

Académie d'Orléans-Tours
Université François-Rabelais

Faculté de médecine de Tours

Année 2016

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État

par

Thibault MARTEL

Né le 17 décembre 1984 à Beaumont (63)

**INTERET D'UN RESEAU ENCADRANT L'INTERRUPTION
VOLONTAIRE DE GROSSESSE MEDICAMENTEUSE HORS
ETABLISSEMENT DE SANTE EN REGION CENTRE.**

Présentée et soutenue publiquement le 9 novembre 2016

Président du jury : Professeur Gilles BODY, Gynécologie obstétrique, Faculté de Médecine-Tours

Membres du jury:

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'adultes, Faculté de Médecine - Tours

Professeur François MAILLOT, Médecine interne, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Jérôme POTIN, PH Gynécologie obstétrique, CHU Tours

Directeur de thèse : Docteur Nathalie TRIGNOL-VIGUIER, PH Orthogénie-Centre de planification, CHU Tours

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURE'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr. Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972

Pr. André GOUAZE - 1972-1994

Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Catherine BARTHELEMY

Pr. Philippe BOUGNOUX

Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN

Pr. Noël HUTEN

Pr. Olivier LE FLOCH

Pr. Yvon LEBRANCHU

Pr. Elisabeth LECA

Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBI

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU –
C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L.
CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P.
GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J.
LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y.
LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J.
MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C.
ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
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, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COSNAY Pierre	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles.....	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOMMET Caroline.....	Gériatrie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence

LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médical, médecine d'urgence
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs
POTIER Alain..... Médecine Générale
ROBERT Jean..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David

BARBIER Louise

BERNARD-BRUNET Anne	Cardiologie
BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUTBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent	Physiologie
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse	Médecine Générale
LEMOINE Maël	Philosophie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

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

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle.....	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

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 état 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.

Remerciements

Au Professeur Gilles Body : pour votre présence aujourd'hui et pour avoir accepté de présider cette thèse.

Aux Professeur Vincent Camus, Professeur François Maillot, Docteur Jérôme Potin : pour me faire l'honneur d'être membres de mon jury de thèse et pour m'avoir répondu rapidement lorsque je vous ai sollicités, et ce malgré vos obligations hospitalières.

Au Docteur Nathalie Trignol-Viguié : pour avoir accepté de m'encadrer dans ce travail, pour ton aide et surtout pour ta rapidité chaque fois que j'ai eu besoin de conseils.

A tous les médecins qui m'ont formé pendant mes études et mon internat.

Au Docteur Ruiz pour m'avoir fait découvrir la médecine générale telle que j'aimerais pouvoir l'exercer... et toujours dans la bonne humeur !

A tout le personnel hospitalier qui m'a conforté dans cette vocation de devenir « soignant » à mon tour.

A tous mes co-internes qui m'ont accompagné en stage, et pour votre réconfort lors des moments douloureux. Aurore et Clément, vous avez rendu mon stage de Châteauroux absolument unique. Mes co-internes des urgences : mon stage au CHU n'aurait pas été le même sans vous !

A l'équipe de pédiatrie de Bourges.

A tous mes camarades de promotion et du lycée de Clermont-Fd avec qui je garde mes meilleurs souvenirs d'étudiant.

A mes parents pour m'avoir encouragé dans une voie difficile malgré mon manque d'assurance ; à mon frère, Brice, pour avoir toujours su me rendre le sourire ; à ma sœur Constance, qui a été ravie d'exercer ses talents d'orthophoniste pour compenser mes lacunes en orthographe.

A Claire, mon épouse : je resterai toujours admiratif de la rigueur que tu t'imposes. Je ne sais pas toujours me montrer reconnaissant : tu m'as offert les deux sentiments qui ont le plus d'importance à mes yeux : l'amour et la paternité. Merci pour tout ce que je ne peux pas résumer en quelques lignes.

A mon cousin Pierre-Arnaud pour ses compétences en anglais.

A Juliette, ma fille, si tu lis ces quelques lignes un jour, sache que tu as été un véritable rayon de soleil lorsque j'ai accompli ce travail. T'entendre rire aux éclats m'a permis d'oublier les difficultés parfois rencontrées. J'espère devenir un médecin et un père qui forcera ton admiration.

Intérêt d'un réseau encadrant l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse hors établissement de santé en région Centre

RESUME

Introduction : L'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse hors établissement de santé peut être réalisée par les médecins depuis 2004 et les sages-femmes depuis 2016. Il n'existe pas en région Centre de réseau permettant d'encadrer et de promouvoir cette pratique. L'objectif de ce travail est de décrire le profil des médecins et sages-femmes qui seraient intéressés par un tel réseau ainsi que de cibler leurs attentes.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale. Un questionnaire a été envoyé, entre avril et septembre 2016, à 563 médecins généralistes et gynécologues ainsi qu'à 58 sages-femmes installées en Indre-et-Loire et Indre.

Résultats : Les taux de réponses étaient respectivement de 20,3% pour les médecins et de 53,4% pour les sages-femmes. La majorité des médecins (54,5%) et des sages-femmes (76,6%) se sentent concernés par cette possibilité de pratiquer l'IVG au cabinet. Parmi les médecins, certains critères influencent l'intérêt porté par un tel réseau : le jeune âge du praticien ($p=0,043$), le sexe féminin ($p=0,001$) ou l'exercice en groupe ($p=0,0031$). Les médecins ayant effectué un stage en gynécologie durant leurs études attendent plus souvent une aide logistique et matérielle de la part de ce même réseau ($p=0,041$). La majorité des sages-femmes (70%) sont intéressées par un tel réseau. Lorsqu'elles se sentent formées, les sages-femmes souhaitent plus souvent la création d'un site internet par ce réseau ($p=0,033$). La majorité des médecins (73,1%) et des sages-femmes (73%) sont en quête de formation. Le travail en lien avec d'autres professionnels de santé est également attendu par la majorité des médecins (71,8%) et des sages-femmes (80%).

Discussion : La création d'un réseau encadrant la pratique de l'IVG hors établissement de santé en région Centre intéresse des médecins et sages-femmes. En répondant à leurs attentes, ce réseau rassurerait les professionnels dans cette pratique et rendrait plus accessible l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé.

Mots-clefs : interruption volontaire de grossesse médicamenteuse hors établissement de santé, réseau, sages-femmes, gynécologues, médecins généralistes.

Interest of health network about médical abortion outside health center in « Centre »

SUMMARY

Introduction:

The medicated abortion outside health center can be practiced by doctors since 2004, and midwife since 2016. There are no regional health network in “Centre” used to manage and promote this practice. The objective of this work is to describe the doctors and midwives who are interested by health network and to clarify their expectations.

Method:

This is a descriptive cross-sectional epidemiological study. A questionnaire was sent between April to September 2016, to a panel of 563 general practitioners and gynecologists as well as 58 midwives installed in “Indre-et-Loire” and “Indre”.

Results:

Response rates were 20.3% for doctors and 53.4% for midwives. The majority of doctors (54.5%) and midwives (76.6%) are concerned about the possibility of practicing abortion in office.

Among the doctors, the conditions influencing the interest of health network: the young age of the doctor ($p = 0.043$), the female gender ($p = 0.001$) or the group exercise ($p = 0.0031$). The doctors who performed a gynecological internship during medical residency expect mostly logistical and material support from the health network ($p = 0.041$). The majority of midwives (70%) are interested by health network. When midwives think they are able to perform abortion, they would like a website of health network ($p = 0.033$). The majority of doctors (73.1%) and midwives (73%) are seeking learning. Working in conjunction with other health professionals is also expected by the majority of doctors (71.8%) and midwives (80%).

Discussion:

The creation of health network about the practice of abortion outside health center interested doctors and midwives. If we meet their expectations, the health network will bring trust to the professionals in this practice and make the medical abortion outside healthcare more accessible.

Keywords: medical abortion outside healthcenter, health network, midwives, gynecologist, medical practitioners.

Table des matières

Liste des abréviations

Liste des figures

Liste des tableaux

INTRODUCTION-----19

1) L'historique de l'IVG-----	19
2) L'IVG en Europe-----	20
3) L'IVG médicamenteuse hors établissement de santé-----	21
3.1) Le médecin-----	21
3.2) La patiente-----	21
3.3) Les différentes étapes d'une IVG hors établissement de santé-----	22
4) Intérêt de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé-----	23
5) La demande des patientes -----	24
6) En région Centre -----	24
7) Place du médecin en ville -----	26
8) Les sages-femmes -----	26
9) Exemple de REVHO -----	26

METHODE-----28

1) La population et le recueil de données -----	28
2) Le questionnaire -----	28
3) L'analyse des données-----	29

RESULTATS -----30

1) Concernant les médecins-----	30
2) Concernant les sages-femmes-----	31
3) Analyse descriptive-----	32
3.1) Les réponses des médecins -----	32
3.2) Les réponses des sages-femmes -----	40
4) Analyse de l'intérêt des médecins pour un réseau en fonction de différentes variables -----	46
4.1) Le sexe -----	46
4.2) Le mode d'exercice -----	47
4.3) Lieu d'exercice-----	47
4.4) La difficulté à trouver un correspondant -----	48
4.5) L'âge -----	49
5) Analyse des attentes du médecin intéressé par le réseau -----	50
5.1) Concernant la création d'un site internet -----	50
5.2) Concernant les FMC -----	53
5.3) Les journées de rencontre -----	53
5.4) Aide logistique et matérielle apportée par le réseau -----	62
5.5) Le travail en lien avec d'autres professionnels via le réseau -----	66
6) Analyse de l'intérêt des sages-femmes pour un réseau en fonction de différentes variables -----	70

6.1) La formation des sages-femmes -----	70
6.2) L'âge -----	71
6.3) Le lieu d'exercice -----	71
6.4) L'année d'installation-----	72
7) Analyse des attentes des sages-femmes intéressées par le réseau-----	73
7.1) Concernant la création d'un site internet-----	73
7.2) Concernant les FMC-----	75
7.3) Concernant l'aide logistique et matérielle-----	77
7.4) Les journées de rencontre -----	80
7.5) Le travail en lien avec d'autres professionnels de santé-----	82
DISCUSSION-----	83
1) Biais de sélection et faible participation -----	83
2) Le choix de la méthode -----	83
3) Concernant les résultats de cette étude -----	84
4) Les médecins-----	85
5) Les sages-femmes -----	87
CONCLUSION-----	88
BIBLIOGRAPHIE-----	89
ANNEXES -----	94

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANCIC : Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception
ANSFO : Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes
ARS : Agence Régionale de Santé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
DIU : Dispositif Intra Utérin
Fig. : Figures
GEU : Grossesse Extra Utérine
HAS : Haute Autorité de Santé
HCG : Hormone Chorionique Gonadotrope
HS : Hors établissement de Santé
INED : Institut National des Etudes Démographiques
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
REVHO : Réseau Entre Ville et Hôpital pour l'Orthogénie
SA : Semaines d'Aménorrhées
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Liste des figures

Fig. 1 : Flow chart des médecins -----	30
Fig. 2 : Flow chart des sages-femmes-----	31
Fig. 3 : Sexe des médecins de l'étude-----	32
Fig. 4: Age et années d'installation des médecins de l'étude-----	33
Fig. 5 : Lieu d'exercice des médecins de l'étude-----	33
Fig. 6 : Pratique de la gynécologie par les médecins de l'étude -----	35
Fig. 7 : Pratique de l'IVG HS par les médecins de l'étude-----	35
Fig. 8 : Ressenti des médecins de l'étude quant à leur formation -----	36
Fig. 9 : Intérêt des médecins de l'étude pour l'IVG HS-----	37
Fig. 10 : Difficulté des médecins de l'étude à trouver un correspondant pour les accompagner dans la démarche de l'IVG-----	38
Fig. 11 : Clause de conscience des médecins de l'étude-----	39
Fig. 12 : Intérêt des médecins de l'étude pour un réseau encadrant l'IVG HS -----	39
Fig. 13 : Sexe des sages-femmes de l'étude-----	40
Fig. 14 : Age et année d'installation des sages-femmes de l'étude-----	41
Fig. 15 : Lieu d'exercice des sages-femmes de l'étude -----	42
Fig. 16 : Intérêt des sages femmes de l'étude pour l'IVG médicamenteuse-----	42
Fig. 17 : Taux de sages-femmes de l'étude potentiellement pratiquantes l'IVG HS-----	43
Fig. 18 : Ressenti des sages femmes de l'étude concernant leur formation-----	44
Fig. 19 : Clause de conscience des sages-femmes de l'étude-----	45
Fig. 20 : Intérêt des sages-femmes de l'étude pour un réseau encadrant l'IVG HS-----	45
Fig. 21 : Intérêt des hommes et des femmes pour le réseau -----	45
Fig. 22 : Mode d'exercice et intérêt pour le réseau -----	47
Fig. 23 : Lieu d'exercice et intérêt pour le réseau-----	47
Fig. 24 : Difficulté à trouver un correspondant et intérêt pour le réseau -----	48
Fig. 25 : Age et intérêt pour le réseau-----	49
Fig. 26 : Désir de création de site internet en fonction du sexe-----	50
Fig. 27 : Désir de création de site internet en fonction de l'âge-----	50
Fig. 28 : Désir de création de site internet en fonction du lieu d'exercice -----	51
Fig. 30 : Désir de la création d'un site internet en fonction du DU -----	52
Fig. 31 : Désir de la création d'un site internet en fonction du mode d'exercice-----	52
Fig. 32 : Désir de la création d'un site internet en fonction de l'association -----	53
Fig. 33 : Désir de FMC en fonction du sexe-----	53
Fig. 34 : Désir de FMC en fonction de l'âge-----	54

Fig. 35 : Désir de FMC en fonction du lieu d'exercice-----	55
Fig. 36 : Désir de FMC en fonction de l'association-----	55
Fig. 37 : Désir de FMC en fonction du mode d'exercice-----	56
Fig. 38 : Désir de FMC en fonction de la formation-----	56
Fig. 39 : Désir de FMC en fonction du stage-----	56
Fig. 40 : Désir de FMC en fonction du DU -----	57
Fig. 41 : Désir de journées de rencontre en fonction du sexe-----	58
Fig. 42 : Désir de journées de rencontre en fonction du lieu d'exercice-----	58
Fig. 43 : Désir de journées de rencontre en fonction de l'âge-----	59
Fig. 44 : Désir de journées de rencontre en fonction de l'association-----	60
Fig. 45 : Désir de journées de rencontre en fonction du mode d'exercice-----	60
Fig. 46 : Désir de journées de rencontre en fonction du stage-----	61
Fig. 47 : Désir de journées de rencontre en fonction du DU-----	61
Fig. 48 : Désir de soutien logistique et matériel en fonction du sexe -----	62
Fig. 49 : Désir de soutien logistique et matériel en fonction de l'âge-----	62
Fig. 50 : Désir de soutien logistique et matériel en fonction du lieu d'exercice-----	63
Fig. 51 : Désir de soutien logistique et matériel en fonction de l'association-----	64
Fig. 52 : Désir de soutien logistique et matériel en fonction du mode d'exercice-----	64
Fig. 53 : Désir d'un soutien logistique et matériel en fonction du stage-----	65
Fig. 54 : Désir d'un soutien logistique et matériel en fonction du DU-----	65
Fig. 55 : Désir de travailler en lien avec d'autres professionnels en fonction du sexe----	66
Fig. 56 : Désir de travailler en lien avec d'autres professionnels en fonction de l'âge----	
Fig. 57 : Désir de travail en lien avec d'autres professionnels en fonction du lieu d'exercice-----	67
Fig. 58 : Désir de travail en lien avec d'autres professionnels en fonction de l'association-----	67
Fig. 59 : Désir de travail en lien avec d'autres professionnels en fonction du mode d'exercice-----	68
Fig. 60 : Désir de travailler en lien avec d'autres professionnels en fonction du DU -----	68
Fig. 61 : Désir de travailler en lien avec d'autres professionnels en fonction du stage-----	69
Fig. 62 : Intérêt pour le réseau selon le ressenti de formation-----	70
Fig. 63 : Années d'installation des sages-femmes et ressenti de leur formation-----	70
Fig. 64: Intérêt pour le réseau selon l'âge-----	71
Fig. 65 : Intérêt pour le réseau selon le lieu d'exercice-----	71
Fig. 66 : Intérêt pour le réseau selon l'année d'installation -----	72
Fig. 67 : Désir de création d'un site internet selon l'âge -----	73

Fig. 68 : Désir de formation selon le ressenti des sages-femmes -----	73
Fig. 69 : Désir de création d'un site internet selon le lieu d'exercice-----	74
Fig. 70 : Désir de création de site internet selon l'année d'installation -----	74
Fig. 71 : Désir de FMC selon l'âge-----	75
Fig. 72 : Désir de FMC selon l'année d'installation-----	76
Fig. 73 : Désir de FMC selon le ressenti de formation -----	76
Fig. 74 : Désir de FMC selon le lieu d'exercice-----	77
Fig. 75 : Désir de soutien logistique et matériel selon l'âge-----	77
Fig. 76 : Désir de soutien logistique et matériel selon le lieu d'exercice-----	78
Fig. 77 : Désir de soutien logistique et matériel selon l'auto appréciation de sa formation-----	78
Fig. 78 : Désir de soutien logistique et matériel selon l'année d'installation-----	79
Fig. 79 : Désir de journées de rencontre selon l'âge-----	80
Fig. 80 : Désir de journées de rencontre selon le lieu d'exercice-----	80
Fig. 81 : Désir de journées de rencontre selon le ressenti de formation-----	81
Fig. 82 : Désir de journées de rencontre selon l'année d'installation-----	81

Liste des tableaux

<i>Tableau A : Taux d'IVG HS (déclarées dans les bulletins) selon l'INED-----</i>	<i>25</i>
<i>Tableau B : Mode d'exercice des médecins de l'étude-----</i>	<i>34</i>
<i>Tableau C : Le parcours de formation des médecins de l'étude -----</i>	<i>36</i>
<i>Tableau D : Les attentes des médecins de l'étude concernant un réseau encadrant l'IVG HS-----</i>	<i>40</i>
<i>Tableau E : Les attentes des sages-femmes de l'étude quant à un réseau encadrant l'IVG HS-----</i>	<i>46</i>
<i>Tableau F : Désir de travailler en lien avec d'autres professionnels selon l'âge-----</i>	<i>82</i>

INTRODUCTION

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse est possible depuis 1988. Initialement réalisée en milieu hospitalier, la ***loi n°2001- 588 du 4 juillet 2001*** a permis la pratique de l'IVG jusqu'à 7 semaines d'aménorrhées (SA) hors établissement de santé. Le médecin doit être conventionné avec un établissement de santé pratiquant les IVG et justifier d'une compétence en matière d'IVG.

Un forfait de quatre consultations est prévu par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Il comprend une consultation médicale préalable, deux consultations de prise des médicaments et une consultation de contrôle.

Dans de nombreuses petites structures hospitalières, le service public se désinvestit entraînant la fermeture de centres de planification. Les cliniques ne semblent pas attirées par cette activité au forfait peu valorisant (Betala Belinga JF. *et al* 2011).

L'IVG médicamenteuse hors établissement de santé (HS) présente une bonne alternative afin d'améliorer l'accès à l'IVG. De plus, elle présente un avantage économique indéniable pour une efficacité comparable. Enfin, cette pratique répond également à une réelle demande de la part des patientes. La ***loi n°2016-41 du 26 janvier 2016*** a prévu d'élargir la possibilité de cette pratique aux sages-femmes.

Cependant, en région Centre, si les médecins généralistes pratiquent des consultations de gynécologie, ils sont encore peu nombreux à réaliser des IVG HS.

Dans d'autres régions, un réseau ville/hôpital s'est développé afin de promouvoir l'IVG ambulatoire et répondre aux besoins des patientes et des professionnels de santé. En Ile-de-France, un réseau entre ville et hôpital pour l'orthogénie (REVHO) a été créé en 2004 et a permis de diffuser considérablement la méthode médicamenteuse HS afin d'améliorer la prise en charge des patientes.

Il n'existe pas de tel réseau en région Centre. L'objectif de ce travail est de décrire le profil des professionnels de santé susceptibles d'être intéressés par une telle structure et d'analyser leurs attentes.

1) L'historique de l'IVG

La loi promulguant le droit à l'IVG est votée et adoptée le 29 novembre 1974. La ***loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 (loi Veil)*** dépénalise la pratique de l'IVG et met fin à la clandestinité de cette pratique. Cette loi autorisant temporairement l'IVG sous certaines conditions, est reconduite en 1979 puis définitivement applicable le 1^{er} janvier 1980. Ce n'est que trois ans plus tard que la sécurité sociale remboursera l'IVG.

Depuis, de nombreux textes ont modifié la législation concernant l'IVG afin de garantir un meilleur accès à cette pratique.

En 1980, un stéroïde de synthèse, RU 486, est découvert pour sa fonction abortive. Les études cliniques ont été difficiles du fait de la crainte d'implication politique sur le sujet. Mais ce stéroïde finit par être commercialisé sous le nom de Mifégyne® (Mifépristone), après avoir obtenu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en 1988. Retirée du marché en raison de la pression de certaines associations féministes ; il aura

fallu l'intervention du ministre de la santé Claude Evin pour garantir la fabrication et la distribution de cette dernière molécule. Puis la **loi n°93-121 du 27 janvier 1993** (*loi Neiertz*) prévoit de punir le délit d'entrave à l'IVG.

Les autres pays d'Europe finissent eux aussi, par autoriser la commercialisation de la Mifégyne®.

La **loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001** permet à tout médecin justifiant d'une formation adaptée de réaliser des IVG médicamenteuses HS et rallonge le délai légal des IVG chirurgicales à 14 SA . Les conditions de réalisation des IVG HS seront fixées par le **décret n° 2002-796 du 3 mai 2002** et précisées par le **décret n° 2004-636 du 1^{er} juillet 2004** afin de permettre son application.

Enfin, une **circulaire le 26 novembre 2004** précisera les modalités de réalisation des IVG médicamenteuses HS et conditions de tarification.

Ce dispositif relatif aux IVG médicamenteuses HS, sera étendu, par la **loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007**, aux centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et établissements de santé. Les modalités d'application seront précisées dans le **décret n°2009-516 du 6 mai 2009**.

Le **décret n° 2013-248 du 25 mars 2013** prévoit un remboursement intégral par la CPAM.

Puis, la **loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** prévoit d'étendre la réalisation de cette pratique de l'IVG en ville par les sages-femmes.

Aujourd'hui, l'institut national des études démographiques (INED) estime que le taux d'IVG médicamenteuses représenterait 55% des IVG en France. Il s'agit d'une estimation car il existe une sous déclaration des IVG : le nombre d'IVG déclarées dans les bulletins est de 163 652 en 2012.

Cependant, l'INED estime le nombre d'IVG en 2012 à 207 120. Parmi les IVG déclarées : 91% sont réalisées dans des structures hospitalières (hôpitaux, cliniques) ; 1,2% dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et centres de santé; puis 7,8% sont réalisées en cabinet médical.

2) L'IVG en Europe

L'Union européenne n'a pas légiféré afin d'établir des règles communes dans l'ensemble des pays d'Europe : chaque pays a sa propre législation concernant l'IVG et la contraception.

Pour l'IVG, cela varie de l'**interdiction totale** comme à Malte ; au terme de **14 SA** pour l'Allemagne, la Belgique, l'Italie et l'Espagne (modification en 2014). D'autres pays, comme l'Angleterre et les Pays-Bas pratiquent l'IVG jusqu'à 24 semaines.

A Malte, depuis 1981, l'unique autorisation de pratiquer l'IVG était la nécessité de sauvetage maternel. Cette autorisation a été retirée du code pénal : l'avortement est donc devenu illégal. Une législation très stricte existe également en Irlande et en Pologne.

Depuis juillet 2013, l'Irlande autorise l'IVG en cas de risque vital pour la mère.

En Pologne, depuis 1993, l'IVG est autorisée en cas de viol, inceste, risque pour la santé de la mère, ou encore, pathologie fœtale sévère ou incurable.

Concernant l'IVG médicamenteuse, elle a d'abord été autorisée en France en 1988, puis en Angleterre en 1991 et en Suède l'année suivante.

En 1999, l'agence européenne des médicaments permettra (par un principe de reconnaissance mutuelle) de diffuser cette méthode dans d'autres pays (l'Espagne, la Grèce, les Pays-Bas, l'Allemagne, la Belgique, la Finlande, l'Autriche, le Danemark et le Luxembourg). Puis l'IVG médicamenteuse sera autorisée progressivement dans le reste de l'Europe (non autorisée en Croatie, Lituanie, Slovaquie, Irlande, Pologne et Malte).

Enfin, l'IVG médicamenteuse HS est autorisée en France et au Luxembourg (en cabinet médical ou centres de santé) puis également en Belgique et aux Pays-Bas (par l'intermédiaire de centres de santé uniquement).

3) L'IVG médicamenteuse HS en France

Depuis 2004, en France, les IVG peuvent être réalisées en ville dans le cadre d'une convention préalablement signée entre le praticien de ville et un établissement de santé référent.

Cette convention reprend les termes de la convention type annexée au **décret n° 2002-796 du 3 mai 2002** et ne peut être modifiée. Elle doit être renouvelée chaque année.

Une copie de cette convention doit être adressée au conseil de l'ordre des médecins et des pharmaciens, à la CPAM, à l'ARS et à l'établissement de santé référent.

3.1) Le médecin

Il doit justifier d'une expérience professionnelle adaptée. Il s'agit d'une qualification universitaire en gynécologie obstétrique ou d'une pratique régulière de l'IVG (attestée par le chef d'unité pratiquant l'IVG).

Il doit s'approvisionner en médicaments : il s'agit d'une commande à usage professionnel (auprès d'une pharmacie de son choix) datée et signée en précisant le nom de l'établissement de référence.

3.2) La patiente

Elle doit être à moins de 7 SA le jour de la prise de Myfégyne® (Mifépristone).

Elle doit être capable de comprendre les explications et pouvoir suivre les consignes.

Elle doit disposer d'un logement adapté à moins d'une heure de l'établissement référent.

Elle ne doit pas présenter de contre-indication à l'IVG médicamenteuse telle que :

- une contre-indication au traitement (Myfégyne®)
- un DIU déjà mis en place
- une grossesse extra utérine (GEU)
- une trouble de la coagulation ou une anémie profonde.

3.3) Les différentes étapes d'une IVG HS

Il y a en premier lieu la consultation préalable (qui n'est pas comprise dans le forfait prévu par l'assurance maladie).

La patiente consulte car il existe une grossesse non désirée. Cette consultation très importante va permettre à la patiente de verbaliser sa demande d'IVG. Il s'agit d'un temps d'écoute et d'information permettant de vérifier si la patiente ne présente pas de contre-indication à l'IVG HS ou de la réorienter vers un centre.

Une étude récente, menée aux États-Unis chez 4 257 femmes, confirme que l'interrogatoire et l'examen clinique permettent de sélectionner les femmes qui sont éligibles pour une IVG médicamenteuse (Bracken H. *et al* 2011).

Le médecin va délivrer des informations sur l'IVG, notamment sur la méthode et s'assurer que la patiente comprend les consignes qu'elle devra suivre. Il faut vérifier sa disponibilité pour les prochaines consultations. Le médecin remet un dossier guide à la patiente. Il est obligatoire de proposer un entretien psycho-social. Les femmes majeures ont la possibilité de le refuser. Cet entretien doit être réalisé au moins 48h avant l'IVG.

Un médecin peut refuser de pratiquer une IVG (clause de conscience) mais il doit, dans ce cas, informer la patiente et lui communiquer le nom d'un confrère ou d'un établissement de santé adapté à la prise en charge de l'intéressée.

Première consultation (comprise dans le forfait) :

La patiente confirme sa demande d'IVG. Le médecin recueille son consentement écrit et remet à la patiente un document descriptif du protocole à respecter en réexpliquant la procédure à suivre. Les consultations pour la prise de médicaments sont fixées ensuite.

Deuxième consultation (comprise dans le forfait) :

La patiente prend 600 milligrammes de Mifégyne® (Mifépristone) en présence du médecin. Celui-ci réexplique les suites de l'IVG en remettant une fiche conseil à la patiente ainsi que les coordonnées téléphoniques du centre de référence à joindre en cas d'urgence. Il lui remet également une fiche de liaison.

C'est lors de cette consultation que le médecin facture le forfait IVG. Il est pris en charge à 100% par l'assurance maladie depuis le 31 mars 2013.

D'autre part, si la patiente est Rhésus négatif, il est recommandé de réaliser l'injection de 200 microgrammes d'Immunoglobulines anti-D (par voie intra veineuse ou intramusculaire). Cette injection doit être réalisée dans les 72 heures suivant les saignements. Cependant, l'HAS recommande de la réaliser lors de cette consultation en cas d'IVG à domicile (*recommandations de l'HAS 2010*).

Enfin, à l'issue de cette consultation, le médecin transmet à l'établissement de santé une déclaration anonyme de l'IVG.

La loi ne prévoit pas de délai entre la première et la deuxième consultation.

Troisième consultation (comprise dans le forfait) :

Elle a lieu 36 à 48 heures après la prise de Mifégyne®.

La patiente prend 400 microgrammes de misoprostol et la fiche de liaison est mise à jour.

Il faut noter qu'en pratique, dans les CIVG, cette consultation, prévue par la loi, n'a pas toujours lieu devant le médecin. D'ailleurs, ceci n'est pas recommandé par l'HAS car l'expulsion peut avoir lieu sur le trajet du retour...

Il est nécessaire que la patiente soit accompagnée ce jour d'une personne susceptible de la raccompagner à l'hôpital. Le médecin n'oubliera pas la prise en charge de la douleur par des antalgiques adaptés (pallier 1 et 2). En effet, il est important de mettre en place un protocole de prise en charge de la douleur adéquat (Azerot M. *et al* 2015).

Il est recommandé également que la patiente reparte avec une méthode contraceptive. Ceci aura été abordé lors des précédentes consultations.

Les œstro-progestatifs tels que la pilule et le patch, peuvent être débutés le jour de la prise du misoprostol. En revanche, il est recommandé d'attendre l'expulsion pour poser l'anneau vaginal.

Les progestatifs tels que la pilule, les implants, l'injection intramusculaire peuvent aussi être débutés le jour de la prise de misoprostol.

Pour le DIU, l'HAS recommande la pose de celui-ci lors de la visite de contrôle et ne préconise pas une insertion trop tardive car l'ovulation peut se produire dès le dixième jour post-IVG. S'il existe un doute sur la vacuité utérine, il est recommandé d'attendre les prochaines règles.

Enfin, concernant les méthodes naturelles ou les méthodes barrières telles que les préservatifs, le diaphragme, la cape cervicale ou les spermicides, il est nécessaire de tenir compte de leur taux d'échec.

Quatrième consultation (comprise dans le forfait) :

Il s'agit d'une consultation de contrôle qui a lieu 14 à 21 jours après la prise de misoprostol. Le médecin contrôle l'efficacité de la procédure et met à jour sa fiche de liaison avant d'envoyer une copie à l'établissement référent.

L'HAS recommande de contrôler par un examen clinique et un dosage biologique (*bêta HCG* plasmatique) ou par une échographie pelvienne.

En cas de doute sur la vacuité utérine, le médecin adressera la patiente à l'établissement prévu dans la convention.

La consultation post-IVG revêt une importance capitale pour le diagnostic des échecs, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmises, ainsi que pour le suivi et l'évaluation de la technique de contraception choisie (Chamelton P. 2012).

4) Intérêt de l'IVG médicamenteuse HS

Plusieurs études ont démontré que l'IVG sans hospitalisation permet une prise en charge sûre et efficace (Provansal M. *et al* 2009 ; Hassoun D. *et al* 2006 ; Faucher P. 2006 ; Dagousset I. *et al* 2004 ; Ngo TD. *et al* 2011).

Les patientes peuvent se sentir plus impliquées lors d'une IVG HS et ont d'ailleurs une meilleure observance pour le suivi de contrôle (Faucher P. *et al* 2005). Cependant, le profil des patientes réalisant une IVG HS n'est pas le même que dans le cadre de l'IVG réalisée en établissement de santé.

L'IVG à domicile permet à la patiente de garder une certaine maîtrise. La sensation de maîtrise était déjà ressentie par les patientes avec l'IVG médicamenteuse par rapport à l'IVG chirurgicale (Winikoff B. 1995). Mais l'IVG au cabinet laisse une plus grande autonomie aux patientes.

Aussi, les patientes réalisant l'IVG au cabinet ont un niveau socio-professionnel différent : en effet, 85% ont fait des études secondaires. Mais il est vrai que toutes les patientes ne sont pas « éligibles » à cette méthode et que l'IVG sans hospitalisation correspond mieux à certains emplois du temps et impératifs professionnels (Dagousset I. *et al* 2004).

Enfin, l'IVG au cabinet permet d'apporter une contribution dans les zones de fortes demandes d'IVG (Collet M. 2011 ; Evain F. 2011).

5) La demande des patientes

Il est important que la patiente puisse avoir le choix de la méthode afin d'améliorer son vécu et sa prise en charge.

Le **rapport 2013-1104-SAN-009 publié le 7 novembre 2013** relatif à l'accès à l'IVG dans les territoires montre que de nombreuses patientes n'ont pas toujours le choix concernant la méthode.

Des études sur l'IVG médicamenteuse retrouvent une excellente acceptabilité de cette méthode à domicile (Provensal M. *et al* 2009 ; Hassoun D. *et al* 2006 ; Faucher P. *et al* 2005 ; Dagousset I. *et al* 2005).

De plus, une étude qualitative sur 100 patientes démontre une bonne acceptation de la part des patientes concernant l'IVG en cabinet de médecine générale : le vécu des patientes concernant l'accès aux soins est assez positif (Lim Bougherra F. 2014).

Certaines patientes vont préférer le cadre plus intime du cabinet médical.

L'écoute du médecin est primordiale lors de la demande d'IVG (Dupont S. 2004) et certaines patientes souhaitent être accompagnées par leur médecins généralistes ou gynécologues dans cette démarche.

Par ailleurs, la prise en charge par un médecin au cabinet donne le sentiment aux patientes d'avoir un accès aux soins plus rapide et plus facile (Denry A. 2014).

6) En région Centre

Un travail de thèse réalisé en région Centre en 2013 montre que 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 (Chefeg Ben Aissa R. *et al* 2013).

Il existe donc bien une demande de la part des patientes mais peu de médecins en région Centre ont passé une convention afin d'offrir cette possibilité à leurs patientes. Pourtant, les généralistes ont une activité de gynécologie non négligeable et certains d'entre eux tendent même à augmenter cette activité face à la pénurie de gynécologues dans certaines zones (Desmond L. 2013).

Différents freins à la réalisation de l'IVG au cabinet en région Centre ont été identifiés notamment sur le plan économique, logistique et pratique. De plus, 70% des médecins généralistes interrogés en région Centre ne se sentaient pas suffisamment formés pour encadrer l'IVG (Chefeg Ben Aissa R. *et al* 2013).

Pourtant, un professionnel bien formé est compétent pour accompagner les patientes dans cette démarche. En pratique, dans les établissements de santé, les sages-femmes encadrent les IVG médicamenteuses sous la délégation d'un médecin. Une étude réalisée en 2011 montre que cette pratique par un soignant bien formé n'entraîne pas de complications (Warriner IK. *et al* 2011). De façon analogue, si les médecins libéraux sont bien formés, ils ne devraient pas craindre le risque de complications.

Il existe plusieurs CPEF, hôpitaux, cliniques ou centres de santé habilités à prendre en charge les patientes en région Centre. Tous les CPEF et centres de santé ne pratiquent pas l'IVG mais ils peuvent réorienter les patientes.

- En Indre-et-Loire, il y a 8 CPEF (Amboise, Loches, Château-Renault, Chinon, Descartes et 3 CPEF à Tours), un centre de planification de la médecine universitaire à Tours et la Clinique de Chambray-lès-Tours.

- En Indre, il y a 3 CPEF (Châteauroux, Le Blanc et Issoudun) et la clinique de Châteauroux.

- Dans le Cher, il y a 3 CPEF (Bourges, Saint-Amand, Vierzon).

- En Eure-et-Loir, il y a 4 CPEF (Chartres, Châteaudun, Nogent-le-Rotrou, Dreux) et la clinique de Mainvilliers.

- Dans le Loir-et-Cher, il y a 3 CPEF (Vendôme, Blois et Romorantin) avec une antenne à Noyers-sur-Cher, une maison des adolescents à Blois et la clinique de Vendôme. Les trois CPEF réalisent parfois des IVG médicamenteuses HS.

- Dans le Loiret, il y a 4 CPEF (Orléans, Montargis, Giens, Pithiviers) et la clinique de Saint Jean-de-Bray. Le CPEF d'Orléans a déjà réalisé, dans de rares cas, des IVG médicamenteuses HS.

L'ARS comptabilisait en 2015, en région Centre, 24 médecins libéraux réalisant des IVG médicamenteuses HS :

1 gynécologue dans le Cher
 1 gynécologue dans l'Indre
 2 gynécologues dans le Loiret
 1 généraliste dans le Loir-et-Cher
 4 généralistes et 8 gynécologues dans l'Indre-et-Loire
 7 gynécologues dans l'Eure-et-Loir.

La proportion d'IVG médicamenteuses HS par rapport à l'ensemble des IVG reste faible.

Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Région								
France métropolitaine	3,4%	5,45%	6,5%	6,8%	8%	8,3%	9%	9%
Centre	0,26%	3,1%	3,9%	4,6%	4,8%	5,6%	6,9%	8,3%
Indre-et-Loire	0%	3,25%	5%	4,1%	3,7%	3,6%	3,5%	4%
Indre	0%	1,4%	0%	0,4%	0%	0%	0,6%	0%

Tableau A : Taux d'IVG HS (déclarées dans les bulletins) selon l'INED

7) Place du médecin au cabinet

Le médecin généraliste revêt un rôle d'accueil, d'information, d'écoute et d'orientation pour un certain nombre de patientes. Dans un travail de thèse étudiant la place du généraliste dans l'IVG, le tiers des patientes avait recours en premier lieu à leur médecin traitant et un autre tiers sollicitait leur gynécologue (Grandrupt AC. 2007).

L'enquête COCON réalisée en France en 2000 montre qu'environ 20% des demandes d'IVG passent par le médecin généraliste pour les femmes de moins de 30 ans et ce pourcentage atteint près de 40% pour celles de plus de 30 ans (Moreau C *et al* 2004).

Il faut donc noter que les médecins de ville restent majoritairement consultés en premier recours lors d'une grossesse non désirée.

De plus, dans une étude réalisée en 2012, les médecins du RHEVO ressentaient une réelle reconnaissance de la part des patientes et une relation de confiance en pratiquant l'IVG au cabinet (Chamelton P. 2012). Ils avaient alors le sentiment d'être utiles et de rendre service aux femmes. Ceci est d'ailleurs confirmé dans d'autres études (Grandrupt AC. 2007 ; Chefeg Ben Aissa R. *et al* 2013).

8) Les sages-femmes

Des études américaines démontrent que l'extension des compétences de l'interruption de grossesse à d'autres professionnels de santé est positive (Foster AM. *et al* 2005). L'association nationale des sages-femmes orthogénistes (ANSFO) a milité afin d'élargir les compétences des sages-femmes dans le domaine de l'IVG (Glorie C. 2012).

Une étude multicentrique entre 2010 et 2015 souligne que les sages femmes sont majoritairement favorables à l'élargissement de leurs compétences quant à la prescription de l'IVG médicamenteuse (Biscaye M. 2015).

En pratique, sur le terrain depuis plusieurs années, les sages-femmes réalisent sous délégation, les consultations pré-IVG, la délivrance de la Mifépristone, la surveillance lors des hospitalisations, les consultations post-IVG. Une enquête (DREES études et résultats n° 712) réalisée en 2007, a comptabilisé 1 600 sages-femmes agissant ou non sous délégation et réalisant 20,4 % des entretiens psychosociaux, dans le cadre d'une IVG. Cette enquête révèle l'implication des sages-femmes dans ce domaine depuis plusieurs années (Flandin Cretinon S. *et al* 2013).

Chantal Birman, sage-femme et membre du conseil d'administration de l'ANCIC (association nationale des centres d'IVG et de contraception), estime que l'arrivée des sages-femmes dans la prise en charge de l'avortement permet de dédramatiser cet événement. En effet, la sage-femme ne sera plus associée uniquement à la naissance mais à la femme en général et à toute sa vie gynécologique.

9) Exemple de REVHO

Le REVHO a été créé en 2004 en Ile-de-France lorsque la nouvelle réglementation a permis les IVG médicamenteuses hors établissement de santé. Depuis, cette association compte un conseil d'administration de sept bénévoles (médecins de villes ou responsables de CIVG). Sa

mission principale est de diffuser la méthode médicamenteuse (en s'appuyant sur un réseau de médecins de ville) et de s'assurer de sa bonne application.

Ce réseau permet aux patientes de faciliter l'accès à l'IVG et d'accroître l'offre de soins. Ceci permet indirectement de réduire le délai de prise en charge, notamment en favorisant le soin de proximité.

Il informe les patientes sur les modalités de prise en charge au sein du réseau. Des documents sont édités afin de décrire le protocole de façon claire et adaptée. Des fiches de liaisons permettent également d'évaluer la qualité de la prise en charge en ville de façon anonyme pour les patientes.

Les médecins reçoivent, gratuitement et à leur demande, les documents cliniques qu'ils peuvent utiliser pour la consultation.

Le réseau garantit également la formation des médecins (formation initiale et FMC) ainsi que des rencontres et des échanges afin de favoriser le lien entre professionnels. Le réseau permet donc de lever certains freins à la pratique de l'IVG comme le manque de formation ou l'isolement du médecin (Denry A. 2014 ; Champeaux R. 2013 ; Nguyen F. 2011 ; Chefeg Ben Aissa R. 2013 ; Ferré D. 2012).

Aussi, REVHO assure la partie logistique des différentes formations ou rencontres ; rémunère les formateurs et indemnise les participants. Le réseau est lui-même financé par l'ARS.

Pour les établissements de santé, la coordination du réseau leur met à disposition le logiciel de saisie nécessaire au recueil et à l'analyse des fiches de liaison. Le secrétariat fournit les logiciels et assure la formation du personnel des centres hospitaliers. REVHO organise des réunions de suivi entre les centres hospitaliers.

Ainsi, REVHO répond en partie à certains freins qui ont été retrouvés chez les généralistes en région Centre : le manque de formation, l'encadrement logistique, la crainte de la lourdeur administrative...

De tels réseaux se sont développés dans d'autres régions, en Midi-Pyrénées (REIV Midi Pyrénées) ou à Marseille (le réseau IVGEV13).

Un travail de thèse visant à identifier les obstacles de l'IVG en ville en Haute-Vienne montrait un nombre non négligeable de médecins intéressés par cette pratique dès lors qu'un réseau serait opérationnel (Ferré D. 2012).

Le travail en réseau présente l'avantage également d'améliorer la qualité de la prise en charge des patientes. En effet, le fonctionnement du réseau est évalué afin de mesurer l'implication des professionnels de santé et aussi l'impact du réseau sur les pratiques professionnelles (Antras Ferry J. *et al* 2006).

Enfin, la mise sur pied d'un réseau entre l'hôpital et le médecin offre une réelle garantie de sécurité pour la patiente (Hassoun D. 2005).

METHODE

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive, transversale.

1) La population et le recueil de données

La population étudiée incluait 777 médecins généralistes, 54 gynécologues et 55 sages-femmes exerçant une activité libérale dans les départements de l'Indre et de l'Indre-et-Loire.

Les médecins exerçant une activité exclusivement centrée sur d'autres domaines tels que l'acupuncture, l'homéopathie, nommés les MEP (médecins à exercice particulier) ont été exclus. Les médecins retraités et remplaçants ont également été exclus.

L'union régionale des professionnels de santé (URPS) à Orléans a envoyé un courrier par *e-mail* à 563 médecins exerçant dans ces deux départements. Ces médecins avaient, en effet, une adresse *e-mail* valide et recensée par l'URPS. Ce courrier contenait le questionnaire et une lettre explicative.

Le questionnaire a été envoyé en avril 2015 et une relance par *e-mail* a été effectuée trois mois plus tard. Nous avons effectué un dernier rappel, auprès d'une partie des médecins participant à une formation lors des

« Journées de septembre », à la faculté de médecine de Tours. Le recueil des données s'est arrêté définitivement le 14 octobre 2015. Les réponses arrivées après cette date ont été exclues.

Un questionnaire a également été envoyé par *e-mail* aux sages-femmes. Dans l'Indre-et-Loire, il a été envoyé *via* la *mailing list* des sages-femmes. Dans l'Indre, les sages-femmes ont été préalablement contactées par téléphone afin d'obtenir leur adresse *e-mail*.

2) Le questionnaire

Le questionnaire envoyé par *e-mail* était accompagné d'une brève introduction pour expliquer l'intérêt de l'étude. Il comportait également un tableau récapitulatif des modalités de l'IVG médicamenteuse au cabinet.

Enfin, les questionnaires des médecins et ceux des sages-femmes n'étaient pas identiques.

Ils comprenaient différents items :

- l'aspect sociodémographique (âge, sexe, année d'installation, distance du CIVG le plus proche, mode d'exercice)
- l'évaluation de la pratique professionnelle (acte de gynécologie, IVG) et le parcours de formation des médecins
- l'évaluation de l'intérêt porté pour la pratique de l'IVG médicamenteuse
- une question sur la clause de conscience

- l'évaluation de l'intérêt pour une structure de soins encadrant la pratique de l'IVG et ensuite les attentes concernant cette structure.

(Voir questionnaire en annexe)

3) L'analyse des données

Dans un premier temps, nous avons effectué une **analyse descriptive univariée** des caractéristiques de notre population. Cette analyse est présentée, pour les variables :

- **continues (quantitatives)** par la moyenne, la médiane, et l'étendue (minimum-maximum)
- **qualitatives** par le pourcentage de chaque classe.

Dans un second temps, nous avons effectué une **analyse bivariée** entre la variable "intéressés par une structure encadrant l'IVG au cabinet" et l'ensemble des variables explicatives :

- **continues** : test de Student (effectif pour chaque groupe $n > 30$).
- **qualitatives** : test du Chi2 (avec une correction de Yates si besoin) ou test exact de Fisher en cas d'effectif théorique $n < 5$.

Enfin, dans un troisième temps, nous avons effectué une **analyse bivariée** entre les attentes (des médecins et des sages-femmes) et des variables explicatives en utilisant la même méthode.

Pour l'ensemble des tests réalisés, les résultats étaient considérés comme significatifs au seuil de $p \leq 0,05$.

Le recueil des données a été réalisé par l'intermédiaire du site « *google doc* » puis transféré sur le logiciel *Excel 2008*. Les résultats de l'analyse statistique ont été vérifiés grâce au logiciel *BiostaTGV*.

RESULTATS

1) Concernant les médecins

Les questionnaires ont été envoyés le 30 avril 2015 aux médecins et 43 réponses ont été réceptionnées. Une relance a été effectuée le 1^{er} août 2015, ce qui a permis de recueillir 57 réponses supplémentaires. Enfin, un rappel, lors des « journées de septembre » à la faculté de médecine, a été réalisé auprès des médecins présents ce jour: cette dernière relance a permis de récolter 9 réponses. Le recueil des données a été clôturé le 14 octobre 2015.

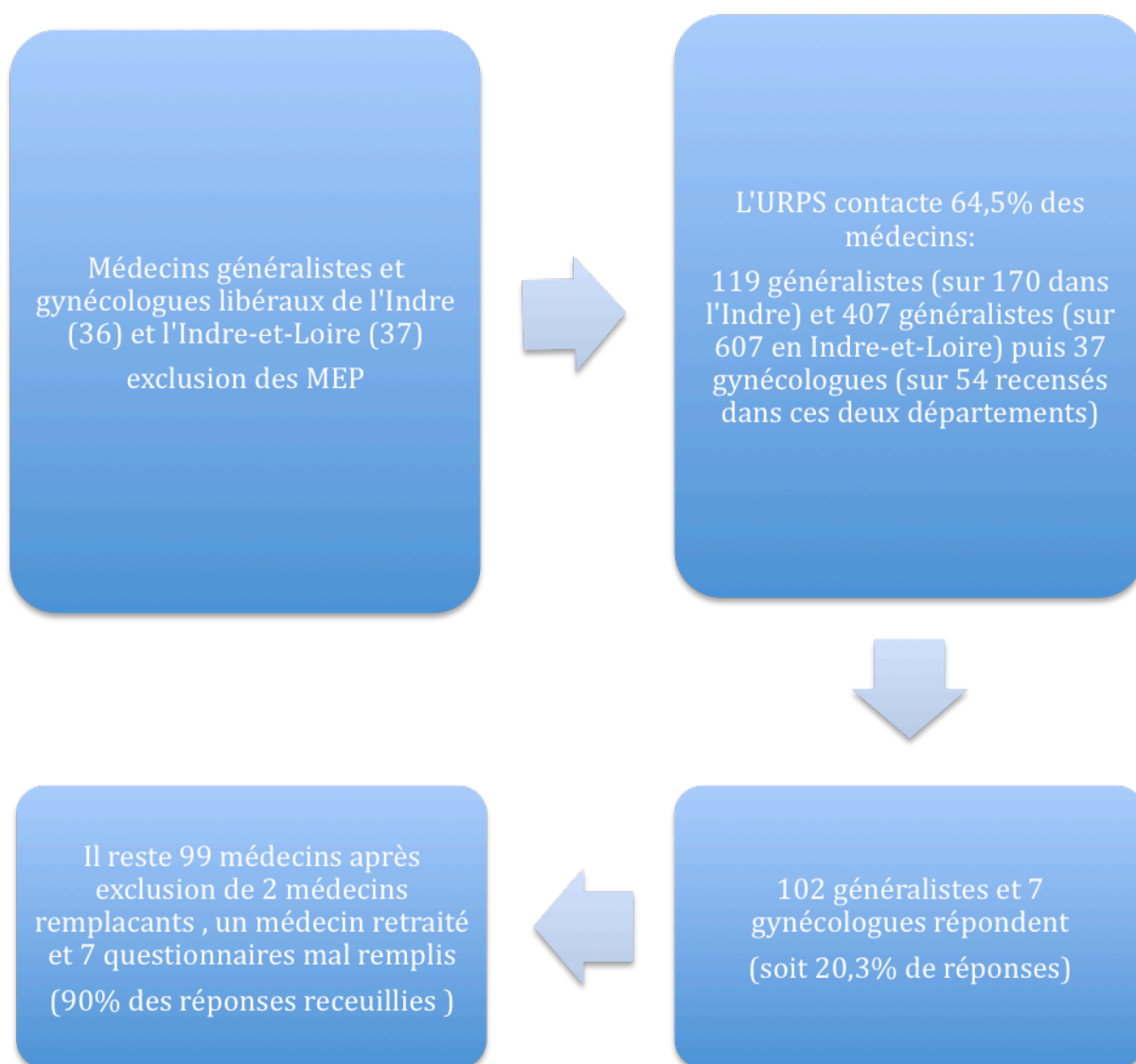


Fig.1 : Flow chart des médecins

L'étude a donc été réalisée à partir des 99 médecins restants parmi les 563 médecins contactés (soit 17,6%). Elle concernait initialement les 830 généralistes et gynécologues libéraux recensés par l'URPS dans l'Indre et Indre-et-Loire.

2) Concernant les sages-femmes

Un questionnaire a été envoyé par *e-mail* aux 52 sages-femmes de l'Indre-et-Loire le 2 août 2015.

Nous avons contacté les sages-femmes de l'Indre par téléphone afin de récupérer leurs adresses *e-mail* : seules 4 sages-femmes sur les 6 ont transmis leurs adresses.

Au total, 17 réponses ont été recueillies dans ces deux départements.

Une relance par *e-mail* a été effectuée le 29 septembre 2015 permettant de recueillir 14 réponses supplémentaires. Le recueil des données a été clôturé le 23 octobre 2015.



Fig. 2 : Flow chart des sages-femmes

L'étude a donc été réalisée sur 30 sages-femmes soit 51,7% des sages-femmes recensées en Indre-et-Loire et dans l'Indre.

3) Analyse descriptive

3.1) Les réponses des médecins

Le sexe

Il y a 57 femmes et 42 hommes.

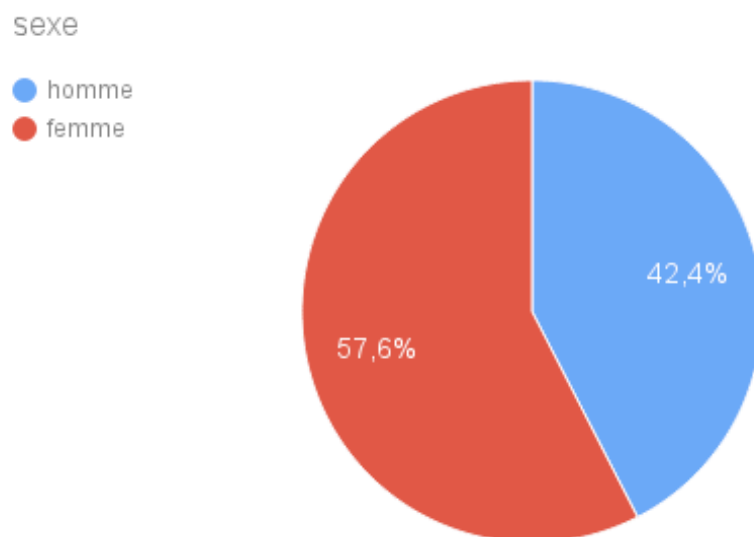


Fig. 3 : Sexe des médecins de l'étude

L'âge et l'année d'installation

3 médecins de moins de 30 ans soit 3,03%

29 médecins de 30 à 39 ans soit 29,29%

22 médecins de 40 à 49 ans soit 22,22%

32 médecins de 50 à 59 ans soit 32,32%

13 médecins de plus de 60 ans soit 13,13%

L'âge des médecins varie de 29 à 68 ans pour une moyenne d'âge à 46 ans.

L'année d'installation varie de 1977 à 2015 pour une moyenne à 2000.

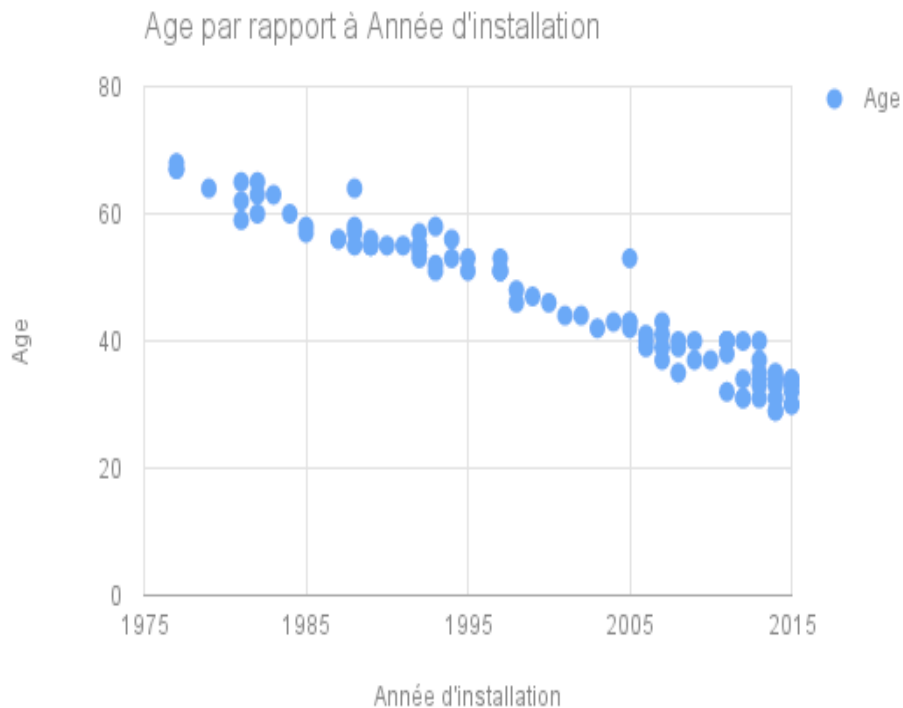


Fig. 4: Age et années d'installation des médecins de l'étude

Le lieu d'exercice

53 médecins exercent proche d'un CIVG
 44 médecins exercent à moins d'une heure d'un CIVG
 2 médecins exercent à plus d'une heure d'un CIVG

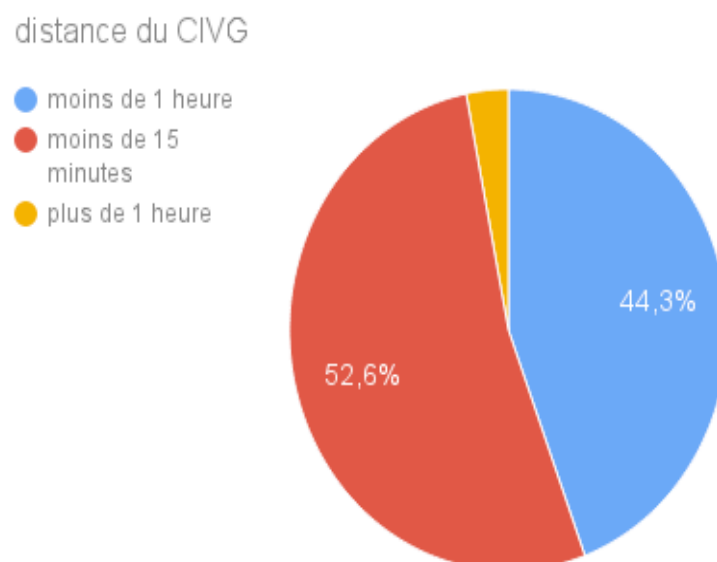


Fig. 5 : Lieu d'exercice des médecins de l'étude

Mode d'exercice

seul(e)	13	13.1 %
en association avec d'autres médecins	72	72.7 %
en association avec d'autres professionnels de santé	25	25.6 %
secteur 1	78	78.6 %
secteur 2	5	5,6 %
exercice partagé (libéral/hospitalier)	9	9.1 %
Indre-et-Loire	69	69.7 %
Indre	3	3,1 %

Tableau B : Mode d'exercice des médecins de l'étude

Les réponses à tous les items n'ont pas toujours été exprimées ce qui rend cette question difficile à exploiter.

La pratique de la gynécologie

83 médecins pratiquent des actes de gynécologie dont 77 généralistes et 6 gynécologues. 16 médecins ne pratiquent pas d'actes de gynécologie, s'agissant exclusivement des généralistes.

Pratiquez-vous des actes de gynécologie à votre cabinet?

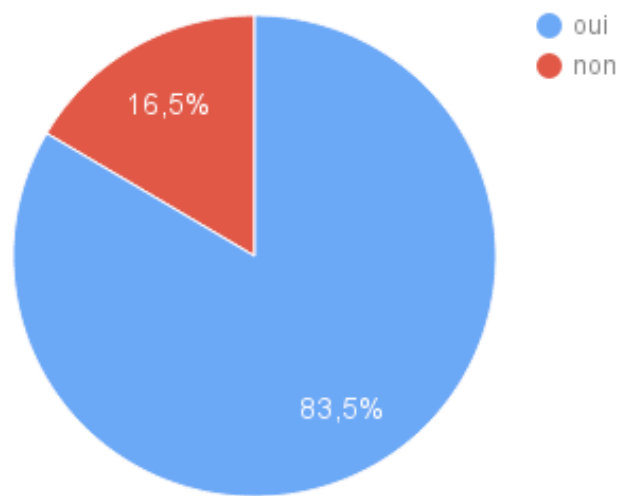


Fig. 6 : Pratique de la gynécologie par les médecins de l'étude

La pratique de l'IVG au cabinet

Seulement deux médecins gynécologues pratiquent les IVG médicamenteuses au cabinet et 97 médecins n'en pratiquent pas.

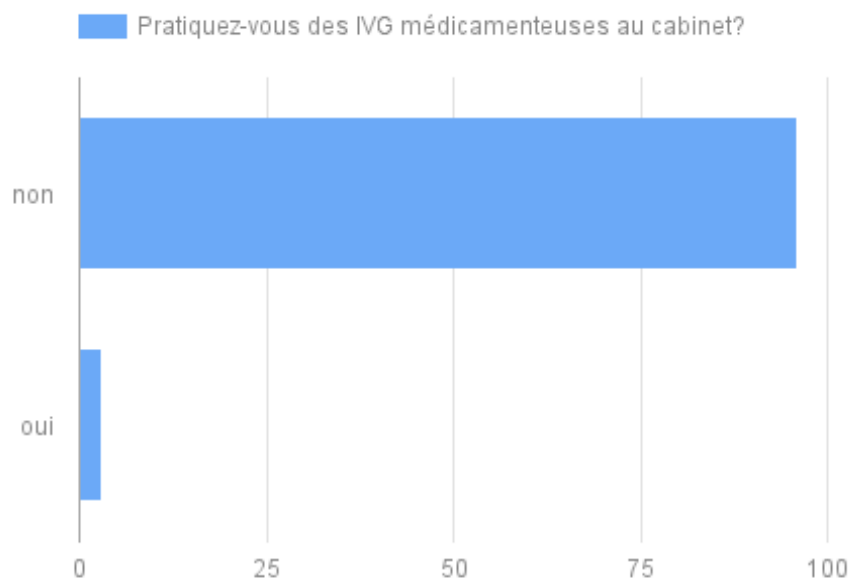


Fig. 7 : Pratique de l'IVG HS par les médecins de l'étude

La formation

Seulement 27% des médecins ont répondu à cette question.

Sept médecins se sentent suffisamment formés et 20 médecins ne se considèrent pas suffisamment formés.

Vous sentez-vous suffisamment formé(e)s?

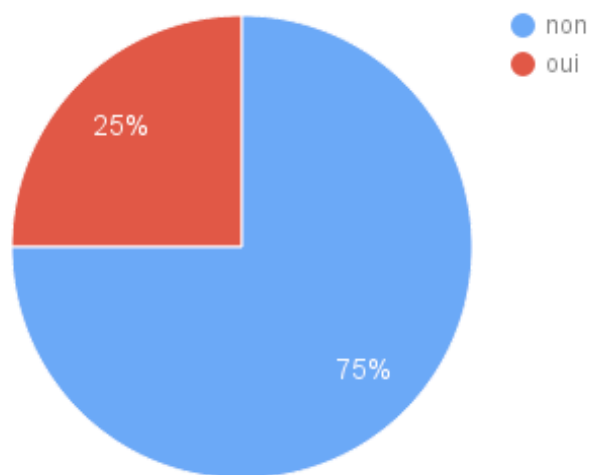


Fig. 8 : Ressenti des médecins de l'étude quant à leur formation

Le parcours de formation

vous êtes gynécologue	6	5.6 %
stage pendant vos études	49	49.4 %
DU de gynécologie	24	24.2 %
pas de formation particulière dans ce domaine	16	16.2 %
autre formation (FMC, stage...) à préciser	14	14,1 %
Autres	8	8,1%

Tableau C : Le parcours de formation des médecins de l'étude

Pour les deux derniers items, seulement quelques médecins ont précisé l'origine de leur formation : un médecin avait été formé par le centre hospitalier universitaire (CHU), un médecin par une FMC, un médecin par une coopération avec un gynécologue, et deux médecins par un CIVG.

L'intérêt pour l'IVG au cabinet

54 médecins se sentent concernés par la possibilité de pratiquer les IVG au cabinet, 45 médecins ne se sentent pas concernés

Vous sentez vous concerné par cette possibilité de pratiquer les IVG au cabinet?

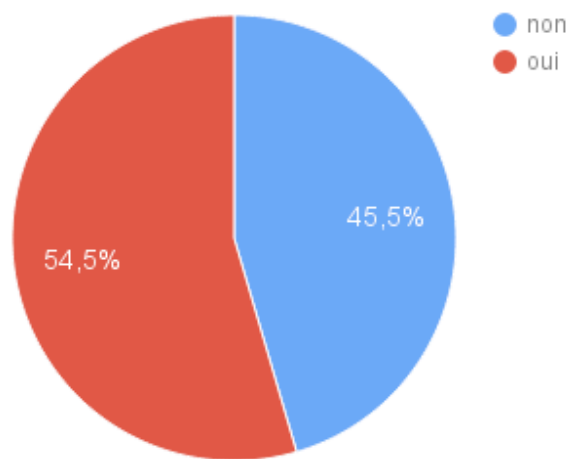


Fig. 9 : Intérêt des médecins de l'étude pour l'IVG HS

La difficulté à trouver un correspondant

16 médecins ont des difficultés à trouver un correspondant et 83 médecins n'ont pas de difficulté à trouver un correspondant pour les accompagner dans cette démarche.

Avez vous des difficultés à trouver un correspondant afin de vous accompagner dans cette démarche?

● non
● oui

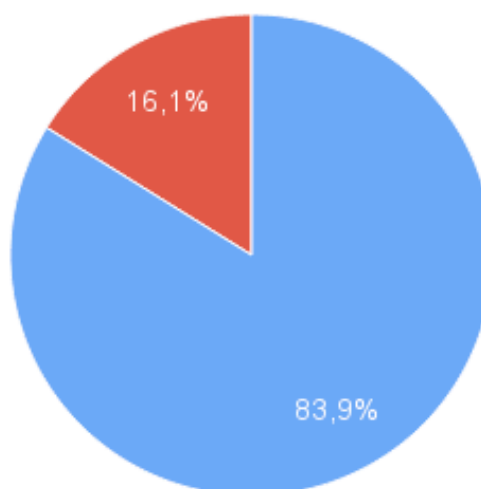


Fig. 10 : Difficultés des médecins de l'étude à trouver un correspondant pour les accompagner dans la démarche de l'IVG.

La clause de conscience

Pour 95 médecins, l'IVG n'est pas contraire à leur conviction personnelle ou éthique, contrairement à deux médecins. Par ailleurs, 2 médecins n'ont pas répondu.

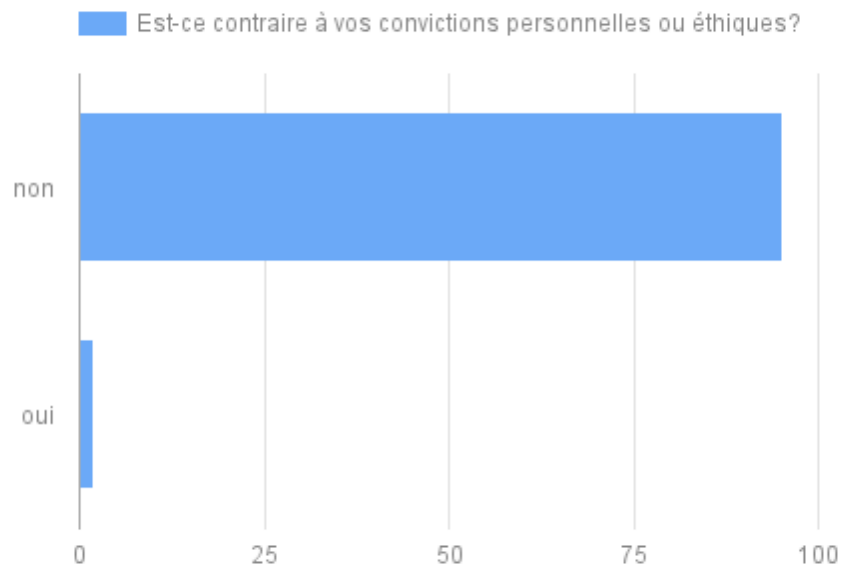


Fig. 11 : Clause de conscience des médecins de l'étude

L'intérêt pour un réseau accompagnant l'IVG au cabinet

57 médecins seraient intéressés par le réseau et 42 médecins ne sont pas intéressés.

Si une structure permettait d'encadrer l'IVG au cabinet, seriez vous intéressé(e)?

● non
● oui

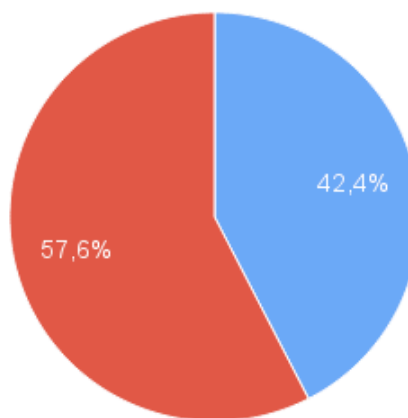


Fig. 12 : Intérêt des médecins de l'étude pour un réseau encadrant l'IVG HS

Les attentes d'un tel réseau

formation médicale	57	73.1 %
journée de rencontre	28	35.9 %
création d'un site internet (protocoles et conduite à tenir, documents à imprimer, coordonnées...)	36	46.2 %
aides logistique et matérielle (logiciel, documents d'information pour les patientes) disponibles dans le service hospitalier le plus proche	45	57.7 %
possibilité de travailler en lien avec d'autres professionnels (psychologues, conseillères conjugales, gynécologues...)	56	71.8 %
Autres	9	11.5 %

Tableau D : Les attentes des médecins de l'étude concernant un réseau encadrant l'IVG HS

3.2) Les réponses des sages-femmes

Le sexe

Il y a 1 homme et 29 femmes.

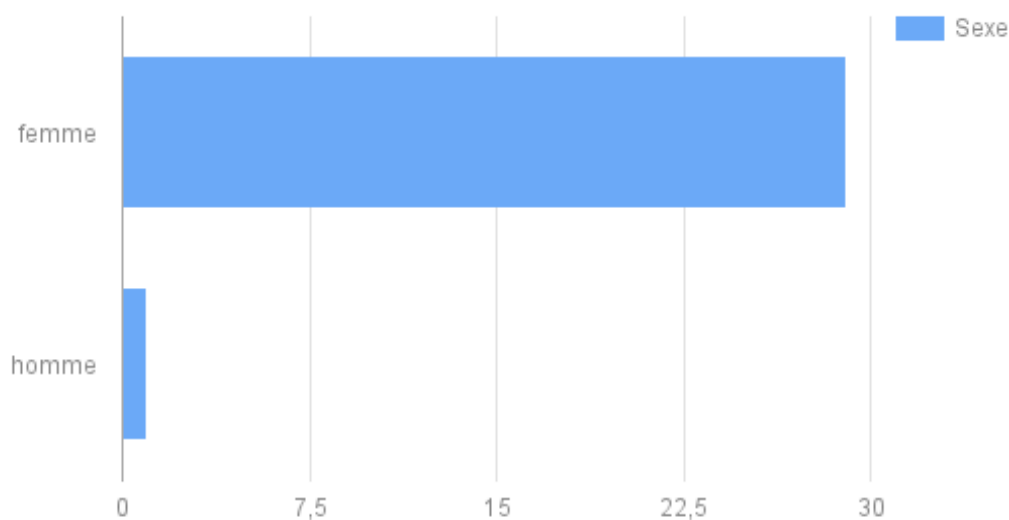


Fig. 13 : Sexe des sages-femmes de l'étude

L'âge

L'âge des sages-femmes varie de 25 à 59 ans avec un âge moyen de 37 ans.
L'année d'installation varie de 1997 à 2015 avec une année moyenne à 2000.

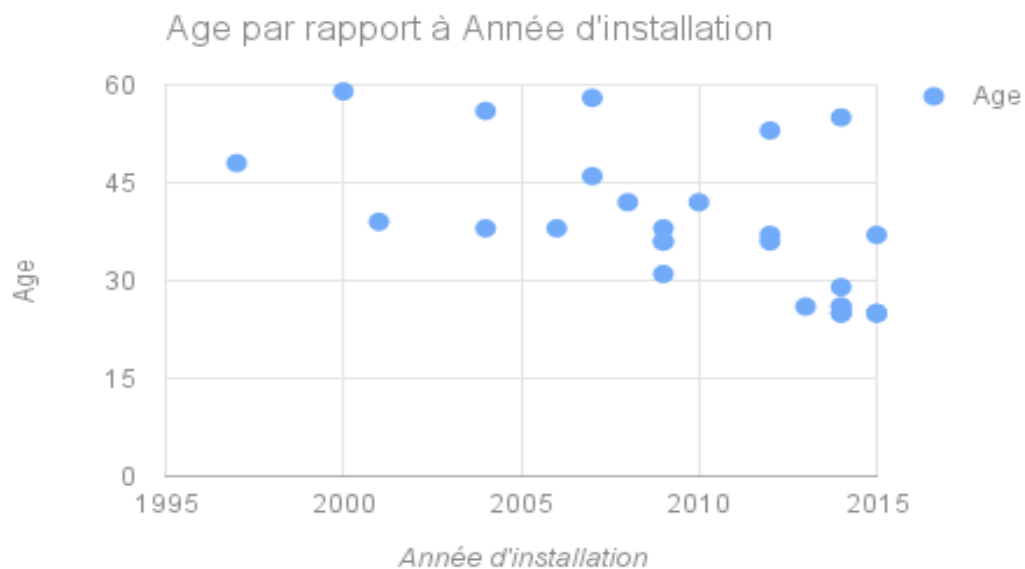


Fig 14 : Age et année d'installation des sages-femmes de l'étude

Le lieu

Une sage-femme exerce à plus d'une heure d'un CIVG.

12 sages-femmes exercent à moins d'une heure et 17 sages-femmes exercent à moins de 15 minutes.

A combien de temps exercez vous d'un centre pratiquant les IVG

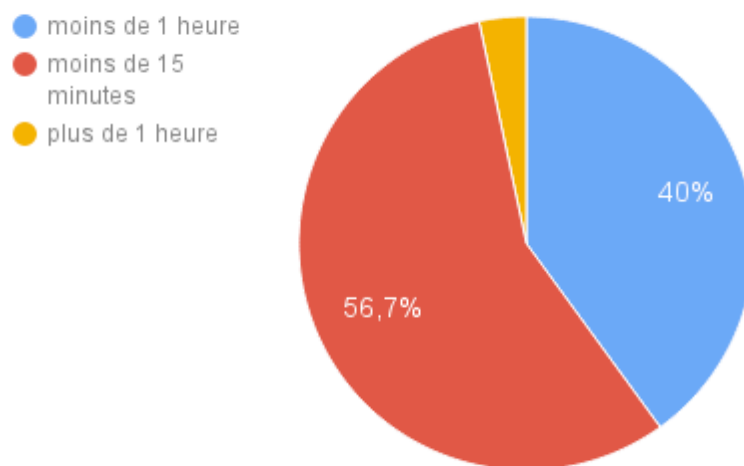


Fig. 15 : Lieu d'exercice des sages-femmes de l'étude

L'intérêt pour l'IVG

Sept sages-femmes ne se sentent pas concernées et 23 sages-femmes se sentent concernées.

Vous sentez vous concerné(e) par l'IVG médicamenteuse?

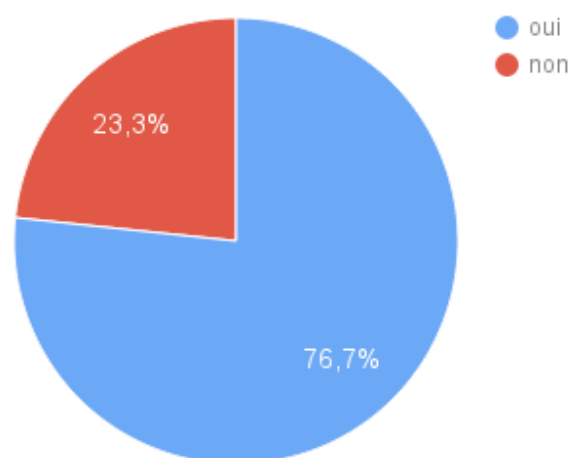


Fig. 16 : Intérêt des sages femmes de l'étude pour l'IVG médicamenteuse.

La pratique de l'IVG

13 sages-femmes sont favorables et 17 sages-femmes ne sont pas favorables pour la pratique des IVG au cabinet.

Pratiqueriez-vous des IVG médicamenteuses au cabinet comme le font certains généralistes et gynécologues?

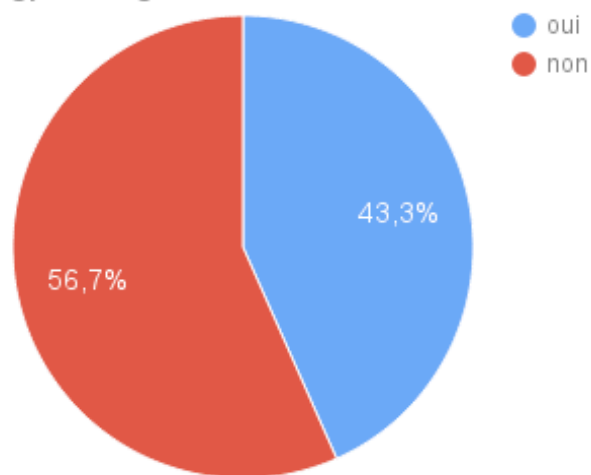


Fig. 17 : Taux de sages-femmes de l'étude potentiellement pratiquante de l'IVG HS.

La formation

Six sages-femmes se sentent suffisamment formées pour les pratiquer et 24 sages-femmes ne se sentent pas assez formées.

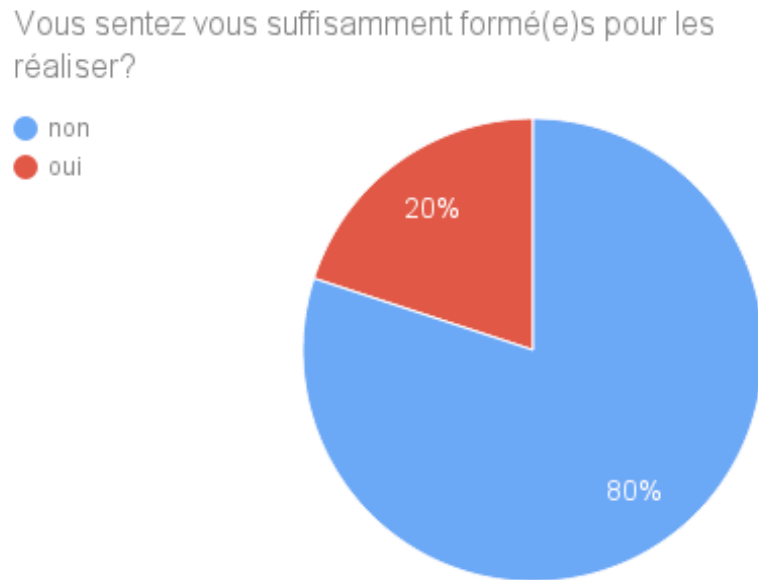


Fig. 18 : Ressenti des sages femmes de l'étude concernant leur formation

La clause de conscience

27 sages-femmes ont répondu que l'IVG n'était pas contraire à leurs convictions personnelles ou éthiques ; 3 sages-femmes ont répondu que cela restait contraire à leurs convictions personnelles ou éthiques.

Est-ce contraire à vos convictions personnelles ou éthiques?

● non
● oui

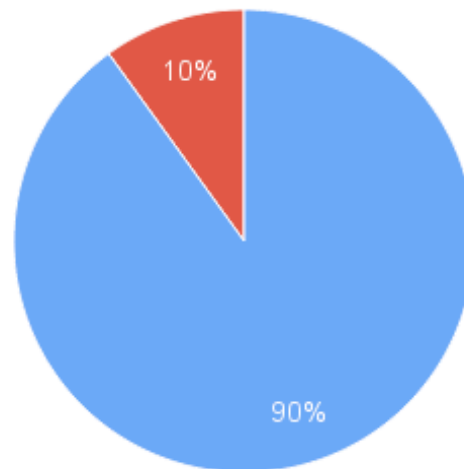


Fig. 19 : Clause de conscience des sages-femmes de l'étude

L'intérêt pour un réseau accompagnant l'IVG au cabinet

21 sages-femmes seraient intéressées par un réseau de soin encadrant l'IVG, 9 sages-femmes ne sont pas intéressées.

Si un réseau ville-hôpital permettait d'encadrer l'IVG au cabinet, seriez-vous intéressé(e)?

● oui
● non

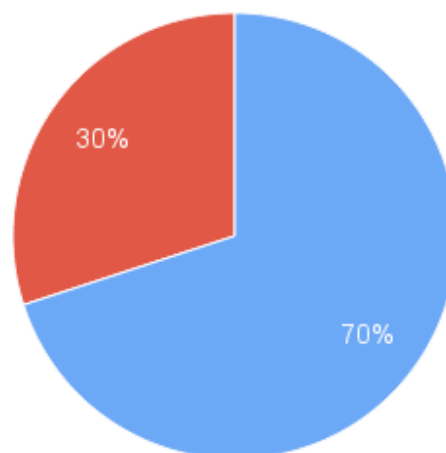


Fig. 20 : Intérêt des sages-femmes de l'étude pour un réseau encadrant l'IVG HS

Les attentes d'un tel réseau

formation médicale	22	73 %
journée de rencontre	16	53 %
création d'un site internet (protocoles et conduite à tenir, documents à imprimer, coordonnées...)	15	50 %
aides logistique et matérielle (logiciel, documents d'information pour les patientes) disponibles dans le service hospitalier le plus proche	18	60 %
possibilité de travailler en lien avec d'autres professionnels (psychologues, conseillères conjugales, gynécologues...)	24	80 %
Autres	0	0 %

Tableau E : Les attentes des sages-femmes de l'étude quant à un réseau encadrant l'IVG HS

4) Analyse de l'intérêt des médecins pour un réseau en fonction de différentes variables

Certaines variables ont été étudiées afin d'analyser leur influence sur l'intérêt porté au réseau.

4.1) Le sexe

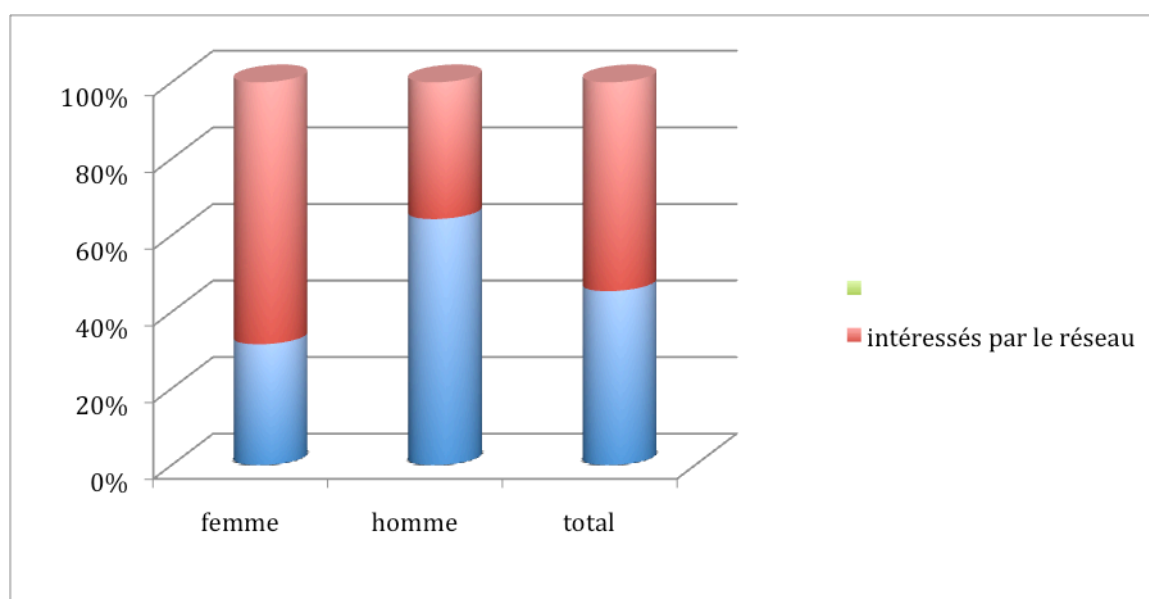


Fig. 21 : Intérêt des hommes et des femmes pour le réseau

Le test de Chi2 est significatif : les femmes sont plus souvent intéressées que les hommes par un réseau encadrant l'IVG au cabinet ($p=0,001$).

4.2) Le mode d'exercice

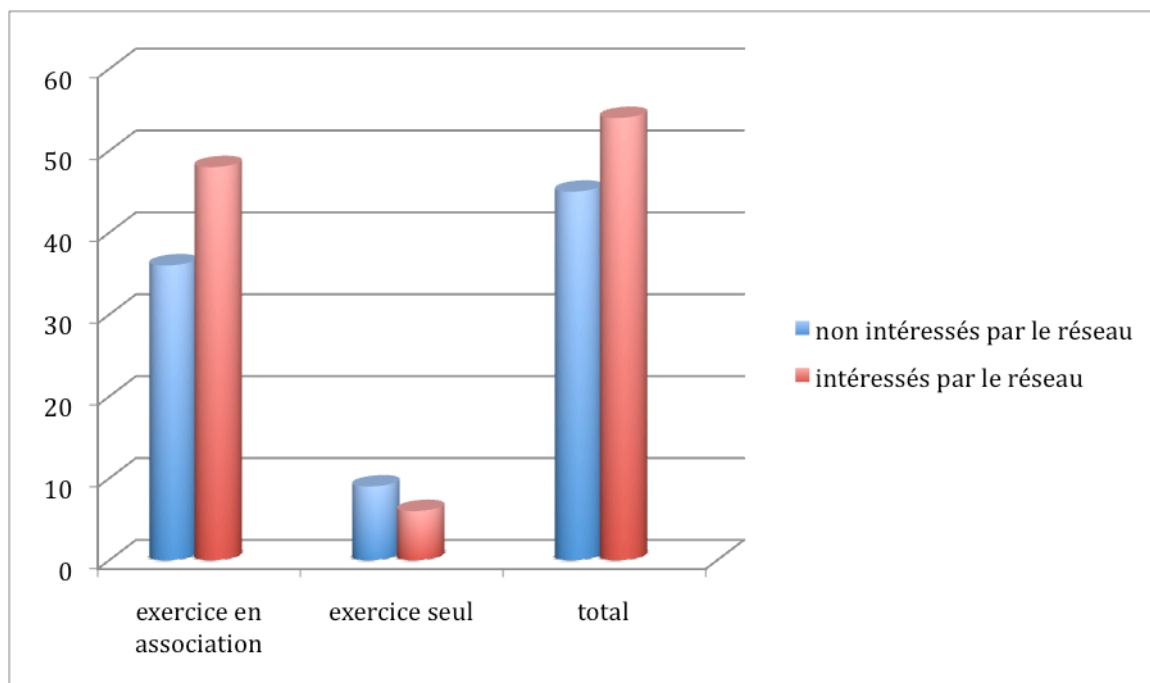


Fig. 22 : Mode d'exercice et intérêt pour le réseau

Le test de Chi2 (avec correction de Yates) retrouve une différence significative ($p=0,0031$).

Les médecins exerçant seuls sont moins intéressés par ce réseau.

4.3) Lieu d'exercice

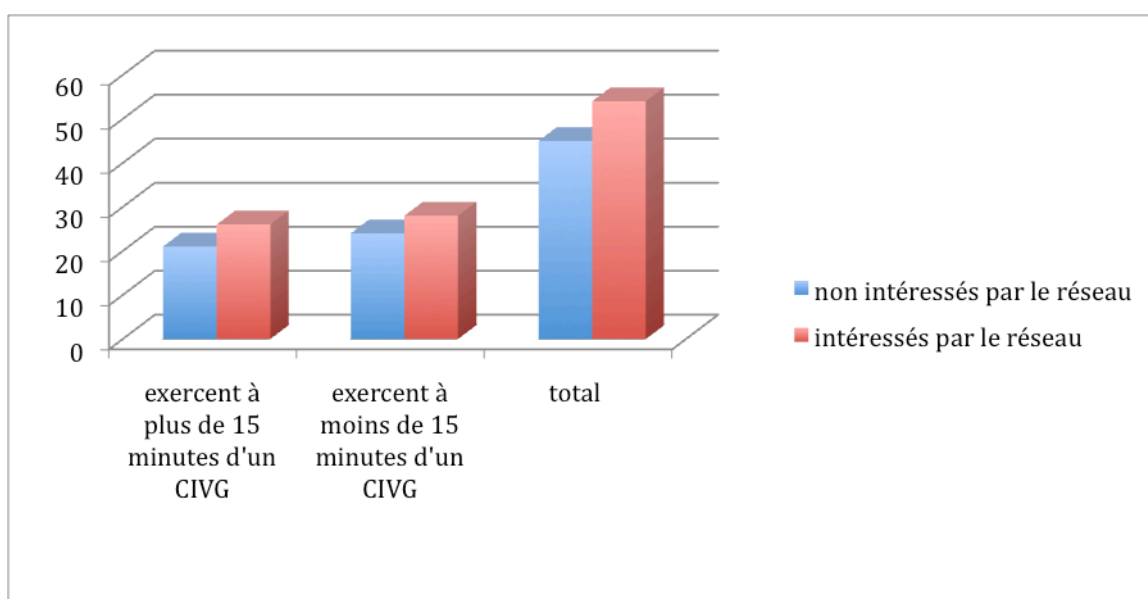


Fig. 23 : Lieu d'exercice et intérêt pour le réseau

Le test de Chi2 n'est pas significatif ($p=0,88$).

Les médecins exerçant loin d'un CIVG ne sont pas plus intéressés par ce réseau que ceux qui restent proches d'un CIVG.

4.4) La difficulté à trouver un correspondant

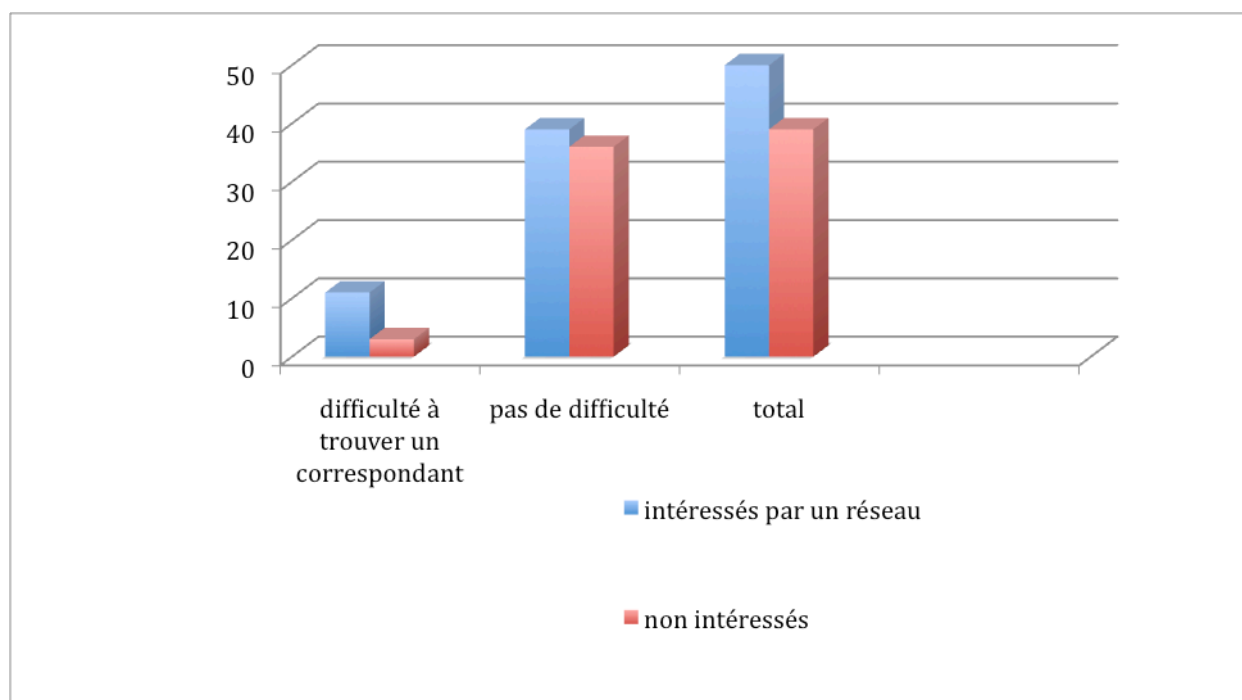


Fig. 24 : Difficulté à trouver un correspondant et intérêt pour le réseau

Le test de Chi 2 retrouve une valeur $p=0,068$.

Si les médecins ayant des difficultés à trouver un correspondant tendent à être davantage intéressés par ce réseau, il ne s'agit pas d'une différence significative par rapport à leurs confrères.

4.5) L'âge

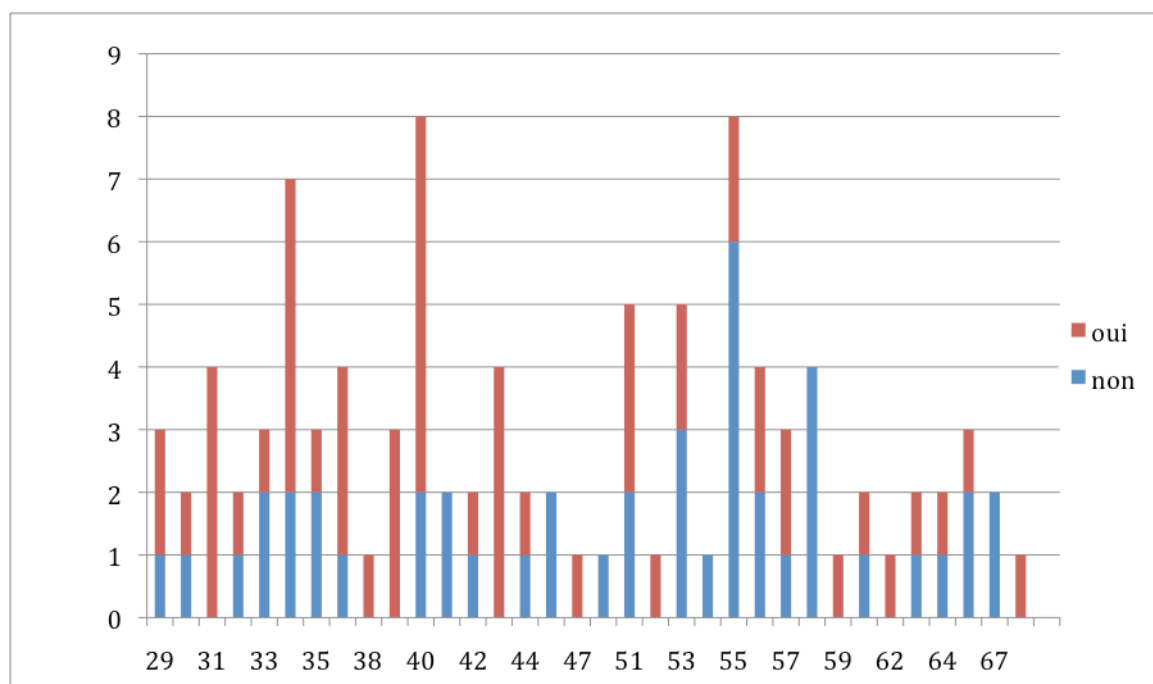


Fig. 25 : Age et intérêt pour le réseau.

Le groupe des médecins intéressés est plus jeune avec une moyenne d'âge à 44 ans (*versus* 48 ans dans le groupe des médecins non intéressés) et le test de Student est significatif ($p=0,043$).

Les jeunes médecins vont être davantage intéressés par ce réseau.

Certains médecins sont susceptibles d'être davantage intéressés par un réseau encadrant l'IVG au cabinet et certains facteurs sont prédisposants comme l'âge, le sexe ou le mode d'exercice.

5) Analyse des attentes du médecin intéressé par le réseau.

Seules les réponses des médecins intéressés par un « réseau accompagnant l'IVG au cabinet » ont été analysées.

5.1) Concernant la création d'un site internet

Le sexe

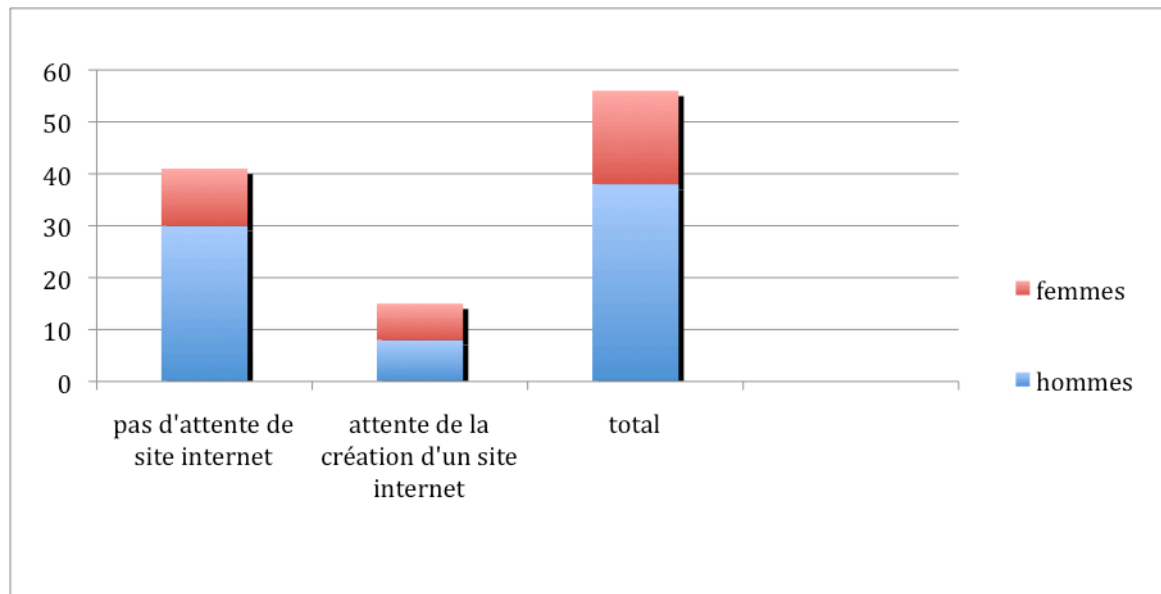


Fig. 26 : Désir de création de site internet en fonction du sexe

Le test exact de Fisher ne retrouve pas de différence significative ($p=0,202$) Le sexe n'influence pas les médecins sur l'attente d'un site internet.

L'âge

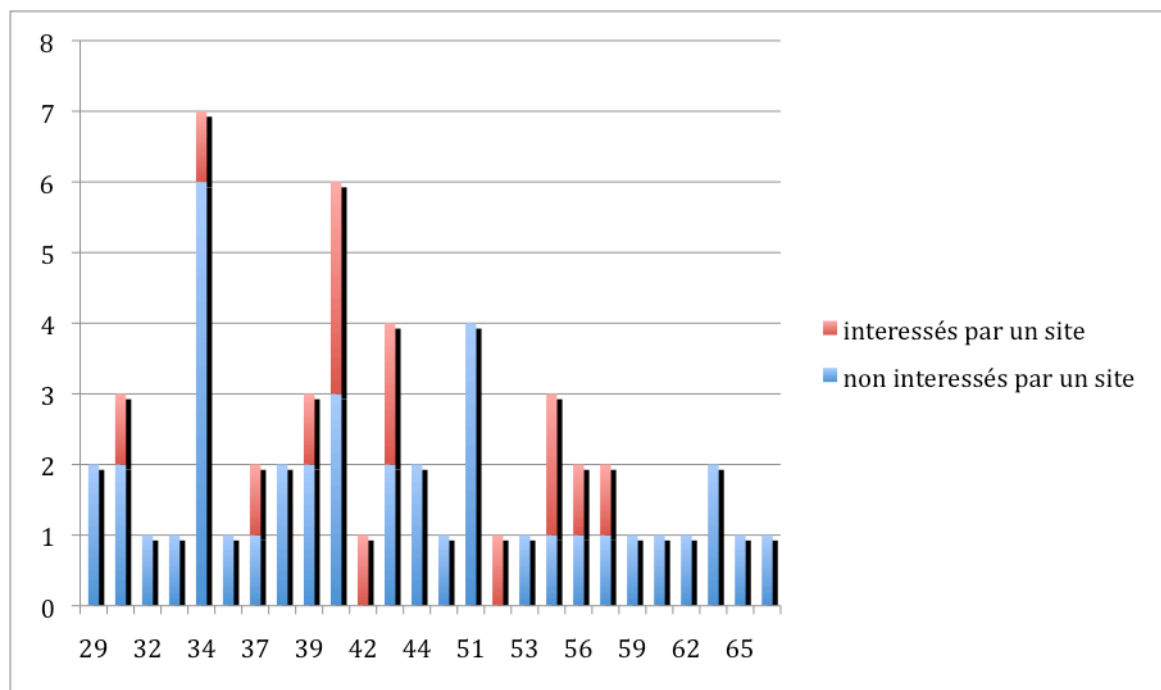


Fig. 27 : Désir de création de site internet en fonction de l'âge.

Le groupe de médecins souhaitant la création d'un site internet est plus jeune 43,2 ans (*versus* 44,3 ans dans le groupe ne souhaitant pas la création d'un site internet). Mais le test de Student ne retrouve pas de différence significative ($p=0,4$).

L'âge n'influence pas les médecins sur l'attente d'un site internet.

Le lieu d'exercice (la distance du CIVG le plus proche)

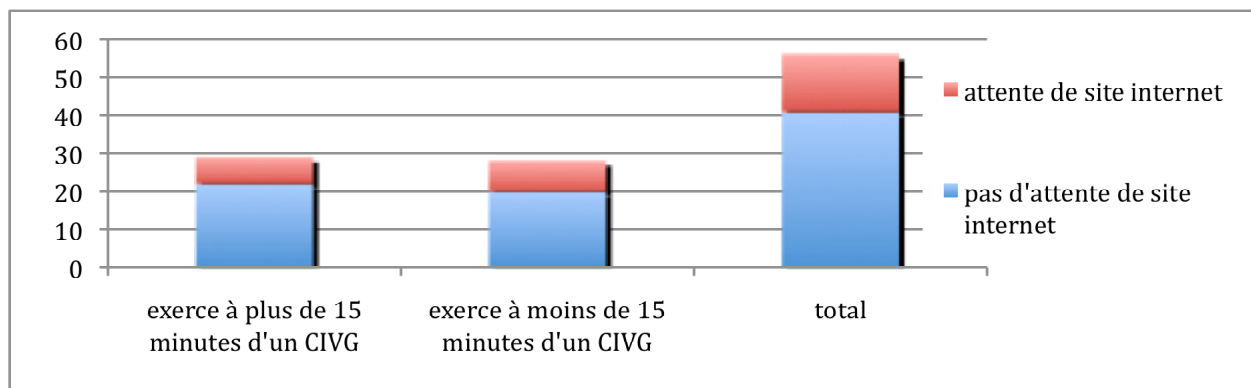


Fig. 28 : Désir de création de site internet en fonction du lieu d'exercice

Le test de Chi-2 (avec correction de Yates) n'est pas significatif ($p=0,94$).

Le lieu d'exercice n'influence pas les médecins sur l'attente d'un site internet.

La formation (stage pendant les études)

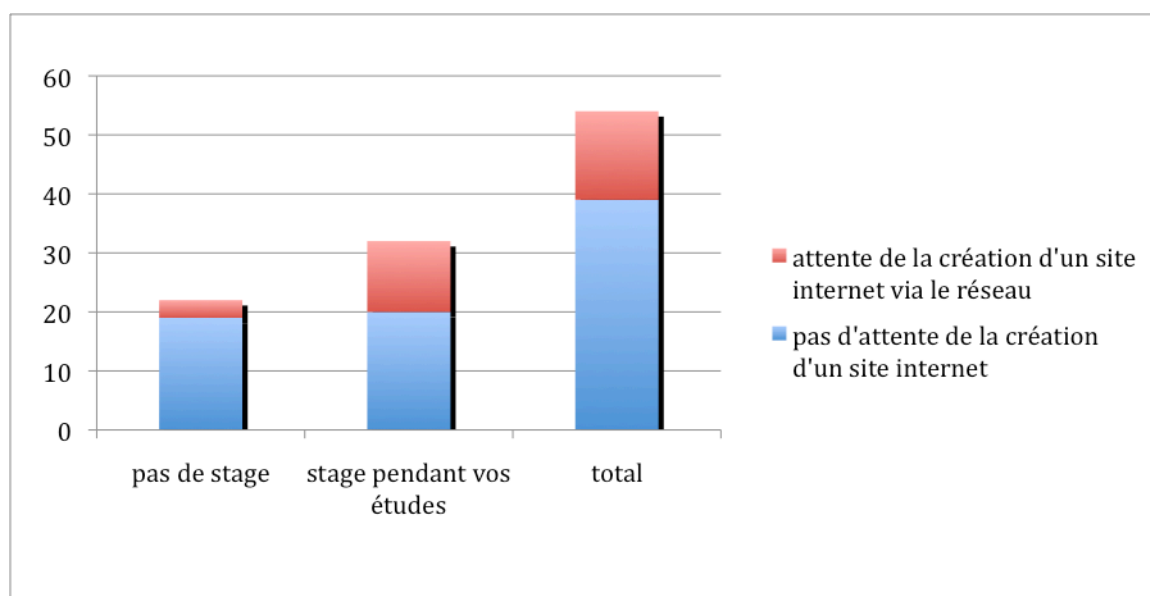


Fig. 29 : Désir de création de site internet en fonction de la formation

Le test de Chi2 ne retrouve pas de différence significative ($p=0,11$) donc **le stage n'influence pas les médecins sur l'attente d'un site internet.**

La formation (le DU de gynécologie)

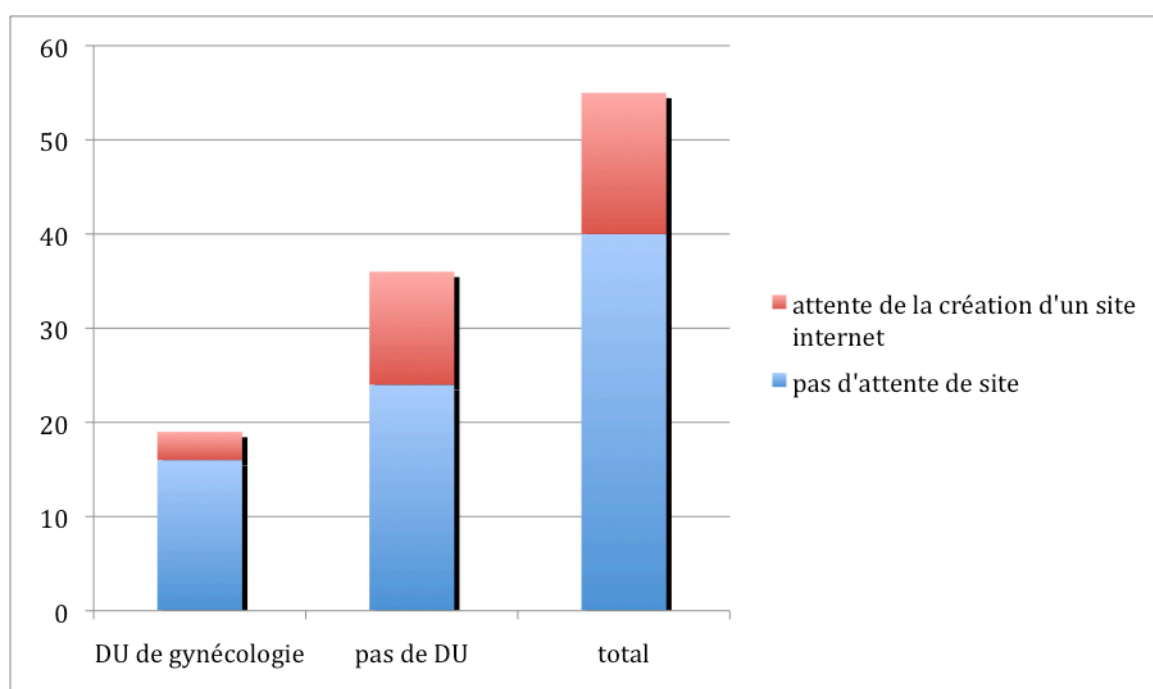


Fig. 30 : Désir de la création d'un site internet en fonction du DU

Le test de Chi2 ne retrouve pas de différence significative ($p=0,28$) **donc le DU n'influence pas les médecins sur l'attente d'un site internet.**

L'exercice libéral à temps plein ou en alternance avec une activité hospitalière

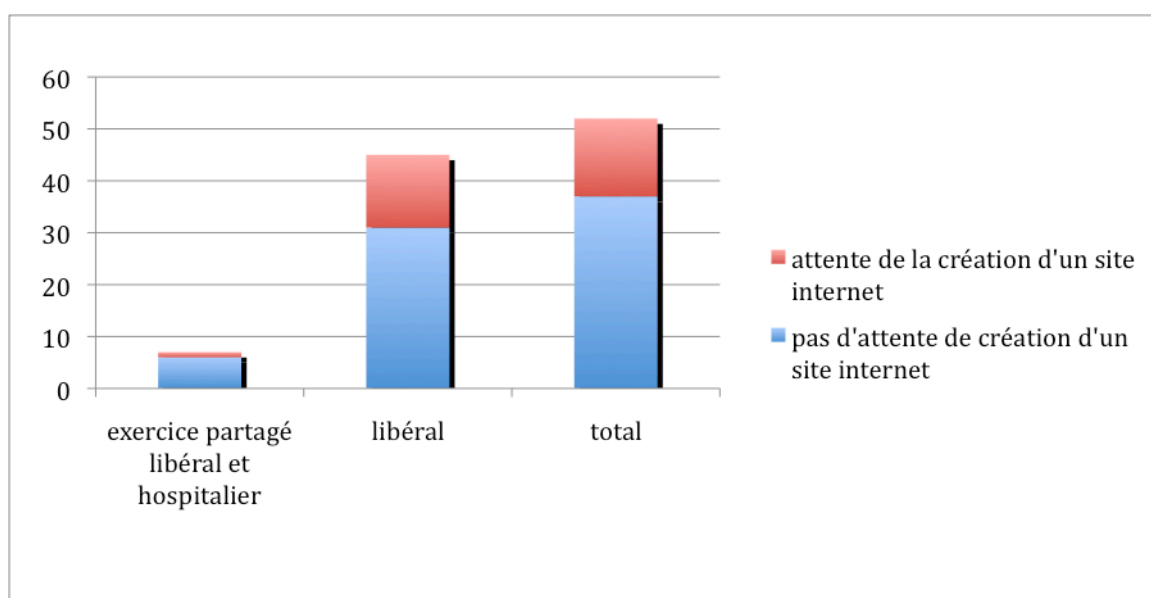


Fig. 31 : Désir de la création d'un site internet en fonction du mode d'exercice

Le test de Chi2 ne retrouve pas de différence significative ($p=0,64$).

L'exercice partagé n'influence pas les médecins sur l'attente d'un site internet.

Le mode d'exercice (seul ou en association)

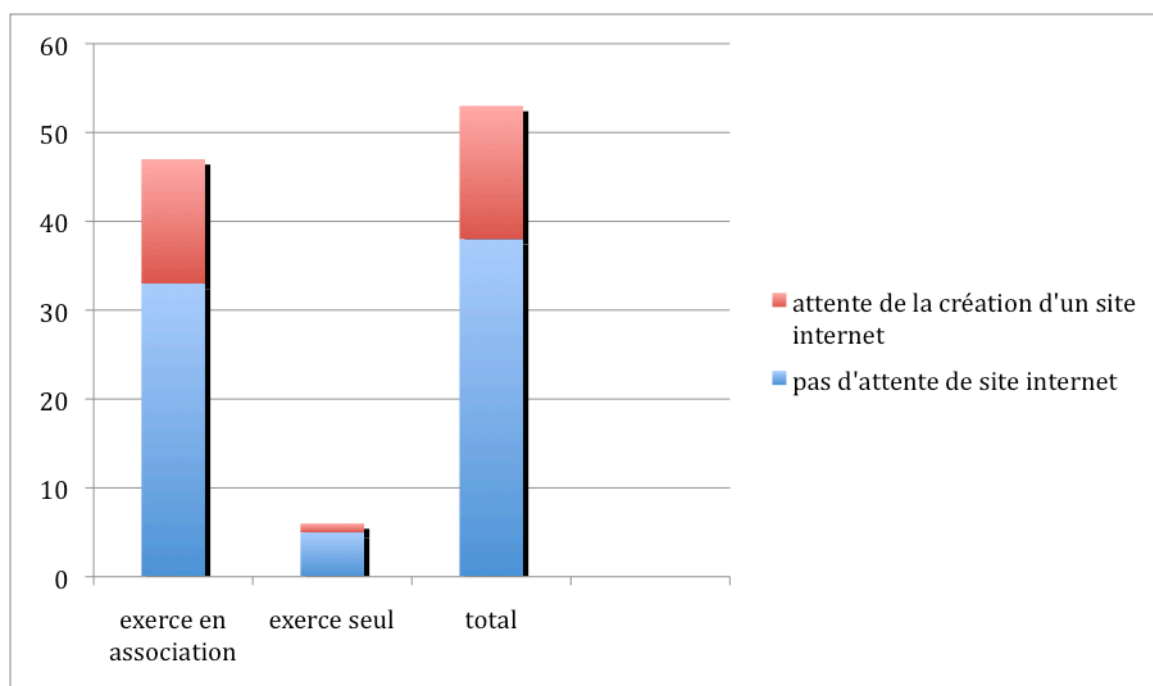


Fig. 32 : Désir de la création d'un site internet en fonction de l'association

Le test de Chi2 ne retrouve pas de différence significative ($p=0,85$). **L'association n'influence pas les médecins sur l'attente d'un site internet.**

5.2) Concernant les FMC

Le sexe

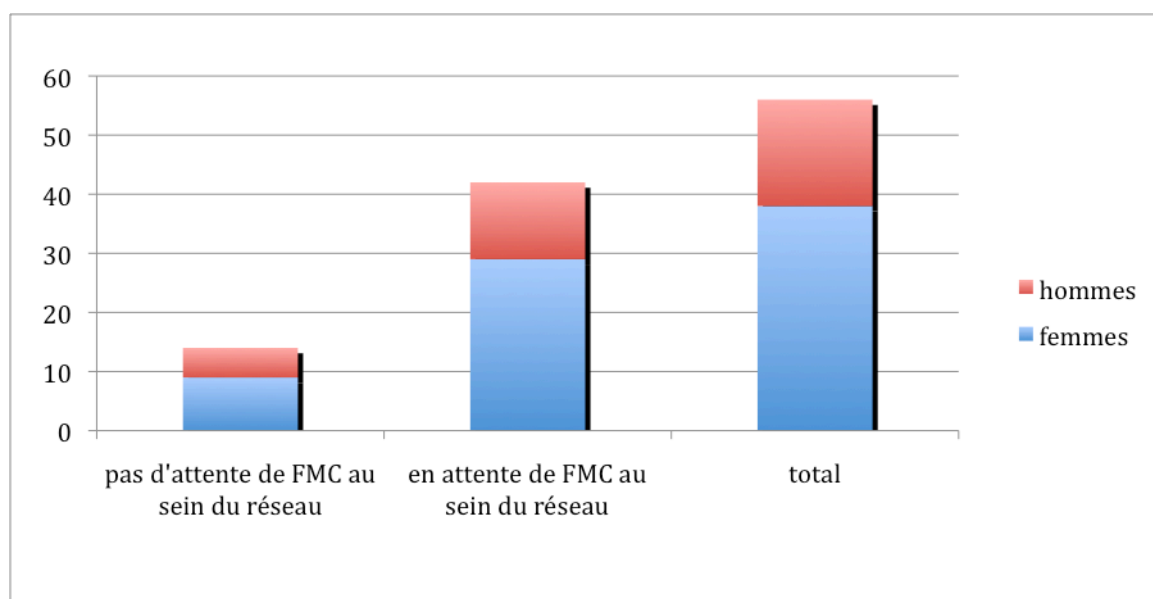


Fig. 33 : Désir de FMC en fonction du sexe

Le test de Chi2 avec correction de Yates ne retrouve pas de différence significative ($p=0,74$) donc **le sexe n'influence pas les médecins sur l'attente de FMC.**

L'âge

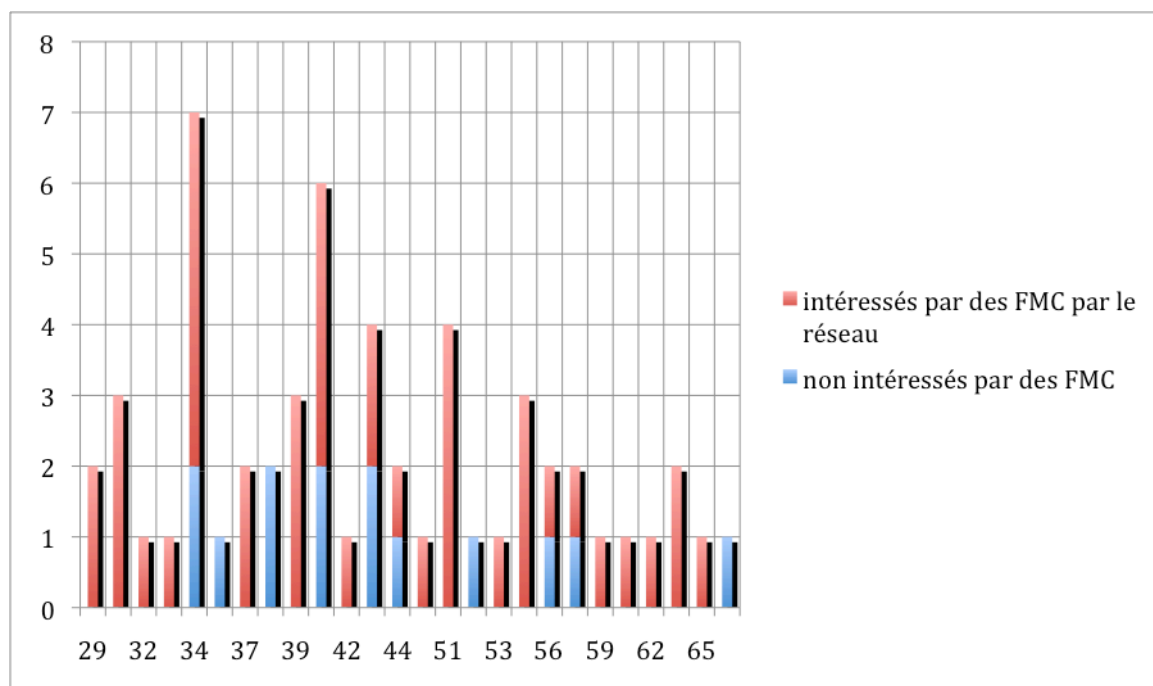


Fig. 34 : Désir de FMC en fonction de l'âge

Le groupe de médecins en attente de FMC est plus jeune avec une moyenne d'âge à 44 ans 5 mois (*versus* 44 ans 10 mois dans le groupe non intéressés par les FMC) mais le test de Student ne retrouve pas de différence significative ($p= 0,49$). **L'âge n'influence pas significativement les médecins sur l'attente de FMC.**

Le lieu d'exercice (la distance du CIVG le plus proche)

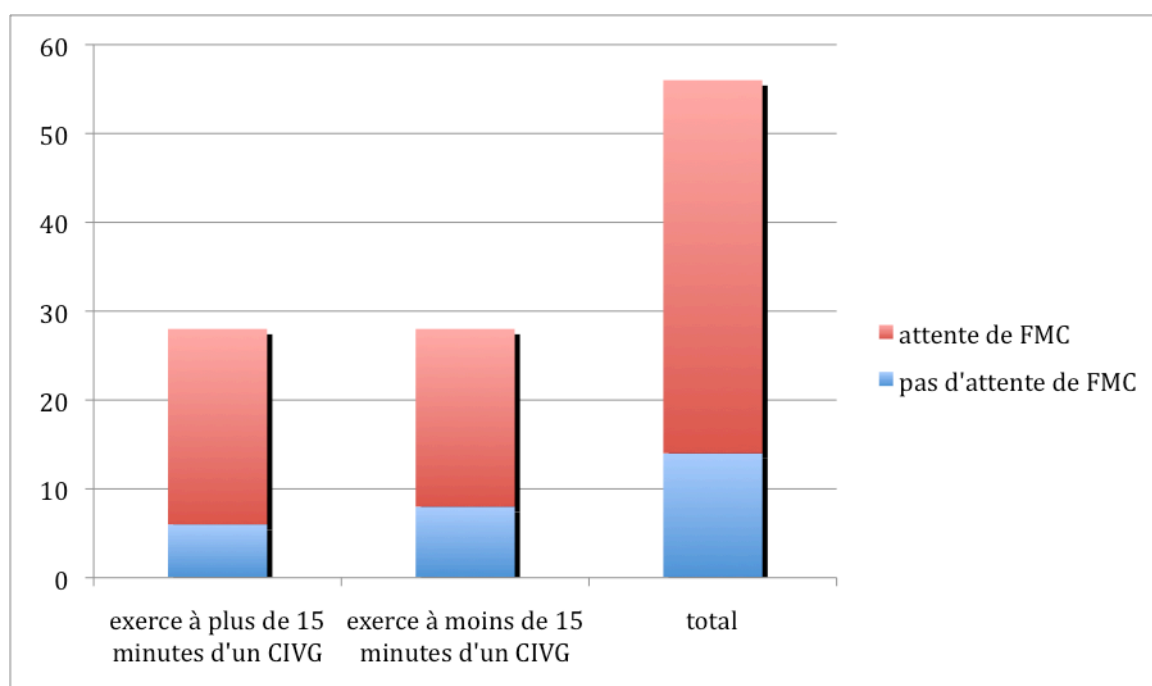


Fig. 35 : Désir de FMC en fonction du lieu d'exercice

Les résultats du test de Chi2 (avec correction de Yates) ne retrouvent pas de différence significative ($p=0,757$). **Le lieu d'exercice n'influence pas les médecins sur l'attente de FMC.**

Le mode d'exercice

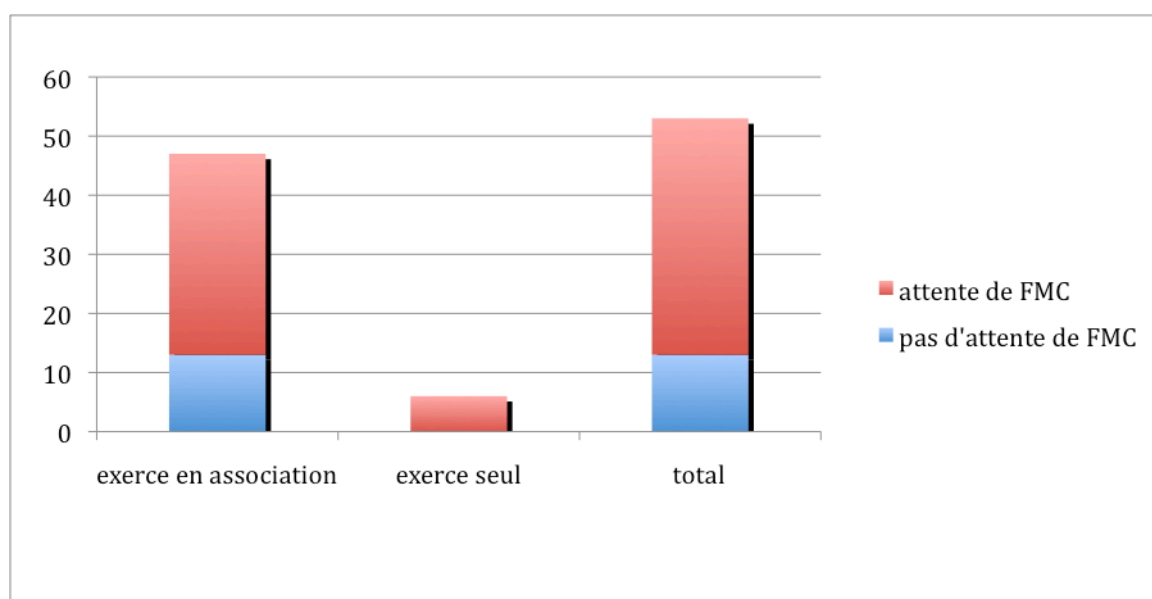


Fig. 36 : Désir de FMC en fonction de l'association

Le test de Chi2 ne retrouve pas de différence significative ($p=0,33$). **L'association n'influence pas les médecins sur l'attente de FMC.**

L'exercice libéral à temps plein ou en alternance avec une activité hospitalière

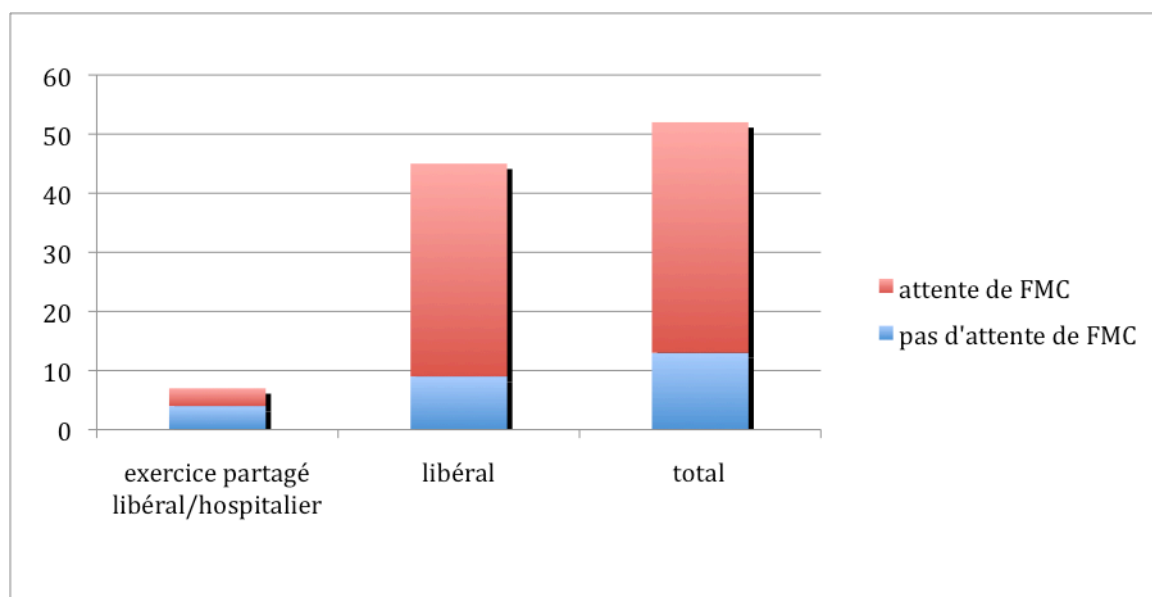


Fig. 37 : Désir de FMC en fonction du mode d'exercice

Le test de Chi2 ne retrouve pas de différence significative ($p=0,1$). **L'exercice partagé n'influence pas les médecins sur l'attente de FMC.**

La formation ou non en gynécologie

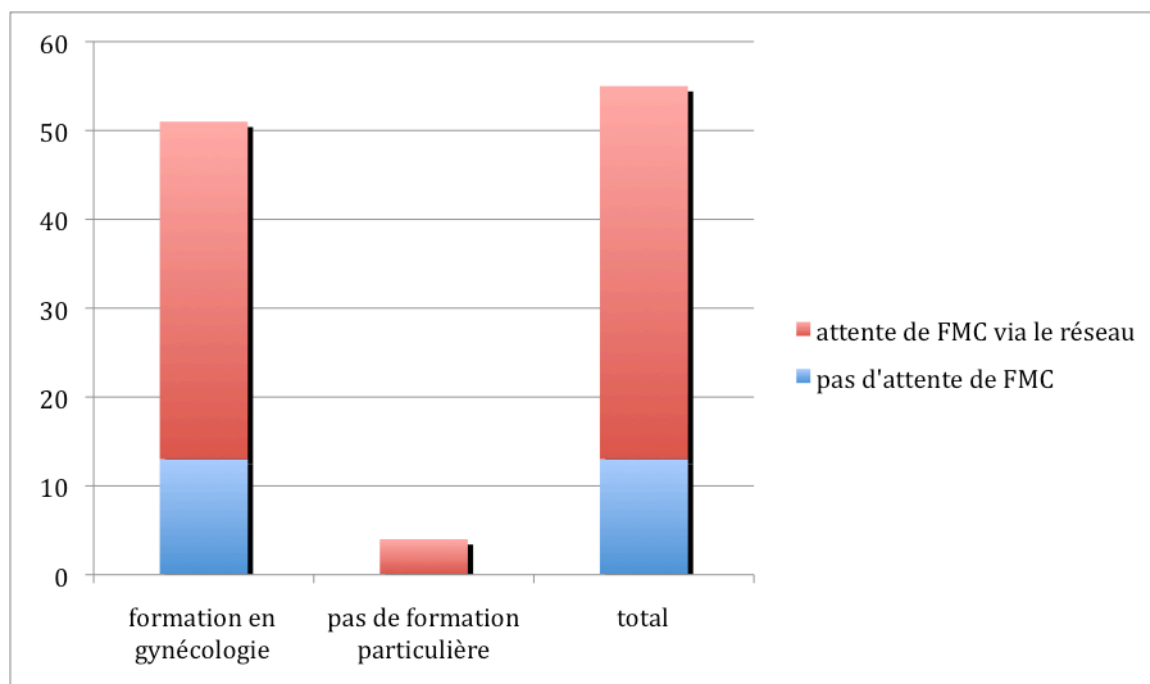


Fig. 38 : Désir de FMC en fonction de la formation

Le test de Chi2 ne retrouve pas de différence significative ($p=0,58$). **L'absence de formation en gynécologie n'influence pas les médecins sur l'attente de FMC.**

Le stage de gynécologie pendant les études

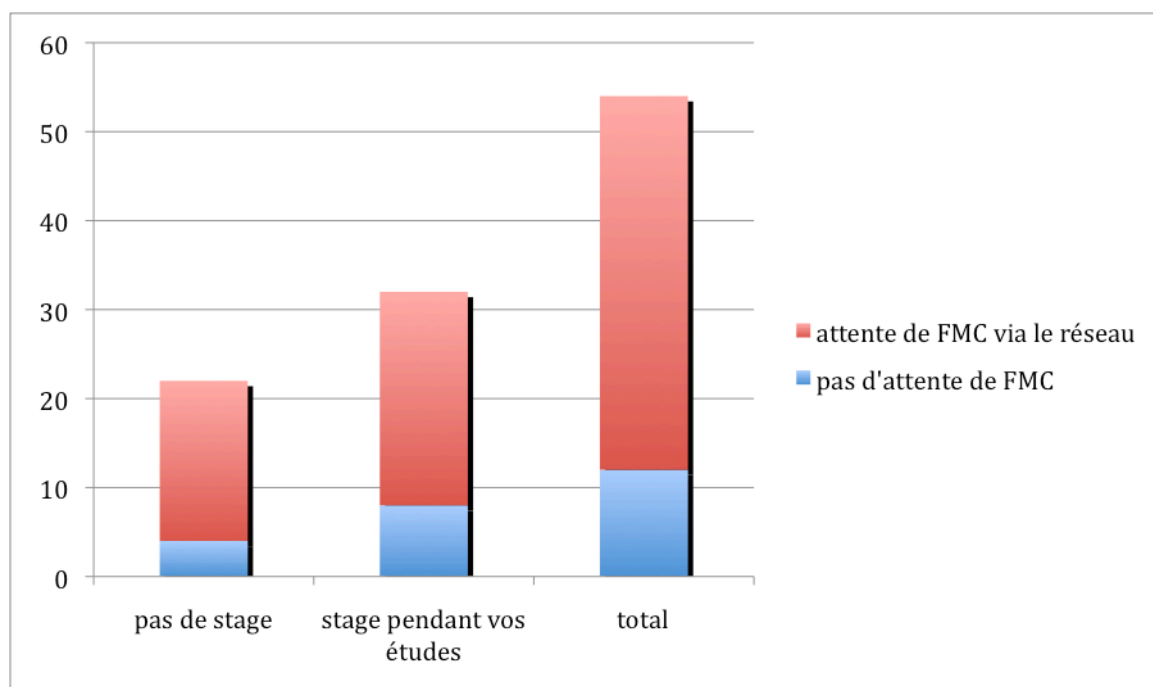


Fig. 39 : Désir de FMC en fonction du stage

Le test de Chi2 n'est pas significatif ($p=0,796$) donc **le stage n'influence pas les médecins sur l'attente de FMC.**

Le DU de gynécologie

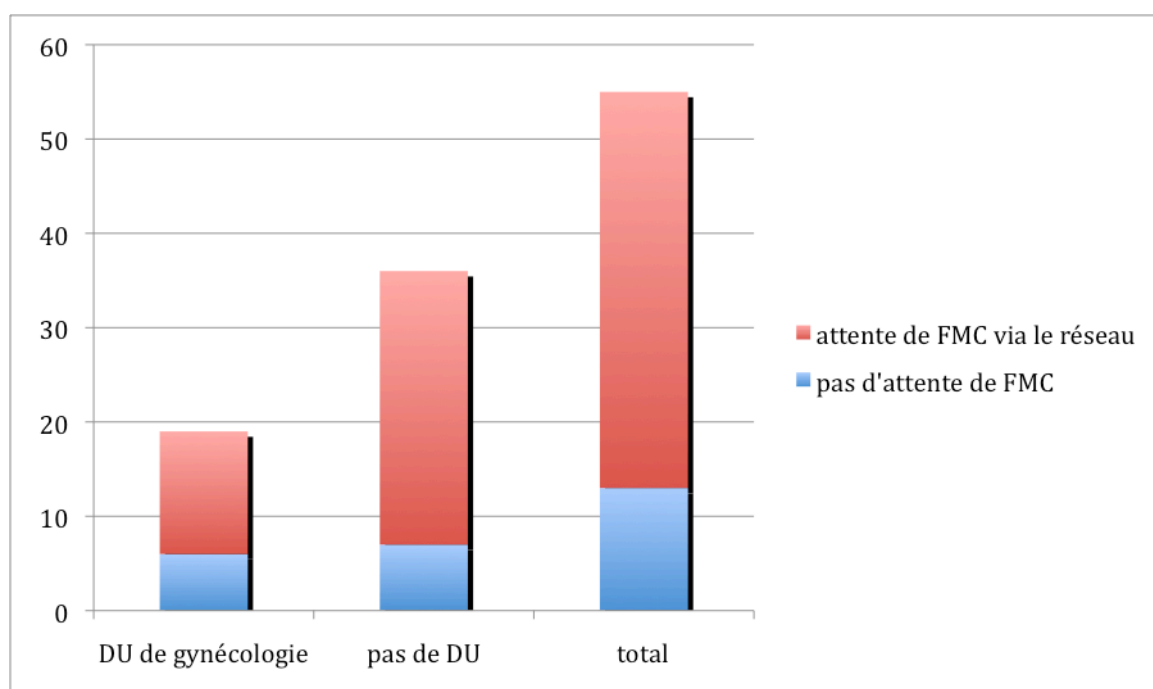


Fig. 40 : Désir de FMC en fonction du DU

Le test de Chi2 ne retrouve pas de différence significatif ($p=0,5$) donc **le DU n'influence pas les médecins sur l'attente de FMC.**

5.3) Les journées de rencontre

Le sexe

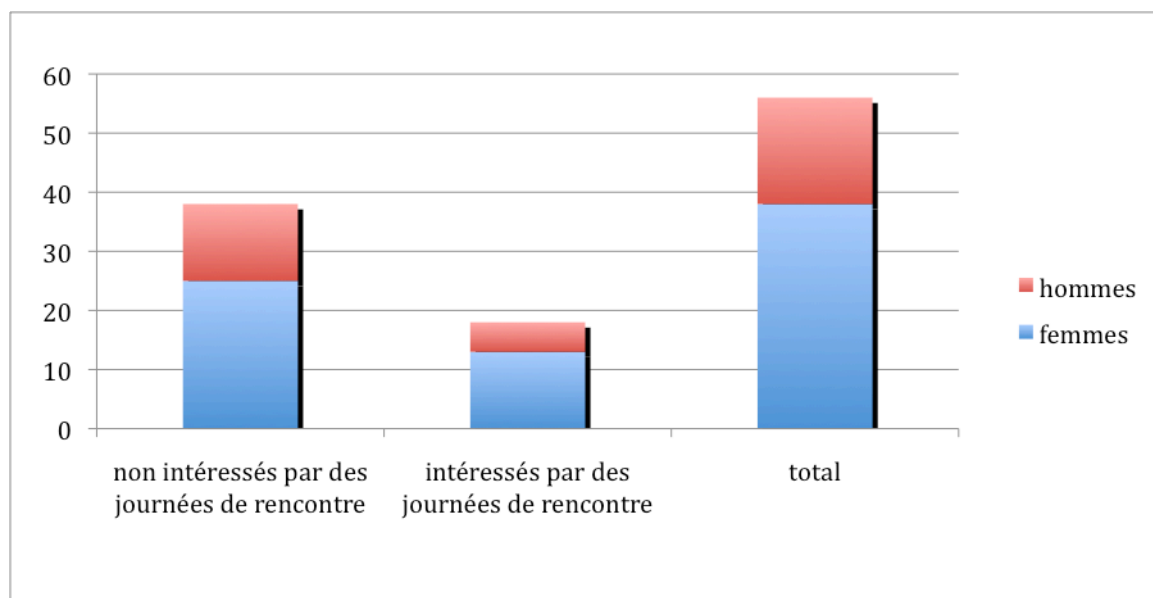


Fig. 41 : Désir de journées de rencontre en fonction du sexe.

Le test de Chi2 ne retrouve pas de différence significative ($p=0,63$) donc **le sexe n'influence pas les médecins sur l'attente de journées de rencontre.**

Le lieu d'exercice (la distance du CIVG)

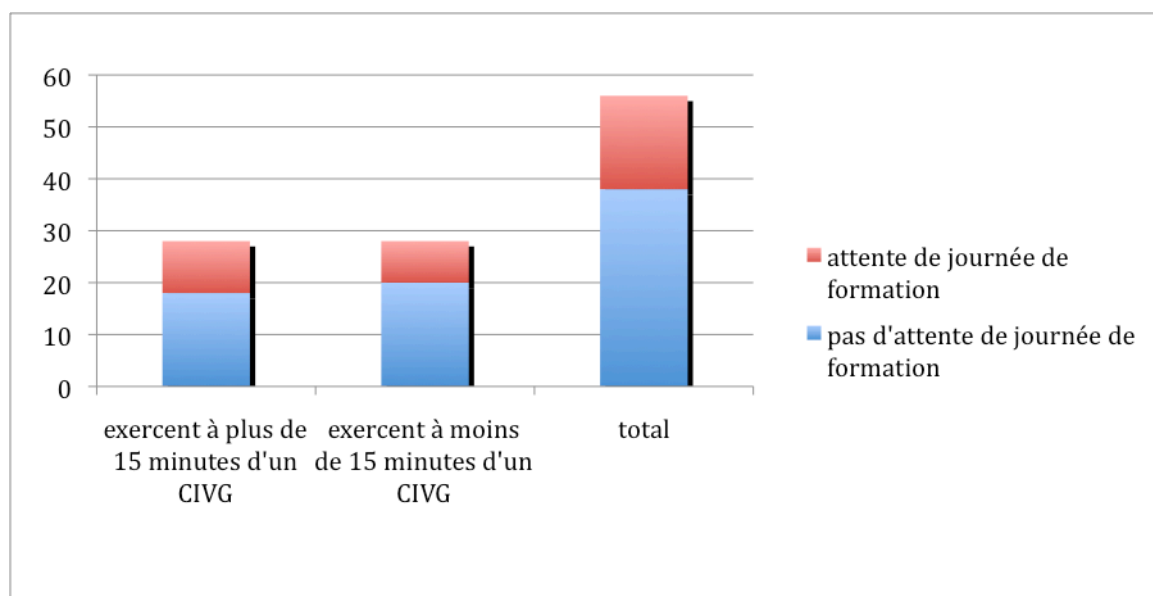


Fig. 42 : Désir de journées de formation en fonction du lieu d'exercice

Les résultats du test de Chi-2 avec correction de Yates ne retrouvent pas de différence significative ($p=0,78$). **Le lieu d'exercice n'influence les médecins sur l'attente de journées de rencontre.**

L'âge

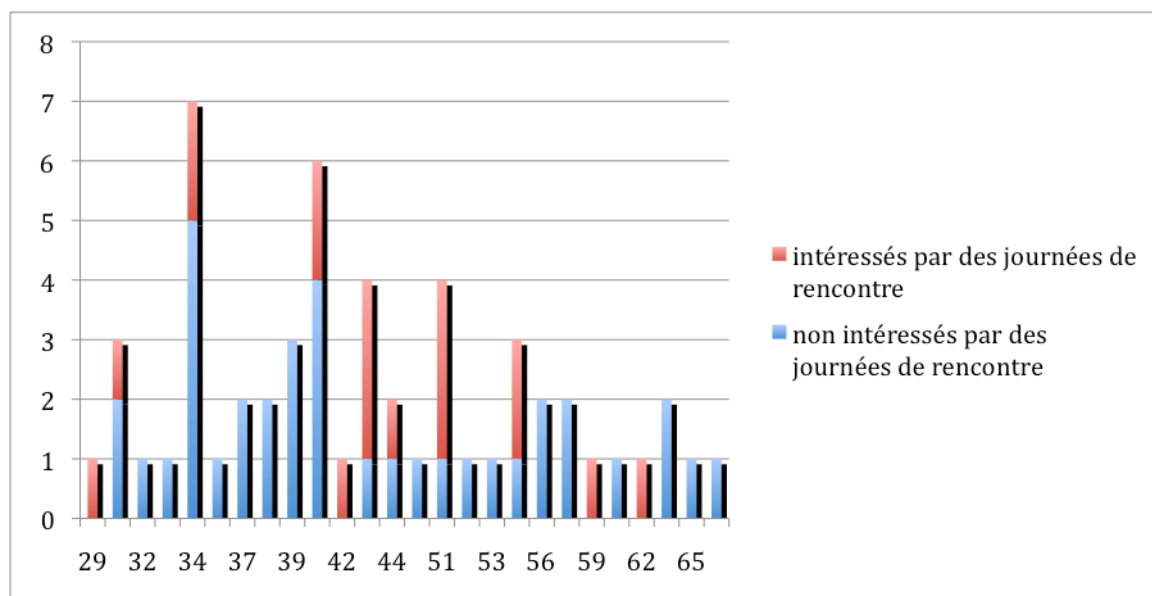


Fig. 43 : Désir de journées de rencontre en fonction de l'âge

Le groupe de médecins espérant des journées de rencontre est moins jeune avec une moyenne d'âge à 44 ans 9 mois (*versus* 44 ans 5 mois dans le groupe non intéressés par les journées de rencontre) mais le test de Student n'est pas significatif ($p=0,43$). **L'âge n'influence pas significativement les médecins sur l'attente de journées de rencontre.**

Le mode d'exercice

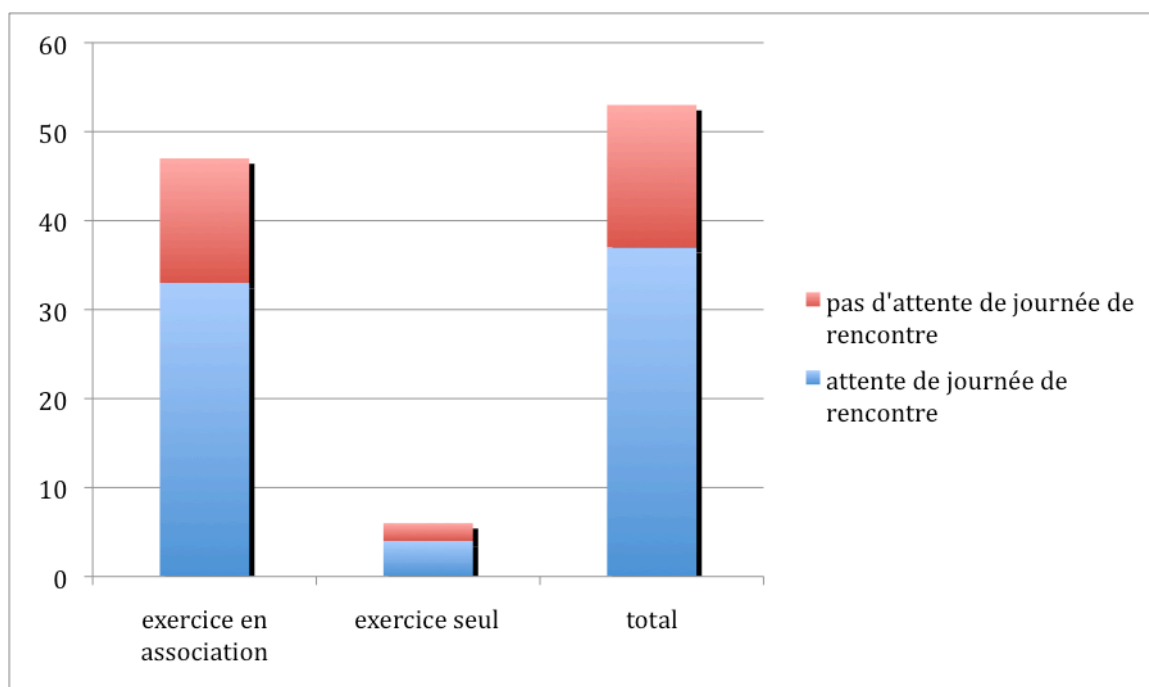


Fig. 44 : Désir de journées de rencontre en fonction de l'association

Le test de Chi2 ne retrouve pas de différence significative ($p=0,77$) donc **l'association n'influence pas les médecins sur l'attente de journées de rencontre.**

L'exercice libéral à temps plein ou en alternance avec une activité hospitalière

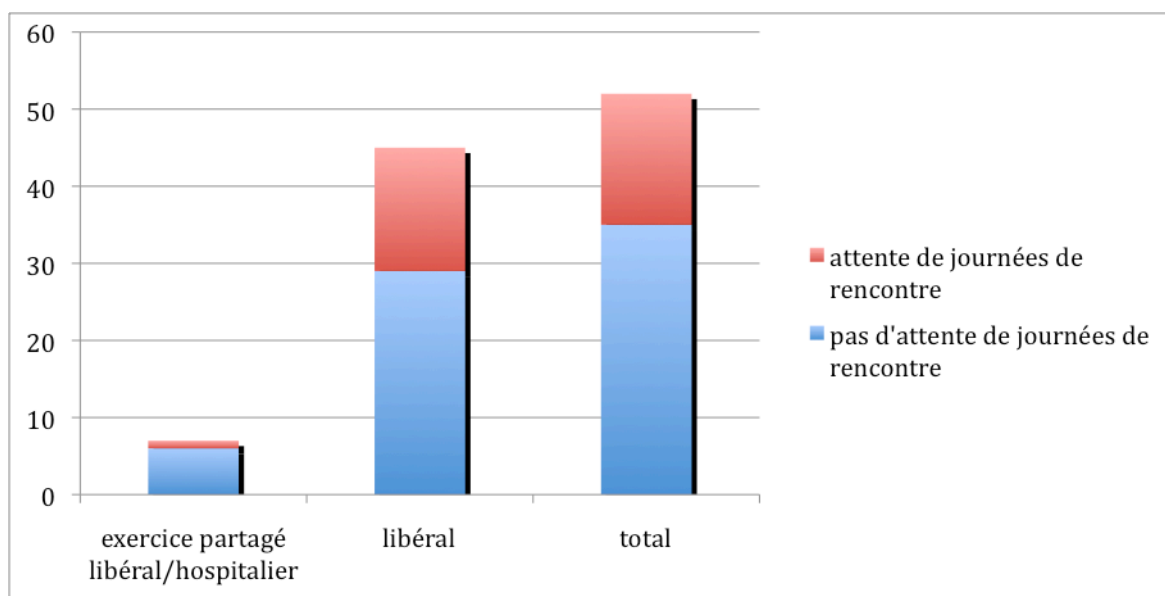


Fig. 45 : Désir de journées de rencontre en fonction du mode d'exercice

Le test de Chi2 ne retrouve pas de différence significative ($p=0,49$) donc **l'exercice partagé n'influence pas les médecins sur l'attente de journées de rencontre.**

Le stage de gynécologie pendant les études

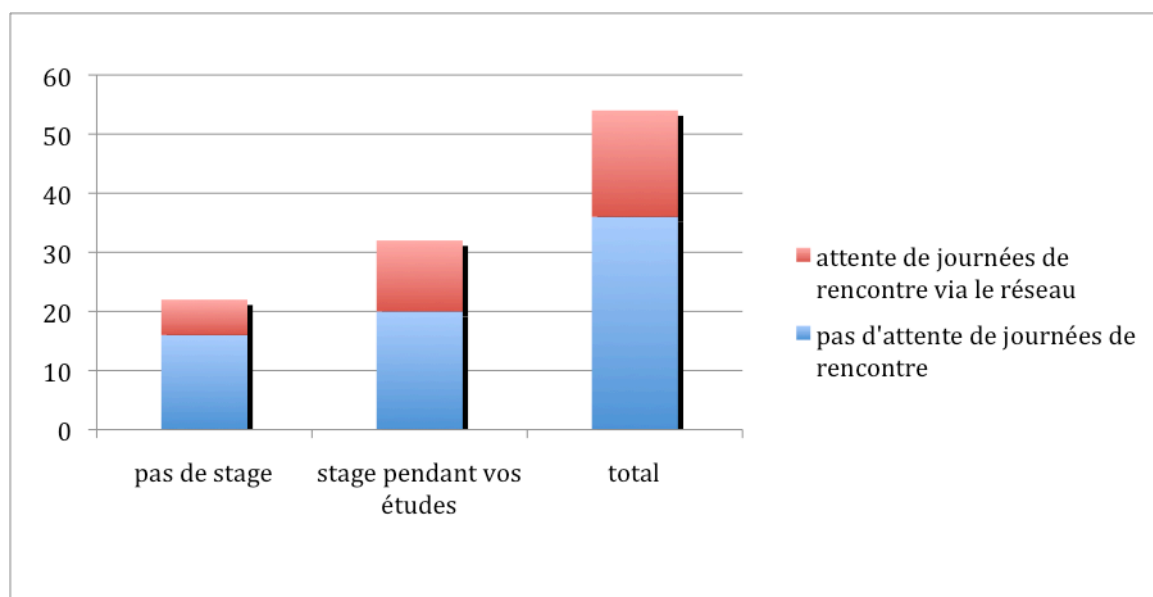


Fig. 46 : Désir de journées de rencontre en fonction du stage

Le test de Chi2 ne retrouve pas de différence significative ($p=0,62$) donc **le stage en gynécologie n'influence pas les médecins sur l'attente de journées de rencontre.**

Le DU de gynécologie

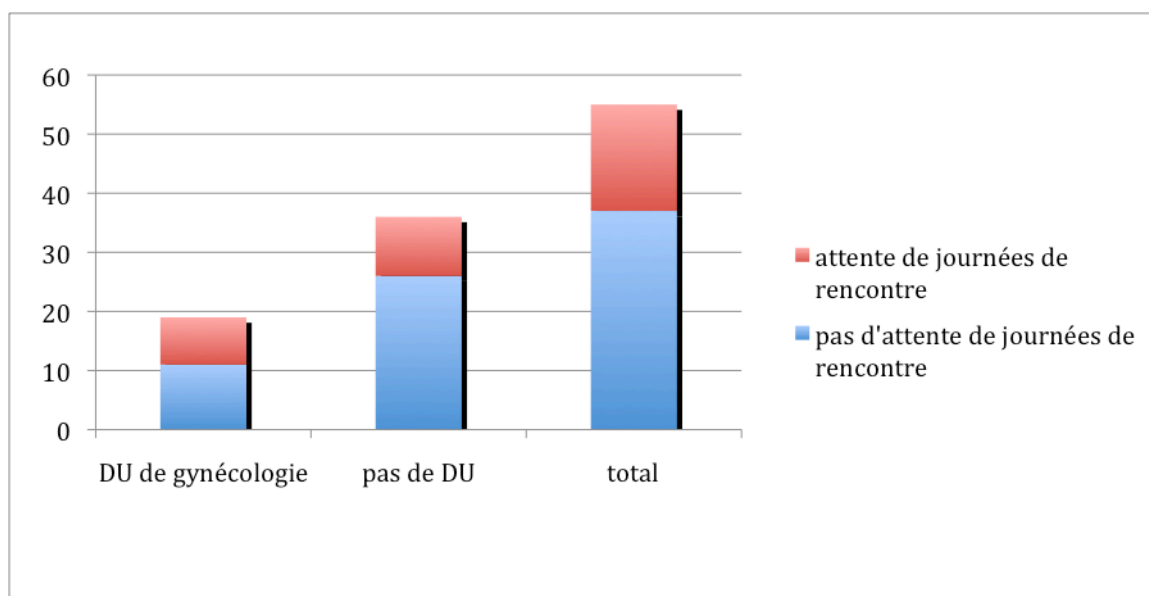


Fig. 47 : Désir de journées de rencontre en fonction du DU

Le test de Chi2 ne retrouve pas de différence significative ($p=0,44$) donc **le DU n'influence pas les médecins sur l'attente de journées de rencontre.**

5.4) Aide logistique et matérielle apportée par le réseau

Le sexe

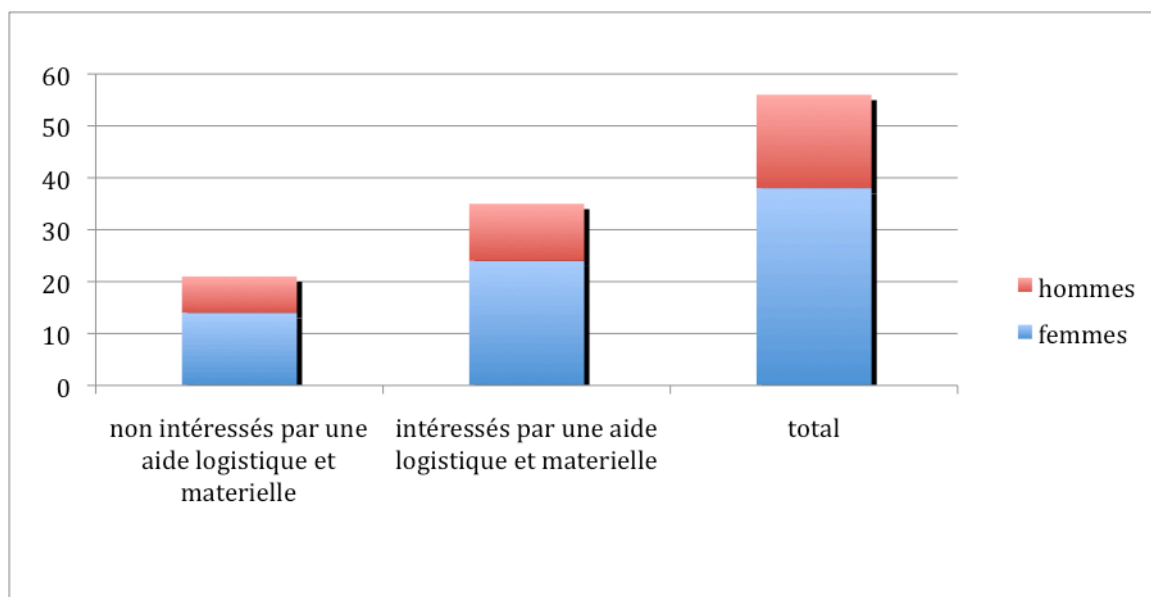


Fig. 48 : Désir de soutien logistique et matériel en fonction du sexe

Le test de Chi2 ne retrouve pas de différence significative ($p=0,88$) **donc le sexe n'influence pas les médecins sur l'attente d'une aide logistique et matérielle.**

L'âge

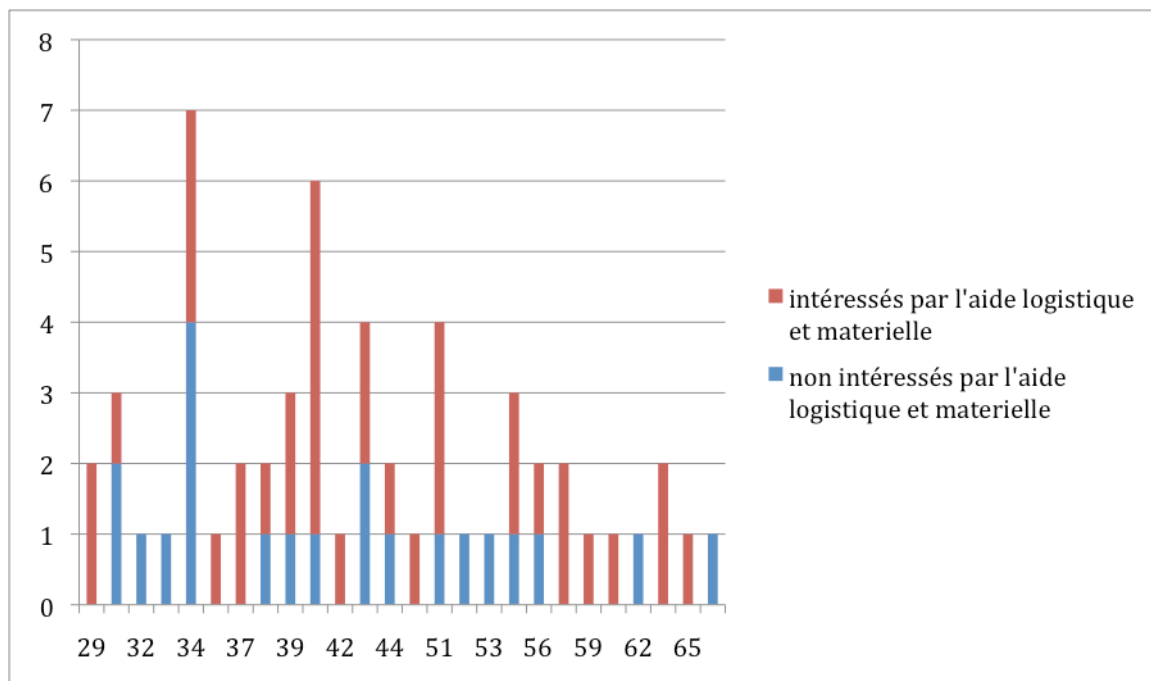


Fig. 49 : Désir de soutien logistique et matériel en fonction de l'âge

Le groupe de médecins espérant une aide logistique et matérielle de la part du réseau est plus jeune avec une moyenne d'âge à 43ans 9 mois (*versus* 45 ans 1 mois dans le groupe non intéressés par cette aide). Cependant, le test de Student n'est pas significatif ($p=0,3$). **L'âge n'influence pas significativement les médecins sur l'attente d'une aide logistique et matérielle.**

Le lieu d'exercice (la distance du CIVG le plus proche)

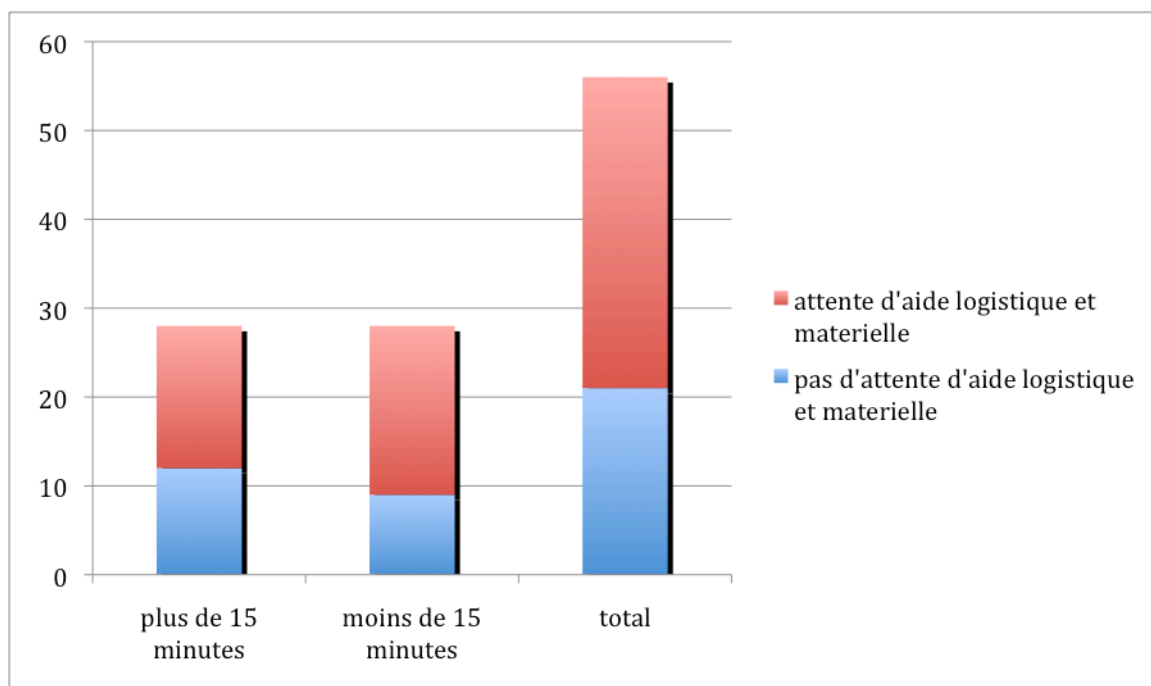


Fig. 50 : Désir de soutien logistique et matériel en fonction du lieu d'exercice

Les résultats du test de Chi-2 (avec correction de Yates) ne retrouvent pas de différence significative ($p=0,58$). **Le lieu d'exercice n'influence pas les médecins sur l'attente d'une aide logistique et matérielle.**

Le mode d'exercice

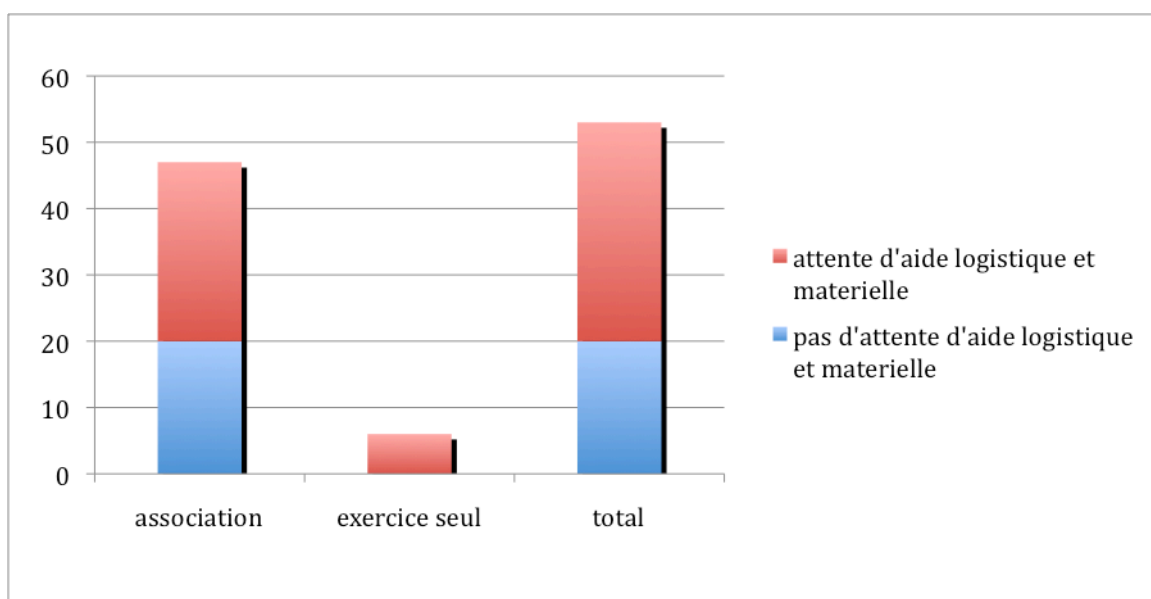


Fig. 51 : Désir de soutien logistique et matériel en fonction de l'association

Le test de Chi2 ne retrouve pas de différence significative ($p=0,11$) donc **l'association n'influence pas les médecins sur l'attente d'une aide logistique et matérielle.**

L'exercice libéral à temps plein ou en alternance avec une activité hospitalière

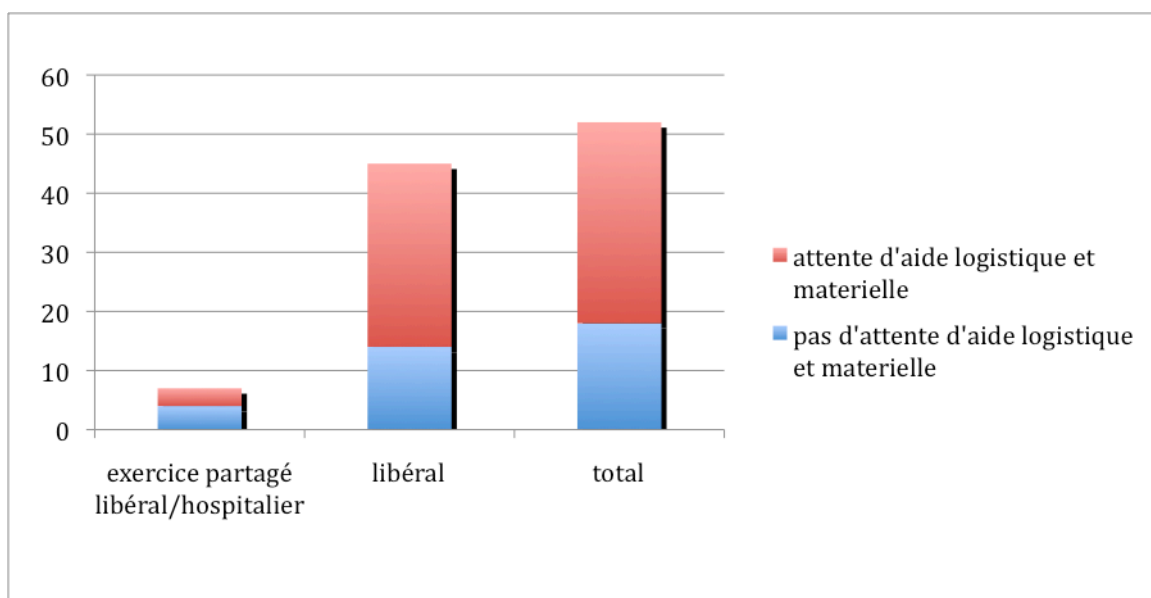


Fig. 52 : Désir de soutien logistique et matériel en fonction du mode d'exercice

Le test de Chi2 ne retrouve pas de différence significative ($p=0,36$) donc **l'exercice partagé n'influence pas les médecins sur l'attente d'une aide logistique et matérielle.**

Le stage de gynécologie pendant les études

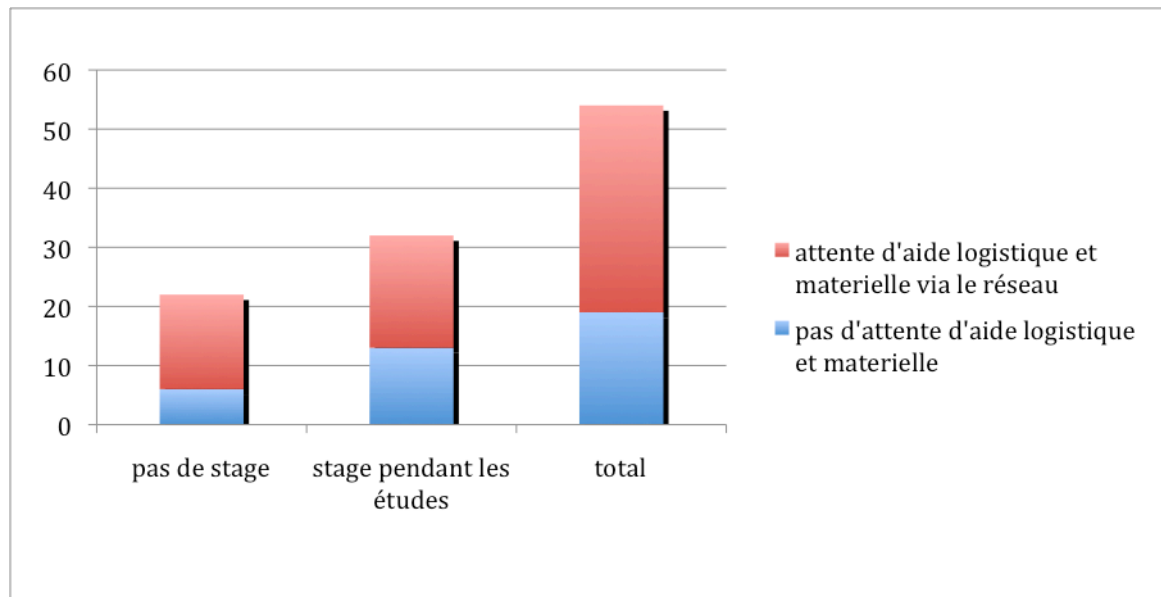


Fig. 53 : Désir d'un soutien logistique et matériel en fonction du stage

Le test de Chi2 retrouve une différence significative ($p=0,041$).

Un soutien logistique et matériel de la part du réseau sera davantage souhaité par les anciens stagiaires de gynécologie.

Le DU de gynécologie

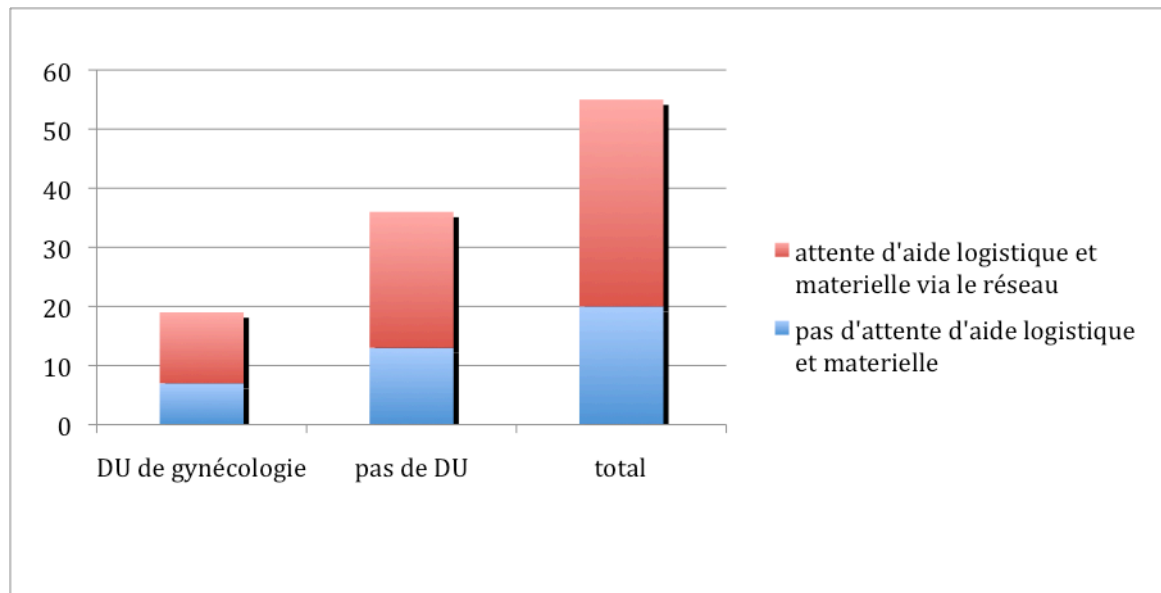


Fig. 54 : Désir d'un soutien logistique et matériel en fonction du DU

Le test de Chi2 ne retrouve pas de différence significative ($p=0,81$) donc **le DU n'influence pas les médecins sur l'attente d'une aide logistique et matérielle.**

5.5) Le travail en lien avec d'autres professionnels via le réseau

Le sexe

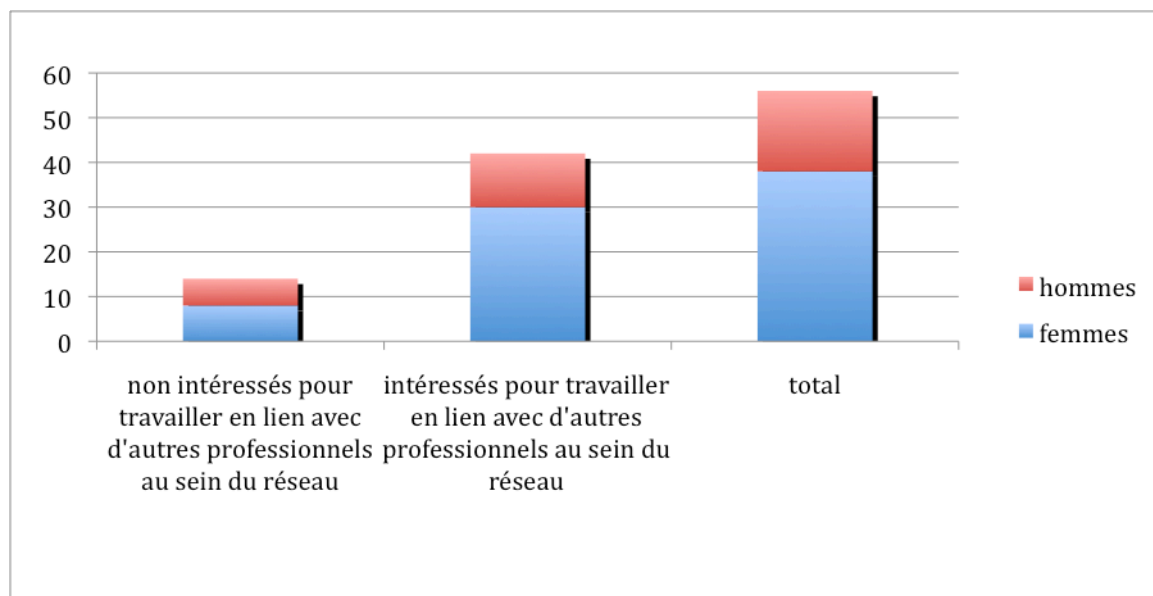


Fig. 55 : Désir de travailler en lien avec d'autres professionnels en fonction du sexe

Le test de Chi2 avec correction de Yates ne retrouve pas de différence significative ($p=0,32$) donc **le sexe n'influence pas les médecins pour travailler en lien avec d'autres professionnels de santé au sein du réseau.**

L'âge

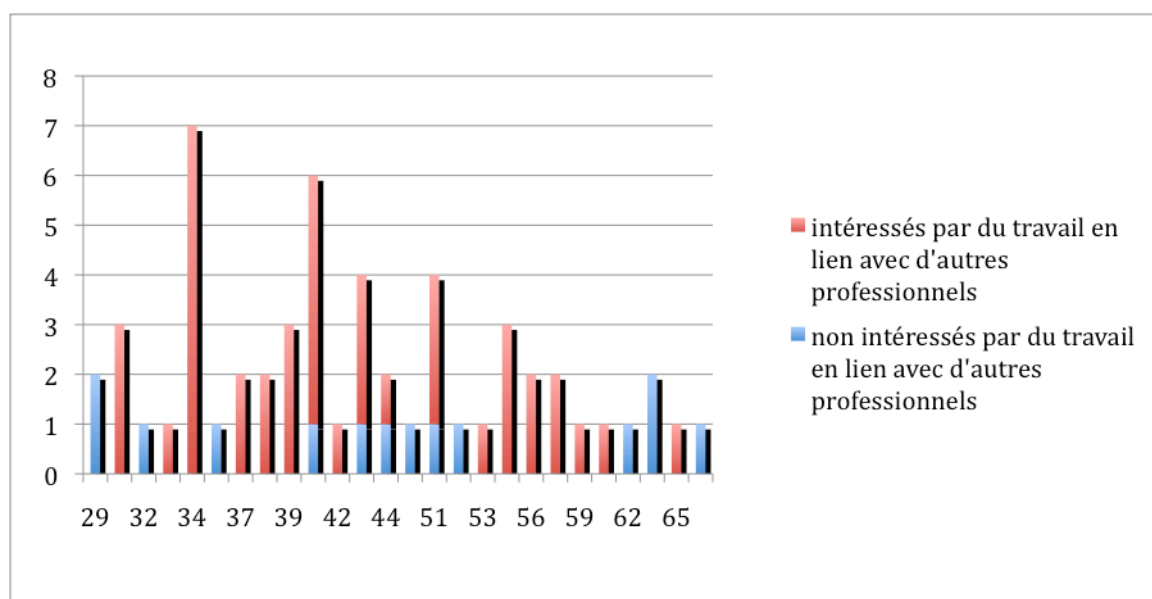


Fig. 56 : Désir de travailler en lien avec d'autres professionnels en fonction de l'âge

Le groupe de médecins intéressés pour travailler en lien avec d'autres professionnels de santé est plus jeune avec une moyenne d'âge à 43ans 6mois (*versus* 47ans 6mois dans le groupe de médecins non intéressés). Cependant, le test de Student n'est pas significatif ($p=0,16$). **L'âge n'influence pas significativement les médecins pour travailler en lien avec d'autres professionnels de santé au sein du réseau.**

Le lieu d'exercice (la distance du CIVG le plus proche)

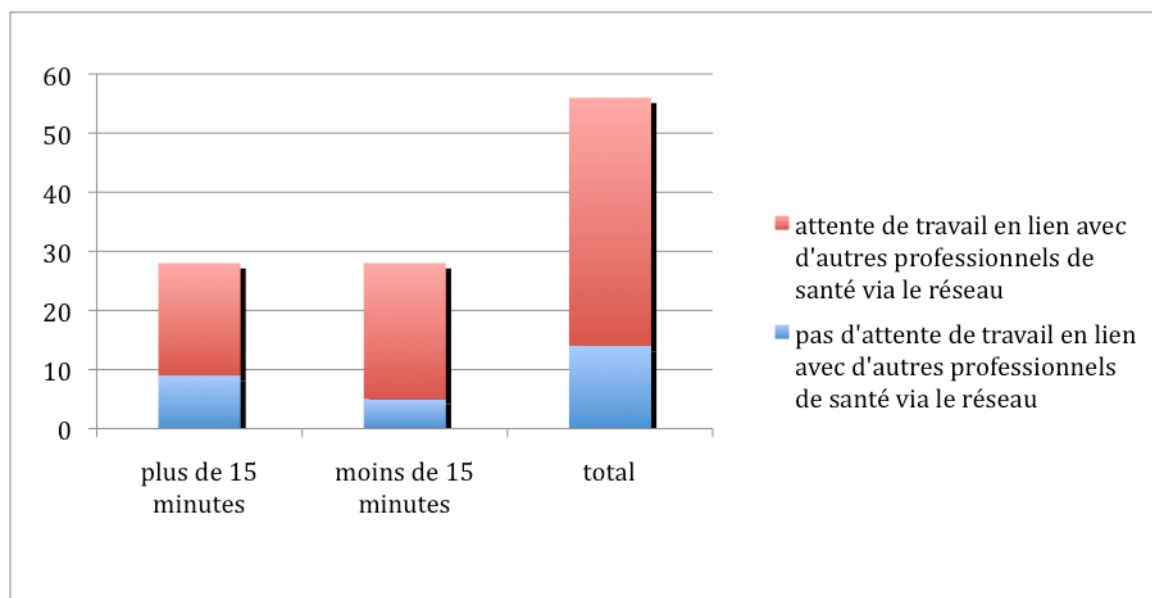


Fig. 57 : Désir de travail en lien avec d'autres professionnels en fonction lieu d'exercice

Le test de Chi-2 avec correction de Yates n'est pas significatif ($p=0,36$).

Le lieu d'exercice n'influence pas les médecins pour travailler en lien avec d'autres professionnels de santé au sein du réseau.

Le mode d'exercice

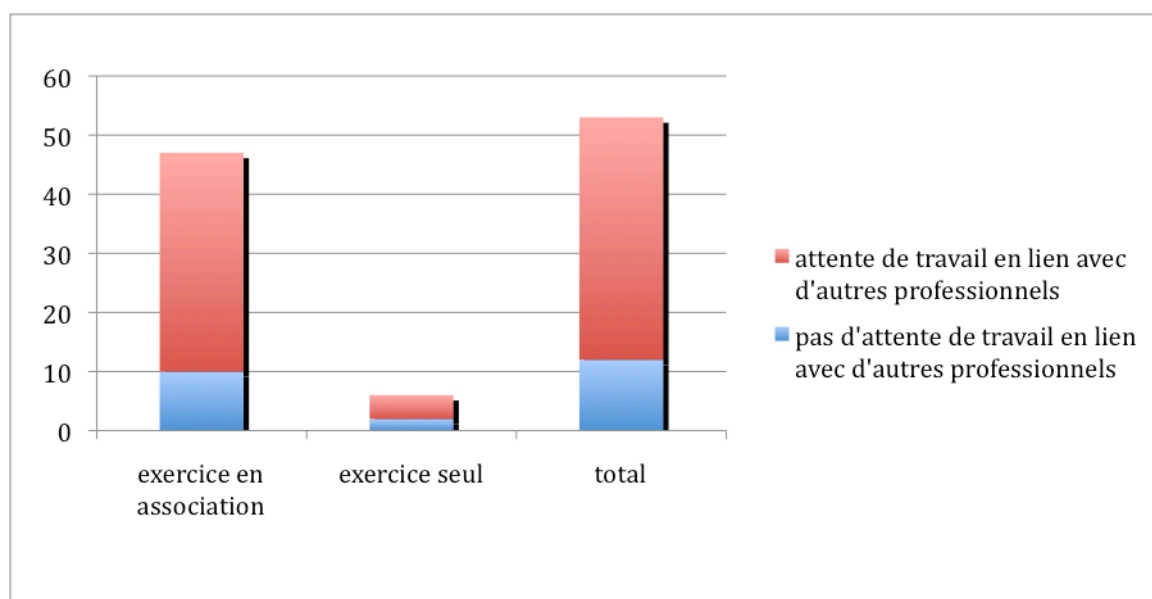


Fig. 58: Désir de travail en lien avec d'autres professionnels en fonction de l'association

Le test de Chi2 n'est pas significatif ($p=0,88$).

L'association n'influence pas les médecins pour travailler en lien avec d'autres professionnels de santé.

L'exercice libéral à temps plein ou en alternance avec une activité hospitalière

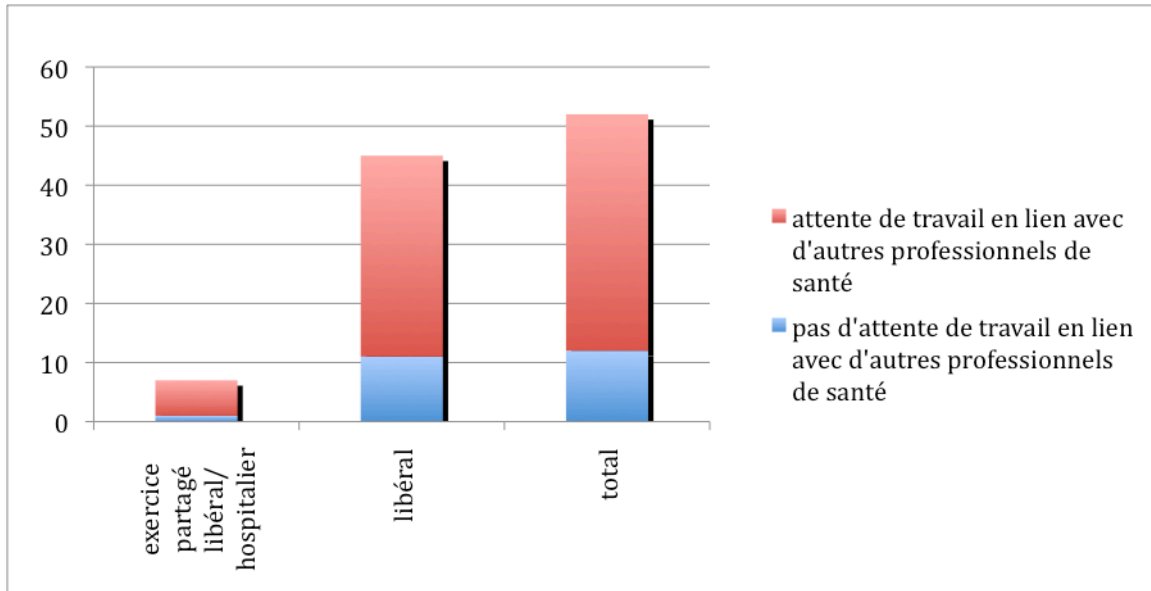


Fig. 59 : Désir de travail en lien avec d'autres professionnels en fonction du mode d'exercice

Le test de Chi2 n'est pas significatif ($p=0,91$). **L'exercice partagé n'influence pas les médecins pour travailler en lien avec d'autres professionnels de santé.**

Le DU de gynécologie

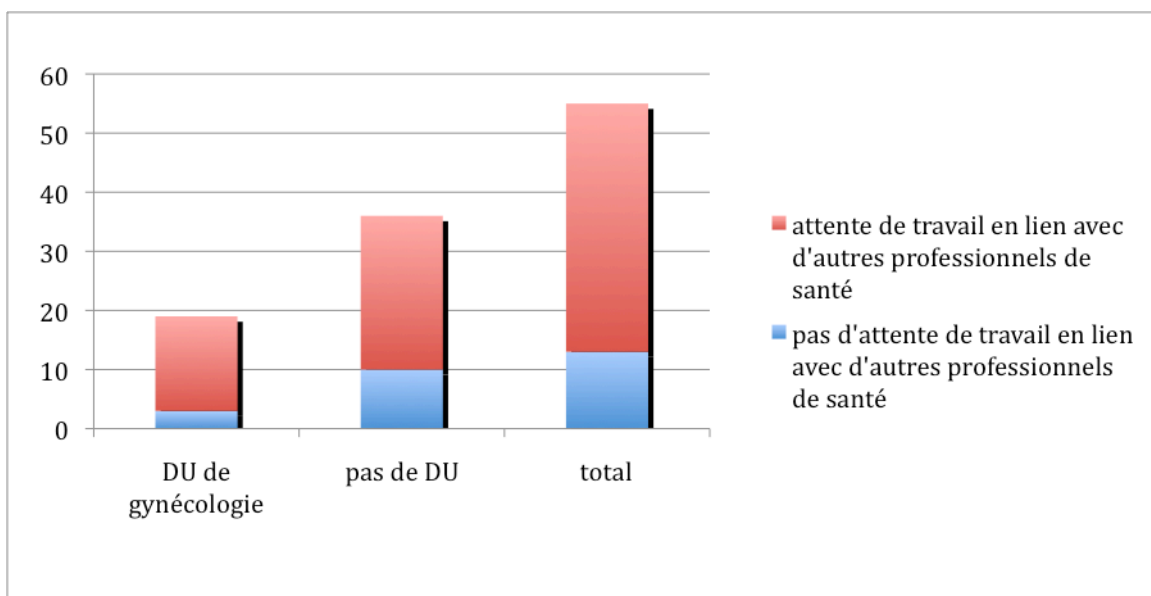


Fig. 60 : Désir de travailler en lien avec d'autres professionnels en fonction du DU

Le test de Chi2 n'est pas significatif ($p=0,51$). Le DU de gynécologie n'influence pas les médecins pour travailler en lien avec d'autres professionnels de santé au sein du réseau.

Le stage de gynécologie pendant les études

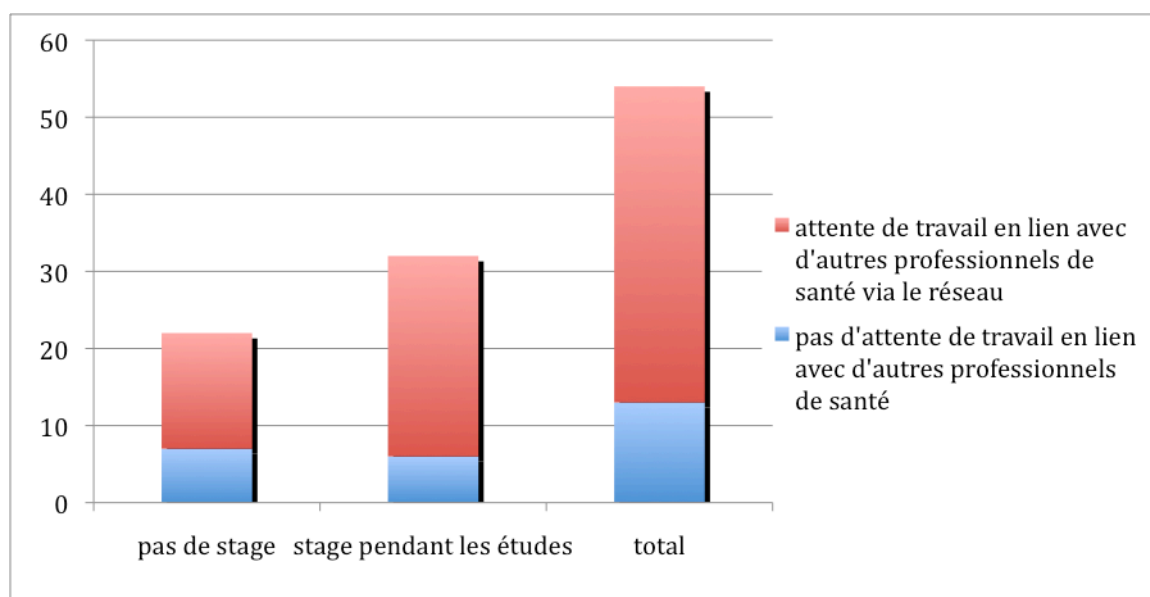


Fig. 61: Désir de travailler en lien avec d'autres professionnels en fonction du stage

Le test de Chi2 n'est pas significatif ($p=0,44$). Le stage en gynécologie n'influence pas les médecins pour travailler en lien avec d'autres professionnels de santé au sein du réseau.

Le stage de gynécologie pendant les études est le seul critère significatif sur les attentes d'un réseau encadrant l'IVG au cabinet. Les médecins ayant effectué un stage en gynécologie espèrent davantage de soutien logistique et matériel.

6) Analyse de l'intérêt des sages-femmes pour un réseau en fonction de différentes variables

6.1) La formation des sages-femmes

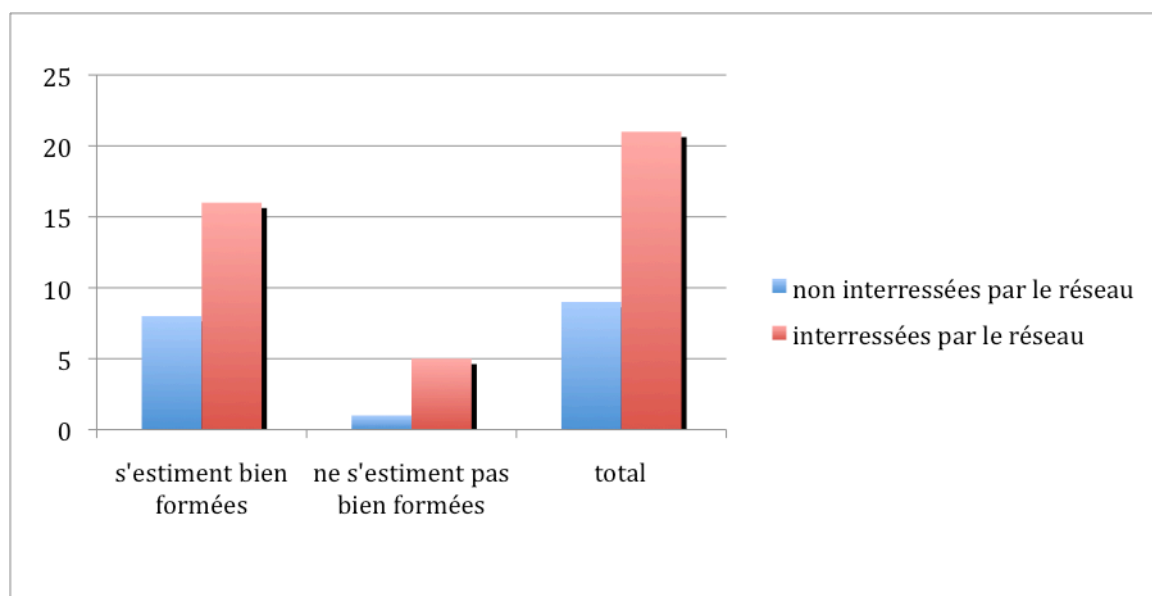


Fig. 62 : Intérêt pour le réseau selon le ressenti de formation

Le test exact de Fisher n'est pas significatif ($p=0,64$).

«Considérer sa formation insuffisante » n'influence pas les sages-femmes sur leur intérêt d'un réseau.

Le ressenti des sages-femmes concernant leur formation

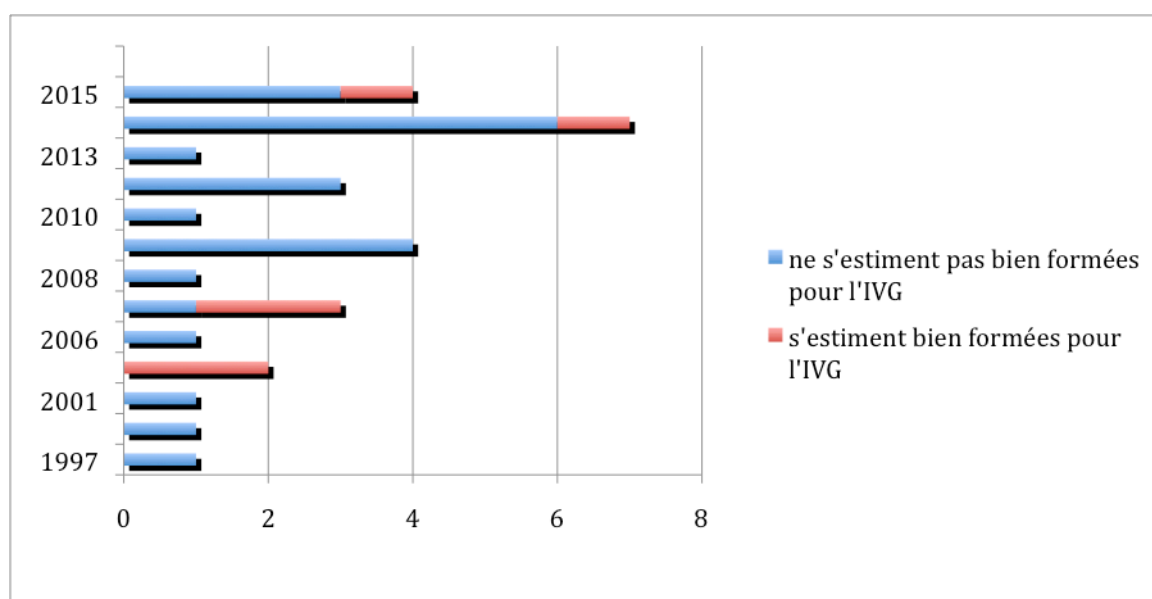


Fig. 63 : Années d'installation des sages-femmes et ressenti de leur formation

On remarque que la majorité des sages-femmes se considèrent mal formées quelle que soit leur année d'installation.

6.2) L'âge

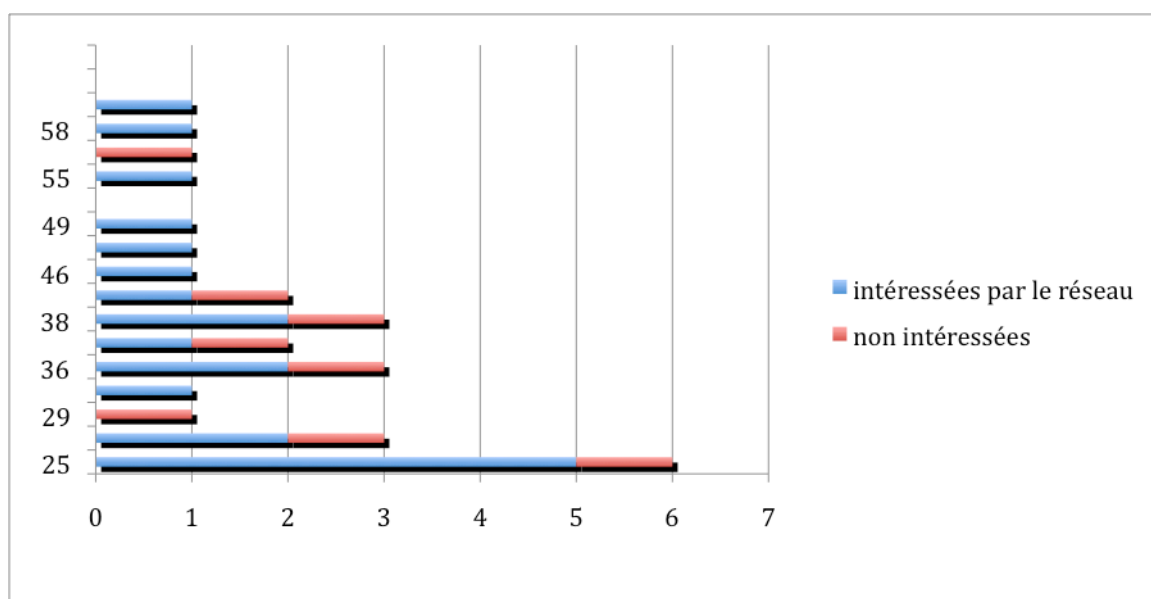


Fig. 64: Intérêt pour le réseau selon l'âge

Si le groupe des sages-femmes intéressées pour ce réseau est plus jeune avec une moyenne d'âge à 37ans (*versus* 38 ans dans le groupe de sages-femmes non intéressées), le test de Student ne retrouve pas de différence significative ($p= 0,41$).

L'âge n'influence pas significativement les sages-femmes concernant leur intérêt d'un réseau.

6.3) Le lieu d'exercice

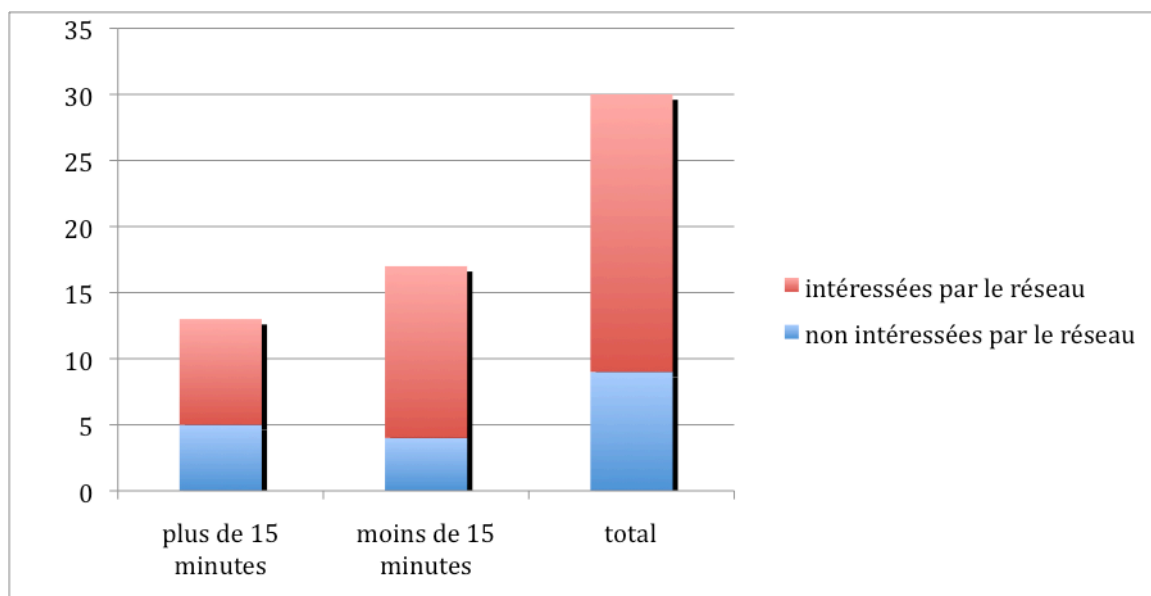


Fig. 65 : Intérêt pour le réseau selon le lieu d'exercice

Le test de Chi2 n'est pas significatif ($p= 0,63$) donc **le lieu d'exercice n'influence pas les sages-femmes sur leur intérêt d'un réseau.**

6.4) L'année d'installation

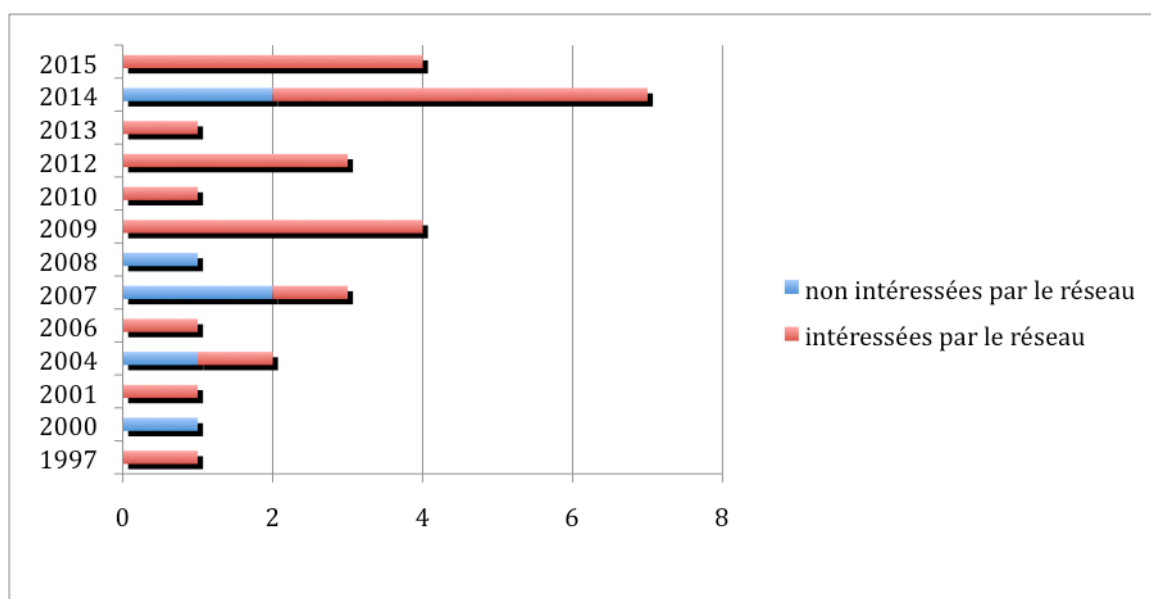


Fig. 66 : Intérêt pour le réseau selon l'année d'installation

La date moyenne d'installation se situe en mars 2009 pour les sages femmes intéressées *versus* octobre 2010 pour les sages femmes non intéressées.

Le test de Student n'est pas significatif ($p=0,19$) donc **l'année d'installation n'influence pas les sages-femmes sur leur intérêt d'un réseau.**

7) Analyse des attentes des sages-femmes intéressées par le réseau.

7.1) Concernant la création d'un site internet

L'âge

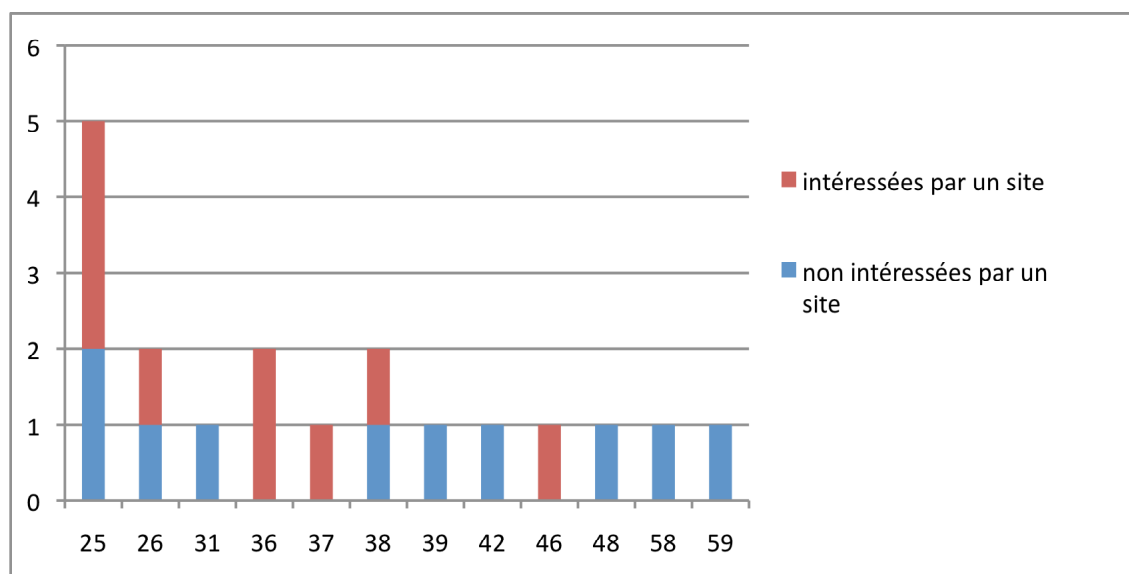


Fig. 67 : Désir de création d'un site internet selon l'âge

Le groupe de sages-femmes espérant la création d'un site internet est plus jeune avec un moyenne d'âge à 32 ans et 7 mois (*versus* 39 ans et 1 mois dans le groupe des sages-femmes non intéressées par un site). Cependant, le test de Student n'est pas significatif ($p=0,1$).

L'âge n'influence pas les sages femmes sur leur désir d'un site internet.

La formation

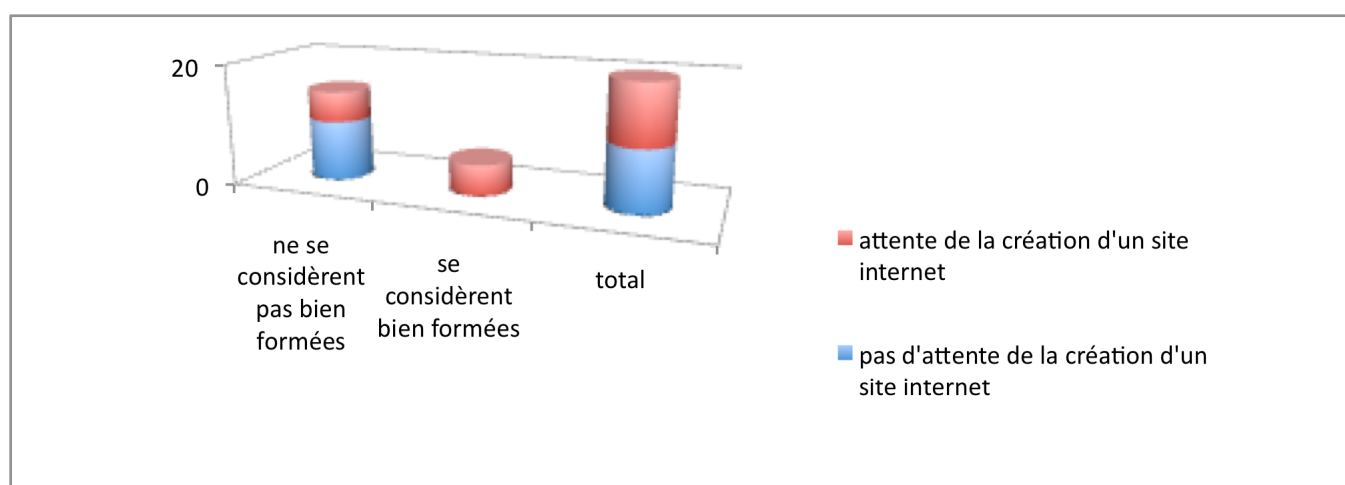


Fig. 68 : Désir de formation selon le ressenti des sages-femmes

Le test exact de Fisher retrouve une différence significative ($p=0,033$).

Le ressenti concernant leur formation influence les sages-femmes sur leurs attentes : la création d'un site internet est davantage espérée par les sages-femmes se jugeant bien formées.

Le lieu d'exercice (la distance du CIVG)

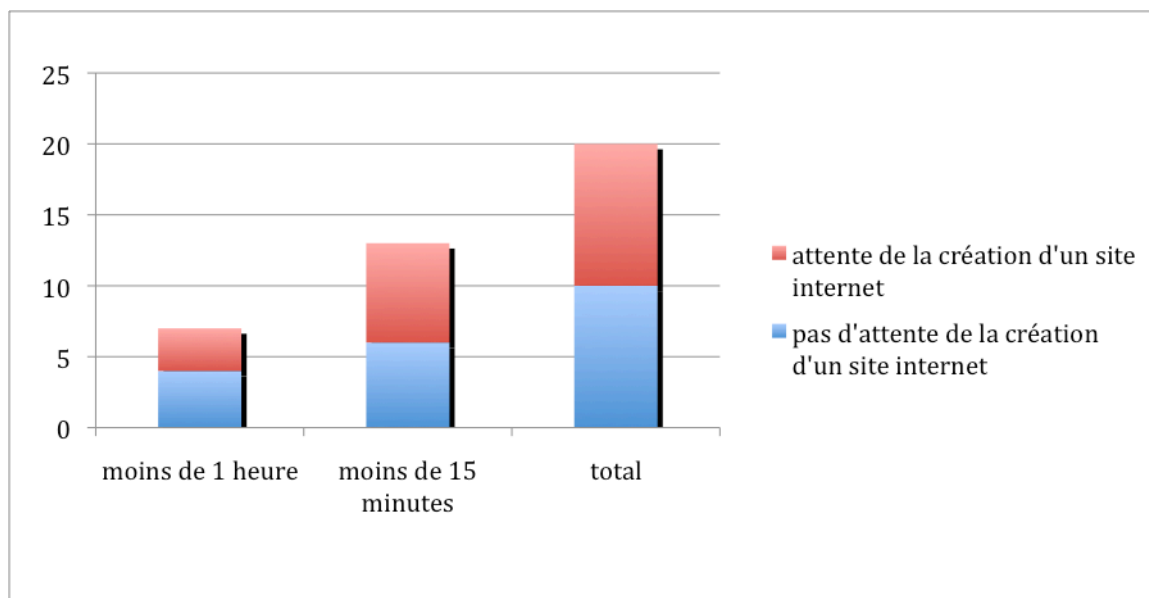


Fig. 69 : Désir de création d'un site internet selon le lieu d'exercice

Le test de Fisher n'est pas significatif ($p=1$).

Le lieu d'exercice n'influence pas les sages-femmes dans l'attente d'un site internet.

L'année d'installation

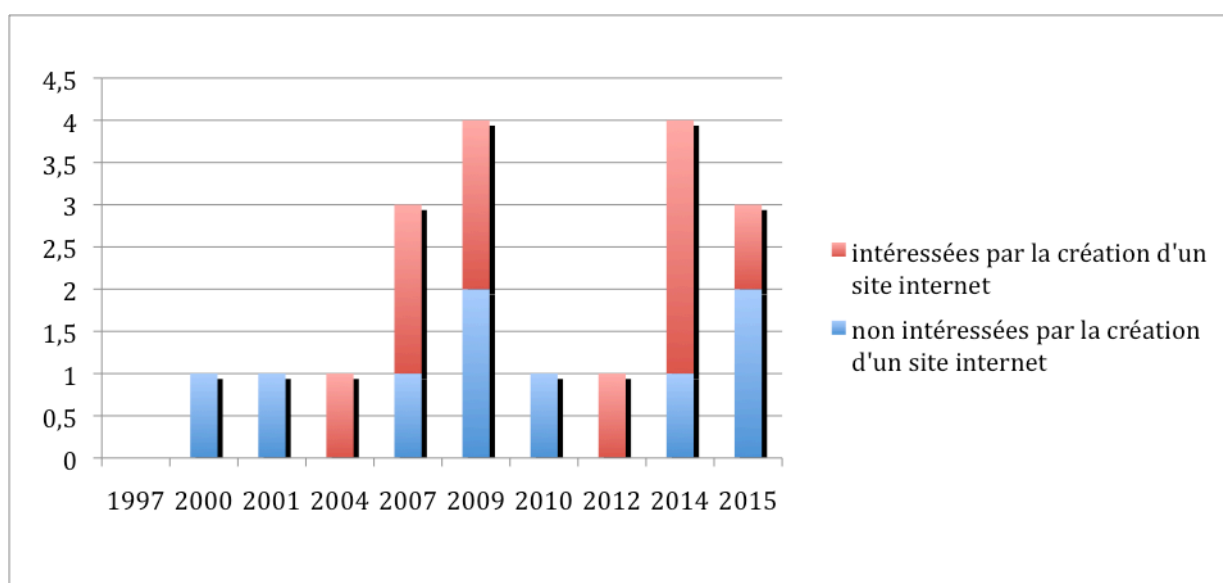


Fig. 70 : Désir de création de site internet selon l'année d'installation

La date moyenne d'installation se situe en juin 2010 pour les sages-femmes intéressées (*versus* août 2007 pour les sages-femmes non intéressées) mais le test de Student n'est pas significatif ($p=0,12$).

L'année d'installation n'influence pas les sages-femmes sur leur attente d'un site internet.

7.2) Concernant les FMC

L'âge

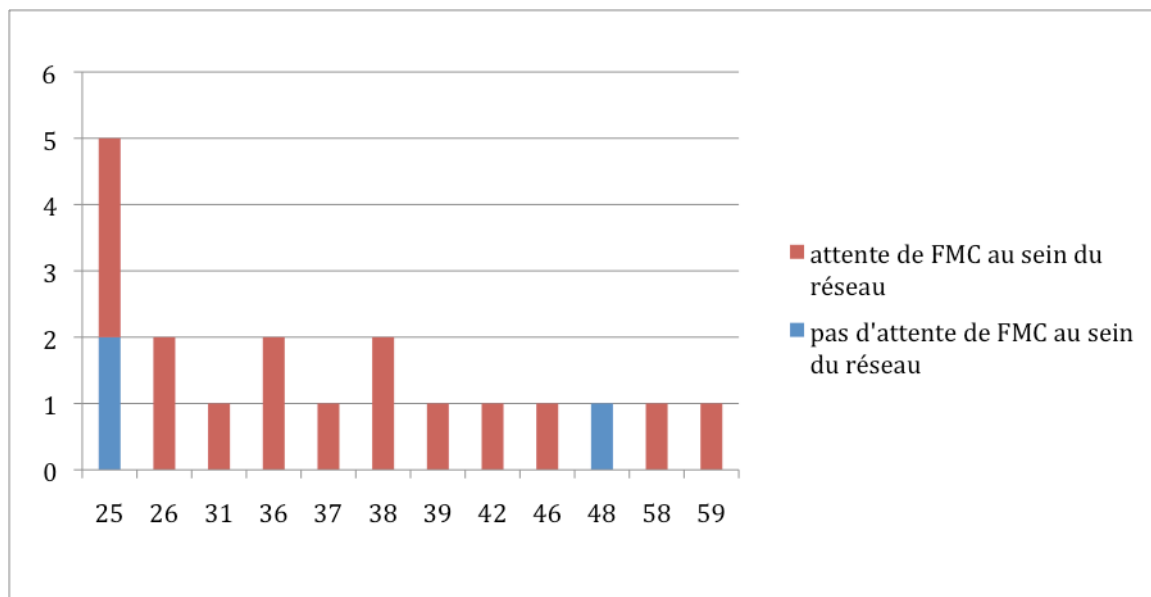


Fig. 71 : Désir de FMC selon l'âge

Le groupe des sages-femmes souhaitant des FMC par le réseau est plus jeune avec une moyenne d'âge à 32ans 8mois (*versus* 37ans 8mois dans le groupe de sages-femmes non intéressées par les FMC). Cependant, le test de Student n'est pas significatif ($p=0,29$). **L'âge n'est pas un facteur qui influence les sages-femmes dans l'attente de FMC.**

L'année d'installation

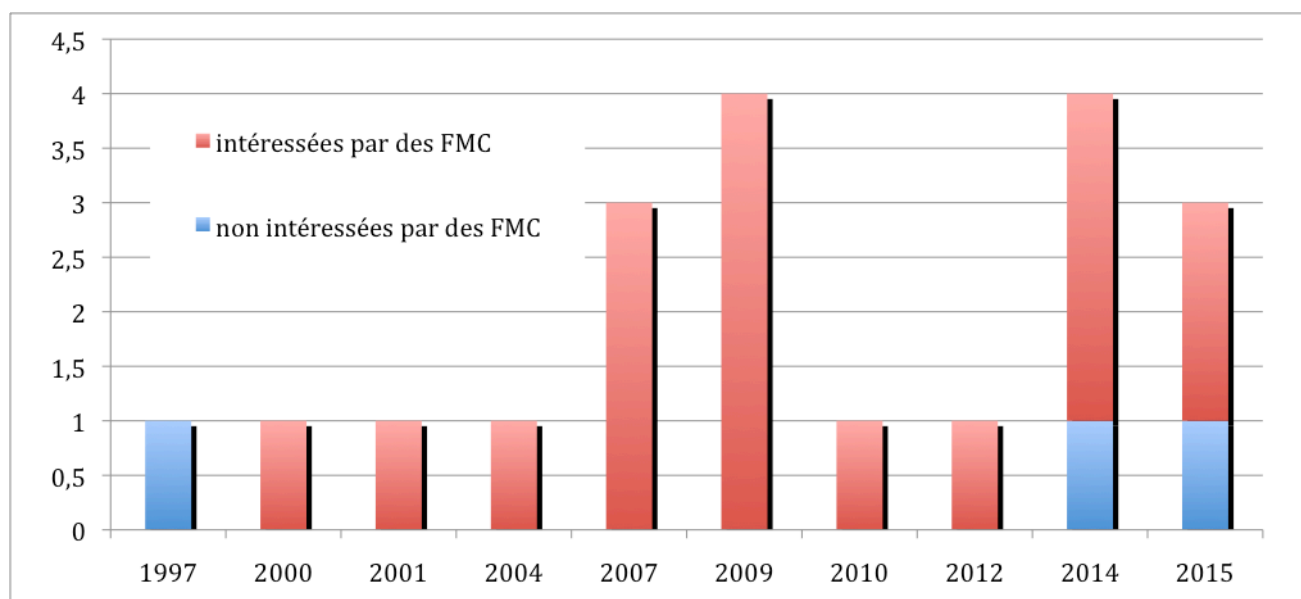


Fig. 72 : Désir de FMC selon l'année d'installation

Les sages-femmes souhaitant des FMC au sein du réseau sont en moyenne plus récemment installées (février 2009 *versus* août 2008 dans le groupe de sages-femmes non intéressées par les FMC). Cependant, le test de Student n'est pas significatif ($p=0,94$). **Donc l'année d'installation n'influence pas les sages-femmes dans l'attente de FMC.**

La formation

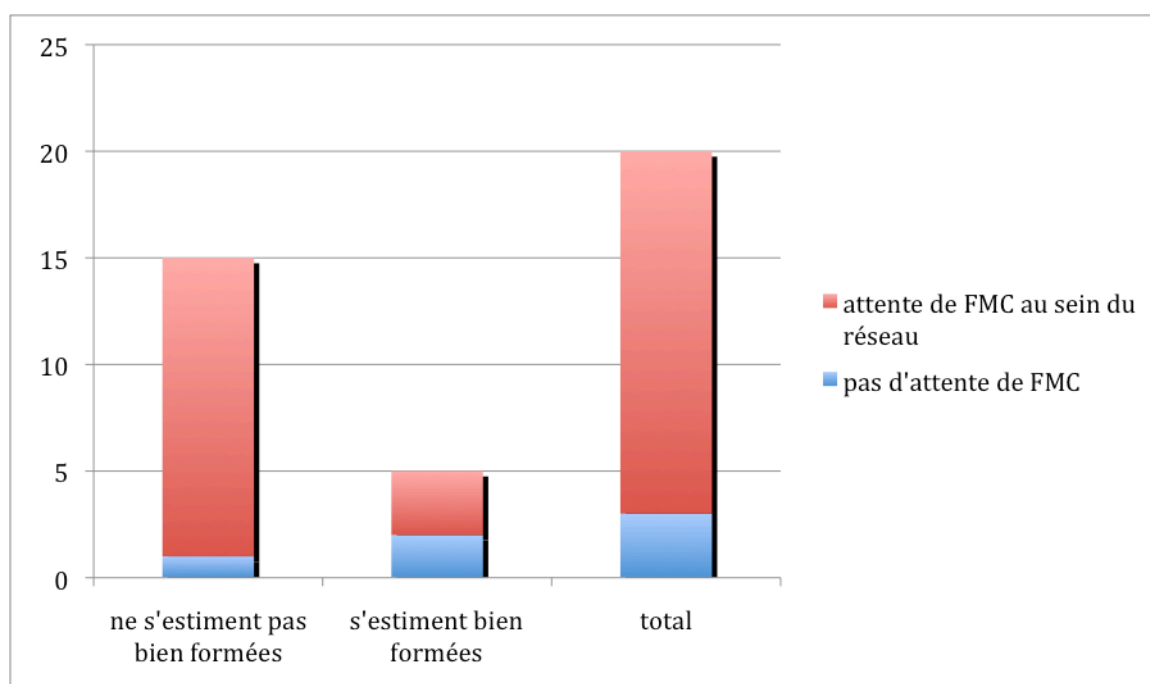


Fig. 73 : Désir de FMC selon le ressenti de formation

Le test de Fisher ne retrouve pas de différence significative ($p=0,14$). **Le ressenti à propos de leur formation n'influence pas les sages-femmes sur leurs attentes de FMC.**

Le lieu d'exercice (la distance du CIVG)

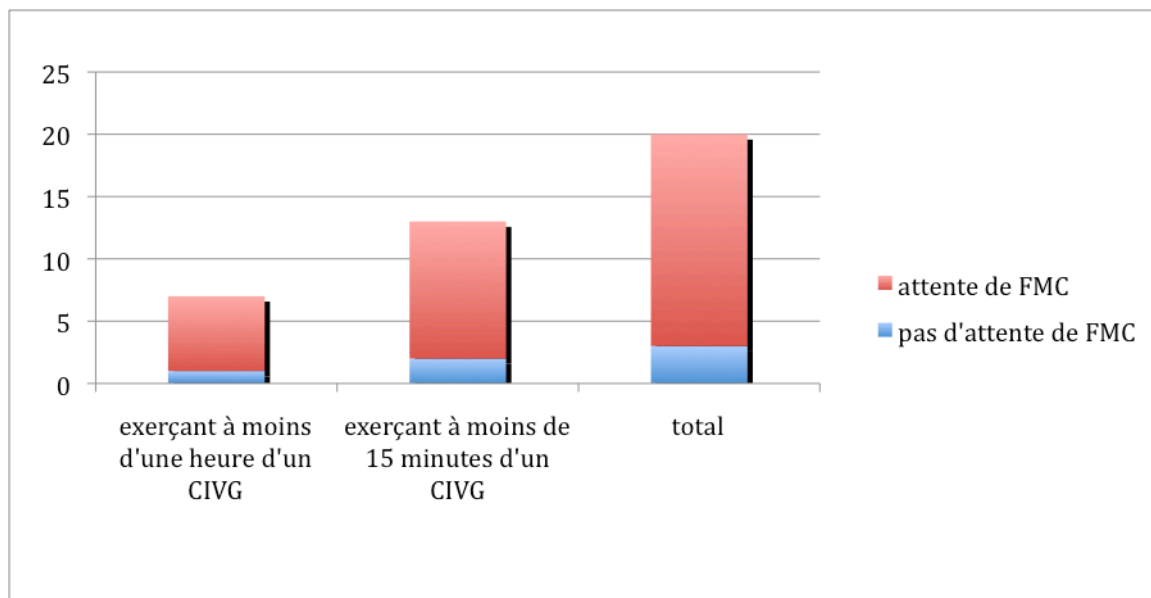


Fig. 74 : Désir de FMC selon le lieu d'exercice

Le test exact de Fisher ne retrouve pas de différence significative ($p=0,92$). **Le lieu d'exercice n'influence pas les sages-femmes sur l'attente de FMC.**

7.3) Concernant l'aide logistique et matérielle

L'âge

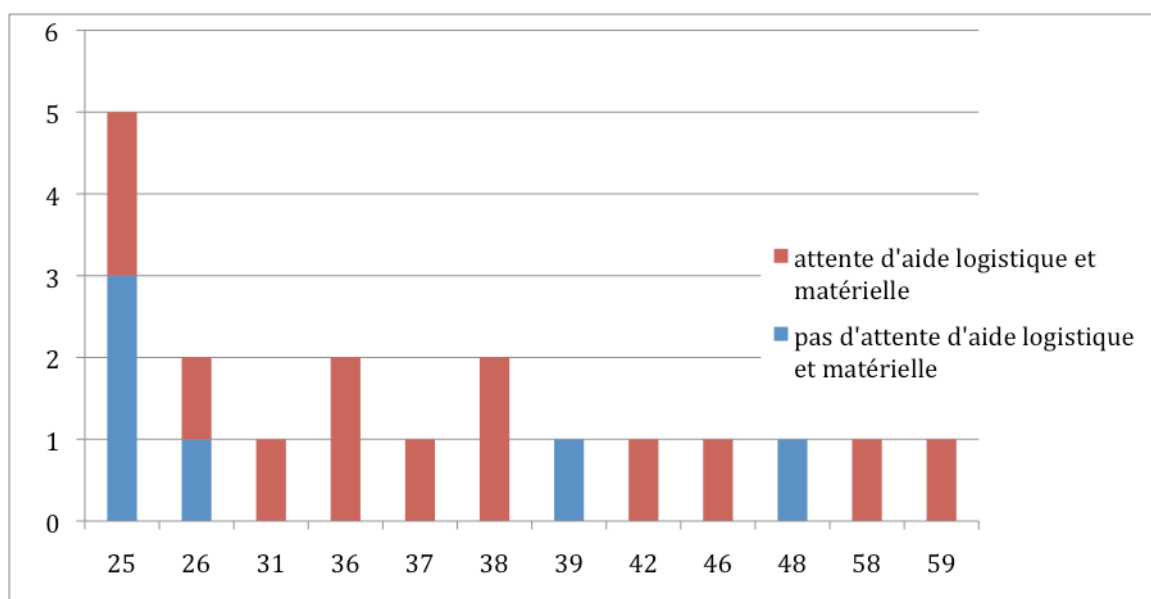


Fig. 75 : Désir de soutien logistique et matériel selon l'âge

Le groupe des sages-femmes espérant une aide logistique et matérielle et moins jeune avec une moyenne d'âge à 39ans 5mois (*versus* 31ans 4mois dans le groupe de sages-femmes n'espérant pas d'aide). Cependant, le test de Student n'est pas significatif ($p=0,069$).

L'âge n'influence pas les sages-femmes sur le désir d'aide logistique et matérielle.

Le lieu d'exercice (la distance du CIVG)

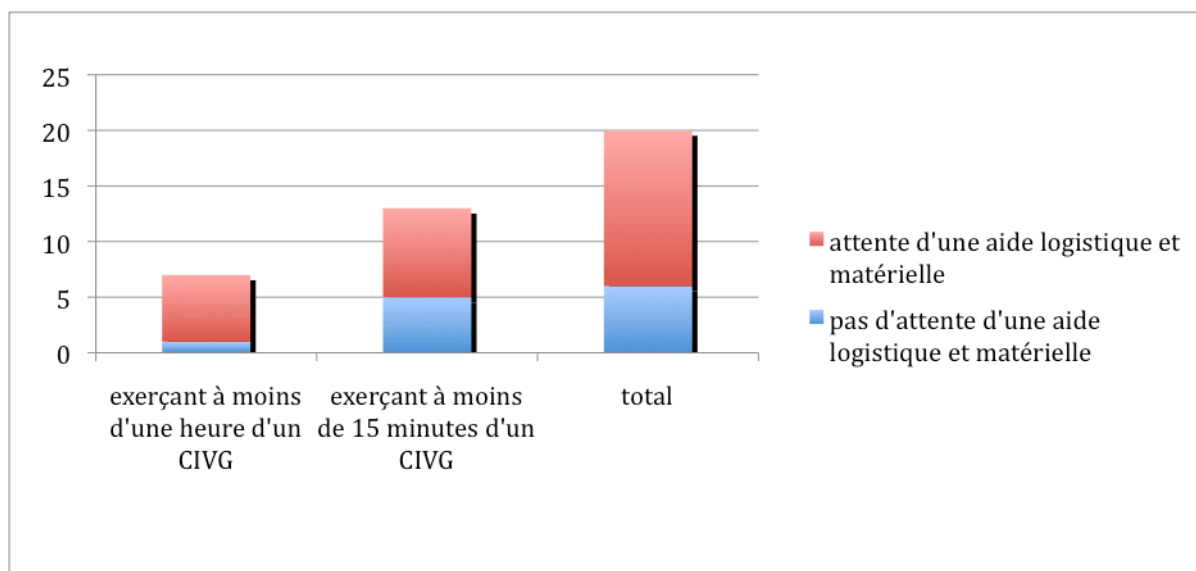


Fig. 76 : Désir de soutien logistique et matériel selon le lieu d'exercice

Le test de Fisher n'est pas significatif ($p=0,35$). **Le lieu d'exercice n'influence pas les sages-femmes sur l'espoir d'aide logistique et matérielle.**

La formation

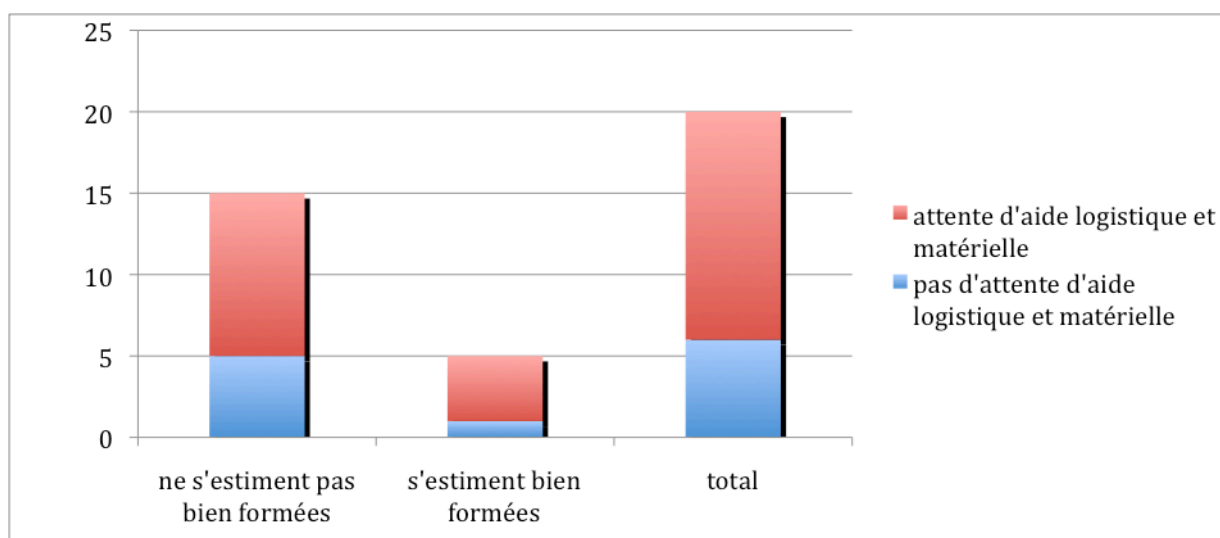


Fig. 77 : Désir de soutien logistique et matériel selon l'auto appréciation de sa formation

Le test exact de Fisher n'est pas significatif ($p=1$). Le ressenti de leur formation n'influence pas les sages-femmes sur leur attente d'une aide logistique et matérielle

L'année d'installation

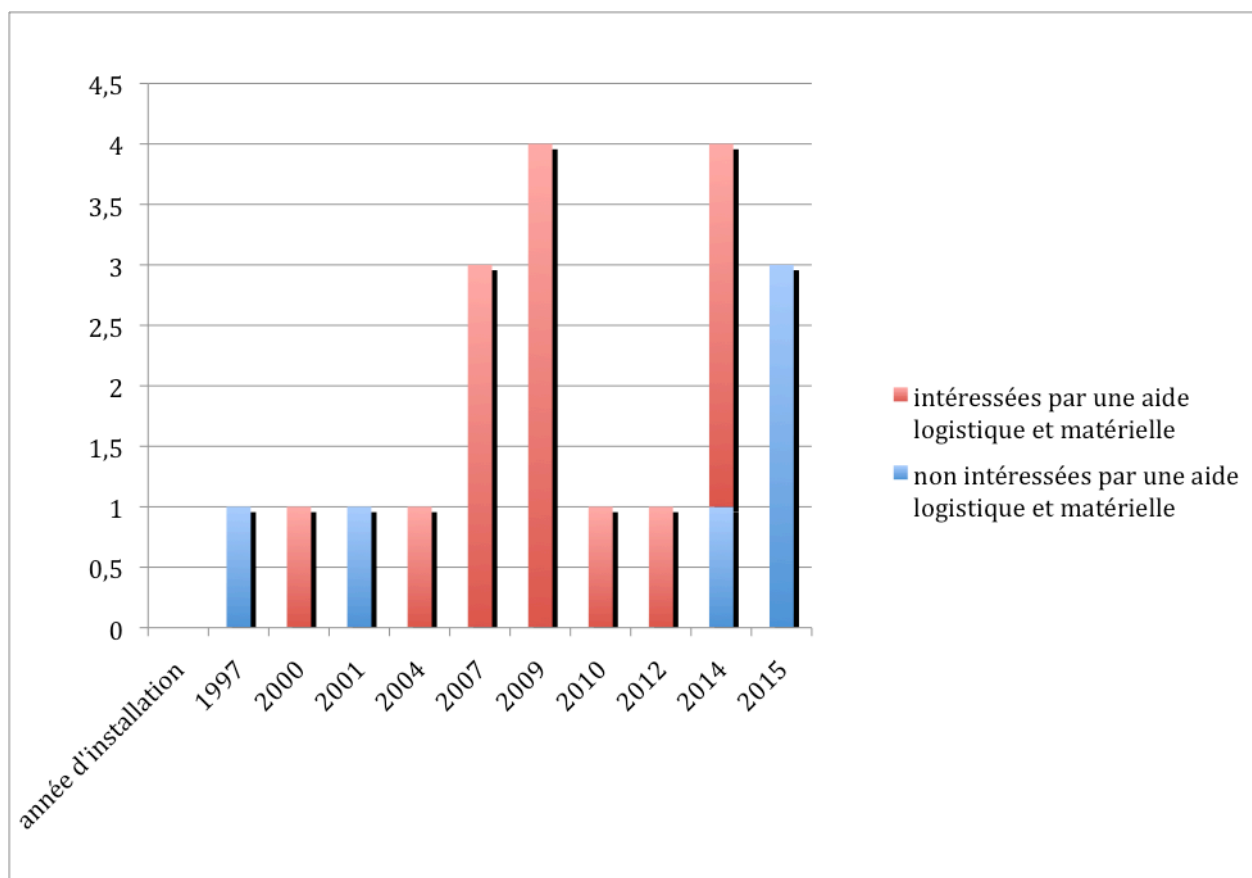


Fig. 78 : Désir de soutien logistique et matériel selon l'année d'installation

La date moyenne d'installation se situe en juin 2009 pour les sages-femmes espérant une aide logistique et matérielle et en novembre 2008 pour celles qui n'ont pas cette attente. Le test de Student n'est pas significatif ($p=0,44$). **L'année d'installation n'influence pas les sages-femmes quant à l'attente d'aide logistique et matérielle.**

7.4) Les journées de rencontre

L'âge

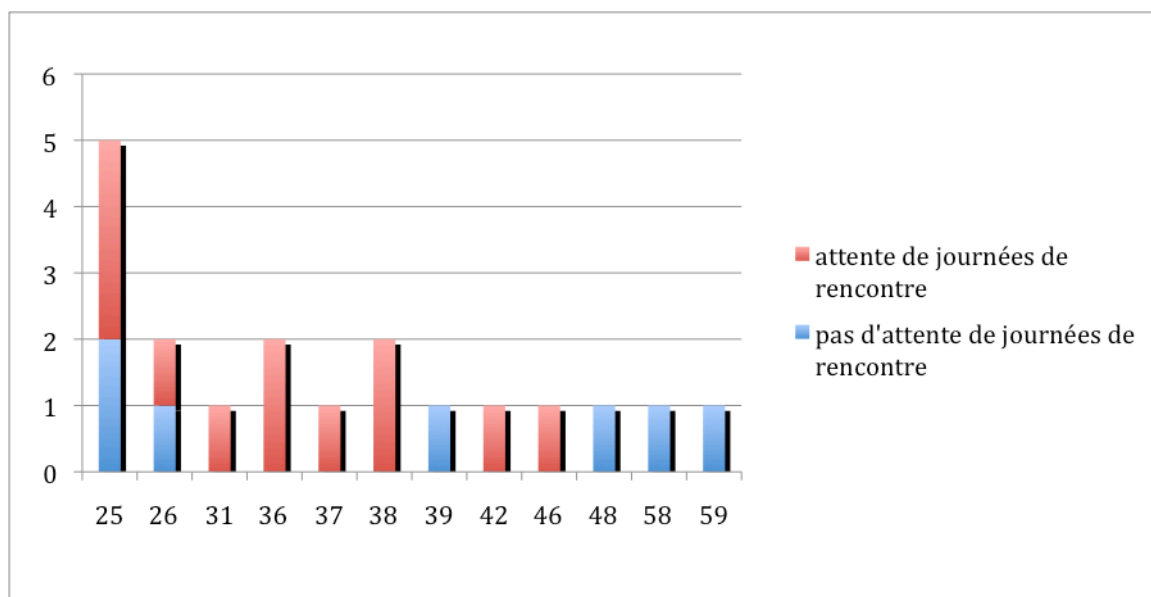


Fig. 79 : Désir de journées de rencontre selon l'âge

Le groupe des sages-femmes souhaitant des journées de rencontre est plus jeune avec une moyenne d'âge à 35ans 5mois (*versus* 40 ans dans le groupe de sages-femmes n'ayant pas d'attente). Cependant, le test de Student n'est pas significatif ($p=0,24$). **L'âge n'influence pas les sages-femmes sur le désir de journées de rencontre.**

Le lieu d'exercice (la distance du CIVG le plus proche)

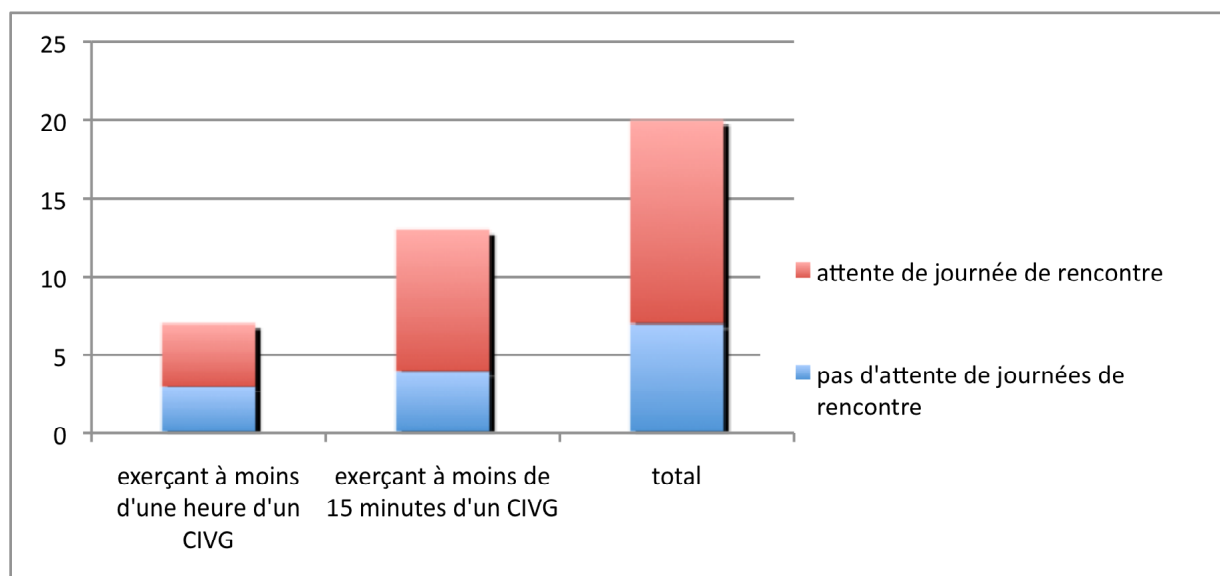


Fig. 80 : Désir de journées de rencontre selon le lieu d'exercice

Le test exact de Fisher ne retrouve pas de différence significative ($p=0,65$). **Le lieu d'exercice n'influence pas les sages-femmes sur le désir de journées de rencontre.**

La formation

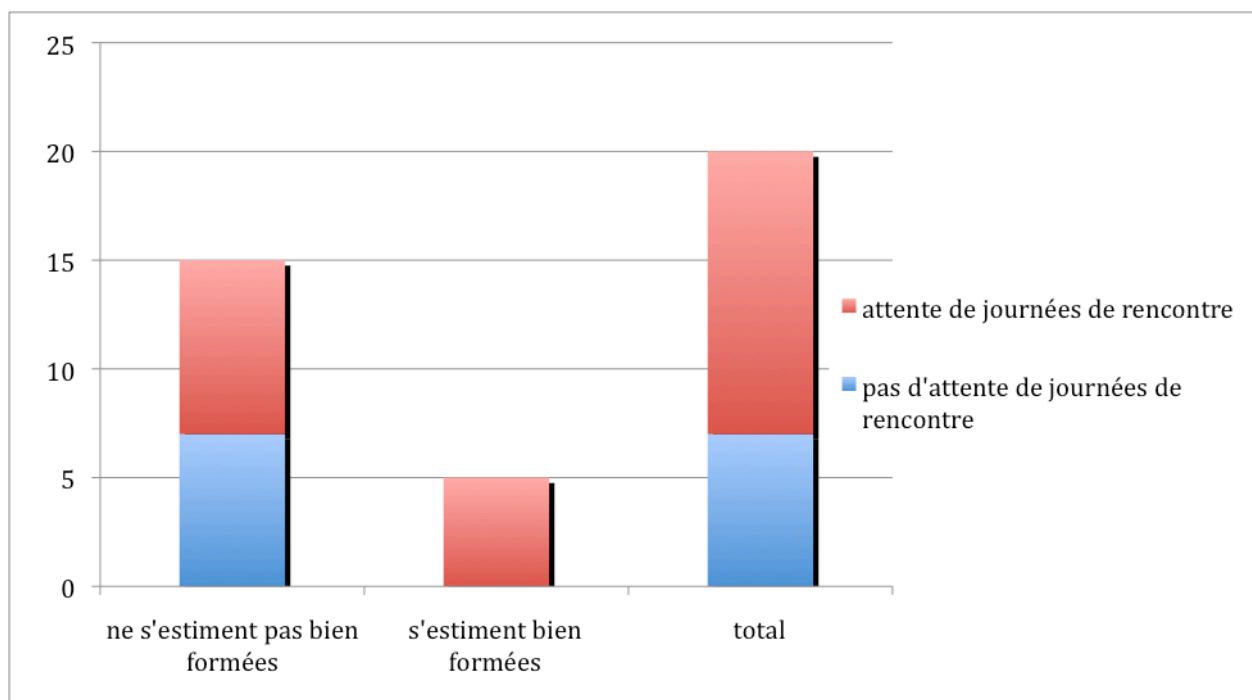


Fig. 81 : Désir de journées de rencontre selon le ressenti de formation

Le groupe des sages-femmes s'estimant bien formées semble davantage attendre des journées de rencontre mais le test de Fisher n'est pas significatif ($p=0,11$).

Le ressenti de leur formation n'influence pas les sages-femmes sur le désir de journées de rencontre.

L'année d'installation

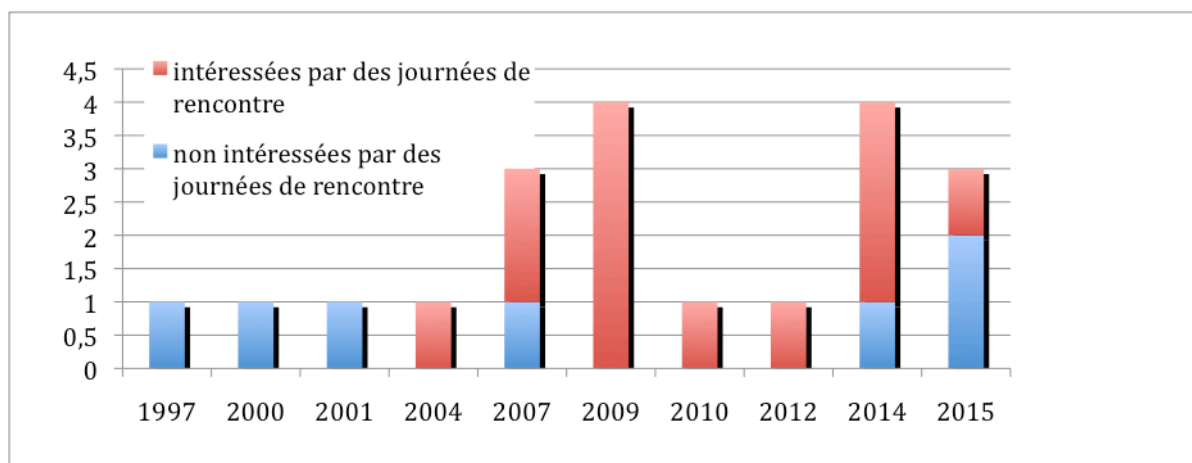


Fig. 82 : Désir de journées de rencontre selon l'année d'installation

Si les sages-femmes récemment installées semblent davantage espérer des journées de rencontre (avec une année d'installation moyenne à 2010 *versus* 2007 dans le groupe des sages-femmes non intéressées par ces journées), le test Student n'est pas significatif ($p=0,16$). **L'année d'installation n'influence pas les sages-femmes sur le désir de journées de rencontre.**

7.5) le travail en lien avec d'autres professionnels de santé

	<i>Travailler en lien avec d'autres professionnels</i>		
Age	Oui	Non	Total
25	5		5
26	2		2
31	1		1
36	2		2
37	1		1
38	2		2
39	1		1
42	1		1
46	1		1
48	1		1
58	1		1
59	1		1
Non renseigné	1		1
Total	20	0	20

Tableau F : Désir de travailler en lien avec d'autres professionnels selon l'âge

100% des sages-femmes étaient intéressées pour travailler en lien avec d'autres professionnels de santé.

Le ressenti de leur formation est le seul critère qui influence significativement les sages-femmes sur leurs attentes d'un réseau encadrant l'IVG au cabinet. La création d'un site internet est davantage désirée par les sages-femmes se considérant bien formées.

DISCUSSION

Cette étude décrit certaines caractéristiques sur les sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues. Les résultats montrent que certains facteurs vont favoriser l'intérêt de ces professionnels pour un réseau accompagnant l'IVG au cabinet. D'autres facteurs peuvent également influencer les attentes des sages-femmes et médecins d'un tel réseau. Cette étude comporte aussi un certain nombre de biais et de facteurs de confusions.

1) Biais de sélection et faible participation

Le taux de réponses concernant les médecins était relativement faible (17,6%). Il existe un biais de non réponses : on peut supposer que les médecins n'ayant pas répondu à ce questionnaire sont peut-être moins intéressés par ce sujet.

En revanche, il y a eu une participation satisfaisante concernant les sages-femmes (51,7%) ayant pourtant un questionnaire presque similaire.

La faible participation des médecins à ce questionnaire peut s'expliquer par différents facteurs.

D'une part, la méthode peut être remise en cause : le questionnaire était envoyé par *e-mail* via l'URPS. Certains médecins ne lisent pas le courrier venant de l'URPS ou ne prennent pas le temps de répondre.

D'autre part, il a été difficile de faire accepter ce questionnaire par le bureau de l'URPS. En effet, après avoir obtenu leur accord pour diffuser ce questionnaire de thèse, le bureau a finalement refusé de l'envoyer, jugeant inutile de promouvoir la création d'un tel réseau. Est-ce parce qu'il s'agit d'un sujet politiquement « sensible », à l'approche des élections de l'URPS ? Aussi, certains médecins du bureau ont expliqué qu'ils percevaient le réseau comme une forme d'étatisation de la santé. Or, dans la période où le questionnaire a été proposé, le projet de loi de Marisol Touraine était en plein débat à l'Assemblée Nationale, représentant un sujet de crispation pour beaucoup de médecins libéraux. Afin de ménager la susceptibilité de certains professionnels, le questionnaire initial a donc été modifié. Le terme de « structure » a remplacé l'expression « réseau ville-hôpital ». Ainsi, l'URPS a accepté d'envoyer le questionnaire modifié.

Enfin, le manque de réponses peut s'expliquer également par un manque d'intérêt des médecins pour les réseaux de santé en général, avec pour un grand nombre d'entre eux une sensation d'être submergé sous le nombre de réseaux déjà existants (Vendittelli F. *et al* 2009). D'ailleurs, ce dernier point a été relevé également par un membre du bureau de l'URPS.

2) Le choix de la méthode

Le questionnaire a été envoyé par *e-mail* afin de limiter le nombre d'exclusions de questionnaires mal remplis. L'anonymat des réponses permettait de limiter le biais de déclaration.

Les questions quantitatives ont été favorisées car les questions qualitatives sont difficiles à analyser (et les réponses des médecins sont souvent brèves ou inexistantes).

Le département de l'Indre et celui de l'Indre-et-Loire ont été choisis afin d'obtenir un panel de médecins exerçant aussi bien dans des zones rurales considérées comme « isolées » que dans des zones urbaines ou proches d'un centre hospitalier.

Aussi, le choix de recueillir les réponses par *e-mail* était une volonté de faciliter la tâche au professionnel pour répondre (il suffisait de quelques minutes pour répondre en quelques « click »). Cependant, une autre méthode aurait peut être permis une meilleure participation.

Il existe également un biais de sélection par cette méthode : les médecins et sages-femmes ayant répondu correspondent à un échantillon de professionnels utilisant internet ou lisant les courrier *e-mail* de l'URPS. Il est difficile d'extrapoler ces résultats en considérant qu'il s'agit d'un reflet des professionnels de l'Indre-et-Loire et de l'Indre.

Enfin, le questionnaire n'a pas toujours été bien rempli avec :

- des réponses manquantes (surtout concernant le ressenti de formation par les médecins)
- quelques réponses incohérentes (situation minoritaire par rapport aux nombres de réponses correctes obtenues).

Il faut donc tenir compte du biais d'analyse.

Il s'agissait d'une enquête déclarative ; les réponses étaient laissées à l'appréciation du médecin pouvant ainsi induire un biais de mesure. Cependant la nature de la majorité des questions et des réponses possibles permettait tout de même de limiter ce biais.

3) Concernant les résultats de cette étude

La majorité des médecins pratique de la gynécologie au cabinet.

Parmi les médecins généralistes, 82% pratiquent des actes de gynécologie. En 2013, P.E Brocail retrouvait que 94% des médecins pratiquaient des actes de gynécologie en région Centre.

D'après S.Dias, en 2010, dans la région Ile de France, 32,9% des médecins pratiquaient peu de gynécologie (moins de 5% de leur activité) ; ce que soulignait également Rémi Champeaux (29,5% dans les Deux-Sèvres) en 2013. Lucie Desmond avait étudié la part d'activité de gynécologie pour les généralistes de l'Indre en 2013 : seulement 22% des généralistes réalisaient moins de 5% d'actes de gynécologie.

La clause de conscience ne concerne que très peu de professionnels.

On retrouve 96% des médecins déclarant que l'IVG n'est pas contraire à leur convictions personnelles ou éthiques. R.Chefeg Ben Aissa avait mis en évidence dans sa thèse en 2013, l'existence chez certains médecins de freins idéologiques concernant l'IVG au cabinet. Cependant une étude quantitative montrait qu'il s'agissait d'opinions minoritaires (Chefeg Ben Aissa *et al* 2013). Franck Nguyen quant à lui, avait étudié le ressenti des médecins pratiquant les IVG au cabinet : en 2011, l'étude de 250 médecins en Ile-de-France montrait que 79% d'entre eux parlaient spontanément de cette activité et seulement 2% déclaraient qu'il s'agissait d'un sujet tabou (Nguyen F. 2011).

Les résultats tendent à être identiques chez les sages-femmes dans notre étude. En effet, 90% des sages-femmes affirment qu'il ne s'agit pas d'une activité contraire à leurs convictions personnelles ou éthiques.

Si la pratique de l'IVG a connu des difficultés à être acceptée par des professionnels de santé (après la promulgation de la loi Veil) ; il semble aujourd'hui qu'il s'agisse d'un phénomène minoritaire.

Les médecins et sages-femmes se sentent concernés par l'IVG.

Très peu de médecins pratiquent l'IVG au cabinet. En revanche, dans notre étude, plus de la moitié des médecins se sentent concernés par l'IVG au cabinet. Parallèlement, plus de 75% des sages-femmes se sentent aussi concernées. Ce qui semble très encourageant pour tenter d'améliorer l'accès aux soins. Plusieurs travaux ont identifié différents freins à la pratique de

l'IVG au cabinet. Il est intéressant de noter que 56,7% des médecins et 70% des sages-femmes seraient intéressés par un réseau ville/hôpital comme RHEVO. Un tel réseau permettrait de lever un certain nombre de freins déjà identifiés : manque de logistique ou de formation, obstacle administratif, isolement du professionnel.

Par ailleurs, 43,3% des sages-femmes sont d'accord pour pratiquer l'IVG au cabinet.

Les sages-femmes sont déjà très impliquées sur le terrain (Francillon F. 2010) et majoritairement favorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse (Biscaye M. 2015).

4) Les médecins

Concernant le profil du médecin potentiellement intéressé par un réseau encadrant l'IVG au cabinet :

Les médecins de sexe féminin sont davantage intéressés par le réseau. Des études dans l'Indre (Desmond L. 2013), en Ile-de-France (Dias S. 2010), en Midi-Pyrénées (Costes M. 2006) ont déjà montré qu'elles pratiquaient davantage d'actes de gynécologie par rapport à leurs confrères masculins. Mais d'autres études dans les Deux-Sèvres et en Bretagne (Levasseur G. *et al* 2005) ne retrouvaient pas de différence selon le sexe.

Cependant, certaines études montrent aussi que les femmes s'intègrent plus souvent que les hommes dans le travail en réseau (Vendittelli F. *et al* 2009 ; Dupont C. *et al* 2007). Une étude souligne qu'il existe plus de femmes au sein du réseau REVHO, en Ile-de-France (Nguyen F. 2011).

Les médecins exerçant seul semblent moins intéressés par un tel réseau.

Dans son travail de thèse, en 2013, B.Boulard montrait déjà que les médecins exerçant en groupe réalisaient plus souvent de gestes techniques (notamment, le frottis cervico-vaginal, la pose et le retrait d'implant contraceptif...) que leurs confrères exerçant seuls (Boulard B. 2013).

Aussi, on peut supposer que les médecins exerçant en groupe sont plus attirés par le travail en réseau ou s'intègrent mieux dans un réseau (Vendittelli F. *et al* 2009 ; Dupont C. *et al* 2007). Ceci peut expliquer que dans notre étude, les médecins exerçant en groupe vont être plus intéressés par un réseau encadrant l'IVG au cabinet.

Les médecins plus jeunes semblent être plus intéressés.

On peut supposer que les médecins plus jeunes aient répondu qu'ils étaient intéressés par un tel réseau parce qu'ils souhaitent diversifier leur activité ; alors que des médecins plus proches de la retraite aient répondu qu'ils n'étaient pas intéressés, n'ayant plus envie d'acquérir de nouvelles compétences ou ayant déjà orienté leur activité dans certains domaines.

On sait aussi que les médecins plus jeunes s'installent de plus en plus en association ; et on a pu observé que les médecins exerçant seuls sont moins intéressés par le réseau. Pourtant N'Guyen dans sa thèse montrait que la grande majorité des médecins du REVHO avait plus de 10 ans d'installation.

La difficulté à trouver un correspondant semble n'être qu'un critère mineur pour s'intéresser au réseau.

Seuls 16,1% des médecins affirment avoir des difficultés à trouver un correspondant pour les aider dans la démarche de l'IVG. Si ce dernier groupe de médecins tend à être plus intéressé

par la création d'un réseau, il ne s'agit là que d'une légère tendance. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce résultat :

- Les médecins exerçant dans des zones plus isolées (et ayant plus de difficulté à trouver un correspondant) se sentent peut être moins concernés par un réseau ville/hôpital.
- Plus le médecin exerce loin d'un CIVG, plus il a de risque d'avoir des patientes non éligibles pour l'IVG au cabinet.
- D'autres médecins, non intéressés par le réseau et ayant des difficultés à trouver un correspondant ont noté des commentaires libres rappelant que « ce n'était pas le rôle de la médecine libérale de palier au désengagement du service public » ou encore, que « le travail des généralistes n'était pas de réaliser ce que les spécialistes ne veulent plus faire ». Ceci peut traduire le ressenti de certains médecins en difficulté pour trouver un correspondant.

Enfin, le lieu d'exercice ne semble pas être un critère pour s'intéresser au réseau.

La distance du CIVG le plus proche avait été retenue comme indicateur de lieu d'exercice. Les résultats ne montrent pas de différence si le médecin exerce proche ou loin d'un CIVG.

Les professionnels sont demandeurs de formation.

On note que parmi les attentes des médecins, concernant le réseau, 73% souhaitent des formations.

P.E Brocaïl soulignait déjà le manque de formation ressenti par les généralistes en région Centre (Chefeg Ben Aissa *et al* 2013). Un rapport en 2009 soulignait d'ailleurs la nécessité de revoir la formation en gynécologie (IGAS 2009).

On sait que seuls 27,9% des internes en médecine générale se sentent suffisamment formés à la gynécologie (Poletti B. 2011).

Dans notre étude, 75% des médecins ont déclaré se sentir insuffisamment formés. Il est néanmoins difficile d'interpréter ce chiffre car seulement 27% des médecins ont répondu à cette question (le questionnaire était pourtant anonyme).

Aussi, 80% des sages-femmes déclarent ne pas se sentir correctement formées. En 2012, une enquête en Ile-de-France rappelait la nécessité d'harmoniser la formation des sages-femmes dans ce domaine (Flandin Cretinon S. *et al* 2013).

Enfin, le profil du professionnel va influencer son intérêt pour le réseau et ses éventuelles attentes.

Certains facteurs semblent influencer les attentes des médecins d'un réseau. ***Une aide logistique et matérielle de la part du réseau va être davantage attendue chez les médecins ayant réalisé un stage en gynécologie.***

Il est possible que ces médecins connaissent mieux les documents nécessaires (notamment la fiche de liaison) pour réaliser l'IVG ; par conséquent, ces derniers souhaiteraient plus souvent déléguer une partie administrative du travail (mise à disposition des documents, commande des plaquettes d'information, etc...)

En revanche, d'autres facteurs ont été étudiés comme le sexe, l'âge, le lieu et le mode d'exercice ou encore le DU de gynécologie. Ces critères ne semblent pas influencer l'attente des médecins intéressés par le réseau.

Les jeunes médecins, de sexe féminin et exerçant en association sont susceptibles d'être plus intéressés par le réseau. Ceci semble refléter la nouvelle génération de médecins donc cette

analyse est encourageante. Par ailleurs, les médecins ayant effectué un stage en gynécologie pendant leurs études sont plus en demande d'aide logistique et matérielle par le réseau.

5) Les sages-femmes

Les sages-femmes sont majoritairement favorables à la prescription de l'IVG médicamenteuse (76,7% s'estiment concernées par cette pratique et 43,7% souhaitent pratiquer cet acte). Ces résultats coïncident avec des travaux déjà réalisés sur ce sujet (Biscaye M. 2015 ; Breton P. 2013 ; Francillon F. 2010 ; Glorie C. 2012).

Aussi, de nombreuses sages-femmes (70%) sont intéressées par le réseau encadrant l'IVG au cabinet indépendamment des facteurs analysés. Dans cette étude, nous avons analysé leur intérêt en fonction de l'âge, de l'année d'installation, du lieu d'exercice ou de leur ressenti concernant leur formation.

Sur ce faible échantillon de sages-femmes de l'Indre et l'Indre-et-Loire, il n'a donc pas été possible de mettre en évidence un profil type de sage-femme plus intéressée par le réseau.

Cependant, un sondage des étudiantes sages-femmes dans la région Grand-Ouest avait été réalisé en 2013 : 93% déclaraient qu'elles seraient d'accord pour prescrire l'IVG médicamenteuse dans leur avenir professionnel (Breton P. 2013). Il faut noter que cette étude a été réalisée sur des promotions de sages-femmes en 2013 ; l'orthogénie n'a été intégrée dans les programmes que depuis 10 ans. On peut donc supposer que les nouvelles générations de sages-femmes perçoivent l'IVG comme un acte relevant du rôle de la sage-femme.

Certains facteurs vont influencer l'attente des sages-femmes d'un tel réseau.

La création d'un site internet est davantage désirée par les sages-femmes qui s'estiment suffisamment formées pour l'IVG médicamenteuse.

Par ailleurs, les sages-femmes, à l'unanimité, attendent plus de travail en lien avec les autres professionnels de santé. Ceci peut s'expliquer par le parcours professionnel des sages-femmes qui ont souvent eu une carrière hospitalière ou en clinique avant de s'installer en libéral. De plus, l'année d'installation des sages-femmes n'est pas standardisée en fonction de leur âge. Les sages-femmes ont donc eu l'habitude de travailler en équipe ce qui peut expliquer leur besoin de travailler en lien avec les autres professionnels de santé au sein d'un réseau.

Si la majorité des sages-femmes sont intéressées par le réseau, il a été plus difficile sur ce faible échantillon de décrire un profil selon les critères étudiés. Concernant leurs attentes, les sages-femmes s'estimant bien formées souhaitent plus souvent la création d'un site internet.

Nécessité de création de site internet au sein du réseau:

Le réseau internet est devenu une source d'information importante y compris pour les professionnels de santé. Une revue systématique de 38 études (Masters K. 2008) montre que les médecins utilisent de plus en plus internet dans le cadre professionnel et cet usage est d'autant plus important chez les plus jeunes (Bosslet GT. *et al* 2011).

Le baromètre Hopscotch en 2013 réalise une étude quantitative montrant que 96% des généralistes en France utilisent le réseau internet comme source d'information. Ce dernier est la première source d'information médicale pour 56% des généralistes. Ceci est souligné par le Conseil National de l'Ordre des médecins après avoir réalisé une enquête en 2012 auprès de

2131 médecins. Le Centre d'Etude Sur le Support de l'Information Médicale (CESSIM), en 2014, confirme également cette notion après avoir mené une étude à partir de 2801 professionnels de santé.

Il est donc important pour les réseaux de santé aujourd'hui d'être présents sur la toile et de savoir proposer une information pertinente et de qualité.

CONCLUSION

Cette étude permet de montrer que plus de la moitié des médecins seraient intéressés si on créait un réseau ville/hôpital en région Centre comme le réseau RHEVO. Plus particulièrement, il s'agit des jeunes médecins, de sexe féminin ou n'exerçant pas seuls. La majorité des sages-femmes seraient également intéressées. Les attentes des médecins et des sages-femmes étaient sensiblement les mêmes : en quête de formation et de travail en lien avec d'autres professionnels de santé. Les médecins ayant effectué un stage en gynécologie sont davantage demandeurs d'aide logistique et matérielle de la part d'un tel réseau.

Enfin, les sages-femmes s'estimant bien formées seraient davantage intéressées par la création d'un site internet par ce réseau.

L'exemple de création d'un réseau dans d'autres régions permettait de rendre plus accessible l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé et dans de bonnes conditions. La création d'un tel réseau en région Centre pourrait répondre à une réelle demande notamment avec la possibilité aujourd'hui d'élargir la pratique de l'IVG médicamenteuse HS aux sages-femmes.

BIBLIOGRAPHIE

Antras-Ferry J. Lapr rie A.L. Gravoueille E. Guibert H. Lacaze G. Lambert H. Mariaux C. Hossler V. Stora V. Lombrail P. Trochu J.N. *Les problématiques et les apports de l'évaluation d'un réseau de santé*. Annales de cardiologie et d'angéiologie. 55(1)3-5. 2006.

Aubin C. Jourdain-Menninger D. Chambaud L. *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*. Inspection générale des Affaires sociales, RM2009-112P.

Azerot M. Etchemendigaray C. Rousseau A. Brûlé A. *Evaluation de la douleur physique chez les femmes pratiquant une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse*. La revue de la sage-femme. Vol 14-Numéro 3- p.94-95. juin 2015.

Betala Belinga JF. Valence A. Zaccabri A. Fresson J. *Coût de l'interruption volontaire de grossesse pour un établissement public de santé en France : enjeux et problématique d'une activité mal déclarée*. La revue Sage-femme. Vol 10, Numéro 3, p. 137-141. juin 2011.

Biscaye M. *Positionnement des sages-femmes sur la prescription de l'IVG médicamenteuse*. Vocation sages-femmes. Vol 14, Numéro 117 p.41-43.novembre 2015.

Bosslet GT.Torke AM. Hickman SE. Terry CL. Helft PR. *The patient-doctor relationship and online social networks: results of a national survey*. Journal of general internal médecine. 2011.

Boulard B. *Réalisation des gestes techniques en cabinet libéral: Etude des pratiques des médecins généralistes en Haute-Normandie*. Thèse de médecine. Université de Rouen. 2013.

Bracken H. Clark W. Lichtenberg ES. Schweikert SM. Tanenhaus J. Barajas A. *et al. Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mepristone-misoprostol*. BJOG. 118 : 17-23. 2011.

Breton P. *La place de la sage-femme dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse. Enquête auprès des étudiants de la Région Grand-Ouest*. Mémoire. Université de Tours. 2013.

Chamelton P. *Pratiques et vécu de l'IVG médicamenteuse en ville. Enquête auprès des médecins du réseau REVHO*. Octobre 2012.

Champeaux R. *Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des Deux-Sèvres*. Thèse de Médecine Générale. Université de Poitiers. 2013.

Chefeg Ben Aissa R. Brocail PE. Cottet J. *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*. Thèse de médecine.Tours. 2013.

Collet M. « *Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville* », Revue française des affaires sociales 1/ 2011 (n° 1), p. 86-115.

Costes M. Louzeau Arnal G. *Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées*. Thèse de Médecine Générale. Université de Toulouse 3. 2006.

Desmond L. *Analyse de la pratique en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de l'Indre*. Thèse de médecine. Tours. 2013.

Dagousset I. Fourrier E. Aubény E. Taurelle R. *Enquête d'acceptabilité du misoprostol à domicile pour interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse*. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 32(2004)28-33. 2004.

Davitian C. Ceccaldi PF. Poujade O. Chatel P. Pernin E. Khater C. Aflak N. Luton D. *Interruption volontaire de grossesse*. AKOS Traité de médecine. 29 septembre 2015.

Denry A. *Place du médecin généraliste dans la pratique, la prise en charge et la réorientation de l'IVG médicamenteuse à Paris*. Thèse de médecine. Paris. 2014.

Dias S. *État des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France*. Thèse de Médecine Générale. Université de Paris Diderot-Paris VII. 2010.

Dupont C. Touzet S. Ploin D. Croidieu C. Balsan M. Mazas AS. Rudigoz RC. *Evaluation de l'intégration des professionnels au sein d'un réseau de périnatalité : enquête auprès de 653 professionnels du réseau AURORE*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 36, Numéro 4. Juin 2007.

Dupont S. *La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse*. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Vol 33, Numéro 2. Avril 2004.

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). *Les établissements et les professionnels réalisant des IVG*. Etudes et résultats. Numéro 712, Décembre 2009.

Evain F. « *À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ?* », Etudes et Résultats, DREES, n° 754. 2011

Faucher P. *L'IVG à domicile*. Réalités en gynécologie-obstétrique. Numéro 11. octobre 2006.

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, 33 : 220-7. 2005.

Férré D. « *Identification des freins à la réalisation de l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville en Haute-Vienne* ». Thèse de médecine. Limoges. 2012

Flandin-Créton S. Dreyfus JF. *Place de la régulation des naissances dans la formation initiale des sages-femmes : enquête en Ile-de-France en 2012*. La revue Sage-femme. Volume 12, Numéro 4 p. 174-182. Septembre 2013.

Foster AM. Polis C. Allee MK. Simmonds K. Zurek M. Brown A. *Abortion education in nurse practitioner, physician assistant and certified nurse-midwifery programs: a national Survey*. Contraception. 73 (4):408-14. Avril 2006.

Francillon F. *Les sages-femmes déjà très impliquées dans les IVG en France*. Vocation Sage-femme. Vol 9, Numéro 79-p.4. Février 2010.

Glorie C. *IVG : Quelles perspectives pour les sages-femmes?* Les Dossiers de l'Obstétrique. Juin 2012.

Grandrupt AC. « *Place du médecin généraliste dans l'accès à l'interruption volontaire de grossesse. Etat des lieux, perception et vécu des femmes de 18 à 40ans* ». Thèse de médecine. Nancy. 2007

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

Haute autorité de santé (HAS). « *Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse* » Recommandations professionnelles. Décembre 2010.

Hassoun D. Périn I. *L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse dans un centre de planification familiale : l'expérience d'un réseau ville-hôpital de Seine-Saint-Denis*. Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction. Numéro 35 (cahier 1), p. 483-489. 2006.

Institut National des Etudes Démographiques (INED), « *Statistiques de l'avortement en France* » ; disponible sur : http://www.ined.fr/Xtradocs/statistiques_ivg/ [consulté le 1^{er} septembre 2016]

International Planned Parenthood Federation (IPPF), « *Abortion, législation in Europe* ». Janvier 2012.

Lebreton-Lerouvillois G. « *la démographie médicale en région Centre, situation en 2015* » ; disponible sur : https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_centre_2015.pdf [consulté le 1^{er} septembre 2016]

Levasseur G *et al.* *L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne*. Santé Publique. 17, 1, p. 109-119. 2005.

Lim Bougherra F. « *Vécu de femmes ayant réalisées une IVG par méthode médicamenteuse en cabinet de médecine générale : approche qualitative* » Thèse de médecine. Rouen. 2014.

Masters K. *For what purpose and reasons do doctors use the Internet : A systematic review*. International Journal of Medical Informatics, 77(1), 4-16. 2008.

Moreau C. Bajos N. Bouyer J. COCON GROUP. *Access to health care for induced abortions.* The European Journal of Public Health. 14(4)369-374. Dec 2004.

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.* Thèse de médecine. Paris XIII. 2011.

Poletti B. *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures.* Numéro 3444. Assemblée Nationale. 2011.

Provansal M. Mimari R. Gregoire B. Agostini A. Thirion X. Gamberre M. *Medical abortion at home and at hospital: a trial of efficacy and acceptabilit.* Gynecol Obstet fertil. 37 : 850-857. 2009.

Réveillée-Borgella V. *Il est nécessaire de réfléchir sur la faisabilité du travail en réseau quand on est généraliste.* Filières Réseaux Santé. 2006.

Sicard D. « *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2014* », Série statistique Numéro 189. Juin 2014.

Vendittelli F. Brunel S. Veillard JJ. Gerbaud L. Lémery D. *Evaluation de l'intégration des médecins généralistes au sein d'un réseau de santé en périnatalité.* Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Vol 38, n° 7, p. 559-573. Novembre 2009.

Vilain A. avec la collaboration de Mouquet MC. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2012* », Etudes et Résultats, n°884, DREES. Juin 2014.

Warriner IK. Wang D. My Huong NT. Thapa K. Tamang A. Shah I. *et al.* *Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors ? A randomised controlled equivalence trial in Nepal.* Lancet. 377 (9772) : 1155-61. 2011.

Winikoff B. *Acceptability of Medical Abortion In Early Pregnancy.* Family Planning Perspectives. 27 : 142-148. 1995.

Lois, décrets et rapports officiels

Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, parue au Journal Officiel le 1^{er} janvier 1980.

Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de grossesse, parue au JO le 1^{er} janvier 1980.

Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure, parue au JO le 1^{er} janvier 1983.

Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures sociales, parue au JO n° 25 du 30 janvier 1993.

Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, parue au JO n° 156 du 7 juillet 2001.

Décret n°2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé et modifiant le décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur, paru au JO n°105 du 5 mai 2002.

Décret n°2004-636 du 1 juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, paru au JO n°152 du 2 juillet 2004.

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.

Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, parue au JO n° 296 du 21 décembre 2007.

La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence, IGAS, Rapport n°RM2009-104A. publié le 2 février 2009.

Décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, paru au JO n°107 du 8 mai 2009.

Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures, paru au JO n° 73 du 27 mars 2013.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, parue au JO n°0022 du 27 janvier 2016.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, parue au JO n° 22 du 27 janvier 2016.

ANNEXES

Courrier et questionnaire envoyés aux médecins et sages-femmes par e-mail.

(Le délai de réflexion de 7 jours n'avait pas encore été supprimé par la loi lors de l'envoi du questionnaire.)

Thibault Martel
tibomartel@hotmail.fr

Chers confrères,

Je suis actuellement en train de réaliser une thèse sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville. L'objectif de cette étude est de recenser le besoin d'une structure dans le but de monter éventuellement un réseau ville/hôpital comme il en existe déjà dans certaines régions.

Je vous remercie de prendre le temps de répondre à mon rapide questionnaire qui restera anonyme. N'hésitez pas à me joindre pour plus d'informations.

Un tableau récapitulatif rappelle les modalités de l'IVG médicamenteuse au cabinet, désormais pris en charge à 100% par l'assurance maladie sous forme d'un forfait de 4 consultations cotées FHV/FMV (soit 191,74€).

Il vous suffit juste d'être conventionné avec un établissement de santé pour les réaliser.

Après le recueil de la demande et le délai de réflexion de 7 jours de votre patiente, voici la procédure :

1ère consultation	<ul style="list-style-type: none">- Recueil du consentement écrit de la patiente- Remise du document expliquant le protocole à la patiente.
2ème consultation (peut s'effectuer en même temps que la première consultation en pratique)	<ul style="list-style-type: none">- Prise de Misoprostol par la patiente.- Remise d'une fiche de liaison à la patiente.- Envoi d'une déclaration à l'établissement de santé
3ème consultation 48h après	<ul style="list-style-type: none">- Prise de Mifépristone- Envoi de la fiche de liaison mise à jour à l'établissement de santé.- Remise d'une fiche d'information à la patiente avec les coordonnées de cet établissement de santé en cas d'urgence
4ème consultation 14 à 21 jours après	<ul style="list-style-type: none">- Contrôle de la vacuité utérine (clinique ou biologie ou échographique)- Adresser la patiente à l'établissement de santé en cas de doute

Questionnaire destiné aux médecins :

- Vous êtes :
 - ☐Médecin généraliste
 - ☐Gynécologue

- Age : Sexe : Année d'installation :

- Mode d'exercice :
 - ☐Seul
 - ☐En association avec d'autres médecins
 - ☐En association avec d'autres professionnels paramédicaux
 - ☐Secteur 1
 - ☐Secteur 2

- Vous exercez à combien de temps d'un centre pratiquant les IVG ?
 - ☐Moins de 15 minutes
 - ☐Moins d'une heure
 - ☐Plus d'une heure

- Pratiquez vous des actes de gynécologie à votre cabinet (si vous êtes généraliste)
 - ☐Oui
 - ☐Non

- Quelle formation ou expérience avez vous en gynécologie :
 - ☐Vous êtes gynécologues
 - ☐Vous avez effectué un stage pendant vos études
 - ☐Vous avez un DU de gynécologie
 - ☐Vous avez une autre formation ou expérience (FMC, stage...) à préciser :
 - ☐Vous n'avez pas de formation particulière dans ce domaine.

- Pratiquez-vous des IVG médicamenteuses au cabinet ?
 - ☐Oui
 - ☐Non

- Si oui, vous sentez vous suffisamment formé(e) ?
 - ☐Oui
 - ☐Non

- Vous sentez vous concerné(e) par cette possibilité de pratiquer des IVG médicamenteuses au cabinet?
 - ☐Oui
 - ☐Non

- Est-ce contraire à vos convictions personnelles ou éthiques ?
☐Oui
☐Non

- Avez-vous des difficultés à trouver un correspondant afin de vous accompagner dans cette démarche ?
☐Oui
☐Non

- Si une structure permettait d'encadrer l'IVG au cabinet, seriez-vous intéressé(e) ?
☐Oui
☐Non
☐Pourquoi ?

- Qu'attendriez vous d'un tel réseau?
☐Formation médicale
☐Journée de rencontre
☐Création d'un site internet (protocoles et conduite à tenir, documents à imprimer, coordonnées...)
☐Aide logistique et matérielle (logiciel, documents d'information destinés aux patientes) disponible dans le service hospitalier le plus proche
☐Possibilité de travailler en lien avec d'autres professionnels (psychologue, conseiller conjugal, gynécologue)
☐Commentaires libres :

Thibault Martel
tibomartel@hotmail.fr
0674659743

Chers confrères et consœurs,

Je suis actuellement en train de réaliser une thèse sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville. L'objectif de cette étude descriptive recense le besoin d'une structure encadrant l'IVG comme cela existe déjà dans certaines régions. Un projet de loi prévoit d'étendre la pratique de l'IVG médicamenteuse aux sages-femmes. J'ai donc besoin que vous m'accordiez cinq minutes afin de remplir mon questionnaire de thèse (en cliquant sur le lien en bas). Je vous remercie.

N'hésitez pas à me joindre pour plus d'informations.

Un récapitulatif rappelle les modalités de l'IVG médicamenteuse (pratiquée par les médecins au cabinet), désormais pris en charge à 100% par l'assurance maladie sous forme d'un forfait de 4 consultations cotées FHV/FMV (soit 191,74€).

Il suffit juste au médecin d'être conventionné avec un établissement de santé pour les réaliser.

Après le recueil de la demande et le délai de réflexion de 7 jours de votre patiente, voici la procédure :

1ère consultation :

- Recueil du consentement écrit de la patiente
- Remise du document expliquant le protocole à la patiente.

2ème consultation (pouvant s'effectuer en même temps que la première consultation en pratique) :

- Prise de misoprostol par la patiente
- Remise d'une fiche de liaison à la patiente
- Envoi d'une déclaration à l'établissement de santé.

3ème consultation 48h après :

- Prise de Mifépristone
- Envoi de la fiche de liaison mise à jour à l'établissement de santé
- Remise d'une fiche d'information à la patiente avec les coordonnées de cet établissement de santé en cas d'urgence.

4ème consultation 14 à 21 jours après

- Contrôle de la vacuité utérine (clinique ou biologie ou échographique)
- Adresser la patiente à l'établissement de santé en cas de doute.

La patiente doit être à moins de 7 SA, accompagnée, habitant à moins d'une heure du centre référent et ne présentant pas de contre-indication à l'IVG médicamenteuse.

Questionnaire destiné aux sages-femmes :

• Age : Sexe : Année d'installation :

• Vous sentez-vous concerné(e) par l'IVG médicamenteuse ?

☐ Oui

☐ Non

• Vous exercez à combien de temps d'un centre pratiquant les IVG ?

☐ Moins de 15 minutes

☐ Moins d'une heure

☐ Plus d'une heure

• Pratiqueriez-vous l'IVG médicamenteuse à votre cabinet comme le font certains généralistes et gynécologues ?

☐ Oui

☐ Non

• Vous sentez-vous suffisamment formé(e) pour les réaliser ?

☐ Oui

☐ Non

• Est-ce contraire à vos convictions personnelles ou éthiques ?

☐ Oui

☐ Non

• Si un réseau ville/hôpital permettrait d'encadrer l'IVG au cabinet, seriez-vous intéressé(e) ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Pourquoi ?

• Qu'attendriez-vous d'un tel réseau ?

☐ Formation médicale

☐ Journée de rencontre

☐ Création d'un site internet (protocoles et conduite à tenir, documents à imprimer, coordonnées...)

☐ Aide logistique et matérielle (logiciel, documents d'information destinés aux patientes) disponible dans le service hospitalier le plus proche

☐ Possibilité de travailler en lien avec d'autres professionnels (psychologue, conseiller conjugal, gynécologue)

☐ Commentaires libres :

Vu, 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

Thibault Martel

100 pages – 6 tableaux – 82 figures

RESUME

Introduction : L'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse hors établissement de santé peut être réalisée par les médecins depuis 2004 et les sages-femmes depuis 2016. Il n'existe pas en région Centre de réseau permettant d'encadrer et de promouvoir cette pratique. L'objectif de ce travail est de décrire les médecins et sages-femmes qui seraient intéressés par un tel réseau ainsi que de cibler leurs attentes.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale. Un questionnaire a été envoyé, entre avril et septembre 2016, à 563 médecins généralistes et gynécologues ainsi qu'à 58 sages-femmes installées en Indre-et-Loire et Indre.

Résultats : Les taux de réponses étaient respectivement de 20,3% pour les médecins et de 53,4% pour les sages-femmes. La majorité des médecins (54,5%) et des sages-femmes (76,6%) se sentent concernés par cette possibilité de pratiquer l'IVG au cabinet. Parmi les médecins, certains critères influencent l'intérêt porté par un tel réseau : le jeune âge du praticien ($p = 0,043$), le sexe féminin ($p = 0,001$) ou l'exercice en groupe ($p = 0,0031$). Les médecins ayant effectué un stage en gynécologie durant leurs études attendent plus souvent une aide logistique et matérielle de la part de ce même réseau ($p = 0,041$). La majorité des sages-femmes (70%) sont intéressées par un tel réseau. Lorsqu'elles se sentent formées, les sages-femmes souhaitent plus souvent la création d'un site internet par ce réseau ($p = 0,033$). La majorité des médecins (73,1%) et des sages-femmes (73%) sont en quête de formation. Le travail en lien avec d'autres professionnels de santé est également attendu par la majorité des médecins (71,8%) et des sages-femmes (80%).

Discussion : La création d'un réseau encadrant la pratique de l'IVG hors établissement de santé en région Centre intéresse des médecins et sages-femmes. En répondant à leurs attentes, ce réseau rassurerait les professionnels dans cette pratique et rendrait plus accessible l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé.

Mots-clefs : interruption volontaire de grossesse médicamenteuse hors établissement de santé, réseau, sages-femmes, gynécologues, médecins généralistes.

Jury :

Président du Jury : Professeur Gilles BODY

Membres du Jury :

Professeur Vincent CAMUS

Professeur François MAILLOT

Docteur Jérôme POTIN

Directeur de thèse : Docteur Nathalie TRIGNOL-VIGUIER