Paris, DREES, Janvier 2011

⁶ ARH-DRASS-DDASS-Collège des MISp. *Evaluation de la prise en charge des IVG dans la région Centre*. 2002

En période estivale, des femmes ne pouvant accéder au service, en raison de la fermeture de certaines unités, connaissent le risque de se retrouver hors du délai légal d'aménorrhée. Les conditions d'accueil sont parfois décrites comme déficitaires en raison du manque de personnels médicaux et paramédicaux affectés au secteur IVG. L'activité IVG, peu valorisée, est parfois reléguée à des vacataires, dont c'est la seule activité hospitalière. Enfin, l'écoute y est de niveau variable.

C'est dans un contexte d'évolution annuelle du nombre d'IVG médicamenteuses plus forte en région Centre qu'au niveau national, couplée à une offre par les hôpitaux publics de la région jugée insuffisante par l'ARH, que le rapport suscitait, ainsi que de nombreux autres rapports nationaux ou avis de spécialistes, évoquent la possibilité de pallier au déficit de l'hôpital public grâce aux médecins généralistes.

« La moitié des médecins se déclare favorable à cette mesure. » Quels médecins ont témoigné ? Sur quelle enquête l'ARH s'appuie-t-elle pour parler au nom de la moitié des médecins ? Il est nécessaire de clarifier cette assertion.

En outre, ce rapport ne fait pas état de l'avis des patientes.

20% d'entre elles ont fait le choix de recourir à une IVG médicamenteuse à domicile en région Centre en 2007¹. Ce chiffre est-il imputable au manque de médecins conventionnés, ou au choix des patientes de s'orienter préférentiellement vers un CIVG ?

Il est communément admis qu'une offre de soins doit correspondre à une demande. Si cette demande n'existe pas, ou peu, le dispositif autorisant par la loi les médecins généralistes à réaliser des IVG en ville est inadéquat et n'améliorera pas les difficultés d'accès à l'IVG rencontrées par les patientes.

Les médecins généralistes peuvent-ils -et souhaitent-ils- prendre en charge cette mission supplémentaire afin de pallier aux carences du service public ?

Le projet de recherche que nous menons tente de qualifier les raisons pour lesquelles seuls cinq médecins généralistes de la région Centre ont passé une convention pour pratiquer l'IVG médicamenteuse au sein de leur cabinet depuis 2004, puis dans un second temps, à les quantifier. Existe-il des motivations personnelles ou des convictions intimes ?

En parallèle, nous cherchons à connaître non seulement l'avis des acteurs de santé, mais aussi l'avis de celles pour qui cette loi existe. Existe-t-il une demande de la part des patientes de la région Centre à pratiquer l'IVG médicamenteuse chez leur médecin généraliste ?

¹ DREES. *Le parcours des femmes ayant eu recours à une IVG en 2007 en région Centre*, Paris, DREES, Janvier 2011

Méthode Générale

Le projet de recherche s'articule en trois parties : les deux premières s'intéressent aux médecins, la troisième aux patientes. La méthode concernant chaque partie est détaillée individuellement.

En premier lieu, nous organisons une enquête qualitative par entretien individuel semi-dirigé afin de recenser, au sein de la région Centre, l'ensemble des raisons pour lesquelles les médecins généralistes ne pratiquent pas l'IVG médicamenteuse au sein de leur cabinet.

Ce travail effectué, une enquête quantitative à grande échelle par auto-questionnaire proposé aux médecins généralistes de la région permet de hiérarchiser les raisons évoquées lors de l'enquête qualitative. Des axes prioritaires d'information et de formation, ainsi que des propositions pour améliorer le dispositif prévu par la loi pourront être dégagés.

La troisième partie, réalisée en parallèle des deux précédentes, complète le projet de recherche pour intégrer l'avis des patientes de la région sur ce sujet. Une enquête prospective quantitative par auto-questionnaire, multicentrique, est menée au sein des CIVG de la région Centre auprès de femmes réalisant une IVG par voie médicamenteuse, afin de déterminer s'il existe ou non une demande de réalisation de cet acte chez le médecin généraliste.

La complémentarité des deux premières parties du projet est aisément compréhensible : aucune donnée bibliographique n'existant sur le sujet, une enquête qualitative est nécessaire pour réaliser un questionnaire quantitatif distribuable à grande échelle. Cependant, le projet de recherche semblerait incomplet si l'avis unique des professionnels de santé était recueilli. C'est dans cette optique que nous réalisons en parallèle l'enquête auprès des patientes.

Une synthèse commune ainsi qu'une liste de propositions afin d'améliorer le dispositif actuel terminent cette étude.

Première Partie

**Pourquoi si peu de médecins généralistes pratiquent
l'IVG médicamenteuse au sein de leur cabinet de ville ?**

*Une étude qualitative en région Centre en 2011
Entretiens individuels semi-dirigés*

Julien COTTET

Introduction

L'IVG, légalisée temporairement en France en 1975 par la Loi Veil, puis définitivement le 31 décembre 1982 par la loi Roudy, fait toujours débat au sein de la communauté médicale. La pratique est autorisée. Pour autant, de nombreux mouvements contestataires - politiques, humanistes, religieux ou encore scientifiques - défendent un retour à l'interdiction.

Du manifeste des 343 publié en 1971¹, aux publications actuelles comparant l'IVG au génocide juif², l'écart n'est-il pas abyssal ?

Toutefois la loi autorise ce geste, quand bien même l'accès est parfois difficile. C'est sur ce point que nous nous attardons. Une fois écarté le manque de paramédicaux, une fois aménagés les plannings de consultation, une fois les permanences d'été installées, reste le droit des médecins à refuser la pratique de cet acte.

Si la loi existe depuis plus de trente ans, pourquoi si peu de médecins s'investissent dans cette pratique ?

La médecine générale s'impose de plus en plus comme le dernier rempart face à la désertification des spécialistes et aux fermetures croissantes des petits centres hospitaliers. Il apparaît justifiable que le médecin généraliste ait le droit par la loi de pratiquer des IVG médicamenteuses jusqu'à sept semaines d'aménorrhée. Ce dispositif permet entre autres aux patientes isolées ou mineures qui ne peuvent se déplacer loin de leur lieu d'habitation ou de leur école, de pratiquer une IVG au même titre qu'une citoyenne vivant en milieu urbain.

Néanmoins, seuls cinq médecins généralistes, depuis la promulgation du décret en 2004, ont passé une convention en région Centre pour entrer dans ce dispositif.

Une ébauche de réponse est apportée en 2010 : le syndicat MG France alerte les pouvoirs politiques dans un communiqué de presse : le forfait IVG doit être doublé³ : « Peu de médecins généralistes ont choisi d'en pratiquer car ses modalités de réalisation sont dissuasives. Le forfait de 100 euros est censé indemniser quatre consultations longues et difficiles, le déplacement pour aller chercher les produits chez le pharmacien, et l'indispensable disponibilité du médecin au téléphone. Il faut être militant pour accepter de telles conditions. Tant que les pouvoirs publics ne donneront pas aux généralistes des moyens suffisants pour assumer leur rôle, l'IVG médicamenteuse ne pourra pas se développer véritablement. Elle est pourtant plus économique et souvent moins traumatisante que la méthode classique par aspiration. »

La principale raison serait-elle donc financière ?

N'existerait-t-il pas d'autres raisons, plus personnelles - des motivations intimes - incitant les médecins généralistes de la région Centre à ne pas pratiquer cet acte au sein de leur cabinet ?

¹ Manifeste des 343 Salopes. Le Nouvel Observateur, n°334, 5 avril 1971. Disponible en Annexe F

² <http://www.prolife.com> : groupe de lobby anti-IVG étatsunien, dont la branche française est Provie

³ MG France. *Forfait IVG: il faut aussi le doubler en libéral*. Référence du communiqué de presse : N° 90. 15 Mars 2010

Méthode

Une enquête qualitative est menée afin de déterminer une liste exhaustive des raisons pour lesquelles les médecins généralistes de la région Centre ne pratiquent pas l'IVG médicamenteuse dans leur cabinet de ville.

Le recueil d'opinion se fait au cours d'un entretien individuel semi-dirigé, selon la méthode décrite par Alain Blanchet et Anne Gotman¹. Une trame d'entretien est au préalable réalisée et testée auprès de deux médecins généralistes de Tours. La durée estimée de l'entretien est de 12 minutes.

Trame d'entretien individuel semi-dirigé

« Je vous remercie de prendre le temps de me recevoir. Comme je vous l'ai précisé lors de notre entretien téléphonique, je recueille des données sur l'activité des médecins généralistes de la région Centre dans le cadre de ma thèse, notamment sur la prise en charge des grossesses non désirées par les patientes. Je sais que votre temps est précieux donc nous allons commencer rapidement. Je tenais simplement à vous rappeler que les réponses recueillies resteront strictement confidentielles et l'anonymat respecté.

Vous avez peut-être des questions ?

Cela ne vous dérange pas si j'enregistre vos réponses ? »

Remercier.

- 1) « Nous allons tout d'abord partir d'une situation que vous avez vécue.
J'aimerais que vous me racontiez comment s'est déroulé votre entretien la dernière fois qu'une de vos patientes vous a annoncé la découverte d'une grossesse non désirée : »
Laisser débattre
Réorienter afin de déterminer :
 - *Ce que le praticien a compris de la demande de la patiente*
 - *Quelle action/attitude/orientation a-t-il eu/entrepris*
 - *Ce qu'il en a pensé*
- 2) a) *Si la loi de 2004 concernant l'IVG médicamenteuse chez le MG est abordée par le praticien lui-même, rebondir et passer à 3) :*
« Quelles sont vos attentes ou vos interrogations face à cette récente prise en charge de l'IVG médicamenteuse ? »
b) *Si la loi de 2004 ne fait pas interruption dans le débat, insérer dans la conversation :*
« Depuis 2004, les médecins généralistes ont la possibilité de réaliser des interruptions de grossesse au sein de leur cabinet. Qu'en pensez-vous ? »
- 3) « Quelles sont vos attentes ou vos interrogations face à cette récente prise en charge de l'IVG médicamenteuse ? »
- 4) « Existe-t-il d'autres raisons pour lesquelles vous ne pratiquez pas cet acte au sein de votre cabinet ? »
- 5) « Souhaitez-vous revenir sur un élément en particulier avant que nous arrêtions l'enregistrement ? » puis invitation à un commentaire libre.
- 6) Arrêt de l'enregistrement.
- 7) Questions de repérage (âge, sexe, lieu d'installation, année de thèse)

¹ BLANCHET A., GOTMAN A. *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. 2^e éd. Paris : Armand Colin, 2007, 126 p. (Collection 128)

La sélection des médecins généralistes est effectuée par l'Union Régionale des Professionnels de Santé de la région Centre (URPS). Deux à trois médecins par département sont présélectionnés par tirage au sort électronique, des deux sexes, de tout âge, d'exercice rural comme urbain.

De plus, nous intégrons une liste de médecins généralistes connus pour leur position anti-IVG établie par nos soins, grâce à de nombreux contacts et discussions avec divers professionnels de santé des CIVG de la région. En particulier, nous avons recensé au cours de discussion lors de Formations Médicales Continues (FMC), de congrès, de repas, une liste de médecins qui ne prescrivent pas de contraception ou s'annoncent clairement anti-IVG, ainsi que ceux dont certains confrères nous ont affirmé connaître leur position sur cette question. Nous avons également, grâce à nos contacts au sein des collectivités locales de la région Centre (maires, conseillers etc.) recensé les noms de médecins se rendant régulièrement dans des lieux de culte religieux, ce facteur nous semblant annonciateur d'un entretien probablement riche.

Un accord téléphonique est obtenu auprès des médecins prospectés, le thème générique « grossesse non désirée » leur étant divulgué au préalable.

Les entretiens se déroulent dans le cabinet du médecin interrogé, enregistrés par dictaphone après accord verbal.

L'objectif est de mener au moins un entretien par département, puis de continuer les entretiens jusqu'à ce que les données de recueil arrivent à saturation, c'est à dire jusqu'à ce qu'un entretien n'apporte pas de nouvelle réponse par rapport aux précédents¹. Les entretiens sont retranscrits manuellement et de manière anonyme sur fichier Word.

Le codage des données qualitatives est effectué manuellement par Julien Cottet, Interne en Médecine Générale. Parallèlement, un codage est effectué manuellement par Raja Chefeg Ben Aissa, Interne en Médecine Générale, et par Bénédicte Mellot, Psychologue, diplômée d'un Master 2 Professionnel en Psychologie Clinique et Psychopathologie et d'un Master 2 Recherche en Psychologie, Neurosciences et Développement, de l'Université de Tours.

Une triangulation est effectuée avec mise en commun des trois codages et confrontation des thèmes et sous-thèmes mis en évidence¹.

¹ BLANCHET A., GOTMAN A. *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. 2^e éd. Paris : Armand Colin, 2007, 126 p. (Collection 128)

Résultats

Neuf entretiens individuels semi-dirigés¹ sont réalisés entre le 6 juillet 2011 et le 24 septembre 2011 au cours desquels les médecins généralistes s'expriment au sujet de l'IVG médicamenteuse et des raisons pour lesquelles ils n'ont jamais intégré le dispositif autorisé par la loi.

Parmi les neuf médecins enquêtés : trois médecins femmes, six médecins hommes; thésés de 1980 à 2002 ; exerçant en milieu rural, semi-rural ou urbain. Les six départements de la région sont représentés.

Les trois codages individuels mettent en évidence *cinq sphères* (grands thèmes) : **l'économie, la logistique, la pratique, l'idéologie et l'esthétique** ; regroupant chacune plusieurs *verbatim* (sous-thèmes).

Les verbatim sont les raisons évoquées par les médecins généralistes motivant la non pratique de l'IVG dans leur cabinet. Seules quelques citations par verbatim sont mentionnées ci-dessous, l'ensemble des données du codage ainsi que les entretiens étant disponibles en annexe².

I. La sphère économique regroupe quatre verbatim.

L'économie désigne la gestion de la maison, en opposition à la politique qui est la gestion de la cité. Elle est l'activité humaine qui consiste en la production, la distribution, l'échange et la consommation de biens et de services.

Les médecins mettent en avant :

- **le manque d'une contrepartie financière substantielle** : la cotation de la sécurité sociale est insuffisante, les surcharges d'assurance sont un frein :

Entretien 4: "Et pour si peu de rémunération." "on est bon gré mal gré soumis à une politique de rendement" "la faible rémunération"

- **la lourdeur de la procédure** : l'IVG demande un investissement nécessaire en temps, ressenti comme une perte de rendement :

Entretien 4: "Cette patiente, par exemple, au moins une demi heure d'entretien. Sans prendre en charge l'IVG. Vous voyez ? C'est une consultation d'écoute... avant tout... ne pas brusquer... écouter. Et combien de consultations selon la loi, quatre ou cinq ?"

Entretien 5: "C'est quand même un acte lourd, complexe, long, avec une surveillance particulière ! Comment voulez vous gérer ça en quelques minutes dans votre cabinet ?"

- **la perte possible de patients**, ressentie également comme une perte de rendement :

Entretien 4: "Non. C'est la détresse des patientes qui m'effraie. Je pense que je perdrai des patientes à la suite d'un tel acte, si je le pratiquai moi-même." "est-ce que je ne perdrai pas d'autres patientes qui sont contre l'IVG"

Entretien 8: "Et je ne te parle pas des répercussions sur la population... vieillissante... Après tout, un cabinet, c'est une entreprise. Le rendement, et... dans ce cas, ce n'est pas rentable."

- **la loi de l'offre et de la demande** : une demande insuffisante justifie la non pratique :

Entretien 2: "Je n'ai pas une patientèle jeune !! Mais bon, oui ca m'arrive environ une fois par an." "Mais moi... je n'ai pas la demande" "et de toute façon je n'ai pas la demande" "c'est rare, je n'ai pas la patientèle"

Entretien 5: "Mais elle ne m'avait pas consulté avant" "je crois qu'elle s'était directement adressée à l'hôpital" "Et puis, en général, les femmes ont leur gynécologue qui les suit déjà, alors je n'ai pas vraiment de demande de leur part." "Pour moi, la demande crée l'offre. Si j'avais régulièrement des patientes qui demandaient un suivi gynécologique, je pense que je remettrai mes connaissances à jour et que je répondrai à cette demande"

¹ La totalité des entretiens est retranscrite en Annexe G

² Disponible en Annexe H

II. La sphère logistique regroupe cinq verbatims.

La logistique est l'activité qui a pour objet de gérer les flux physiques d'une organisation, dans le but de mettre à disposition les ressources correspondant aux besoins, et ce, aux conditions économiques et pour une qualité de service déterminée, dans des conditions de sécurité et de sûreté satisfaisantes.

Les médecins mettent en avant :

- **une activité chronophage**, dans un système de soins où une consultation IVG ne peut s'adapter au rythme d'un cabinet de ville :

Entretien 6: "C'est un sujet délicat, qu'on ne peut pas aborder en 15min, entre deux renouvellements de traitement" "On nous en demande de plus en plus, c'est infernal". "la charge de travail est immense, vous devez être disponible"

Entretien 7: "Bien sûr, après une journée de quarante consultations, six jours sur sept..." "Nous manquons terriblement de temps" "A mon avis c'est une activité à temps plein. Ca demande un réel investissement. Je n'ai pas le temps, je vous l'ai dit je crois, déjà"

- **le manque de ressources et de moyens nécessaires à cette activité** :

Entretien 1: "... c'est un petit cabinet de ville, je n'ai même pas d'oxygène" "J'ai juste une secrétaire, à mi-temps. Elle ne pourrait pas gérer les problèmes."

Entretien 4: "Et un cabinet de généraliste n'est pas approprié pour cela. Je n'ai pas de salle pour respecter l'intimité, gérer les complications"

- **la responsabilité** qui leur incombe, **le risque** entrepris : une conséquence lourde sur les assurances :

Entretien 1: "Et l'assurance ? A l'hôpital, tu fais une IVG, t'es couvert. Moi on va me demander des comptes. C'est de pire en pire ces histoires de plainte et d'assurance..."

Entretien 5: "Et puis si ca se passe mal ? Qui prend le relais ?" "Si quelque chose tournait mal, je serai seul responsable !! Je ne sais même pas si je suis assuré pour ça!"

Entretien 7: "Mais je ne suis même pas les grossesses. Je ne me suis pas fait assurer pour ça. Les complications arrivent vite, et les ennuis pour nous aussi" "les patients, je veux dire, sont de plus en plus procéduriers. Une IVG qui tourne mal..."

- **la situation géographique** de leur cabinet : certains sont trop proches d'un CIVG, ou au contraire, d'autres en sont trop éloignés :

Entretien 3: "Je renvoie directement les patientes au CH, je suis juste à côté"

Entretien 5: "Et seul !" "La complexité. Seul dans mon cabinet, je pense que je ne serai pas rassuré"

Entretien 8: "les cliniques... euh... je ne sais même pas si elles le font, et de toute façon... elles sont bien loin" "De toute façon, comme tu le vois, nous sommes isolés"

- **un système existant satisfaisant** : inutile de créer une nouvelle offre en ville, l'accès à l'IVG est assuré par l'hôpital :

Entretien 5: "je crois réellement qu'il faut être prudent. L'accès au soin n'est peut être pas parfait, mais en ce qui concerne l'IVG, le suivi actuel est peut être le plus adapté."

III. La sphère pratique regroupe six verbatims.

La pratique est l'application des règles, des principes d'un art, d'une science, ou d'une technique, par opposition à la théorie. Elle est l'expérience donnée par l'exercice. C'est l'usage, l'habitude acquise.

Les médecins mettent en avant :

- **la nécessité de travailler en équipe pluridisciplinaire**, notamment avec un psychologue :

Entretien 1: "La seconde, c'est la prise en charge psychologique. C'est une étape douloureuse, il faut de l'encadrement, du suivi" "il faut une équipe, des spécialistes" "j'insiste sur le suivi et la prise en charge psychologique de la patiente, et..." "j'oubliais, le compagnon, le mari... on les oublie eux, moi je peux pas les prendre en charge..."

- une activité supplémentaire pour les médecins généralistes : la médecine générale est vécue comme **un fourre-tout, alimentant un sentiment d'exploitation** :

Entretien 4: "Je pense qu'on en fait bien assez. Nous sommes le fourre tout des spécialistes. Si j'avais un seul mot à dire, c'est que cette charge revient entièrement aux gynécologues, après tout c'est la spécialité qu'ils ont choisi, pas nous"

Entretien 6: "Autorise ?! Comme si on avait demandé quoi que ce soit et qu'on attendait l'autorisation! Dites plutôt qu'ils ont besoin de nous !" "On nous en demande de plus en plus, c'est infernal. Alors une situation d'IVG, non, je préfère encore déléguer"

- **la méconnaissance de ce nouveau possible** : cette loi n'est tout simplement pas connue des médecins :

Entretien 5: "Etes-vous au courant de la loi de 2004, qui autorise les médecins généralistes à réaliser des IVG médicamenteuses au sein de leur cabinet ? » Dr : « Et bien, je me suis renseigné après votre appel, je ne vais pas vous cacher que je ne le savais pas"

Entretien 7: "Mais nous ne sommes en rien informés ni formés là dessus une fois installés."

- **la faute au manque de formation** : la formation initiale des médecins généralistes tout comme la formation médicale continue sont déficitaires sur la gynécologie-obstétrique et sur l'IVG :

Entretien 7: "Pas mal à l'aise... Je ne suis pas à l'aise. J'entends par là que je n'y connais rien. Renouveler une pilule, oui." "Je vais même te dire que je suis obligé d'appeler une connaissance spécialiste en gynécologie quand une diabétique me demande une pilule ! Alors les grossesses et l'IVG !"

- **la saturation administrative** : une activité supplémentaire qui alourdirait un surmenage préexistant :

Entretien 6: "Non mais franchement, on croule sous la paperasse, nos journées sont interminables, les visites à domicile, tout l'accompagnement social dont nos patients ont besoin... y'en a même un qui m'a demandé de l'aide pour remplir sa feuille d'imposition !!" "Et je vous assure qu'il y a déjà bien à faire avec ça."

Entretien 7: "Non, le gouvernement, enfin...les autorités préfèrent nous former à la carte vitale, les ALD, la CMU, les formulaires d'APA, enfin tu connais. Nous manquons terriblement de temps. Ils ont voulu des médecins traitants, nous traitons des formulaires. Voilà l'évolution de la médecine générale."

- **la conception de la mission de conseil et d'orientation** : la médecine générale doit intervenir principalement dans la prévention. L'activité IVG est hors du champ de compétences d'un médecin généraliste.

Entretien 5: "Je l'aurais informée des différentes techniques, et je l'aurais adressée à l'hôpital" "Je fais également de la prévention" "Il faut aussi profiter de ce temps pour revoir la contraception, et rééduquer la patiente, afin d'éviter que la situation ne se reproduise"

Entretien 6: "Vous savez aujourd'hui, une grande partie de notre boulot, c'est de la psycho, les gens viennent consulter pour des problèmes sociaux et non médicaux..." "je dis qu'elle avait besoin de parler et d'être écoutée" "Je lui ai conseillé de prendre son temps, de bien réfléchir, et d'aller voir sa gynécologue afin de pouvoir dater la grossesse."

IV. La sphère idéologique regroupe quatre verbatims.

Une idéologie est, au sens large, la science d'un système d'idées imaginées. L'idéologie s'accompagne de croyances, de notions, d'opinions, de convictions et est parfois constituée en doctrine.

Les médecins mettent en avant :

- **un principe scientifique** : un embryon est un être vivant, l'IVG est considéré comme un meurtre.

Entretien 2: "Mais je connais des confrères qui pensent que la contraception ... des intégristes" "La contraception c'est mal, ça provoque un dérèglement hormonal, ces hormones de synthèse, et le stérilet... c'est pire"

Entretien 3: "Scientifique assurément, et morale. Assurément. Et je m'en défends. J'ai accepté de vous répondre car je suis choqué. Il y a conception. La religion n'a rien à voir là dedans. Je suis athée" "Mais ceux qui se défendent d'une motivation religieuse sont des lâches, et on les connaît... vous aussi. Pourquoi ne pas avouer que même au premier trimestre, c'est un être vivant ? Dès la fécondation ?" "Rien de religieux, nous sommes médecins, nous devons croire en l'évolution... darwinienne... au sens pur. Et la sélection naturelle... darwinienne, n'entend pas l'eugénisme."

- **une entrave religieuse** :

Entretien 6: "Je vais à l'église avec ces gens là"

Entretien 8: "Et l'atmosphère, enfin... ce que représente ton activité de médecin... de campagne. Je ne crois pas que le curé voit ça d'un très bon œil !! Tout le monde est pour, bien sûr, mais pas dans le village... là bas... loin... à la ville"

- **l'éthique et la morale** : l'acte est lourd de conséquence, pour la patiente et pour le médecin, tout comme pour la répercussion sur la société : certains craignent **une banalisation du geste** :

Entretien 3: "Terrifié de l'évolution du pouvoir... médical. Entendez-moi bien... la médecine est ... et doit être ... un sacerdoce. C'est comme cela que je l'entends. Je n'ai pas fait médecine pour interrompre des grossesses, ou euthanasier... ou ... et bien ... je n'aime pas cette toute puissance de la médecine. C'est un mauvais tournant". "Soyons francs, je n'aime pas cette idée. Est-ce que les patientes ne regrettent pas ? Est-ce que le futur qu'elles projettent pour cet enfant euh ...pessimiste... l'aurait été ? Ca c'est le principe de non malveillance ... mais pour l'enfant. Et le principe de bienveillance pour la maman, pour ne pas lui pourrir la vie... ou je ne sais quoi." "Je le répète, je n'ai pas fait médecine pour ça."

Entretien 5: "pour moi, le risque serait de banaliser l'avortement, en le pratiquant à la maison. La femme doit pouvoir prendre conscience de cet acte" "Les femmes ont aujourd'hui le choix, et c'est une bonne chose. Mais il ne faudrait pas qu'il y ait de l'abus, et que l'avortement devienne un moyen de contraception !"

- **une contestation politique** : la loi en l'état est non applicable :

Entretien 5: "Honnêtement, ça me semble difficile à mettre en place"

Entretien 8: "Mais c'est inapplicable. Ils ont voulu transposer le parcours de soins hospitalier à notre activité, et c'est impossible !" "On est tout seul. C'est inapplicable. Les médecins qui le font, et ils sont peu ... ne font que ça en fait ?"

V. La sphère esthétique regroupe quatre verbatims.

L'esthétique est une discipline philosophique ayant pour objet les perceptions, les sens, le beau (dans la nature ou l'art), ou exclusivement ce qui se rapporte au concept de l'art. Elle est plus généralement, dans la philosophie de la connaissance, la science du sensible, de ce qui est donné aux sens dans l'intuition ou dans la vision, c'est-à-dire dans l'espace et dans les temps, par opposition à ce qui relève de l'intelligible, de l'entendement ou de la raison pure, soit la métaphysique.

Les médecins mettent en avant :

- le spectre de la faiseuse d'anges : peur pour leur réputation et leur image :

Entretien 4: "Après tout, un médecin dans un village... ma réputation, c'est un bien grand mot... enfin..."

Entretien 7: "Je pense qu'ils s'en iraient tous bien vite. Une grande partie de la population, quoi qu'on en dise à la télé, est contre l'IVG. Surtout dans nos campagnes..."

Entretien 8: "Et l'atmosphère, enfin... ce que représente ton activité de médecin... de campagne. Je ne crois pas que le curé voit ça d'un très bon œil !! Tout le monde est pour, bien sûr, mais pas dans le village... là bas... loin... à la ville"

- la nécessité de la correction, de l'intimité, pour un acte tabou et secret : un cabinet de ville n'est pas approprié :

Entretien 5: "Je ne vais pas mettre une affiche dans le cabinet !"

Entretien 6: "Ce n'est pas pareil. C'est un sujet délicat, qu'on ne peut pas aborder en 15min, entre deux renouvellements de traitement. Mes patientes, je les connais depuis leur plus jeune âge, je connais leurs parents, leur famille...je ne pense pas que c'est mon rôle. Si elles se décident à le faire, c'est... c'est un acte intime, personnel, presque secret"

Entretien 7: "mais gérer cela dans mon cabinet. Ce n'est pas convenable. Il y a des gens dans la salle d'attente, pleine de 8h à 20h, non mais... Ce n'est pas convenable".

Entretien 8: " Et je crois bien que la plupart ne passent pas par moi, voire me le cache peut-être ?" "Je ne pense pas que cet acte ait sa place dans mon cabinet, ou celui de mes collègues"

- la tradition : par habitude du système existant, les médecins choisissent d'orienter vers les structures hospitalières au lieu de créer une nouvelle offre :

Entretien 4: "j'ai préféré, comme à chaque fois, l'envoyer au CHU"

Entretien 8: "Je ne suis pas sûr que les patientes le feraient, pour preuve, elles vont directement dans les structures spécialisées"

Entretien 9: "« Traditionnellement » (le docteur mime des guillemets en disant ce mot), c'est à l'hôpital qu'elles sont prises en charge. Elles ne se posent pas la question. En tout cas, je n'ai jamais eu une telle demande par une de mes patientes, depuis le début de ma carrière !"

- l'assomption : l'identification du cabinet serait difficile à assumer :

Entretien 4: "Et je ne me vois pas assaillie de consultation IVG quand tout le bassin de population sera au courant que je le pratique."

Entretien 6: "Je vais à l'église avec ces gens là, je les croise au marché... Je ne peux pas me permettre d'encourager mes patientes à se faire avorter ! Je ne dis pas que je suis contre, chacun fait ce qu'il veut, mais mon rôle de médecin n'est certainement pas là"

Entretien 7: "Je ne me vois pas donner des pilules abortives... dans mon cabinet... alors que la petite mamie, ou le petit papi, est tranquillement installé dans un de mes fauteuils"

Entretien 8: "pour moi, c'est une activité à part entière... et qu'il faut assumer aux yeux de tous..."

Discussion

L'enquête qualitative par entretiens individuels a été préférée à la méthode par focus group en raison de la sensibilité du sujet. Les auteurs ont privilégié l'intimité du cadre de l'entretien individuel afin que les médecins interrogés se livrent plus qu'en présence de confrères au sein d'un groupe ; focus group dans lequel les opinions marginales que les auteurs recherchent n'auraient certainement jamais été exprimées.

L'ensemble de la trame d'entretien, notamment la première question brise-glace, a eu l'effet escompté. Les réponses sont authentiques et exhaustives. Chaque entretien révèle de nouveaux verbatims par rapport au précédent, jusqu'à épuisement lors des deux derniers. La saturation de données est obtenue.

La configuration dans l'espace lors des entretiens a également eu une grande importance : les auteurs ont choisi d'interroger les médecins dans leur cabinet, derrière leur bureau, en situation de consultation habituelle. Position symbolique : les médecins étaient à l'aise et en position de force pour affirmer leurs idées. Certains entretiens ont été très pesants, une atmosphère quelquefois tendue et des idées exprimées parfois extrêmes.

La sélection des médecins a fait l'objet d'une longue recherche. Tous les professionnels de santé de la région Centre ont été mis à contribution. Afin de rencontrer les praticiens aux idées les plus marginales, les auteurs ont élaboré une liste grâce aux contacts libéraux, aux associatifs, aux plannings familiaux, aux CIVG, à l'URPS Centre, aux maires et aux collectivités territoriales. La diversité des verbatims, les opinions extrêmes évoquées et la saturation de données sont la marque de la pertinence de cette liste.

Le codage a été effectué manuellement car les entretiens sont courts, peu de verbatims différents sont mis en évidence à chaque entretien, il n'y a que deux interlocuteurs. L'analyse informatique n'aurait été d'aucune aide.

La triangulation a permis aux auteurs de confirmer la mise en évidence de cinq grands thèmes : trois codeurs séparés dans le temps et l'espace, après analyse des entretiens, ont relevé cinq thèmes identiques. Les verbatims (sous-thèmes) n'ont pas fait l'objet de vives contestations entre les trois codeurs. L'intervention de la personnalité extérieure, Bénédicte Mellot, Psychologue, a notamment contribué à une meilleure répartition des verbatims dans les sphères idéologie et esthétique, ainsi qu'à leur dénomination.

I. La sphère économique et son obligation de rendement

- *Elle révèle principalement une crainte de certains praticiens de s'exposer à une perte de rendement si cette activité est exercée.*

D'une part la cotation est insuffisante (191,74 euros pour l'ensemble des consultations et l'achat des médicaments qui est à la charge du médecin)¹. Cette raison est évoquée par le syndicat MG France en 2010 dans son communiqué de presse comme étant la raison principale. Elle est également mentionnée par Danielle Hassoun, responsable du CIVG de Saint-Denis (93) et experte national en Gynécologie, au Congrès Impact Santé à Paris en 2009².

D'autre part, les entretiens nous ont apporté une nouvelle notion, difficilement exploitable dans un communiqué de presse : la perte possible de patients, au sein d'une patientèle vieillissante, conservatrice, souvent catholique, anti-IVG, très représentée en milieu rural. Cette peur d'être accusé de médecin avorteur est également référencée par Danielle Hassoun dans *La Lettre du Gynécologue* en 2005 comme étant un frein à cet exercice³.

¹ Tarif CCAM, article 4 de l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'IVG et article L162-38 du code de la sécurité sociale

² CONGRES IMPACT SANTE (2009 ; Paris). *12es Avancées en gynécologie et obstétrique*. HASSOUN D. Disponible sur : http://congres.impact-sante.fr/gynecologie/pdf/Presentation_Hassoun_9h.pdf

³ HASSOUN D. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville : alternatives à l'hospitalisation en gynécologie-obstétrique. *La lettre du gynécologue*. Avril 2005, n°301, p. 23-26

Cette notion est encore présente dans la sphère esthétique : le spectre de la faiseuse d'anges et la peur pour la réputation sont des raisons réunissant esthétique et économie.

Un élément s'intégrant aux sphères économique, pratique et logistique a été mis en évidence par un médecin conventionné avec un CIVG en novembre 2010 : ce médecin a interrogé le coordonnateur ARS sur la possibilité de recevoir le *Guide Patiente IVG en Ville*, 25 pages, à distribuer obligatoirement à la patiente.

Voici la réponse du responsable de l'ARS : « Télécharger le guide sur internet, et l'imprimer ». 25 pages. « En plus de toutes les fonctions qu'ils assument déjà, les médecins généralistes doivent désormais monter une petite imprimerie », rétorque le médecin¹. Au delà du coût en temps et en argent, il s'agit bien là d'une marque forte d'abandon des femmes par l'autorité publique. Les contraintes matérielles et administratives doivent être réduites au strict minimum pour une mise en pratique de la loi au service des patientes.

Quelle que soit l'activité entreprise par un médecin au cours d'une consultation, le système libéral, avec ses obligations de rendement, de résultats, de contraintes administratives et financières, limite de fait les soins non rentables. L'IVG en fait partie. Acte coûteux en temps, et risqué pour la réputation du médecin qui se voit, par avance, perdre une partie de sa clientèle.

II. La sphère logistique et ses fausses croyances

- *Les verbatims exprimés démontrent une fois de plus les limites du système libéral.*

L'activité IVG est chronophage, les médecins déplorent ne pas avoir le matériel nécessaire, les surprimes d'assurances sont un frein. Mais quel matériel ? Et quelles surprimes ?

D'une part aucun matériel spécifique n'est nécessaire, pas même l'appareil échographe, la méthode de contrôle par dosage quantitatif des BHCG étant la référence à 14/21 jours post-IVG². Quant aux surprimes d'assurance, après avoir contacté plusieurs assureurs bien connus des médecins libéraux (AGMF-GPM, MACSF, CMV Médiforce, La Médicale de France), aucune surprime n'apparaît dans leur devis. En effet, la convention passée avec le CIVG protège le médecin libéral en cas de complications. Il n'en serait pas de même si nous pratiquions l'échographie, mais nous avons vu précédemment qu'elle n'était plus nécessaire.

Ces deux verbatims montrent une chose : la loi et la procédure ne sont en fait pas connues. Beaucoup d'a priori circulent, la méconnaissance amène à des idées fausses, qui à leur tour engendrent des freins qui en fait n'existent pas. Ils sont même repris par le syndicat MG France dans son communiqué de presse de 2010 : « l'indispensable disponibilité du médecin au téléphone. Il faut être militant pour accepter de telles conditions ». Le médecin généraliste n'est-il pas toujours disponible au téléphone pour le moindre INR déséquilibré ?

- *Les sphères économiques et logistiques sont révélatrices de deux problématiques :*

1. Le système libéral a ses limites de temps et de coût. Le débat sur l'IVG est facilement transposable à bon nombre de problèmes actuels : les médecins se sentent assaillis de toute part par les charges et les contraintes de rendement, et par des tâches abandonnées par le secteur hospitalier. « Visites longues », prise en charge des dépressions, éducation thérapeutique, prévention, actes médicaux administratifs multiples : autant d'exemples qui s'intègrent, comme l'IVG, dans le dualisme temps/coût.
2. La méconnaissance de la loi et surtout de la procédure dans les détails mène les médecins et leurs représentants syndicaux à s'engager dans de fausses pistes. La convention passée avec le CIVG protège le médecin et assure la prise en charge de la patiente en cas de complications.

¹ MG France. *La vraie vie des docteurs généralistes N°1*, 4 novembre 2010. Disponible sur <http://www.mgfrance.org>

² HAS. Service des bonnes pratiques professionnelles. *Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse*. Décembre 2010

III. La sphère pratique : des obstacles surmontables ?

Les verbatims de cette sphère confortent les idées exprimées précédemment : la médecine générale est vécue comme un fourre-tout alimentant un sentiment d'exploitation. L'IVG est une activité supplémentaire qui aggraverait le surmenage préexistant.

- *Cette sphère apporte trois nouvelles idées fortes :*

1. La nécessité de travailler en équipe, notamment en collaboration avec un psychologue présent lors de la consultation. Cette notion est apparue à plusieurs reprises et semble être un rempart face à la détresse provoquée par cet acte, tant chez la patiente que chez le médecin. La notion de consultation « double » avec un psychologue pour une prise en charge globale leur paraît indispensable : « pour faire comme à l'hôpital ». Encore une fois, la méconnaissance de la loi et de la procédure amène un faux débat. A l'hôpital, les patientes sont reçues uniquement par un médecin. Seules les mineures sont dans l'obligation de se rendre à une consultation psychologique et sociale (ainsi que les majeures qui le souhaitent)¹. Tout comme dans la procédure ambulatoire². Ainsi les médecins libéraux pensent-ils rassurer leur pratique en copiant sur un système hospitalier qui en fait n'existe plus depuis 2001.
2. Le manque de formation : énième remise en cause de la formation initiale et continue, critiquée à la fois par les étudiants et les séniors. La vision de la gynécologie-obstétrique au programme du concours de l'internat est hospitalo-centrée, comme il est à déplorer pour bien d'autres spécialités. La gynécologie-obstétrique est une part importante de l'activité des médecins généralistes en milieu rural comme urbain (frottis cervicovaginaux, prévention des IST, prescription de contraception, suivi de grossesse, ménopause). On ne peut que déplorer un tel consensus sur ce manque de formation. Danielle Hassoun insiste également sur le fait qu'une formation mieux adaptée aux missions ambulatoires amènera les praticiens à moins avoir peur des complications³. La formation hospitalo-centrée des étudiants est peut-être adaptée à la pratique hospitalière mais pas à celle que les futurs médecins affronteront au quotidien dans leur cabinet de ville. Les auteurs se réjouissent de la modification de la maquette des stages d'internat proposant aux jeunes internes la possibilité d'effectuer le module de gynécologie/pédiatrie en ambulatoire.
3. La médecine générale doit, selon certains médecins interrogés, intervenir principalement dans la prévention des IVG. Ils pensent que l'activité IVG est hors du champ de compétences du médecin généraliste. Or les recommandations de pratiques et l'HAS autorisent cette méthode. Cette notion relève d'opinions personnelles non ajustables.

¹ HAS. Service des bonnes pratiques professionnelles. *Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse*. Décembre 2010

² Guide patiente. Disponible sur : <http://www.santé-gouv.fr>

³ CONGRES IMPACT SANTE (2009 ; Paris). *12es Avancées en gynécologie et obstétrique*. HASSOUN D. Disponible sur : http://congres.impact-sante.fr/gynecologie/pdf/Presentation_Hassoun_9h.pdf

IV. La sphère idéologique : des motivations intimes et profondes

- *La clause de conscience scientifique et l'entrave religieuse nous rappellent que même une loi n'efface pas les croyances ni ne formate une corporation.*

Après trente ans d'affrontement militantiste entre pro et anti-IVG, des conduites qui peuvent paraître extrêmes au profane persistent : certains médecins interrogés sont contre la contraception par préservatif, par pilule ou stérilet. Pour certains, leurs convictions religieuses les amènent à voir la contraception comme une méthode allant contre la volonté de Dieu. Le cas du stérilet est à part : il est vu comme abortif, donc directement comparé à une IVG.

- *L'IVG est un meurtre, il est parfois comparé à l'euthanasie lors des entretiens.*

Ces convictions sont immuables, le dialogue est impossible. Le médecin est un homme entier, fait de culture, d'éducation parentale et de croyance religieuse ou scientifique qui lui donnent le droit de refuser cet acte au titre de la clause de conscience.

La peur de la banalisation du geste exprimée par certains médecins nous apporte une vision sociétale de l'IVG : le recours serait trop facile, cela pourrait devenir un moyen de contraception abusif, même pour les médecins interrogés pro-IVG.

Cependant, selon le rapport de l'IGAS en 2009, 72% des grossesses non désirées surviennent chez des femmes déclarant une contraception au moment de la conception. Le taux d'échec est préoccupant en France : mauvaise observance, choix de la méthode inadaptée, manque de prévention¹.

Quelle est la part imputable au médecin dans cet échec ? N'est-il pas en première ligne dans la prévention et la prescription ? Et la part de l'école ? La part des médias ? Etc.

Comment qualifier un médecin anti contraception ou partisan de méthodes désuètes (courbe de température, retrait) qui ensuite se défend du risque de banaliser l'IVG à grande échelle s'il est pratiqué en ville ?

- *Attitude contradictoire : ne pas - ou mal – protéger les femmes qui le souhaitent et en même temps attaquer le recours soit disant grandissant à l'IVG.*

Ne pas oublier qu'un patient peut être sous l'influence de son médecin, que la relation de confiance permet à certains médecins de s'immiscer dans la décision de continuer ou non une grossesse, de prescrire des méthodes de contraception qui n'en sont pas sans prévenir des risques, et ainsi éviter de prescrire un stérilet (vu comme une méthode abortive). Eviter également d'avouer sa conviction que la femme n'a aucun droit sur sa grossesse ni son corps.

En effet, si la décision de l'IVG incombe à la femme, celle-ci reste dépendante du médecin qui va l'aider à s'orienter, à s'informer des méthodes et des risques encourus, et qui doit aussi s'assurer du caractère définitif de la décision de la patiente.

Cette interaction avec le premier interlocuteur est capitale car celui-ci, s'il ne pratique pas l'IVG, peut soit faciliter soit entraver les démarches que la femme aura à suivre. Cependant, attention, la loi du 4 Mars 2002 sur l'information et le consentement existe².

¹ IGAS, RAPPORT N°RM2009-112P. *Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001*. 2009

² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite Loi Kouchner

Ainsi un médecin ne cautionnant pas les IVG ou encore simplement mal informé peut, étant donné l'inertie du dispositif légal et administratif, mettre la femme en porte-à-faux vis-à-vis d'un protocole par exemple médicamenteux dont les délais seraient critiques.

On peut dire que la façon dont va se dérouler l'entretien avec le premier interlocuteur détermine la longueur des démarches pré-IVG¹.

V. La sphère esthétique, ou comment un acte tabou défie le système libéral

- *Les verbatims exprimés sont de l'ordre de l'intime tout comme la sphère précédente, et se confondent avec la sphère économique comme nous l'avons décrit plus haut.*

La notion de tabou y est constamment présente et pesante : le cabinet de ville et le médecin ont une image à assumer devant une population qui a ses croyances propres. Difficile en milieu rural d'affirmer une attitude pro-IVG quand le tiers de la patientèle est catholique pratiquante. Enième limite du système libéral où un praticien privilégie l'image qui émane de son entreprise au détriment du développement d'une activité IVG, qui serait peut-être nécessaire dans un bassin de vie isolé.

Les défis de santé du XXI siècle ; comme la prise en charge des grossesses non désirées par les médecins généralistes, la prévention de l'obésité, l'éducation thérapeutique, ou encore le sevrage tabagique, doivent-ils être mis systématiquement de côté par les médecins de ville - ou relégués aux spécialistes hospitaliers - du fait des contraintes administratives, financières (rapport temps/coût) ou esthétiques qui s'imposent au système libéral ?

Conclusion

Les raisons évoquées expliquant la non pratique de l'IVG chez le médecin généraliste sont plus vastes que le prétendaient les syndicats et les rapports de certains spécialistes.

Certains grands thèmes apportent des motivations intimes qui ne sont pas ajustables par une modification de la loi ou de la procédure : l'idéologie, l'esthétique, l'entrave religieuse et la clause de conscience autorisée par la loi.

D'autres freins évoqués par les médecins découlent d'une méconnaissance de la loi et de la procédure : une simple information auprès des médecins suffirait-elle à lever ces barrières et leur permettre une libre décision ?

Certaines raisons économiques, logistiques et pratiques peuvent faire émerger des leviers pour mettre fin à cette inégalité d'offre sur le territoire.

La seconde partie de ce projet de recherche complète cette enquête qualitative afin de déterminer au sein de la population médicale de la région Centre les raisons principales et les hiérarchiser.

Peut-il en découler une liste d'objectifs dans le but d'améliorer ce dispositif qui apparaît limité en raison du système libéral que subissent les médecins généralistes ?

¹BAJOS N. Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France : Approches qualitatives et quantitative. *Rev Epidemiol Santé Publique*, 2003,51, p. 631-647

Seconde Partie

**Pourquoi si peu de médecins généralistes pratiquent
l'IVG médicamenteuse au sein de leur cabinet de ville ?**

*Une étude quantitative en région Centre en 2012
Autoquestionnaire auprès de 1000 médecins généralistes*

Pierre-Emmanuel BROCAIL

Introduction

Avec plus de 220 000 IVG en France en 2010, le taux annuel d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans reste stable ces dernières années : il est de 14,7 pour 1000 depuis 2001¹. Cependant, en région Centre, une évolution apparaît : le taux régional est plus bas qu'au niveau national : 12,1 pour 1000, et la proportion d'IVG médicamenteuse est plus forte : 60%² contre 50% au niveau national.

L'objectif du décret de 2004 est de diversifier les modalités d'accès à l'avortement afin de pallier aux difficultés croissantes que rencontrent les femmes quant au délai de prise en charge. Cet objectif ne semble pas atteint en région Centre avec seulement cinq médecins généralistes conventionnés avec un CIVG et pratiquant cet acte.

Au cours de l'enquête qualitative, nous avons recensé l'ensemble des raisons pour lesquelles les médecins généralistes de la région Centre ne pratiquent pas l'IVG dans leur cabinet. Parmi elles, certaines sont propres aux valeurs intimes des praticiens, d'autres semblent moins personnelles. Ces dernières sont potentiellement surmontables. En effet, certains médecins interrogés ne seraient pas opposés à cette pratique si ces obstacles étaient levés.

Notre travail vise à quantifier et hiérarchiser ces obstacles en soumettant un auto-questionnaire aux médecins généralistes de la région Centre.

La levée de ces difficultés pourrait être un axe prioritaire de réflexion pour les pouvoirs publics, les autorités de santé et les professionnels, afin de tendre vers les objectifs du décret de 2004.

¹ VILAIN A, MOUQUET M.-C. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2010*. Études et résultats, 2012.
Disponible sur : <http://www.ined.fr>

² DREES. *Le parcours des femmes ayant eu recours à une IVG en 2007 en région Centre*, Paris, DREES, Janvier 2011

Méthode

Une enquête quantitative est menée afin de quantifier et hiérarchiser les raisons pour lesquelles les médecins généralistes de la région Centre ne pratiquent pas l'IVG médicamenteuse dans leur cabinet de ville.

Sont inclus les médecins généralistes de la région Centre en exercice. Les Médecins généralistes à Exercice Particulier (MEP) et les médecins de SOS Médecins sont exclus de l'étude.

Après exclusion, la population totale est de deux mille médecins. Il est statistiquement nécessaire d'obtenir des réponses exploitables de la part de 10% de la population afin que les résultats en soient représentatifs¹. 200 réponses sont en conséquence nécessaires. En prévoyant un taux de réponse de 20%², il faut donc envoyer 1000 questionnaires.

La sélection de l'échantillon se fait par tirage au sort électronique et aléatoire. Cette sélection est effectuée par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Centre à partir de sa base de données actualisée.

La première partie du questionnaire s'intéresse aux déterminants sociaux. La deuxième partie est construite à partir des verbatims recueillis dans la partie précédente. Le choix est fait de laisser regroupés les verbatims par sphère afin que chaque idée soit exploitée et que le questionnaire ne soit pas présenté sous forme d'une liste d'idées à la chaîne. De plus cette présentation permettra de faire émerger une ou deux idées prédominantes par sphère.

Nous organisons un test de faisabilité auprès de cinq médecins généralistes de notre entourage. Le temps moyen de réponse est inférieur à cinq minutes. Des modifications sont apportées suite à leurs remarques.

L'URPS Centre envoie par courrier postal le questionnaire le 9 mars 2012, auquel est jointe une lettre de présentation de l'étude³, et une enveloppe réponse affranchie. La date butoir de réponse est fixée au 23 mars 2012. Une relance téléphonique est prévue du 26 au 30 mars 2012 si l'objectif fixé de deux cents réponses n'est pas atteint.

Un tableur Excel est construit à partir du questionnaire afin de mettre en évidence le nombre et le pourcentage des réponses par verbatim pour chaque sphère.

L'analyse des données est effectuée par le test du chi² à la recherche de différences significatives entre les groupes selon l'âge, le sexe, le département et le lieu d'installation⁴.

¹ DE SINGLY F. *L'enquête et ses méthodes : Le questionnaire*. Paris : Armand Colin, 2012 (Collection 128)

² AUBERT-LOTARSKI A. *Études et conseils : Démarches et outils*. 2007, École supérieure de l'éducation nationale
Disponible sur : <http://www.esen.education.fr/conseils/methode/>

³ Disponibles en Annexe I et J

⁴ MARTIN O. *L'analyse de données quantitatives*. Paris : Armand Colin, 2012 (Collection 128)

Veillez préciser :

1. **Votre année de naissance :**

2. **Votre sexe : (cochez le cercle correspondant)**

- Féminin*
- Masculin*

3. **Votre département d'installation :**

4. **Votre lieu d'exercice : (cochez le cercle correspondant)**

- Commune Rurale (moins de 2000 habitants)*
- Commune Urbaine (plus de 2000 habitants)*

5. **Pratiquez-vous des actes de gynécologie-obstétrique au sein de votre cabinet ?
(consultations de contraception, suivi de grossesse, réalisation de frottis ...)
(cochez le cercle correspondant)**

- Oui*
- Non*

Concernant la prise en charge de l'IVG médicamenteuse en cabinet de médecine générale :

Quelles sont les raisons pour lesquelles vous ne pratiquez pas l'IVG médicamenteuse au sein de votre cabinet ?

1. **Sur le plan économique :**

(Si vous êtes concerné par les propositions suivantes, classez les par ordre décroissant d'importance, en numérotant de 1 à 4, 1 étant la raison principale.)

- Manque d'une contrepartie financière substantielle
- La lourdeur de la procédure : investissement nécessaire chronophage = perte de rendement
- Perte possible de patients (patients anti-IVG) = perte de rendement
- Pas de demande de la part des patientes

(Si vous n'êtes pas concerné par ces propositions, cochez cette case :)

2. **Sur le plan logistique :**

(Si vous êtes concerné par les propositions suivantes, classez les par ordre décroissant d'importance, en numérotant de 1 à 5, 1 étant la raison principale)

- Activité chronophage
- Manque de ressources / moyens (matériel et aménagement)
- La responsabilité / le risque (assurances et conséquences)
- Situation géographique (cabinet trop proche ou au contraire trop éloigné d'un CIVG)
- Le système existant est satisfaisant

(Si vous n'êtes pas concerné par ces propositions, cochez cette case :)

3. Sur le plan pratique :

(Si vous êtes concerné par les propositions suivantes, classez les par ordre décroissant d'importance, en numérotant de 1 à 6, 1 étant la raison principale)

- IVG = Prise en charge globale et travail d'équipe
- Médecine générale = spécialité ingrate / un fourre-tout alimentant un sentiment d'exploitation
- Méconnaissance de la possibilité d'exercer l'IVG médicamenteuse en cabinet
- Manque de formation
- Alourdissement de la charge administrative
- L'IVG ne rentre pas dans les missions de la médecine générale

(Si vous n'êtes pas concerné par ces propositions, cochez cette case :)

4. Sur le plan idéologique :

(Si vous êtes concerné par les propositions suivantes, classez les par ordre décroissant d'importance, en numérotant de 1 à 5, 1 étant la raison principale)

- Conviction scientifique
- Entrave religieuse
- L'éthique
- Peur de banalisation du geste
- Contestation politique: une loi non applicable

(Si vous n'êtes pas concerné par ces propositions, cochez cette case :)

5. Sur le plan esthétique (« image socio-professionnelle ») :

(Si vous êtes concerné par les propositions suivantes, classez les par ordre décroissant d'importance, en numérotant de 1 à 4, 1 étant la raison principale)

- Le spectre de la faiseuse d'anges : peur pour votre réputation et votre image
- IVG = tabou, nécessité d'un cadre intime et confidentiel. Socialement incorrect ?
- Par tradition ou habitude (envoi systématique des patientes vers un CIVG)
- L'identification du cabinet serait difficile à assumer

(Si vous n'êtes pas concerné par ces propositions, cochez cette case :)

Tournez la page pour y inscrire vos commentaires libres.

Résultats

450 questionnaires nous sont retournés du 15 au 23 mars 2012.

19 questionnaires ont été remplis de manière incorrecte, et sont inexploitable.

Au total **431 questionnaires exploitables** ont pu être saisis informatiquement.

Nous obtenons donc un taux de réponse de 45% et un **taux de réponse exploitable de 43,1%**.

Aucune relance téléphonique n'a été nécessaire étant donné le taux de réponse.

Ci-dessous la description de la population étudiée :

(Les données manquantes sont annotées DM)

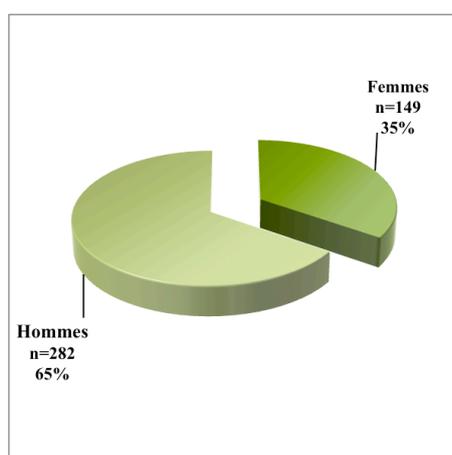


Figure 1 : Répartition des médecins en fonction de leur sexe

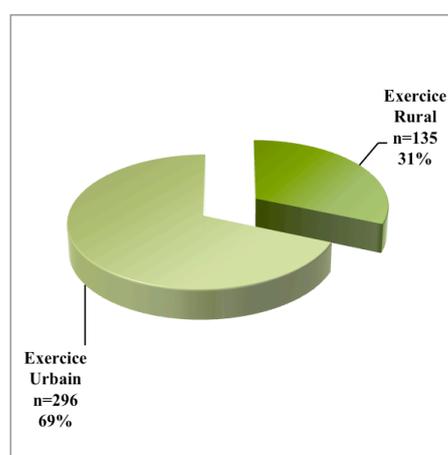


Figure 2 : Répartition des médecins en fonction de leur mode d'exercice

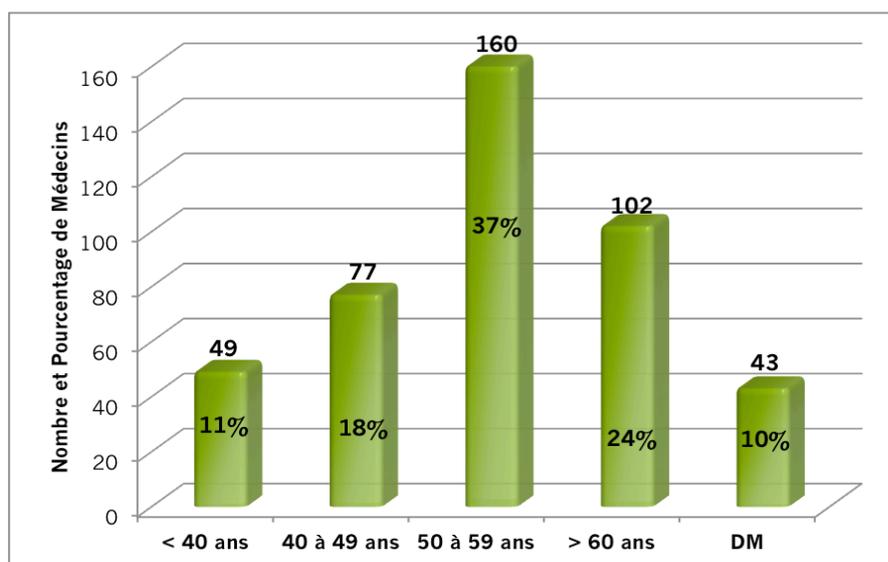


Figure 3 : Répartition des médecins en fonction de leur âge

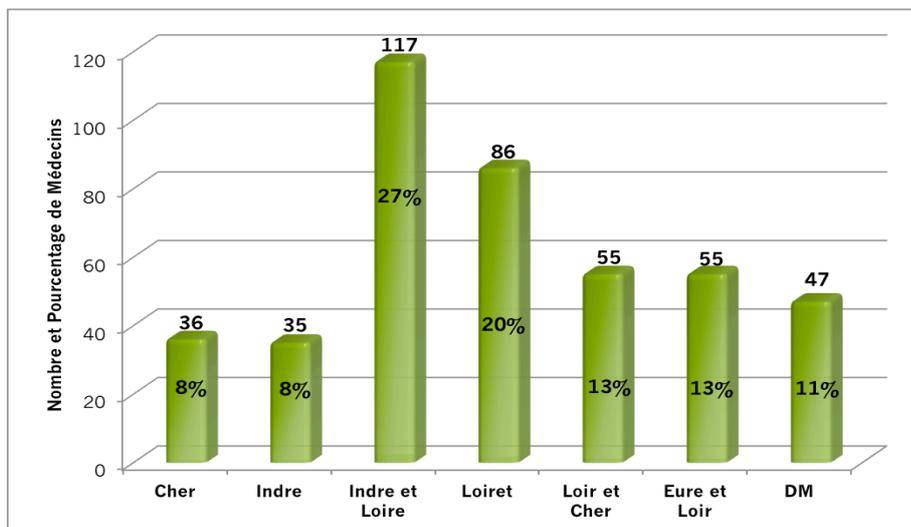


Figure 4 : Répartitions des médecins en fonction de leur lieu d'exercice

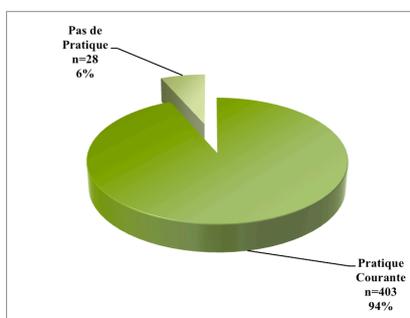


Figure 5 : Répartition des médecins en fonction de leur pratique gynécologique

Analyse quantitative : les raisons principales identifiées

Pour chaque sphère, les médecins ont hiérarchisé les items proposés de 1 à x , le rang 1 représentant la raison la plus importante dans la non pratique de l'IVG au sein de leur cabinet.

Quand un item est classé au rang 1 ou au rang 2 , il est considéré comme raison principale.
 Quand il est classé de 3 à x, il n'est pas considéré comme raison principale.

Après analyse des résultats, les raisons principales sont :

« Absence de demande de la part des patientes » (n=207)
 et « Lourdeur de la procédure » (n=170)
pour la sphère économique.

« Le système existant est satisfaisant » (n=164)
 et « La responsabilité/Le risque » (n=137)
pour la sphère logistique.

« Manque de formation » (n=189)
 et « Nécessité d'une prise en charge globale » (n=189)
pour la sphère pratique.

« Peur de la banalisation du geste » (n=87)
 et « L'éthique » (n=56)
pour la sphère idéologique.

« Par tradition » (n=155)
 et « L'identification du cabinet serait difficile à assumer » (n=42)
pour la sphère esthétique.

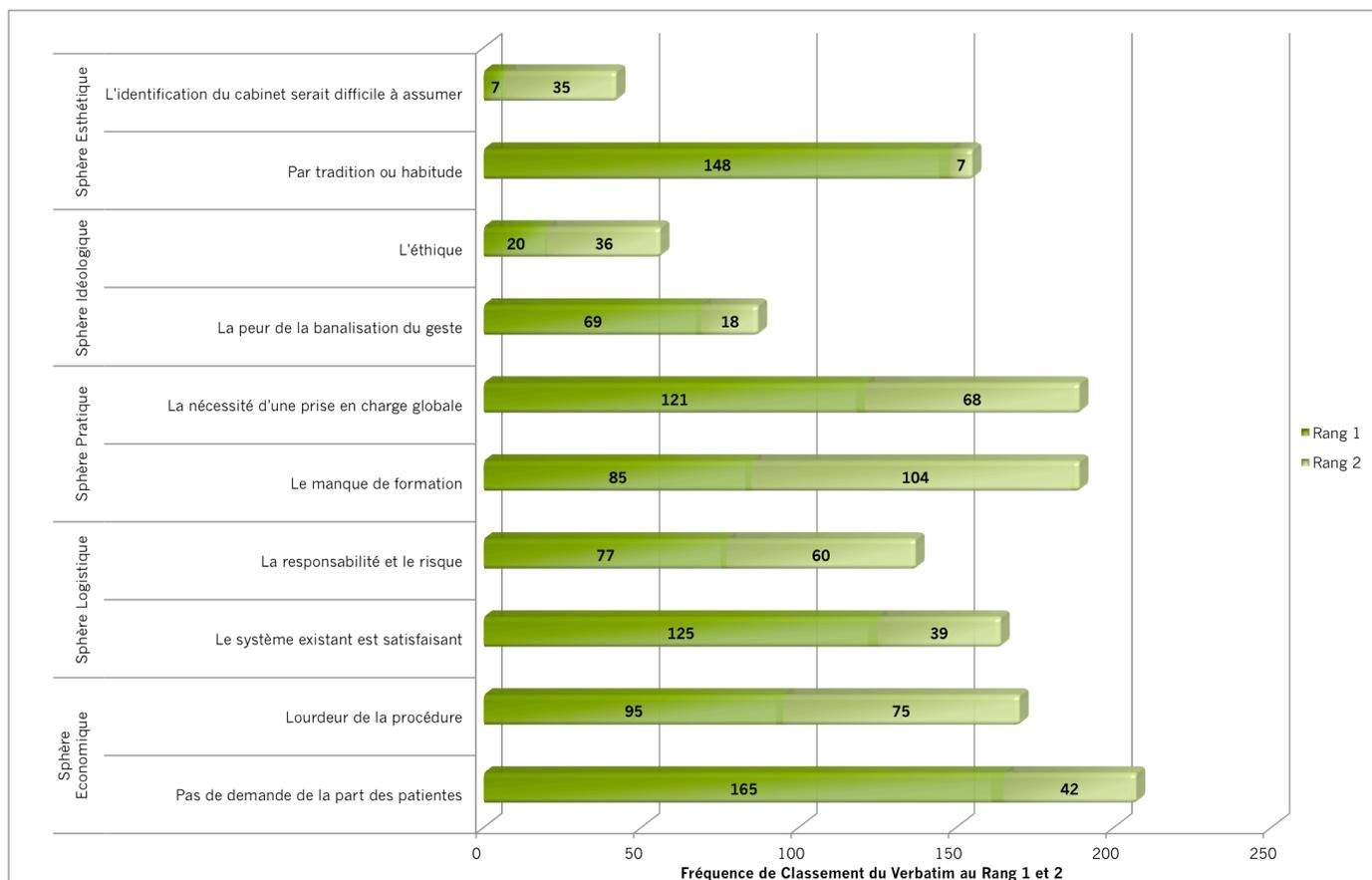


Figure 6 : Fréquence de classement au rang 1 et 2 pour les deux principaux verbatims recensés, par sphère

Les sphères idéologiques et esthétiques retrouvent le plus de médecins répondant « *Non Concerné* » (respectivement 308 et 269).

La sphère pratique retrouve le moins de médecins « *Non Concerné* » (n=61).

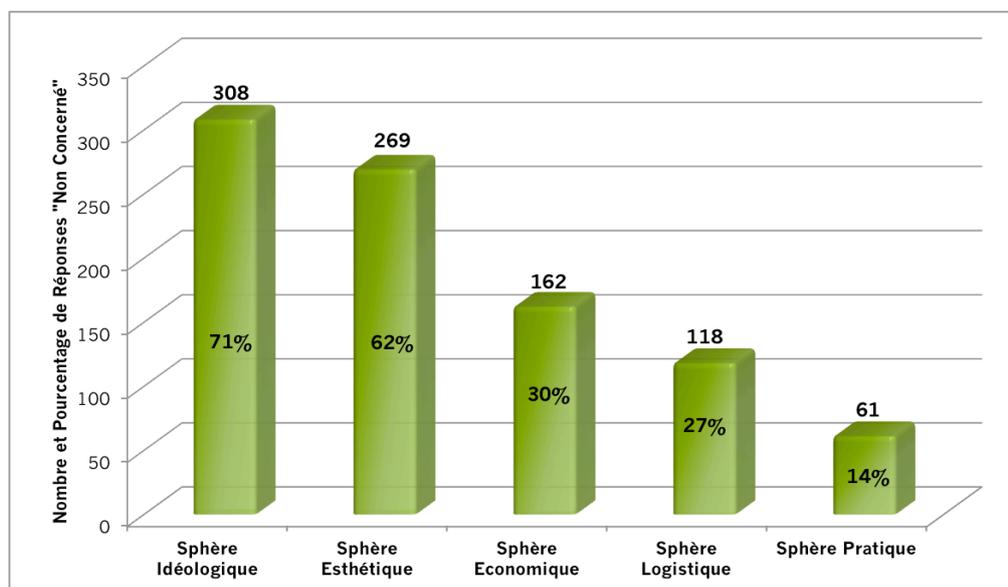


Figure 7 : Nombre et pourcentage de médecins « *Non Concerné* », par sphère

Analyse stratifiée : les différences significatives

L'analyse stratifiée en fonction des sous-groupes d'âge révèle des différences statistiquement significatives :

1. Les médecins de moins de quarante ans classent plus les items « *Lourdeur de la procédure* » et « *Manque de ressources et de matériel* » en raisons principales que les médecins de plus de quarante ans ($p < 0,05$).
2. Les médecins de plus de quarante ans classent plus les items « *Activité chronophage* » et « *L'IVG ne rentre pas dans les missions de la médecine générale* » en raison principale que les médecins de moins de quarante ans ($p < 0,05$).

L'analyse stratifiée en fonction du sexe révèle également des différences statistiquement significatives :

Les items suivants sont plus classés en raisons principales par les femmes que par les hommes ($p < 0,05$):

- « *Manque de ressources et de moyens* »
- « *La responsabilité/le risque* »
- « *Manque de formation* »
- « *IVG = tabou, nécessité d'un cadre intime et confidentiel.* »
- « *Socialement incorrect ?* »
- « *Par tradition* »

L'analyse stratifiée ne retrouve aucune différence statistiquement significative entre médecins ruraux et urbains.

Discussion

I. Le questionnaire

La construction du questionnaire a permis de mettre en évidence deux raisons principales par sphère. En revanche, elle ne permet pas de mettre en évidence LA réponse principale à la question, les sphères n'étant pas comparables entre elles. Mais une seule solution peut-elle être suffisante afin de résoudre un problème complexe ?

La diversité des réponses apportées lors des entretiens semi-dirigés de la partie précédente confirme que ce problème ne saurait être unifactoriel.

La compréhension du questionnaire a-t-elle pu être altérée par le choix de reprendre mots pour mots les verbatims de l'enquête qualitative ?

En effet, des expressions telles que « Le spectre de la faiseuse d'anges », « L'identification du cabinet difficile à assumer », et d'autres encore n'auraient-elles pas dû être reformulées ? La connotation péjorative de ces verbatims aurait-elle offensé certains médecins et ainsi limité le taux de réponse ?

Le taux de réponse attendu pour une telle étude était de 15 à 20% (données des thèses antérieures, du DUMG de Tours et de l'ESEN¹). Le taux de réponse effectif est de 45% : preuve de la faisabilité du questionnaire et surtout d'un sujet qui suscite les passions au sein de notre communauté médicale. Cette étude est donc légitime, ce taux de réponse révèle l'intérêt marqué que les médecins portent à la problématique de l'IVG médicamenteuse.

Les résultats de la question 5 concernant la pratique ou non d'actes de gynécologie soulève une question (403 pratiquent, 28 non) :

Plus de 93% des médecins généralistes pratiquent-ils réellement des actes de gynécologie-obstétrique au sein de leur cabinet ? Ce résultat a pu être biaisé par une formulation imprécise. N'aurait-il pas fallu introduire la notion de fréquence et exclure la simple prescription de contraception des actes de gynécologie ?

Nous n'avons pas retenu cette donnée pour l'analyse stratifiée.

II. La sphère économique, entachée par la non connaissance de la loi et de la procédure

- *La raison principale évoquée est l'absence de demande de la part des patientes. Mais comment interpréter cette absence de demande ?*

Est-ce du fait de l'absence d'offre de cette pratique par les médecins généralistes ? L'offre ne crée-t-elle pas la demande ?

Ou encore, est-ce par le manque d'information des femmes quant à la possibilité de réaliser leur IVG chez leur médecin généraliste ? Ce manque d'information est imputable aussi bien aux médecins généralistes qu'aux autorités de santé responsables de l'offre de soins.

- *La deuxième raison principale est la lourdeur de la procédure.*

Nous le verrons plus tard, cette procédure n'est en fait pas connue des médecins, ce résultat est donc difficilement interprétable.

Ce verbatim est statistiquement plus fréquemment recensé par les médecins de moins de 40 ans ($p < 0,05$) : sont-ils mieux ou moins bien informés que leurs aînés de cette procédure ? La haute technicité de leur lieu de stage de gynécologie-obstétrique leur inculque qu'en dehors d'un important plateau technique la pratique de la gynécologie est impossible.

¹ AUBERT-LOTARSKI A. *Études et conseils : Démarches et outils*. 2007, École supérieure de l'éducation nationale
Disponible sur : <http://www.esen.education.fr/conseils/methode/>

- *Le manque de contrepartie financière n'a pas été évoqué comme raison principale.*

Ce constat est en opposition avec le communiqué de MG France¹. Est-ce dû au fait que les médecins interrogés ne connaissent pas son tarif, tout comme ils ne connaissent pas la procédure ? Nous-mêmes, internes, avons appris la cotation en réalisant cette recherche.

Que penser, en temps de crise, d'une organisation représentative qui affirme au grand public que les choix ou convictions des médecins ne se font qu'au grès des contreparties financières ? Ne serait-il pas dommageable pour la profession et la société que la simple modification de la tarification de cet acte soit suffisante à modifier les consciences ?

- *La polémique ANAES versus AMM :*

Etant donné que la cotation FHV (forfait honoraires) et FMV (forfait médicaments) est de 191,74€ au total, les médecins de ville qui pratiquent l'IVG médicamenteuse ont été amenés à pratiquer hors AMM pour des raisons scientifiques (200mg de Mifégyne® et non 600mg, et financières : prescription du Cytotec® au profit du Gymiso®) :

1. La plupart des médecins suivent les recommandations ANAES en administrant un seul comprimé de Mifégyne® (RU486) de 200mg (soit 25€) et deux comprimés de Cytotec® (hors AMM, soit 0,66 euros). Il reste donc environ 165€ au médecin. Cette prescription est entièrement hors AMM.
2. Soit l'on suit l'AMM, et l'on doit administrer trois comprimés de Mifégyne® soit 600mg (soit 77€) et deux comprimés de Gymiso® (identique au Cytotec® mais ayant l'AMM soit 15€). Il reste donc environ 100€ au médecin.

Une clarification doit être apportée rapidement pour protéger les prescripteurs et arrêter ces polémiques dangereuses amenant à prescrire hors AMM.

III. La sphère logistique et ses a priori

- *Les médecins affirment que le système actuel de prise en charge des grossesses non désirées est satisfaisant tel quel.*

Or, en région Centre, en 2007, la capacité d'accueil des CIVG ne permettait qu'à 56% des femmes d'obtenir un rendez-vous de consultation dans les délais recommandés par la HAS, soit dans les cinq jours suivant l'appel. De même 25% des femmes en demande d'IVG ne savaient pas où se rendre et pour 7% d'entre elles, personne n'est venu leur apporter une aide pour les orienter dans leur démarches². Est-ce réellement satisfaisant ?

Un des objectifs du décret de 2004 était de raccourcir le délai de prise en charge pour ces femmes. Un rendez-vous chez le médecin généraliste est généralement obtenu dans un délai plus court que chez un gynécologue (ville ou hôpital) ; de plus en région Centre, le médecin généraliste reste le praticien le plus accessible géographiquement (zones désertifiées en spécialistes, femmes non véhiculées etc.). Pour l'instant...

Au delà de ces considérations et avant tout, nous savons qu'une prise en charge médicale de qualité est conditionnée par l'implication des patients dans la décision thérapeutique.

En élargissant l'offre de soins, le choix des modalités de leur IVG est laissé aux femmes, et l'acceptation de cet acte ne peut qu'en être meilleure³. Le système existant, sans réel choix pour les femmes, ne peut donc être satisfaisant : il met en évidence l'inégalité d'accès aux soins en France.

¹ MG France. *Forfait IVG: il faut aussi le doubler en libéral*. Référence du communiqué de presse : N° 90. 15 Mars 2010

² DREES. *Le parcours des femmes ayant eu recours à une IVG en 2007 en région Centre*, Paris, DREES, Janvier 2011

³ IGAS, RAPPORT N°RM2009-104A. *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*. 2009

- *La deuxième raison principale évoquée dans la sphère économique concerne la responsabilité et les risques engendrés par la prise en charge de l'IVG médicamenteuse en ville.*

D'une part, le taux de complication est le même qu'à l'hôpital puisque les médicaments utilisés sont les mêmes : le misoprostol a été massivement utilisé depuis les années 1990 et a prouvé son innocuité sur les coronaires et ne justifie plus d'hospitalisation¹. Concernant le risque hémorragique, il a été prouvé que si celui-ci devait se produire, il survenait au-delà des 3h de surveillance prévues dans le protocole et que de ce fait il se déroulait hors surveillance hospitalière^{2,3,4,5,6}. De même, comme nous l'avons vu dans la partie précédente, après enquête auprès des assureurs aucune assurance supplémentaire n'est obligatoire.

D'autre part, en cas de complication, c'est le CIVG avec lequel le médecin a signé une convention qui s'engage à prendre en charge la patiente⁷. Méconnaissance de la loi et de la procédure.

Une différence significative apparaît : cette raison est plus fréquemment recensée par les médecins femmes. Sont-elles plus craintives ? Pour des raisons personnelles ? En fonction de leur vécu de femme ? Ou encore, devons-nous interpréter cette différence par une vieille idéologie – aussi machiste soit-elle – en affirmant que les hommes sont plus « aventuriers » et moins enclins à la peur du nouveau et du risqué ? Les auteurs ne sont pas de cet avis.

IV. La sphère pratique, des raisons légitimes et ajustables

Les médecins mettent autant en avant leur manque de formation que la nécessité d'une prise en charge globale et d'un travail d'équipe dans la prise en charge des IVG médicamenteuses.

- *Nous ne pouvons qu'abonder dans leur sens quant au manque de formation.*

Durant le cursus médical initial, très peu de temps est consacré à l'enseignement de la prescription des méthodes contraceptives ainsi qu'aux techniques d'interruption de grossesse. Beaucoup de nos confrères, de tous âges, nous ont avoué ne pas être à l'aise avec la prescription comme la délivrance d'information à propos de la contraception et de l'IVG. Les médecins femmes recensent également ce verbatim plus fréquemment que les médecins hommes.

Or, la formation initiale n'est-elle pas la même pour tout le monde ?

Cela est-il à interpréter de façon croisée avec le fait qu'elles recensent le verbatim « *La responsabilité/le risque* » plus fréquemment que leurs confrères ?

Comme le souligne Danielle Hassoun⁸, la peur de la responsabilité et des risques engendrés est en partie due à une mauvaise formation. Il est donc logique de retrouver ces deux différences significatives au profit de nos consoeurs.

¹ ANAES. *Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines*, Paris, ANAES, 2001, 95 p.

² SCHAFF EA, SYDALIUS LS, EISINGER SH, FRANKS P. Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU 486) for abortion. *J Fam Pract*, 1997 ; 44 : 353-60

³ ALLEN R, WESTHOFF C, DE NONNO L, FIELDING S, SCHAFF E. Curettage after mifepristone-induced abortion : frequency, timing and indications. *Obstet Gynecol*, 2001 ; 98 : 101-6

⁴ GUENGANT JP, BANGOU J, ELUL B, ELLERTSON C. Mifepristone-misoprostol medical abortion. Home administration of misoprostol in Guadeloupe. *Contraception*, 1999 ; 60 : 167-72

⁵ ELLUL B, PEARLMAN E, SORHAINDO A, SIMONDS W, WESTHOFF C. In depth interview with medical abortion clients : Thoughts on the method and home administration of misoprostol. *J Am Med Women Assoc*, 2000 ; 55 : 169-72

⁶ FAUCHER P, BAUNOT N, MADELENAT P. The efficacy and acceptability of mifepristone medical abortion with home administration misoprostol provided by private providers linked with the hospital : a prospective study of 433 patients. *Gynecol Obstet Fertil*, 2005 ; 33 : 220-7

⁷ Article 4 de la *Convention Type*. Disponible en annexe D

⁸ CONGRES IMPACT SANTE (2009 ; Paris). *12es Avancées en gynécologie et obstétrique*. HASSOUN D. Disponible sur : http://congres.impact-sante.fr/gynecologie/pdf/Presentation_Hassoun_9h.pdf

La formation initiale en gynécologie-obstétrique est à revoir, comme le souligne l'IGAS dans son rapport de 2009 : « La maîtrise de la fécondité est une question qui concerne potentiellement à un moment ou l'autre de la vie l'ensemble de la population, mais elle prend peu de place dans la formation des futurs médecins généralistes qui y seront pourtant fréquemment confrontés dans leur pratique. L'étroitesse du socle de formation initiale sur ces questions, l'obsolescence rapide des connaissances techniques dans un domaine en pleine transformation se traduisent par la persistance chez certains praticiens d'idées reçues : comme on l'a vu, nombre de médecins excluent purement et simplement la pose d'un DIU chez une nullipare; par ailleurs on continue de voir des IVG suite à un arrêt de pilule recommandé par le médecin pour la « mise au repos des ovaires » ».

Le résultat de notre enquête conforte les recommandations 26, 27 et 28 qui font suite à ce rapport de l'IGAS : l'accent doit être mis sur la formation des jeunes médecins, tant sur la prise en charge de l'IVG que sur la contraception.

- *La question de la prise en charge globale des patientes est complexe :*

La loi de 2001 a aménagé le parcours des patientes en supprimant pour les majeures l'obligation de l'entretien psycho-social préalable. Obligation supprimée sur demande de mouvements féministes et constatation des professionnels de santé : cet entretien était ressenti comme une intrusion dans la vie privée de la patiente, entretien qui contenait une liste de questions concernant les motivations du geste et qui semblait être trop culpabilisant.

Dans les faits, en région Centre, 46% des établissements seulement proposent systématiquement un entretien psycho-social préalable aux femmes majeures. Quant à l'entretien psycho-social post-IVG, il n'est que très rarement proposé de façon systématique aux femmes majeures (7% des établissements)¹.

En ville, si la patiente exprime le désir d'en bénéficier, elle sera adressée au CIVG avec lequel le médecin est conventionné.

Mais qu'en est-il des femmes ne pouvant se déplacer jusqu'à l'hôpital pour effectuer leur suivi psychologique ? Quel est l'intérêt d'une procédure ambulatoire où le soutien psychologique n'est pas pris en charge en ville ?

L'enquête qualitative a montré au cours des entretiens que les médecins se sentaient démunis face à la détresse occasionnée par ce moment de vie difficile. Certains ont émis l'hypothèse de créer une consultation double, ou d'avoir au moins une « personne contact » très rapidement en cas de besoin. Ceux-ci pensent que la procédure à l'hôpital permet aux patientes de recourir à un psychologue de façon systématique : mais une fois de plus la méconnaissance de la loi et de la procédure amène à des idées fausses.

Est-ce que la suppression de l'entretien psycho-social décrétée par les législateurs était une bonne chose ? Nous n'avons pas recensé de données concernant l'avis des patientes et l'impact de cette modification.

Les consultations psycho-sociales à titre systématique ou « consultation double » proposées par les médecins découlent de leur manque de confiance en leur pratique, ce qui est intimement lié au manque de formation.

L'idéal serait de développer un réseau Ville-Hôpital entre les généralistes souhaitant intégrer ce dispositif et les psychologues et/ou les assistantes sociales en lien avec le CIVG, afin que le praticien ne se sente pas isolé. Le boom des Maisons de Santé Pluridisciplinaire en région Centre y changera-t-il quelque chose ?

¹ DREES. *Le parcours des femmes ayant eu recours à une IVG en 2007 en région Centre*, Paris, DREES, Janvier 2011

- Les médecins de plus de quarante ans classent plus l'item « *L'IVG ne rentre pas dans les missions de la médecine générale* » en raison principale que les médecins de moins de quarante ans ($p < 0,05$) : évolution de la médecine ? Conflit de génération ? Manque de réalisme des jeunes face aux contraintes du système libéral ?

On ne peut que se féliciter quant aux changements de conscience vis à vis de l'IVG en médecine générale chez la nouvelle génération. Ont-ils mieux intégré le fait que le choix de la méthode conditionne l'acceptation ? Les plus âgés ont-ils été dépossédés de la gynécologie par un discours médiatique répétitif prônant la prise en charge gynécologique hors du champ de compétence du médecin généraliste ? N'ont-ils pas été stigmatisés et qualifiés d'incompétents ? N'auraient-ils pas baissé les bras face à cette dévalorisation de leur métier ?

V. La méconnaissance de la loi, un frein préoccupant en 2012

- *Tout classement confondu, 65% des médecins interrogés ont déclaré méconnaître la loi permettant la pratique de l'IVG au cabinet.*

« *Je vous remercie de votre questionnaire, car grâce à vous je prends connaissance de la possibilité de l'IVG médicamenteuse en médecine générale, chose que je ne connaissais pas* », extrait d'un commentaire libre d'un questionnaire.

Ce résultat est regrettable et mérite réflexion. A titre d'exemple, la totalité des Maîtres de Stage Universitaire Ambulatoire (médecins généralistes accueillant un interne pendant six mois de stage ambulatoire obligatoire) que les auteurs ont rencontré n'avait pas connaissance de cette loi, alors que ce sont eux les formateurs !

Que penser alors des raisons évoquées telles que « *Lourdeur de la procédure* », « *La responsabilité et le risque* », « *La nécessité d'une prise en charge globale* » ?

Nous avons vu précédemment que c'est bien la méconnaissance de la loi et de la procédure qui amène à de faux débats sur ces trois verbatims.

Or, ces trois verbatims sont trois raisons principales retrouvées dans les analyses statistiques !

De nombreux questionnaires ont été retournés nous exprimant leur entière disposition à entrer dans ce dispositif.

Il est dommage que les médecins français soient avertis des possibilités d'exercice qui s'offrent à eux par l'intermédiaire d'un questionnaire de thèse. Le parachutage d'une disposition ouverte aux médecins généralistes sans concertation, sans préparation, et sans information est donc inefficace.

En 2011, un travail de recherche dans le cadre de la réalisation d'une thèse de médecine générale par M. NGUYEN Franck a été réalisé auprès de 63 médecins généralistes de Paris pratiquant l'IVG médicamenteuse dans leur cabinet¹. Un des objectifs secondaires était de déterminer leur taux de satisfaction :

75% des médecins interrogés se disent satisfaits de la pratique de l'IVG en ville.

Ainsi, à la question de ce qu'apporte l'IVG dans la pratique quotidienne en tant que médecin généraliste, la réponse qui revient le plus souvent est la satisfaction du service rendu à la patiente. On note ainsi parmi les réponses :

« Enfin un acte qui rend service aux patients ! Acte valorisant pour le médecin. Ça me pousse à réfléchir à ma pratique, un réel plaisir de dépanner... »

« Je n'ai pas besoin de téléphoner à droite à gauche pour trouver une solution à leurs demandes.

« La possibilité de rendre service à mes patientes et de leur éviter "le parcours du combattant" »

« Un soutien rapide à une femme en détresse »

¹ NGUYEN F. *L'interruption volontaire de grossesse en pratique de ville : Spécificités et difficultés rencontrées dans la pratique de ville dans le cadre de l'IVG par méthode médicamenteuse*, 96p. Thèse : Médecine : Paris XIII : 2011

VI. Les sphères idéologique et esthétique, des opinions extrêmes et minoritaires, mais dangereuses pour les patientes

La majorité des médecins a déclaré ne pas être concernée par les sphères idéologique et esthétique (respectivement 308/431 et 269/431).

Les items de ces sphères représentent donc des positions extrêmes et minoritaires. Il existe parmi les médecins généralistes de France – comme dans la population générale - des réfractaires à l'avortement.

- Certains des questionnaires qui ont été retournés nous ont particulièrement frappés : *« Pour tout médecin ayant prêté le serment d'Hippocrate, l'IVG est une interruption de vie sciemment exécutée. Cette vie est une vie humaine. Quelle que soit la technique, il s'agit d'un meurtre au sens commun du mot. Le médecin se rend donc criminel en y participant ».*

« Madame pratique une IVG à 40 ans car elle a déjà trois enfants, c'est bien assez, mais elle n'avait qu'à pas oublier sa pilule ! En plus une IVG ça arrange bien Monsieur qui n'aura pas à investir dans une voiture familiale un peu plus grande à cause de la venue d'un petit supplémentaire ! Votre étude est honteuse ! ».

« Il est hors de question de continuer de cautionner des meurtres d'enfants ! Honte sur vous qui terminez vos études sur une aussi décadente recherche ! Vous ne devriez jamais être médecins ! ».

Nous ne doutons pas que ces médecins mettent autant de rage, de force et de temps à améliorer leur pratique, écouter leurs patients et s'ouvrir à un monde qui change, qu'à écrire ces lettres d'insultes à notre encontre. Les auteurs ne peuvent qu'être peinés pour les patientes de ces médecins.

Concernant la sphère esthétique :

- Le conflit éthique, recensé comme raison principale dans cette sphère, soulève la question du commencement de la vie et la réponse à cette question reste du ressort des valeurs intimes, en fonction de la religion, des croyances, de la philosophie, de vécu propre à chaque individu. La clause de conscience peut alors être avancée et doit être défendue et respectée.

Un fossé existe entre ces médecins anti-avortement et d'autres, qui permettent à des femmes d'accéder à une Interruption Médicale de Grossesse (IMG) à plus de 14 semaines d'aménorrhée, pour détresse maternelle avancée, sans aucune raison somatique justifiant cet acte (situation rencontrée par les auteurs lors de leur stage d'internat).

- En cas de pratique d'IVG médicamenteuse au cabinet, pour certains médecins, l'identification du cabinet serait difficile à assumer. C'est la deuxième raison principale évoquée dans la sphère esthétique par les médecins concernés par cette sphère.

Concernant la sphère idéologique :

- La raison principale évoquée est *« la tradition, l'habitude »*. Ce résultat est concordant avec la raison principale de la sphère pratique : *« Le système actuel est satisfaisant »*. Habituel pour qui ? Satisfaisant pour qui ?

Pas pour les patientes en tout cas, à en juger les difficultés d'accès aux consultations CIVG comme le montrent les données de la DREES en 2011 citées plus haut.

Les médecins, du milieu rural principalement, mettent aussi bien en avant la peur d'une perte d'une partie de leur patientèle (qui serait en désaccord avec cette pratique), mais aussi la peur d'un recrutement trop important de femmes consultant pour des IVG si cette activité venait à être ébruitée.

- La peur de la banalisation du geste a été mise en avant par la majorité des médecins concernés par la sphère idéologique.

Pour ces médecins, l'IVG nécessite une prise en charge hospitalière (avec toute la représentation qu'elle implique) afin que les femmes aient pleinement conscience de leur acte. Cette peur de la banalisation peut être entendue. Néanmoins, n'est-il pas l'occasion pour le médecin de saisir cette opportunité pour engager le débat de l'échec de contraception avec sa patiente ? Y'a-t-il eu un défaut d'information quant à la contraception ?

Plus de 93% des médecins interrogés affirment effectuer des consultations de contraception. Ceux-ci s'assurent-ils lors de ces consultations des connaissances de leurs patientes :

Sur leur contraception ?

Sur la physiologie de la reproduction ?

Sur leur activité sexuelle ?

Sur les risques et effets indésirables de ce traitement ?

Sur la conduite à tenir en cas d'oubli ?

Sur la permanence des soins en cas d'oubli ? (Pharmacie, centre 15, IDE, CPEF etc.)

Délivrent-ils tous une information claire, loyale et appropriée ?

S'assurent-ils de la bonne compréhension de leurs propos par les patientes ?

Avant tout un problème de contraception ?

« Très peu de femmes, jeunes et moins jeunes, utilisent l'implant, l'anneau vaginal ou encore le patch contraceptif, qui sont pourtant des moyens de contraception moins contraignants au quotidien que la pilule. De même, peu savent que le stérilet est utilisable chez les jeunes femmes, même si elles n'ont pas encore eu d'enfants. Problème : aujourd'hui, seuls les stérilets, les pilules de deuxième génération [...] et les implants sont remboursés, à l'inverse des anneaux, patchs et préservatifs, masculins ou féminins. Le remboursement n'est donc pas neutre et oriente la demande et la prescription, tout en excluant l'accès à certains produits, pourtant très efficaces et peu invasifs, pour les plus défavorisés et les plus jeunes », dixit Dr Jean-Philippe Rivière, en discussion sur le forum <http://www.doctissimo.fr>, source fréquente d'information des patientes, et référencée *en première et deuxième position* lors de la recherche « IVG médicamenteuse » sur Google.

72% des femmes ayant recours à une IVG déclarent prendre une contraception, dans 42 % des cas cette contraception reposait sur une méthode médicale théoriquement très efficace (pilule ou stérilet)¹. Ces échecs reflètent une inadéquation des méthodes et pratiques contraceptives : sortir du tout pilule est primordial. Les médecins doivent maîtriser et apprendre à prescrire d'autres moyens de contraception que la pilule.

Avoir peur de la banalisation du geste serait admettre que les femmes sont seules responsables de cet échec : ce n'est pas juste. Société-Etat, Université, effecteur de santé, médias et patients se partagent cette responsabilité.

¹ IGAS, RAPPORT N°RM2009-112P. *Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001*. 2009

Conclusion

Les raisons principales expliquant la non pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes de la région Centre au sein de leur cabinet sont donc identifiées.

- La majorité des médecins n'étant pas concernée par les sphères esthétique et idéologique, nous laissons donc ces opinions extrêmes de côté, qui relèvent de la clause de conscience. Quant à la peur de la banalisation du geste, les médecins doivent avant se questionner quant aux causes de l'IVG : l'échec de contraception est la cause principale.
- La nécessité d'une prise en charge globale, la responsabilité et les risques engendrés, ainsi que la lourdeur de la procédure ne sont pas des freins réels. Recensés comme raisons principales, ils découlent d'une méconnaissance de la loi et de la procédure.

Un levier simple et peu coûteux pour les autorités concernant ces trois principales raisons à la non pratique : INFORMER les médecins. Est-ce irréaliste et irréalisable ?

Rappelons par ailleurs ce chiffre édifiant : 65% des médecins interrogés ont déclaré ne pas connaître cette loi. La totalité des Maîtres de Stage Universitaire Ambulatoire rencontrés ne connaissaient pas la loi.

Le réseau Ville-Hôpital doit être renforcé pour apporter soutien au médecin conventionné avec le CIVG. Le parcours psychologique pour la patiente est établi et pris en charge, reste à rassurer les médecins dans leur pratique.

Le « boom » des Maisons Pluridisciplinaires de Santé en région Centre pourrait être l'occasion de mettre en place ce dispositif et de tout mettre en œuvre pour faciliter cette procédure pour les médecins qui le souhaitent.

- Le manque de formation référencé comme raison principale à la non pratique de l'IVG en ville est consternant : un étudiant en médecine générale en France peut sortir de ses neuf années d'étude sans avoir mis un pied en CIVG ou dans un service de gynécologie, ces stages n'étant ni obligatoires pendant l'externat ni pendant l'internat !

Il en va des autorités de santé, de la Commission Pédagogique Nationale des Etudes Médicales, des syndicats représentatifs, de la Conférence des Doyens et des Ministères des Tutelles, de prendre leurs responsabilités : les médecins généralistes peuvent sortir de leurs études sans avoir réellement appris à poser un implant ou prescrire une contraception orale. L'enseignement théorique préparatoire aux Epreuves Classantes Nationales n'est-il pas aussi désuet ?

Un levier simple et peu coûteux pour les autorités concernant cette raison à la non pratique : FORMER les médecins. Est-ce irréaliste et irréalisable ?

Rappelons une fois de plus un chiffre édifiant : 70% des médecins interrogés ont déclaré ne pas pratiquer par manque de formation.

- La notion de « *système actuel satisfaisant* », et d' « *envoi systématique vers un CIVG par tradition ou habitude* » est de même consternante. **Satisfaisant pour qui ?**

Nous l'avons vu, les difficultés d'accès à ce soin existent, trente ans après la loi Veil. Il est temps que les médecins ne voient plus cette problématique uniquement de leur point de vue :

Oui, les CIVG existent.

Non, les patientes ne veulent peut-être pas toutes s'y présenter.

Non, la consultation est parfois retardée, le délai est dépassé, et la méthode devient alors chirurgicale.

Certaines préféreraient peut-être être accompagnées par leur médecin pour ce moment de vie difficile ?

« Pour un avortement, il n'y a pas de bonne ou mauvaise méthode : ce qui est important, c'est d'avoir le choix ». Laurence Roussel, membre du Bureau National du Planning Familial.

Il est donc nécessaire de s'intéresser à celles que l'on entend peu dans les communiqués de presse, celles qui ont des difficultés d'accès aux soins ou des difficultés de moyens, celles qui sont mineures, celles qui sont en détresse, celles qui craignent d'aller à l'hôpital, celles qui se retrouvent face à des professionnels de santé ne sachant pas où les diriger, celles qui élèvent plusieurs enfants et préféreraient avoir recours à une IVG à domicile, sans être hospitalisées : les femmes, qu'en pensent-elles ?

Troisième Partie

**Existe-t-il une réelle demande de la part des patientes à pratiquer
l'IVG médicamenteuse chez leur médecin généraliste ?**

*Une étude quantitative multicentrique en région Centre
Autoquestionnaire auprès de 2401 patientes en parcours de soins IVG
De septembre 2011 à septembre 2012*

Raja CHEFEG BEN AISSA

Introduction

L'IVG médicamenteuse par l'association mifépristone-misoprostol par voie orale s'est imposée en France comme la méthode de référence à partir de 1988 (date d'obtention de l'AMM du RU486 ou Mifégyne®).

Répondant initialement à la demande des femmes, l'IVG médicamenteuse à domicile est aujourd'hui un possible remède aux difficultés constantes d'accès à l'IVG en milieu hospitalier : insuffisance de places disponibles, manque de personnel paramédical qualifié, et désertification des spécialistes en milieu rural¹.

En France, la reconnaissance officielle de l'utilisation à domicile de la technique médicale apparaît dans les recommandations de l'ANAES en mars 2001, autorisée par loi du 4 juillet 2001 qui en légalise la pratique hors des établissements de santé. La simplicité du protocole mifépristone-misoprostol n'est plus à souligner et a fait la preuve de sa facilité d'utilisation en ambulatoire.

L'efficacité semble difficile à améliorer : les différentes études révèlent des taux d'échecs semblables tant en établissement hospitalier qu'à domicile : 6,2%².

Les deux principales complications sont l'hémorragie sévère et l'infection. La fréquence des complications de l'IVG à domicile est comparable à celle des IVG réalisées en milieu hospitalier : 5% des patientes ayant recours à une IVG médicamenteuse devront aller consulter un médecin, un service de soins ou un hôpital, pour recevoir des soins supplémentaires².

En revanche, l'acceptabilité paraît perfectible.

Concernant les médecins généralistes, les deux premières parties de cette étude ont permis de dégager de nombreux axes prioritaires d'information et de formation, afin d'améliorer le dispositif prévu, en comprenant mieux pourquoi si peu d'entre eux ont fait le choix d'intégrer le dispositif ambulatoire.

Pour les patientes, l'acceptabilité d'une méthode d'IVG est d'autant meilleure qu'elles ont eu la possibilité de faire leur propre choix. Or, en ont-elles réellement le choix en région Centre ? Nous savons que non. Vingt-trois médecins dont seulement cinq médecins généralistes ont signé la convention dans la région. Dans son rapport remis au gouvernement français en 1999 sur « l'IVG en France »³, le Pr. Nisand indiquait : « il semble que le choix de la technique utilisée soit déterminé par la pratique des centres d'IVG, avec peu de possibilités de choix pour les femmes ». La situation n'a malheureusement que peu évolué depuis. Mais si le choix s'offrait effectivement à elles, seraient-elles prêtes à réaliser cet acte chez leur médecin généraliste ?

En 1999, deux ans avant la promulgation de la loi autorisant l'IVG en ambulatoire, l'équipe du Kremlin-Bicêtre a réalisé une enquête auprès de 199 patientes hospitalisées pour une IVG médicamenteuse : 86% préfèrent rester hospitalisées après la prise médicamenteuse, 14% préfèrent rentrer à domicile⁴.

Qu'en est-il en région Centre, en 2012 ?

Existe-t-il une demande de la part des patientes de la région Centre à réaliser cet acte chez leur médecin généraliste ?

¹ ARH-DRASS-DDASS-Collège des MISP. *Evaluation de la prise en charge des IVG dans la région Centre*. 2002

² FAUCHER P, BAUNOT N, MADELENAT P. The efficacy and acceptability of mifepristone medical abortion with home administration misoprostol provided by private providers linked with the hospital : a prospective study of 433 patients. *Gynecol Obstet Fertil*, 2005 ; 33 : 220-7

³ NISAND I. *L'IVG en France, propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes*. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1999, 55 p.

⁴ Disponible sur : http://www.ancic.asso.fr/textes/ressources/techniques_mifegine-misoprostol.html

Méthode

Nous menons une enquête quantitative prospective multicentrique, à l'aide d'auto-questionnaires. Elle se déroule en région Centre du 1^{er} septembre 2011 au 31 août 2012.

Nous choisissons de réaliser cette étude sur une période d'un an afin d'obtenir des résultats comparables aux statistiques officielles publiées annuellement sur la base des bulletins IVG.

Sont incluses dans cette étude toutes les femmes, majeures ou mineures, porteuses de grossesse non désirée, et hospitalisées pour une IVG médicamenteuse du 1^{er} septembre 2011 au 31 août 2012, dans les CIVG participants à l'étude en région Centre. Les femmes dans l'incapacité de lire, comprendre ou de répondre au questionnaire sont exclues de l'étude.

Un test de faisabilité est réalisé auprès de dix patientes du CIVG de Dreux. Des modifications sont apportées suite à leurs remarques. Le temps moyen de réponse est inférieur à cinq minutes.

Nous contactons ensuite les services d'orthogénie de tous les hôpitaux - publics ou privés - en région Centre¹. Nous envoyons au responsable de chaque CIVG un résumé de la justification, des objectifs, et de la méthode de notre étude² ainsi qu'un accord d'étude auprès des patientes obtenu auprès du DUMG de Tours³.

L'objectif de l'étude est expliqué à toutes les femmes venant réaliser une IVG médicamenteuse dans ces centres, le jour de la prise de misoprostol. Le questionnaire est distribué aux femmes acceptant oralement de participer à l'étude. Le Comité de Protection de Personnes (CPP) de Tours nous confirme que l'étude ne nécessite pas son avis, car il ne s'agit pas de soins⁴. Les patientes remettent le questionnaire rempli au personnel paramédical du service lors de leur sortie de l'hôpital.

Nous demandons aux CIVG de retourner par courrier postal les questionnaires remplis tous les deux mois. Nous prévoyons une relance téléphonique auprès des CIVG tous les trimestres afin de vérifier la distribution effective du questionnaire et de stimuler l'implication des services dans notre étude.

Un tableur Excel est construit à partir du questionnaire afin de saisir les données et de procéder à l'analyse statistique.

L'analyse des données est effectuée par le test du chi² à la recherche de différences statistiquement significatives entre les femmes selon l'âge, le département, la situation familiale, la profession, la parité, et les antécédents obstétricaux⁵.

¹ 23 structures au total, disponibles en Annexe K

² Annexe I page 120 et Annexe L

³ Annexe M

⁴ Annexe N

⁵ MARTIN O. *L'analyse de données quantitatives*. Paris : Armand Colin, 2012 (Collection 128)

Mademoiselle, Madame,

Une étude est actuellement en cours en Région Centre sur la prise en charge des interruptions de grossesse par voie médicamenteuse.

En effet, depuis 2004, la loi autorise les médecins généralistes à réaliser des IVG par voie médicamenteuse au sein de leur cabinet. Pour autant, beaucoup de femmes ne sont pas informées de cette loi, et n'ont pas la possibilité de choisir librement le lieu et les modalités de leur interruption de grossesse (à un terme précoce).

C'est pourquoi ce questionnaire vous est proposé. **Il est strictement anonyme.**

Raja CHEFEG, Thèse de médecine générale.

1. **Age :**ans

2. **Situation familiale :** (cochez)

- Célibataire
- Mariée
- Divorcée
- Veuve
- Vivant en couple
-

3. **Profession :** (cochez)

- En activité professionnelle (précisez) :
- Etudiante
- Sans emploi
- Femme au foyer

4. **Code postal :**

5. **Nombre :**

- D'enfant :
- D'avortement médicamenteux (sans compter celui d'aujourd'hui) :
- D'avortement chirurgical (aspiration/curetage) :
- De fausse couche ou grossesse extra utérine :

6. **Avez-vous parlé de votre grossesse actuelle à votre médecin généraliste ?**

- Oui
- Non

7. **Vous êtes-vous informée auprès de votre médecin généraliste au sujet de cette interruption de grossesse ?**

- Oui
- Non

8. **Avez-vous pris seule la décision d'interrompre cette grossesse ?**

- Oui
- Non

9. **Si non, quelle(s) personne(s) a(ont) pris part à cette décision ?**

- Partenaire actuel
- Partenaire extraconjugal
- Parent(s)
- Autres (précisez) :

10. **Etiez-vous informée sur le fait que les médecins généralistes pouvaient pratiquer cet acte au sein de leur cabinet ?**

- Oui
- Non

Chez le médecin généraliste, l'interruption de grossesse se déroule de la façon suivante :

- Consultations d'informations et de confirmations de votre décision
- Prise des médicaments dans le cabinet de votre médecin lors d'une nouvelle consultation (c'est le médecin généraliste qui vous les remet)
- Retour à domicile pour l'expulsion

11. **Connaissant ces informations, auriez-vous réalisé cette interruption de grossesse chez votre médecin généraliste s'il effectuait cet acte ?**

- Oui,
Pourquoi ?.....
- Non,
Pourquoi ?.....

12. **Commentaire libre :**

.....

Je vous remercie d'avoir consacré un peu de votre temps pour remplir ce questionnaire.

Résultats

9 CIVG de la région Centre sur 23 acceptent de participer à l'étude : les CH de Blois, de Châteaudun, de Chateauroux, de Dreux, de Gien, d'Issoudun, de Montargis, d'Orléans, et le CHU de Tours. Toutes des structures publiques.

Nous effectuons une relance téléphonique tous les trois mois dans chaque centre.

Dans ces neuf centres ayant accepté de participer, au total 2401 IVG médicamenteuses ont été réalisées du 1^{er} septembre 2011 au 31 août 2012.

716 questionnaires nous sont retournés, tous exploitables.

Nous obtenons donc l'avis de 29,82% des femmes ayant eu recours à une IVG dans ces centres durant cette période.

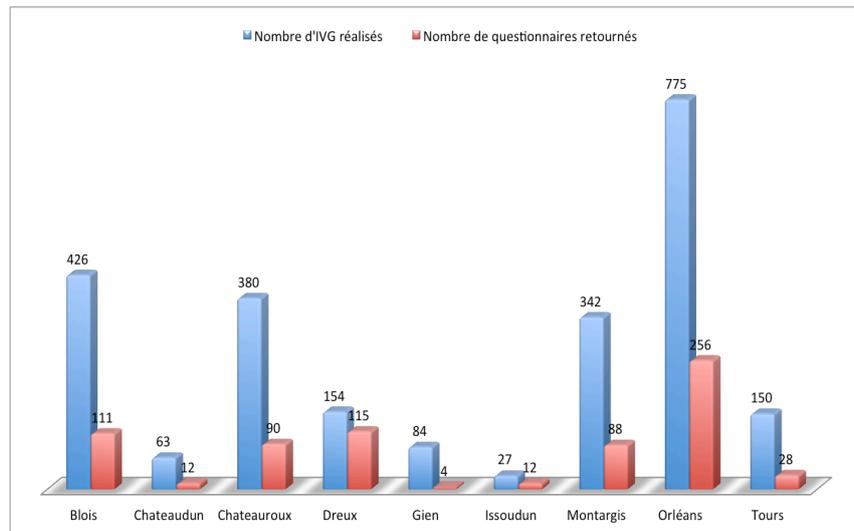


Figure 8 : Nombre d'IVG médicamenteuses réalisées sur la période, et nombre de questionnaires retournés, par CIVG

Ci-dessous la description de la population étudiée :

(Les données manquantes sont annotées NC)

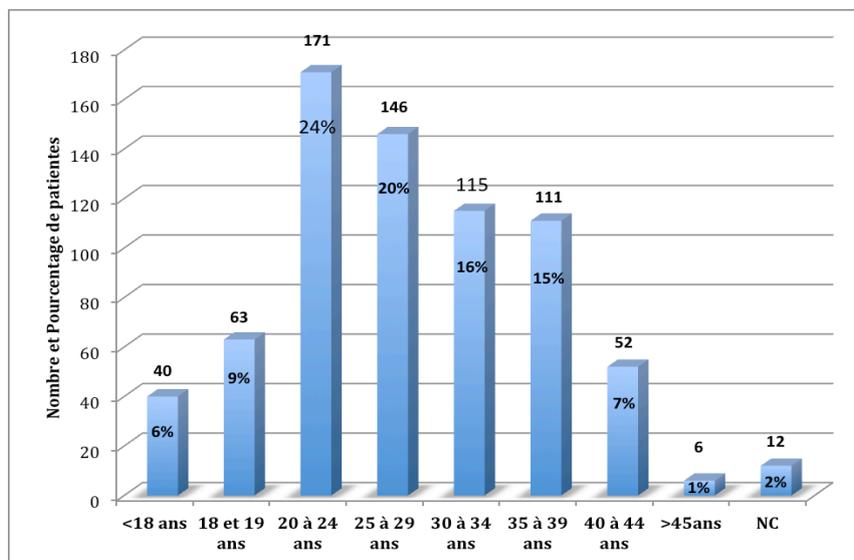


Figure 9 : Répartition des patientes en fonction de leur âge

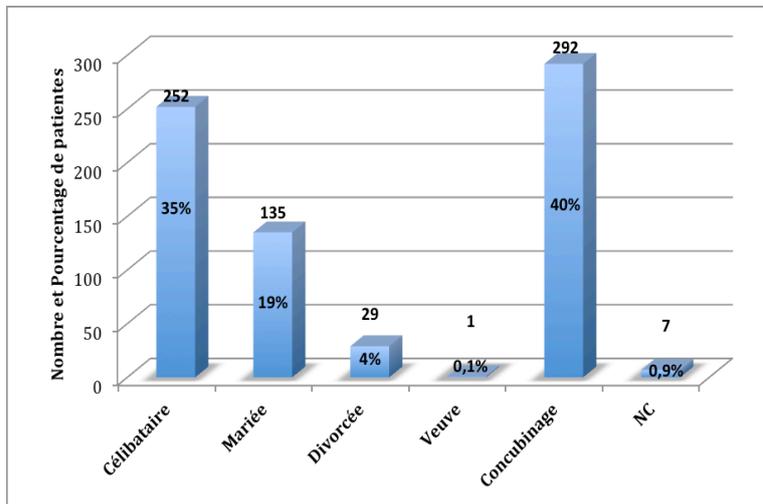


Figure 10 : Répartition des patientes en fonction de leur statut familial

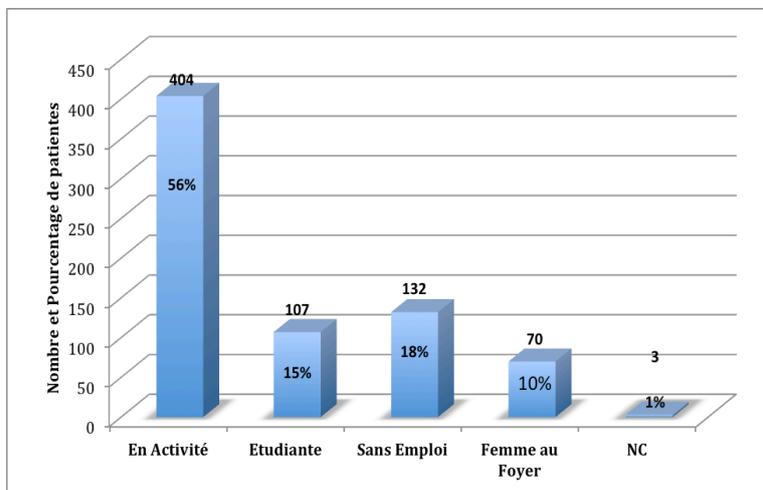


Figure 11 : Répartition des patientes en fonction de leur profession

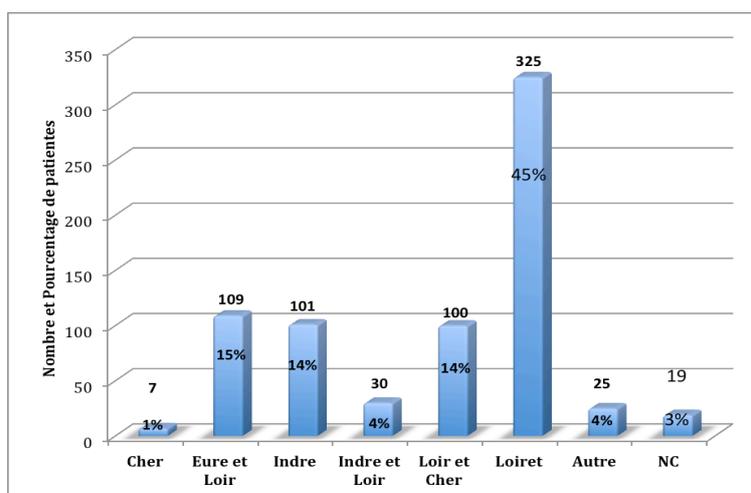


Figure 12 : Répartition des patientes en fonction de leur département d'habitation

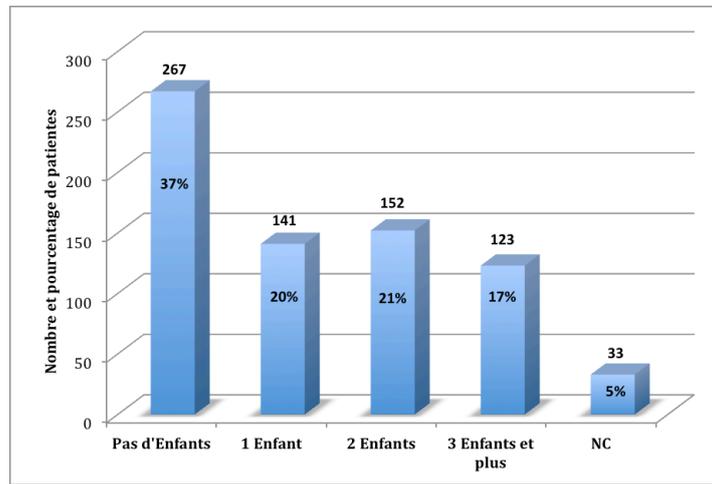


Figure 13 : Répartition des patientes en fonction de la parité

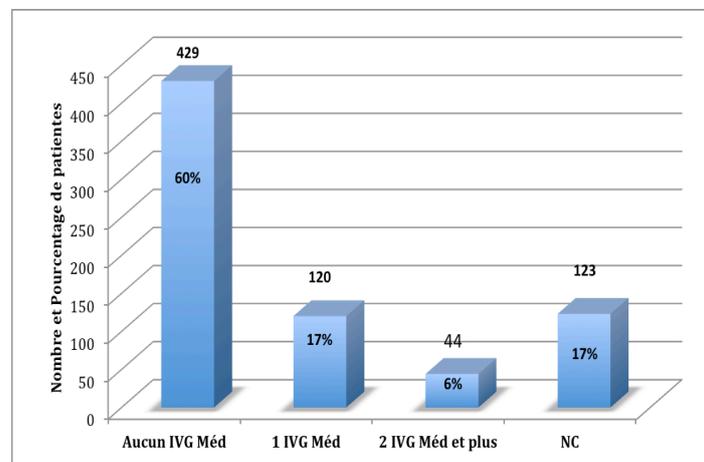


Figure 14 : Répartition des patientes en fonction des antécédents d'IVG médicamenteuses

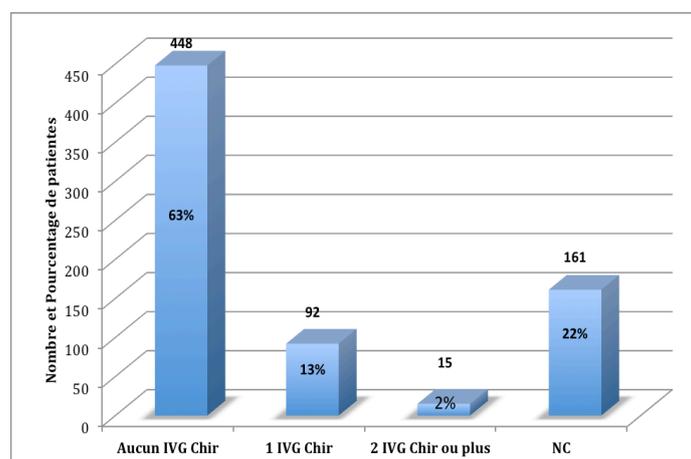


Figure 15 : Répartition des patientes en fonction des antécédents d'IVG chirurgicales

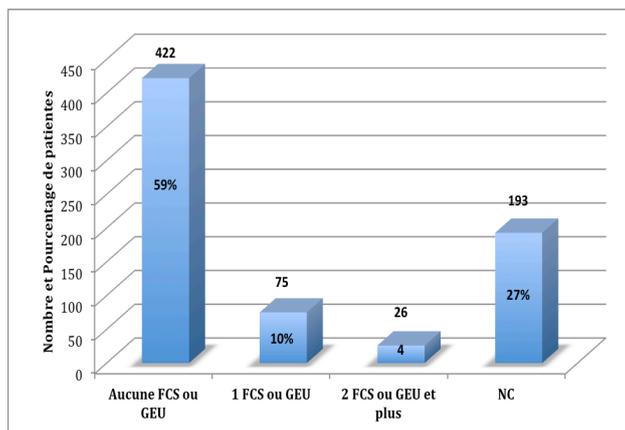


Figure 16 : Répartition des patientes en fonction des antécédents de FCS et/ou GEU

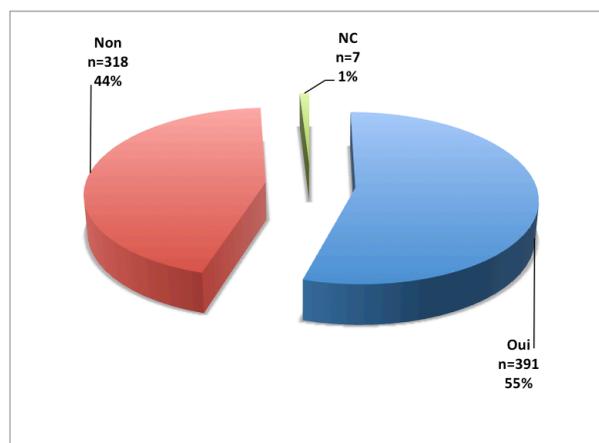


Figure 17 : Réponses à la question : « Avez-vous parlé de votre grossesse actuelle à votre médecin généraliste ? »

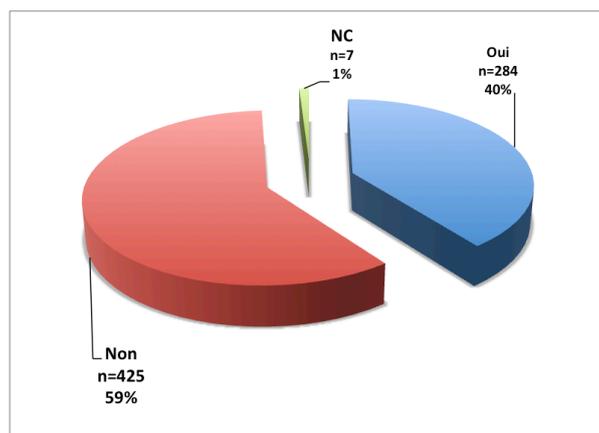


Figure 18 : Réponses à la question : « Vous êtes-vous informée auprès de votre médecin généraliste au sujet de cette interruption de grossesse ? »

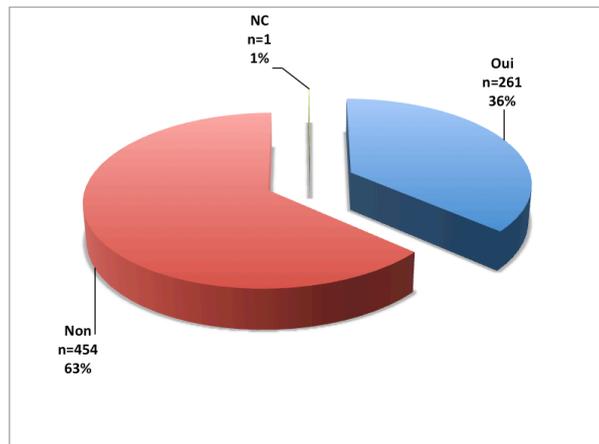


Figure 19 : Réponses à la question : « Avez-vous pris seule la décision d'interrompre cette grossesse ? »

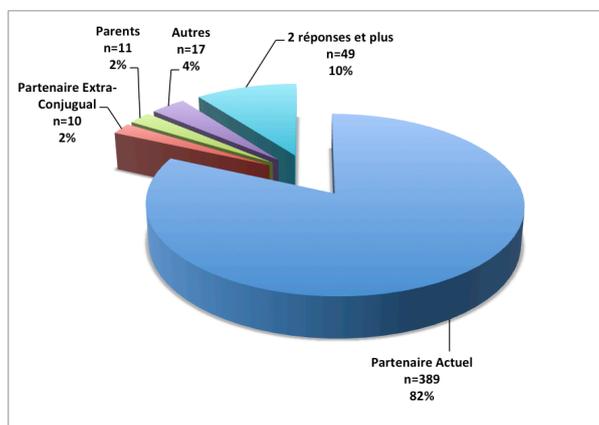


Figure 20 : Réponses à la question : « Si non, quelle(s) personne(s) a(ont) pris part à cette décision ? »

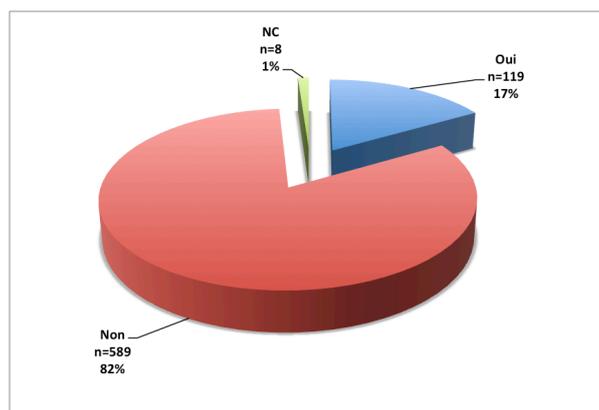


Figure 21 : Réponses à la question : « Etiez-vous informée sur le fait que les médecins généralistes pouvaient pratiquer cet acte au sein de leur cabinet ? »

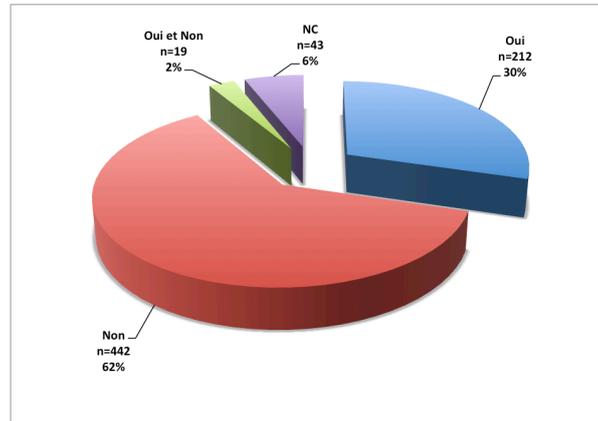


Figure 22 : Réponses à la question : « Auriez-vous réalisé cette interruption de grossesse chez votre médecin généraliste s'il effectuait cet acte ? »

Analyse stratifiée

L'analyse stratifiée en fonction des sous-groupes d'âge révèle deux différences statistiquement significatives :

1. Les femmes de moins de 30 ans répondent plus « Oui » que les femmes de plus de 30 ans à la question :
« *Etiez-vous informée sur le fait que les médecins généralistes pouvaient pratiquer cet acte au sein de leur cabinet ?* » ($p < 0,05$).
2. Les femmes de plus de 30 ans répondent plus « Oui » que les femmes de moins de 30 ans à la question :
« *Connaissant ces informations, auriez-vous réalisé cette interruption de grossesse chez votre médecin généraliste s'il effectuait cet acte ?* » ($p < 0,05$).

L'analyse stratifiée en fonction de la situation familiale révèle une seule différence statistiquement significative :

Les femmes mariées et divorcées répondent plus « Oui » que les autres à la question :
« *Connaissant ces informations, auriez-vous réalisé cette interruption de grossesse chez votre médecin généraliste s'il effectuait cet acte ?* » ($p < 0,05$).

L'analyse stratifiée en fonction de la profession révèle une seule différence statistiquement significative :

Les femmes en activité répondent plus « Oui » que les autres, et les étudiantes sont celles qui répondent le plus « Non » à la question :
« *Connaissant ces informations, auriez-vous réalisé cette interruption de grossesse chez votre médecin généraliste s'il effectuait cet acte ?* » ($p < 0,05$).

L'analyse stratifiée révèle d'autres différences statistiquement significatives :

1. Les femmes ayant parlé de leur IVG avec leur médecin généraliste répondent plus « Oui » à la question :
« *Connaissant ces informations, auriez-vous réalisé cette interruption de grossesse chez votre médecin généraliste s'il effectuait cet acte ?* » ($p < 0,05$).
2. Les femmes qui connaissent la loi répondent plus « Non » à la question :
« *Connaissant ces informations, auriez-vous réalisé cette interruption de grossesse chez votre médecin généraliste s'il effectuait cet acte ?* » ($p < 0,05$).

Le statut familial, la profession, les antécédents d'IVG ou de FCS/GEU, la parité, le fait d'avoir parlé ou non du désir d'IVG à leur médecin généraliste n'influencent pas la connaissance ou non de la loi permettant les IVG à domicile (pas de différence statistiquement significative).

La parité et les antécédents d'IVG ou de FCS/GEU n'influencent pas la réponse à la question « *Connaissant ces informations, auriez-vous réalisé cette interruption de grossesse chez votre médecin généraliste s'il effectuait cet acte ?* » (pas de différence statistiquement significative).

Discussion

Ce projet de recherche n'aurait pu se concevoir sans l'avis des femmes. Une loi existe dans leur intérêt, il semblait donc nécessaire d'évaluer l'utilité qu'elles pouvaient y trouver.

Les publications disponibles démontrent la sécurité et l'efficacité de la méthode médicamenteuse en ville, par ailleurs peu coûteuse comparativement à la prise en charge hospitalière : une étude française a montré une acceptabilité jugée satisfaisante par les patientes de la prise du misoprostol à domicile¹ (prescrit par des gynécologues). Une revue de littérature internationale réalisée par Winikoff analysant douze articles a montré qu'il existait une nette préférence des femmes pour l'IVG médicamenteuse à domicile². Les raisons les plus fréquemment avancées sont les suivantes : une plus grande confidentialité, le respect de l'intimité et une plus grande autonomie. Par ailleurs, ce procédé était perçu comme plus naturel et surtout moins invasif que la méthode chirurgicale. De même une étude a montré que sur 86 femmes ayant demandé une IVG médicamenteuse, quasiment la moitié (48%) l'avait choisie afin d'éviter délibérément le geste chirurgical³ : preuve en est que cette offre de soins en ville doit être maintenue et développée afin de répondre à la demande des patientes.

Les CIVG de la région Centre n'ont pas tous accepté de participer à l'étude. Aucun établissement privé n'a donné son accord. Pour les établissements publics, beaucoup ont avancé le manque de temps ou de personnel pour gérer la distribution de notre questionnaire. D'autres l'ont trouvé trop spécifique, et ont refusé de distribuer un questionnaire qui ne s'intéressait qu'à la prise en charge des IVG par les médecins généralistes en ville. Ces centres auraient aimé que l'on intègre les gynécologues de ville. Enfin, quatre centres n'ont pas donné suite, malgré nos multiples relances. Cependant, tous les départements de la région Centre sont représentés par au minimum un CIVG.

I. Le questionnaire

Nous avons fait le choix d'un questionnaire court afin de maximiser le taux de réponse. Mais certaines questions auraient pu compléter le profil des patientes, telles que l'utilisation ou non d'une méthode de contraception, ou encore le sexe du médecin généraliste...

La question du code postal aurait pu être affinée afin de connaître précisément le caractère rural ou urbain du lieu d'habitation. En effet, nous n'étions pas au fait qu'un même code postal pouvait correspondre à plusieurs communes différentes, pouvant être rurales ou urbaines. Nous n'avons donc pu analyser les réponses en fonction de cette caractéristique comme il l'était prévu au départ de l'étude (question 4).

Une majorité des femmes (56%) a déclaré avoir une activité professionnelle. Pour ces femmes, il a été demandé de préciser cette profession (question 3). Les réponses apportées étant trop vagues (« intérimaire », « employée » etc.), il nous a été impossible de réaliser une analyse plus précise en fonction de la catégorie socioprofessionnelle.

Partant du principe que cette loi est peu connue des femmes, il nous a semblé nécessaire d'en préciser les principales modalités avant de pouvoir leur demander si elles auraient réalisé cette IVG à domicile (question 11). Ces informations auraient pu être complétées par le prix du forfait, la prise en charge prévue en cas de saignements, la possibilité d'un entretien avec un psychologue ou une assistante sociale ...

¹ DAGOUSSET I., FOURRIER E., AUBENY E., TAURELLE R. Use of Misoprostol for medical abortion : a trial of the acceptability for home use. *Gynecol Obstet Fertil*, 2004 ; 32 : 28-33

² WINIKOFF B. Acceptability of medical abortion in early pregnancy. *Fam.Plann.Perspect*, 1995, 27:142-148

³ CREININ MD., PARK M. Acceptability of medical abortion with methotrexate and misoprostol. *Contraception*, 1995, 52 : 41-44

Il existe une grande disparité dans le taux de renvoi de questionnaires selon les centres. Il n'existe aucune corrélation entre le nombre d'IVG réalisées et le nombre de questionnaires renvoyés par CIVG. La proximité avec l'équipe soignante de Dreux, où le projet a été initié, justifierait son fort taux de réponses. Pour certains CIVG comme Orléans ou Blois, plusieurs études étaient en cours sur la même période et les équipes soignantes alternaient la distribution des questionnaires des différentes études pour ne pas submerger les patientes. Enfin, certains CIVG ont avoué lors des relances téléphoniques avoir tout simplement « omis » de distribuer le questionnaire pendant quelques temps.

II. Parler d'une grossesse non désirée avec son généraliste : pas si simple ?

- *44% des femmes interrogées déclarent ne pas avoir parlé de leur grossesse actuelle à leur médecin généraliste.*

Ce chiffre est encore plus éloquent lorsqu'il s'agit de parler de l'IVG : 59% des femmes interrogées ne se sont pas informées auprès de leur médecin généraliste au sujet de leur IVG. Pourtant, 93% des médecins généralistes en région Centre déclaraient pratiquer des actes de gynéco-obstétrique (seconde partie de l'étude).

Peut-on alors raisonnablement penser que le médecin généraliste est le premier interlocuteur des femmes dans une situation de grossesse ou d'IVG ?

Martin Winckler, dans *La maladie de Sachs*, met en avant le défaut de prise en charge des femmes par le médecin généraliste sur le plan gynécologique. Tant que le médecin n'aborde pas le sujet lors d'une quelconque consultation, les patientes n'oseront pas le faire, et ce même si elles rencontraient un problème. Est-ce par manque de confiance envers le généraliste ? Est-ce une situation taboue ? Ou encore, pour ces femmes, la prise en charge de l'IVG n'entre-t-elle pas dans le domaine de compétence de leur généraliste ?

Si les femmes ne parlent pas à leur médecin généraliste, comment peut-on envisager qu'elles réalisent leur IVG au cabinet de ce dernier ?

- *Au total, seules 17% des femmes interrogées déclarent connaître la loi autorisant les IVG médicamenteuses à domicile.*

Les femmes jeunes, de moins de 30 ans, sont plus nombreuses à connaître la loi. Cette loi existe, et permet aux femmes d'avoir le choix des modalités de leur avortement. Pourtant, ce chiffre nous montre qu'elles ne connaissent pas toutes les modalités qui s'offrent à elles. Comment alors prendre une décision éclairée ?

Il existe de grandes lacunes dans l'information des femmes et des médecins. Dans la seconde partie de cette étude, il a été établi que 65% des médecins généralistes de la région Centre ne connaissaient pas le dispositif encadrant l'IVG en ville. Peut-on alors s'étonner que la grande majorité des femmes ne le sache pas non plus ?

III. Contraception et IVG : la contradiction française

- 40% des femmes vivant en France auront recours à une IVG au moins une fois au cours de leur vie : « L'IVG est une composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive. Elle devrait donc être prise en charge comme telle, et faire partie à part entière de l'offre de soins », souligne le rapport de l'IGAS en 2009.

Toutes ces femmes qui seront amenées à choisir l'IVG n'auront pas reçu au préalable l'information nécessaire quant à l'accès à cette offre de soins.

De plus, l'analyse stratifiée révèle que le statut marital, l'activité professionnelle, le fait d'avoir parlé de l'IVG ou non avec son généraliste, ou encore les antécédents gynécologiques ou obstétricaux n'influencent pas le fait de connaître la loi. Ainsi, même une femme ayant déjà vécu le parcours de soins d'une IVG n'aura pas été informée de la possibilité de l'IVG à domicile.

Depuis quelques temps, les régions s'accordent à dire qu'une plus large diffusion de l'information devient indispensable. Les recommandations faisant suite au rapport de l'IGAS en 2009 prévoient une liste d'engagements¹ visant à améliorer l'accès à l'IVG, parmi lesquelles :

« *Recommandation 8* : Prévoir dans les SROS un volet relatif à la prise en charge de l'IVG dans les différentes structures de l'offre de soin, y compris la médecine libérale, les CPEF et centres de santé.

Recommandation 9 : Préserver, pour cette activité de santé qui ne connaît que très peu de problème de sécurité sanitaire, une pratique dans des établissements de santé de proximité, qui n'oblige pas les patientes à des déplacements mal commodes et onéreux. »

- En pratique, bien que la santé sexuelle et reproductive soit reconnue comme un enjeu majeur de santé publique, la communication est exclusivement axée sur la prévention des IST et la contraception. « Contrairement à la Grande-Bretagne, qui, confrontée à un problème de grossesses précoces important, a choisi de donner une large publicité aux modalités de recours à l'IVG, les autorités françaises en charge de la santé publique ne communiquent pas sur l'IVG et les campagnes publiques se concentrent sur la prévention des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles »¹. Force est de constater que l'IVG demeure une activité à part dans le système de soins. Il existe encore aujourd'hui une réticence aux campagnes d'information sur l'IVG.

Le thème de l'avortement est-il encore tabou ? Y'a-t-il une peur d'induire une confusion entre contraception et méthode abortive, dans l'esprit du grand public ? Ou encore, cette peur de la banalisation de l'IVG, exprimée par près de 20% des médecins de la région Centre (seconde partie de l'étude) serait-elle partagée par les pouvoirs publics ?

La pérennisation des campagnes de communication sur la contraception doit rester prioritaire et devenir participative. Face à une grossesse non désirée, il est indispensable que les femmes soient informées sur les possibilités qui s'offrent à elles.

IV. La demande à réaliser cet acte chez le généraliste existe en région Centre

- *30% des femmes interrogées affirment qu'elles auraient réalisé leur IVG chez leur médecin généraliste, si celui-ci effectuait cet acte, et si elles avaient eu connaissance de la loi.*

Il est à noter que ces femmes interrogées n'auraient peut-être pas toutes été éligibles à cette méthode. Par ailleurs, l'obligation d'avancer les frais chez le médecin généraliste (ce qui n'est pas le cas à l'hôpital) peut rendre l'accès à l'IVG médicamenteuse à domicile difficile pour certaines femmes.

¹ IGAS, RAPPORT N°RM2009-112P. *Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001*. 2009

- Les femmes ne trouvant pas leur intérêt dans ce dispositif avancent principalement les raisons suivantes : la peur des complications (hémorragie, douleurs) ainsi que le besoin d'être entourées par une équipe soignante dans l'accompagnement de cet avortement (extraits de commentaires libres du questionnaire).

Or, nous savons que le taux d'hémorragie massive nécessitant une prise en charge hospitalière est rare (1%) et qu'il n'existe pas plus de complications dans l'IVG médicamenteuse à domicile qu'à l'hôpital¹. Quant aux exceptionnelles et gravissimes complications infectieuses récemment observées aux Etats-Unis, elles n'auraient pas pu être évitées par une hospitalisation car elles sont survenues bien au-delà du délai de trois heures après la prise des comprimés de misoprostol².

En prévention des douleurs, la procédure prévoit que le médecin prescrive au moment de la délivrance de mifépristone, des antalgiques de palier I et II, à titre préventif et de façon systématique. La modification récente de la loi autorisant la remise du misoprostol à la patiente pour une absorption à domicile réduit également le risque d'expulsion sur le trajet du retour.

Le besoin d'être entourée par une équipe soignante mis en avant par certaines femmes interrogées est biaisé : il est dépendant de la structure dans laquelle la patiente a recours à l'IVG : certaines équipes sont plus attentives que d'autres, certains CIVG ont des lits et du personnel spécifiques, etc.

Enfin, le projet de loi de finance de la Sécurité Sociale de 2013 rendant la prise en charge à 100% de l'IVG par la sécurité sociale supprimera toute contrainte d'avance de frais au cabinet si le médecin accepte de pratiquer le Tiers-Payant (actuellement remboursé à 70% à domicile, soit 57€ à la charge de la patiente après remboursement, contre un remboursement à 80% soit 51,4€ de reste dû lors de la procédure hospitalière).

- Il aurait également été opportun d'informer les femmes interrogées qu'en cas de complications à domicile, elles ne sont pas abandonnées à elles-mêmes : à tout moment, sur leur demande, en cas de saignement abondant qui se prolonge ou encore de douleurs rebelles au traitement antalgique, le médecin généraliste met en place la procédure prévue dans la convention ville-hôpital afin qu'elles soient reçues par le CIVG avec lequel il est conventionné. Ces mêmes complications surviennent à domicile comme lors d'une prise en charge hospitalière ambulatoire.

Concernant l'accompagnement, les femmes seules ou non entourées ne sont évidemment pas éligibles à l'IVG à domicile. Il est nécessaire d'avoir une personne accompagnante durant les premières heures suivant la prise des médicaments³. La peur d'être seule pendant cet acte est justifiable et doit être prise en compte par les médecins.

Ces a priori et ces biais d'information mis en évidence a posteriori permettent-ils d'imaginer que plus de 30% des patientes seraient prêtes à réaliser l'IVG chez leur médecin généraliste si nous leur réexpliquions la procédure ?

- Les antécédents obstétricaux d'une femme n'influencent pas leur avis quant à une IVG à domicile. Une femme ayant déjà eu recours à une IVG médicamenteuse, et donc connaissant le déroulement de cette méthode, n'est pas plus encline qu'une autre à réaliser une IVG à domicile. Encore une fois, est-ce dû au besoin ressenti d'être entourée par une équipe ?

¹ FAUCHER P., BAUNOT N., MADELENAT P. The efficacy and acceptability of mifepristone medical abortion with home administration misoprostol provided by private providers linked with the hospital : a prospective study of 433 patients. *Gynecol Obstet Fertil*, 2005 ; 33 : 220-7

² FISCHER M., BHATNAGAR J., GUARNER J., REAGAN S., HACKER JK., VAN METER SH., POUKENS V., WHITEMAN DB., ITON A., CHEUNG M., DASSEY DE., SHIEH WJ., ZAKI SR. Fatal toxic shock syndrome associated with *Clostridium Sordellii* after medical abortion. *N Engl J Med*, 2005 ; 353 : 2 352-60.

³ ANAES. *Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines*, Paris, ANAES, 2001, 95 p.

V. La relation médecin-patiente est un facteur prédominant

- La raison la plus fréquente évoquée par les femmes refusant l'IVG à domicile au cours de notre étude est la confidentialité. Pour elles, le médecin généraliste est le médecin de famille, il ne doit pas être au courant de cet avortement. L'IVG est vécue par ces patientes comme une parenthèse dans leur vie, une erreur de parcours, qui ne doit pas figurer dans le dossier médical (extraits de commentaires libres du questionnaire). L'hôpital leur permet alors cette confidentialité : elles le croient.

- Il n'en reste pas moins qu'un tiers des femmes confirment que la méthode de leur IVG aurait été différente si elles avaient eu la possibilité de la choisir. Ce taux a peut-être été biaisé par un manque de clarté du questionnaire. Il existe donc une réelle demande de la part des femmes quant à cette modalité de prise en charge.

Ces femmes sont en majorité âgées de plus de 30 ans, mariées ou divorcées, et/ou en activité professionnelle. Elles expliquent principalement leur préférence pour une IVG à domicile par le caractère rassurant d'être dans leur environnement, d'être entourée par leur famille ou leurs amis, mais aussi par le fait d'être plus en confiance avec leur médecin généraliste pour traverser cette épreuve, plutôt qu'avec des médecins inconnus et dans un cadre non familial (extraits de commentaires libres du questionnaire).

Les femmes ayant parlé de leur IVG à leur médecin généraliste sont d'ailleurs plus enclines à réaliser cet IVG avec celui-ci que les femmes n'en ayant pas parlé. Pour ces femmes, l'IVG doit rester dans la sphère privée, et le soutien qu'elles attendent doit être apporté par le médecin qui les connaît et les suit depuis de nombreuses années. La relation médecin-patient et la confiance accordée à leur médecin généraliste sont donc déterminantes dans leur désir, ou non, de réaliser une IVG en ville.

Conclusion

« Certaines recherchent l'ambiance rassurante et médicalisée de l'hôpital, d'autres préfèrent la discrétion et l'intimité de leur domicile », remarque Laurence Roussel, membre du Bureau National du Planning Familial.

Il n'existe pas une méthode unique pouvant satisfaire toutes les patientes, celles-ci n'appréhendant pas leur avortement de la même manière. La loi de 2001 et son décret de 2004 proposent aux femmes une alternative à l'hôpital. Et ces femmes recherchant cette alternative sont nombreuses. Selon leur vécu, leur entourage, leurs conditions de vie, les femmes vivront leur IVG plus ou moins comme un échec, un acte douloureux, culpabilisant. Mais jamais comme un acte anodin.

La liberté du choix des modalités de cet acte, en fonction du mode de vie de chacune, constitue la première étape de l'acceptation et de l'appropriation de ce droit. Même s'il n'existe pas aujourd'hui de réelle menace d'abolition du droit à l'avortement, les moyens qui permettent d'accéder à cette liberté sont petit à petit réduits (fermeture de CIVG, diminution de médecins hospitaliers pratiquant l'avortement, médecins militants vieillissants, jeunes médecins peu motivés...). Ainsi, même si les médecins généralistes conventionnés avec un CIVG sont encore minoritaires, ils offrent une possibilité d'accès supplémentaire à l'IVG.

Garantir à toutes les femmes une information objective, un choix éclairé, un droit et un accès en toute sécurité et sans jugement à toutes les méthodes d'avortement, doit être le combat des pouvoirs publics, des associations, et de l'ensemble des professionnels de santé.

Etre informée pour faire un choix, et choisir pour mieux le vivre.

Synthèse

Soutenus initialement par l'ARS de la région Centre, les auteurs s'étaient vus proposer de siéger à leur Commission Contraception. Cette étude a ensuite brutalement été délaissée par l'ARS. Notre contact nous a expliqué par téléphone que ses dirigeants « ne veulent pas soutenir un sujet tendancieux, qui viserait à stigmatiser les médecins dans leur pratique, ou non, de l'IVG médicamenteuse ».

Sujet tendancieux ? Stigmatisation ? Mais la loi Veil n'existe-t-elle pas depuis plus de 35 ans ? L'objectif de cette étude n'est-il pas d'améliorer un dispositif autorisé et légal ? L'ARS prône pourtant le renforcement de ce dispositif. Force est de constater que les actes ne suivent pas.

Que devient l'intérêt des patients au cœur de ces ambivalences politiques et administratives ?

Seuls l'URPS région Centre et le DUMG Tours ont apporté leur soutien indéfectible, moral et financier, à ce projet. Aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer de la part des auteurs, notamment avec l'industrie pharmaceutique.

65% des médecins interrogés ne connaissent pas le dispositif les autorisant à pratiquer l'IVG au sein de leur cabinet, et ce, huit ans après le décret d'application de la loi. La totalité des Maîtres de Stage Universitaire en Médecine Générale rencontrés par les auteurs ne connaissaient pas non plus cette procédure.

Les auteurs insistent sur le fait qu'ils n'accusent en rien les médecins généralistes, mais font porter la responsabilité de l'échec et du manque d'implication dans cette méthode aux autorités de santé. Aucune information n'a été délivrée aux médecins généralistes depuis 2004. Ils n'ont pas été concertés avant la mise en place de ce projet de loi. Pas étonnant alors de constater si peu d'engouement quand on leur demande une fois de plus de pallier aux carences du système de santé hospitalier.

A ce jour, les médecins et leurs patientes n'ont accès à aucune source d'information fiable : sur <http://www.santé.gouv.fr>, les données n'ont pas été actualisées depuis janvier 2011 : la fiche médecin, la fiche patiente et la fiche procédure sont fausses et ne prennent pas en compte les modifications majeures concernant la procédure (administration des médicaments à domicile et non plus au cabinet; prise en charge à 100%).

Nous l'avons vu, 30% des femmes interrogées en parcours de soins IVG à l'hôpital sont prêtes à effectuer cet acte chez leur médecin généraliste s'il était conventionné avec un CIVG.

La situation en région Centre est simple : a posteriori, un tiers des IVG médicamenteuses aurait pu être effectué à domicile par un médecin généraliste, avec les avantages que l'on connaît à cette procédure : moindre coût et choix offert à la patiente. Mais ces femmes n'ont pas eu le choix : quand bien même elles connaîtraient ce dispositif, l'écrasante majorité des médecins généralistes ne pratiquent pas l'IVG au sein de leur cabinet. Et ce pour différentes raisons :

- Certains d'entre eux mettent en avant des freins motivés par des a priori, découlant de la méconnaissance de la loi et de la procédure : pourtant, aucune assurance supplémentaire n'est nécessaire, et non, le médecin n'est pas laissé seul face aux complications. De même, aucun appareil échographique n'est préconisé, pas plus que le système actuel n'est satisfaisant.

- D'autres se défendent de motivations intimes, confessionnelles, ou éthiques : la loi les y autorise. La clause de conscience ne doit pas être remise en cause. La conviction de ces médecins doit être respectée.

- Une majorité revendique ne pas avoir intégré le dispositif actuel en raison de barrières que nous avons jugé « réelles et ajustables » : manque de formation initiale en gynécologie-obstétrique, tant décrié par les médecins séniors et les plus jeunes d'entre nous ; et la nécessité d'un réseau ville-hôpital renforcé quant au soutien psycho-social.

- Enfin, certains ont répondu être prêts, dès maintenant, à rendre ce service à leur patientes : pourquoi ne l'ont-ils pas fait auparavant ? Parce que c'est en recevant notre questionnaire qu'ils ont pris connaissance de cette loi.

L'ensemble de ces barrières, en dehors des motivations intimes, doit être levé, puisqu'il existe en région Centre une réelle demande de la part des patientes. Les auteurs dressent ci-dessous une liste de propositions afin d'améliorer le dispositif prévu par le décret de 2004 et ce conformément aux attentes des médecins et des patientes interrogés au cours de cette étude. Certaines d'entre elles ont été mises en évidence dès 2009 par l'IGAS et font partie de leurs recommandations. Il est encore une fois dommage que trois ans après un rapport national officiel rien n'ait été entrepris dans ce sens.

Propositions des auteurs

1. Campagne d'information auprès des médecins généralistes :

Non, le système actuel n'est pas satisfaisant :

- Mettre en avant les difficultés d'accès des patientes
- Mettre en avant la notion de « service rendu » et de « premier recours »
- Expliquer l'importance du « premier interlocuteur » rencontré par la patiente

Beaucoup d'a priori circulent et sont de faux obstacles :

- Spécifier qu'aucune assurance supplémentaire n'est nécessaire
- Spécifier qu'aucun appareil échographique n'est nécessaire
- Citer les recommandations HAS concernant le dosage de BétaHCG pour le contrôle post-IVG
- Citer les commentaires de satisfaction des médecins qui la pratiquent déjà.

2. Sécuriser la prescription et rassurer le prescripteur :

En finir avec la contradiction ANAES versus AMM :

- Engager le débat sans hypocrisie au sujet de l'AMM du Cytotec® dans l'indication « IVG en ambulatoire » pour assurer un moindre coût sans avoir à s'engager dans le « Hors AMM »
- Eclaircir et protéger légalement le choix de la prescription de 200mg de Mifégyne®.

3. Campagne d'information auprès du grand public :

Les femmes doivent connaître toutes les modalités existantes :

- Confirmer l'importance d'une contraception adaptée à chacune
- Mettre en avant la facilité d'accès au médecin généraliste (espace et temps)
- Mettre en avant l'efficacité prouvée de cette méthode
- Informer des taux de complications similaires entre la procédure en ville et hospitalière
- Rassurer les patientes en leur confirmant la prise en charge hospitalière spécialisée en cas de complications
- Informer de l'absence de ticket modérateur
- Citer des commentaires de patientes ayant bénéficié de cette prise en charge.

4. Favoriser l'activité en Maison de Santé Pluridisciplinaire :

C'est en région Centre que l'on enregistre le plus de construction de MSP !

- Saisir cette opportunité en se basant sur la pluridisciplinarité de la MSP
- Contacter au plus vite chaque médecin coordinateur de MSP afin de le sensibiliser aux difficultés d'accès des patientes et de la possibilité de cette procédure
- S'assurer qu'au moins un médecin par MSP soit conventionné avec un CIVG, en prenant en charge sa formation intégralement s'il en a besoin
- Faire appel aux psychologues et assistantes sociales salariées du Conseil Général qui pourraient se joindre à ces structures pour créer un Réseau MSP-Hôpital « IVG Ambulatoire » comme le promeut le Projet « SROS Volet Ambulatoire » de l'ARS Centre 2012-2016
- Réévaluer la cotation des actes FHV/FMV, au minimum doublé.

5. Revoir la formation initiale des médecins généralistes :

Une bonne formation = une pratique sans appréhension :

- « Stage de Gynécologie Obstétrique » obligatoire pendant l'externat au CHU
ET
- « Stage de Gynécologie Médicale obligatoire pendant l'internat de Médecine Générale » et non plus « Gynécologie au choix avec Pédiatrie », avec développement conséquent du STAGE EN AMBULATOIRE chez un gynécologue de ville ou encore chez un MG à forte activité gynécologique.

6. Sortir du « Tout-Pilule » :

Plus de deux-tiers des femmes ayant recours à une IVG déclarent une contraception efficace !

- Sortir du « Tout-Pilule » en assurant un meilleur apprentissage des différents moyens de contraception pendant la formation initiale des médecins généralistes
- Remboursement intégral (100% par la Sécurité Sociale) de TOUS les moyens de contraception (anneaux et patches) ayant prouvé leur efficacité.

Références

Lois

Loi n°75-17 du 17 janvier 1975

Loi n°79-1204 du 31 décembre 1979

Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982

Loi n° 2001-558 du 4 juillet 2001

Loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence

Code de la Sécurité sociale (CSS)

Article L132-1 (prise en charge des mineures non émancipées sans consentement parental)

Article L.321-1 (4ème alinéa)

Article L322-3 (cas d'exonérations du ticket modérateur)

Article L.162-38

Article R.322-1 (taux de ticket modérateur)

Articles D.132-1 à D.132-5 (prise en charge des IVG des mineures non émancipées, sans consentement parental)

Code de la Santé Publique (CSP)

Articles L.2212-1 à L.2212-11 (IVG avant la fin de la 12ème semaine de grossesse)

Articles R 2212-4 à R2212-19 (pratique des IVG dans les établissements de santé)

Article R 5132-4 (commande à usage professionnel de médicaments "destinés à la médecine humaine")

Décrets concernant la contraception :

Décret n° 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale

Décret n° 93-454 du 23 mars 1993 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial

Décret n° 2001-258 du 27 mars 2001 pris en application de la loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence

Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence

Décrets concernant l'IVG :

Décret n°88-59 du 18 janvier 1988

Décrets d'applications de la loi du 4 juillet 2001

Décret n° 2002-796 du 3 mai 2002, modifié par le décret 2004-636 du 1er juillet 2004 : la pratique des IVG hors établissements de santé

Décret N° 2002-778 du 3 mai 2002 relatif à l'interruption médicale (anciennement thérapeutique) de grossesse.

Décret N° 2002-779 du 3 mai 2002 relatif au comité d'experts en vue de la stérilisation de personnes handicapées majeures.

Décret N° 2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des IVG médicamenteuses hors établissement de santé

Décret n° 2002-797 du 3 mai 2002 : la pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements de santé

Décret n° 2002-799 du 3 mai 2002 : La prise en charge financière de l'IVG des mineures pour lesquelles le consentement parental n'a pas été recueilli

Décret n° 2002-779 du 3 mai 2002 : la mise en place d'un dispositif protecteur en faveur des personnes dont les facultés mentales sont altérées dans le domaine de la stérilisation à visée contraceptive

Décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004 : la pratique des IVG hors établissements de santé

Les circulaires :

Circulaire DH/EO3/98 n°458 du 22 juillet 1998

Circulaire DH/EO3/DGS/DREES/SEDF/99/628 du 17 novembre 1999

Circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

Circulaire DGS/DHOS n° 2003-356 du 16 juillet 2003

Circulaire CNAM-49/2003 du 24 mars 2003 relative aux modalités de prise en charge des IVG des mineures sans consentement parental. Préservation de l'anonymat dans les circuits de prise en charge

Circulaire DGS/ n° 2003-71 du 13 février 2003 relative à la mise en œuvre de l'article 27 de la loi n° 2001- 588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Elargissement du champ des méthodes contraceptives

Circulaire DGS n° 631 du 30 décembre 2003 relative aux modalités d'application et au suivi des dispositifs mis en œuvre par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

Circulaire N° DGS/DHOS/DSS/DREES/04/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissements de santé

Circulaire N°DGS/6D/DHOS/O1/290 du 22 juin 2005 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans les établissements de santé et en médecine de ville pendant la période d'été

Circulaire N°DHOS/DGS/O1/SD6D/2006/321 du 19 juillet 2006 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été. Complémentarité de l'offre en établissements de santé et en médecine de ville. Coordination des différents acteurs

Circulaire n° DHOS/O1/DGS/MC1/2007/270 du 5 juillet 2007 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été. Complémentarité de l'offre en établissements de santé et en médecine de ville. Coordination des différents acteurs. Actualisation des données

Ouvrages

ANAES. *Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines*, Paris, ANAES, 2001,95p.

ANAES, INPES et AFSSAPS. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique : recommandations*. Paris, ANAES, 2004, 47 p.

ANAES et INPES et AFSSAPS. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique : argumentaire*. Paris, ANAES, 2004, 198 p.

ARH-DRASS-DDASS-Collège des MISP. *Evaluation de la prise en charge des IVG dans la région Centre*. 2002

BAJOS N. et al. *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues*. Paris, INSERM, 2002, 348 p.

BLANCHET A., GOTMAN A. *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. 2^e éd. Paris : Armand Colin, 2007,126 p. (Collection 128)

DE SINGLY F. *L'enquête et ses méthodes : Le questionnaire*. Paris : Armand Colin, 2012 (Collection 128)

DREES. *Le parcours des femmes ayant eu recours à une IVG en 2007 en région Centre*. Janvier 2011

FAUCHER P. et HASSOUN D. *Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse*. Paris, Editions ESTEM, 2005, 127 p.

HAS. Service des bonnes pratiques professionnelles. *Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse*. Décembre 2010

IGAS, RAPPORT N°RM2009-112P. *Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001*. 2009

IGAS, RAPPORT N°RM2009-104A. *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*. 2009

MARTIN O. *L'analyse de données quantitatives*. Paris : Armand Colin, 2012 (Collection 128)

NISAND I. *L'IVG en France, propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes*. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1999, 55 p.

PONS J.-C., VENDITTELLI F. et LACHCAR P. *L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention*. Paris, Masson, 2004, 331 p.

Stratégie d'actions en matière de contraception. Paris, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2007, 92 p.

VANHECKE E. *L'interruption volontaire de grossesse en ville : une opportunité pour améliorer l'accès à l'IVG. Expériences et perspectives en Seine-Saint-Denis*. Rennes, ENSP, 2006, 65 p.

VIDAL 2012. RCP Mifegyne®, RCP Cytotec® et RCP Gyviso®.

VILAIN A, MOUQUET M.-C. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2010*. Paris : INED. Études et résultats, 2012

Articles de périodiques

ALLEN R, WESTHOFF C, DE NONNO L, FIELDING S, SCHAFF E. Curettage after mifepristone-induced abortion : frequency, timing and indications. *Obstet Gynecol*, 2001 ; 98 : 101-6

BAJOS N. et al. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Population et Sociétés*, 2004, 407

BAJOS N. Filières d'accès à l' interruption volontaire de grossesse en France : Approches qualitatives et quantitative. *Rev Epidemiol Santé Publique*, 2003,51, p. 631-647

CREININ MD., PARK M. Acceptability of medical abortion with methotrexate and misoprostol. *Contraception*, 1995, 52 : 41-44

DAGOUSSET I., FOURRIER E., AUBENY E., TAURELLE R. Use of Misoprostol for medical abortion : a trial of the acceptability for home use. *Gynecol Obstet Fertil*, 2004 ; 32 : 28-33

ELLUL B, PEARLMAN E, SORHAINDO A, SIMONDS W, WESTHOFF C. In depth interview with medical abortion clients : thoughts on the method and home administration of misoprostol. *J Am Med Women Assoc*, 2000 ; 55 : 169-72

FAUCHER P, BAUNOT N, MADELENAT P. The efficacy and acceptability of mifepristone medical abortion with home administration misoprostol provided by private providers linked with the hospital : a prospective study of 433 patients. *Gynecol Obstet Fertil*, 2005 ; 33 : 220-7

FAUCHER. P. L'IVG à domicile, *Réalités en gynécologie-obstétrique*, octobre 2006, n°114

FISCHER M., BHATNAGAR J., GUARNER J., REAGAN S., HACKER JK., VAN METER SH., POUKENS V., WHITEMAN DB., ITON A., CHEUNG M., DASSEY DE., SHIEH WJ., ZAKI SR. Fatal toxic shock syndrome associated with *Clostridium Sordellii* after medical abortion. *N Engl J Med*, 2005 ; 353 : 2 352-60

FOURNIER C. Aider les femmes à choisir leur méthode . *Le concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p.1053-1056

HASSOUN D. « Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville : alternatives à l'hospitalisation en gynécologie-obstétrique », *La lettre du gynécologue*, avril 2005, n°301, p. 23-26

HENSHAW RC. et al. « *Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration : women's preferences and acceptability of treatment* », *British Medical Journal*, 1993, 307, n°6906, p. 714-717. *La revue du praticien*, 2008, 58, n° 1

GUENGANT JP, BANGOU J, ELUL B, ELLERTSON C. Mifepristone-misoprostol medical abortion. Home administration of misoprostol in Guadeloupe. *Contraception*, 1999 ; 60 : 167-72

Manifeste des 343 Salopes. Le Nouvel Observateur, n°334, 5 avril 1971

REGNIER-LOILIER A. et LERIDON H., « Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? », *Population et sociétés*, 2007, n°439, 8 p.

SCHAFF EA, SYDALIUS LS, EISINGER SH, FRANKS P. Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU 486) for abortion. *J Fam Pract*, 1997 ; 44 : 353-60

WINIKOFF B. Acceptability of medical abortion in early pregnancy. *Fam.Plann.Perspect*, 1995, 27:142-148

Congrès

CONGRES IMPACT SANTE (2009 ; Paris). *12es Avancées en gynécologie et obstétrique*, HASSOUN D. http://congres.impact-sante.fr/gynecologie/pdf/Presentation_Hassoun_9h.pdf

CNGOF (2006 : Paris). *30e journées nationales du collège national des gynécologues et obstétriciens français*. IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée - quelles techniques, VAUTRAVERS A. et NISAND I. http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2006/conf2006/009/index.htm

Thèses

BEDDEL CHAUVAUD J. *Connaissances et pratiques du médecin généraliste face à une demande d'interruption volontaire de grossesse*, 124 p. Thèse : Médecine : Paris VII : 2004

DIAS Sabrina. *Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile de France*, 139 p. Thèse : Médecine : Paris VII : 2010

NGUYEN F. *L'interruption volontaire de grossesse en pratique de ville : Spécificités et difficultés rencontrées dans la pratique de ville dans le cadre de l'IVG par méthode médicamenteuse*, 96p. Thèse : Médecine : Paris XIII : 2011

Sites internet

ANCIC
http://www.ancic.asso.fr/textes/ressources/techniques_mifegine-misoprostol.html

AUBERT-LOTARSKI A.
Études et conseils : Démarches et outils. 2007, École supérieure de l'éducation nationale
<http://www.esen.education.fr/conseils/methode/>

CNGOF
La prise en charge des femmes françaises
http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm

GUIDES IVG à l'attention des patientes et des médecins
<http://www.sante.gouv.fr>

INED
Avortement, contraception : donnée statistique Institut national d'études démographiques
http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/avortements_contraception/

MG France
La vraie vie des docteurs généralistes, N°1, 4 novembre 2012.
<http://www.mgfrance.org>

MG France
Forfait IVG: il faut aussi le doubler en libéral. Référence du communiqué de presse : N° 90. 15 Mars 2010
<http://www.mgfrance.org>

PROCHOIX
<http://www.prochoix.org>

PROLIFE
<http://www.prolife.com>

PROVIE
<http://www.provie.net>

Annexes

A. Fiche d'information de la patiente	80
B. Fiche d'information à l'intention des médecins pratiquant des IVG en ville	81
C. Fiche de liaison médecin / établissement de santé	84
D. Exemple de convention médecin/CIVG	85
E. Fiche Etapes d'une IVG en ville	87
F. Manifeste des 343 Salopes, Le Nouvel Observateur, n°334, 5 avril 1971	88
G. Entretiens individuels semi-dirigés	90
H. Codage des données qualitatives des entretiens individuels semi-dirigés	112
I. Lettre de justification et objectifs destinée aux médecins et aux CIVG	120
J. Lettre aux médecins généralistes	121
K. Liste des CIVG publics et privés de la région Centre	122
L. Lettre aux CIVG participants	124
M. Lettre d'accord d'étude du DUMG de Tours	125
N. Mail d'accord d'étude du CPP de Tours	126

A. Fiche d'information de la patiente

Vous avez souhaité interrompre votre grossesse par méthode médicamenteuse sans hospitalisation.

La méthode :

Elle consiste à prendre 2 médicaments différents en présence du médecin, dans son cabinet, au cours de 2 consultations :

- la mifépristone (Mifégyne®) ;
- le misoprostol (Gymiso®), de 36 à 48 h plus tard. La mifépristone interrompt la grossesse : elle bloque l'action de l'hormone nécessaire au maintien de la grossesse (la progestérogène), favorise les contractions de l'utérus et l'ouverture du col utérin ; Le misoprostol augmente les contractions et provoque l'expulsion de l'œuf.

Après la prise de mifépristone (Mifégyne®) : que peut-il se passer ?

Si vous vomissez dans les 2 heures suivant la prise de ce médicament, vous devez contacter le médecin afin de renouveler la prise si nécessaire ; Dans la majorité des cas vous pouvez mener vos activités habituelles. Quelquefois vous pouvez saigner comme des règles, vous sentir fatiguée. Il est possible que vous ressentiez quelques douleurs ; Très rarement, vous pouvez saigner plus abondamment, avec des caillots, ressentir des douleurs ressemblant à celles des règles ; Exceptionnellement, l'œuf peut déjà être évacué à ce stade ; Les saignements, plus ou moins importants, ne sont pas la preuve que la grossesse est arrêtée. Il est donc indispensable de vous rendre comme prévu à la consultation suivante pour prendre le misoprostol (Gymiso®).

Après la prise de misoprostol (Gymiso®) : que peut-il se passer ?

Après la prise de misoprostol (Gymiso®) au cabinet du médecin, il est préférable d'être accompagnée par la personne de votre choix à domicile. Prévoyez de rester chez vous, confortablement installée. Vous pouvez boire et manger ; Les contractions utérines provoquent des douleurs ressemblant à celles de règles, parfois plus fortes. Des médicaments contre la douleur vous ont été prescrits. N'hésitez pas à les prendre. Les saignements (risque d'échec de la méthode d'environ 5%) peuvent se produire très vite après la prise du misoprostol, mais parfois plus tardivement :

- dans 60 % des cas, l'avortement (expulsion de l'œuf) se produit dans les 4 heures suivant la prise de misoprostol ;
- dans 40 % des cas, l'avortement aura lieu dans les 24 à 72 heures suivant la prise de misoprostol. Les saignements durent généralement une dizaine de jours.

A TOUT MOMENT, si vous êtes inquiète ou si les troubles suivants surviennent :

- de la fièvre ;
- des douleurs persistent malgré la prise des médicaments contre la douleur ;
- des pertes importantes de sang persistent ;
- un malaise ;

APPELEZ : le médecin qui vous a remis les médicaments ; à défaut, l'établissement de santé dont le médecin vous a donné les coordonnées.

N'OUBIEZ PAS la fiche de liaison mise à jour dans chacune de vos démarches.

Suites immédiates de l'IVG :

- avant la visite de contrôle : La possibilité d'une nouvelle grossesse existe. Une contraception oestroprogestative (pilule) peut être commencée dès le lendemain de l'IVG.
- la visite de contrôle : Elle est absolument nécessaire et intervient entre le 14ème et le 21ème jour après la prise de mifépristone. Le médecin vérifie que la grossesse est bien interrompue (risque d'échec de la méthode d'environ 5%) et s'assure de l'absence de complications. L'efficacité de la méthode est généralement contrôlée par échographie ou examen sanguin (dosage bêta-HCG). La visite a lieu au cabinet du médecin qui vous a remis les médicaments. Le médecin vérifiera que vous disposez d'un moyen contraceptif approprié à votre situation. La possibilité d'avoir recours, suite à l'IVG, à un entretien psycho-social, si vous le souhaitez, est évoquée.

Le tarif :

Le tarif est un forfait fixé à 191,74 euros. Ce forfait couvre la consultation au cours de laquelle le médecin reçoit votre consentement à l'IVG, les consultations d'administration des 2 médicaments nécessaires (Mifégyne® et Gymiso®), la consultation de contrôle et le prix des médicaments utilisés. Ce forfait est pris en charge par la sécurité sociale à hauteur de 70 %. Les mutuelles et sociétés d'assurances complètent ce remboursement. Les analyses de biologie médicale et les échographies éventuellement nécessaires ne sont pas incluses dans le forfait, ainsi que la première consultation au cours de laquelle le médecin vous aura informée des différentes méthodes d'interruption de grossesse. Votre feuille de soins, ainsi que le décompte de remboursement transmis par la caisse de sécurité sociale, seront aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'IVG vis-à-vis de votre entourage (pour les mineures souhaitant garder le secret à l'égard de leurs parents ou lorsqu'aucun des parents n'a donné son consentement, une prise en charge anonyme et gratuite est prévue).

B. Fiche d'information à l'intention des médecins pratiquant des IVG en médecine de ville

Vous envisagez de pratiquer des IVG médicamenteuses en médecine de ville.

Quels sont les textes de références ?

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a autorisé cette pratique. Le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 modifié par le décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004 (JO du 2 juillet 2004) a défini les modalités de cette pratique.

Quelle est la technique autorisée ? :

Seules des IVG par voie médicamenteuse peuvent être pratiquées dans le cadre de ce dispositif. Sont donc exclues, les IVG réalisées par mode chirurgical qui nécessitent un plateau technique chirurgical ou obstétrical. En outre, les IVG réalisées doivent correspondre à un délai gestationnel maximum de 5 semaines de grossesse, soit 7 semaines d'aménorrhée.

Les règles applicables, les démarches des femmes :

L'ensemble des règles et des démarches relatives à toute IVG s'appliquent à ce dispositif : consultations, information des femmes et remise du dossier-guide, dispositions spécifiques concernant les mineures, possibilité pour le médecin de recourir à la clause de conscience, déclaration de l'IVG établie par le médecin pratiquant l'acte. Les consultations médicales à réaliser pour une IVG médicamenteuse sont au nombre de cinq et sont les suivantes :

- deux consultations préalables à la réalisation de l'IVG (articles L. 2212-3 et L. 2212-5 du code de la santé publique -CSP) ;
- deux consultations comportant la prise de médicament : Mifégyne® (mifépristone), puis Gymiso® (misoprostol) ;
- une consultation de contrôle. Une consultation psycho-sociale doit être proposée avant (cette consultation préalable est obligatoire pour les seules mineures) et une autre après l'interruption de la grossesse.

Le cadre de cette pratique :

Les médecins réalisant des IVG médicamenteuses dans le cadre de ce dispositif passent une convention avec un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG (établissement disposant d'un service de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie). Cette convention est conforme au modèle de la convention type réglementaire (décret du 3 mai 2002).

Les médecins concernés :

Peuvent pratiquer ces IVG, les médecins justifiant d'une expérience professionnelle adaptée :

- Soit, par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique,
- Soit, par une pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé attestée par le directeur de cet établissement, sur justificatif présenté par le responsable médical concerné.

Les médicaments :

L'approvisionnement : Les médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG (spécialités Mifégyne® et Gymiso®) sont désormais vendus en pharmacie d'officine. Afin de garantir la sécurité d'utilisation des médicaments nécessaires à la réalisation des IVG, ces médicaments sont vendus exclusivement aux médecins ayant passé convention avec un établissement de santé. Ils ne peuvent donc être vendus, ni à des médecins n'ayant pas conclu de convention, ni à des particuliers. Pour se procurer ces médicaments, le médecin passe une commande à usage professionnel auprès de la pharmacie d'officine de son choix. Cette commande doit comprendre les mentions suivantes :

- le nom, la qualité, le numéro d'inscription à l'ordre, l'adresse et la signature du praticien ainsi que la date ;
- le nom des médicaments et le nombre de boîtes commandées ;
- la mention "usage professionnel" ;
- le nom de l'établissement de santé avec lequel le praticien a conclu une convention ainsi que la date de cette convention.

La prise des médicaments : Afin de garantir la bonne administration dans les délais requis des deux médicaments et de permettre au médecin d'assurer un suivi régulier de la patiente, la prise des médicaments (spécialités Mifégyne® et Gymiso®) par la femme est effectuée en présence du médecin lors des consultations (article R. 2212-17 du CSP). En aucun cas les médicaments ne sont remis à la patiente pour une prise ultérieure en dehors du cabinet du médecin. Notamment, la pratique consistant à remettre à la patiente les comprimés de misoprostol (Gymiso®), pour qu'elle prenne ces comprimés à son domicile, est exclue.

Le suivi de la femme :

Le suivi de l'IVG est réalisé conformément aux recommandations de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) relatives à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (publication en mars 2001-cf site Internet de l'ANAES à la rubrique "publications").

Le suivi conforme à ces recommandations et assuré dans le cadre du dispositif est le suivant :

En ce qui concerne le médecin :

- Il vérifie que l'âge gestationnel, l'état médical et psycho-social de la patiente permettent la réalisation d'une IVG par mode médicamenteux ;
- Il précise par écrit à la femme, le protocole à respecter pour la réalisation de l'IVG médicamenteuse. Il lui indique qu'elle peut se faire accompagner par la personne de son choix, notamment à l'occasion des consultations au cours desquelles sont administrés les médicaments ;
- Il délivre à la femme toutes informations sur les mesures à prendre en cas de survenue d'effets secondaires. Il s'assure que la femme dispose d'un traitement analgésique et qu'elle peut se rendre dans l'établissement de santé signataire de la convention dans un délai raisonnable (de l'ordre d'une heure), il indique les coordonnées précises du service concerné ainsi que la possibilité d'être accueillie à tout moment par cet établissement ;
- Il remet à la femme une fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical. Ce document est remis par la femme au médecin de l'établissement de santé lors d'une éventuelle admission. Une copie de la fiche est par ailleurs systématiquement transmise à l'établissement de santé par le médecin. La fiche de liaison, support de ces informations est définie conjointement par l'établissement et le médecin signataires ;
- Le médecin assure la prévention de l'incompatibilité Rhésus chez toutes les femmes Rhésus négatif par la prescription et l'administration d'une dose standard de gammaglobulines anti-D ;
- La visite de contrôle est effectuée au minimum dans les 14 jours et au maximum dans les 21 jours suivant la dernière prise de Mifégyne® (mifépristone).

En ce qui concerne l'établissement signataire de la convention :

Il s'engage à accueillir la femme à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels.

- Il assure un rôle d'information et de formation des médecins de ville concernés par le dispositif.
- Il veille au respect de la confidentialité des documents adressés par les médecins.

La procédure à respecter par le médecin :

- Le médecin reçoit de l'établissement, pour signature, la convention établie selon le modèle de la convention type (annexe du décret n° 2002-796 du 3 mai 2003). Il transmet copie de la convention au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens, à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève ;
- Il reçoit également de l'établissement avec lequel il a passé convention, les bulletins statistiques permettant d'établir les déclarations d'IVG anonymisées ;
- Le médecin qui a pratiqué l'acte conserve dans le dossier médical, les attestations de consultations préalables ainsi que le consentement écrit de la femme à l'IVG.

La tarification :

Le prix limite du forfait IVG en ville :

Le prix limite du forfait attribué au médecin effectuant une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse hors établissement de santé est fixé à 191,74 euros par l'arrêté du 23 juillet 2004, pris sur la base de l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale. Ce forfait inclut le prix TTC des médicaments utilisés (prix TTC de la boîte de 3 comprimés de Mifégyne® et prix TTC de la boîte de 2 comprimés de Gymiso®). Outre la prise en charge des médicaments, le forfait couvre la consultation au cours de laquelle le médecin reçoit le consentement de la patiente, les consultations d'administration de la Mifégyne® et du Gymiso® et la consultation de contrôle.

Le prix limite du forfait est exclusif de tout dépassement d'honoraires. Son remboursement par l'assurance maladie est effectué à hauteur de 70 %.

Les analyses de biologie médicale et les échographies éventuellement nécessaires ne sont pas incluses dans le forfait, ainsi que la première consultation préalable mentionnée à l'article L.2212-3 du CSP.

La facturation du forfait par le médecin :

Elle intervient dans le cadre de la consultation comportant la prise de mifépristone (Mifégyne®) et correspondant à la première étape de la réalisation effective de l'IVG pour laquelle la patiente a donné son consentement.

Les modalités de facturation spécifiques à la médecine de ville ne permettent pas de garantir l'anonymat des femmes dans les procédures de prise en charge, principalement en raison de l'absence de dispense d'avance des frais. Toutefois, la feuille de soins de la patiente, ainsi que le décompte de remboursement transmis à l'assurée par la caisse de sécurité sociale, seront aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'IVG vis-à-vis de l'entourage de la femme. A cet effet, le médecin portera sur la feuille de soins la mention " FHV / FMV" (dans la colonne relative aux actes) accompagnée du montant du forfait (colonne réservée au montant des actes).

Le code "FHV" correspond aux honoraires, le code "FMV" aux médicaments (Mifégyne ® et Gymiso ®). Il incombe dès lors au médecin d'informer la patiente de ces modalités dès la première consultation préalable. Ces modalités seront rappelées au cours de la deuxième consultation médicale préalable, dans le cadre des explications relatives à la procédure IVG en ville. Pour les femmes qui tiendraient absolument à préserver l'anonymat, le médecin aura la possibilité de l'orienter vers un établissement de santé, qui seul peut assurer une stricte confidentialité de l'IVG. A cet effet, il est souhaitable que le médecin signale cette situation à l'établissement de santé afin que ce dernier s'organise pour prendre en charge la femme concernée dans les meilleurs délais et, dans la mesure du possible, dans des délais compatibles avec la pratique des IVG par voie médicamenteuse.

Les mineures, pour lesquelles le consentement parental à l'IVG n'a pas pu être recueilli, bénéficient pour cet acte d'un dispositif légal de prise en charge anonyme et gratuite. Le médecin transmet la feuille de soins anonymisée (utilisation du NIR spécifique anonyme IVG) de la patiente à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est implanté l'établissement de santé avec lequel il a passé convention. Au vu de cette feuille de soins, la caisse d'assurance maladie verse au médecin le montant du forfait IVG. Ces modalités s'appliquent également aux actes connexes (notamment les analyses de biologie médicale) et à la première consultation médicale préalable (cf circulaire CNAM du 24 mars 2003).

Pour les personnes relevant de la CMU complémentaire, qui bénéficient de la dispense d'avance des frais, le médecin envoie la feuille de soins de la patiente au service médical de la caisse d'assurance maladie déterminée selon les règles applicables en matière de CMU complémentaire.

C. Fiche de liaison médecin / établissement de santé

- un exemplaire est remis à la patiente ;
- une copie est transmise à l'établissement de santé après prise des médicaments.

Date de la convention :

1ère partie - Consultations comportant une prise de médicament :

Médecin : cachet

Nom de la patiente :

Prénom :

Age :

Groupe Rhésus :

Tél :

Dernières règles - date :

Début de grossesse- date présumée :

Terme (en semaines d'aménorrhée) :

Métrorragies :

Dosage béta HCG - date, taux : (résultat à joindre)

Et/ou Echographie - date, terme : (compte rendu à joindre)

Antécédents gynéco-obstétricaux :

Grossesses :

FCS :

IVG : instrumentale : médicamenteuse :

GEU : Infections :

Autres :

Antécédents médico-chirurgicaux :

Cardio- vasculaires :

Tabac :

Traitements en cours :

Allergies :

Autres :

Examen clinique gynécologique :

Date de prise de la MIFEPRISTONE : au terme de : SA

Date de prise du MISOPROSTOL :

Incompatibilité rhésus- date de l'injection d'immunoglobuline anti-D :

Date prévue pour la visite de contrôle :

2ème partie - Consultation de contrôle :

Médecin : cachet

Nom de la patiente :

Prénom :

Date de naissance :

Date de la visite de contrôle :

Réussite de la méthode : oui non

Date du dosage béta HCG : Taux :

Date de l'échographie : Résultat :

Nécessité d'un geste chirurgical :

Date :

Cause :

Lieu :

Nécessité d'un traitement médical complémentaire :

Date :

Cause :

Type de traitement :

Prescription d'une contraception :

D. Exemple de convention médecin/CIVG

ENTRE

L'établissement de santé

Sis

Représenté par M. ou Mme.....

Dûment mandaté en qualité de.....

D'une part,

ET

M. ou Mme.....Docteur en médecine,

Gynécologue médical

Gynécologue obstétricien

Médecin Généraliste

Autre :

Date de qualification :

Dont le cabinet est situé :

..... |

|_|_|_|_|

Inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins sous le N°

D'autre part,

Vu le Code de la Santé Publique,

Vu la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception,

Vu le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé,

Vu l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse,

En date du.....Il est convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1er

L'établissement de santé s'assure que le médecin participant à la pratique des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans le cadre de la présente convention satisfait aux conditions prévues à l'article R. 2212-11. L'établissement de santé s'engage à répondre à toute demande d'information liée à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse présentée par le médecin.

Il organise des formations visant à l'actualisation de l'ensemble des connaissances requises pour la pratique des interruptions volontaires de grossesse par mode médicamenteux.

Article 2

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

Article 3

Après l'administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse, le médecin transmet à l'établissement une copie de la fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical de la patiente, en respectant les conditions de confidentialité de transmission des informations rappelées dans circulaire de la Direction Générale de la Santé du 22 juin 2005 (N° DGS/6D/DHOS/01/2005/290).

Article 4

L'établissement de santé s'engage à organiser l'accueil de la femme à tout moment et sa prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il s'assure, en tant que de besoin, de la continuité des soins délivrés aux patientes.

Article 5

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

Le médecin adresse à l'établissement de santé les déclarations anonymisées des interruptions volontaires de grossesse qu'il a pratiquées.

Article 6

L'établissement de santé effectue chaque année une synthèse quantitative et qualitative de l'activité d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, réalisée dans le cadre de la présente convention. Cette synthèse est transmise au médecin signataire de la convention et au médecin inspecteur régional de santé publique.

Article 7

Les médecins adhérents au réseau IVG en ville ne donnent pas le nom du réseau ou leur activité professionnelle au sein du réseau à des fins publicitaires.

Article 8

La participation au réseau IVG en ville n'exonère pas ses membres adhérents de leur responsabilité professionnelle pour laquelle ils sont tenus de souscrire, à leurs frais, une assurance auprès d'une compagnie de leur choix. Les membres adhérents du réseau doivent pouvoir justifier auprès de l'établissement de santé de l'existence des polices d'assurance nécessaires, en produisant chaque année l'attestation d'assurance.

Les médecins signataires informeront sans délai leur assureur de l'existence de cette convention.

Article 9

Une copie de la présente convention est transmise pour information par l'établissement de santé à l'agence régionale de l'hospitalisation ainsi qu'aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales dont il relève et par le médecin, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce, ou leurs équivalents compétents pour Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Article 10

En référence à l'article 56 du Code de Déontologie codifié à l'article R4127-56 du code de Santé publique, les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité.

Article 11

La présente convention, établie pour une durée d'un an, est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire. La convention peut être dénoncée à tout moment par l'une ou l'autre des parties contractantes par une lettre motivée envoyée en recommandé avec accusé de réception. La dénonciation prend effet une semaine après réception de la lettre recommandée. En cas de non-respect de la présente convention, la dénonciation a un effet immédiat.

Fait à....., le.....en double exemplaire.

Pour le Groupe Hospitalier
Le Directeur, M

M ou Mme
Docteur en médecine

Vu
Dr Chef de service
de Gynécologie Obstétrique

Vu
Dr
Centre de régulation des naissances

E. Fiche Etapes d'une IVG en ville

Consultation n°1 : 1^{ère} consultation préalable

(Non comprise dans le forfait) :

- demande d'IVG ;
- information délivrée par le médecin :
 - sur l'IVG (notamment explication des techniques),
 - sur la possibilité d'avoir recours à un entretien psycho-social ;
- remise du dossier-guide

Délai légal de réflexion

Consultation n°2 : 2^{ème} consultation préalable

(Comprise dans le forfait) :

- confirmation de la demande d'IVG et consentement écrit de la patiente.
- explications du médecin, relatives à la procédure IVG en ville ;
- remise par le médecin d'un document descriptif du protocole à respecter par la patiente ;
- fixation des dates de consultations comportant prise de la mifépristone (Mifégyne®) et du misoprostol (Gymiso®) ;

Consultation n°3 : 1^{ère} consultation de prise de médicament (comprise dans le forfait) :

- prise de la mifépristone ;
- remise par le médecin à la patiente de la fiche de liaison.
 - La patiente sera munie de cette fiche, à chaque consultation ;
- facturation du forfait ;

Consultation n°4 : 2^{ème} consultation de prise de médicament

(Comprise dans le forfait) :

- prise du misoprostol ;
- une fiche de conseils sur les suites normales de l'IVG est remise à la patiente ainsi que les coordonnées téléphoniques utiles en cas d'urgence ;
- la fiche de liaison est mise à jour : un exemplaire est remis à la patiente, une copie est transmise à l'établissement de santé ;
- la déclaration anonymisée de l'IVG est transmise à l'établissement de santé.

Consultation n°5 : consultation de contrôle

(Comprise dans le forfait) :

- contrôle de l'efficacité de la procédure
 - La fiche de liaison est mise à jour : un exemplaire est remis à la patiente, une copie est transmise à l'établissement de santé

F. Manifeste des 343 Salopes

Le 5 avril 1971, le Nouvel Observateur publie un manifeste par lequel 343 femmes déclarent avoir avorté, et exigent l'avortement libre, ainsi que le libre accès aux moyens anticonceptionnels.

«Un million de femmes se font avorter chaque année en France. Elles le font dans des conditions dangereuses en raison de la clandestinité à laquelle elles sont condamnées alors que cette opération, pratiquée sous contrôle médical, est des plus simples. On a fait le silence sur ces milliers de femmes. Je déclare que je suis l'une d'elles. Je déclare avoir avorté. De même que nous réclamons le libre accès aux moyens anticonceptionnels, nous réclamons l'avortement libre.

Avortement

Mot qui semble exprimer et limiter une fois pour toutes le combat féministe. Être féministe, c'est lutter pour l'avortement libre et gratuit.

Avortement

C'est une affaire de bonnes femmes, quelque chose comme la cuisine, les langes, quelque chose de sale. Lutter pour obtenir l'avortement libre et gratuit, cela a l'air dérisoire ou mesquin. Toujours cette odeur d'hôpital ou de nourriture, ou de caca derrière les femmes.

La complexité des émotions liées à la lutte pour l'avortement indique avec précision notre difficulté d'être, le mal que nous avons à nous persuader que cela vaut le coup de se battre pour nous.

Il va de soi que nous n'avons pas comme les autres êtres humains le droit de disposer de notre corps. Pourtant notre ventre nous appartient.

L'avortement libre et gratuit n'est pas le but ultime de la lutte des femmes. Au contraire il ne correspond qu'à l'exigence la plus élémentaire, ce sans quoi le combat politique ne peut même pas commencer. Il est de nécessité vitale que les femmes récupèrent et réintègrent leur corps. Elles sont celles de qui la condition est unique dans l'histoire : les êtres humains qui, dans les sociétés modernes, n'ont pas la libre disposition de leur corps. Jusqu'à présent, seuls les esclaves ont connu cette condition.

Le scandale persiste. Chaque année 1 500 000 femmes vivent dans la honte et le désespoir. 5 000 d'entre nous meurent. Mais l'ordre moral n'en est pas bousculé. On voudrait crier.

L'avortement libre et gratuit c'est :

Cesser immédiatement d'avoir honte de son corps, être libre et fière dans son corps comme tous ceux qui jusqu'ici en ont eu le plein emploi ;

Ne plus avoir honte d'être une femme.

Un ego qui fout le camp en petits morceaux, c'est ce qu'éprouvent toutes les femmes qui doivent pratiquer un avortement clandestin ;

être soi à tout moment, ne plus avoir cette crainte ignoble d'être " prise ", prise au piège, d'être double et impuissante avec une espèce de tumeur dans le ventre ;

un combat enthousiasmant, dans la mesure où, si je le gagne, je commence seulement à m'appartenir en propre et non plus à l'Etat, à une famille, à un enfant dont je ne veux pas ;

une étape pour parvenir au contrôle complet de la production des enfants. Les femmes comme tous les autres producteurs ont de fait le droit absolu au contrôle de toutes leurs productions. Ce contrôle implique un changement radical des structures mentales des femmes et un changement non moins radical des structures de la société.

1. Je ferai un enfant si j'en ai envie, nulle pression morale, nulle institution, nul impératif économique ne peut m'y contraindre. Cela est mon pouvoir politique. Comme tout producteur, je peux, en attendant mieux, faire pression sur la société à travers ma production (grève d'enfants).

2. Je ferai un enfant si j'en ai envie et si la société dans laquelle je le fais naître est convenable pour moi, si elle ne fait pas de moi l'esclave de cet enfant, sa nourrice, sa bonne, sa tête de Turc.

3. Je ferai un enfant si j'en ai envie, si la société est convenable pour moi et convenable pour lui, j'en suis responsable, pas de risques de guerres, pas de travail assujetti aux cadences.

Non à la liberté surveillée

La bataille qui s'est engagée autour de l'avortement se passe au-dessus de la tête des principales intéressées, les femmes. La question de savoir si la loi doit être libéralisée, la question de savoir quels sont les cas où l'on peut se permettre l'avortement, en bref la question de l'avortement thérapeutique ne nous intéresse pas parce qu'elle ne nous concerne pas.

L'avortement thérapeutique exige de " bonnes " raisons pour avoir la " permission " d'avorter. En clair cela signifie que nous devons mériter de ne pas avoir d'enfants. Que la décision d'en avoir ou pas ne nous appartient pas plus qu'avant.

Le principe reste qu'il est légitime de forcer les femmes à avoir des enfants.

Une modification de la loi, en permettant des exceptions à ce principe, ne ferait que le renforcer. La plus libérale des lois réglementerait encore l'usage de notre corps. L'usage de notre corps n'a pas à être réglemanté. Nous ne voulons pas des tolérances, des bribes de ce que les autres humains ont de naissance : la liberté d'user de leur corps comme ils l'entendent. Nous nous opposons autant à la loi Peyret ou au projet A.N.E.A. qu'à la loi actuelle

comme nous nous opposerons à toute loi qui prétendra régler d'une façon quelconque notre corps. Nous ne voulons pas une meilleure loi, nous voulons sa suppression pure et simple. Nous ne demandons pas la charité, nous voulons la justice. Nous sommes 27 000 000 rien qu'ici. 27 000 000 de " citoyennes " traitées comme du bétail.

Aux fascistes de tout poil — qu'ils s'avouent comme tels et nous matraquent ou qu'ils s'appellent catholiques, intégristes, démographes, médecins, experts, juristes, " hommes responsables ", Debré, Peyret, Lejeune, Pompidou, Chauchard, le pape — nous disons que nous les avons démasqués.

Que nous les appelons les assassins du peuple. Que nous leur interdisions d'employer le terme " respect de la vie " qui est une obscénité dans leur bouche. Que nous sommes 27 000 000. Que nous lutterons jusqu'au bout parce que nous ne voulons rien de plus que notre dû : la libre disposition de notre corps.

Les dix commandements de l'Etat bourgeois

Fœtus plutôt qu'être humain choisiras quand cet être humain est femelle.

Femme point n'avortera tant que Debré réclamera 100 millions de Français.

100 millions de Français tu auras, tant que ça ne te coûte rien.

Particulièrement sévère seras avec femelles pauvres ne pouvant aller en Angleterre.

Ainsi volant de chômage tu auras pour faire plaisir à tes capitalistes.

Très moraliste tu seras, car Dieu sait ce que " nos " femmes feraient si libres.

Fœtus tu préserveras, car plus intéressant de les tuer à 18 ans, âge de la conscription.

Grand besoin tu en auras car politique impérialiste tu poursuivras.

Toi-même contraception utiliseras, pour envoyer rares enfants à Polytechnique ou l'E.N.A. parce qu'appartement 10 pièces seulement.

Quant aux autres, pilule dénigreras, car il ne manquerait plus que ça.»

Signatures :

J.Abba Sidick, J.Abdallah, Monique Anfredon, Catherine Arditi, Maryse Arditi, Hélène Argellies, Françoise Arnoul, Florence Asie, Isabelle Atlan, Brigitte Auber, Stéphane Audran, Colette Aubry, Tina Aumont, L.Azan, Jacqueline Azim, Micheline Baby, Geneviève Bachelier, Cécile Ballif, Nèna Baratier, D.Bard, E.Bardis, Anne de Bascher, Laurence Bataille, C.Batini, Chantal Baulier, Hélène de Beauvoir, Simone de Beauvoir, Colette Biec, M.Bediou, Michèle Bedos, Anne Bellec, Loleh Bellon, Edith Benoist, Anita benoit, Aude Bergier, Dominique Bernabe, Jocelyne Bernard, Catherine Bernheim, Nicole Bernheim, Tania Bescomd, Jeannine Beylot, Monique Bigot, Fabienne Biguet, Nicole Bize, Nicole de Boisanger, Valérie Boisgel, Y.Boissaire, Séverine Boissonade, Martine Bonzon, Françoise Borel, Ginette Bossavit, Olga Bost, Anne-Marie Bouge, Pierrette Bourdin, Monique Bourroux, Bénédicte Boysson-Bardies, M.Bracomnier-Leclerc, M.Braun, Andrée Brumeaux, Dominique Brumeaux, Marie-Françoise Brumeaux, Jacqueline Busset, Françoise de Camas, Anne Camus, Ginette Cano, Betty Cenel, Jacqueline Chambord, Josiane Chanel, Alice Cherki, Danièle Chinsky, Claudine Chonez, Martine Chosson, Catherine Claude, Marie-Louise Clave, Françoise Clavel, Iris Clert, Geneviève Cluny, Annie Cohen, Florence Collin, Anne Cordonnier, Anne Cornaly, Chantal Cornier, J.Corvisier, Michèle Cristofari, Lydia Cruse, Christiane Dancourt, Hélène Darakis, Françoise Dardy, Anne-Marie Daumont, Anne Dauzon, Martine Dayen, Catherine Dechezelle, Marie Dedieu, Lise Deharme, Claire Delpech, Christine Delphy, Catherine Deneuve, Dominique Desanti, Geneviève Deschamps, Claire Deshayes, Nicole Despines, Catherine Deudon, Sylvia Diarte, Christine Diaz, Arlette Donati, Gilbert Doppler, Danièle Drevet, Evelynne Droux, Dominique Dubois, Muguette Durois, Dolorès Dubrana, C.Dufour, Elyane Dugny, Simone Dumont, Christiane Duparc, Pierrette Duperrey, Annie Dupuis, Marguerite Duras, Françoise Duras, Françoise d'Eaubonne, Nicole Echard, Isabelle Ehni, Myrtho Elfort, Danièle El-Gharbaoui, Françoise Elie, Arlette Elkaim, Barbara Enu, Jacqueline d'Estrée, Françoise Fabian, Anne Fabre-Luce, Annie Fargue, J.Foliot, Brigitte Fontaine, Antoinette Fouque-Grugnardi, Eléonore Friedmann, Françoise Fromentin, J.Fruhling, Danièle Fulgent, Madeleine Gabula, Yamina Gacon, Luce Garcia-Ville, Monique Garnier, Misha Garrigue, Geneviève Gasseau, Geneviève Gaubert, Claude Génia, Elyane Germain-Horelle, Dora Gerschenfeld, Michèle Girard, F.Gogan, Hélène Gonin, Claude Gorodesky, Marie-Luce Gorse, Deborah Gorvier, Martine Gottlib, Rosine Grange, Rosemonde Gros, Valérie Groussard, Lise Grundman, A.Guerrand-Hermès, Françoise de Gruson, Catherine Guyot, Gisèle Halimi, Herta Hansmann, Noëlle Henry, M.Hery, Nicole Higelin, Dorinne Horse, Raymonde Hubschmid, Y.Imbert, L.Jalin, Catherine Joly, Colette Joly, Yvette Joly, Hermine Karagheuz, Ugne Karvelis, Katia Kaupp, Nanda Kerien, F.Korn, Hélène Kostoff, Marie-Claire Labie, Myriam Laborde, Anne-Marie Lafaurie, Bernadette Laffont, Michèle Lambert, Monique Lange, Maryse Lapergue, Catherine Larnicol, Sophie Larnicol, Monique Lascaux, M.-T.Latreille, Christiane Laurent, Françoise Lavallard, G.Le Bonniec, Danièle Lebrun, Annie Leclerc, Marie-France Le Dantec, Colette Le Digol, Violette Leduc, Martine Leduc-Amel, Françoise Le Forestier, Michèle Légère-Vian, Marie-Claude Lejaille, Mireille Lelièvre, Michèle Lemonnier, Françoise Lentin, Joëlle Lequeux, Emmanuelle de Lesseps, Anne Levaillant, Dona Lévy, Irène Lhomme, Christine Llinas, Sabine Lods, Marceline Loridan, Edith Loser, Françoise Lugagne, M.Lileyre, Judith Magre, C.Maillard, Michèle Manceaux, Bona de Mandiargues, Michèle Marquais, Anne Martelle, Monique Martens, Jacqueline Martin, Milka Martin, Renée Marzuk, Colette Masbou, Celia Maulin, Liliane Maury, Edith Mayeur, Jeanne Maynial, Odile du Mazaubrun, Marie-Thérèse Mazel, Gaby Memmi, Michèle Meritz, Marie-Claude Mestral, Maryvonne Meuraud, Jolaine Meyer, Pascale Meynier, Charlotte Millau, M. de Miroschodji, Geneviève Mnich, Ariane Mnouchkine, Colette Moreau, Jeanne Moreau, Nelly Moreno, Michèle Moretti, Lydia Morin, Marianne Moulergues, Liane Mozère, Nicole Muchnik, C.Muffong, Véronique Nahoum, Eliane Navarro, Henriette Nizan, Lila de Nobili, Bulle Ogier, J.Olena, Janine Olivier, Wanda Olivier, Yvette Orengo, Iro Oshier, Gege Pardo, Elisabeth Pargny, Jeanne Pasquier, M.Pelletier, Jacqueline Perez, M.Perez, Nicole Perrotet, Sophie Pianko, Odette Picquet, Marie Pillet, Elisabeth Pimar, Marie-France Pisier, Olga Poliakoff, Danièle Poux, Micheline Presle, Anne-Marie Quazza, Renée Christine Questerbert, Susy Rambaud, Gisèle Rebillion, Gisèle Riboul, Arlette Reinert, Arlette Repart, Christiane Rebeiro, M.Ribeyrol, Delye Ribes, Marie-Françoise Richard, Suzanne Rigail Blaise, Marcelle Rigaud, Laurence Rigault, Danièle Rigaut, Danièle Riva, M.Riva, Claude Rivière, Marthe Robert, Christiane Rochefort, J.Rogaldi, Chantal Rogeon, Francine Rolland, Christiane Rorato, Germaine Rossignol, Hélène Rostoff, G.Roth-Bernstein, C.Rousseau, Françoise Routhier, Danièle Roy, Yvette Roudy, Françoise Sagan, Rachel Salik, Renée Saurel, Marie-Ange Schiltz, Lucie Schmidt, Scania de Schonen, Monique Selim, Liliane Sendyke, Claudine Serre, Colette Sert, Jeanine Sert, Catherine de Seyne, Delphine Seyrig, Sylvie Sfez, Liliane Siegel, Annie Sinturel, Michèle Sirot, Michèle Siemer, Cécile Stern, Alexandra Stewart, Gaby Sylvia, Francine Tabet, Danièle Tardrew, Anana Terramori, Arlette Thephany, Joëlle Thévenet, Marie-Christine Theurkauff, Constance Thibaud, Josy Thibaut, Rose Thierry, Suzanne Thivier, Sophie Thomas, Nadine Trintignant, Irène Tunc, Tyc Dumont, Marie-Pia Vallet, Agnès Van Parys, Agnès Varda, Catherine Varlin, Patricia Varod, Cleuza Vernier, Ursula Vian-Kubler, Louise Villareal, Marina Vlady, A.Wajntal, Jeannine Weil, Anne Wiazemsky, Monique Wittig, Josée Yanne, Catherine Yovanovitch, Anne Zelensky

G. Entretiens individuels semi-dirigés

1 : Cabinet de MG urbain, Indre et Loire
Médecin homme thésé en 1994

2 : Cabinet de MG rural, Indre
Médecin homme thésé en 1980

3 : Cabinet de MG urbain, Cher
Médecin homme thésé en 1988

4 : Cabinet de MG semi rural, Indre et Loire
Médecin femme thésée en 1996

5 : Cabinet de MG semi rural, Loiret
Médecin homme thésé en 1990

6 : Cabinet de MG rural, Eure et Loir
Médecin homme thésé en 1985

7 : Cabinet de MG rural, Loir et Cher
Médecin homme thésé en 1999

8 : Cabinet de MG rural, Cher
Médecin femme thésée en 2002

9 : Cabinet de MG urbain, Eure et Loir
Médecin femme thésée en 1981

1er entretien semi dirigé
Mercredi 06 Juillet 2011, 13h

Cabinet de MG urbain, Indre et Loire
Médecin homme thésé en 1994

Le médecin assis dans son fauteuil habituel, moi sur le siège dédié aux patients, de l'autre côté du bureau.

Moi : « Nous allons commencer cet entretien par une situation vécue. J'aimerais que vous me décriviez le déroulement de votre entretien la dernière fois qu'une de vos patientes vous a fait part d'une grossesse non désirée. »

Dr : « D'accord.

Attente

C'était il y a quelques mois, Janvier je crois...

Le médecin cherche dans ses souvenirs, petite attente.

Une patiente jeune, pas mariée. Oui oui, elle était avec son ami. Ils n'étaient pas prêts tous les deux, moi... je ne juge pas.

Attente

Je lui ai d'abord dit qu'il fallait dater la grossesse. Comme d'habitude. J'étais d'accord pour lui prescrire des béta et une écho. »

Moi : « C'était une demande de la patiente ou ... spontané de votre part ?

Dr : « Non non, c'est moi. Ils étaient perdus, un retard de règle, oui oui, oubli de pilule ... »

Moi : « Puis ? Qu'elle a été ... votre démarche ? »

Dr : « J'ai fait l'ordonnance, mais je l'ai surtout beaucoup écoutée, elle et son ami.

Moi je suis proche du CHU, alors je l'ai vite orientée vers le service d'orthogénie, c'est ce que je fais systématiquement d'ailleurs, c'est une histoire de spécialiste non ?

Attente

Moi : « C'est une question ? C'est moi qui pose les questions ?!

Rires conjoints

Je comprends ce que vous voulez dire, mais depuis 2004, la loi vous autorise à pratiquer les IVG médicamenteuses dans votre cabinet si vous remplissez certaines conditions... »

Attente

Dr : « Moi aussi je vois où vous voulez en venir !!! »

Rires

Moi : « Vous connaissez ... euh... les tenants et les aboutissants de cette loi, les formalités ... enfin ... »

Le médecin s'enfonce dans son siège, et croise les bras.

Dr : « Je vais être franc... voyez-vous, mon cabinet... euh... est très proche du CHU et de la Clinique. Cette situation arrive trois quatre fois par an... parfois plus. C'est avec plaisir que je les conseille ... enfin, en toute objectivité, c'est un choix personnel. »

Attente

Le médecin me fixe, j'attends quelques secondes, il ne rebondit pas, je prends alors la parole.

Moi : « Donc... la raison pour laquelle vous ne pratiquez pas les IVG est ... la proximité accrue des structures spécialisées ? »

Dr : « Bien sûr, c'est évident. Je me doute même que les patientes y vont d'elle même sans venir me voir, je suis en pleine ville, pas isolé. »

Attente, le médecin ne dit plus rien, j'insiste.

Moi : « Y a-t-il d'autres raisons... peut-être plus personnelles ? »

Dr : « Bon... la première, c'est que je suis trop près, je vous l'ai dit... »

Long silence

La seconde, c'est la prise en charge psychologique. C'est une étape douloureuse, il faut de l'encadrement, du suivi, je n'ai pas le temps. J'insiste là dessus. »

Attente, je veux insister pour aller plus loin, je me dis en moi-même que je reviendrai plus tard sur cet item « psychologique »

Moi : « D'autres raisons ? »

Dr : « Et bien... A force de tout faire, on fait mal. Tu as déjà remplacé ? »

Je me sens pris au dépourvu, je réfléchis à la réponse la plus adaptée.

Moi : « Non, pas encore, mais je n'ignore pas les problèmes rencontrés par les MG à l'heure actuelle ... »

Silence. Hochement de tête du médecin.

Dr : « Je n'ai pas le temps. C'est une réelle détresse. Je ne prends pas cet acte à la légère. »

Attente

Je suis tout seul dans mon cabinet, si... si ça se passe mal... enfin, c'est pareil que pour une crise d'épilepsie en salle d'attente, une détresse respi... alors une IVG qui tourne mal. Tu vois, moi... c'est un petit cabinet de ville, je n'ai même pas d'oxygène... Je pose des stérilets, enfin, j'en posais... Je ne peux pas être sur tous les fronts. »

Moi : « La loi ne stipule pas une surveillance après prise des comprimés ... »

Dr : « Ah bon... »

Attente

Moi : « Moi même j'ai pratiqué des IVG dans mon stage précédent. Il me semble que ce n'est pas pareil dans toutes les structures. Mais nous, à Dreux, elles, euh, les patientes prenaient les comprimés, et partaient ... qu'elles aient expulsé ou non ... »

Le médecin m'interrompt, et très calmement, aborde un nouveau sujet. L'expression de son visage change, le sujet abordé semble le peiner.

Dr : « Mais c'est plus général. On fait que de la paperasse. Les spécialistes eux n'ont pas ce problème. »

Attente

Et l'assurance ? A l'hôpital, tu fais une IVG, t'es couvert. Moi on va me demander des comptes. C'est de pire en pire ces histoires de plainte et d'assurance... J'ai juste une secrétaire, à mi-temps. Elle ne pourrait pas gérer les problèmes. Bien sûr, maintenant, y a l'informatique, tout ça...»

Moi : « C'est vrai que l'évolution de l'activité libérale ne joue pas en notre faveur... mais je voudrais revenir sur deux points : il n'y a donc pas de raisons personnelles à ce que vous ne pratiquiez pas l'IVG ? »

Dr : « Non non... il faut une équipe, des spécialistes, euh... »

Moi : « Très bien ! Vous êtes revenu sur le second point que je voulais aborder !! Cela semble vous tenir à cœur... la prise en charge globale ... »

Dr : « C'est nécessaire... »

Attente

Moi : « Si vous aviez un psychologue à disposition, vous le feriez ? »

Dr : « Ah ah... et les assurances !!!

Rires conjoints

La médecine générale, ah... Parfois... j'ai l'impression qu'on nous colle tout...le médecin traitant hein !!...La signature des ALD, et tiens, tout à l'heure, Docteur j'ai plus de CMU...je fais quoi moi ? Je fais tout. Il ne faut pas que le médecin traitant soit la poubelle de la sécurité sociale... »

Moi : « À force de tout faire, on fait mal ? »

Rires

Dr : « Tu as tout compris, mais j'insiste sur le suivi et la prise en charge psychologique de la patiente, et...

Attente

Oui... j'oubliais, le compagnon, le mari... on les oublie eux, moi je peux pas les prendre en charge...

Attente

Mais c'est avec plaisir que je les oriente vers les services spécialisés, enfin... »

Moi : « Vous vouliez revenir sur un point ? »

Dr : « Je crois que j'ai tout dit...
Ca te va ? »

Moi : « Bien sûr, merci... merci beaucoup, c'était très constructif. »

2ème entretien semi dirigé
Jeudi 07 Juillet 2011, 19h20

Cabinet de MG rural, Indre
Médecin homme thésé en 1980

Le médecin assis dans son fauteuil habituel, moi sur le siège dédié aux patients, de l'autre côté du bureau.

Moi : « Nous allons commencer par une situation vécue. J'aimerais que vous me décriviez comment s'est passé votre entretien la dernière fois qu'une de vos patientes vous a fait part d'une grossesse non désirée. »

Attente

Dr : « C'est il y a très longtemps... très longtemps... »

Attente

Oui, longtemps... Je suis un médecin d'un certain âge !! Je n'ai pas une patientèle jeune !!
Mais bon, oui ça m'arrive environ une fois par an. »

Moi : « Et donc, racontez-moi le dernier entretien ? »

Dr : « Ah oui... Elle avait déjà des enfants, je m'occupe d'ailleurs d'eux, ils sont grands d'ailleurs... et de son mari... Alors elle l'a fait... moi je l'ai conseillée sur la structure, je lui ai donné des numéros, je l'ai prévenue ... enfin informée... sur les techniques, en fonction du terme... »

Attente

Moi : « Vous me dites que cela vous arrive environ une fois par an, mais vous avez l'air d'être tout de même bien informé, vous avez des contacts ...et des connaissances sur le sujet également ... »

Attente

Dr : « Je suis isolé, je dois répondre à toutes les demandes »

Attente

Moi : « Je pense que c'est en partie... justement... que la loi de 2004... qui autorise les médecins généralistes à pratiquer les IVG dans leur cabinet...enfin ... cette loi... à mon sens... permet justement aux médecins isolés de répondre à une demande des patientes , elles-mêmes isolées... et loin des centres IVG . Que pensez-vous de cela ? »

Dr : « Mais moi... je n'ai pas la demande... »

Attente

Et je ne pratique pas d'actes de gynéco depuis bien longtemps, ma formation est ancienne. »

Moi : « Vous adressez systématiquement les patientes vers un spécialiste en gynécologie ? Vous ne suivez pas les grossesses, vous ne prescrivez pas de pilule ... »

Dr : « Non, pas du tout. Je ne me sens pas assez bien formé, je n'ai pas l'habitude, alors, une IVG, avec tout ce que ça comprend ... »

Attente

Moi : « Qu'est- ce que vous entendez par « tout ce que ça comprend » ? »

Dr : « La datation de la grossesse, l'échographie, le suivi... »

Je ne suis pas à l'aise, et de toute façon je n'ai pas la demande. Mais je ne suis pas contre, attention !

Je pense que le médecin traitant est un conseil... y a eu des études là dessus. On a cherché à savoir qu'elle était l'interaction, enfin... la place que les médecins prenaient face à leur patient. Paternaliste, copain, intrusif...

Moi je vois pas en quoi, sur une décision pareille, un acte lourd de conséquence tout de même, je vois pas ce que le médecin généraliste actuellement... enfin... a sa place... »

Attente

Moi : « Si je comprends bien, vous n'avez pas la demande, vous n'êtes pas formé...y'a-t-il d'autres raisons ? »

Dr : « Pas pas formé, je l'ai été !!! Comme toi !!

Rires conjoints

Mais, allez, si je devais le faire, je le ferai. Mais pas tout seul. Il faut une aide psychologique. »

Moi : « Tout à fait, je suis bien d'accord. Mais ce que vous dites est intéressant. Si vous deviez le faire, vous le feriez. Euh... Avec un psychologue. Donc pour vous, la loi...de 2004... comme elle est écrite ... est applicable ? »

Dr : « Ben oui ... Je me suis renseigné, après tout... J'ai beaucoup réfléchi, je ne suis pas de la même génération que toi, je n'ai pas... enfin... c'est faisable, demain je pourrais le faire ... mais à quel prix ? Moi oui, mais les patientes ? Oui, il faut qu'elles en parlent, il leur faut quelqu'un pour les écouter, un psy, une équipe.

Moi je conseille mes patients, je ne tiens aucun jugement, alors je les adresse où il faut quand cela dépasse mes compétences ... euh... mais je serai prêt à le faire... »

Moi : « En participant à une formation, et en étant aidé d'un psychologue ? »

Dr : « Oui ... »

Moi : « Vous n'iriez pas à l'encontre d'une conviction personnelle en la pratiquant ? Cela n'interfère pas... Euh... ne fait pas partie des raisons pour lesquelles vous ne la pratiquez pas ? »

Dr : « Non, le choix doit être éclairé, libre. Autant qu'il puisse-t-être. Dans une situation comme ça, je ne sais pas si c'est possible, il faut les bons mots, les bonnes manières, ne pas brusquer. Un rien peut choquer...il faut faire très attention aux mots, comme dans les maladies chroniques... oui, il faut une formation, tu sais, c'est comme les oncologues, c'est tout un art ... en face de nous, les gens interprètent à leur manière, ce n'est pas un sujet à prendre à la légère...

Tiens, j'ai une patiente... Docteur, il lui manque une main ! A l'écho... oui... et elle me dit qu'elle n'en veut pas, avortement thérapeutique. Je n'ai rien dit, j'ai écouté, je n'ai pas acquiescé... et bref... elle l'a gardé... il est beau ce gamin !! Tu imagines si j'avais dit le moindre mot de travers...

Attente

Mais je préfère insister sur la contraception, c'est rare, je n'ai pas la patientèle. L'IVG n'est pas une méthode contraceptive... certaines jeunes filles le pensent.

Attente

La prévention on l'a laissé trop longtemps de côté, nous, l'ancienne, génération... regarde... le cancer... les MST... la douleur chronique... on a pas été formé à ça, enfin je le ressens comme ça. Un oubli de pilule ça existe, mais il faut trouver le bon moyen de contraception. Mais je connais des confrères qui pensent que la contraception ... des intégristes... »

Attente. Le médecin semble vouloir dire quelque chose d'important, mais je ressens qu'il a besoin que je le lance sur le sujet.

Moi : « Religieux ? Contre la contraception et l'IVG ? »

Dr : « Ben oui. La contraception c'est mal, ça provoque un dérèglement hormonal, ces hormones de synthèse, et le stérilet... c'est pire. Alors l'IVG. Je veux pas donner des noms, j'ai des amis comme ça, médecins de campagne aussi, qui font tout pour que leur patiente ne prenne pas de moyen de contraception. Surtout un... »

Moi : « Vous trouvez cette attitude ... »

Dr : « Déplorable. On conseille. On n'oriente pas. Encore moins en fonction de nos opinions religieuses. »

Attente

Moi : « Vous voudriez revenir sur un point ? »

Dr : « Non, j'ai tout dit...trop non ? »

Rires conjoints

Moi : « Au contraire !! Je vous remercie, merci beaucoup. »

**3ème entretien semi dirigé
Vendredi 08 Juillet 2011, 19h30**

**Cabinet de MG urbain, Cher
Médecin homme thésé en 1988**

Le médecin assis dans son fauteuil habituel, moi sur le siège dédié aux patients, de l'autre côté du bureau.

Moi : « Nous allons commencer cet entretien par une situation vécue en consultation. J'aimerais que vous me décriviez votre entretien la dernière fois qu'une de vos patientes vous a parlé d'une grossesse non désirée. »

Dr : « Je ne vais pas m'attarder en conjoncture...et en élucubration. Cette situation me terrifie. Je renvoie directement les patientes au CH, je suis juste à côté. »

Attente

Moi : « Tout à fait, tout à fait... je voulais... vous laisser... approfondir. Je ne saisis pas ... exactement ...le terme... « terrifier » ? »

Dr : « Terrifié de l'évolution du pouvoir... médical. Entendez-moi bien... la médecine est ... et doit être ... un sacerdoce. C'est comme cela que je l'entends. Je n'ai pas fait médecine pour interrompre des grossesses, ou euthanasier... ou ... et bien ... je n'aime pas cette toute puissance de la médecine. C'est un mauvais tournant. »

Moi : « Ces situations correspondent à ... une détresse... et le plus souvent un choix éclairé des patients, pour l'IVG comme pour l'euthanasie ... »

Le médecin m'interrompt.

Dr : « Eclairé !! Parce qu'une petite mamie qu'on aide à partir est consciente de ce qu'on lui fait, ou son entourage l'est ? Quand on voit toutes ses lois...cette notion est bien délicate, et si une loi sur l'euthanasie venait à venir ... »

Je décide de l'interrompre pour que le débat ne s'enlise pas sur l'euthanasie.

Moi : « Excusez-moi de vous interrompre, j'aimerais revenir sur le sujet qui nous préoccupe dans cette étude. Vous considérez l'IVG comme un choix non éclairé ? »

Dr : « Je soigne, je n'interromps pas la vie, IVG comme euthanasie. Et ne me parlez pas du principe de bienfaisance et de non malfaisance, leur seule existence... à tous les deux... est tellement contradictoire...c'est une vaste fumisterie. »

Attente

Moi : « Pourriez-vous développer s'il vous plaît ? C'est une cause morale... religieuse... scientifique ... que vous ...défendez ? »

Attente

Dr : « Scientifique assurément, et morale. Assurément. Et je m'en défends. J'ai accepté de vous répondre car je suis choqué. Il y a conception. La religion n'a rien à voir là dedans. Je suis athée, et ça ne vous regarde pas. »

Moi : « L'entretien est strictement confidentiel, et je ne vous juge pas, je m'efforce de comprendre... de recueillir des motivations face... à cette situation. »

Longue attente

Dr : « J'entends bien. Mais ceux qui se défendent d'une motivation religieuse sont des lâches, et on les connaît... vous aussi. Pourquoi ne pas avouer que même au premier trimestre, c'est un être vivant ? Dès la fécondation ? »

Attente

Moi : « C'est votre point de vue, et c'est en cela que c'est intéressant. Mais ce n'est pas l'opinion... de tous les médecins... et des patientes. »

Dr : « Mais c'est la mienne !!

Rires conjoints
Longue attente

Soyons francs, je n'aime pas cette idée. Est-ce que les patientes ne regrettent pas ? Est-ce que le futur qu'elles projettent pour cet enfant euh ... pessimiste... l'aurait été ? Ca c'est le principe de non malfaisance ... mais pour l'enfant. Et le principe de bienfaisance pour la maman, pour ne pas lui pourrir la vie... ou je ne sais quoi. Rien de religieux, nous sommes médecins, nous devons croire en l'évolution... darwinienne... au sens pur. Et la sélection naturelle... darwinienne, n'entend pas l'eugénisme. »

Moi : « Vos idées sont fortes de sens. Y a-t-il d'autres raisons ... pour vous... de ne pas pratiquer l'IVG... euh... si je résume, proximité du CH, et clause de conscience scientifique, mais non religieuse... »

Attente

Dr : « Non, pas d'autre. Et la proximité du CH est anecdotique, même isolé... je ne voudrai pas en entendre parler... et que le gouvernement ou je ne sais quelle instance ne nous y oblige... On est déjà assez nombreux comme ça à se plaindre du surmenage... administratif... procédurier... chronophage. »

Attente

Moi : « Vous m'avez dit ... au début de l'entretien... que vous envoyiez les patientes directement au CH. Vous acceptez donc tout de même leur choix, et vous les ... conseillez ... »

Attente

Dr : « Hum hum ... en effet... »

Attente

Cette situation est courante, j'exerce dans une grande ville, beaucoup de jeunes patientes sont dans cette situation...

Attente

J'ai une très grosse patientèle. Et je ne veux pas la perdre... alors oui... c'est contradictoire... mais je laisse ma conviction personnelle de côté... et je les adresse au service d'orthogénie. Mais pour reprendre vos mots, je n'accepte pas, au plus profond de moi-même... enfin... ce n'est pas ma femme... ou ma fille... mais ça me peine. Je le répète, je n'ai pas fait médecine pour ça. »

Moi : « Y a-t-il un point sur lequel vous ... voulez... revenir ? »

Dr : « Non. »

Attente

J'ai accepté de répondre à vos questions... quand l'URPS m'a contacté et... m'a parlé de l'IVG, car je respecte le travail d'une thèse... le travail de recherche. Je lis beaucoup d'articles... scientifiques dans les revues... spécialisées. Je me doute que votre projet ... doit être lourd en méthodologie. Je me doute aussi que ma position... euh... comment dire... est extrême, et que ... beaucoup vous fermeront la porte au nez, si ce n'est déjà fait. Mais croyez moi, nous sommes beaucoup dans ce cas... Je trouverai cela dommage que mon opinion ne ressorte pas ... dans votre étude. »

Moi : « Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à cette enquête... et encore plus ... à votre franchise... honnêteté intellectuelle. Merci beaucoup d'avoir pris de votre temps... pour y répondre... »

Dr : « Je me suis peut-être parfois emporté, mais je veux que ma voix soit entendue. Bon courage pour la suite. »

Moi : « Encore merci Docteur »

**4ème entretien semi dirigé
Mercredi 10 Août 2011, 20h**

**Cabinet de MG semi rural, Indre et Loire
Médecin femme thésée en 1996**

Le médecin assis dans son fauteuil habituel, moi sur le siège dédié aux patients, de l'autre côté du bureau.

Moi : « Nous allons commencer cet entretien par une situation vécue. J'aimerais que vous me décriviez le déroulement de votre entretien la dernière fois qu'une de vos patientes vous a fait part d'une grossesse non désirée. »

Dr : « D'accord... »

Attente

C'était il y a quelques semaines, c'est une situation fréquente, je suis une femme médecin isolée, j'ai un gros recrutement de femmes et de jeunes filles dans ma patientèle. Il faut dire que le premier gynécologue est bien loin... Mais, oui... euh... une femme que je connais bien.

Attente

Elle savait bien que je ne pratique pas les IVG, mais elle avait besoin de parler, et d'être orientée... Je l'ai envoyé au centre d'orthogénie. Ah oui... Elle m'a demandé si elle ne pouvait pas le faire chez un gynéco de ville... Une seule le fait à Tours, je crois... alors j'ai préféré, comme à chaque fois, l'envoyer au CHU. »

Moi : « Vous dites qu'elle avait besoin de parler ... »

Dr : « Oui, bien entendu. Elle avait pris sa décision, avec son ami, elle ne voulait pas un conseil... mais ... je pense qu'elle voulait que je le sache. Tout simplement. Je la vois très souvent, pour une maladie chronique, autre. J'ai senti qu'elle avait besoin de mon approbation, mais je n'ai pas à intervenir dans cette décision, vous le savez bien... »

Moi : « Bien sûr, bien sûr... Je... voudrai revenir... sur le fait... qu'une grande partie de votre patientèle est féminine ... »

La doctoresse m'interrompt.

Dr : « Et vous souhaitez savoir pourquoi je ne pratique pas les IVG, n'est-ce pas ? Alors que je suis éligible puisque près d'un CIVG et que j'ai le recrutement ? »

Moi : « C'est un peu rapide, mais c'est en effet le but... »

Attente

Dr : « C'est le cas pour moi et comme pour beaucoup d'entre nous, et vous certainement plus tard... »

Attente

Cette patiente, par exemple, au moins une demi heure d'entretien. Sans prendre en charge l'IVG. Vous voyez ? C'est une consultation d'écoute... avant tout... ne pas brusquer... écouter. Et combien de consultations selon la loi, quatre ou cinq ? Et pour si peu de rémunération. »

Moi : « Le manque de temps est une problématique récurrente lors de mes précédents entretiens... »

Dr : « Pour cela comme pour le reste, on est bon gré mal gré soumis à une politique de rendement. Mais il n'y a pas que le manque de temps, il faut de l'expérience, et une équipe spécialisée, avec des gens à l'écoute, en cas de désastre... »

Moi : « Je pense que vous ne manquez pas d'expérience dans ce domaine, étant donné ce que vous me racontez, vous faites face à cette situation régulièrement. Seriez-vous prête à pratiquer l'IVG avec une aide, une aide psy je pense, si je vous suis bien ? »

Dr : « Non, non. Nous manquons terriblement de formation à ce sujet, tout simplement parce que nous ne le pratiquons pas. Et un cabinet de généraliste n'est pas approprié pour cela. Je n'ai pas de salle pour respecter l'intimité, gérer les complications. Et je ne me vois pas assailli de consultation IVG quand tout le bassin de population sera au courant que je le pratique. »

Moi : « J'ai peur de ne pas comprendre... »

Dr : « Vous comprendrez bien vite. Je pense qu'on en fait bien assez. Nous sommes le fourre tout des spécialistes. Si j'avais un seul mot à dire, c'est que cette charge revient entièrement aux gynécologues, après tout c'est la spécialité qu'ils ont choisi, pas nous ?! »

Rires

Moi : « Mais c'est le choix des patientes qui importe, et vous l'avez dit vous même, il n'y a aucun gynécologue aux alentours... »

Dr : « Très bonne remarque... En effet certaines préféreraient peut-être que ce soit moi. Mais je ne vais pas revenir là dessus, la raison principale, allez, je vais être gentille ... »

Attente

Je vous les classe par ordre, de préférence ! Le manque de temps, la faible rémunération, ou, le manque de prise en charge globale, le côté psychologique. La formation bien sûr... mais les précédents sont pour moi les plus importants. »

Moi : « J'entends bien, ...juste une dernière question. Vous n'iriez pas à l'encontre d'une conviction personnelle si vous pratiquiez vous-même l'IVG dans votre... cabinet ? »

Attente

Dr : « Non. C'est la détresse des patientes qui m'effraie. Je pense que je perdrai des patientes à la suite d'un tel acte, si je le pratiquai moi-même. Comment dire, après une telle prise en charge, je pense que le mieux... c'est de la faire avec une équipe ponctuelle, spécialisée, et... qu'en me consultant encore des années... enfin... est-ce que cela ne lui raviverait pas constamment ce mauvais souvenir ? »

Moi : « C'est une opinion fortement subjective ... »

Attente

Dr : « Oui, je l'avoue, encore une bonne remarque... »

Rires

Et pour tout te dire, je pense que je les perdrai, elles, et d'autres. Sans trop m'avancer, tu vas me dire que c'est une opinion personnelle, mais... est-ce que je ne perdrai pas d'autres patientes qui sont contre l'IVG ? Après tout, un médecin dans un village... ma réputation, c'est un bien grand mot... enfin... »

Moi : « Tout à fait, je comprends ce que vous évoquez. Voulez-vous revenir sur un point ? »

Attente

Dr : « Non, je t'ai tout dit. Merci beaucoup, c'était très intéressant... »

Moi : « C'est à moi de vous remercier, merci beaucoup... »

5ème entretien semi dirigé
Jeudi 18 Août 2011, 16h20

Cabinet de MG semi rural, Loiret
Médecin homme thésé en 1990

Le médecin assis dans son fauteuil habituel, moi sur le siège dédié aux patients, de l'autre côté du bureau.

Moi : « Racontez moi la dernière fois qu'une de vos patientes vous a fait part d'une grossesse non désirée. »

Dr : « Eh bien, ce n'est pas très fréquent... la dernière fois, une de mes patientes est venue en consultation pour autre chose, et elle m'a annoncé qu'elle avait avorté 2 mois auparavant. Mais elle ne m'avait pas consulté avant. »

Moi : « Auriez vous aimé qu'elle le fasse ? »

Il hésite

Dr : « Ffff ...pas vraiment...ca n'aurait rien changé, je crois qu'elle s'était directement adressée à l'hôpital. »

Moi : « Mais si elle était venue vous voir avant, qu'auriez vous fait ? »

Dr : « Je l'aurai informée des différentes techniques, et je l'aurai adressée à l'hôpital. Il m'est arrivé de faire un courrier pour une patiente qui voulait une IVG médicamenteuse, mais qui était limite dans les dates ! Je lui avais donc fait un courrier pour essayer d'accélérer son RDV à l'hôpital. Ca doit bien faire...5 ou 6 ans au moins... »

Moi : « D'accord. Suivez-vous des patientes sur le plan gynécologique : prescription de contraception, pathologies génitales, suivi de grossesse... »

Dr : « Contraception, oui, surtout du renouvellement. Je fais également de la prévention, du dépistage, les mammographies ... les sérologies... Mais il est vrai que je ne fais pas de frottis, enfin, pas d'acte purement gynécologique. »

Moi : « Puis-je vous demander pourquoi ? »

Dr : « Je ne me sens pas très à l'aise avec tout ça. Vous savez, il faut en pratiquer régulièrement pour rester au point ! Et puis, en général, les femmes ont leur gynécologue qui les suit déjà, alors je n'ai pas vraiment de demande de leur part. »

Moi : « Oui, Je comprends. »

Attente

Dr : « Pour moi, la demande crée l'offre. Si j'avais régulièrement des patientes qui demandaient un suivi gynécologique, je pense que je remettrais mes connaissances à jours et que je répondrais à cette demande. »

Moi : « Ah ? Donc vous seriez prêt à suivre une formation...? »

Rires

Dr : « Disons que je regarderai les nouvelles recommandations, je me remettrai à la page. »

Moi : « Vous dites que la demande crée l'offre ; ne pensez vous pas que l'on peut également penser que l'offre crée la demande ? Si vos patientes savaient que vous pratiquiez des actes de gynécologie, si vous leur proposiez un suivi...est ce que cela n'augmenterait pas la demande de vos patientes ? »

Dr : « Je ne vais pas mettre une affiche dans le cabinet ! »

Rires

Moi : « Non, évidemment, je pensais plutôt qu'en orientant la consultation...
Je me rends compte que je m'éparpille, je rebondis donc sur une autre question

Moi : Bon. Euh... Etes-vous au courant de la loi de 2004, qui autorise les médecins généralistes à réaliser des IVG médicamenteuses au sein de leur cabinet ? »

Dr : « Et bien, je me suis renseigné après votre appel, je ne vais pas vous cacher que je ne le savais pas (*sourire*). Comme je vous ai dit, je n'ai pas tellement ce type de demande, alors... »

Moi : « D'accord. Donc pas de demande. Mais si vous en aviez ? »

Dr : « Honnêtement, ça me semble difficile à mettre en place. C'est quand même un acte lourd, complexe, long, avec une surveillance particulière ! Comment voulez-vous gérer ça en quelques minutes dans votre cabinet ? Et seul ! »

Silence

Dr : « Bon, d'abord, il faudrait dater la grossesse. J'imagine qu'il faudra une échographie, une évaluation psychologique... Que dit la loi sur tout ça ? Et puis si ça se passe mal ? Qui prends le relais ? »

Moi : « Justement, les médecins souhaitant réaliser cet acte doivent signer une convention avec une structure hospitalière qui les soutiendrait, les aiderait dans la prise en charge, et qui prendrait le relais si il y avait une complication. »

Dr : « Oui, oui, j'ai vu... »

Je le sens hésitant, je préfère lui poser clairement la question.

Moi : « En fait, la question est : pour quelles raisons ne le pratiquez vous pas ? On a donc vu que c'était tout d'abord parce que vous n'en aviez pas la demande. Mais il y a d'autres raisons ? »

Dr : « La complexité. Seul dans mon cabinet, je pense que je ne serais pas rassuré... si quelque chose tournait mal, je serais seul responsable !! Je ne sais même pas si je suis assuré pour ça (*rires*). Non vraiment, je pense que ce n'est pas une décision facile pour les femmes, et qu'elles ont besoin d'être encadrées dans une structure spécialisée, pour une prise en charge multidisciplinaire. Et je pense surtout à l'approche psychologique. Un médecin généraliste n'a pas les moyens de gérer seule une telle demande, et encore moins le temps. »

Moi : « Vous pensez donc que la loi n'est pas applicable telle qu'elle est actuellement ? »

Dr : « Oh... (*Sourires*), elle doit l'être si des confrères le font ! Mais je ne pense pas qu'ils soient nombreux (*sourires*)... »

Moi : « Non, effectivement ! »

Dr : « Une dizaine, peut être, sur la région ? »

Moi : « Encore moins que ça ! »

Rires

Moi : « Bien, avez vous quelque chose à ajouter ? »

Dr : « Vous savez, pour moi, le risque serait de banaliser l'avortement, en le pratiquant à la maison. La femme doit pouvoir prendre conscience de cet acte, et être accompagnée à tout moment, que ce soit avant, pendant, et surtout après ! Il faut aussi profiter de ce temps pour revoir la contraception, et rééduquer la patiente, afin d'éviter que la situation ne se reproduise. Les femmes ont aujourd'hui le choix, et c'est une bonne chose. Mais il ne faudrait pas qu'il y ait de l'abus, et que l'avortement devienne un moyen de contraception ! »

Moi : « Et vous pensez que ce risque existe en pratiquant cet acte au cabinet du médecin généraliste ? »

Dr : « Oui, je crois réellement qu'il faut être prudent. L'accès au soin n'est peut être pas parfait, mais en ce qui concerne l'IVG, le suivi actuel est peut être le plus adapté. »

Moi : « Bien, je crois que nous avons fait le tour. Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mes questions, et de m'avoir fait part de vos opinions. »

Dr : « Je vous en prie ! Et bon courage ! »

6ème entretien semi dirigé
Jeudi 18 Août 2011, 19h00

Cabinet de MG rural, Eure et Loir
Médecin homme thésé en 1985

Le médecin assis dans son fauteuil habituel, moi sur le siège dédié aux patients, de l'autre côté du bureau.

Moi : « J'aimerais que vous me parliez de la dernière fois qu'une de vos patientes vous a fait part d'une grossesse qu'elle ne désirait pas. Comment avez vous abordé cet entretien ? »

Dr : « Eh bien... ça ne fait pas si longtemps que ça...*(il regarde dans son fichier patients)*... ah oui, oui, c'est elle, Mme D., 23 ans, c'était il y a 1 mois. Elle n'avait pas de retard de règles mais elle avait des nausées qui évoluaient depuis plusieurs jours. Elle m'avait consulté pour ce motif et je lui avais prescrit un bilan, qui était revenu normal. Je lui avais donc prescrit...*(il recherche encore dans son fichier)*... oui, un simple traitement symptomatique, et elle devait reconsulter si ses nausées persistaient. Finalement, elle a fait un test de grossesse urinaire qui s'est révélé être positif. »

Moi : « Aviez-vous demandé un dosage de BHCG dans l'analyse de sang ? »

Dr : « Non, comme je vous ai dit, elle n'avait pas de retard de règles. »

Moi : « D'accord. Elle vous a donc annoncé qu'elle ne voulait pas garder cette grossesse ? »

Dr : « Oui. Son ami et elle ne se connaissaient pas depuis longtemps, et puis, ils n'avaient pas de situation... »

Moi : « Qu'avez vous fait ? »

Dr : « J'ai d'abord essayé de comprendre ses motivations. Vous savez aujourd'hui, une grande partie de notre boulot, c'est de la psycho, les gens viennent consulter pour des problèmes sociaux et non médicaux... »

Dr : « Vous pensez que sa demande n'était pas d'ordre médical ? »

Dr : « Non non, ce n'est pas ce que je dis, je dis qu'elle avait besoin de parler et d'être écoutée, elle était perdue... »

Silence

Dr : « En fait, elle pensait qu'elle ne pouvait pas le garder. Je lui ai conseillé de prendre son temps, de bien réfléchir, et d'aller voir sa gynécologue afin de pouvoir dater la grossesse. »

Moi : « Vous a-t-elle questionné sur l'IVG, les démarches à suivre...? »

Dr : « Pas directement. Je crois que je l'aurais de toute façon orientée vers un spécialiste. »

Moi : « Vous ne pratiquez pas d'actes de gynécologie ? »

Dr : « Bien sûr que si. Ici, on est isolé, le premier gynécologue est à 20km, alors le suivi gynéco des patientes, c'est moi. Frottis, prélèvement vaginaux, contraception... et surtout la prévention. »

Moi : « Et l'IVG ? »

Dr : « Ce n'est pas pareil. C'est un sujet délicat, qu'on ne peut pas aborder en 15min, entre deux renouvellements de traitement. Mes patientes, je les connais depuis leur plus jeune âge, je connais leurs parents, leur famille... je ne pense pas que c'est mon rôle. Si elles se décident à le faire, c'est... c'est un acte intime, personnel, presque secret. »

Moi : « Continuez, c'est intéressant... »

Dr : « *(Soupirs)* Je vais à l'église avec ces gens là, je les croise au marché... Je ne peux pas me permettre d'encourager mes patientes à se faire avorter ! Je ne dis pas que je suis contre, chacun fait ce qu'il veut, mais mon rôle de médecin n'est certainement pas là. »

Silence un peu gêné, je fais mine de prendre des notes.

Dr : « Ecoutez... moi je les adresse vers un confrère, je ne les lâche pas dans la nature. Si vous me demandiez si j'étais pour ou contre l'IVG, je vous dirais contre. Mais c'est mon avis personnel, je ne l'impose pas à mes patientes. En revanche, je dis clairement qu'un médecin de famille n'a pas à s'occuper de ça. C'est du ressort du spécialiste. »

Moi : « Pourtant, vous savez qu'une loi autorise les médecins généralistes à pratiquer cet acte, depuis 2004 ? Qu'en pensez vous ? »

Dr : « Autorise ?! Comme si on avait demandé quoi que ce soit et qu'on attendait l'autorisation! Dites plutôt qu'ils ont besoin de nous ! ? Non mais franchement, on croule sous la paperasse, nos journées sont interminables, les visites à domicile, tout l'accompagnement social dont nos patients ont besoin... y'en a même un qui m'a demandé de l'aide pour remplir sa feuille d'imposition !! On nous en demande de plus en plus, c'est infernal. Alors une situation d'IVG, non, je préfère encore déléguer. »

Moi : « Je comprends. Vous pensez donc que cette loi n'est pas applicable ? »

Dr : « Non, évidemment. On ne demande pas aux gynécologues d'aller soigner une bronchite, ou de vacciner des enfants. Mais les généralistes, eux sont les boucs émissaires de la profession... »

Le téléphone sonne. Il s'isole dans la pièce d'examen pendant l'imin puis revient.

Dr : « Veuillez m'excuser »

Moi : « Je vous en prie ...donc pour résumer, il y a plusieurs raisons qui expliquent que vous ne faites pas d'IVG ici...vous avez d'abord évoqué le fait que...(je relis mes notes, il m'interrompt)».

Dr : « Je ne peux pas faire ça, ce n'est pas mon rôle...je suis là pour soigner. Et je vous assure qu'il y a déjà bien à faire avec ça.

Il continue de parler en se levant, comme pour mettre fin à l'entretien.

Vous verrez quand vous vous installerez, la charge de travail est immense, vous devez être disponible, les gens vous attendent au tournant...(rires). »

Moi : « Merci infiniment de m'avoir consacré ce temps Docteur »

En se dirigeant vers la porte, je n'enregistre plus à ce moment

Dr : « Mais c'est intéressant votre travail, c'est bien, j'espère que vous me ferez part de vos résultats ! »

Moi : « Comptez sur moi ! Merci encore ! »

7ème entretien semi dirigé
Vendredi 23 Septembre 2011, 16h

Cabinet de MG rural, Loir et Cher
Médecin homme thésé en 1999

Le médecin assis dans son fauteuil habituel, moi sur le siège dédié aux patients, de l'autre côté du bureau.

Moi : « J'aimerais que vous me parliez de la dernière fois qu'une de vos patientes vous a fait part d'une grossesse qu'elle ne désirait pas. Comment s'est déroulé votre entretien ? »

Dr : « Ouh la la ... Ca ne m'arrive que rarement... »

Attente

L'année dernière, peut-être, oui... l'année dernière. Je ne suis pas à l'aise dans ce genre de situation. Et pourtant je suis un jeune médecin, enfin je pense...

Rires

Moi : « Je confirme ! Mais dites moi pourquoi cela vous met mal à l'aise ? »

Dr : « Pas mal à l'aise... Je ne suis pas à l'aise. J'entends par là que je n'y connais rien. Renouveler une pilule, oui. Mais je ne suis même pas les grossesses. Je ne me suis pas fait assurer pour ça. Les complications arrivent vite, et les ennuis pour nous aussi. »

Attente

Je vais même te dire que je suis obligé d'appeler une connaissance spécialiste en gynécologie quand une diabétique me demande une pilule ! Alors les grossesses et l'IVG ! »

Moi : « D'accord... Nous allons revenir sur plusieurs points. »

Je prends en note mes futures questions, petite attente.

Tout d'abord : dois-je comprendre que vous manquez de formation sur le plan gynécologique ? »

Dr : « Et comment ! Et pourtant mon résidanat n'est pas si loin. Mais nous ne sommes en rien informé ni formé là dessus une fois installés. Oui, les séances de FMC, avec les spécialistes... Bien sûr, après une journée de quarante consultations, six jours sur sept... Non, le gouvernement, enfin... les autorités préfèrent nous former à la carte vitale, les ALD, la CMU, les formulaires d'APA, enfin tu connais. Nous manquons terriblement de temps. Ils ont voulu des médecins traitants, nous traitons des formulaires. Voilà l'évolution de la médecine générale. »

Moi : « Si j'avais su ... »

Rires conjoints. Je relis mes notes précédentes.

Vous parliez des assurances, des risques, des complications ? »

Dr : « C'est en effet à prendre en compte. Nous sommes, enfin... excuse-moi... les patients, je veux dire, sont de plus en plus procéduriers. Une IVG qui tourne mal... Je serai bien curieux, tiens, de connaître les surprimés si je pratiquai. Et en contre partie, combien c'est quotté ? »

Moi : « Un peu plus de 150 euros, pour les quatre consultations... »

Attente

Dr : « Mon Dieu... et pour les spécialistes aussi ? »

Moi : « Je vous dirai une bêtise, je ne sais pas... Cette tarification vous dérange ? »

Dr : « Je ne le pratique pas alors ça ne me dérange pas ! Mais quand même, travailler et encadrer une telle détresse, avec des consultations, combien... quatre tu disais... d'au moins une demi-heure voire une heure, pour ce prix là ? Je ne veux pas te choquer, mais des points de suture sont mieux rémunérés... Je crois que l'assurance maladie devrait revoir sa cotation, c'est pas le même boulot. »

Moi : « Effectivement... Vous auriez donc peur des complications immédiates, si je résume, tout en étant non formé... pas assez rémunéré ? »

Dr : « Tout à fait. Pas formé, d'ailleurs pas in-formé. C'est dire ! Et oui, il faudrait revoir la tarification, mais gérer cela dans mon cabinet. Ce n'est pas convenable. Il y a des gens dans la salle d'attente, pleine de 8h à 20h, non mais... Ce n'est pas convenable. »

Moi : « Vous pourriez développer s'il vous plaît ? »

Attente

Dr : « Si tu me pousses dans mes derniers retranchements... Je veux dire par là...

Je sens que le médecin est allé trop loin. Son visage se crispe. Il me fixe.

Je ne me vois pas donner des pilules abortives... dans mon cabinet... alors que la petite mamie, ou le petit papi, est tranquillement installé dans un de mes fauteuils.. de la salle d'attente. Je pense qu'ils s'en iraient tous bien vite. Une grande partie de la population, quoi qu'on en dise à la télé, est contre l'IVG. Surtout dans nos campagnes...

Attente

Je suis jeune médecin, bien sûr que ça me peine que les jeunes filles de mon canton n'aient pas accès à l'IVG... que le premier centre soit si loin... qu'elles doivent sécher les cours pour prendre un car, ou partir avec une copine... pour se faire avorter en ville. Mais j'ai fait le choix... de m'installer en campagne, contrairement au reste de ma promotion... car ces gens sont uniques... et fidèles. Et ces déserts médicaux sont une honte. Alors oui, je ne veux pas mettre en conflit deux groupes de patients, et encore moins en perdre une grande partie... »

Moi : « Vous n'êtes donc pas contre, mais ...même avec une formation, et une meilleure rémunération... »

Dr : « Je ne le ferai pas. Jamais. Et même en omettant cela, il faut une prise en charge avec un psy ou des gens... qui en ont l'habitude. A mon avis c'est une activité à temps plein. Ca demande un réel investissement. Je n'ai pas le temps, je vous l'ai dit je crois, déjà... »

Moi : « Vous vouliez revenir sur un point ? Vous avez d'autres raisons, de ne pas pratiquer l'IVG ? »

Dr : « Non... non... ffff...

Attente

Je pense que le mieux serait que les gynécologues s'installent un peu en campagne. Y a du boulot, largement. On peut pas tout faire, enfin...on le fait déjà !

Rires conjoints

Moi : « On conclue là dessus ? »

Dr : « Tout à fait ! »

8ème entretien semi dirigé
Vendredi 23 Septembre 2011, 20h30

Cabinet de MG rural, Cher
Médecin femme thésée en 2002

Le médecin assis dans son fauteuil habituel, moi sur le siège dédié aux patients, de l'autre côté du bureau.

Moi : « J'aimerais que vous me parliez de la dernière fois qu'une de vos patientes vous a fait part d'une grossesse qu'elle ne désirait pas. Comment s'est déroulé votre entretien ? »

Dr : « Tu sais ça ne m'arrive pas souvent. Je ne sais plus, il y a... plusieurs mois, peut-être même en 2010, il me semble. »

Attente

Moi : « Vous avez encore quelques souvenirs ? Racontez-moi ? »

Dr : « Oui... c'est une patiente que je suis, mais, comme toutes les personnes de son âge, je ne la vois que... une fois par an ! La vingtaine, à nos âges... On ne va jamais chez le médecin !

Attente

Une grossesse qui tombait mal, comme souvent dans ces cas là. Je l'ai écouté, puis je lui ai surtout dit qu'il ne fallait pas perdre de temps, ne pas dépasser le terme. Je l'ai orienté vers le CH... les cliniques... euh... je ne sais même pas si elles le font, et de toute façon... elles sont bien loin... »

Moi : « Vous pensez que votre patiente avait besoin de vous en parler ? Pourquoi selon vous est-elle venue alors qu'elle aurait pu directement se rendre au CH, surtout... que selon ce que vous m'avez dit... vous ne la voyez pas si souvent... donc ... »

Dr : « Oui, oui... Et je crois bien que la plupart ne passent pas par moi, voire me le cache peut-être ? Pour elle je ne sais pas, je ne l'ai pas revue depuis. Pourquoi elle est venue me voir... oui, c'était pour l'ordonnance pour les béta... si je peux servir à ça... »

Moi : « Donc vous avez pris par au parcours de soins, cela ne vous dérange donc pas, sur le plan personnel, ou... moral ... »

Dr : « Pas du tout, pas du tout. Je ne suis pas féministe, mais quand même, on est plus dans les années 50 !

Rires

Enfin j'espère, mais ... moi et mes collègues, nous sommes tout à fait à l'aise avec la contraception et toutes ces questions ... De toute façon, comme tu le vois, nous sommes isolés, la polyvalence, la disponibilité ... »

Moi : « Ce n'est pas le cas de tous les médecins ... Mais, depuis 2004 ... les généralistes peuvent réaliser des IVG en ambulatoire, dans leur cabinet. Qu'en pensez-vous ? »

Dr : « Oui je sais, je connais bien. Mais c'est inapplicable. Ils ont voulu transposer le parcours de soins hospitalier à notre activité, et c'est impossible !

Attente

Les différentes consultations, le délai de réflexion, OK. L'accréditation par un CIVG, OK. Mais l'échographie, la prise en charge des saignements, de ... la détresse. On est tout seul. C'est inapplicable. Les médecins qui le font, et ils sont peu ... ne font que ça en fait ? Ils n'ont pas un « vrai » cabinet à gérer, les épidémies hivernales... les vaccinations... les visites à domiciles qui sont de plus en plus chronophage... les maisons de retraite... Non mais, est-ce qu'on est pas en droit de se demander si un tel acte, enfin... est-ce qu'on est là pour donner deux ou trois comprimés... et hop... va expulser à la maison. »

Moi : « C'est la même procédure à l'hôpital... les patientes partent qu'elles aient expulser ou non ... »

Dr : « Ah... D'accord... Mais...

Attente

Ce sont des spécialistes. Je ne pense pas que cet acte ait sa place dans mon cabinet, ou celui de mes collègues. Et je ne te parle pas des répercussions sur la population... vieillissante... Après tout, un cabinet, c'est une entreprise. Le rendement, et... dans ce cas, ce n'est pas rentable. Et l'atmosphère, enfin... ce que représente ton activité de médecin... de campagne. Je ne crois pas que le curé voit ça d'un très bon œil !! Tout le monde est pour, bien sûr, mais pas dans le village... là bas... loin... à la ville. »

Moi : « Une entreprise doit être ... rentable... et ... saine ... »

Dr : « Oui, oui. Mais je ne veux pas que tu croies que je suis contre, mais... on ne peut pas. C'est tellement spécifique, et sensible. Savoir écouter, épauler, accompagner. Il faut que je lise les textes. Que se passe-t-il si les comprimés ne donnent rien ... ou si ça se passe mal... je quitte le cabinet, c'est moi en premier recours ? »

Moi : « Il y a une structure référente, à laquelle on est rattaché... on est pas tout seul, c'est dans la loi... et les complications sont très rares, pour avoir vu les dernières statistiques. »

Attente

Dr : « Je ne suis pas sûr que les patientes le feraient, pour preuve, elles vont directement dans les structures spécialisées... »

Moi : « Parce qu'il n'y a pas la possibilité de le faire dans le village ! »

Rires

Dr : « Ah oui, mon dieu que je suis bête, enfin... Elles ne m'ont quand même jamais demandé si cela existait, ou si c'était possible ... »

Moi : « Y a-t-il d'autres problèmes que vous voudriez aborder ? »

Dr : « Non, non, je pense... je pense surtout à la prise en charge globale et au temps que cela représente... pour moi, c'est une activité à part entière... et qu'il faut assumer aux yeux de tous... »

Moi : « Merci beaucoup, merci. »

9ème entretien semi dirigé
Samedi 24 Septembre 2011, 13h00

Cabinet de MG urbain, Eure et Loir
Médecin femme thésée en 1981

Le médecin assis dans son fauteuil habituel, moi sur le siège dédié aux patients, de l'autre côté du bureau.

Moi : « J'aimerais que vous me parliez de la dernière fois qu'une de vos patientes vous a fait part d'une grossesse qu'elle ne désirait pas. Comment s'est déroulé votre entretien ? »

Dr : « La semaine dernière ! Ou attendez, ...non... il y a 2 semaines. C'est une patiente que je suis depuis son plus jeune âge. D'ailleurs, je fais également son suivi gynécologique. Elle est venue me voir en consultation pour me dire qu'elle avait fait un test de grossesse suite à un retard de règle, et il s'est avéré être positif. Elle était vraiment désespérée, la pauvre. Elle a reconnu avoir eu plusieurs oublis de pilule. »

Moi : « Quelle était sa position par rapport à cette grossesse ? Et qu'avez vous fait ? »

Attente

Dr : « Oh ben... pour elle, c'était clair ! Elle prépare un diplôme d'aide éducatrice, elle ne pouvait pas garder cette grossesse. Son compagnon était là aussi, et ils m'ont tout de suite demandé explicitement ou ils devaient s'adresser. Je leur ai donc donné le numéro de téléphone du service de gynéco à l'hôpital, au Coudray. En parallèle, je lui ai donné une ordonnance pour une prise de sang. »

Moi : « Vous a-t-elle demandé les différentes possibilités qui s'offraient à elle ? »

Dr : « Oui, mais elle en connaissait déjà pas mal sur le sujet. Elle voulait vraiment pouvoir le faire par voie médicamenteuse, elle jugeait que c'était moins traumatisant. »

Moi : « Et vous, qu'en pensez vous ? »

Dr : « Je suis plutôt d'accord. Si l'on peut éviter un geste chirurgical, qui peut être traumatisant et surtout plus invasif, je pense qu'il faut le faire. »

Moi : « Bien, bien... A ce sujet, êtes vous au courant qu'une loi de 2004 permet aux médecins généralistes de prendre en charge ces patientes, et de ... réaliser des IVG médicamenteuses en cabinet de ville ? »

Rires

Dr : « Honnêtement, j'en avait vaguement entendu parlé mais je me suis un peu plus renseignée après votre appel. »

Moi : « Et...qu'en pensez-vous ? »

Dr : « Je ne sais pas trop ... pourquoi pas, oui, si la demande vient expressément de la patiente. Mais je ne sais pas si les femmes seraient prêtes à faire ça en ville. « Traditionnellement » (*le docteur mime des guillemets en disant ce mot*), c'est à l'hôpital qu'elles sont prises en charge. Elles ne se posent pas la question. En tout cas, je n'ai jamais eu une telle demande par une de mes patientes, depuis le début de ma carrière ! »

Sourires

Moi : « Mais vous, vous seriez donc prête à le proposer à vos patientes ? »

Dr : « Il faudrait pour ça une formation, et surtout des garanties ! »

Rires

Ce qui me gêne le plus, ce sont les risques inhérents à un tel geste, les complications qui peuvent survenir... D'ailleurs, est ce que votre étude compare également les morbidités et les complications selon que l'IVG soit réalisée en ville ou à l'hôpital ? »

Moi : « Non,... nous partons du principe que ce risque a déjà été évalué. Cette étude est une enquête d'opinions ; nous essayons de comprendre, et de lister les raisons pour lesquelles si peu de médecins généralistes pratiquent ce geste. En parallèle, nous tenterons de déterminer si les patientes, si elles le pouvaient, iraient voir leur médecin traitant pour être prise en charge dans le cadre d'un avortement. »

Dr : « Oui ... »

Attente

La médecine évolue, et la prise en charge des malades également. Certaines de mes patientes, que je suis depuis longtemps, seraient probablement plus à l'aise avec moi pour ... une telle épreuve, plutôt que d'aller à l'hôpital... »

Moi : « Vous ne semblez donc pas opposée à proposer ce service à vos patientes ? »

Dr : « Oui ... mais comme je vous l'ai dit sous certaines conditions ! »

Rires

Moi : « Pourquoi ne le pratiquez vous pas, alors ? »

Dr : « Je crois que je n'avais jamais pris le temps d'y penser, c'est tout ! Mais je ne connais pas bien toute la procédure, les conditions... ni même la rémunération ! Disons que je vais me pencher sur la question... »

Attente

Moi : « Vous parlez de la rémunération. Serait-ce un frein pour vous si elle n'était pas assez élevée ? »

Dr : « Pour moi, si c'est un service de soins, une amélioration de la prise en charge, alors oui, il doit exister une motivation financière. Mais ce ne serait pas le seul frein. »

Moi : « A quelles autres difficultés pensez vous ? »

Dr : « Comme je disais, je ne connais pas toutes les dispositions de cette loi ! Si j'étais amenée à le faire, j'aimerais surtout ne pas être seule ! »

Attente

Avoir un gynécologue à contacter en cas de besoin, avoir une échographie rapidement, une assistant sociale, voire un psychologue... si, dans cette loi, le médecin de ville est UN (*le Dr appuie fortement sur le « un »*) des maillons d'un véritable réseau, alors cela peut se faire correctement. En revanche, ca me semble plus compliqué si le généraliste doit s'occuper seul de la mise en place de la procédure et de l'accompagnement de la patiente. Sans oublier le temps que ca demande. »

Moi : « Oui oui, je comprends. »

Attente

Moi : « Voyez-vous d'autres raisons qui ont fait que vous ne vous étiez pas intéressée à la pratique de cet acte auparavant... ou même d'autres raisons qui vous empêcheraient de le faire ? Je ne sais pas, des raisons... peut-être plus personnelles ... »

Dr : « Holà ! Non, sûrement pas ! Les femmes ont aujourd'hui la liberté de leurs actes, de leurs décisions, et heureusement ! »

Moi : « Oui heureusement ! »

Attente

Bien, je pense que nous avons terminé. Avez vous quelque chose à ajouter sur le sujet ? »

Dr : « Mis à part que c'est très intéressant ! Quelle est la suite, qu'allez vous faire de mes réponses ? »

Moi : « Eh bien, nous avons réalisé plusieurs entretiens comme celui ci, nous allons analyser les différentes opinions, puis demander l'avis de tous les médecins de la région par le biais d'un questionnaire. »

Dr : « Je serais curieuse de connaître l'avis de mes confrères sur le sujet ! »

Attente

Moi : « Je me ferai une joie de vous faire part des résultats, à la fin de notre enquête. Merci encore Docteur, du temps que vous m'avez consacré. »

H. Codage des données qualitatives des entretiens individuels semi-dirigés

I- SPHÈRE ÉCONOMIQUE

L'**économie** (du grec ancien *oikonomia* : « administration d'un foyer », créé à partir d'*oikos* : « maison », dans le sens de patrimoine et *nómos* : « loi, coutume » ; ce terme désignait donc la gestion de la maison, en opposition à la politique, la gestion de la cité) est l'activité humaine qui consiste en la production, la distribution, l'échange et la consommation de biens et de services.

II- SPHÈRE LOGISTIQUE

La **logistique** est l'activité qui a pour objet de gérer les flux physiques d'une organisation, dans le but de mettre à disposition les ressources correspondant aux besoins, et ce, aux conditions économiques et pour une qualité de service déterminée, dans des conditions de sécurité et de sûreté satisfaisantes.

III- SPHÈRE (de la définition de la) PRATIQUE

Application des règles, des principes d'un art, d'une science, ou d'une technique par opposition à la théorie. Expérience donnée par l'exercice. Usage, habitude acquise.

IV- SPHÈRE IDÉOLOGIQUE

Une **idéologie** est, au sens large, la science d'un système d'idées imaginées. L'idéologie s'accompagne de croyances, de notions, d'opinions, de convictions et est parfois constituée en doctrine.

La **morale** (du latin *moralitas*, « façon, caractère, comportement approprié ») désigne l'ensemble des règles ou préceptes relatifs à la conduite, c'est-à-dire à l'action humaine. Ces règles reposent sur la distinction entre des valeurs fondamentales : le juste et l'injuste, ou plus simplement le bien et le mal. C'est d'après ces valeurs que la morale fixe des principes d'action, qu'on appelle les devoirs de l'être humain, vis-à-vis de lui-même ou des autres individus, et qui définissent ce qu'il *faut* faire et *comment* agir.

L'**éthique** (du grec *ἠθική*, « la science morale », de *ἦθος* ("éthos"), « lieu de vie ; habitude, mœurs ; caractère » et du latin *ethicus*, la morale) est une discipline philosophique pratique (action) et normative (règles) dans un milieu naturel et humain. Elle se donne pour but d'indiquer comment les êtres humains doivent se comporter, agir et être, entre eux et envers ce qui les entoure.

V- SPHÈRE ESTHÉTIQUE

L'**esthétique** est une discipline philosophique ayant pour objet les perceptions, les sens, le beau (dans la nature ou l'art), ou exclusivement ce qui se rapporte au concept de l'art. L'esthétique correspond ainsi au domaine désigné jusqu'au XVIII^e siècle par *science du beau* ou *critique du goût*, et devient depuis le XIX^e siècle la **philosophie de l'art**. Elle se rapporte, par exemple, aux émotions provoquées par une œuvre d'art (ou certains gestes, attitudes, choses), aux jugements de l'œuvre, que ce qui est spécifique ou singulier à une expression (artistique, littéraire, poétique, etc.), à ce qui pourrait se définir comme *beau* par opposition à l'utile et au fonctionnel. Elle est plus généralement, dans la philosophie de la connaissance, la science du sensible, de ce qui est donné aux sens dans l'intuition ou dans la vision, c'est-à-dire dans l'espace et dans les temps, par opposition à ce qui relève de l'intelligible, de l'entendement ou de la raison pure, soit la métaphysique.

L'Assomption: Action d'assumer, de prendre en charge à son compte. Acceptation de ce que l'on est, ce que l'on désire .

PLAN DU CODAGE

I. SPHÈRE ÉCONOMIQUE

- a) Manque d'une contrepartie financière substantielle
- b) La lourdeur de la procédure : investissement nécessaire en temps= perte de rendement
- c) Perte possible de patients = perte de rendement
- d) L'offre et la demande: Faute de grives on mange des merles

II. SPHÈRE LOGISTIQUE

- a) Chronos
- b) Ressources/moyens (matériel et aménagement)
- c) La responsabilité/le risque (assurances et conséquences)
- d) Situation géographique: Proximité des structures ou Isolement
- e) À quoi bon s'adapter? Le système existant est meilleur/pas de nécessité de le remplacer

III. SPHÈRE PRATIQUE

- a) Pluridisciplinarité/la prise en charge globale/un travail d'équipe
- b) Médecine générale = spécialité ingrate/un fourre-tout alimentant un sentiment d'exploitation
- c) Méconnaissance de ce nouveau possible
- d) Légitimité et compétences : la faute au manque de formation
- e) La saturation administrative
- f) Mission de conseil et d'orientation = pour la prévention contre l'action

IV. SPHÈRE IDÉOLOGIQUE

- a) Conviction scientifique
- b) L'entrave religieuse
- c) L'éthique et la morale (banalisation du geste)
- d) Contestation politique: une loi non applicable

V. SPHÈRE ESTHÉTIQUE

- a) Le spectre de la faiseuse d'anges/réputation et image
- b) La correction/la question du secret, de l'intime, du tabou
- c) La tradition
- d) L'assomption : l'identification du cabinet à assumer

DÉTAIL DU CODAGE

I. ÉCONOMIQUE

a) Manque d'une contrepartie financière substantielle

Entretien 4: “Et pour si peu de rémunération.” “On est bon gré mal gré soumis à une politique de rendement” “la faible rémunération”

Entretien 7: “Je serai bien curieux, tiens, de connaître les surprimes si je pratiquai. Et en contre partie, combien c'est quotté ?” “Mon Dieu... et pour les spécialistes aussi ?”

Entretien 9: “Pour moi, si c'est un service de soins, une amélioration de la prise en charge, alors oui, il doit exister une motivation financière”

b) La lourdeur de la procédure: Investissement nécessaire en temps= perte de rendement: LA GESTION

Entretien 4: “Cette patiente, par exemple, au moins une demi heure d'entretien. Sans prendre en charge l'IVG. Vous voyez ? C'est une consultation d'écoute... avant tout... ne pas brusquer... écouter. Et combien de consultations selon la loi, quatre ou cinq ?”

Entretien 5: “C'est quand même un acte lourd, complexe, long, avec une surveillance particulière ! Comment voulez vous gérer ça en quelques minutes dans votre cabinet ?”

Entretien 7: “Je ne le pratique pas alors ça ne me dérange pas ! Mais quand même, travailler et encadrer une telle détresse, avec des consultations, combien... quatre tu disais... d'au moins une demi-heure voire une heure, pour ce prix là ? Je ne veux pas te choquer, mais des points de suture sont mieux rémunérés... Je crois que l'assurance maladie devrait revoir sa cotation, c'est pas le même boulot.” “Ça demande un réel investissement. Je n'ai pas le temps”

Entretien 8: “Ils n'ont pas un « vrai » cabinet à gérer, les épidémies hivernales... les vaccinations... les visites à domiciles qui sont de plus en plus chronophage... les maisons de retraite...”

c) Perte possible de patients = perte de rendement

Entretien 4: “Non. C'est la détresse des patientes qui m'effraie. Je pense que je perdrai des patientes à la suite d'un tel acte, si je le pratiquai moi-même.” “Est-ce que je ne perdrai pas d'autres patientes qui sont contre l'IVG”

Entretien 7: “Je pense qu'ils s'en iraient tous bien vite. Une grande partie de la population, quoi qu'on en dise à la télé, est contre l'IVG. Surtout dans nos campagnes...” “Mais j'ai fait le choix... de m'installer en campagne, contrairement au reste de ma promotion... car ces gens sont uniques... et fidèles. Et ces déserts médicaux sont une honte. Alors oui, je ne veux pas mettre en conflit deux groupes de patients, et encore moins en perdre une grande partie”

Entretien 8: “Et je ne te parle pas des répercussions sur la population... vieillissante... Après tout, un cabinet, c'est une entreprise. Le rendement, et... dans ce cas, ce n'est pas rentable.”

d) L'offre et la demande: Faute de grives on mange des merles

Entretien 1: “Je me doute même que les patientes y vont d'elles-mêmes sans venir me voir”

Entretien 2: “Je n'ai pas une patientèle jeune !! Mais bon, oui ça m'arrive environ une fois par an.” “Mais moi... je n'ai pas la demande” “et de toute façon je n'ai pas la demande” “c'est rare, je n'ai pas la patientèle”

Entretien 4: “Elle savait bien que je ne pratique pas les IVG”

Entretien 5: “Mais elle ne m'avait pas consulté avant” “je crois qu'elle s'était directement adressée à l'hôpital” “Et puis, en général, les femmes ont leur gynécologue qui les suit déjà, alors je n'ai pas vraiment de demande de leur part.” “Pour moi, la demande crée l'offre. Si j'avais régulièrement des patientes qui demandaient un suivi gynécologique, je pense que je remettrais mes connaissances à jours et que je répondrais à cette demande”

Entretien 7: “Ca ne m'arrive que rarement”

Entretien 8: “Tu sais ça ne m'arrive pas souvent.” “Et je crois bien que la plupart ne passent pas par moi” “Elles ne m'ont quand même jamais demandé si cela existait, ou si c'était possible ...”

Entretien 9: “Mais je ne sais pas si les femmes seraient prêtes à faire ça en ville”

II. LOGISTIQUE

a) Chronos

Entretien 1: “je n’ai pas le temps”

Entretien 3: “chronophage”

Entretien 4: “Le manque de temps” “Mais il n’y a pas que le manque de temps”

Entretien 5: “C’est quand même un acte lourd, complexe, long, avec une surveillance particulière ! Comment voulez vous gérer ça en quelques minutes dans votre cabinet ?” “Un médecin généraliste n’a pas les moyens de gérer seul une telle demande, et encore moins le temps”

Entretien 6: “C’est un sujet délicat, qu’on ne peut pas aborder en 15min, entre deux renouvellements de traitement” “On nous en demande de plus en plus, c’est infernal”. “La charge de travail est immense, vous devez être disponible”

Entretien 7: “Bien sûr, après une journée de quarante consultations, six jours sur sept...” “Nous manquons terriblement de temps” “A mon avis c’est une activité à temps plein. Ca demande un réel investissement. Je n’ai pas le temps, je vous l’ai dit je crois, déjà”

Entretien 8: “De toute façon, comme tu le vois, nous sommes isolés, la polyvalence, la disponibilité”

Entretien 9: “Sans oublier le temps que ça demande”

b) Ressources/moyens (matériel et aménagement)

Entretien 1: “... c’est un petit cabinet de ville, je n’ai même pas d’oxygène” “J’ai juste une secrétaire, à mi-temps. Elle ne pourrait pas gérer les problèmes.”

Entretien 4: “Et un cabinet de généraliste n’est pas approprié pour cela. Je n’ai pas de salle pour respecter l’intimité, gérer les complications”

Entretien 5: “Un médecin généraliste n’a pas les moyens de gérer seul une telle demande”

c) La responsabilité/le risque (assurances et conséquences)

Entretien 1: “Et l’assurance ? A l’hôpital, tu fais une IVG, t’es couvert. Moi on va me demander des comptes. C’est de pire en pire ces histoires de plainte et d’assurance...”

Entretien 4: “en cas de désastre...”

Entretien 5: “Et puis si ça se passe mal ? Qui prends le relais ?” “Si quelque chose tournait mal, je serais seul responsable !! Je ne sais même pas si je suis assuré pour ça !”

Entretien 6: “vous devez être disponible, les gens vous attendent au tournant...”

Entretien 7: “Mais je ne suis même pas les grossesses. Je ne me suis pas fait assurer pour ça. Les complications arrivent vite, et les ennuis pour nous aussi” “les patients, je veux dire, sont de plus en plus procéduriers. Une IVG qui tourne mal...”

Entretien 8: “Que se passe-t-il si les comprimés ne donnent rien ... ou si ça se passe mal... je quitte le cabinet, c’est moi en premier recours ?”

Entretien 9: “Il faudrait pour ça une formation, et surtout des garanties !” “Ce qui me gêne le plus, ce sont les risques inhérents à un tel geste, les complications qui peuvent survenir...”

d) Situation géographique: Proximité des structures ou Isolement

Entretien 1: “Moi je suis proche du CHU, alors je l’ai vite orientée vers le service d’orthogénie, c’est ce que je fais systématiquement d’ailleurs”. “Mon cabinet... euh... est très proche du CHU et de la Clinique.” “je suis en pleine ville, pas isolé” “je suis trop près”

“Je suis tout seul dans mon cabinet, si... si ça se passe mal”

Entretien 3: “Je renvoie directement les patientes au CH, je suis juste à côté”

Entretien 5: “Et seul !” “La complexité. Seul dans mon cabinet, je pense que je ne serais pas rassuré”

Entretien 8: “les cliniques... euh... je ne sais même pas si elles le font, et de toute façon... elles sont bien loin” “De toute façon, comme tu le vois, nous sommes isolés”

Entretien 9: “Si j’étais amenée à le faire, j’aimerais surtout ne pas être seule !” “En revanche, ça me semble plus compliqué si le généraliste doit s’occuper seul de la mise en place de la procédure et de l’accompagnement de la patiente”

e) À quoi bon s'adapter? Le système existant est meilleur/pas de nécessité de le remplacer

Entretien 5: “je crois réellement qu’il faut être prudent. L’accès au soin n’est peut être pas parfait, mais en ce qui concerne l’IVG, le suivi actuel est peut être le plus adapté.”

Entretien 7: “A mon avis c’est une activité à temps plein” “Je pense que le mieux serait que les gynécologues s’installent un peu en campagne.”

III. PRATIQUE

a) Pluridisciplinarité/la prise en charge globale/travail d'équipe/ de spécialiste

Entretien 1: "c'est une histoire de spécialiste non?"

"La seconde, c'est la prise en charge psychologique. C'est une étape douloureuse, il faut de l'encadrement, du suivi" "il faut une équipe, des spécialistes" "j'insiste sur le suivi et la prise en charge psychologique de la patiente, et..." "J'oubliais, le compagnon, le mari... on les oublie eux, moi je peux pas les prendre en charge..."

Entretien 2: "si je devais le faire, je le ferai. Mais pas tout seul. Il faut une aide psychologique" "c'est faisable, demain je pourrais le faire ... mais à quel prix ? Moi oui, mais les patientes ? Oui, il faut qu'elles en parlent, il leur faut quelqu'un pour les écouter, un psy, une équipe."

Entretien 4: "et une équipe spécialisée, avec des gens à l'écoute, en cas de désastre" "le manque de prise en charge globale, le côté psychologique"

Entretien 5: "Non vraiment, je pense que ce n'est pas une décision facile pour les femmes, et qu'elles ont besoin d'être encadrées dans une structure spécialisée, pour une prise en charge multidisciplinaire. Et je pense surtout à l'approche psychologique" "et être accompagnée à tout moment, que ce soit avant, pendant, et surtout après !"

Entretien 6: "Je crois que je l'aurais de toute façon orientée vers un spécialiste." "En revanche, je dis clairement qu'un médecin de famille n'a pas à s'occuper de ça. C'est du ressort du spécialiste"

Entretien 7: "Et même en omettant cela, il faut une prise en charge avec un psy ou des gens... qui en ont l'habitude."

Entretien 8: "De toute façon, comme tu le vois, nous sommes isolés, la polyvalence" "Ce sont des spécialistes. Je ne pense pas que cet acte ait sa place dans mon cabinet, ou celui de mes collègues." "Je pense surtout à la prise en charge globale et au temps que cela représente... pour moi, c'est une activité à part entière"

Entretien 9: "Avoir un gynécologue à contacter en cas de besoin, avoir une échographie rapidement, une assistante sociale, voire un psychologue... si, dans cette loi, le médecin de ville est UN (le Dr appuie fortement sur le « un ») des maillons d'un véritable réseau, alors cela peut se faire correctement"

b) Médecine générale = spécialité ingrate/fourre-tout alimentant un sentiment d'exploitation

Entretien 1: "A force de tout faire, on fait mal" "Je peux pas être sur tous les fronts" "j'ai l'impression qu'on nous colle tout" "Je fais tout. Il ne faut pas que le médecin traitant soit la poubelle de la sécurité sociale..."

Entretien 3: "Et la proximité du CH est anecdotique, même isolé... je ne voudrai pas en entendre parler... et que le gouvernement ou je ne sais quelle instance ne nous y oblige..."

Entretien 4: "Je pense qu'on en fait bien assez. Nous sommes le fourre tout des spécialistes. Si j'avais un seul mot à dire, c'est que cette charge revient entièrement aux gynécologues, après tout c'est la spécialité qu'ils ont choisi, pas nous"

Entretien 6: "Autorise ?! Comme si on avait demandé quoi que ce soit et qu'on attendait l'autorisation! Dites plutôt qu'ils ont besoin de nous !" "On nous en demande de plus en plus, c'est infernal. Alors une situation d'IVG, non, je préfère encore déléguer"

Entretien 7: "On peut pas tout faire, enfin...on le fait déjà"

c) Méconnaissance de ce nouveau possible

Entretien 5: "Etes-vous au courant de la loi de 2004, qui autorise les médecins généralistes à réaliser des IVG médicamenteuses au sein de leur cabinet ? » Dr : « Et bien, je me suis renseigné après votre appel, je ne vais pas vous cacher que je ne le savais pas"

Entretien 7: "Mais nous ne sommes en rien informé ni formé là dessus une fois installés."

Entretien 9: "Honnêtement, j'en avais vaguement entendu parlé mais je me suis un peu plus renseignée après votre appel" "Je crois que je n'avais jamais pris le temps d'y penser, c'est tout ! Mais je ne connais pas bien toute la procédure, les conditions... ni même la rémunération ! Disons que je vais me pencher sur la question..." "Comme je disais, je ne connais pas toutes les dispositions de cette loi"

d) Légitimité et compétences : la faute au manque de formation

Entretien 1: "c'est une histoire de spécialiste non?" "A force de tout faire, on fait mal"

Entretien 2: "Et je ne pratique pas d'actes de gynéco depuis bien longtemps, ma formation est ancienne" "Je ne me sens pas assez bien formé, je n'ai pas l'habitude, alors, une IVG, avec tout ce que ça comprend" "La datation de la grossesse, l'échographie, le suivi...Je ne suis pas à l'aise" "alors je les adresse où il faut quand cela dépasse mes compétences" "il faut faire très attention aux mots, comme dans les maladies chroniques... oui, il faut une formation, tu sais, c'est comme les oncologues, c'est tout un art ..." "on a pas été formé à ça"

Entretien 4: "il faut de l'expérience" "Nous manquons terriblement de formation à ce sujet, tout simplement parce que nous ne le pratiquons pas"

Entretien 5: "Je ne me sens pas très à l'aise avec tout ça. Vous savez, il faut en pratiquer régulièrement pour rester au point!" "Disons que je regarderai les nouvelles recommandations, je me remettrai à la page" "Bon, d'abord, il faudrait dater la grossesse. J'imagine qu'il faudra une échographie, une évaluation psychologique"

Entretien 7: "Pas mal à l'aise... Je ne suis pas à l'aise. J'entends par là que je n'y connais rien. Renouveler une pilule, oui." "Je vais même te dire que je suis obligé d'appeler une connaissance spécialiste en gynécologie quand une diabétique me demande une pilule ! Alors les grossesses et l'IVG !"

Entretien 8: "De toute façon, comme tu le vois, nous sommes isolés, la polyvalence" Mais l'échographie, la prise en charge des saignements, de ... la détresse"

Entretien 9: "Il faudrait pour ça une formation"

e) La saturation administrative/surmenage

Entretien 1: "Mais c'est plus général. On fait que de la paperasse. Les spécialistes eux n'ont pas ce problème."

Entretien 3: "On est déjà assez nombreux comme ça à se plaindre du surmenage... administratif... procédurier... chronophage."

Entretien 6: "Non mais franchement, on croule sous la paperasse, nos journées sont interminables, les visites à domicile, tout l'accompagnement social dont nos patients ont besoin... y'en a même un qui m'a demandé de l'aide pour remplir sa feuille d'imposition !!" "Et je vous assure qu'il y a déjà bien à faire avec ça."

Entretien 7: "Non, le gouvernement, enfin...les autorités préfèrent nous former à la carte vitale, les ALD, la CMU, les formulaires d'APA, enfin tu connais. Nous manquons terriblement de temps. Ils ont voulu des médecins traitants, nous traitons des formulaires. Voilà l'évolution de la médecine générale."

f) Mission de conseil et d'orientation = pour la prévention contre l'action

Entretien 1: "Mais c'est avec plaisir que je les oriente vers les services spécialisés" "C'est avec plaisir que je les conseille ..."

Entretien 2: "moi je l'ai conseillée sur la structure, je lui ai donné des numéros, je l'ai prévenue ... enfin informée... sur les techniques, en fonction du terme..." "Je pense que le médecin traitant est un conseil" "Moi je conseille mes patients, je ne tiens aucun jugement" "Mais je préfère insister sur la contraception" "La prévention on l'a laissé trop longtemps de côté, nous, l'ancienne, génération... regarde... le cancer... les MST... la douleur chronique..."

Entretien 3: "je laisse ma conviction personnelle de côté... et je les adresse au service d'orthogénie"

Entretien 4: "elle avait besoin de parler, et d'être orientée..." "J'ai senti qu'elle avait besoin de mon approbation, mais je n'ai pas à intervenir dans cette décision"

Entretien 5: "Je l'aurai informée des différentes techniques, et je l'aurai adressée à l'hôpital" "Je fais également de la prévention" "Il faut aussi profiter de ce temps pour revoir la contraception, et rééduquer la patiente, afin d'éviter que la situation ne se reproduise"

Entretien 6: "Vous savez aujourd'hui, une grande partie de notre boulot, c'est de la psycho, les gens viennent consulter pour des problèmes sociaux et non médicaux..." "Je dis qu'elle avait besoin de parler et d'être écoutée" "Je lui ai conseillé de prendre son temps, de bien réfléchir, et d'aller voir sa gynécologue afin de pouvoir dater la grossesse." "Ici, on est isolé, le premier gynécologue est à 20km, alors le suivi gynéco des patientes, c'est moi. Frottis, prélèvement vaginaux, contraception... et surtout la prévention."

Entretien 8: "Je l'ai écouté, puis je lui ai surtout dit qu'il ne fallait pas perdre de temps, ne pas dépasser le terme. Je l'ai orienté vers le CH..." "Oui, c'était pour l'ordonnance pour les béta... si je peux servir à ça..."

Entretien 9: "ils m'ont tout de suite demandé explicitement ou ils devaient s'adresser. Je leur ai donc donné le numéro de téléphone du service de gynéco à l'hôpital"

IV. IDÉOLOGIQUE

a) Une question de principe scientifique

Entretien 2: “Mais je connais des confrères qui pensent que la contraception ... des intégristes” “La contraception c’est mal, ça provoque un dérèglement hormonal, ces hormones de synthèse, et le stérilet... c’est pire”

Entretien 3: “Scientifique assurément, et morale. Assurément. Et je m’en défends. J’ai accepté de vous répondre car je suis choqué. Il y a conception. La religion n’a rien à voir là dedans. Je suis athée” “Mais ceux qui se défendent d’une motivation religieuse sont des lâches, et on les connaît... vous aussi. Pourquoi ne pas avouer que même au premier trimestre, c’est un être vivant ? Dès la fécondation ?” “Rien de religieux, nous sommes médecins, nous devons croire en l’évolution... darwinienne... au sens pur. Et la sélection naturelle... darwinienne, n’entend pas l’eugénisme.”

b) L'entrave religieuse

Entretien 2: “Déplorable. On conseille. On n’oriente pas. Encore moins en fonction de nos opinions religieuses”

Entretien 6: “Je vais à l’église avec ces gens là”

Entretien 8: “Et l’atmosphère, enfin... ce que représente ton activité de médecin... de campagne. Je ne crois pas que le curé voit ça d’un très bon œil !! Tout le monde est pour, bien sûr, mais pas dans le village... là bas... loin... à la ville”

c) L'éthique et la morale

Entretien 1: “Je n’ai pas le temps. C’est une réelle détresse. Je ne prends pas cet acte à la légère”

Entretien 2: “Moi je vois pas en quoi, sur une décision pareille, un acte lourd de conséquence tout de même, je vois pas ce que le médecin généraliste actuellement... enfin... a sa place...” “en face de nous, les gens interprètent à leur manière, ce n’est pas un sujet à prendre à la légère”

Entretien 3: “Terrifié de l’évolution du pouvoir... médical. Entendez-moi bien... la médecine est ... et doit être ... un sacerdoce. C’est comme cela que je l’entends. Je n’ai pas fait médecine pour interrompre des grossesses, ou euthanasier... ou ... et bien ... je n’aime pas cette toute puissance de la médecine. C’est un mauvais tournant” “Je soigne, je n’interromps pas la vie, IVG comme euthanasie. Et ne me parlez pas du principe de bienfaisance et de non malfaisance, leur seule existence... à tous les deux... est tellement contradictoire...c’est une vaste fumisterie.” “Soyons francs, je n’aime pas cette idée. Est-ce que les patientes ne regrettent pas ? Est-ce que le futur qu’elles projettent pour cet enfant euh ...pessimiste... l’aurait été ? Ca c’est le principe de non malfaisance ... mais pour l’enfant. Et le principe de bienfaisance pour la maman, pour ne pas lui pourrir la vie... ou je ne sais quoi.” “Je le répète, je n’ai pas fait médecine pour ça.”

Entretien 5: “pour moi, le risque serait de banaliser l’avortement, en le pratiquant à la maison. La femme doit pouvoir prendre conscience de cet acte” “Les femmes ont aujourd’hui le choix, et c’est une bonne chose. Mais il ne faudrait pas qu’il y ait de l’abus, et que l’avortement devienne un moyen de contraception !”

Entretien 6: “Si vous me demandiez si j’étais pour ou contre l’IVG, je vous dirais contre. Mais c’est mon avis personnel, je ne l’impose pas à mes patientes.” “Je ne peux pas faire ça, ce n’est pas mon rôle...je suis là pour soigner”

Entretien 8: “Non mais, est-ce qu’on est pas en droit de se demander si un tel acte, enfin... est-ce qu’on est là pour donner deux ou trois comprimés... et hop... va expulser à la maison. “

d) Contestation politique: une loi non applicable

Entretien 3: “Quand on voit toutes ses lois...cette notion est bien délicate”

Entretien 5: “Honnêtement, ça me semble difficile à mettre en place”

Entretien 6: “Vous pensez donc que cette loi n’est pas applicable ? » Dr : « Non, évidemment. On ne demande pas aux gynécologues d’aller soigner une bronchite, ou de vacciner des enfants. Mais les généralistes, eux sont les boucs émissaires de la profession... “

Entretien 8: “Mais c’est inapplicable. Ils ont voulu transposer le parcours de soins hospitalier à notre activité, et c’est impossible !” “On est tout seul. C’est inapplicable. Les médecins qui le font, et ils sont peu ... ne font que ça en fait ?”

V. ESTHÉTIQUE

a) Le spectre de la faiseuse d'anges/réputation et image

Entretien 4: “Après tout, un médecin dans un village... ma réputation, c'est un bien grand mot... enfin...”

Entretien 6: “les gens vous attendent au tournant...”

Entretien 7: “Je pense qu'ils s'en iraient tous bien vite. Une grande partie de la population, quoi qu'on en dise à la télé, est contre l'IVG. Surtout dans nos campagnes...”

Entretien 8: “Et l'atmosphère, enfin... ce que représente ton activité de médecin... de campagne. Je ne crois pas que le curé voit ça d'un très bon œil !! Tout le monde est pour, bien sûr, mais pas dans le village... là bas... loin... à la ville”

b) La correction/la question du secret, de l'intime, du tabou

Entretien 2: “Non, le choix doit être éclairé, libre. Autant qu'il puisse-t-être. Dans une situation comme ça, je ne sais pas si c'est possible, il faut les bons mots, les bonnes manières, ne pas brusquer. Un rien peut choquer”

Entretien 3: “je n'accepte pas, au plus profond de moi-même... enfin... ce n'est pas ma femme...ou ma fille... mais ça me peine.”

Entretien 4: ““Comment dire, après une telle prise en charge, je pense que le mieux... c'est de la faire avec une équipe ponctuelle, spécialisée, et... qu'en me consultant encore des années... enfin... est-ce que cela ne lui raviverait pas constamment ce mauvais souvenir ?”

Entretien 5: “Je ne vais pas mettre une affiche dans le cabinet !”

Entretien 6: “Ce n'est pas pareil. C'est un sujet délicat, qu'on ne peut pas aborder en 15min, entre deux renouvellements de traitement. Mes patientes, je les connais depuis leur plus jeune âge, je connais leurs parents, leur famille...je ne pense pas que c'est mon rôle. Si elles se décident à le faire, c'est... c'est un acte intime, personnel, presque secret”

Entretien 7: “mais gérer cela dans mon cabinet. Ce n'est pas convenable. Il y a des gens dans la salle d'attente, pleine de 8h à 20h, non mais... Ce n'est pas convenable”.

Entretien 8: “Et je crois bien que la plupart ne passent pas par moi, voire me le cache peut-être ?” “Je ne pense pas que cet acte ait sa place dans mon cabinet, ou celui de mes collègues.” “Mais je ne veux pas que tu crois que je suis contre, mais... on ne peut pas. C'est tellement spécifique, et sensible”

c) La tradition

Entretien 4: “j'ai préféré, comme à chaque fois, l'envoyer au CHU”

Entretien 8: “Je ne suis pas sûr que les patientes le feraient, pour preuve, elles vont directement dans les structures spécialisées”

Entretien 9: “« Traditionnellement » (le docteur mime des guillemets en disant ce mot), c'est à l'hôpital qu'elles sont prises en charge. Elles ne se posent pas la question. En tout cas, je n'ai jamais eu une telle demande par une de mes patientes, depuis le début de ma carrière !”

d) L'assomption

Entretien 2: “Je n'ai rien dit, j'ai écouté, je n'ai pas acquiescé... et bref... elle l'a gardé... il est beau ce gamin !! Tu imagines si j'avais dit le moindre mot de travers...”

Entretien 4: “Et je ne me vois pas assaillie de consultation IVG quand tout le bassin de population sera au courant que je le pratique.”

Entretien 5: “Je ne vais pas mettre une affiche dans le cabinet !”

Entretien 6: “Je vais à l'église avec ces gens là, je les croise au marché... Je ne peux pas me permettre d'encourager mes patientes à se faire avorter ! Je ne dis pas que je suis contre, chacun fait ce qu'il veut, mais mon rôle de médecin n'est certainement pas là”

Entretien 7: “Je ne me vois pas donner des pilules abortives... dans mon cabinet... alors que la petite mamie, ou le petit papi, est tranquillement installé dans un de mes fauteuils”

Entretien 8: “pour moi, c'est une activité à part entière... et qu'il faut assumer aux yeux de tous...”

I. Lettre de justification et objectifs de l'étude Destinée aux médecins et aux CIVG

L'interruption volontaire de grossesse en France reste une problématique de santé où bien de non dits entravent l'accès à cet acte pour des patientes isolées.

On relève depuis 1995 une évolution annuelle moyenne du nombre d'IVG plus forte en Région Centre qu'au niveau national; la part des IVG par voie médicamenteuse a notamment fortement évolué au cours des dernières années, et concerne aujourd'hui 55% des IVG sur la Région.

Depuis 2004, l'évolution de la législation permet à des médecins de ville ayant passé une convention avec un établissement de santé de pratiquer les IVG par voie médicamenteuse.

Pour autant, à ce jour, seuls 5 médecins généralistes sont conventionnés pour tout le bassin de population de la Région.

Cette étude a deux objectifs principaux:

- Recenser les motivations personnelles des médecins de ville face à cet acte, comprendre pourquoi si peu d'entre eux s'intéressent.
- Evaluer s'il existe une demande des patientes à réaliser cet acte chez leur médecin généraliste.

Au vu des résultats, nous pourrions dresser un état des lieux précis de cette problématique et ainsi en dégager des propositions d'axes prioritaires d'information et de formation.

J. Lettre aux médecins généralistes

Orléans, le 9 Mars 2012

Cher Confrère, Chère Consœur,

Dans le cadre de ma thèse, s'intéressant à l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, je sollicite votre attention et votre temps (moins de cinq minutes) afin de répondre à un questionnaire **anonyme** d'une dizaine de questions.

Merci de le retourner dans l'enveloppe ci-jointe **avant le Vendredi 23 Mars 2012**.

Ce projet de recherche vise à dégager des axes prioritaires d'information et de formation concernant cette prise en charge. C'est pourquoi je vous remercie de la sincérité que vous apporterez à vos réponses.

Si vous désirez être informés des résultats et de conclusions de cette étude, je vous invite à ma communiquer votre email à l'adresse suivante : these.ivg@hotmail.fr

Bien Confraternellement.

Pierre-Emmanuel BROCAIL
Interne en 5^{ème} Semestre de Médecine Générale
Faculté de Médecine de Tours

K. Liste des CIVG publics et privés de la région Centre

BOURGES

Centre hospitalier Jacques Cœur
145 avenue François Mitterrand
Centre d'orthogénie : 02.48.48.49.25

VIERZON

Centre hospitalier
33 rue Léo Mérigot
Service Gynécologie-Obstétrique : 02 48 52 33 10

SAINT AMAND MOTROND

Centre hospitalier
44 avenue Jean Jaurès
Service Gynécologie-Obstétrique : 02 48 63 25 35

CHARTRES

Centre hospitalier Louis Pasteur
Le Coudray
CPEF : 02.37.30.38.31
Service Gynécologie-Obstétrique : 02 37 30.37 40

CHATEAUDUN

Centre hospitalier
Route de Jallans
Service Gynécologie-Obstétrique : 02.37.44.40.29

MAINVILLIERS

Clinique Saint François
2 rue Rolland Buthier
Service Gynécologie : 02 37 18 41 14

DREUX

Centre hospitalier
44 avenue Kennedy
Centre d'orthogénie : 02 37 51 52 72

LE BLANC

Centre hospitalier "La Tour Blanche"
5 rue Pierre Milon
Planning familial : 02 54 28 28 40

CHATEAUROUX

Centre hospitalier
16, avenue de Verdun
CIVG : 02 54 29 60 94

CHATEAUROUX

Clinique Saint François
22 avenue Marcel Lemoine
Standard: 0826 02 02 02

ISSOUDUN

Centre hospitalier
Avenue Jean Bonnefont
Service Gynécologie-Obstétrique : 02.54.03.54.15

AMBOISE - CHATEAURENAULT

Centre hospitalier intercommunal
Rue des ursulines AMBOISE
CIVG Amboise : 02.47.23.33.27
Château-Renault : 02 47 23 32 17 ou 02.47.23.32.15

CHINON

Centre hospitalier "François Rabelais"
Route départementale 751 SAINT BENOIT LA FORET
CIVG : 02 47 93 76 19

TOURS

CHRU Hôpital Bretonneau
2, boulevard Tonnellé
Centre d'orthogénie : 02 47 47 47 43

CHAMBRAY LES TOURS

Pôle Santé Léonard de Vinci
1 avenue du Professeur Alexandre Minkowski
Standard : 02 47 222 111

VENDOME

Clinique Saint Cœur
10 bis rue Honoré de Balzac
Standard : 826 399 932

BLOIS Centre hospitalier

Mail Pierre Charlot
CPEF : 02 54 55 62 75

ROMORANTIN

Centre hospitalier
96 rue des capucins
CPEF** : 02.54.88.34.61

PITHIVIERS

Centre hospitalier
10 boulevard Beauvallet
CPEF** : 02.38.32.31.32

AMILLY

Centre hospitalier de l'agglomération Montargeoise
658 rue des Bourgoins
Service Gynécologie-Obstétrique: 02 38 95 91 50 ou 02 38 95 91 76

GIEN

Centre hospitalier
2 avenue Jean Villejean
Service Gynécologie-Obstétrique : 02 38 29 38 50

ORLEANS

CHRO Hôpital Porte Madeleine
1 rue Porte Madeleine
Service Gynécologie-Obstétrique : 02.38.74.41.90

SAINT JEAN DE BRAYE

Clinique La Présentation
64 bis rue des fossés
Standard : 0 826 399 913

L. Lettre aux CIVG participants

Cher(e) confrère (sœur),

Vous avez aimablement accepté de participer à notre projet de recherche concernant la prise en charge des IVG médicamenteuses en Région Centre et nous vous en remercions vivement.

Vous trouverez ci joint les questionnaires à faire remplir par vos patientes.

Je vous rappelle qu'il est à distribuer à toutes les femmes, majeures ou mineures, qui viennent réaliser chez vous une IVG par voie médicamenteuse.

Nous vous suggérons de leur distribuer le jour même de leur hospitalisation, avant la prise des médicaments.

Ce questionnaire, d'une dizaine de questions, a été élaboré de façon à ce qu'il soit compréhensible par tous. Il est bien évidemment ANONYME.

Vous trouverez également dans cette enveloppe des enveloppes retour à notre adresse, qui vous permettront de nous renvoyer les questionnaires remplis.

Vous pouvez, par exemple, effectuer des renvois tous les deux mois, afin de nous permettre de traiter les réponses progressivement.

Lorsque vous serez à court de questionnaires, vous pourrez nous envoyer un mail à l'adresse suivante, afin que nous vous en renvoyions : these.ivg@hotmail.fr.

La durée prévue de cette étude est de un an, mais elle pourra être raccourcie si nous atteignons le nombre de réponses escomptées avant ce délai. Nous vous tiendrons informés de l'avancée du projet.

Vous comprendrez que pour la puissance de l'étude, nous avons besoin d'un maximum de retour de questionnaires.

Enfin, n'hésitez pas à nous contacter si vous rencontriez une difficulté, ou pour toute autre demande.

Merci encore de l'aide que vous nous apportez, et de l'intérêt que vous portez à notre étude.

Confraternellement,

Raja CHEFEG, Interne de Médecine Générale.

Raja CHEFEG (06 73 36 69 56)

Pierre Emmanuel BROCAIL (06 10 58 47 49)

Julien COTTET (06 21 98 96 28)

these.ivg@hotmail.fr

M. Lettre d'accord d'étude du DUMG de Tours

BUREAU DU DEPARTEMENT

Coordonnateur
Pr AM LEHR-DRYLEWICZ

Coordonnateur adjoint
Pr D. HUAS

Représentant du doyen
Pr A. CHANTEPIE

Recherche
Pr A.M. LEHR-DRYLEWICZ
Pr D. HUAS
Dr JP LEBEAU (MCA)
Dr C. DIBAO DINA (CCMG)

Commission Thèses
Pr H. NIVET

Chargée de recherche clinique
Dr C. HUAS

Pédagogie
Pr A. POTIER
Dr C. RENOUX (CCMG)

Formation des Enseignants
Dr JP LEBEAU (MCA)
Dr J ROBERT (MCA)

Enseignement Théorique
Dr J. ROBERT (MCA)

Stages
Dr C. RENOUX (CCMG)

Représentants des MSU
Dr C. LE LANN
Dr T. BALAND

Membre du bureau
Dr F. TRUCHET

Secrétariat
Rivka BOURGOGNON
Tél : 02 47 36 60 19
Fax : 02 47 36 60 21
bourgognon@med.univ-tours.fr

Tours, le 05 juillet 2011

ATTESTATION

Je soussignée, certifie que Monsieur Julien Cottet interne en médecine générale, doit effectuer une thèse qui nécessite d'interroger des patientes. Il a toutes les qualités requises pour effectuer cette tâche dans le respect de la confidentialité.

Je vous remercie de l'y autoriser.

Professeur AM LEHR DRYLEWICZ



N. Mail d'accord d'étude du CPP de Tours

Le 22 Mars 2011, les auteurs (these.ivg@hotmail.fr) ont écrit :

« Bonjour Professeur,

Je viens vers vous dans le cadre de la réalisation de ma thèse doctorale en médecine générale. Après avis favorable de la commission de thèse, il nous a été demandé de vous consulter en tant que membre du CCPPRB afin de savoir si notre enquête réalisée auprès des patientes ne pose aucun problème.

En effet, nous interrogeons (par le biais de questionnaire anonyme) toutes les patientes (mineures et majeures) en parcours de soins d'IVG médicamenteuse en structure hospitalière. Il s'agit d'une enquête d'opinion afin de déterminer s'il existe une demande des patientes à réaliser cet acte chez leur médecin généraliste.

Ci-joint le questionnaire qui sera à faire remplir par les patientes.

Avons-nous besoin de l'accord du CCPPRB pour cette étude ?

Dans l'attente de votre réponse,
Confraternellement,

Raja CHEFEG
Interne en Médecine Générale
06 73 36 69 56 »

Le 28 Mars 2011, le Pr Bertrand du CPP (bertrand@med.univ-tours.fr) a répondu :

« Bonjour,

Ce travail, dont je ne connais pas les objectifs précis, ne nécessite pas, je pense, d'avis de CPP car il ne s'agit pas de soins.

Les patientes sont libres de répondre (ou pas) à condition qu'une lettre explicative simple leur détaille les objectifs de l'étude de façon compréhensible, insiste sur la confidentialité des données et ce que vous allez ensuite en faire.

Cordialement,

Ph. Bertrand »

**Avis favorable de la Commissions des thèses
Du Département de Médecine Générale
En date du 10 mars 2011**

Le Directeur de Thèse

**Vu le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours**

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

Raja CHEFEG BEN AISSA

Pierre-Emmanuel BROCAIL

Julien COTTET

Thèse n°

125 pages – 22 figures – 14 annexes

Justification : depuis Juillet 2004 la loi permet aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville. En 2012 seuls cinq médecins généralistes en région Centre sont conventionnés avec un centre IVG et pratiquent l'IVG médicamenteuse.

Méthode : une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés recense l'ensemble des raisons pour lesquelles les médecins n'ont pas intégré ce dispositif. Une enquête quantitative par auto-questionnaire auprès de 1000 médecins permet de hiérarchiser ces raisons. Une enquête prospective quantitative par auto-questionnaire, multicentrique, au sein des CIVG de la région, est menée durant un an auprès de toutes les patientes réalisant une IVG médicamenteuse afin de déterminer s'il existe ou non une demande à réaliser cet acte chez leur médecin généraliste.

Résultats : 24 raisons expliquant la non pratique de l'IVG en ville sont identifiées au cours de l'enquête qualitative. L'enquête quantitative met en évidence 10 raisons principales avec un taux de réponse de 43,1% : une procédure trop lourde, une prise de responsabilité trop importante, et un système actuel de prise en charge qui serait selon les médecins, satisfaisant, sont des freins motivés par des aprioris découlant d'une méconnaissance de la loi. Le manque de formation ainsi que la nécessité d'un réseau Ville-Hôpital renforcé sur le plan psycho-social sont des raisons légitimes et ajustables. Le conflit éthique, la peur de la banalisation du geste ou encore l'identification du cabinet qui serait difficile à assumer sont des raisons intimes et non ajustables et restent minoritaires. L'enquête prospective auprès des patientes révèle que 44% des femmes interrogées n'ont pas parlé de leur grossesse actuelle à leur médecin (taux de réponse de 29.8%). 30% d'entre elles auraient réalisé leur IVG chez leur médecin généraliste si celui-ci effectuait cet acte. Les femmes ayant parlé de leur IVG avec leur médecin sont plus enclines à réaliser cet IVG avec celui-ci que les femmes n'en ayant pas parlé ($p < 0.05$).

Mots clés :

Interruption Volontaire de Grossesse
IVG Médicamenteuse
IVG à domicile
Médecin généraliste
Réseau Ville-Hôpital
Loi du 4 juillet 2001

Jury :

Président de Jury : Monsieur le Professeur François MAILLOT
Membres du Jury : Madame le Professeur Anne Marie LEHR-DRYLEWICZ
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Monsieur le Professeur Gilles BODY
Madame le Docteur Sylvie OSTERREICHER
Madame le Docteur Isabelle HEMAR
Monsieur le Docteur Claude VIRTOS
Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Claude ROUGERON

Date de la soutenance : Jeudi 7 mars 2013